

1
2
3 Aos vinte e três dias do mês de agosto do ano dois mil e dezoito, no Auditório da União dos Municípios da Bahia – UPB, Centro
4 Administrativo da Bahia, com as presenças dos membros da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e
5 Coordenadora Adjunta da CIB, Cássio André Garcia, Ana Paula Andrade de Santana Andrade, Rívia Mary de Barros, Luiz
6 Antônio Galvão da Silva Gordo Filho, Raul Moreira Molina Barrios, Luciano Ferreira da Mota, Odilon Rocha Rocha e dos
7 suplentes, Alexandre dos Santos Miranda, Maria Alcina Romero Boulosa, José Cristiano Sóster, Erasmo Moura e Charles
8 Pereira de Souza. Na abertura da reunião foi apresentado um vídeo sobre os direitos da gestante para ser iniciada a cerimônia
9 de entrega dos Prêmios Irmã Dulce. Em seguida o Mestre de Cerimônias informou que há três anos o Conselho Estadual dos
10 Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) instituiu o Prêmio Irmã Dulce, com a intenção de homenagear e dar destaque aos
11 trabalhos inovadores, criativos e resolutivos, reproduzidos em prol da melhoria da saúde pública da Bahia. E falou que hoje
12 seriam apresentados os trinta trabalhos selecionados e apresentados no XXXIV Congresso Nacional de Secretarias Municipais
13 de Saúde, ocorrido em Belém do Pará, na 15ª Mostra 'Brasil Aqui Tem SUS'. Em seguida foi apresentado um vídeo de
14 agradecimento ao evento realizado em Belém do Pará. O Mestre de Cerimônias convidou para a composição da mesa e
15 entrega dos prêmios a Presidente do COSEMS, Stela Souza, a Presidente das Obras Sociais Irmã Dulce, Maria Rita Lopes
16 Pontes, o Secretário Estadual de Saúde, Fábio Vilas-Boas Pinto, o Assessor do Gabinete da SESAB, Cássio André Garcia, o
17 representante do COSEMS e Secretário Municipal de Saúde de Cabaceiras do Paraguaçu, Raul Molina, o representante do
18 COSEMS e Secretário Municipal de Saúde de Salvador, Luiz Galvão, a representante do Estado e Superintendente da SESAB,
19 Ana Paula Andrade, o representante do COSEMS e Secretário Municipal de Saúde de São Félix, Odilon Rocha, a Secretária
20 Executiva da CIB, Nanci Salles e a Diretora de Saúde das Obras Sociais Irmã Dulce, Lucrecia Savernini. Após o convite
21 passou a palavra para Stela Souza. **Stela Souza** saudou a todos e relatou que o trabalho e o movimento do COSEMS no
22 Congresso Nacional do CONASEMS já se tornaram tradição, porque a Bahia está sempre inovando e já está na terceira edição
23 do Prêmio Irmã Dulce. Explicou que a homenagem seria para os trinta trabalhos selecionados para o Congresso e falou que o
24 ano de 2018 foi de muita felicidade, porque a Bahia ficou em primeiro lugar na região nordeste do Brasil, para webdoc.
25 Ressaltou que, dos trinta trabalhos da Bahia, seis municípios ganharam prêmios, entre os trezentos e oitenta e dois trabalhos
26 apresentados no CONASEMS, portanto a Bahia mostrou que está fazendo diferente. E enfatizou que o reconhecimento feito
27 aos municípios pelo COSEMS e pela SESAB é para valorizar tudo que os gestores municipais fazem no dia a dia, com suas
28 inúmeras experiências. Relatou que pela manhã foi apresentado na reunião do COSEMS um serviço de terapia renal, onde foi
29 inserido as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), sendo assim, cada um buscou criar uma forma de cuidar melhor da
30 população. Em seguida agradeceu à SESAB e ao Coordenador da CIB, Secretário Fábio Vilas-Boas, que justificou sua
31 ausência devido a um imprevisto, mas que o Estado está muito bem representado e falou que o Prêmio tinha sido levado à CIB
32 no intuito de ficar registrado em ata. Explicou que há quase três anos eles tinham escolhido denominar o Prêmio de 'Irmã
33 Dulce' porque se trata de experiências exitosas em melhoria na assistência e no cuidado com a população baiana. Assim, não
34 poderiam esquecer Irmã Dulce, a mulher que tinha vindo para cuidar de todos e tinha servido de exemplo, até para quem não é
35 baiano, ou seja, para o Brasil e para o mundo. Acrescentou que as obras continuam acontecendo, mesmo com dificuldades,
36 como em todos os equipamentos de saúde do estado, e o COSEMS é parceiro, dentro das suas possibilidades, além da
37 Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e o próprio município de Salvador, tendo em vista que a população de cada município
38 usa o serviço do hospital. Salientou que, apesar de os recursos serem escassos, os gestores precisam continuar lutando para
39 manter funcionando, portanto ela agradecia, em nome do COSEMS, a parceria que as Obras Irmã Dulce vêm tendo com o
40 COSEMS e o Estado, e esta é uma singela homenagem, porque Irmã Dulce merece muito mais do que isto. Entretanto os
41 municípios se sentem muito agradecidos e honrados por levarem a medalha e o certificado, justamente pelo orgulho de todo
42 trabalho de Irmã Dulce, além dos ensinamentos que a mesma deixou. Desejou que cada um pudesse absorver os
43 ensinamentos de Irmã Dulce quanto a poder cuidar do próximo, além de ter mais amor, porque a palavra que a tinha guiado
44 muito tinha sido amor, portanto todos precisam ter amor e deixar o rancor, o ódio e as diferenças de lado, para fazerem tudo
45 com uma palavra tão simples, mas com um significado tão grande, que é o amor. Reafirmou a gratidão pela presença das
46 representantes das Obras Sociais Irmã Dulce, Lucrecia Savernini, Maria Rita Lopes Pontes e à CIB, por ter permitido o espaço
47 para ser feita a homenagem, passando a palavra para a Presidente das Obras Sociais Irmã Dulce. **Maria Rita Lopes Pontes**
48 saudou a todos e disse que estava aqui pelo terceiro ano consecutivo, com muita alegria, para entregar a premiação aos
49 municípios que se destacaram pela sua gestão. afirmou que é uma honra para ela ter o nome de Irmã Dulce vinculado à
50 premiação, porque como Stela Souza disse, Irmã Dulce foi para todos um exemplo de pessoa que sempre procurou cuidar do
51 próximo e do doente dando não apenas a assistência na saúde, mas também o cuidado com qualidade, apesar de poucos
52 recursos ela tentava fazer o melhor. E complementou que este é o exemplo que eles precisam seguir, tendo em vista que não
53 precisa de muitos recursos e sim usá-los bem, inclusive a obra dela, com novecentos e cinquenta e quatro leitos, segue o seu
54 exemplo. Ressaltou que tinham muito orgulho por serem 100% SUS e não abriam mão, mesmo com as dificuldades buscariam
55 recursos de outras formas, porque para eles o SUS é uma bandeira, e em alguns momentos faz a defesa quanto aos
56 questionamentos, por permanecerem sempre correndo atrás de mais ajuda do governo, mas o SUS dá um bom retorno de
57 atendimentos e de qualificação, sendo um incentivo para lutarem até o fim. Finalizou agradecendo e desejando que o prêmio e
58 a homenagem a Irmã Dulce servissem de estímulo. **Cássio Garcia** cumprimentou a todos e parabenizou o COSEMS pela
59 importante participação no CONASEMS, inscrevendo trinta trabalhos e, destes, dez sendo premiados, demonstrando que a
60 Bahia continua inovando e produzindo historicamente e com a participação maciça de todos os secretários, que também
61 estiveram lá com suas equipes técnicas, principalmente os que foram premiados. Enfatizou que Irmã Dulce continuava sempre
62 atual, um exemplo para todos os gestores, que fazem muito também e com muito pouco recurso. Então ela seguia sempre
63 dando exemplos e na área da saúde com certeza todos já precisaram utilizar os serviços ofertados e a têm como exemplo no
64 dia a dia, assim, parabenizava pela parceria entre o COSEMS e a SESAB, e desejava que continuassem avançando e
65 produzindo sempre coisas novas e boas, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Stela Souza** relatou sua
66 emoção pessoal ao ser chamada, como diretora do CONASEMS, para participar da mesa de entrega dos prêmios junto com o
67 Presidente e o Vice Presidente Nacional, ela nem sabia que faria parte e tinha ficado extremamente feliz ao ver anunciado um

68 município da Bahia com o primeiro lugar, tinha sido muita emoção pelo estado, pelos gestores baianos que fazem o dia a dia
69 em cada município e enfatizou seu orgulho em representar o COSEMS. Em seguida convidou Cássio Garcia, Ana Paula
70 Andrade, Raul Molina, Maria Rita Lopes Pontes e Lucrécia Savernini, como já é tradição, para receberem flores, para serem
71 encaminhadas ao túmulo de Irmã Dulce. Em seguida o Mestre de Cerimônia iniciou a apresentação dos contemplados na
72 Terceira Edição do Prêmio Irmã Dulce: * Município Abaré - Secretária de Saúde Raquel Ferraz da Costa, autor(a) Leina Samira
73 da Cruz Souza e coautor(a) Érica Alves Rodrigues Ferreira. Título "Implantação do tratamento da auriculoterapia com
74 sementes de mostarda com o grupo dos profissionais das unidades básicas de saúde do Município de Abaré – BA". Prefeito
75 Fernando José Teixeira Tolentino. * Município Camamu - Secretária de Saúde Vanessa Pereira Guedes Vieira, autor(a) Thiago
76 Barbosa Vivas, coautor(as) Vanessa Pereira Guedes Vieira, Tharsia Oliveira de Menezes e Samya Rejane Gomes Fernandes.
77 Título "O Processo de Construção do Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 do Município de Camamu/BA: para além dos
78 requisitos formais de gestão do SUS". Prefeita Iona Queiróz Nascimento. *Município Coribe - Secretária de Saúde Jacqueline
79 Silva do Bonfim, autor(a) Leniza da Silva Machado Bastos, coautor(as) Ana Náide Martins Rodrigues e Jacqueline Silva do
80 Bonfim. Título "Suicídio, o Inimigo Silencioso. Precisamos falar sobre isso". Prefeito Manuel Azevedo Rocha. *Município Cruz
81 das Almas - Secretária de Saúde Aline Pires Reis, autor(a) Aline Pires Reis, coautor (es) Deise Santana de Jesus Barbosa,
82 Maria Fernanda Aderne Almeida, Marlúcia Aleluia Santana do Nascimento, Ismael Mendes Andrade e Emmanuelle Fonseca
83 Marinho de Anias Daltro. Título "Uso Institucional do Facebook como Plataforma Colaborativa: A Experiência da Elaboração do
84 Plano Municipal de Saúde de Cruz das Almas". Prefeito Orlando Peixoto. *Município Eunápolis - Secretário de Saúde Rodrigo
85 Kuada Soares; autor(a) Kelly Rebouças Santos; coautor(a) Ana Carolina de Azevedo Figueiredo. Título: "A integração das
86 vigilâncias como estratégia de intervenção na Vigilância em Saúde". Prefeito José Robério Batista de Oliveira. *Município Feira
87 de Santana - Secretária de Saúde Denise Lima Mascarenhas, autor(a) Maricélia Maia de Lima, coautor(es) Arabi Xinguara
88 Camurugy de Guerreiro, Luiz Carlos Junior Alcântara, Eloísa Bahia Santana, Hélivia Maia de Lima Cerqueira e Denise Lima
89 Mascarenhas. Título "Uso da acupuntura no tratamento da dor crônica pós Chikungunya: Um Relato de Experiência". **Prefeito**
90 **do Município Guajeru** - Secretária de Saúde Érica Leal Cangussu, autor(a) Érica Leal Cangussu, coautor(as) Carina Oliveira
91 Lopes e Marizete Coutinho. Título "Projeto Vigilantes do Peso e Controle do Hiperdia". Prefeito Gilmar Rocha Cangussu.
92 *Município Ibicaraí - Secretária de Saúde Domileni Borges Costa, autor(a) Anilma Franca Lacerda, coautor(es) Domileni Borges
93 Costa, Letícia Maria Ribeiro e Ribeiro e Roberto Sena de Carvalho. Título "Experiências com Ações Integradas com Atenção
94 Básica no Controle de Endemias e Combate a Vetores – Projeto Libélula". Prefeito Luiz Jácome Brandão Neto. *Município
95 Itaberaba - Secretário de Saúde João Rodrigues Góes Junior, autor(a) Elânia Sirley de Oliveira Moraes Sant'Ana, coautor(es)
96 João Rodrigues Góes Júnior, Graciete da Costa Carmo e Fábio Sant'Ana de Carvalho. Título "A Saúde Materna e Neonatal que
97 Queremos: Um caminho feito de possibilidades". Prefeito Ricardo dos Anjos Mascarenhas. *Município Itaparica - Secretária de
98 Saúde Stela dos Santos Souza, autor(a) Rosemary Mascarenhas São Pedro Bastos, coautor(as) Marlylda Barbuda dos Santos
99 e Stela dos Santos Souza. Título "Fonte da Bica e o monitoramento da qualidade de suas águas". Prefeita Marlylda Barbuda
100 dos Santos. *Município Lauro de Freitas - Secretário de Saúde Erasmo Alves de Moura, autor(a) Rafael Pitanga das Virgens,
101 coautor(a) Gabriela Borges Ferreira Costa. Título "O Uso da Hipnose Clínica Odontológica na Atenção Básica do Município de
102 Lauro de Freitas como Práticas Integrativas e Complementares Exitosas à Saúde Bucal". Prefeita Moema Isabel Passos
103 Gramacho. *Município Monte Santo - Secretária de Saúde Antonieta Araújo da Costa, autor(a) Danniell Sann Dias da Silva,
104 coautor(es) Polyanna Carôzo de Oliveira, Aruanã Mairê Maia Fontes, Paula Brito Corrêa, Angelina Xavier Acosta e Kiyoko Abe
105 Sandes. Título "Acuracia da Ficha A-Gen como Instrumento de rastreio de Doenças Genéticas na Atenção Básica: Experiência
106 de Integração entre Atenção Básica e Vigilância para Identificação, Referência e Monitoramento". Prefeito Edivan Fernandes
107 de Almeida. *Município Porto Seguro - Secretária de Saúde Kerrys Costa Ruas, autor(a) Jeane Araújo de Medeiros, coautor(es)
108 Hivana Alves Marques Silva e Rafael Melgaço Menezes. Título "Ações Intersectoriais na atenção às pessoas em situação de
109 rua: Uma Interação entre Saúde e Assistência Social". Prefeita Cláudia Silva Santos Oliveira. *Município Rafael Jambeiro -
110 Secretária de Saúde Ana Paula Gomes de Sena Assis, autora Simara Rubens Pereira, coautoras Antônia Edna Gomes Silva,
111 Emília Santana da Rocha, Lívia Simas Silva e Alda Souza Figueredo. Título "A Importância do Programa Saúde na Escola para
112 o Diagnóstico e Acompanhamento de Crianças com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade". Prefeito Marinalvo
113 Fernandes Serra. *Município Riachão do Jacuípe - Secretária de Saúde Juliana da Silva Carneiro, autor(a) Juliana da Silva
114 Carneiro. Título "CAPS Itinerante de Riachão do Jacuípe: Intervenção em Saúde Mental para ampliação do acesso ao cuidado
115 integral e multiprofissional por meio da ação". Prefeito José Ramiro Ferreira Filho. Na oportunidade **Stela Souza** lembrou que
116 no ano passado Porto Seguro ganhou e a Bahia foi premiada de novo, e este ano quem ganhou foi Riachão do Jacuípe, que é
117 web doc, lançado na CIT e foi feito um filme na cidade, que está sendo publicizado, e agradeceu toda a equipe do município.
118 *Município Salvador - Secretário de Saúde Luiz Antônio Galvão da Silva Gordo Filho, autor(a) Marta Rejane Montenegro,
119 coautor(es) Daniela Alcântara, Kariny Ferreira e Lino Costa. Título "Assistência Vascular Móvel: Uma Experiência Inovadora do
120 Município de Salvador". Prefeito Antônio Carlos Magalhães Neto. *Município Santa Bárbara - Secretária de Saúde Jacklene
121 Mirne Gonçalves Santos, autor(a) Jade Isis de Sousa Nunes, coautor(a) Jacklene Mirne Gonçalves Santos. Título: "CAPS: Um
122 Espaço de Terapia e Meio Ambiente". Prefeito Jailson Costa Dos Santos. *Município Santo Estevão - Secretária de Saúde
123 Orlandina Silva Oliveira do Nascimento, autor(a) Márcia de Almeida Nogueira, coautor(a) Orlandina Silva Oliveira do
124 Nascimento. Título "A Importância do Planejamento e Programação Físico Financeiro da Secretaria de Saúde de Santo
125 Estevão Bahia – Instrumentos". Prefeito Rogério dos Santos Costa. *Município São Francisco do Conde - Secretária de Saúde
126 Eleuzina Falcão da Silva Santos, autor(a) Pedro Henrique Presta Dias, coautor(es) Juliana dos Santos Lima, Maria de Fátima
127 Santos, Layla Kelly Conceição Silva, Betânia de Almeida Macedo Pedreira e Eleuzina Falcão da Silva Santos. Título "A
128 Experiência de São Francisco do Conde com o Acolhimento Pedagógico". Prefeito Evandro Santos Almeida. *Município
129 Serrinha - Secretário de Saúde Alexandre Pires Nobrega Tahin, Autor(a) Natali Nascimento Gonçalves Costa, coautor(es)
130 Cynthia de Araújo Pinheiro Freitas, Fernanda Farias de Souza Góes, Vinicius Cruz Almeida, Sumaia da Silva Oliveira Lima,
131 Título "Entre Laços: Grupo de prática corporal na assistência a microcefalia através do vínculo mãe e filho". Prefeito: Adriano
132 Silva Lima. *Município Tanhaçu - Secretário de Saúde Jorge Brandão, autor(a) Jaqueline Lima dos Santos, coautor(es) Aline
133 Silveira Marques, Valquíria Jesus Pires, Viviane Dias Santos, Título "De perto quem é normal? Um diálogo coletivo e integrado
134 sobre a saúde mental no município de Tanhaçu-BA: Todos em defesa da luta antimanicomial". Prefeito Jorge Teixeira da

135 Rocha. *Município Teolândia - Secretário de Saúde Lázaro Andrade de Oliveira, autor(a) Débora Nunes Brito, Título “Educação
136 em Saúde como Ferramenta de Controle e Prevenção da Leishmaniose”. Em seguida o locutor convidou todos os apoiadores e
137 técnicos do COSEMS para a frente, e Stela dos Santos Souza, como Presidente do COSEMS, para apresentar o trabalho do
138 COSEMS; autor(a) Janaína Vasconcelos Rocha, coautor(es) Joseth Cléria Vieira Rodrigues, Jeane Araújo de Medeiros,
139 Verônica Barreto Araújo de Moura, Stela dos Santos Souza, Título “A Educação Permanente dos Gestores Municipais de
140 Saúde e o Novo Modelo de Financiamento do SUS: A Estratégia do Apoio Institucional do Cosems/Ba”. Neste momento **Stela**
141 **Souza** declarou que o prêmio é de todos, porque o trabalho é conjunto e este é o momento de fazer um agradecimento
142 especial ao trabalho desenvolvido com todos os municípios, estava recebendo o prêmio porque tinham mesmo apresentado o
143 trabalho e o movimento com os municípios tem muito a ver com o trabalho, muito da cobrança que eles tinham feito e que
144 tinham investido nos municípios, para que cada um colocasse a experiência exitosa, o que tem feito de diferente em seus
145 municípios. Parabenizou a todos e disse que graças a eles o trabalho do COSEMS/BA, dos municípios da Bahia está
146 começando a ser expandido e colocado para fora do estado. O locutor chamou todos os autores do COSEMS ao palco, para
147 premiação. **Raul Molina** interrompeu para falar que, como um dos mais velhos, sabia do sacrifício que Stela Souza tem feito
148 ultimamente, sabia o que ela passou na semana anterior e posterior ao congresso, então ele a abraçou e agradeceu a ela e à
149 sua equipe, em nome de todos os secretários municipais. **Stela Souza** falou da existência de uma parceria conjunta e convidou
150 ao palco a equipe da SESAB, os membros da CIB/BA, para fazer a entrega dos prêmios aos trabalhadores da SESAB,
151 considerava muito importante valorizar o trabalho de todos e dessa forma eles vissem o quanto é importante a parceria, em
152 que cada um tem um pouco a contribuir para o SUS, e parabenizou a equipe da SESAB. O Mestre de Cerimônias convocou a
153 SESAB para premiar seus trabalhos: autor(a) Reine Marie Chaves Fonseca, coautor(es) Alexandro dos Santos Miranda,
154 Odelisa Silva de Matos, Alexis Guedes, Sandra Mara Luna, Maria Cristina Rodrigues Souza. Título “PROCED - Projeto de
155 Capacitação e Educação em Diabetes”. Secretário de Saúde - Fábio Vilas Boas. Autor(a): Vilênia Maria Gomes dos Santos,
156 coautor(es) Kelly Cristina de Souza Fernandes, Kristine Menezes Barberino Mendes, Lucienne Rezende Mont’Alverne, Maria
157 de Fátima Dantas Schramm. Título “Treinamento em Serviço: estratégia de gestão do SUS para o fortalecimento de práticas de
158 educação permanente e de atenção à saúde da pessoa com deficiência”. **Stela Souza** disse que cada um daqueles que fazem
159 esse movimento, ‘os monstros sagrados do SUS’ também merecem receber uma homenagem, e então entregou uma medalha
160 para: Odilon Rocha, Luiz Galvão, Raul Molina, Maria Rita, Cássio Garcia, Ana Paula Andrade, Lucrécia Savernini, Maria Alcina
161 Romero - a quem agradeceu, dizendo que ela merece esta homenagem por tudo que ela tem feito em prol do Sistema - Denise
162 Mascarenhas -que já havia recebido pelo município, mas também recebia enquanto diretoria do COSEMS - e quanto aos
163 outros que não estavam presentes, receberiam posteriormente. Convidou também para homenagem Raquel Ferraz da Costa e
164 José Cristiano Soster. O Mestre de Cerimônias encerrou este momento, agradeceu a todos os componentes da mesa, à
165 Presidente do COSEMS, Stela Souza e a todos os presentes na plenária. Às quatorze horas e quarenta minutos a
166 Coordenadora Adjunta - **Stela Souza** declarou aberta a sessão, informando que a gravação da 261ª Reunião Ordinária ficou
167 com vários trechos inaudíveis, por problema no som em vários momentos, o que dificultou a transcrição da ata, mas como foi
168 feita uma filmagem pelo COSEMS, já tinha disponibilizado à Secretaria Executiva da CIB para transcrever as partes
169 comprometidas, e assim sua apreciação e aprovação ficaria para a próxima reunião da CIB. Em seguida passou a palavra para
170 a Secretária Executiva da CIB - **Nanci Salles** que parabenizou a todos os gestores que estiveram no Congresso do
171 CONASEMS pelos trabalhos apresentados e observou o quanto as políticas no âmbito local, no estado da Bahia vêm sendo
172 desenvolvidas de fato e o quanto isso representa nacionalmente, quanto o desenvolvimento desse sistema vem avançando no
173 cenário nacional e a resposta para isso vinha com a premiação, com os seis prêmios para a Bahia. Dando prosseguimento,
174 efetuou a leitura dos expedientes encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação. **Informes: 1. SAFTEC/DASF**
175 **informa sobre alteração da forma de repasse do recurso federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)**
176 **para municípios do Estado da Bahia a partir da parcela 07/12, para os municípios de Amélia Rodrigues, Filadélfia, Mairi e**
177 **Quitingue, que se tornaram responsáveis pelo gerenciamento do recurso federal, e os municípios de Alcobaca, Angical,**
178 **Firmino Alves, Itiruçu, Licínio de Almeida e São Domingos, que transferiram a responsabilidade para o Estado. Milena Santos,**
179 **representante da SAFTEC/DASF, pontuou que esse informe trata de um processo iniciado em fevereiro, conforme pactuado no**
180 **ano passado, com a Resolução CIB nº 255/2017, e lembrou que existem dois períodos no ano para os municípios com**
181 **interesse fazerem a mudança da forma de repasse do recurso federal. E em resultado da primeira pactuação do processo**
182 **iniciado em fevereiro, acontecida em março, já foi publicada a portaria ministerial em julho e os municípios, na parcela sete das**
183 **doze parcelas de 2018, já receberam o repasse federal, aqueles que mudaram para a contrapartida federal fundo a fundo e os**
184 **que pediram gerenciamento estadual ao estado já receberam também na sétima parcela. Chamou a atenção de que os**
185 **municípios que atualmente estão na condição fundo a fundo, fruto da última mudança, ficarão responsáveis por 7/12 avos das**
186 **parcelas federais, que correspondem justamente ao restante das parcelas do exercício de 2018 e o estado fica**
187 **consideravelmente com 5/12 avos. Relatou que futuramente haverá uma mudança no SIGAF, os gestores já podiam estar**
188 **observando, também que no início de agosto tinha sido encaminhado um ofício para todos os municípios, apresentando essa**
189 **proporcionalidade de 2018 e ao iniciar 2019 já seria contrapartida cheia e todos que já estivessem na condição poderiam**
190 **executar doze das doze parcelas do ano. Colocou que teria também a homologação dos municípios que iniciariam agora, a**
191 **partir da pactuação pleiteada no mês de julho, então os municípios podiam solicitar a diferença do recurso federal, e aqueles**
192 **que eram fundo a fundo e agora são GE ficassem atentos, já podiam realizar as suas programações considerando esse novo**
193 **repasso federal que seria feito para o estado e finalizou, colocando-se à disposição para possíveis dúvidas. Nanci Salles**
194 **prosseguiu com a leitura dos Informes: 2. A Secretaria Executiva da CIB informa que se encontra disponível no site da CIB o**
195 **Relatório de Atividades da CIB do 1º semestre de 2018, que vem sendo realizado desde 2014. 3. A Secretaria Executiva da**
196 **CIB informa sobre o Curso de Qualificação das Secretarias Executivas de CIR, e relatou que o mesmo foi iniciado no mês de**
197 **agosto, com a primeira turma nos dias 14 e 15 de setembro, sendo realizado pela Secretaria Executiva da CIB, junto com a**
198 **assessoria técnica do GASEC, a Diretoria da APG/COPRI e em parceria com o COSEMS. E informou que a segunda turma**
199 **dessa primeira etapa seria nos dias 29 e 30 do mesmo mês. Esclareceu que o curso deve ter uma duração de cinco meses e**
200 **que ocorrerá momentos à distância, com as Secretarias Executivas de CIR, nos meses de setembro, outubro e novembro, e**
201 **com um momento final no mês de dezembro. E seriam desenvolvidas também parcerias com algumas áreas técnicas da**

202 SESAB, para tratar das principais políticas e fluxos que perpassam essa relação CIB e CIR como DAB, DAE, DGC, Diretoria de
 203 Planejamento/COPLAN e COPRI, este último por conta do planejamento regional, que tem uma discussão a ser desenvolvida
 204 no próximo ano. Informou ainda que este curso terá certificação da Escola de Saúde Pública, porque é produto de um projeto
 205 de intervenção desenvolvido por ela própria, por conta do Curso de Especialização de Gestão de Processos Formativos para o
 206 SUS e desse curso foi gerado um projeto de intervenção e daí um projeto pedagógico de curso. Portanto, a Escola de Saúde
 207 Pública, atendendo aos seus pré-requisitos, abraçou a proposta e ao final do ano certificariam as Secretarias Executivas de
 208 CIR. 4. Foram publicadas as seguintes Resoluções *ad referendum*: **Aprovadas.**

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
176/2018	21/07/2018	Aprova ad referendum a Proposta nº 905816/18-001, Emenda Parlamentar nº 35640025, da reforma da ambiência do Hospital Geral Clériston Andrade, no município Feira de Santana.
178/2018	03/08/2018	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da competência de julho/2018.
179/2018	03/08/2018	Aprova ad referendum o Termo de Compromisso de funcionamento da UPA Luís Eduardo Magalhães, Porte I, sob gestão municipal com opção de custeio V, no município de Luís Eduardo Magalhães.
180/2018	11/08/2018	Aprova ad referendum a nova pactuação do limite financeiro para custeio dos procedimentos referentes ao Tratamento do Glaucoma no Estado da Bahia.
181/2018	17/08/2018	Aprova ad referendum a distribuição do recurso, por gestão, estabelecido na Portaria GM/MS nº 2.141/2018, referente ao Tratamento do Glaucoma no Estado da Bahia.
182/2018	23/08/2018	Aprova ad referendum a repactuação do limite financeiro para custeio dos procedimentos elencados na Portaria GM/MS nº 3.011/2017.

209 Chamou a atenção de que, das resoluções supracitadas, provavelmente a nº 180/2018 seria revogada, com uma resolução
 210 para sair posteriormente à pactuação desta CIB, e colocou em apreciação, para ratificação pelos membros da CIB. **Odilon**
 211 **Rocha** questionou a resolução sobre o glaucoma, em cumprimento à portaria do Ministério, que estabeleceu os novos recursos
 212 de suplementação do glaucoma e falou que seria a nona parcela. Assim, gostaria de saber se essa resolução já está dentro do
 213 novo teto do estado ou estavam aguardando para que se aprovasse uma nova resolução. **Ana Paula Andrade** esclareceu que,
 214 como o teto fecha todo dia 25, essa resolução tem um prazo - conforme tinha sido sinalizado na última CIB, sobre a
 215 necessidade de ser encaminhada para o Ministério da Saúde até o dia 12 de agosto, a própria portaria estabelece trinta dias
 216 após a sua publicação, teriam que mandar uma resolução de pactuação do recurso. E lembrou que na última CIB tinha ficado
 217 definida a formação de um GT para definir a metodologia, que seria apresentada na pauta do grupo condutor, a metodologia
 218 utilizada que originou a publicação dessa resolução, que foi considerada pelo Ministério, para incorporar o recurso a partir da
 219 competência de setembro, ainda que o teto fosse fechado dia 25, mas a Portaria 2141 estabelece 30 dias como prazo de envio
 220 após a sua publicação. Então a resolução foi enviada para atender ao critério desta portaria, para já compor o teto de setembro
 221 e no decorrer da CIB seria apresentada a metodologia utilizada e qual a pactuação feita no GT para distribuição desse recurso.
 222 **Raul Molina** perguntou se estariam então ratificando essa resolução, que já tinha sido *ad referendum* e **Odilon Rocha**
 223 comentou que há um movimento muito grande de todo o estado da Bahia quanto ao glaucoma, principalmente dos municípios,
 224 e ponderou que homologar essa resolução, transferindo recursos para os municípios executores, lembrando que há uma
 225 quantidade muito grande de municípios executores que não executaram nada, era premiar uma situação onde metade dos
 226 baianos está ficando cega porque não tem dinheiro para fazer sua consulta de glaucoma em alguns municípios, já que a
 227 Portaria 3011 fala em série histórica de uma maneira muito injusta. Por isso gostaria de saber se essa portaria já está alocando
 228 recurso nesses municípios e não que premiasse municípios que estão recebendo recurso que não fizeram um atendimento de
 229 janeiro a junho, e o município executor está provocando a desassistência em todos os municípios que credenciaram e
 230 mandaram os pacientes para lá. Considerou que ele poderia até aprovar a resolução, mas ela teria que ter alguma coisa que
 231 garantisse a devolução para os municípios que não fizeram nenhum tipo de serviço, tinham que colocar em resoluções agora o
 232 compromisso do cumprimento do pactuado, porque o município não cumpre e fica com o dinheiro. **Ana Paula Andrade**
 233 ressaltou que isso foi uma das coisas que ela tinha proposto no GT, a metodologia trazida por Stela Souza, de distribuição
 234 dentro do cenário atual do glaucoma, foi a mais sensata. Concordou que trabalhar por execução seria uma forma lógica e
 235 racional de distribuir o recurso, mas tinha sido pensado de que forma poderiam equacionar ou minimizar o problema, sendo o
 236 mais justo possível com o recurso distribuído para a Bahia, não considerando nesse momento a execução, nem quem
 237 estivesse ou não executando, porque tem várias situações onde até tem executor, mas o município de residência não se sente
 238 confortável em mandar, porque este não atende, não pode escolher o paciente já que o recurso distribuído pela portaria 3011
 239 corresponde a apenas 37% da sua demanda. Outro município está até atendendo, mas continua com déficit, são várias
 240 situações e disse que a proposta de distribuição per capita para 100% do estado seria trazida minuciosamente, que num
 241 primeiro momento tinha treze municípios não contemplados e agora 100% está recebendo o percentual correspondente ao que
 242 a Portaria do Ministério do glaucoma preconiza, que é uma variação de 3 a 5% da população acima de quarenta anos com a
 243 expectativa de glaucoma. Então foi usada o percentual de 3% da população acima de quarenta anos e foi feita a distribuição
 244 que seria apresentada. Ressaltou que essa distribuição pôde atender de uma forma equânime a 100% do estado, garantindo
 245 que ninguém fosse mais ou menos beneficiado, o benefício sendo para todos os quatrocentos e dezessete municípios. Outra
 246 tarefa colocada no GT, a necessidade de monitorar, pois infelizmente as pactuações feitas nem sempre são garantidas pelo
 247 executor, mas tem propostas para haver monitoramento e repactuações com cirurgias eletivas, por exemplo, garantindo, dessa
 248 forma, a utilização do recurso para o tratamento do glaucoma. **Cássio Garcia** relatou que essa discussão ocorreu ontem no
 249 Grupo Condutor e que está na pauta da CIB e na oportunidade seria feita a apresentação com calma e podia ser logo
 250 homologada a resolução nº 181 e a nº 182/2018 ficaria para depois, para entrar com mais propriedade na pauta do GCE. Disse
 251 que, neste caso, esta pauta estava sendo antecipada e solicitou que fosse seguido o roteiro e no momento dos pontos do
 252 Grupo Condutor seria apresentado tudo que tinha sido proposto da sua reunião e as considerações serem feitas no momento.

253 **Odilon Rocha** propôs como encaminhamento, retirar agora essa resolução, para ser discutida depois da proposta da Rede.
254 **Ana Paula Andrade** esclareceu o pactuado na CIB passada, apesar de não ter estado presente, sobre o GT formado ter
255 autonomia para definir a distribuição, este grupo se reuniu e definiu, como proposta trazida por Stela Souza, que a pactuação
256 do recurso para o tratamento de glaucoma seria feita com valor per capita, e com um prazo até 12 de agosto para mandarem
257 ao Ministério, a CIB do mês passado aprovou que o GT tomasse essa providência porque só teria CIB dia 23, então perderiam
258 o prazo e precisavam mandar a resolução. Reafirmou ter ficado definido e pactuado no GT que essa seria a forma mais justa,
259 valor per capita de 3% da população acima de quarenta anos. Comunicou que a resolução foi encaminhada ao Ministério da
260 Saúde, mas quando se falava que o recurso hoje para tratamento de glaucoma remonta a quarenta e quatro milhões de reais,
261 estavam tratando de duas portarias, a 3011, que tem vinte e dois milhões, e a 2141, que tem mais vinte e dois milhões. E disse
262 segundo o Ministério, para tratarem das duas portarias teria que ter duas resoluções CIB, por isso a necessidade da Resolução
263 CIB 181/2018, que trata da Portaria 2141/2018, e da Resolução CIB 182/2018, que revoga a Resolução CIB 035, que trata da
264 Portaria 3011/2018. Reiterou o acontecido, apenas a publicação de duas resoluções garantindo o pactuado no GT, então
265 quando Odilon Rocha falava que não devia ser aprovado, tinham que lembrar que essas resoluções já estão inclusive no
266 Ministério da Saúde, por ter sido pactuado que o GT teria essa autonomia e fora trazido à plenária apenas para conhecimento
267 socialização do definido no GT. **Raul Molina** esclareceu que estavam sendo ratificadas as resoluções do que tinha sido
268 pactuado na CIB passada com relação a darem a prerrogativa ao GT para construírem e que trouxessem. Observou que o
269 colocado por Odilon Rocha e Ana Paula Andrade lhe parecia que teve a concordância e gostaria que nessa aprovação de
270 ratificação, ficasse claro que estaria sendo ratificada dentro dos pilares já colocados, um deles o corte dos quarenta anos, o
271 outro, todos os quatrocentos e dezessete municípios estariam contemplados. Com relação àqueles que receberam e não
272 executaram, ficaria em aberto para o GCE rever e dar o encaminhamento sugerido por Odilon Rocha. **Odilon Rocha** relatou
273 que na última reunião do Grupo Condutor houve várias propostas e depois de muito tempo se descobriu que o Ministério fez
274 um cálculo errado, que está pagando glaucoma na Bahia com um valor médio de duzentos e noventa e tantos reais e o
275 Ministério não contabiliza os quatro colírios, então foi feito um cálculo que passaria para seiscentos e tantos reais o
276 atendimento per capita, a primeira coisa a se saber era qual o total de dinheiro existente e qual o custo médio por paciente e
277 **Stela Souza** tinha sugerido que fizessem baseado em 3% da população acima de 40 anos, falou também de um trabalho,
278 sobre glaucoma infantil que indica que 3% é maior quando é mais de sessenta anos. Então foi delegado a um grupo que lhes
279 desse esse resultado, mas não foi discutido que esse resultado seria repassado automaticamente para os executores e a
280 função dada ao grupo tinha sido de levantar quem é o executor e qual o quantitativo. E ela tinha dito também que, se fizesse
281 pela população toda da Bahia, por exemplo, se Cruz das Almas tem vinte mil habitantes, seria 3% e se fazer um teto de cada
282 município, depois disso iria para a CIR e lá cada município ajustaria a sua pactuação com os executores. **Stela Souza** colocou
283 que já tem um ponto na pauta sobre esse detalhamento do glaucoma, mas como tinha havido o questionamento, poderiam já
284 discutir e reiterou que Odilon Rocha não pudera estar presente no último GT, mas explicaria sobre as planilhas, com relação ao
285 per capita. Lembrou que na primeira reunião foi sugerido se colocar por produção e ela mesma tinha colocado que se fosse por
286 produção continuariam com muitos municípios sem direito a um real sequer. Explicou que a portaria preconiza 3% da
287 população acima de quarenta anos, desses 3% da população tinham encontrado uma população 'X', e com os quarenta e
288 quatro milhões de reais, que é a soma dos dois valores - cada um em uma portaria - dividiram por essa população e
289 encontraram o valor de duzentos e noventa e sete reais por paciente, não dava para dizer que a população da região de tal
290 município colocaria o tratamento a seiscentos e sessenta e seis reais, a população da região 'tal' colocaria a duzentos e
291 noventa e sete, por justiça tinha que ser igual. Então ficou definido que seria o valor per capita, que é duzentos e noventa e
292 sete reais, disse que foi feita essa avaliação e no próprio Grupo Condutor, como Ana Paula Andrade apresentou, tem muitos
293 municípios que já com a primeira portaria não executaram nada, só que, se fossem olhar por quem executa ou não, e tirassem
294 o recurso para outra região mais distante, continuariam prejudicando aquela população. Ressaltou o estabelecido, de que até
295 14 de setembro todas as regiões de saúde - inclusive o estado já acionara os coordenadores, já teve reunião - todas as CIR
296 teriam que dizer quais os executores, cada uma dos vinte e oito regiões de saúde dizer quem executará o glaucoma, e
297 determinado município podendo dizer que ele mesmo executará o seu valor, por ter capacidade instalada, ter serviço
298 habilitado, e poderia dizer isso na CIR, constaria na ata, e sairia a resolução estabelecendo que o município não vai ficar lá no
299 executor porque a região está adotando. Ponderou que tem executor que não fez nada, mas outros executores na região que
300 podem executar, então lá na CIR tinham que tirar de quem não executa, e colocarem para quem vai executar, lembrando que
301 cada município tem a planilha com qual recurso tem direito, qual a sua população acima de quarenta anos - os 3% dessa
302 população - e quanto isso corresponde em valor, todos os quatrocentos e dezessete municípios receberiam isso antes das
303 reuniões da CIR. Disse que ficou pactuado no Grupo Condutor que até sexta feira essa planilha estaria sendo encaminhada
304 para os coordenadores de núcleos e das CIR, para as apoiadoras do COSEMS, que mandariam para seus municípios, a fim de
305 que todos soubessem quanto têm direito e fazerem as contas, verem qual o prestador que poderia lhe atender, podendo ter
306 mais de um prestador na CIR, não tinham que impor quem atenderia. Lembrou que até 14 de setembro tinha que acontecer
307 todas as reuniões de CIR e dia 20 de setembro o GT glaucoma se reuniria com esse resultado vindo das CIR, para a área
308 técnica checar se os serviços estão habilitados, não é a CIB que decide essas coisas e sim a CIR, a CIB é apenas para
309 referendar e homologar, respeitando o que estiver sendo dito, e dia 21 de setembro ser publicada a resolução, já com a
310 informação de quem serão os executores e o quantitativo de exames de cada, atualizando os quarenta e quatro milhões,
311 porque vai abater, e o município que recebeu o recurso e não executou, ficaria apenas com o seu recurso se ele não quisesse
312 mudar na CIR e ninguém obrigaria. E em 25 de setembro o teto seria assinado, se perdessem o prazo do teto iria o mesmo teto
313 que tinha ido agora e isso não podia acontecer. Com relação à distribuição de recurso, colocou que não têm definição de CIR
314 posterior àquelas que tinham ocorrido naquela época, tiveram que publicar resolução agora com o que tinham de ata das CIR,
315 informando quais, e tinham o prazo até 23 de setembro para publicarem. Então não podiam perder o prazo e cada um dos
316 secretários precisava participar ativamente dessas CIR, que seriam extraordinárias, porque nos meses de setembro e outubro
317 não haveria CIB nem CIR, e nessa CIR extraordinária cada secretário diria o que quer, por exemplo, como secretária de
318 Itaparica ela poderia dizer que não quer mais que o recurso de seus pacientes vá para Salvador, que prefere que seja com o
319 prestador em Valença, era um direito seu dizer isso, a mudança só aconteceria se o secretário dissesse, mas se o secretário

320 não fosse para a reunião, a própria CIR é que resolveria, conforme regimento, não adiantava mandarem um técnico ou um
321 assessor que não vota na CIR, esse sendo um momento de decisão do gestor, porque se algum gestor faltasse seria resolvido
322 por quem estivesse na reunião da CIR, não adiantava procurar depois a CIR, a CIB nem o COSEMS, porque não teriam o que
323 fazer. Relatou que estivera na semana passada no CONASEMS para a reunião da Doença Renal Crônica, pois já existe uma
324 ação civil pública na Bahia por causa do acesso à terapia renal, o COSEMS tendo ido com a SESAB à Brasília, para discutirem
325 este assunto com o CONASS e o Ministério e também sobre os problemas da Bahia listados antes na reunião do GT. E neste
326 dia tinham lhe chamado para ir ao CONASEMS, porque tem um documento do Ministério Público Federal encaminhado ao
327 CONASEMS sobre o glaucoma e referente a um instrumento para uma ação civil pública da Bahia. Considerava extremamente
328 necessário o compromisso de todos nesse processo pois tinha se exposto em vários lugares, para ajudarem no aumento de
329 teto que está causando desassistência, sendo fato que pelo valor per capita que está não dava, mas não seria mandado a
330 mais para um município e a menos para outro, porque estariam sem respaldo legal para responder. Então esse documento é
331 para a Bahia responder, via CONASEMS, mas o Ministério Público Federal também tinha mandado um documento, então têm
332 recebido sempre algum documento, antes era só o Ministério Público Estadual, agora o Federal e teriam dez dias para
333 responder. E passou a ler o referido documento: "Senhora Presidente. À par de cumprimentá-la e visando a instrução do
334 referido procedimento preparatório 1.14.000.000284/2018-21, que apura o risco de desassistência do Sistema Único de Saúde
335 a paciente em tratamento do glaucoma e em vista das informações ofertadas nos documentos anexos, o Ministério Público
336 Federal, pelo Procurador da República signatário, com fundamento no Artigo 129º § 6 da Constituição da República e no Artigo
337 8º § 2 da Lei Complementar nº 75/93, encaminha cópia do ofício da SAS/MS, ao passo em que requisita à Vossa Senhoria: a)
338 que contraponha ou informe o que se considerar necessário em relação às informações ali contidas; b) que informe sobre a
339 situação atual do financiamento do Programa de Glaucoma, em especial sobre os efeitos concretos já sentidos pela Secretaria
340 Estadual e Secretarias Municipais de Saúde, sobre a cobertura do Programa do Glaucoma, em função da edição da Portaria
341 3011, de 10/11/2017, encaminhando os documentos comprobatórios que considere pertinentes." Ressaltou que têm dez dias
342 úteis para responder ao documento, a contar do recebimento do expediente, e observou que o mesmo trata somente da
343 Portaria 3011, referente aos primeiros vinte e dois milhões de reais, não tratando dos outros vinte e dois milhões, mas tinham
344 que responder informando que já chegou outra portaria de mais vinte e dois milhões, e o que a Bahia, estado e municípios
345 fizeram: primeiro, dividindo per capita o valor da Portaria e encontrando o valor de duzentos e noventa e sete reais, além do
346 valor médio do tratamento por levantamento feito pela SESAB, que correspondeu a seiscentos e poucos reais, evidenciando
347 um sub financiamento; e segundo, tinham pactuado que cada município teria conhecimento do que tem direito, o valor não
348 cobriria para ninguém, porque há uma proposta de mandar mais para quem está executando, isso significando que, para quem
349 está executando seria mandado valor maior e para quem não está executando não se mandaria nada. E o município que não
350 recebesse nada ficaria com 100% dos seus pacientes desassistidos e não assumiriam essa responsabilidade perante o
351 Ministério Público Federal. Conclamou o cumprimento dos prazos para fazerem a atualização dos executores, muitos não
352 continuariam por não ter tido execução e se fosse necessário seria solicitado para devolver recurso para aqueles municípios
353 via teto, a fim de que estes pudessem pactuar outro executor de direito, porque o dinheiro é do povo, é para cuidar da
354 população, e se já não estava sendo suficiente, e ainda caindo no teto MAC e o recurso ficaria no município para executar
355 outras coisas. Então era preciso ter esse cuidado, pois ao se falar em desassistência tinham que pensar em quantos pacientes
356 tem realmente, foi feito esse levantamento, o município que respondeu já tinha sido encaminhado ao Ministério Público Federal
357 e que não respondeu também não consta lá, porque o COSEMS tinha solicitado por ter sido acionado, isso tinha sido colocado
358 para todos na época e muitos não responderam. Argumentou que tinha feito essa justificativa antes da apresentação de Ana
359 Paula Andrade, do porquê teve que ser publicado e porque saíram aqueles outros executores, senão teria que esperar
360 acontecerem todas as CIR, já que apenas a CIR pode mudar executor, com ata modificando, e agora tinham até 14 de
361 setembro para poderem dizer quais os executores e publicarem uma nova resolução já com os novos executores. **Odilon**
362 **Rocha** observou que Stela Souza havia colocado o resultado exato do que aconteceria e acrescentou que, ao colocarem o
363 valor do recurso dividido na CIR, tinham que informar que só pode ser executor quem está habilitado pelo Ministério, por
364 exemplo, o seu município não tem habilitação e tem quarenta e seis ml reais, não podendo colocar o recurso lá, mesmo tendo
365 serviço e fazendo parte da rede, porque não é habilitado. E só podia ter recurso quem fosse habilitado, podendo ter o
366 credenciamento do estado, o estado ter credenciado no município determinada clínica, mas a mesma só podia receber
367 paciente para atender glaucoma se fosse habilitada, a não ser que mudasse agora, já que não é mais FAEC e sim MAC, e na
368 lógica de MAC não teria esse tipo de habilitação. Disse também que no início, em 2003, o glaucoma fazia parte da Rede de
369 Oftalmologia e em 2013 migrou para FAEC como recurso novo, mas antigamente glaucoma era procedimento de MAC. **Cássio**
370 **Garcia** informou a reunião com os coordenadores de CIR e membros efetivos e Ana Paula Andrade, da SUREGS, onde foram
371 apresentados os dados e eles tinham ressaltado a necessidade de todas as CIR realizarem suas reuniões, já agendadas
372 inclusive para acontecerem nos dias 14 e 15, possibilitando o encaminhamento das demandas para a Bipartite, portanto já
373 estava garantido o cumprimento do prazo, com tranquilidade. **Raul Molina** solicitou aos membros que a pauta da PPI fosse
374 antecipada, porque como eles tinham avançado e o detalhamento dos pilares que alicerçam a resolução tinha sido explicado, o
375 ideal seria passar para os gestores o valor per capita, bem como o corte efetuado e a CIB aprovaria em *ad referendum*, dentro
376 das ressalvas que já tinham sido discutidas, para eles avançarem e não haver a necessidade de apresentarem. **Stela Souza**
377 se posicionou a favor pois seria apresentado apenas o global tendo em vista que não teria como ser colocado por município,
378 além do fato de que cada gestor receberia o seu e a região também. Explicou a importância de cada um conhecer seus valores
379 e da sua respectiva região, além de os coordenadores adjuntos das CIR e do COSEMS também receberem. **Ana Paula**
380 **Andrade** relatou que na reunião com os coordenadores de núcleos ficou pactuado que a SUREGS enviaria todo o arquivo
381 referente à Bahia, ou seja, não seria fracionado por região, nem por município, e o material também seria direcionado ao
382 COSEMS. Em seguida falou que incluiria o pactuado sobre a produção no Grupo Condutor, para que os municípios pudessem
383 identificar quem está produzindo e quem não está e permitindo que a partir dos dados a pactuação ocorresse nas CIR. **Stela**
384 **Souza** comunicou que a mesa tinha solicitado a antecipação da pauta da PPI, tendo ficado **aprovado por unanimidade**. Em
385 seguida pediu para darem início à apresentação e relatou ter passado as demandas previamente discutidas e aprovadas pelo
386 Estado e Cristiane Macedo apresentaria como eles tinham pensado, para verem se os gestores concordariam. **Cássio Garcia**

387 afirmou que a SESAB levou justamente o discutido na reunião do COSEMS, em forma de proposta para ser avaliada, sem
388 grandes alterações, mesmo sabendo que a mesma não agradaria a todos os quatrocentos e dezessete municípios, porém
389 tinha sido o mais sensato a ser feito naquele momento. Em seguida, convocou Cristiane Macedo para apresentar a proposta
390 construída e posteriormente seria feita a avaliação necessária no coletivo. **Cristiane Macedo (SESAB/COPRI/APG)** saudou a
391 todos e afirmou que a proposta para a abertura do sistema por três meses é da SESAB e do COSEMS, tendo em vista a
392 quantidade de cento e noventa e sete municípios, do conjunto dos quatrocentos e dezessete, ou seja, 47% para revisar em
393 algum momento. Colocou que apesar de outros 'não' alguns continuaram insistindo e até hoje tinha havido pedidos de revisão
394 da PPI, que para o Estado já deveria estar concluída. Reafirmou a sugestão da SESAB e do COSEMS de reabertura do
395 sistema por três meses e informou que no primeiro mês os quatrocentos e dezessete municípios entrariam nos seus
396 respectivos sistemas, com as mesmas senhas. Pontuou que, caso algum município alegasse que ter colocado a senha e ter
397 errado, certamente tinha sido por esquecimento, pois a senha tinha sido mantida e tanto a SESAB como o COSEMS não
398 conhecem as senhas, ou seja, apenas o município sabe. Explicou em seguida que caso não soubessem ou tivessem perdido,
399 eles comunicassem pelo e-mail institucional sesab.apg@saude.ba.gov.br, ou então o secretário sinalizasse sua função, tendo
400 em vista se tratar de recursos financeiros, para a senha poder ser resetada, possibilitando refazê-la para eles entrarem no
401 sistema. Informou que o sistema está com a pactuação tal como os gestores tinham deixado e alteradas as inconsistências que
402 a SESAB já tinha dito que seriam feitas. Deu seguimento apresentando as datas. De 27 de agosto a 26 de setembro de 2018,
403 ou seja, o período de um mês, os municípios realizariam os seus ajustes. No mês seguinte, de 27 de setembro a 28 de outubro
404 2018, os municípios realizariam a validação dos executores, lembrando que quem encaminhou para outro município precisaria
405 saber se o mesmo concorda ou não, portanto seria necessário entrar no sistema e validar o prestador direcionado, porque
406 naquele momento estaria validado, mas se fosse alterar o município para onde foi enviado tinham que dizer sim ou não. E
407 esclareceu que eles teriam um mês para os gestores fazerem todas as validações, tendo em vista que ao mesmo tempo em
408 que o município valida, o sistema apresenta os executores validados e sendo possível identificar se os encaminhamentos
409 foram validados ou não. No período de 29 de outubro a 28 de novembro de 2018 os municípios que tivessem seus
410 encaminhamentos negados poderiam realizar os remanejamentos necessários. Deu o exemplo de que se o município de Iuiu
411 enviasse para Guanambi, mas fosse negado, Iuiu teria que dizer para onde seria encaminhado, ou seja, demandaria correção.
412 Justificou em seguida que tinha sido dado um mês porque os gestores pediriam prorrogação, sendo assim, que todos os
413 municípios tivessem tempo hábil para abrirem tranquilamente e fazerem as devidas alterações, além de poderem identificar as
414 validações e as corrigirem. Ressaltou que todo movimento precisa ter regra, sendo assim, após o encerramento dos prazos
415 não ocorreriam mais ajustes, ou seja, caso houvesse mudança de secretário, erro, abertura ou fechamento do sistema, não
416 teriam mais alterações porque a etapa precisava ser encerrada, o não poderia ser feito caso continuassem solicitando
417 reabertura do sistema. Segundo ela seria necessário aguardar os novos remanejamentos desejados pelos gestores até uma
418 nova pactuação, porque alterações em um município gera mudança na programação do estado todo, portanto qualquer
419 município que retirasse do seu território e colocasse em outro mexeria na programação do outro, sendo assim, após o
420 encerramento isso acabaria. Pontuou em seguida que qualquer inconsistência seria corrigida pelo próprio sistema, porque a
421 SESAB não faria mais oficina, primeiro, pelo período eleitoral, não sendo possível se deslocar e, segundo, por ter havido uma
422 despesa grande nas oficinas anteriores, inviabilizando aquela etapa. Lembrou que os gestores fizeram a PPI, a SESAB foi às
423 oficinas corrigir as inconsistências, portanto as que permanecessem após o período de validação não seria mais possível a
424 correção dos gestores, cabendo ao sistema da PPI corrigir. Explicou que as inconsistências tratam de casos como a negação
425 do executor ao encaminhador e não tendo havido o envio para outro lugar, bem como município que recebe internação, mas
426 não tem hospital, além de encaminhamentos para município HPP da política federal, que não pode receber referência, casos
427 também de envio de exame citopatológico para laboratórios sem habilitação e casos de município encaminhado para município
428 que não executou, do agregado referenciado. O que significava dizer que a oportunidade tinha sido dada para os gestores
429 enviarem para onde sabiam que de fato seriam atendidos, mas, passado o prazo e sem haver correção, a SESAB
430 encaminharia, sendo o polo o primeiro a ser encaminhado, depois o município executor do território e por último a capital, onde
431 tem sempre de tudo. Apresentou em seguida que no mesmo período dos três meses teriam as solicitações dos grandes
432 municípios, bem como a discussão dos planos operativos dos POA dos estabelecimentos assistenciais de saúde. E na primeira
433 etapa do processo seriam os vinte municípios que atualmente têm comando único e com estabelecimento sob gestão ou
434 gerência do Estado e haveria também a elaboração de uma agenda com os setores da SESAB responsáveis pelos contratos
435 com os estabelecimentos - a DGRP, a SAIS e a SUREGS - para avaliarem os POA de todos os estabelecimentos localizados
436 naqueles municípios. Afirmou que, ao serem referidos todos os estabelecimentos, significava dizer que abririam os que têm
437 gestão e gerência do Estado, mas não seria apenas a SESAB que abriria os POA, tendo em vista que todos os municípios têm
438 todos os POA e porque eles precisavam analisar a atuação do município como um todo, que a população não entra apenas no
439 Estado, mas em todo estabelecimento presente no território, portanto todos os POA seriam abertos. Na segunda etapa – ainda
440 definiriam uma data por ser menos urgente para encaminhar o teto ao Ministério - seria para os municípios com comando, mas
441 com contratos sob gestão do município, ou seja, cento e três e ao todo cento e vinte e três com comando único no estado da
442 Bahia. Informou os municípios da primeira etapa: Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Campo Formoso, Capim Grosso, Feira de
443 Santana, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Itabuna, Irecê, Itaparica, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Paramirim, Porto Seguro,
444 Salvador, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista. Encerrou a apresentação lembrando que, destes municípios,
445 Salvador tem trinta e duas unidades que deveriam ser analisadas, portanto o município teria um período maior, os três meses,
446 para discutirem e debaterem com a SESAB. **Stela Souza** solicitou que a mesa deixasse bem claro o que precisa acontecer,
447 pois eles precisavam cumprir o prazo e, antes de passar a fala para o Estado, pediu que ficasse garantido o período dos
448 prazos para avaliação dos POA, tendo em vista a necessidade de encerrar no prazo e aos casos dos hospitais de pequeno
449 porte que já recebem recurso federal e não teriam possibilidade de receber referência. Comunicou que o COSEMS está
450 encerrando o estudo sobre os HPP para discussão com a DAE e foram observadas várias situações que geram a necessidade
451 de entrar nesse movimento com os hospitais de pequeno porte, mas para isso precisavam encerrar o primeiro momento da
452 PPI. Alertou para o desgaste de todos e para o fato de não haver mais prorrogação de prazo, sendo assim, sinalizara para
453 Cristiane Macedo que após a data fosse fechado. Pontuou como a única coisa que não seria possível cumprir o prazo se algum

454 ator não cumprisse, fora isto eles montariam a comissão para avaliar os POA, mesmo não sendo fácil, pois não dava para
 455 avaliar os POA apenas para o município de Salvador. Sendo assim era necessário ter representação de outras regiões do
 456 estado, principalmente dos municípios com hospital da rede própria como Jequié, Feira de Santana e Vitória da Conquista, por
 457 exemplo. Avaliou que não adiantaria colocar dez ou doze pessoas, porque alguns faltariam e acabariam não aceitando o que
 458 tivesse ficado acordado, portanto precisavam ter muito cuidado. Informou, com relação à comissão, que até amanhã o
 459 COSEMS enviaria a relação dos seus membros, mas antes perguntaria para cada secretário, por exemplo, Denise
 460 Mascarenhas, Luiz Galvão e, quanto ao Secretário de Vitória da Conquista, solicitava, antes que ele sáisse da reunião, que
 461 comunicasse quem acompanharia os POA junto com o COSEMS, pois seria preciso pelo menos uns cinco representantes e
 462 um secretário para acompanhar, mesmo sem precisar participar diretamente da avaliação. Em seguida solicitou o
 463 comprometimento do Estado com relação aos POA. **Cássio Garcia** sinalizou quantos aos prazos, disse que no ano de 2018 o
 464 sistema tinha ficado aberto durante seis meses, porém, ao ser fechado, tem dezessete municípios sem fazer nada e eles só
 465 teriam mais um mês, caso contrário a PPI não fecharia. Falou que a SESAB propôs o cronograma à Bipartite, além de ter
 466 levado questões abordadas na última CIB, entre elas os POA para os quatrocentos e dezessete municípios, e tinham garantido
 467 também apresentarem os planos dentro do prazo estabelecido na apresentação. E que o movimento já está sendo realizado
 468 internamente, mas seria preciso dialogar claramente com todos os municípios, porque se trata de equipamentos hospitalares
 469 nos territórios municipais e a SESAB teria que fazer uma força tarefa de fato, além de ficar bem atenta e divulgar nas CIR.
 470 Finalizou colocando que, embora o auditório estivesse bem cheio de secretários, seria preciso divulgar e reforçar os prazos e o
 471 Estado ratificaria o compromisso de apresentar os POA dentro do período proposto. **Stela Souza** pontuou que eles já poderiam
 472 sair daqui com uma data registrada para a primeira reunião do grupo de trabalho que avaliaria o POA, e que isso correria em
 473 paralelo à abertura do sistema, não precisando encerrar uma etapa para começar a outra. E solicitou a Cristiane Macedo que a
 474 data ficasse agendada. E com a chegada do final do ano eles estavam pensando em outra ação paralela, a solicitação do
 475 incremento de teto sem dono ao Ministério da Saúde, porque só saberiam quem iria precisar após o encerramento da PPI e
 476 não adiantava pedir determinado valor para alguns municípios, pois o aumento do teto seria para casos de falta de recurso. Em
 477 seguida citou o exemplo de um município que a procurou, que pelo que estava proposto na discussão antiga perderia mais de
 478 um milhão de reais, mas é um recurso que de fato não existe mais, de outros municípios que estavam indo para lá. Segundo
 479 ela se o município se organizou no seu serviço baseado no recurso não teria como funcionar e outra coisa que embasa o
 480 Estado a pedir o aumento do teto é o fato de o recurso ser mínimo e eles estarem fazendo PPI com o mesmo dinheiro. Relatou
 481 que, no primeiro momento da PPI, tinha sido discutida a reserva técnica e Odilon Rocha tinha comentado com ela e a resposta
 482 tinha sido que a reserva teria que passar a aparecer, e apareceu, e a APG olhou todas as portarias, porque o sistema não
 483 permite mais lançar no SISPPPI, ficando tudo como reserva técnica. Segundo ela, o recurso que ia para determinado município
 484 como reserva técnica - mas a portaria tendo preconizado qual serviço deveria atender - como entrou na forma de reserva
 485 técnica, o recurso foi para um município e o gestor poderia fazer o que quisesse com ele, tendo em vista que não tem por
 486 escrito, a não ser nas portarias antigas de 2010 e 2011, que ninguém lembra mais. e cada dinheiro que chegou para
 487 determinada finalidade tinha que ser explicitado, portanto estava na hora deles fazerem uma transparência com todo o recurso,
 488 olhando a finalidade do mesmo, e o trabalho tinha sido feito inclusive antes de pensarem em fechar a PPI, que cada município
 489 reiteraria seu teto, mas tendo clara a finalidade e informando à CIR. Comunicou que foi feita uma prévia e tinha sido verificado
 490 a partir da primeira movimentação, que no término da PPI teria um déficit de quarenta e quatro milhões de reais, portanto
 491 alguém pagaria pela dívida ou o estado todo. Propôs que eles já comesçassem a fazer um trabalho de incremento de teto para
 492 o estado, ou seja, não seria para a SESAB, nem para determinado município, porque cada um está pedindo uma quantidade,
 493 mas ao ocorrer o movimento da PPI não tem recomposição, pois o recurso já foi destinado para alguns municípios. Sendo
 494 assim, pediriam o incremento e, até novembro, após o fechamento da PPI, a questão estaria resolvida, funcionando como
 495 ferramenta para suprir as faltas, obviamente depois de ser discutido em CIB. Perguntou se todos concordavam que fosse
 496 solicitado o incremento e a intenção era de pedirem cem milhões de reais, para conseguirem quarenta e quatro milhões de
 497 reais. Alertou quanto ao fato de ser final do ano e necessidade de um pedido imediato e comunicou que os **membros**
 498 **aprovaram a sugestão por unanimidade**. Solicitou o auxílio dos presentes junto ao Ministério da Saúde, para esse
 499 encaminhamento e pontuou que o recurso só seria distribuído após a finalização da PPI e a análise dos municípios e regiões
 500 de saúde que perderam recurso e ficaram descobertas, além de vazios assistenciais de serviços, porque não dava para ir tudo
 501 sempre para o mesmo lugar. **Nanci Salles** comunicou que os pontos de homologação não tinham sido abordados e **Stela**
 502 **Souza** solicitou uma pausa para homologarem as resoluções 181 e 182/2018 do glaucoma, aprovadas *ad referendum*, pois
 503 eles precisavam entrar no ponto da pactuação do glaucoma que inclusive já tinha sido **venceido e aprovado**. **Nanci Salles** deu
 504 seguimento, comunicando os credenciamentos encaminhados pelas CIR à CIB, de acordo com a tabela abaixo:

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO	CIR
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fonoaudiólogo (30h) e 01 Profissional de Educação Física (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Macarani	Itapetinga
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Fonoaudiólogo (30h), 01 Psicólogo (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Profissional de Educação Física (30h), 01 Nutricionista (40h) e 01 Farmacêutico (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Jaguaquara	Jequié
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 02 Fisioterapeutas (30h cada), 02 Nutricionistas (40h cada), 01 Profissional de Educação Física (40h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Psicólogo (40h) e 01 Assistente Social (30h), totalizando carga horária de 290 horas.	Lauro de Freitas	Salvador

	01 NASF Tipo II, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (20h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Assistente Social (30h) e 01 Psicólogo (30h) e totalizando carga horária de 120 horas.	Pintadas	Feira de Santana
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo II, passando a ficar da seguinte forma: 01 Nutricionista (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Médico Ginecologista (20h), 01 Psicólogo (30h), 01 Profissional de Educação Física (30h) e 01 Médico Psiquiatra (20h), totalizando carga horária de 160 horas.	Teodoro Sampaio	Feira de Santana
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 01 Assistente Social (30h), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Nutricionista (40h) e 01 Profissional de Educação Física (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Maragogipe	Cruz das Almas
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Profissional de Educação Física (40h), 01 Nutricionista (40h), 02 Psicólogos (40h cada), 02 Fisioterapeutas (30h cada) e 01 Médico Ginecologista/Obstetra (20h), totalizando carga horária de 240 horas.	Souto Soares	Seabra
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Santo Antônio dos Prazeres.	Feira de Santana	Feira de Santana
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Antão Vieira de Barros.	São Desidério	Barreiras
	01 ESB Modalidade I, vinculada a 01 ESF.	Varzedo	Santo Antônio de Jesus
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF III.	Uibaí	Irecê
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Dr. Guilherme Soares de Almeida.	São Gabriel	Irecê
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF São José.	Jussiape	Brumado
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Queimada	Fátima	Ribeira do Pombal
	02 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Velame e Nossa Senhora das Graças.	Seabra	Seabra
	02 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Narjara Ribeiro Galvão Dourado e Júlia Lima Rodrigues de Lima Silva e Souza.	Lapão	Irecê
	02 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Samuel Rodrigues Soares e Edilson Avelino Oliveira.	Xique-Xique	Irecê
	02 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Juazeiro/Petrolina e Cidade Nova.	Valente	Serrinha
	06 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Jardim Centenário, Jardim Cidade Nova, Vida Nova 3, Taruma 1, Taruma 2, Taruma 3.	Lauro de Freitas	Salvador
	06 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Silvestre, Bandeira, Shangrilar, São João B, Clara Elisa e Beira Rio.	Bom Jesus da Lapa	Santa Maria da Vitória
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade I.	São Desidério	Barreiras
	01 ESF Modalidade I.	Xique-Xique	Irecê
	01 ESF Modalidade I.	Varzedo	Santo Antônio de Jesus
	01 ESF Modalidade I, na localidade do Capão.	Jaguaripe	Santo Antônio de Jesus
	02 ESF Modalidade I, nas USF Liberdade e Santo Antônio dos Prazeres.	Feira de Santana	Feira de Santana
	01 ESF Modalidade II, no povoado de Serraria II.	Jiquiriçá	Santo Antônio de Jesus
	02 ESF Modalidade II, nas USF Velame e Nossa Senhora das Graças.	Seabra	Seabra
	03 ESF Modalidade II, nas USF Taruma 1, Taruma 2 e Taruma 3.	Lauro de Freitas	Salvador
	03 ESF Modalidade I, nas USF Sede, Monte Alegre e Paiaí.	Nova Soure	Ribeira do Pombal
	05 ESF Modalidade I, Silvestre, Bandeira, Shangrilar, São João B e Clara Elisa.	Bom Jesus da Lapa	Santa Maria da Vitória
ACS – Agente	02 ACS	Varzedo	Santo Antônio de Jesus

Comunitário de Saúde	03 ACS	Souto Soares	Seabra
	09 ACS	Mascote	Ilhéus
	10 ACS	Coração de Maria	Feira de Santana
	10 ACS	Iraquara	Seabra
UOM – Unidade Odontológica Móvel	01 UOM	Nova Soure	Ribeira do Pombal

505 **Nanci Salles** informou que foram encaminhadas também pelas CIR à Bipartite, as propostas de implantação do Serviço de
 506 Atenção Domiciliar nos municípios de Brumado e Cruz das Almas, com parecer favorável da COAH, e a habilitação, no âmbito
 507 da Qualicito, de Laboratório Tipo I em Aramari, da mesma forma com parecer favorável da DAE/CRAE. Após a informação,
 508 colocou as habilitações dos equipamentos relacionados abaixo:

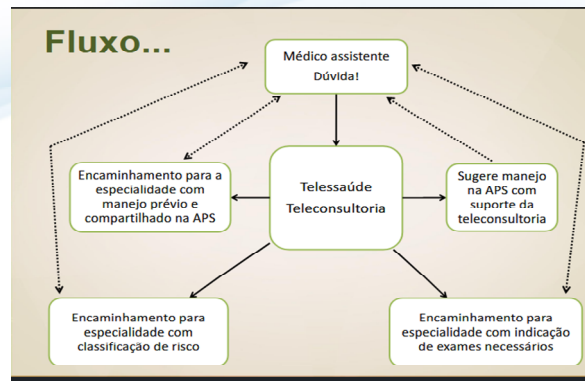
MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Lençóis	CAPS Osvaldo Senna Pereira Mestre Osvaldo	7818777	09.616.406/0001-78	CAPS I
Itatim	CAPS I de Itatim	7588690	13.866.843/0001-17	CAPS I
Vitória da Conquista	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	2486660	14.239.578/0001-00	CAPS AD III
Seabra	Hospital Regional da Chapada	9383298	13.937.131/0001-41	1901 - Laqueadura Tubária 1902 - Vasectomia
Nazaré	Hospital Gonçalves Martins	2301601	14.848.618/0001-10	1901 - Laqueadura Tubária 1902 - Vasectomia
Morro do Chapéu	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo	2801906	14.263.313/0001-47	1901 - Laqueadura Tubária 1902 - Vasectomia
Lauro de Freitas	Hospital Municipal Professor Jorge Novis	2799251	13.927.819/0001-40	22 leitos de Hospital Dia
Feira de Santana	Hospital Inácia Pinto dos Santos	2799278	40.637.159/0001-36	02 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II
Feira de Santana	Hospital Inácia Pinto dos Santos	2799278	40.637.159/0001-36	07 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional – UCINCo
Feira de Santana	Hospital Inácia Pinto dos Santos	2799278	40.637.159/0001-36	12 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru – UCINCa
Feira de Santana	Hospital Estadual da Criança	6602533	13.937.131/0001-41	10 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II
Feira de Santana	Hospital Estadual da Criança	6602533	13.937.131/0001-41	18 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional – UCINCo
Feira de Santana	Hospital Estadual da Criança	6602533	13.937.131/0001-41	10 leitos e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru – UCINCa

509 Além da mudança da forma de repasse do recurso federal referente à contrapartida da Assistência Farmacêutica Básica dos
 510 municípios, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde, para os seguintes municípios: Barro Preto, Coaraci,
 511 Ibicarai, Itapebi e Ubaitaba e a mudança da forma de repasse do recurso federal referente à contrapartida da Assistência
 512 Farmacêutica Básica dos municípios, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, para o município Souto
 513 Soares. Passou para a Coordenadora colocar os pontos de homologação em apreciação aos membros da CIB. **Stela Souza**
 514 convocou a **Superintendente de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS/DICON)** para o ponto sobre a
 515 **regulação da Ortopedia do Hospital Manoel Vitorino**. **Ana Paula Andrade** comentou que é um compromisso da SUREGS
 516 firmado com o GT de Regulação, a partir das solicitações de todos os municípios para terem acesso ao ambulatório do Hospital
 517 Manoel Vitorino, tendo em vista que a unidade é 100% fechada e o acesso cirúrgico da mesma vem através da regulação por
 518 internação de leito, ou pelo ambulatório do próprio hospital. Disse que tinham considerado não só a necessidade do Manoel
 519 Vitorino, mas também para o Hospital Dia do Roberto Santos e para os Centros de Especialidades do Estado, por exemplo, o
 520 CEDEBA (Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia), além dos outros centros, para que todos os serviços pudessem
 521 compor o 'Sistema Lista Única'. Em seguida comunicou que a partir de primeiro de setembro o ambulatório do Hospital Manoel
 522 Vitorino já estaria no Sistema Lista Única, para acesso dos quatrocentos e dezessete municípios do estado e estariam também
 523 disponíveis no Sistema, a partir do dia dez de setembro, os leitos do Hospital Dia do Roberto Santos, inaugurados
 524 recentemente, tendo em vista que só aconteceria CIB em novembro. A ideia era que no decorrer do mês de setembro para o
 525 início de outubro os centros especializados também já estivessem dentro do Sistema, sendo assim, que os gestores
 526 visualizassem no período de setembro e outubro todos os serviços disponibilizados no Sistema Lista Única. Explicou que todos
 527 os gestores já possuem senha de acesso ao sistema, assim como o login, e seriam os mesmos, a única novidade sendo uma
 528 aba de solicitações ambulatoriais para compreender as especialidades e consultas, sendo assim, o gestor clicaria no link para

529 ter acesso ao ambulatório das respectivas unidades. Apresentou em slide que, após clicar na unidade desejada, eles teriam
530 uma página exclusiva para ambulatório, ainda que fosse ambulatório/dia dos serviços, ou para avaliação. E no caso do
531 Hospital Manoel Vitorino tem especialidade solicitada e todos sabem que para ortopedia tem avaliação por especialidade,
532 portanto contaria com todas as especialidades ofertadas pela unidade, por exemplo, mão, joelho, ombro, trauma e pé. Após
533 esta etapa, explicou para eles clicarem no campo para preencher os dados do paciente, os mesmos que colocavam no
534 Sistema Lista Única, de cirurgias, do mutirão, de ressonância e tomografia e que tem um protocolo clínico para cada
535 especialidade, cujo fechamento tinha sido a dificuldade de disponibilizar os outros serviços, inclusive com relação ao Hospital
536 Manoel Vitorino e a SUREGS trabalhou durante seis meses para conseguir criar o protocolo clínico de cada solicitação para
537 serviços como avaliação de joelho, e abriria para eles colocarem os exames de raios-X e ressonância. Para saber qual
538 protocolo seguir, seria inserida uma aba com o protocolo disponível para que os municípios já soubessem e caso não tivesse
539 atendimento do protocolo, no momento da avaliação aconteceria a devolução, como já ocorre. Em seguida apresentou a tela
540 básica para acompanhamento do paciente, onde haveria inserção do mesmo e o acompanhamento das solicitações, por
541 exemplo, status de 'aguardando', 'cancelada a solicitação', 'paciente já agendado', 'paciente aguardando agendamento' e
542 'paciente já colocado, mas ainda' sem nenhuma sinalização. Colocou que eles poderiam acompanhar da mesma forma, pois
543 não tinha mudado nada do que vinham trabalhando no Sistema Lista Única, apenas o link para consultas e especialidades,
544 tendo em vista que a ideia fora colocar 100% dos serviços do Estado para terem o acesso através do Sistema Lista Única de
545 forma eletiva. Apresentou também o protocolo de acesso que seria disponibilizado no site da CIB, bem como no Sistema, para
546 que todos pudessem ter acesso, pois não adiantaria colocar nenhum paciente que não atendesse ao protocolo, porque a
547 solicitação seria recusada. Explicou que foi uma forma encontrada através da briga com as unidades e a SAIS apoiou
548 disponibilizando o acesso via Sistema Lista Única como alternativa de disponibilidade para os quatrocentos e dezessete
549 municípios. **Raul Molina** parabenizou a SUREGS, porque por duas ou três vezes o COSEMS havia colocado a questão em
550 CIB, inclusive a pedido de alguns municípios, tinham visitado o Hospital Manoel Vitorino, tendo sido muito bem atendidos, e a
551 unidade mostrou as dificuldades e relatou estar praticamente engessado com relação às demandas judiciais. E no momento
552 em que eles abrissem o ambulatório para ser feita a referência, seria bom para os gestores e para o prestador, pois não
553 ficariam esperando cirurgia de ortopedia. Para ele ortotrauma atualmente é fábrica de pessoas com deficiência, em que
554 pessoas esperam três, seis meses, até um ano em leitos, o que era terrível. Solicitou que, da mesma forma que estava sendo
555 feito com a ortotrauma, fizessem para cirurgia pediátrica, tendo em vista a dificuldade que têm para encaminhar crianças para
556 uma cirurgia pediátrica, principalmente as de maior complexidade, sendo assim, era pertinente fazer com o Hospital Martagão
557 Gesteira ou com outra unidade de referência. **Ana Paula Andrade** sugeriu que eles conhecessem a demanda e relatou que
558 haverá um mutirão específico para pediatria, exatamente por saberem da dificuldade dos municípios, apesar de não
559 conhecerem o local exato dos pacientes. E, associado ao mutirão de cirurgias em algumas regiões de saúde o foco foi em
560 pediatria, mas para surpresa da SESAB não tinha foi identificar um volume grande de procedimentos pediátricos. Ela informou
561 que o Sistema Lista Única está aberto, a partir das várias discussões de pactuação de recurso o mesmo permaneceu aberto e
562 a sugestão foi para os gestores cadastrarem os pacientes no Sistema, porque permite avaliar o tipo da demanda, bem como o
563 local e o tipo de procedimento, possibilitando a identificação do local ideal para ocorrer o investimento, enquanto assistência
564 pediátrica, ou potencializando lugares que já tivessem. Ressaltou o Hospital da Criança e a necessidade de saber o que está
565 sendo feito e o que poderiam fazer, sendo assim, avaliou que alguns procedimentos, a exemplo de escoliose, é algo já
566 trabalhado para a solução do problema, porém existem outros que eles não conheciam, portanto seria papel do município
567 ajudar neste sentido. E concluiu que, se eles tivessem a demanda cadastrada no Sistema Lista Única, seria possível avaliar
568 para ver de qual forma poderiam solucionar. **Odilon Rocha** considerou extremamente importante a fala de Raul Molina, pois
569 quem trabalha na emergência consegue entender a situação da ortotrauma e alertou como um absurdo permitir a situação,
570 pois pessoas estão morrendo nos leitos com fraturas sem tratamento, enquanto outros atendimentos de urgência recebem o
571 atendimento. Com relação à ortopedia do idoso, era preciso colocar como prioridade, porque ao visitarem residências
572 identificavam a grande quantidade de idosos acamados e o problema é silencioso, o médico faz a consulta no primeiro dia
573 depois a família leva o paciente e o mesmo perde a vaga. Dirigindo-se a Alcina Romero, solicitou que os hospitais do Estado
574 não fizessem uma projeção de noventa dias para a oncologia, porque está ferindo a lei e citou um paciente seu, com câncer de
575 próstata, que foi para o Hospital Geral Roberto Santos, o mesmo levou todos os exames, o médico o atendeu bem, recebeu e
576 orientou que o paciente retornasse após noventa dias, mesmo com análise patológica em mãos, além do paciente ser
577 orientado a refazer todos os exames. Considerava um absurdo e solicitou auxílio da Diretora da DAE, se tratando de um
578 funcionário seu. Disse estar de luto, pois recebera uma circular do Tribunal Regional da Justiça do Rio Grande do Sul proibindo
579 às enfermeiras de receitarem, pedirem exame ou qualquer outra coisa, e não cabendo mais recurso judicial. Perguntou em
580 seguida se eles teriam condição de cumprir a ordem, porque depois que as enfermeiras foram inseridas no Sistema Único de
581 Saúde para fazer alguns procedimentos, como poderiam tirar as profissionais? E enfermeira nenhuma tira nada deles, só
582 ajuda. **Stela Souza** acrescentou que a liminar é terrível e, com relação à cirurgia pediátrica, comunicou que o encaminhado foi
583 dado, inclusive as apoiadoras orientariam os municípios para acessarem o sistema. Deu seguimento à reunião, convocando o
584 ponto da **Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS/DAB)**, sobre o **Telessaúde: Cristiano Sóster (SAIS/DAB)**
585 saudou a todos e falou que há algum tempo vêm trabalhando sobre o Telessaúde, Stela Souza foi uma das precursoras e é
586 basicamente uma prestação de contas, mas também há alguns elementos que poderiam ajudar os municípios e seriam
587 discutidos no grupo de trabalho. Disse que foi montado um GT da Atenção Básica e apresentaria a pauta a ser levada ao
588 Grupo para construir critérios a fim de dispor alguns serviços para os municípios. Apresentou Érica Lima Meneses, a
589 Coordenadora do Telessaúde da Bahia e informou que ela seria a responsável por levar muito da qualidade que o Estado
590 vinha oferecendo através do Telessaúde. E que muitas pessoas alegaram que, devido ao fato de não terem acesso à internet,
591 os municípios não tinham conseguido aderir ao Telessaúde, porém essa alegação é notícia falsa, porque já tem trezentos e
592 cinquenta e nove municípios que participam de alguma forma do Telessaúde, fazendo tele consultoria ou solicitando web
593 palestras, inclusive alguns municípios se organizam para participar das 'web palestras' conjuntamente, abrindo salas,
594 colocando caixas de som, pipoca, entre outras coisas. Assim, o Telessaúde é uma realidade muito concreta dos serviços
595 ofertados, eles têm a segunda opinião formativa relacionada a formulação de respostas, a dúvidas dos profissionais de saúde e

596 fica disponibilizado, porque tem uma formatação científica na Biblioteca da Saúde. Além da tele consultoria, responsável por
597 tirar as dúvidas dos trabalhadores, o telediagnóstico foi executado como projeto piloto que seria pactuado no futuro e a tele-
598 educação. Com relação à tele consultoria, explicou que há uma plataforma da Bahia construída pelo setor de tecnologia da
599 DAB e está disponível para todos os municípios e apresentou o número de tele consultorias realizadas de 2013 até 2018, mais
600 de nove mil e quatrocentas, a partir das solicitações de profissionais para tirar dúvidas e mudarem suas condutas. Das tele
601 consultorias respondidas, a maioria foi por texto encaminhado e respondido em até setenta e duas horas, além dos casos de
602 tele consultorias em que a pessoa teve uma dúvida, agendou e dialogou diretamente com o profissional tele consultor. Falou
603 do número de profissionais que já foram beneficiados, chegando já a quase quatro mil trabalhadores, o que considerou bem
604 importante e as categorias profissionais que mais solicitam: enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos, cirurgiões
605 dentistas, técnicos de enfermagem, gestores que também fazem uso do Telessaúde, entre outros. Informou que todos podiam
606 fazer, para tirar suas dúvidas principalmente sobre processo de trabalho, discussões relacionadas a portarias, entre outras.
607 Comentou que, dos que responderam, o percentual de satisfação está acima de 85%. No item atendimento, o estratificado em
608 'atendeu totalmente' ou 'parcialmente' está também acima de 60% e, somando, conseguiram chegar próximo dos 90%.
609 Mostrou no slide as regiões que mais solicitam, o que demonstra a capilaridade que há, mas também a função do Telessaúde,
610 de poder levar conhecimento às regiões mais distantes e estavam conseguindo fazer isso. Para a tele-educação, que talvez
611 fosse o carro chefe deles, disse que tem sido disponibilizadas algumas 'web palestras' e mostrou no slide a 'web palestra'
612 agendada para o mês de agosto, salientando que teria uma web palestra extraordinária, com o Professor Eugênio Villaça
613 Mendes, para dialogar diretamente com os gestores e trabalhadores. Falou que às tardes das terças e quintas-feiras tem web
614 palestra fixa, sendo o momento dos gestores autorizarem e liberarem seus trabalhadores para acompanharem essas 'web
615 palestras'. Disse que já acompanhou essas 'web palestras' pelo celular, têm como trocar ideias e que tinha sido realizada uma
616 'web palestra' voltada para os agentes comunitários de saúde, discutindo o processo de trabalho, as responsabilidades dos
617 agentes, as ferramentas disponíveis sobre a supervisão dos agentes comunitários de saúde e tinha sido algo bem exitoso,
618 porque alcançou quase dois mil trabalhadores e, se fossem pensar em colocar dois mil trabalhadores no auditório, não teria
619 nenhum auditório na Bahia que comportasse, a única forma tinha sido via 'web palestra'. Achava que já chegara a quarenta e
620 quatro 'web palestras', já tendo sessenta e quatro mil pessoas que participaram, é algo que consegue disseminar
621 conhecimento com base no trabalho cotidiano deles, é educação permanente, muito da web utilizada foi baseada na
622 necessidade de campanha de vacinação, da febre amarela, a discussão sobre microcefalia, coisas do cotidiano. Falou também
623 que telediagnóstico e telecomunicação são duas novidades para alguns, o telediagnóstico tem inúmeras ofertas, tinham
624 iniciado na Bahia com o Projeto piloto eletrocardiograma à distância, já tem o resultado desse projeto piloto, mas podiam
625 avançar, porque no Brasil tem inclusive análise de imagem de fundo de olho feito por telediagnóstico, com laudo à distância.
626 Falou também que hoje existe a possibilidade de ofertarem o eletrocardiograma para os quatrocentos e dezessete municípios
627 para ser analisado à distância pela Universidade Federal de Minas Gerais, por isso que tinha feito este estudo de capacidade,
628 para que pudessem trabalhar, e isso seria levado para o grupo de trabalho. Expôs a linha de tempo do telediagnóstico, o
629 projeto piloto feito, que tem um parceiro em Vitória da Conquista, tem onze municípios que foram treinados em Salvador, entre
630 outros que treinaram em Vitória da Conquista e a partir de dois mil e dezenove queriam fazer essa grande expansão pactuada
631 com os municípios. Explicou que o telediagnóstico é um exame complementar que pode ser feito na unidade básica de saúde,
632 com laudo à distância pela Universidade Federal de Minas Gerais, com um suporte do Núcleo de Telessaúde da Bahia,
633 inclusive com alguns casos de interferência da DAB, quando a pessoa faz o exame e dá alterado, são notificados
634 imediatamente, entram em contato com o secretário de saúde, o coordenador de atenção básica ou com a própria equipe, para
635 tomarem providências. E citou o acontecido na semana passada, uma pessoa que estava com exame alterado e sem sintoma
636 de dor, mas ela estava infartando e a Universidade Federal de Minas Gerais lhes notificou, eles tinham entrado em contato com
637 a coordenação e a pessoa não tinha entendido o que estava acontecendo e dizendo que tinha um agendamento para terça-
638 feira. Assim, foi articulado para que tomassem uma providência de imediato, porque se não o paciente não chegaria vivo até
639 terça-feira, e tiveram êxito nessa conduta. Acrescentou que tem um plantão de urgência para os exames com alteração
640 química ou técnica para os casos em ocorresse alteração do traçado na forma como estão sendo feitos esses exames. Disse
641 também que para os exames de urgência os laudos chegam em dez minutos no máximo e para os eletivos os laudos chegam
642 em até duas horas e o funcionamento é de segunda a sexta-feira, das oito às vinte horas, mas já estavam negociando a
643 ampliação desse período. Destacou no slide os municípios que fazem parte do projeto piloto, já com mais de oito mil laudos
644 realizados. Quanto à telerregulação, disse que é algo que ainda tinham que avançar e unindo à lista única conseguiriam ter um
645 serviço de ponta. Explicou que a telerregulação é uma assistência à distância, em que se consegue estratificar a necessidade
646 e dar o direcionamento adequado para a regulação. Comentou que tem alguns estudos, o principal deles de Santa Catarina,
647 evidenciando que se consegue ter um quantitativo considerável de êxito, fazendo com que a atenção básica amplie sua
648 resolutividade, até porque a telerregulação é conduzida e solicitada pela atenção básica, mediante tele consultoria e um
649 telerregulador analisa a situação, faz a devolutiva para o profissional e só são encaminhados os casos que realmente têm uma
650 necessidade e que não podem ser solucionados na atenção básica. O estudo de Santa Catarina conseguiu ter um alto índice
651 de resolutividade na atenção básica e no Rio Grande do Sul, ao fazerem a implantação, conseguiram retirar da fila 70% dos
652 casos e depois na manutenção conseguiram retirar 50%. Falou que na telerregulação tem alguns quesitos, que são perguntas
653 desde a necessidade do paciente, a primeira sendo se tem indicação clínica para ser encaminhado para o serviço
654 especializado e, não tendo indicação clínica para o encaminhamento, como qualificar esse retorno da atenção básica, que
655 orientação a regulação ou atenção especializada pode dar para qualificar o cuidado da atenção básica e o quarto
656 questionamento, tinha que ser respondido quais os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento, deviam
657 ter prioridade de acesso buscando qualificar inclusive no Lista Única. Falou que o fluxo é basicamente esse e não detalharia
658 muito, por conta do tempo.

TELERREGULAÇÃO



Marcos Aurélio Maeyama et al., 2018



29

659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707

Disse que, do que tem de implantação em Santa Catarina foi feita a implantação do fluxo compulsório, e com isso fazendo com que mais de 70% da endocrinologia e mais de 50% da reumatologia fosse resolvido na atenção básica. E dos relatos sobre todo o Telessaúde que possuem, tem umas falas que trazem elementos de acerto, que é a estratégia do nível de abrangência e onde podem chegar com essa proposta. Acrescentou que é uma tecnologia que visa levar educação permanente diretamente por profissional, sem nenhuma barreira, o profissional busca estabelecer um aumento da resolutividade mediante telediagnóstico e via telerregulação. E concluindo, disse que esta pauta iria depois para o Grupo de Trabalho da atenção básica, a fim de construir critérios para poderem ampliar a oferta do telediagnóstico, que é inicialmente eletrocardiograma, uma das possibilidades que estão vislumbrando para dois mil e dezenove. **Cássio Garcia** parabenizou Cristiano Sóster pela apresentação, disse ser importante trazer pautas da atenção básica para a CIB, pois é de costume referendar apenas as habilitações e os credenciamentos. Falou que o Telessaúde é uma pauta importante, com resultados já comprovados em alguns estados em relação a telerregulação e pediu para levar a pauta ao Conselho Estadual de Saúde e ao Grupo Condutor, para fazerem uma discussão. Perguntou se alguém da mesa tinha alguma consideração e falou da aprovação dos assuntos referentes a rede temáticas na reunião do Grupo Condutor de Redes, uma pauta bastante extensa e trazia como informe: O **Projeto de desenvolvimento integrado da linha de atenção às urgências no ambiente intra-hospitalar**. Perguntou se a DAE queria fazer algum pronunciamento e disse que já encaminharia diretamente aos municípios, por e-mail e pelo site do COSEMS. E que na pactuação do Grupo Condutor teve o aditivo ao PAR de Urgência da região metropolitana de Salvador, referente às UPA 24 horas. **Alcina Romero** saudou a todos e falou que é um aditivo do Plano de ação regional da região metropolitana ampliada, mas apenas do componente pré-hospitalar fixo do município de Salvador, UPA 24 horas. Disse que o plano foi aprovado em dois mil e doze, com a aprovação de treze UPA porte III no município de Salvador pelo Ministério da Saúde, quando tinham uma cobertura de uma UPA para dezesseis mil habitantes no município de Salvador e, de dois mil e doze até agora, teve algumas alterações de mudança de distrito, mas as mais significativas foram a necessidade do fechamento da UPA do Subúrbio, por questão administrativa com o prédio, a estrutura física, e a UPA de Roma por causa do Hospital da Mulher, e a devolução do recurso de uma UPA em Águas Claras pelo governo do estado, por conta da invasão do terreno, não tendo nenhuma condição de ter outro terreno. Com isso, das treze UPA ficaram apenas dez no Componente UPA 24 horas e essa redução fez com que a cobertura de Salvador diminuísse em cerca de 30%. Hoje a cobertura é de uma UPA apenas para duzentos e noventa e seis mil habitantes, o que está causando sobrecarga, principalmente em duas ou três UPA, entre as quais a UPA San Martim, que ficou bastante prejudicada e com uma distância muito grande, porque, seguindo pelo acesso geográfico, depois da San Martim só tem UPA em Periperi. O estado resolveu então pleitear: uma UPA ao Ministério da Saúde, com a transformação da Unidade de Emergência São Caetano em uma UPA porte I; a Unidade de Emergência de Plataforma em uma UPA tipo I, e Salvador pleiteou a implantação de uma UPA nova, porte II, no Distrito Sanitário Itapagipe e a reforma e ampliação da Unidade de Emergência Alfredo Bureau, na Boca do Rio, transformando-o em uma UPA porte I. Com isso eles tinham debatido com Salvador e tinham aumentado a cobertura de uma UPA para duzentos e quarenta e seis mil, não chegando ainda ao que tinham previsto em dois mil e doze, mas já melhorava, diminuindo a distância e melhorando o financiamento desses pronto atendimentos, que têm um papel importante na rede de urgência, mas que financiados por procedimentos está sobrecarregando financeiramente tanto a gestão estadual quanto a municipal. E falou que agora cada um faria seus projetos de adequação, eles inseririam todas as propostas no SAIPS e aguardariam resolução CIB e a definição do Ministério, porque são três UPA ampliadas e uma UPA nova, sendo mais tranquilo, mas as UPA reformadas precisam atender a todos os critérios de UPA no projeto arquitetônico e aguardarem a análise do Ministério da Saúde. **Cássio Garcia** comentou que, na discussão do Grupo Condutor, Salvador apresentou uma contraproposta em relação ao PA de Cajazeiras, solicitando que fosse avaliada a possibilidade de transformá-la em uma unidade básica de saúde e a discussão não tinha tido andamento, só tinham levado adiante a de São Caetano e de Plataforma, para trazerem esta possibilidade à Bipartite. E seguiriam a conversa com a Plataforma e São Caetano e depois trariam a decisão para a Bipartite. **Raul Molina** disse que tinha conversado com Stela Souza a respeito da oxigenoterapia e que ela informara que tem uma resolução aprovada na CIB, não bastaria apenas uma intervenção sua, eles teriam que reformar esse protocolo na resolução. Colocava essa questão porque Cyntia e um grupo tinham trazido para a reunião do COSEMS e pactuado que eles poderiam tocar isto, mas, conversando com Stela Souza, a mesma informou que lamentavelmente tem uma resolução e não podiam retirar e ele queria a manifestação a respeito disso. **Alcina Romero** respondeu que o protocolo da oxigenoterapia tem três modalidades, ventilação mecânica, CPAP - a máscara para apneia do sono - e oxigenoterapia por concentrador. Disse que para cada uma das três tem alguns

708 requisitos, e que tinha chegado até eles uma novidade, através da Secretária Municipal de Caetité, porque nunca tinham
709 enfrentado essa situação, qual o tipo da assistência a oxigenoterapia por concentrador, porque para ventilação mecânica
710 precisa obrigatoriamente da gasometria, para o CPAP nem está prevista a gasometria, e para a oxigenoterapia por
711 concentrador dizem que precisa ou que não pode ter. A saturação por si só não seria critério nem requisito simples e pede uma
712 hemogasometria ou uma polissonografia. A proposta: fazer uma leitura apurada deste protocolo, conversariam com a médica
713 responsável pelo Programa, da SUREGS, e com a doutora Andréia Barral e sua equipe do Hospital Otávio Mangabeira, que
714 tinham lhes amparado neste protocolo. Achava que podia estar havendo uma questão de interpretação, de fato se não fosse
715 uma questão de interpretação e a SUREGS entendesse que isso é um impedimento, sabia da dificuldade da hemogasometria
716 arterial para um paciente que tem uma metástase de câncer, nunca foi pedido, podendo até ter constado no protocolo, mas
717 eles não apuram este nível de detalhamento, dependendo muito para cada situação. Só que está acontecendo, então faria a
718 leitura e se comprometeria a ter uma resposta já em uma semana, mas se fosse preciso mudar realmente este protocolo, se a
719 SUREGS entendesse que podia mudar, já poderiam deixar pactuado uma resolução em *ad referendum*. **Ana Paula Andrade**
720 justificou que atualmente a oxigenoterapia está por dentro de um credenciamento e tem regras que estão estabelecidas no
721 protocolo, e ainda que para a SUREGS estivesse ok, quando a auditoria fosse auditar as contas mandaria devolvê-las, e
722 seriam penalizados nisso, por terem atestado ou porque foi pago por algo que não está atendendo ao protocolo. Então o
723 caminho era a CIB já ter essa possibilidade de fazer uma resolução em *ad referendum*, porque a CIB aprovou o protocolo
724 vigente. Então para substituir o protocolo vigente tinha que ter uma nova CIB, tendo isso a alteração no credenciamento seria
725 tranquilo, porque teria uma nova CIB revogando a anterior, com protocolo novo. **Cássio Garcia** informou que o assunto está
726 **contemplado** e passou a outro ponto: **Aditivo ao plano estadual de atenção ao câncer 2016 - 2013, com a inclusão do**
727 **Hospital das Clínicas de Alagoinhas - CNES 2519879, como unidade de assistência de alta complexidade – UNACON.**
728 Ele falou que no mês passado foi aprovado, na CIR de Alagoinhas, o HCA como unidade de alta complexidade - UNACON, na
729 última semana foi aprovado na CIR de Ribeira do Pombal e estão fazendo aditivo ao Plano Estadual desse equipamento. Fez a
730 ressalva que faltam alguns detalhes e pontos de não conformidades para habilitação, que a DICON faria uma visita a este
731 equipamento no dia vinte e oito de agosto e se estivesse tudo 'ok' já encaminhariam como *ad referendum*, pois não teria
732 reunião da CIB em setembro. Outro ponto: **Fluxo de acesso dos municípios da macrorregião extremo sul à unidade de**
733 **assistência de alta complexidade em obesidade, sobrepeso do Hospital de Ilhéus.** **Alcina Romero** disse que o Hospital
734 de Ilhéus foi habilitado pelo Ministério da Saúde como unidade de alta complexidade de cirurgia bariátrica e pelo fato da
735 portaria exigir um parâmetro populacional muito grande - dois milhões e meio, que extrapola a região de Ilhéus - a área técnica
736 identificou como área de abrangência para este hospital a região extremo sul, porque a região sul tem o Hospital Calixto Midlej,
737 que fica para Itabuna, Jequié e Valença. Achava importante todos os municípios saberem que tem essa abrangência e como
738 chegar a este hospital, já que é um fluxo diferente, não é uma relação que está bem estabelecida. Mandariam para todos os
739 municípios da região extremo sul e o COSEMS lhes ajudaria quanto ao protocolo e ao fluxo de acesso para cirurgia bariátrica
740 dos pacientes no Hospital de Ilhéus e era importante deixar esse fluxos esclarecidos para ajudar os usuários. **Cássio Garcia**
741 informou que levaria este novo fluxo às CIR da região extremo sul e comunicou que na reunião do GCE tinha sido aprovado
742 outro fluxo, o **Fluxo de acesso de doenças raras da APAE**, necessitando de uma apresentação. Complementou que o
743 município de Salvador trouxe essa pauta devido à própria abrangência e à dificuldade de ter vários pontos de atenção para
744 doenças raras e que a abrangência é diferenciada, para praticamente todo o estado da Bahia. E chamou a representante de
745 Salvador para apresentar, porque tinha ocorrido uns pequenos ajustes na apresentação que tinha sido feita na reunião do
746 GCE. **Ana Laura Cruz** disse que Salvador conseguiu habilitar a APAE para fazer o atendimento nessa política nova do
747 Ministério para pessoas com doenças raras, com isso ficou definido um fluxo e nesse momento a APAE é o único prestador,
748 mas tem a possibilidade de ter o HUPES e mais algumas unidades nesse mesmo perfil. E por terem apenas a APAE nesse
749 momento mostrariam o fluxo, porque Salvador possibilitaria o acesso dos outros quatrocentos e dezesseis municípios.
750 Apresentou o objetivo: organizar esse processo regulatório das unidades habilitadas para o eixo I de doenças raras de origem
751 genética, na perspectiva ambulatorial, com o protocolo de acesso e protocolos clínicos, para fazerem uma avaliação desse
752 cenário e possibilitar o diagnóstico de criança com esse tipo de patologia. Falou do marco legal: Portaria nº 199/2014 que traz
753 a política, como será organizada, como deve ser as habilitações, em que contexto elas acontecem. E a APAE se habilitou
754 através dessa portaria nos três eixos da política: doenças raras para anomalia congênita de manifestação tardia; deficiência
755 intelectual ou associada a doenças raras; erro inato do metabolismo. Como funcionará: os municípios agendarão a consulta
756 com geneticista, o município de Salvador abrirá essa possibilidade via Sistema Vida, sem crítica para PPI, ou seja,
757 independentemente de estar pactuado ou não com Salvador, podem agendar a consulta pelo Sistema para o subgrupo de
758 triagem 'consulta com geneticista'. Com isso o paciente será encaminhado à APAE, onde passará por uma solicitação para a
759 Central de regulação, que fará a avaliação, tudo isso sendo acompanhando por um médico regulador e, dentro do que
760 atende o protocolo clínico, o acesso ser liberado à pessoa. Falou que tem um procedimento principal, que está vinculado a
761 essa avaliação pós triagem inicial, a consulta com o geneticista, e este, identificando que o paciente se enquadra, fará uma
762 avaliação mais detalhada e dessa avaliação o médico gerará os exames necessários ou outros sub procedimentos para fechar
763 o diagnóstico clínico e assim possibilitar o acampamento genético dos pacientes diagnosticados dentro desse eixos. Disse que
764 Salvador faria tudo isso para fortalecer o processo regulatório, através da APAC, para conseguirem fazer uma leitura melhor do
765 que possibilitariam de acesso e terem mais dados, porque se não ficaria tudo muito solto. Então a regulação entendeu ser
766 necessário fazer isso por meio de laudo de APAC, com relatório médico para amarrar bem e conseguir regular e controlar tudo
767 isso. Sinalizou o anexo da portaria para cada tipo de avaliação, e disse que dentro de um eixo existe uma série de subgrupos
768 de procedimentos, quando abrissem no Sistema Vida para o subgrupo triagem, era preciso que ficasse dito que a triagem, que
769 é a consulta com geneticista, não é para o paciente que vem com pedido de exame de ordem e pesquisa genética conseguido
770 na sua unidade e no seu município, não era isso, esse exame não seria feito dessa maneira. Abririam a possibilidade para o
771 paciente passar pela consulta com o médico geneticista e a partir daí o médico especialista verificar a necessidade ou não de
772 realizar qualquer outro tipo de exame de pesquisa genética, esclarecia porque todos sabem que tem essa procura. Do ponto
773 de vista do financiamento, informou que todos esses procedimentos são FAEC, então seriam custeados diretamente pelo
774 Ministério da Saúde, fundo a fundo, não existindo um aporte de recurso específico no teto de Salvador para isso, contudo a

775 Portaria 199 prevê um recurso de custeio que Salvador ainda não recebeu no seu teto. Ela falou que tinha feito esse registro
776 no Grupo Condutor e que está acompanhando, então logo entraria esse recurso de custeio, porque não tinham saído
777 emparelhados o recurso desse custeio com o recurso da portaria da habilitação, da ordem de quarenta mil reais e
778 correspondendo ao co financiamento da equipe profissional, para a APAE pagar os profissionais que farão esse atendimento.
779 Disse que este valor estaria sendo incorporado ao contrato da APAE para ser dado início aos atendimentos da maneira como
780 deve ser. Falou que no primeiro momento a SESAB já fez esse contato com o Ministério para cobrar este recurso e estava
781 reforçando para que saísse logo. Repetiu que os quatrocentos e dezesseis municípios terão acesso, e sem crítica de PPI, que
782 é uma consulta com o geneticista para iniciar uma avaliação quanto à necessidade ou não da criança ser inserida nesse tipo
783 de acompanhamento, e que, uma vez conhecido esse universo através dessa possibilidade de diagnóstico, foi aventada a
784 necessidade do Grupo Condutor construir uma linha de cuidado, em um parceria SESAB e APAE, para poderem, além de
785 diagnosticar, referenciar o cuidado a ser demandado à criança, além do acompanhamento genético no seu município de
786 origem. Informou que em Salvador já tem uma estrutura que pode fazer isso, mas entendia que nos municípios isso ainda não
787 se daria dessa forma, então tinha ficado acordado que Salvador, juntamente com a APAE, a DGC e a DAE, desenvolveriam
788 uma linha de cuidado para permitir não só dar acesso ao diagnóstico e ao aconselhamento genético, mas tentar criar um
789 protocolo para um fluxo de cuidado completo desses pacientes. **Cássio Garcia** informou a **Proposta da SAIS/DGC:**
790 **habilitação de oito leitos de saúde mental para o Hospital Martagão Gesteira e foi aprovada.** Comentou que o ponto de
791 glaucoma já tinha sido discutido no início e tinha sido dado o encaminhamento, faltava o ponto do **Aumento de teto do HGE,**
792 **Costa do Cacau e Seabra.** Lembrou que já tem resolução CIB do Hospital da Chapada, em Seabra, inaugurado em dezembro
793 de dois mil e dezessete, inserido na Rede de Urgência e Emergência, na Rede de Crônicos, na Rede de Saúde Mental, até o
794 momento custeado totalmente com o recurso do estado, e estavam pleiteando junto ao Ministério um aumento de teto de
795 média e alta complexidade para o custeio desse hospital, no valor de dois milhões, trezentos e vinte mil, novecentos e dezoito
796 reais e quatro centavos/mês. Na mesma proposta o Hospital Costa do Cacau, novo, em que foi feito remanejamento de parte
797 do teto para o município de Ilhéus a fim de manterem alguns serviços. Informou que o hospital foi inaugurado em janeiro deste
798 ano, até o momento custeado com recurso próprio e o estado está solicitando incremento do recurso federal ao Ministério para
799 custeio do mesmo, no valor de cinco milhões, trezentos e quarenta e sete mil, setecentos e cinquenta reais/mês. E que o HGE
800 não é uma ampliação e sim duplicação, o HGE II é o mesmo hospital, mesmo CNES, com novos serviços, e o Estado está
801 buscando também incremento de recurso federal para o custeio do Hospital Geral do Estado, no valor de oito milhões e
802 duzentos mil reais/mês. **Odilon Rocha** falou que ao sair o credenciamento do Hospital de Santo Antônio de Jesus, o dinheiro
803 viera em nome do município, na época fazia parte do teto do município, assim como em Irecê o recurso também tinha vindo no
804 teto, depois foi feito o repasse. **Cássio Garcia** ponderou que nesse caso estavam solicitando no estado, viria o nome do
805 município, mas que o recurso viesse para o estado, para o custeio desses equipamentos. **Stella Souza** lembrou que algum
806 recurso de hospitais da rede própria do Estado ia para os municípios quando tinha o tal do PCAP (**Pesquisa de**
807 **Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira**) e deu exemplo de que era gestora de Jequié, ia o recurso
808 para o fundo municipal de saúde tinha o PCAP, que ela assinava e **a partir daí** começavam a descontar direto pelo estado, a
809 questão sendo que eles aprovavam o recurso ou não, porque é do estado, na rede própria. Chamou a atenção de que ainda
810 tinham que terminar a pauta do Grupo Condutor e tendo ainda a pauta do COSEMS, com algumas pactuações e estavam com
811 o quórum mínimo da CIB, não poderia sair mais ninguém. Falou que tem ainda o teto e solicitou que qualquer apresentação
812 fosse feita depois da pactuação. **Cássio Garcia** perguntou se o ponto discutido estava **pactuado** e **Stella Souza** trouxe o
813 ponto da **SUPERH/Escola Estadual de Saúde Pública - prorrogação do convênio 1770, firmado entre a SESAB e o**
814 **Ministério da Saúde e a apresentação da estratégia para execução dos cursos de aperfeiçoamento em gestão**
815 **intermediária do SUS, especialização em gestão da atenção básica com ênfase na Rede de Atenção à Saúde e**
816 **especialização em gestão pública municipal de saúde: Marília Fontoura** saudou a todos e explicou que esse convênio é de
817 2007 e 2008, construído há dez anos atrás com o COSEMS e uma série de problemas tinha feito com que o mesmo não fosse
818 executado por todo esse tempo. Então recentemente a Diretora da Escola disse que tentariam manter o convênio, porque são
819 mais de dois milhões de reais, que já se transformou em quatro milhões de reais e não podiam desperdiçar este recurso. Então
820 tinham retomado e estavam tentando, mas considerando a extensão geográfica do estado, o compromisso de apoiar os
821 municípios na formação, vinha tentando montar estratégia para favorecer o desenvolvimento de cursos regionalizados e
822 utilizando EAD como ferramenta. Porque já tinham entrado em contato com o Ministério da Saúde e pedido prorrogação do
823 prazo e hoje Marcelle Paim conseguiu falar com o MS e foi informada que tem que justificar os prejuízos para ver se eles
824 reconsideram o prazo e estava trazendo aqui porque esperava que a CIB fizesse esse pleito junto ao Ministério da Saúde. E
825 falando dos prejuízos caso esse convênio não tivesse o prazo prorrogado para execução, disse seria afetada a ampliação das
826 possibilidades de atendimento das necessidades de qualificação para o SUS, o fortalecimento da política de educação
827 permanente, a implementação da diretriz político-pedagógica, as necessidades da gestão como fio condutor de qualquer
828 processo educativo para o trabalho, a possibilidade de ampliar o acesso dos trabalhadores, e sem este convênio não poderiam
829 ofertar um curso que pudesse contemplar todas as regiões e municípios, sendo a oportunidade também de oferecer uma
830 qualificação da gestão municipal. A motivação do pleito ao Ministério e a necessidade de apreciação da CIB: a relevância de
831 utilização de práticas educativas para contribuir com o fortalecimento da gestão da atenção à saúde, associada às coberturas
832 de saúde da família no território baiano. Ponderou ser uma estratégia porque tem os cursos de especialização, o trabalho de
833 conclusão seria projeto de intervenção e, na medida em que é projeto de intervenção, quem estivesse no curso
834 necessariamente teria que executar um projeto de intervenção a partir de um problema do serviço, com isso não só qualificaria
835 a prática do profissional como qualificaria o serviço. Em seguida a Coordenadora Adjunta agradeceu a presença de todos,
836 declarou encerrada a sessão e **informou que a data da próxima reunião da CIB seria definida e comunicada a todos.** Não
837 havendo mais o que tratar após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi
838 feito pelo núcleo administrativo, (Andressa Braga, Michele Torres, Naiara Brandão e Silvana Salume), eu, Nanci Nunes
839 Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e
840 aprovada. Salvador, 23 de agosto de 2018.
841 Stela dos Santos Souza _____

- 842 Suplente: Alexandro dos Santos Miranda _____
843 Cássio André Garcia _____
844 Suplente: Maria Alcina Romero Boullosa _____
845 Ana Paula Andrade de Santana Andrade _____
846 Rivia Mary de Barros _____
847 Suplente: José Cristiano Sóster _____
848 Luiz Antônio Galvão da Silva Gordo Filho _____
849 Suplente: Erasmo Moura _____
850 Raul Moreira Molina Barrios _____
851 Suplente: Charles Pereira de Souza _____
852 Luciano Ferreira da Mota _____
853 Odilon Rocha Rocha _____