

1  
2  
3 Aos quatorze dias do mês de novembro do ano dois mil e dezoito, no Auditório da União dos Municípios da Bahia – UPB,  
4 Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos membros da CIB, Dr. Fábio Vilas-Boas Pinto – Secretário da Saúde e  
5 Coordenador da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Ivonildo Dourado  
6 Bastos, Cássio André Garcia, Ana Paula Andrade de Santana Andrade, Rívia Mary de Barros, Luiz Antônio Galvão da Silva  
7 Gordo Filho, Raul Moreira Molina Barrios, Max Almeida dos Santos, Odilon Cunha Rocha e dos suplentes, Rodrigo Kuada  
8 Soares, Alexandre dos Santos Miranda, Maria Alcina Romero Boullosa e José Cristiano Sóster. Às quatorze horas e quarenta e  
9 cinco minutos, o **Coordenador da CIB** declarou aberta a sessão, dando posse aos novos membros do COSEMS na CIB:  
10 Rodrigo Kuada Soares – SMS de Eunápolis, em substituição a Hassan Andrade Iossef e Max Almeida dos Santos – SMS de  
11 Teixeira de Freitas, em substituição a Luciano Ferreira Mota. Em seguida submeteu à aprovação as Atas das 261ª e 262ª  
12 Reuniões Ordinárias, encaminhadas por e-mail aos membros da CIB, que foram **aprovadas à unanimidade**. Dando  
13 prosseguimento passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB, **Nanci Salles**, que efetuou a leitura dos expedientes  
14 encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação. **Informes: 1. SUVISA/DIVEP:** Plano de Enfrentamento da  
15 Esquistossomose e Geomintíases 2019-2022 e Semana de Mobilização Nacional e Dia D contra o *Aedes aegypti*, de 26 a  
16 30/11/2018. **Marta Lima**, CODTV – Coordenação de Doenças Transmissíveis e Verticais, informou que o Ministério da Saúde  
17 promoveu uma videoconferência com a Coordenação Nacional sobre o Plano de Enfrentamento da Esquistossomose e  
18 Geomintíases 2019 - 2022 e que o plano já está para sair e contempla cinco ações, cinco linhas estratégicas, sendo uma ação  
19 que a OPAS vem recomendando ao Ministério da Saúde, pois a Esquistossomose é um problema de saúde pública,  
20 principalmente nos estados endêmicos da região nordeste, lembrando que a Bahia é um dos estados endêmicos para  
21 esquistossomose, assim como Pernambuco, Alagoas e outros. A proposta é que durante esses três anos tenha ações  
22 monitoradas em duzentos e dezesseis municípios prioritários no estado e estes municípios foram selecionados através de  
23 critérios pelos dados do SISPCE, que é o sistema de informação do Programa de Controle da Esquistossomose e pelo  
24 inquérito nacional que aconteceu entre 2011 e 2015. Informou que desde julho estão trabalhando com o Ministério da Saúde,  
25 que inicialmente elencou cento e dois municípios prioritários na Bahia e o estado - a DIVEP junto com a CODTV - também fez  
26 uma avaliação, incluindo mais alguns municípios pelos critérios de registro de óbitos, hoje em média de cinquenta e oito  
27 municípios por Esquistossomose/ano no estado, que vêm recebendo casos positivos de Esquistossomose, mas não têm  
28 lançado, hoje sendo duzentos e oitenta e nove municípios endêmicos ou focais, quase 60% dos municípios do estado da  
29 Bahia, e há também um sub registro de casos no sistema oficial, o SISPCE, apenas de 2017 até o momento a positividade do  
30 estado aumentou um pouco, indo para 3,4% e o aceitável é 5%. Relatou que a SESAB – com a DIVEP – preocupados, têm  
31 feito ações junto às regionais e aos municípios, mas o Ministério tem esse plano para se avançar no enfrentamento, a fim de  
32 eliminarem a Esquistossomose enquanto problema de saúde pública. Citou as cinco linhas de ação: Fortalecimento da  
33 Vigilância Epidemiológica; Ampliação do acesso ao diagnóstico no caso de tratamento; Implementação de medidas  
34 sustentáveis onde entra a educação em saúde e o saneamento; Mapeamento de áreas de risco e a vigilância dos hospedeiros  
35 intermediários; e Fomento a pesquisas operacionais. Colocou ainda que o Ministério da Saúde informou ontem que formalizará  
36 ainda esse mês, junto ao CONASS e ao CONASEMS, possivelmente o Secretário Estadual e os Secretários Municipais  
37 receberão essa nota informativa e será encaminhada a relação dos municípios que foram contemplados como prioritários no  
38 estado da Bahia para as regionais e o COSEMS. **Gabriel Murici**, CODTV, falou sobre a Semana Nacional de Mobilização  
39 Intersectorial de Combate ao *Aedes Aegypti*, informando que está chegando o período de sazonalidade das arboviroses e o  
40 Ministério da Saúde está convocando estados e municípios para intensificarem as ações intersectoriais de controle e combate  
41 ao vetor, no período de 26 a 30/11/2018, e será um momento de intensificação das ações de articulação entre os setores de  
42 saúde, educação e saneamento, através de ações de educação em saúde e de mutirões de limpeza, para intensificar as ações  
43 de controle mecânico. Para o dia 30, o Dia D de Controle do *Aedes Aegypti*, ressaltou a extrema importância do apoio de todos  
44 os gestores dos municípios e a articulação com outras secretarias, haja vista a proximidade do período sazonal, a circulação de  
45 três arbovírus –Dengue, Zika e Chikungunya, e comunicou que neste momento já há o registro de dois tipos de Dengue  
46 circulando no estado, a Dengue 1 e a Dengue 2, e também os diferentes alertas do Ministério da Saúde para o risco de febre  
47 amarela. Então, mesmo no período de baixa sazonalidade no inverno, existe o registro da circulação do vírus amarelo, ou  
48 seja, o vírus da Febre Amarela na região litorânea de São Paulo e do Rio de Janeiro. Relatou que o Ministério da Saúde vem  
49 sinalizando a necessidade de intensificação das ações de vacinação e de controle do vetor, assim, solicitava o apoio de todos  
50 para esse processo de articulação com as outras secretarias e a intensificação das ações ao longo da semana de 26 a 30 e  
51 também no Dia D. Informou ainda que a DIVEP enviará para as regionais de saúde a oficialização desse período e também um  
52 modelo de plano de ação, para cada município construir, enviar para as regionais e as regionais enviarem também para a  
53 DIVEP. Disse ainda que o Ministério da Saúde, diferentemente de outros anos, não está fornecendo material impresso, mas  
54 está disponibilizando uma série de materiais digitalizados, então, através da Sala Estadual de Coordenação e Controle das  
55 Arboviroses, serão disponibilizadas as Salas Municipais para reproduzirem e reutilizarem ao longo da semana e no Dia D.  
56 Enfatizou que este é um momento simbólico e colocou-se à disposição para quaisquer dúvidas. **Stela Souza** cumprimentou os  
57 presentes e comentou, com relação ao *Aedes*, à sazonalidade e todo esse movimento, que está fazendo dez anos que houve  
58 uma grande epidemia de Dengue no estado da Bahia, depois é que tinham surgido as outras, mas a Dengue estourou no final  
59 de 2008 para 2009 e foi um estado calamitoso. Manifestou preocupação, não só pela fala de que o Ministério da Saúde não  
60 está fornecendo material, mas também por não estar vendo um grande movimento de mídia, parecendo que todos estão  
61 'dormentes' e não atentos o suficiente, portanto era hora de acordar, o que já deveria ter acontecido lá atrás, para fazerem um  
62 trabalho excelente em todos os municípios, porque quando aparecesse outro vírus poderia começar a se espalhar se não  
63 tivessem cuidado em todos os municípios, em todos os espaços, e a orientação de manter viva a necessidade de conservação  
64 e de cuidado junto à população, não se sabia o que poderia acontecer. Então esse é um alerta para todos os gestores e para a  
65 população, pois sua sensação é de que estão todos meio 'adormecidos'. O **Coordenador** reforçou a lembrança de que a  
66 Bahia, com fé e trabalho de todos, continuará sendo um estado livre da Febre Amarela urbana, lembrando que não há nenhum  
67 caso humano registrado há quase vinte anos, mas que isso depende de um esforço grande para elevar as taxas de cobertura,

68 enquanto ainda não tivessem surgido novos casos com mortes no sudeste, nos meses de novembro e dezembro, tem vacina  
 69 sobrando em todo o estado. Sugeriu aos gestores que a partir de segunda-feira já começassem a chamar a população para  
 70 tomar vacina e, assim, conseguirem elevar a taxa vacinal e proteger a população, mesmo os municípios que em tese não  
 71 estariam na região de risco. Como tem vacina nesse momento, valia a pena começarem a vacinar toda a população sem  
 72 contraindicação de tomar. Lembrou a necessidade de avançarem nos diagnósticos que possam mapear as arboviroses  
 73 existentes, se é Dengue, Zika ou Chikungunya, porque está chegando a Febre de Mayaro, a Doença de Young Young, que já  
 74 tem em Goiás e Mato Grosso e que é muito parecida, e para esses casos que dão negativo para Dengue, Zika ou  
 75 Chikungunya, estão coletando o soro para mapear a entrada eventual destas novas arboviroses no estado. Em seguida **Nanci**  
 76 **Salles** deu continuidade à leitura dos informes: **2. SECRETARIA EXECUTIVA: MPE/BA – Notificação para audiência na**  
 77 **GESAU, que tem como objeto “garantir a oferta pelo SUS de tratamento de iodoterapia para 100% da demanda do Estado da**  
 78 **Bahia” no dia 29/11/2018 (quinta-feira), às 09 horas, na sala 405 da sede do Ministério Público do Estado da Bahia/Nazaré.**  
 79 Lembrou que o estado e o COSEMS precisam indicar os representantes para se fazerem presentes nesta audiência. **3. Foram**  
 80 **publicadas as seguintes Resoluções ad referendum: Aprovadas.**

| Resolução | Publicada no DOE | Assunto  |
|-----------|------------------|--|
| 213/2018  | 29/08/2018       | Aprova ad referendum o Plano de trabalho para execução do Prêmio Inovasus 2014, concedido pelo Ministério da Saúde, ao PROJETO "CUIDAR DO CUIDADOR" da Secretaria Municipal de Saúde de Inhambupe.   |
| 216/2018  | 01/09/2018       | Aprova ad referendum o Termo de Compromisso de funcionamento da UPA 24h de Senhor do Bonfim, Porte I, sob gestão municipal com opção de custeio I.   |
| 217/2018  | 01/09/2018       | Aprova ad referendum o Termo de Compromisso de funcionamento da UPA de Monte Cristo, Porte I, sob gestão municipal com opção de custeio III, no município de Itabuna.  |
| 218/2018  | 04/09/2018       | Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da competência agosto/2018.   |
| 219/2018  | 09/10/2018       | Aprova ad referendum a Proposta nº 91209718-002, Emendas Parlamentares nos 27420003 e 12700004, cadastradas junto ao FNS/MS, para construção de unidade de atenção especializada em saúde no município de Piatã.   |
| 221/2018  | 19/09/2018       | Aprova ad referendum a solicitação ao Ministério da Saúde de substituição do acelerador linear da UNACON do Hospital Manoel Novaes, do Município de Itabuna, através do Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde – SUS.   |
| 222/2018  | 22/09/2018       | Aprova ad referendum a Proposta nº 913745/18-001, da Emenda Parlamentar nº 36940012, para Aquisição de Equipamento e Material Permanente para ampliação de serviços, para a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeira, no município de Cachoeira.  |
| 223/2018  | 22/09/2018       | Aprova ad referendum a transferência dos recursos financeiros de média e alta complexidade, destinados ao custeio do Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS), do Fundo Estadual de Saúde da Bahia (FES/BA) para os Fundos de Saúde dos Municípios de Salvador e Xique-Xique.  |
| 224/2018  | 22/09/2018       | Aprova ad referendum a distribuição do recurso, por Município Gestor e por Município de Residência, estabelecido nas Portarias GM/MS nº 3.011, de 10/11/2017 e GM/MS nº 2.141, de 12/07/2018, para custeio dos procedimentos transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade (MAC) no Estado da Bahia. |
| 225/2018  | 09/10/2018       | Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da competência setembro/2018.   |
| 226/2018  | 31/10/2018       | Aprova ad referendum a execução e o limite financeiro para custeio dos procedimentos cirúrgicos eletivos estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 2.895, de 12 de setembro de 2018.  |
| 227/2018  | 07/11/2018       | Aprova ad referendum a Proposta de convênio nº 11242.110000/1180-02, para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para unidade de atenção especializada, com a implantação dos serviços de ultrassonografia e raio x no Hospital Municipal Doutor José Maria de Magalhães Neto do município de Barra do Choça.   |
| 228/2018  | 07/11/2018       | Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e municípios, a partir da competência outubro/2018.   |

81 Dando continuidade **Nanci Salles** efetuou a leitura dos itens encaminhados para **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE**  
 82 **ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAB/DAE e CIR: 1.1 Credenciamentos: Aprovados.**

| CRENCIAMENTO                              | ESPECIFICAÇÃO   | MUNICÍPIO  | CIR        |
|---|---|------------|------------|
| NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família | 01 NASF Tipo I, com a seguinte composição:<br>02 Psicólogos (20h cada), 01 Farmacêutico (20h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Profissional de Educação Física (20h), 01 Assistente Social (20h), 01 Nutricionista (20h), 01 Sanitarista (40h), totalizando carga horária de 200 horas. | Uruçuca    | Ilhéus     |
|   | 01 NASF Tipo I, com a seguinte composição:<br>01 Nutricionista (40h), 02 Assistentes Sociais (20h cada), 01 Psicólogo (40h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Profissional de Educação Física (40h), totalizando carga horária de 200 horas.   | Itacaré    | Ilhéus     |
|   | 01 NASF Tipo I, com a seguinte composição:  | Ribeira do | Ribeira do |

|   |   |                        |                        |
|---|---|------------------------|------------------------|
|   | 02 Psicólogos (20h cada), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 02 Nutricionistas (20h cada), 01 Profissional de Educação Física (20h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Fonoaudiólogo (20h), totalizando carga horária de 210 horas.   | Pombal                 | Pombal                 |
|   | 01 NASF Tipo I, com a seguinte composição:<br>02 Profissionais de Educação Física (20h cada), 02 Ginecologistas (20h cada), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 02 Pediatras (20h cada), 02 Nutricionistas (20h cada) e 02 Fonoaudiólogos (20h cada), totalizando carga horária de 240 horas.  | Saubara                | Salvador               |
|   | 01 NASF Tipo II, com a seguinte composição:<br>01 Fisioterapeuta (20h), 01 Psicólogo (20h), 01 Assistente Social (20h), 01 Nutricionista (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Profissional de Educação Física (20h), totalizando carga horária de 120 horas.  | Aramari                | Alagoinhas             |
|   | Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma:<br>02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Profissional de Educação Física (20h), totalizando carga horária de 200 horas.  | Senhor do Bonfim       | Senhor do Bonfim       |
|   | Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma:<br>02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (20h) e 01 Profissional de Educação Física (40h), totalizando carga horária de 200 horas.  | Senhor do Bonfim       | Senhor do Bonfim       |
|   | Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma:<br>01 Profissional de Educação Física (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (30h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Fisioterapeuta (30h), totalizando carga horária de 210 horas.  | Itaberaba              | Itaberaba              |
|   | Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma:<br>02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Nutricionista (20h), 01 Psicólogo (30h), 01 Psicólogo (20h), 01 Profissional de Educação Física (20h) e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 200 horas.   | Nova Soure             | Ribeira do Pombal      |
|   | Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma:<br>01 Profissional de Educação Física (40h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Psicólogo (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Nutricionista (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Médico Ginecologista Obstetra (20h), 01 Médico Psiquiatra (20h), totalizando carga horária de 200 horas. | Banzaê                 | Ribeira do Pombal      |
|   | Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo II, passando a ficar da seguinte forma:<br>01 Nutricionista (20h), 01 Profissional de Educação Física (20h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Psicólogo Clínico (20h) e 01 Fisioterapeuta (20h), totalizando carga horária de 130 horas.   | Muniz Ferreira         | Santo Antônio de Jesus |
| ESB – Equipe de Saúde Bucal   | 01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF de Salamin.  | Serrolândia            | Jacobina               |
|   | 01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Cana Brava.  | Coração de Maria       | Feira de Santana       |
|   | 01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Queimadinha I.   | Feira de Santana       | Feira de Santana       |
|   | 01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Caititu 2.   | Itaberaba              | Itaberaba              |
|   | 01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Catú Grande.   | Itapicuru              | Alagoinhas             |
|   | 01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF da UBS Ana Gomes da Rocha.   | Tremedal               | Vitória da Conquista   |
|   | 01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF IX Dr. Rotcschild Augusto da Silva.  | Santa Rita de Cássia   | Barreiras              |
|   | 01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Sede II.   | Ajustina               | Ribeira do Pombal      |
|   | 01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Centro II.   | São Francisco do Conde | Salvador               |
|   | 02 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF Albino José Rocha e Amadeu Batista.  | Ibipeba                | Irecê                  |
|   | 02 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF Monte Azul e Novo Horizonte.   | Guanambi               | Guanambi               |
| 02 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF Sibéria Maciel e Gersa Santos. | Itambé  | Itapetinga             |                        |

|                                   |   |                        |                        |
|-----------------------------------|---|------------------------|------------------------|
|                                   | 02 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF Praça Luiz Eduardo Magalhães e Conjunto Habitacional Alfredo de Oliveira Magalhães.  | Sítio do Mato          | Santa Maria da Vitória |
|                                   | 02 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF Boa Vista do Santo Antônio e Lagoa Grande II.  | Bom Jesus da Lapa      | Santa Maria da Vitória |
|                                   | 02 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF Saturnino Paulo da Silva e José Augusto Estrela Tuy.   | Biritinga              | Serrinha               |
|                                   | 03 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF Saco do Moura, Cajueiro e Alto de Fora.  | Serrinha               | Serrinha               |
|                                   | 03 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF Sede, Porto da Telha e Cairú.  | Salinas da Margarida   | Santo Antônio de Jesus |
|                                   | 03 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF Centro I, Sócrates Rezende II, Himério Teixeira, Edmundo Lopes Castro e Pimenteiras.   | Canavieiras            | Ilhéus                 |
|                                   | 03 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF Claro Xavier de Lima, Romualdo Albernaz XIX e Centro XXVI.   | Barreiras              | Barreiras              |
|                                   | 08 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF José Barbosa Neto, José de Santana Dantas, Pinhões, Muriti I, José Adilson André de Carvalho, Pau Miúdo, Joel Carvalho de Abreu e Nossa Senhora de Fátima. | Euclides da Cunha      | Serrinha               |
| ESF – Equipe de Saúde da Família  | 01 ESF Modalidade I - Ibiaporã II.  | Mundo Novo             | Feira de Santana       |
|                                   | 01 ESF Modalidade I - Monte II.   | Iaçu                   | Itaberaba              |
|                                   | 01 ESF Modalidade I - UBS Ana Gomes da Rocha.   | Tremedal               | Vitória da Conquista   |
|                                   | 01 ESF Modalidade I - Pimenteiras.  | Canavieiras            | Ilhéus                 |
|                                   | 01 ESF Modalidade I – Sede II.  | Ajustina               | Ribeira do Pombal      |
|                                   | 01 ESF Modalidade I – Catu Grande.  | Itapicuru              | Alagoinhas             |
|                                   | 01 ESF Modalidade I – Gameleirinha.   | Iraquara               | Seabra                 |
|                                   | 01 ESF Modalidade I – Cândida Moreira.  | Saubara                | Salvador               |
|                                   | 01 ESF Modalidade I – Guapira.  | Maragogipe             | Cruz das Almas         |
|                                   | 01 ESF Modalidade I - Boa Vista do Santo Antônio.   | Bom Jesus da Lapa      | Santa Maria da Vitória |
|                                   | 02 ESF Modalidade I - Praça Luiz Eduardo Magalhães e Conjunto Habitacional Alfredo de Oliveira Magalhães.   | Sítio do Mato          | Santa Maria da Vitória |
|                                   | 01 ESF Modalidade II – Centro II.   | São Francisco do Conde | Salvador               |
|                                   | 02 ESF Modalidade II - Monte Azul e Novo Horizonte.   | Guanambi               | Guanambi               |
|                                   | 03 ESF Modalidade II - Queimadinha I, Queimadinha II e Queimadinha III.   | Feira de Santana       | Feira de Santana       |
|                                   | 03 ESF Modalidade II - Claro Xavier de Lima, Romualdo Albernaz XIX e Centro XXVI  | Barreiras              | Barreiras              |
| ACS – Agente Comunitário de Saúde | 07 ACS  | Nova Redenção          | Itaberaba              |

83  
84  
85

1.1 Credenciamento do Serviço de Videolaparoscopia do Hospital Municipal de Salvador. 2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON: 2.1 Habilitação/credenciamento das unidades abaixo relacionadas. **Aprovados.**

| MUNICÍPIO           | UNIDADE   | CNES    | CNPJ               | HABILITAÇÃO                                    |
|---------------------|---|---------|--------------------|--|
| Prado               | Hospital Municipal de Prado                         | 2674513 | 13.761.713/0001-10 | 1901 - Laqueadura Tubária<br>1902 - Vasectomia |
| Riachão do Jacuípe* | Hospital Municipal Doutor Lauro Costa Falcão        | 2601737 | 16.438.624/0002-06 | 1901 - Laqueadura Tubária<br>1902 - Vasectomia |
| Barra do Choça      | Hospital Municipal Dr. José Maria de Magalhães Neto | 2722844 | 13.906.789/0001-96 | 1901 - Laqueadura Tubária<br>1902 - Vasectomia |
| Biritinga           | CAPS I – Roberto da Silva Xavier                    | 9313664 | 11.850.491/0001-86 | CAPS I   |
| Itaguaçu da Bahia   | CAPS I – Lar da Esperança                           | 7582021 | 11.958.928/0001-08 | CAPS I   |

86  
87  
88  
89

\*a área técnica solicitou retirada da pauta do credenciamento para a unidade de Riachão do Jacuípe.

3. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVPEP: 3.1 Descrédenciamento do Hospital São Rafael – Monte Tabor, na Rede Nacional de Hospitais de Referência para Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar. **Aprovado.**

90 **Raul Molina**, SMS de Cabaceiras do Paraguaçu, lembrou que na CIB passada tinha sido colocada a obrigatoriedade de  
91 apresentar projeto para mudança da equipe mínima do NASF e informou que o município de Cabaceiras do Paraguaçu  
92 solicitará alteração, tirando o médico pediatra e o psiquiatra e substituindo pelo nutricionista, gostaria que constasse em ata  
93 enquanto chegam os documentos na CIB para os trâmites legais. **Odilon Rocha** questionou se na relação de resoluções em  
94 *ad referendum* não estava faltando a de cirurgias eletivas e foi esclarecido que se trata da Resolução CIB nº 226/2018. Dando  
95 prosseguimento, o **Coordenador** passou para as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB. **Apresentação: 1.**  
96 **SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS: 1.1 Recurso Cirurgias Eletivas. O**  
97 **Coordenador** fez um breve introdutório sobre o sistema de regulação, em que tinha acompanhado bastante o tema da  
98 regulação na “fila da morte”, que todos morrem de medo, e traria algumas informações. A regulação, como todos sabem, é o  
99 mecanismo de democratização do acesso aos serviços de saúde e quanto mais organizada é uma sociedade, mais equânime  
100 deve ser a oferta do serviço. Antes de existir a Central de Regulação havia algo chamado “pistolão”, era preciso conhecer o  
101 secretário de saúde, o prefeito, o vereador, um radialista, um amigo do médico do município, para se conseguir uma vaga no  
102 hospital ou um exame. Com a Central de Regulação essa oferta passou a ser hierarquizada de acordo com a gravidade e com  
103 o tempo de entrada na fila, em um cenário ideal, assim que surge o paciente na tela, sendo de Barreiras ou da emergência do  
104 Hospital Roberto Santos, esse paciente vai para o sistema e o mais grave será trazido. E em um cenário ideal esses pacientes  
105 são atendidos na velocidade que a demanda médica exige, por exemplo, um paciente enfartando, ele tem um tempo porta  
106 balão de noventa minutos, ele vai ser regulado em noventa minutos, vai chegar uma ambulância, levá-lo para o hospital, fazer  
107 um CAT e ter sua artéria aberta em noventa minutos, sendo este o cenário ideal. Disse que para se ter esse cenário  
108 funcionando era preciso ter leitos disponíveis todo o tempo, para que, quando a demanda surgisse, o paciente pudesse ser  
109 atendido. O fato é que no estado tem uma oferta de serviços de saúde inferior à demanda e isso é reflexo de várias razões, há  
110 um excesso de demanda também por várias razões. Citando algumas delas, tem muitos pacientes sendo internados pelas  
111 chamadas causas sensíveis à atenção básica, como o pé diabético para amputar, que hoje é a principal causa nas UPA de  
112 Salvador, AVC, infarto agudo do miocárdio, e mais os acidentes de trânsito, principalmente de moto e automóveis. De outro  
113 lado tem a oferta de leitos e de exames, que é impactada também pelo excesso de demanda, hoje uma média de 30% dos  
114 leitos hospitalares está ocupada por sequelados de acidente de moto e trânsito, 60% dos leitos de UTI são pacientes de longa  
115 permanência. Então há uma rede hospitalar sobrecarregada por uma epidemia de acidentes de moto e pacientes sequelados  
116 de condições sensíveis à atenção básica. Também há uma dificuldade de fazer o leito girar, idealmente um leito deveria girar a  
117 cada cinco dias, quando o paciente tem que ter seu problema diagnosticado, tratado, e ele tem que ir embora para entrar outro  
118 paciente. Um leito deveria servir seis pacientes por mês e quando ele entrou na SESAB o tempo médio de permanência de um  
119 paciente chegava a quinze dias, ou seja, um leito oferecia atendimento para apenas dois pacientes por mês. Outro problema é  
120 a ferramenta que pega esse paciente e leva de um lado para outro, ou oferece o serviço para o paciente, que é a Central de  
121 Regulação, e essa ferramenta também tem problemas, de defasagem tecnológica, há municípios que não têm computador e  
122 preenchem à mão a ficha e manda por fax, a Central não consegue acessar o leito hospitalar pelo computador, tendo que ligar  
123 para o telefone e perguntar ao médico se pode mandar o paciente, e defasagem de recursos humanos. Então são problemas  
124 de todas as ordens. Relatou que esse diagnóstico tinha sido feito na Secretaria e em cada um desses aspectos várias ações  
125 foram tomadas ao longo desses anos. No começo dessa nova gestão do governo do estado havia a capacidade de atender em  
126 torno de duzentos e cinquenta a trezentos pedidos por dia e já tendo chegado a mais de dois mil pacientes em tela, alguns com  
127 tempo de espera de quatro meses para um procedimento. Com uma série de ações principais do lado do aumento da oferta, foi  
128 implantada uma PPP de imagem, que colocou tomografia e ressonância magnética nos principais hospitais do estado, que é  
129 uma das razões pelas quais os pacientes ficavam vinte a trinta dias esperando uma tomografia e uma ressonância magnética,  
130 só havia duas ressonâncias magnéticas públicas na Bahia, isso ajudou a reduzir o tempo de internação. Foram abertos leitos  
131 que estavam fechados por falta de recursos humanos ou por obras que não se concluíam, tinham investido na aquisição de  
132 equipamentos de tecnologia, colocado arcos cirúrgicos e tomógrafos em locais que não havia, mesmo em hospitais municipais,  
133 hospitais filantrópicos, para agilizar o diagnóstico, ampliando leitos de terapia intensiva tanto na rede própria quanto na rede  
134 municipal e conveniada, reformando unidades, construindo novos hospitais e o resultado disso é que hoje têm uma capacidade  
135 em que o tempo médio de internação caiu para dez dias, têm hoje capacidade de atender a demanda da Bahia e a demanda  
136 hoje é de cerca de quinhentos pacientes por dia e hoje atendem 100% da demanda. Hoje, dia 14, surgiram de quatrocentos e  
137 cinquenta a quinhentos e cinquenta pedidos, todos os dias, vindos dos municípios para a Central Estadual de Regulação e os  
138 quatrocentos e cinquenta a quinhentos e cinquenta são atendidos todos os dias, não necessariamente os quatrocentos e  
139 cinquenta a quinhentos que tinham entrado hoje, porque têm um passivo de outros mil e quinhentos que estão esperando na  
140 fila. Então se hoje fosse decretada a falência do sistema e começasse um novo, esquecessem os outros, o sistema novo  
141 funcionaria perfeitamente e os quinhentos que entrassem amanhã seriam atendidos amanhã, agora que têm capacidade de  
142 resolver. Para que o sistema funcionasse melhor foi criado um mutirão, uma força tarefa dentro do seu Gabinete, para atacar a  
143 fila que tinha ficado para trás, do fundo para frente. Então, no dia 02 de outubro havia cerca de dois mil pacientes, mas  
144 trezentos tinham sido ‘limpados’ rapidamente por se tratar de erro, ficando um pouco mais de mil e setecentos pacientes para  
145 começarem a trabalhar e com médicos reguladores, médicos trazidos de unidades e uma série de reuniões com diretores de  
146 hospitais da rede do estado, da rede conveniada, tinham começado a retirar os pacientes que estavam com cento e vinte dias  
147 esperando em tela, noventa dias, cem dias, sessenta dias, quarenta e cinco dias, trinta dias e hoje estão trabalhando com  
148 pacientes com mais de quinze dias esperando em tela. Em seguida ele apresentou os gráficos que mostram a evolução,  
149 ressaltando que para que isso pudesse acontecer, tinha sido aberto um sistema de internação domiciliar que está previsto  
150 atender mil pacientes simultaneamente, relatando que hoje tem trezentos pacientes internados, já tinham conseguido tirar mais  
151 duzentos neste mês, estando já com quinhentos pacientes, tinha setecentos pacientes crônicos vivendo há mais de um ano  
152 nos hospitais e tinham conseguido levar para casa ou para os hospitais dos seus municípios ou os filantrópicos, e dando apoio  
153 financeiro para esses pacientes poderem ficar nos seus municípios. Então se no HGE tem um paciente tetraplégico com  
154 gastrostomia há um ano e ele é de Jaborandi, mandariam para o hospital de lá ou da região e, se houvesse necessidade de  
155 antibiótico ou de curativo especial, estariam apoiando o hospital e o município para poderem cuidar daquele paciente perto da  
156 sua família. Se na região tivesse alguma empresa de internação domiciliar credenciada pelo governo do estado, ele iria para

157 sua casa, já tendo havido caso de a empresa de *home care* alugar uma casa para colocar a pessoa morando no interior e com  
158 isso tinham tirado mais de duzentos pacientes que estavam morando nos hospitais, e duzentos pacientes são duzentos leitos,  
159 corresponde a um hospital novo. Relatou que foram feitas várias ações na área de ortopedia e mostrou um gráfico com a fila de  
160 regulação há trinta dias, o gráfico não pegando do começo, mas trinta dias apenas, então no dia 15 de outubro tinha perto de  
161 mil quinhentos e sessenta pacientes, e hoje, dia 14, estão com mil duzentos e trinta, e queria chegar no final do dia de hoje  
162 com mil cento e noventa e nove pacientes, quebrar a barra dos mil e duzentos. Então em quarenta e cinco dias de trabalho  
163 tinham sido tirados quatrocentos e cinquenta pacientes. Mostrou outro slide, com uma representação gráfica da curva de  
164 regressão mostrando a redução contínua do número de paciente na tela, e outro gráfico mostrando os pacientes com mais de  
165 trinta dias, lembrando que tinha pacientes com mais de cento e vinte, mais de noventa, mais de sessenta, foi limpando isso  
166 tudo e agora não tem mais pacientes com trinta dias esperando na tela da regulação desde quinze dias atrás. Relatou que  
167 estão trabalhando com os mais de quinze e mostrou outro gráfico com pacientes de vinte e cinco a trinta dias, quinze a vinte e  
168 quatro, dez a quatorze, e cinco a nove dias. Ponderou que a meta é nos próximos noventa dias chegarem a ter em tela  
169 quinhentos pacientes, o que significava que estão regulando esses pacientes dentro de vinte e quatro horas e isso seria uma  
170 mudança completa na realidade e no panorama da saúde que estão vivendo, porque quando chegassem nisso significaria que  
171 no próximo momento, o tempo, o percentual de ocupação dos leitos começaria a cair, lá para março hospitais com pacientes  
172 em corredor começariam a ficar com taxa de ocupação de noventa e dois, oitenta, setenta, e abriria espaço para o paciente da  
173 cirurgia eletiva, que fora colocado para fora do sistema porque as unidades hospitalares estão ocupadas pela rede de urgência  
174 e emergência. E a partir dessa resolutividade os hospitais começariam a ter espaço para voltarem a fazer cirurgias eletivas na  
175 rede própria do governo, numa quantidade bem maior do que se faz hoje. Mostrou gráficos de algumas especialidades  
176 principais, as que mais demandam como cardiologia, em que houve uma queda do número de pacientes em tela, incluindo  
177 cateterismo cardíaco, angioplastia, infarto com supra, infarto sem supra, internação cardiológica clínica por insuficiência  
178 cardíaca, cirurgia cardíaca adulto, cirurgia cardíaca pediátrica, marca passo convencional e CDI, que havia em torno de  
179 duzentos e cinquenta e cinco em tela e hoje são cento e oitenta e cinco, com a redução expressiva no tempo de espera para  
180 cateterismo cardíaco, que já chegara a ter cem pacientes esperando e hoje tem em torno de quarenta pacientes apenas, o  
181 mais antigo com oito dias de espera. Mostrou outro gráfico por tempo de espera, onde acima de trinta dias tinha um paciente  
182 hematológico, outro de ortopedia, relatando que já tinha chegado a ter quinhentos pacientes em ortopedia na Bahia e hoje tem  
183 regiões que estão exauridas de fraturas, a região de Seabra não tem mais paciente, a região do Hospital Costa do Cacaú não  
184 tem mais paciente, estavam buscando pacientes fora da região para poderem rodar e manter as metas dos hospitais.  
185 Comentou que tem ainda uns problemas em Juazeiro e na região de Guanambi, e aqui em Salvador as coisas estão  
186 caminhando bem, com a perspectiva de que em mais um mês fiquem com o número de pacientes zerado em tela aguardando  
187 mais de 24 horas uma regulação para ortopedia. Mostrou a redução de cardiologia, neurologia, que também tem caído, com  
188 dificuldade, inclusive na semana passada fora feita uma reunião com todos os prestadores e hoje tinha tido uma conversa com  
189 o Secretário de Saúde de Salvador e ele tinha concordado em oferecer cinco avaliações de neurologia por dia no hospital, o  
190 que já ajudaria bastante, pois tem em torno de trinta pedidos novos por dia de avaliação de neurologia, trinta pessoas com  
191 suspeita de AVC todos os dias em toda a Bahia. Informou que 'vascular' também caiu expressivamente, tanto a amputação já  
192 definida, quanto membro isquêmico, quanto curativo infectado para fazer debridamento, e que pediatria é pouco, a Bahia  
193 inteira tem quarenta pacientes esperando vaga de pediatria, a maior parte é de UTI Neo, mas o tempo médio de espera para  
194 cirurgia pediátrica pelo SUS, podiam dizer com orgulho que é menor do que em um convênio. Finalizou sua apresentação,  
195 agradecendo a todos os secretários que estão ajudando e levando alguns pacientes para o interior e desejava que neste final  
196 de ano pudessem ter a benção de romper a barreira dos mil pacientes e entrarem em 2019 em ritmo acelerado para poderem  
197 zerar a fila da regulação. **Stela Souza** colocou que ela e alguns secretários poderiam falar como testemunhas, pois o COSEMS  
198 tem acompanhando todo o movimento desse mutirão, criado em 01 de outubro, podendo afirmar que o Secretário e sua equipe  
199 não estão deixando ninguém sossegado em nenhum momento. Lembrou que no feriado de finados ele estava exigindo de tudo  
200 e de todos, e aproveitava para colocar uma situação em que o município tinha mandado um paciente e o hospital havia  
201 recusado, e ele imediatamente mandara procurar saber quem foi o médico que tinha devolvido o paciente, pois se fosse da  
202 rede própria seria submetido a um processo administrativo e se fosse terceirizado seria demitido, e isso tinha lhes passado  
203 muita credibilidade. Elogiou esta postura e falava inclusive em nome dos secretários municipais, colocando que nunca tinha  
204 pensado em ver um secretário de estado regulando paciente de dentro de casa, durante a madrugada, aos sábados, domingos  
205 e feriados. Ponderou que este nem é o seu papel, mas o Secretário tinha percebido a necessidade da sua intervenção, já que  
206 ninguém é dono de leito e ele estava mostrando para todo mundo que o leito é do SUS e do paciente, não dava para ficarem  
207 escolhendo leito e só recebendo quem quisessem, só recebendo o 'filé' e não querendo o 'osso'. Relatou que outro dia tinha  
208 observado uma demanda de ortopedia que ele tinha mandado vinte pacientes de uma só vez, uma lista grande relacionando os  
209 lugares e tinha que receber. Observou também quando o Secretário, com relação aos hospitais do interior, onde os pacientes  
210 estão aguardando nas filas, morrendo, tinha colocado a necessidade de limpar e vinha fazendo isso. Enfatizou que todos  
211 sabem que este movimento está acontecendo e quando há críticas era preciso fazê-las, mas quando era preciso elogiar e  
212 agradecer, apesar de saber que tudo isso não passa de obrigação de todos, não dava para deixarem de fazer também.  
213 Argumentou que existem vários problemas, por exemplo, outro dia quatro pacientes de uma só vez indo para o hospital, cada  
214 um de um município diferente e os quatro tinham tido dificuldade e não tinham mandado os pacientes, e como o COSEMS está  
215 acompanhando, tinha que ajudar, então sempre está entrando em contato com os municípios. Tem algumas dificuldades que  
216 será preciso encontrar solução, às vezes a vaga está em uma unidade muito longe, que não é em Salvador e os municípios  
217 têm dificuldade de abastecimento, tem município também sem licitação de combustível, assim, são vários fatores que o  
218 COSEMS está fazendo contato com os municípios e ajudando a resolver, dentro do possível. Gostaria, em nome dos  
219 municípios e dos pacientes, de fazer uma homenagem especial à equipe que está naquela sala pequena, fora os que  
220 trabalham de casa, independente do horário, a exemplo de Marta Rejane, da SUREGS/Regulação, que merece uma salva de  
221 palmas, pois ela nem dorme, regulando os pacientes e as dificuldades que ela encontra ela encaminha, resolve, devolve e na  
222 mesma hora cobra. Realmente o SUS precisa de pessoas como ela e toda a equipe da regulação, pois é muita gente sendo  
223 regulada, muitas vidas estão sendo salvas, ainda sendo preciso avançar e arranjar mais vagas e nessa meta que o

224 Secretário está colocando, com certeza iriam para bem menos de mil ainda. Dando prosseguimento, passou para o próximo  
225 ponto de pauta de **Apresentação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE –**  
226 **SUREGS: 1.2 Política de Regulação. Paulo de Tarso**, Suregs, cumprimentou a todos e informou que apresentaria a minuta  
227 da Política de Regulação do Estado da Bahia, construída a várias mãos por toda a equipe da Regulação e toda equipe da  
228 DAE, da Coordenação de Urgência, da SUREGS e com a participação do COSEMS. Enfatizou que a apresentação tem tudo a  
229 ver com o que está sendo colocado no momento, porque pautará o modelo de regulação que a Bahia quer. E iniciou a  
230 apresentação em slides: “Objetivo: Redefine a Política de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito do Estado  
231 da Bahia. - Capítulos: Capítulo I - Das Definições; Capítulo II - Do Financiamento; Capítulo III - Da Gestão; Capítulo IV - Da  
232 Organização dos Complexos Reguladores; Capítulo V - Do Transporte Inter Unidades; Capítulo VI - Das Competências;  
233 Capítulo VII - Da Comunicação; Capítulo VIII - Da Avaliação e Controle; Capítulo IX - Disposições Finais. E detalhou os  
234 capítulos: Capítulo I - Das Definições - Art. 1º Redefinir a Política Estadual de Regulação do SUS no âmbito Bahia, a ser  
235 implementada, como instrumento que possibilite a assunção das devidas responsabilidades pelas esferas de governo: Plano  
236 Estadual de Regulação da Assistência - Grupo de Trabalho SESAB e COSEMS; Responsabilidades técnicas, normativas e de  
237 financiamento - gestão municipal, estadual e federal; Prazo - 180 dias, a partir da data de publicação da portaria; Aprovação da  
238 Comissão Intergestores Bipartite. Art. 2º Regulação do acesso - Complexos Reguladores e Centrais de Regulação. Art. 3º  
239 Processos de trabalho da Regulação do Acesso à Assistência - serão implantados e implementados de forma gradativa, em  
240 todos os municípios do Estado, considerando o Plano Diretor de Regionalização vigente. § 1º e 2º Nos municípios que dispõem  
241 apenas do serviço de atenção básica. § 3º Nos municípios com serviços de média complexidade e/ou alta complexidade  
242 ambulatorial e hospitalar e com Central de Regulação Municipal. § 4º Nos municípios com serviços de média complexidade  
243 e/ou alta complexidade ambulatorial e hospitalar e sem Central de Regulação Municipal. § 5º Os municípios polos regionais. §  
244 6º A CER utilizará sistemas informatizados. A CER deverá: § 7º Regular os prestadores de serviços disponíveis nas redes  
245 assistenciais. § 8º Articular a referência e a contra referência inter-regional, quando o recurso for inexistente ou insuficiente. §  
246 9º Regular os procedimentos contratualizados dos municípios que não estão na abrangência de um Complexo Regulador/  
247 Central de Regulação. § 10º Nas situações de inexistência ou insuficiência de recursos na região, o CRR/Central de  
248 Regulação, para a CER; § 11º Operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade – CERAC/CNRAC. §  
249 12º Os processos de Autorização de Internação Hospitalar - AIH e de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC. Passou  
250 ao detalhamento do Capítulo II - Do Financiamento: Art. 4º Tripartite - União, Estado e Município - explicitado em plano de  
251 trabalho, no PPA e no Plano Estadual de Regulação da Assistência. Parágrafo único - O financiamento se dará de acordo com  
252 pactos estabelecidos entre as três esferas de governo: Projetos específicos; Capacidade de financiamento dos entes; De  
253 acordo com o explicitado no Plano Estadual de Regulação da Assistência. Em seguida detalhou o Capítulo III - Da Gestão: Art.  
254 5º O Complexo Regulador/Central de Regulação Municipal - gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde: Garantir o  
255 acesso da população própria e referenciada. Art. 6º O Complexo Regulador/Central de Regulação Regional - gestão e gerência  
256 da Secretaria da Saúde do Estado: Garantir o acesso da população própria e referenciada; operacionalizar e monitorar os  
257 processos regulatórios intermunicipais; fazer a interface com a CER para os fluxos inter-regionais; estar de acordo com a  
258 Regionalização. Art. 7º A Central Estadual de Regulação - gestão e gerência da Secretaria da Saúde do Estado. Art. 8º A  
259 Central de Regulação Interestadual - gestão bipartite das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde: garantir o acesso da  
260 população própria e referenciada às unidades de saúde, conforme pactuação. Art. 9º As autorizações para Tratamento Fora de  
261 Domicílio – TFD (Portaria SAS/MS Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999 e Manual Estadual do TFD). Art. 10º O TFD Interestadual  
262 é de responsabilidade da SES. Art. 11º O TFD Intermunicipal é de responsabilidade da SMS. Detalhes do Capítulo IV - Da  
263 Organização dos Complexos Reguladores: Art. 12º O Complexo Regulador: § 1º As unidades operacionais que compõem o  
264 Complexo Regulador: Central de Regulação de Consultas e Exames ou Ambulatorial (CRA). § 2º Práticas de regulação devem  
265 ser estabelecidas na atenção básica, na atenção especializada, na urgência e na atenção hospitalar, de forma articulada. Art.  
266 13º Regulação ambulatorial: acesso aos procedimentos ambulatoriais (consultas especializadas, exames e terapias). § 1º Da  
267 atenção básica, articuladas com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde – RAS (Política Nacional de Atenção  
268 Básica – PNBAB). § 2º Pontos de atenção da RAS, das Linhas de Cuidado e da Central de Regulação Ambulatorial. § 3º Aponta  
269 os recursos assistenciais mais escassos e estratégicos para o gestor local. Art. 14º Regulação hospitalar: acesso aos  
270 procedimentos e internações hospitalares. § 1º As unidades de saúde hospitalares e pré-hospitalares da Rede de Atenção às  
271 Urgências (RAU), por meio dos Núcleos Internos de Regulação (NIR – Manual MS 2017). § 2º O NIR regula a gestão da clínica  
272 e a reserva de leitos para as cirurgias eletivas. § 3º Regula o acesso aos leitos e realiza a gestão das listas de acesso para as  
273 cirurgias eletivas. Art. 15º Regulação das urgências: acesso ao cuidado para os pacientes críticos ou com quadro agudo. § 1º  
274 Pontos de atenção da RAS de acordo com Política Nacional de Atenção às Urgências. § 2º A grade de referência pactuada, a  
275 Rede de Urgência e Emergência – RUE, as Linhas de Cuidado, a disponibilidade do suporte necessário ao usuário e o  
276 monitoramento da saturação das portas de entrada de urgência. § 3º Operacionaliza o atendimento pré-hospitalar de urgência,  
277 móvel e fixo, a necessidade do cuidado imediato aos pacientes críticos ou com quadros agudos, independente da  
278 disponibilidade de leito hospitalar. Art. 16º A porta de entrada para os serviços de média e alta complexidade, que não de  
279 urgência/emergência, deve ser pela atenção básica, organizada através das RAS e das linhas de cuidado (protocolos do  
280 Ministério da Saúde, SESAB e SMS). Art. 17º Todos os municípios deverão organizar uma atenção básica resolutiva e  
281 integrada com os demais níveis de assistência, através das RAS e das linhas de cuidado, utilizando solicitações padronizadas  
282 por protocolos. Sobre o Capítulo V, detalhou: Do Transporte Inter Unidades: Art. 18º O transporte inter-unidades deve seguir as  
283 regulamentações existentes (Conselho Federal de Medicina, Portaria GM nº 2048/2012, Resolução CIB Nº 297/2012), os  
284 protocolos técnicos e operacionais definidos pelo gestor estadual. Art. 19º O transporte terrestre inter-unidades de pacientes  
285 não críticos deverá ser feito por Unidade de Suporte Básico de Vida. Deve ser realizado por Unidade de Suporte Básico de  
286 Vida (SBV) tipo B ou F das Unidades de Saúde onde o paciente está sendo assistido. Art. 20º O transporte terrestre inter-  
287 unidades de saúde de pacientes não críticos de alta hospitalar ou contra referência intermunicipal deve ser realizado por  
288 Unidade de SBV tipo B ou F do município de residência do paciente. § 1º Nas transferências inter unidades e intra municipais  
289 Unidade de Saúde onde o paciente está sendo assistido. § 2º Podem ser utilizados os serviços contratados pela SESAB,  
290 conforme Resolução CIB-BA nº 297/2012, para os pacientes de alta hospitalar nas transferências intra e intermunicipal: a



291 unidade de internação de pacientes deverá requisitar ao município de residência do paciente a remoção do mesmo quando da  
292 alta hospitalar, ou quando necessitar ser transferido para uma unidade do município de referência; a remoção deverá ocorrer  
293 em até 30h após comunicação formal; caso o município não realize o traslado do paciente no prazo máximo de 30 horas ou  
294 não defina um local onde o paciente possa ser encaminhado, a SESAB contratará o serviço para a devida remoção, com ônus  
295 para o município; depois de esgotado o prazo, a unidade hospitalar contactará a CER, que tomará providências necessárias; as  
296 unidades de saúde priorizadas pela CER para a remoção de pacientes serão as que necessitam de maior rotatividade de leitos  
297 pela natureza do serviço e pelo papel que as mesmas desempenham na rede estadual, credenciada e outras que vierem a ser  
298 identificadas pela mesma; e o serviço social da unidade hospitalar deverá comunicar imediata e formalmente ao município  
299 sobre a alta ou transferência, com vistas ao cumprimento do prazo, especificando o tipo de transporte indicado para o paciente.  
300 Art. 21º O transporte terrestre inter-unidades de saúde dos pacientes críticos deverá ser realizado por Unidade de Suporte  
301 Avançado de Vida. § 1º Ambulâncias do Município ou do hospital onde o paciente está sendo assistido, do SAMU 192 ou dos  
302 serviços contratados para tal (equipe médica e de enfermagem). § 2º Ambulâncias do SAMU 192 deverá ser exclusivamente  
303 para as situações de urgência e emergência caracterizado como transporte secundário, ou seja, as solicitações de  
304 transferência inter-unidades de paciente grave. § 3º As ambulâncias do SAMU 192 só poderão ser utilizadas para esse fim se  
305 não provocar comprometimento dos atendimentos primários em domicílio, ambiente público ou via pública. § 4º O transporte do  
306 paciente crítico deverá ser acompanhado e monitorado pelo CRM, CRR ou CER. Art. 22º O Estado deverá prover o  
307 atendimento das solicitações de transporte aéreo de asa fixa para pacientes críticos (protocolos de regulação utilizados pela  
308 CER). Art. 23º O Estado ou o Município que dispõe de aeronave de asa rotativa deverão prover o atendimento das solicitações  
309 de transporte aéreo para pacientes críticos de sua área de atuação, de acordo com os fluxos, a classificação de risco  
310 embasado pelos critérios definidos nos protocolos de regulação. Art. 24º O CRM, CRR e/ou a CER devem garantir o transporte  
311 terrestre do paciente da unidade de saúde de origem até local da decolagem da aeronave, como também do local de pouso da  
312 aeronave para a unidade de saúde de destino. Art. 25º A indicação do tipo de transporte será do médico assistente e deverá  
313 ser acordada com os médicos dos Complexos Reguladores envolvidos. Detalhamento do Capítulo VI - Das Competências: Art.  
314 26º Cabe à SESAB: coordenar e apoiar o planejamento das ações de regulação nas regiões de saúde, em conjunto com os  
315 municípios; operacionalizar ações e estratégias de regulação, de forma articulada com os municípios; cooperar técnica e  
316 financeiramente com os municípios para a qualificação das ações de regulação, controle e avaliação; operacionalizar a CER,  
317 CRR, CERAC e TFD Interestadual; elaborar e pactuar no âmbito da CIB-BA normas técnicas de regulação complementares às  
318 da esfera federal; desenvolver e apoiar o processo de capacitação das equipes técnicas das gestões municipais para  
319 desenvolverem o processo de trabalho na área de regulação; consensuar com os municípios, e nos espaços dos Comissão  
320 Intergestores Regional (CIR), protocolos e demais mecanismos de regulação das referências intermunicipais que garantam o  
321 acesso dos usuários às ações e serviços de saúde; Incentivar a criação e participar do Comitê de Regulação, no âmbito  
322 regional, com agenda permanente na CIR; adequar e qualificar, em parceria com a CIR, a relação entre a demanda, a oferta e  
323 a necessidade de ações e serviços de saúde, em determinado território; organizar e coordenar os fluxos de acesso às ações e  
324 serviços de saúde, considerando a referência e a contra referência entre os pontos de atenção da RAS e das Linhas de  
325 Cuidado, baseadas em protocolos de regulação e na programação das ações e serviços de saúde; fortalecer e qualificar o  
326 processo de regulação, mediante ações de matriciamento em saúde; fomentar a comunicação entre as diferentes instâncias no  
327 intuito de monitorar os processos regulatórios através da aquisição e/ou desenvolvimento de sistemas informatizados;  
328 disponibilizar ambiente (web), para emissão de relatórios aos municípios solicitantes dos sistemas de regulação; avaliar o  
329 desempenho das redes de atenção à saúde; e avaliar o desempenho das Linhas de Cuidado. Art. 26º Cabe aos municípios:  
330 realizar e participar do planejamento das ações de regulação no seu território; realizar práticas de regulação a partir da atenção  
331 básica, articuladas com os demais processos feitos em outros pontos de atenção da RAS e das Linhas de Cuidado;  
332 operacionalizar ações e estratégias de regulação, articuladas de forma regional; atuar de forma articulada às Centrais de  
333 Regulação; participar do Comitê de Regulação, no âmbito regional, com agenda permanente na CIR; Organizar os processos  
334 de trabalho de Regulação, de acordo com o descrito no Art. 2º; implantar, implementar e operacionalizar a CRA de acordo com  
335 sua competência; Implantar, implementar e operacionalizar a CRU de acordo com sua competência; implantar, implementar e  
336 operacionalizar a CRH de acordo com sua competência gestora; adequar e qualificar a relação entre a demanda, a oferta e a  
337 necessidade de ações e serviços de saúde, em seu território de abrangência conforme Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei  
338 Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012; organizar e coordenar os fluxos de acesso às ações e serviços de saúde,  
339 considerando a referência e a contra-referência entre os pontos de atenção da RAS e das Linhas de Cuidado, baseadas em  
340 protocolos de regulação e na programação das ações e serviços de saúde, no seu território; utilizar protocolos clínicos e de  
341 regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; efetuar controle e avaliação dos procedimentos  
342 referenciados; regular os procedimentos referenciados para outros municípios, de acordo com a PPI ou equivalente, seguindo  
343 os fluxos estabelecidos, no seu âmbito de atuação gestora; garantir o acesso, a referência e a contra-referência da população  
344 própria e referenciada, de acordo com a PPI ou equivalente; realizar e manter atualizado o cadastro das unidades no Sistema  
345 de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES); participar da elaboração e revisão periódica da PPI ou  
346 equivalente; Realizar e manter atualizado o cadastro de usuários – Cartão SUS; contratualizar os serviços, de forma  
347 complementar e de acordo com as necessidades do município ou de sua área de abrangência, conforme PPI e atuação  
348 gestora; elaborar normas técnicas complementares de regulação às das esferas estadual e federal; garantir a conectividade  
349 para operacionalização e comunicação dos sistemas; manter a comunicação com as diferentes instâncias envolvidas no  
350 processo regulatório. Art. 28º Os municípios que não cumprirem os critérios descritos no artigo acima, o Estado poderá assumir  
351 a regulação no seu território até a sua devida adequação. Capítulo VII - Da Comunicação: Art. 29º A comunicação entre os  
352 municípios de uma Região de Saúde, seus Complexos Reguladores Municipais, Complexos Reguladores Regionais, Centrais  
353 Regionais, CERAC e CER e deverá ser garantida através da utilização de sistemas informatizados que possibilitem a  
354 comunicação entre si. § 1º A SESAB deverá garantir o desenvolvimento e/ou aquisição dos sistemas informatizados citados no  
355 Artigo 30º. § 2º Para a CRA, de acordo com artigo específico. § 3º Para a CRH, de acordo com artigo específico. § 4º Para a  
356 CRU, de acordo com artigo específico. § 5º Os sistemas deverão garantir a conectividade entre si. § 6º Na ausência de sistema  
357 informatizado essa comunicação poderá ser feita através de telefone, fax ou e-mail, desde que justificada e documentada a



358 falta do recurso citado nos incisos anteriores. Capítulo VIII - Da Avaliação e Controle - Art. 30º As Comissões Intergestores  
359 Regionais, com apoio institucional e matricial da SESAB são responsáveis por: § 1º Avaliação e monitoramento regional; § 2º  
360 Acompanhar o cumprimento das pactuações e responsabilidades estabelecidas; § 3º Avaliar as redes municipais e estadual de  
361 saúde; § 4º Acompanhar a implementação desta Política junto com as CIR. Capítulo IX - Disposições Finais: Art. 31º A  
362 Secretaria da Saúde do Estado da Bahia adotará as providências necessárias à plena aplicação da Política Estadual de  
363 Regulação do SUS, instituída por esta Portaria. Art. 32º Fica revogada a Portaria nº 1.080, de 02 de agosto de 2011. Art. 33º  
364 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Anexo – Conceitos: Atendimento Primário: aquele com menos de 24  
365 horas de atendimento e que possam estar em janelas terapêuticas ou em situações de urgência ainda não resolvidas;  
366 Atendimento Secundário: aquele prestado a solicitações de ajuda, apoio, retaguarda ou transferência oriundas de profissionais  
367 de saúde, equipes ou unidades de saúde; Central de Regulação: o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia,  
368 classifica o risco/gravidade, processa e agenda, garantindo o atendimento integral e equânime, de forma ágil e qualificada aos  
369 usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de  
370 serviços; Central de Regulação Ambulatorial: responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas, aos exames  
371 especializados e aos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT); Central de Regulação de Internações: responsável  
372 pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou  
373 conveniados; Central de Regulação de Urgência: responsável pelo processo de trabalho através do qual se garante escuta  
374 permanente pelo médico regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que ocorrem à central e o  
375 estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e  
376 equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e  
377 assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de  
378 serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema; Central Municipal de  
379 Regulação: responsável pela regulação do acesso da população própria aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal  
380 de seu território e também garantindo o acesso da população referenciada para outros municípios, de acordo com a pactuação;  
381 Central de Regulação Estadual: responsável por regular os procedimentos e leitos dos prestadores de serviços disponíveis nas  
382 redes assistenciais de acordo com a pactuação da gestão, articular a referência e a contra referência inter-regional, e  
383 operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade – CERAC/CNRAC; Comitê de Regulação: trata-se de  
384 um espaço democrático da gestão, fazendo a discussão e elaboração de proposições sobre a organização, a operação e  
385 validação dos fluxos regulatórios pactuados entre os entes; Complexo Regulador: a estrutura que operacionaliza as ações da  
386 regulação do acesso de uma determinada região, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os  
387 seguintes modelos: Complexo Regulador Estadual, Complexo Regulador Regional, Complexo Regulador Interestadual,  
388 Complexo Regulador Municipal. E será estruturado em: Central de Regulação de Consultas e Exames ou Central de  
389 Regulação Ambulatorial, Central de Regulação de Internações Hospitalares, Central de Regulação das Urgências e Central  
390 Estadual de Regulação da Alta Complexidade; Complexo Regulador Regional: regula a população própria e referenciada aos  
391 estabelecimentos de saúde sob gestão estadual e municipal no âmbito da região, e a referência inter-regional no âmbito do  
392 estado; Complexo Regulador Interestadual: regula as ações de referência entre municípios de dois ou mais estados, as  
393 internações, as ações de urgência e emergência e a alta complexidade nas unidades caracterizadas como referência  
394 interestadual; Contra referência: transferência de pacientes de centros de referência de maior complexidade e/ou perfil  
395 assistencial para unidades de menor complexidade e/ou perfil assistencial ambulatorial ou hospitalar, seja para elucidação  
396 diagnóstica, internação clínica, cirúrgica, em unidade de terapia intensiva ou acompanhamento clínico, seja em seus  
397 municípios de residência ou não, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da  
398 unidade de menor complexidade assim o permitirem, com o objetivo de agilizar a utilização dos recursos especializados na  
399 assistência aos pacientes mais graves e/ou complexos; Protocolos técnicos: conjunto de normas e padrões técnicos que  
400 determinam a execução ou a avaliação de uma dada atividade, com o objetivo de tornar a prática na área da saúde uniforme e  
401 eficiente, que auxiliam na tomada de decisões, sejam elas simples ou complexas. Destacou que esta ferramenta possui caráter  
402 de apoio, não restringindo a liberdade prescritiva do profissional, até porque cada paciente e cada situação clínica podem  
403 apresentar peculiaridades que não tenham sido previstas nos protocolos; Referência: transferência de pacientes de serviços de  
404 saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade e/ou perfil assistencial, seja para elucidação  
405 diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento  
406 combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem; Transporte inter-unidades: transferência de pacientes entre  
407 unidades de saúde, seja não hospitalares ou hospitalares, de atendimento às urgências e emergências, como também  
408 unidades de diagnóstico e terapêutica ou outras unidades de saúde de caráter público ou privado.” Finalizou a apresentação,  
409 agradecendo às equipes que participaram intensamente. **Raul Molina** parabenizou Paulo de Tarso pelo retorno e a toda a  
410 equipe pelo excelente trabalho e, dando continuidade, passou para o próximo ponto de pauta: 1.1 Recurso Cirurgias Eletivas.  
411 **Ana Paula Andrade**, Superintendente da Suregs, iniciou a apresentação em slides, informando que apresentaria o novo  
412 recurso da Portaria nº 2895/2018, uma vez que já era do conhecimento de todos a Portaria nº 1294/2017 para a execução do  
413 exercício 2017 e prorrogada até a competência julho de 2018. E informou que o Ministério da Saúde publicou a nova Portaria  
414 em setembro, distribuindo mais dezoito milhões de reais para o estado da Bahia, exatamente o mesmo valor da primeira  
415 portaria. Relatou que o GT se reuniu, conforme deliberado em CIB, para fazer a pactuação dos dezoito milhões de reais, para o  
416 exercício 2018, já que esta Portaria foi publicada em setembro de 2018, com prazo final de execução de dezembro desse  
417 mesmo ano e foi incluído um procedimento, o tratamento cirúrgico de infecção pós-artroplastia. Mostrou a seguir como ficou a  
418 distribuição da primeira portaria, que tinha sido feita em três pactuações, e o resultado da execução 2017, lembrando que  
419 apesar de ter tido continuidade, a nova Portaria 2895 foi publicada só em setembro, mas ela faz menção à competência inicial  
420 agosto de 2018. Então não houve descontinuidade no financiamento das cirurgias eletivas, mas o Ministério da Saúde fez um  
421 recorte, assim, a Portaria 1294 ficou vigente de fato até 31 de julho de 2018. Disse que a partir de 1º de agosto o MS utilizará a  
422 Portaria 2895 para o repasse financeiro, com atendimentos realizados a partir de 1º de agosto e mostrou o cenário da  
423 execução do exercício 2016/2017, onde o estado da Bahia, ao final de todos os recursos repassados através de três portarias -  
424 a Portaria 1294, que aportou dezoito milhões e meio, a Portaria 397, que aportou trinta e quatro mil apenas para a gestão

425  
426  
427  
428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491

municipal, e a Portaria 2393, que aportou nove milhões e duzentos, totalizando nas três portarias, para o exercício 2017 no estado da Bahia vinte e sete milhões, oitocentos e cinquenta e oito mil, cento e noventa e sete reais e nove centavos para executar não mais dezoito milhões e meio que foi o valor inicial.

| CIRURGIA ELETIVA   |   |
|--|---|
| <b>PORTARIA Nº 1.294 DE 25/05/2017</b><br><b>RECURSO: R\$ 18.529.261,76</b><br><b>PROCEDIMENTOS: 286</b><br><b>EXCLUÍDO: APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA</b><br><b>ACESSO: SISTEMA LISTA ÚNICA</b> | <b>PORTARIA Nº 2.695 DE 12/09/2018</b><br><b>RECURSO: R\$ 18.529.261,76</b><br><b>PROCEDIMENTOS: 286</b><br><b>INCLUÍDO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO HÓSTIL APPROPRIADA (GRANDES ARTICULAÇÕES)</b><br><b>ACESSO: SISTEMA LISTA ÚNICA</b> |

Comentou que ao fazerem uma avaliação do SIA/SIH de agosto/17 a julho/18, o estado executou vinte e seis milhões, cento e quarenta e nove mil, oitocentos e quarenta e quatro reais e quarenta e quatro centavos, dos dezenove milhões de reais que estavam programados a gestão estadual executou vinte e um milhões, oitocentos e quarenta e dois mil, oitocentos e setenta e seis reais e cinquenta e oito centavos, e a gestão municipal quatro milhões, trezentos e seis mil, novecentos e sessenta e sete reais e oitenta e seis centavos, dos oito milhões de reais que estavam programados. Então tem uma execução de 110% da gestão estadual e de 53,35% da gestão municipal, e a média da Bahia foi uma execução de quase 94%.

| CIRURGIA ELETIVA  |   |
|---|---|
| CRITÉRIO PARA DISTRIBUIÇÃO DO RECURSO                         |   |
| <b>1ª PACTUAÇÃO:</b> Portaria nº 1.294, de 25 de maio de 2017 |   |
| RECURSO   | ETAPAS DA PACTUAÇÃO   |
| R\$ 12.840.636,07   | 1ª Pactuação: Considerando toda a demanda cadastrada no Sistema Lista Única, Módulos Demanda Município e Cirurgia Eletiva, até 21/08/2017.  |
| R\$ 2.369.305,09  | 2ª Pactuação: Priorizando 100% da demanda cadastrada pelos municípios não contemplados na 1ª pactuação, até 16/10/2017.   |
| R\$ 3.319.320,60  | 3ª Pactuação: Utilizou-se como parâmetro a remessa do Fundo Nacional de Saúde (FNS) que antecipeou 1/6 do recurso total destinado ao Estado da Bahia, considerando o elenco de município que consta na Resolução CIB nº 109/2017. |
| R\$ 18.529.261,76   | Valor Total para o Estado da Bahia  |

| CENÁRIO EXECUÇÃO ESTRATÉGIA CIRURGIA ELETIVA - EXERCÍCIO 2017 |                                  |                                 |                                   |               |                                    |                               |            |
|---|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------|------------------------------------|-------------------------------|------------|
| MUNICÍPIO EXECUTOR  | RECURSO PACTUADO (P1 1.294/2017) | RECURSO EXCEDENTE (P1 201/2018) | RECURSO EXCEDENTE (P1 2.393/2017) | RECURSO TOTAL | PRODUÇÃO SIA/SIH (ago/17 a jul/18) | DIFERENÇA PACTUADO X PRODUÇÃO | % EXECUÇÃO |
| GESTÃO ESTADUAL   | 10.539.517,33                    | 0,00                            | 9.245.849,62                      | 19.785.366,95 | 21.842.876,58                      | -2.057.509,63                 | 110,40     |
| GESTÃO MUNICIPAL  | 7.989.744,40                     | 34.731,53                       | 48.354,21                         | 8.072.830,14  | 4.306.967,86                       | 3.765.862,28                  | 53,35      |
| TOTAL   | 18.529.261,76                    | 34.731,53                       | 9.294.203,83                      | 27.858.197,09 | 26.149.844,44                      | 1.708.352,65                  | 99,87      |

Fonte: Sistema Lista Única  
Fonte: Tabela / Tabela / Database  
Fonte: Fundo Nacional de Saúde - FNS

Ela informou que a apresentação estará disponível na CIB e mostrou o desempenho de cada gestor, observando que vinte municípios executaram abaixo de 50%, que inclusive foi a linha de corte estabelecida para remanejamento dos recursos para os gestores que estavam excedentes.

| CIRURGIA ELETIVA - EXERCÍCIO 2017          |  |                                 |                                   |               |                             |                                       |            |
|--|--|---------------------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------|
| ACOMPANHAMENTO RECURSO PACTUADO X EXECUÇÃO |  |                                 |                                   |               |                             |                                       |            |
| MUNICÍPIO / GESTOR                         | RECURSO TOTAL PACTUADO (P1 1.294/2017) | RECURSO EXCEDENTE (P1 201/2018) | RECURSO EXCEDENTE (P1 2.393/2017) | RECURSO TOTAL | PRODUÇÃO FISC. AGOSTO/JULHO | DIFERENÇA RECURSO PACTUADO X PRODUÇÃO | % EXECUÇÃO |
| BAHIA (GESTÃO ESTADUAL)                    | 10.539.517,33                          | -                               | 9.245.849,62                      | 19.785.366,95 | 21.842.876,58               | -2.057.509,63                         | 110,40     |
| PAULO AFONSO                               | 425.698,58                             | -                               | 425.698,58                        | 426.694,80    | -596,22                     | 100,23                                |            |
| SAO FELIX                                  | 77.618,61                              | -                               | 77.618,61                         | 77.516,04     | 102,57                      | 99,87                                 |            |
| CAETITE                                    | 143.510,57                             | -                               | 143.510,57                        | 129.021,63    | 14.488,94                   | 89,90                                 |            |
| IRECE                                      | 162.433,58                             | -                               | 29.699,25                         | 192.132,93    | 162.574,02                  | 29.558,91                             | 84,62      |
| MORRO DO CHAPEU                            | 82.338,02                              | -                               | 18.654,86                         | 100.992,88    | 85.455,51                   | 15.537,37                             | 84,62      |
| SALVADOR                                   | 1.814.452,81                           | -                               | 1.814.452,81                      | 1.481.475,96  | 332.976,85                  | 81,65                                 |            |
| IBASSUCE                                   | 48.881,71                              | -                               | 48.881,71                         | 33.538,42     | 15.343,29                   | 68,61                                 |            |
| VITORIA DA CONQUISTA                       | 1.896.307,99                           | -                               | 1.896.307,99                      | 1.141.667,45  | 664.640,54                  | 63,20                                 |            |
| MARACAS                                    | 141.963,78                             | -                               | 141.963,78                        | 89.173,72     | 52.790,06                   | 62,81                                 |            |
| FERRAZ DE SANTANA                          | 268.210,64                             | -                               | 268.210,64                        | 155.159,71    | 113.050,93                  | 57,83                                 |            |
| SANTA MARIA DA VITORIA                     | 75.570,25                              | -                               | 75.570,25                         | 42.363,82     | 33.206,43                   | 55,76                                 |            |
| CARACANICO                                 | 4.007,35                               | -                               | 4.007,35                          | 2.883,09      | 2.894,26                    | 50,96                                 |            |
| SAO FELIX DO CORIBE                        | 3.374,21                               | -                               | 3.374,21                          | 1.522,90      | 1.851,31                    | 45,13                                 |            |
| BOM JESUS DA LAPA                          | 7.267,14                               | -                               | 7.267,14                          | 2.901,63      | 4.285,51                    | 41,83                                 |            |
| CARINHANHA                                 | 14.126,31                              | -                               | 14.126,31                         | 5.630,47      | 8.495,84                    | 39,86                                 |            |

Fonte: COCSS / DRAC / MS  
Fonte: Tabela / Tabela / Database

### CIRURGIA ELETIVA - EXERCÍCIO 2017

#### ACOMPANHAMENTO RECURSO PACTUADO X EXECUÇÃO

| MUNICÍPIO / GESTOR | RECURSO TOTAL PACTUADO (P1 1.294/2017) | RECURSO EXCEDENTE (P1 201/2018) | RECURSO EXCEDENTE (P1 2.393/2017) | RECURSO TOTAL | PRODUÇÃO FISC. AGOSTO/JULHO | DIFERENÇA RECURSO PACTUADO X PRODUÇÃO | % EXECUÇÃO |
|--------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------|
| TIUBA              | 42.016,79                              | -                               | -                                 | 42.016,79     | 14.532,89                   | 27.483,90                             | 34,59      |
| JACOBINA           | 148.777,37                             | -                               | -                                 | 148.777,37    | 47.160,13                   | 101.617,24                            | 31,81      |
| BRIMMADO           | 82.488,62                              | 34.731,53                       | -                                 | 117.220,15    | 37.087,48                   | 80.132,67                             | 31,64      |
| SANTALUZ           | 13.307,61                              | -                               | -                                 | 13.307,61     | 3.479,53                    | 9.828,08                              | 26,15      |
| BOQUE-BOQUE        | 52.320,08                              | -                               | -                                 | 52.320,08     | 12.881,36                   | 39.438,72                             | 24,62      |
| EUMAPOLIS          | 788.077,56                             | -                               | -                                 | 788.077,56    | 180.175,90                  | 607.901,66                            | 22,86      |
| PRADO              | 51.641,42                              | -                               | -                                 | 51.641,42     | 11.449,77                   | 40.191,65                             | 22,17      |
| PORTO SEGURO       | 183.651,10                             | -                               | -                                 | 183.651,10    | 32.926,40                   | 150.724,70                            | 17,93      |
| FLADELIA           | 42.461,44                              | -                               | -                                 | 42.461,44     | 7.412,55                    | 35.048,89                             | 17,46      |
| TEODORA DE FREITAS | 144.230,76                             | -                               | -                                 | 144.230,76    | 23.827,75                   | 120.403,01                            | 16,52      |
| LAURO DE FREITAS   | 17.583,08                              | -                               | -                                 | 17.583,08     | 2.846,04                    | 14.737,04                             | 11,64      |
| REGINE             | 252.039,88                             | -                               | -                                 | 252.039,88    | 20.672,24                   | 231.367,64                            | 11,38      |
| IAÇU               | 82.329,07                              | -                               | -                                 | 82.329,07     | 9.341,93                    | 72.987,14                             | 11,35      |
| BARREIRAS          | 396.602,33                             | -                               | -                                 | 396.602,33    | 44.597,04                   | 352.005,29                            | 11,24      |
| CORIBE             | 50.777,09                              | -                               | -                                 | 50.777,09     | 1.704,68                    | 49.072,41                             | 3,36       |
| CANAVEIERS         | 104.352,72                             | -                               | -                                 | 104.352,72    | 2.733,00                    | 101.619,72                            | 2,62       |

Fonte: COCSS / DRAC / MS  
Fonte: Tabela / Tabela / Database

Mostrou também os quatro municípios que não executaram nada, em relação ao que tinha sido programado na primeira portaria de distribuição de recurso. Ressaltou que o que importa hoje é trazer o cenário desse recurso de exercício 2018, que é a Portaria 2395, publicada em setembro e lembrou que essa definição tinha sido feita através de uma pactuação entre membros do estado e do COSEMS, onde o GT de cirurgias eletivas pactuou que permaneceria vigente a pactuação publicada na Resolução CIB nº 237, de dezembro de 2017, que definiu o percentual de recurso programado de acordo com o que tinha sido efetivamente cadastrado no Sistema Lista Única, a demanda reprimida que cada município tinha. Então permaneceram os mesmos percentuais, entendendo que já era setembro, haveria apenas três meses para execução e não haveria mais tempo de discutirem reprogramações. Assim, permaneceu a mesma distribuição financeira do que tinha sido programado, com a única observação que se tem hoje ainda a ortopedia como gargalo, tendo ficado definido que do valor total do recurso, 30% seria destinado para ortopedia e então foi enviado o ofício nº 17, em 24 de setembro de 2018, solicitando que todos os municípios cadastrassem toda a demanda reprimida de ortopedia no Sistema Lista Única.

492  
493  
494  
495  
496  
497  
498  
499  
500  
501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557

### CIRURGIA ELETIVA – EXERCÍCIO 2017 ACOMPANHAMENTO RECURSO PACTUADO X EXECUÇÃO

| MUNICÍPIO / GESTOR                | RECURSO TOTAL PACTUADO (R\$ 1/24/2017) | RECURSO EXERCÍCIO (R\$ 30/7/2018) | RECURSO EXERCÍCIO (R\$ 2/30/2017) | RECURSO TOTAL        | PRODUÇÃO FINEC AGOSTO/18A BAHIA/18 | DIFERENÇA RECURSO PACTUADO X PRODUÇÃO | % EXECUÇÃO   |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------|
| DIAS D'AVILA                      | 52.310,61                              | -                                 | -                                 | 52.310,61            | -                                  | 52.310,61                             | -            |
| JAGUARA                           | 83.985,74                              | -                                 | -                                 | 83.985,74            | -                                  | 83.985,74                             | -            |
| JUAZEIRO                          | 125.445,27                             | -                                 | -                                 | 125.445,27           | -                                  | 125.445,27                            | -            |
| LUISEDUARDO MAGALHÃES             | 294.227,94                             | -                                 | -                                 | 294.227,94           | -                                  | 294.227,94                            | -            |
| <b>TOTAL GERAL EXERCÍCIO 2017</b> | <b>556.979,56</b>                      | <b>34.731,53</b>                  | <b>5.294.201,85</b>               | <b>27.892.926,67</b> | <b>26.149.844,44</b>               | <b>1.743.082,23</b>                   | <b>93,7%</b> |

MUNICÍPIOS COM RECURSO REMANEJADO

Fonte: COCCS / DNAC / MS  
Fonte: Taboas / Fatores / Databases

### CIRURGIA ELETIVA – EXERCÍCIO 2017 RESOLUÇÃO CIB Nº 148, DE 18 DE JUNHO DE 2018 (REPUBLICADA)

Art. 1º Aprova o remanejamento do recurso financeiro pactuado para execução da estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos no Estado da Bahia, conforme Anexo I, cujo parâmetro aplicado para efetuar o remanejamento se encontra na Resolução CIB nº 142/2018 de 29/05/2018.

Art. 3º O recurso a ser remanejado se dará para o Fundo Estadual de Saúde da Bahia, a fim de que a gestão estadual possa dar continuidade ao acesso dos pacientes aos procedimentos cirúrgicos eletivos executando-os, prioritariamente, na mesma Região de Saúde do município executor anterior.

Fonte: COCCS / DNAC / MS  
Fonte: Taboas / Fatores / Databases

### CIRURGIA ELETIVA – EXERCÍCIO 2017 ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB Nº 148, DE 18/06/2018 (REPUBLICADA)

| UF ORÇEM | ORÇEM  | ORÇEM                | UF | ORÇEM DESTINO | GESTOR | VALOR REMANEJAMENTO |
|----------|--------|----------------------|----|---------------|--------|---------------------|
| BA       | 290070 | ALAGOINHAS           | BA | 290000        | BAHIA  | 1.671,16            |
| BA       | 290210 | ARACI                | BA | 290000        | BAHIA  | 2.348,73            |
| BA       | 290500 | CAÇOEIROS            | BA | 290000        | BAHIA  | 98,44               |
| BA       | 290570 | CANAÇARI             | BA | 290000        | BAHIA  | 72.265,24           |
| BA       | 290650 | CANDIBA              | BA | 290000        | BAHIA  | 74.027,39           |
| BA       | 290750 | CATU                 | BA | 290000        | BAHIA  | 2.224,75            |
| BA       | 290830 | CONCEIÇÃO DO ALMEIDA | BA | 290000        | BAHIA  | 2.154,53            |
| BA       | 290980 | CRUZ DAS ALMAS       | BA | 290000        | BAHIA  | 4.434,65            |
| BA       | 291070 | EUCLIDES DA CUNHA    | BA | 290000        | BAHIA  | 476,83              |
| BA       | 291080 | FERRAZ DE SANTANA    | BA | 290000        | BAHIA  | 244.659,16          |
| BA       | 291120 | GANDU                | BA | 290000        | BAHIA  | 5.640,42            |
| BA       | 291170 | GUANAMEM             | BA | 290000        | BAHIA  | 36.982,44           |
| BA       | 291290 | IBIATAMA             | BA | 290000        | BAHIA  | 49.217,58           |
| BA       | 291350 | IBIPELIS             | BA | 290000        | BAHIA  | 297.283,87          |
| BA       | 291400 | IPERA                | BA | 290000        | BAHIA  | 7.682,44            |
| BA       | 291470 | ITABERABA            | BA | 290000        | BAHIA  | 1.330,10            |
| BA       | 291480 | ITABUNA              | BA | 290000        | BAHIA  | 114.544,00          |
| BA       | 291560 | ITAMBARAI            | BA | 290000        | BAHIA  | 189.995,19          |
| BA       | 291640 | ITAPETINGA           | BA | 290000        | BAHIA  | 86.915,40           |

Fonte: COCCS / DNAC / MS  
Fonte: Taboas / Fatores / Databases

### CIRURGIA ELETIVA – EXERCÍCIO 2017 ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB Nº 148, DE 18/06/2018 (REPUBLICADA)

| UF ORÇEM     | ORÇEM  | ORÇEM                       | UF | ORÇEM DESTINO | GESTOR          | VALOR REMANEJAMENTO |
|--------------|--------|-----------------------------|----|---------------|-----------------|---------------------|
| BA           | 291840 | JUAZEIRO                    | BA | 290000        | BAHIA           | 31.633,76           |
| BA           | 291950 | LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA | BA | 290000        | BAHIA           | 5.045,88            |
| BA           | 291980 | MACAUBAS                    | BA | 290000        | BAHIA           | 9.298,46            |
| BA           | 291992 | MAIORE DE DEUS              | BA | 290000        | BAHIA           | 6.263,42            |
| BA           | 292100 | MATA DE SÃO JOÃO            | BA | 290000        | BAHIA           | 114.180,77          |
| BA           | 292110 | MEDRINHOS NETO              | BA | 290000        | BAHIA           | 76.241,85           |
| BA           | 292150 | MUNTE SANTO                 | BA | 290000        | BAHIA           | 12.762,10           |
| BA           | 292230 | MURIBETA                    | BA | 290000        | BAHIA           | 181,17              |
| BA           | 292300 | NOVA VIÇOSA                 | BA | 290000        | BAHIA           | 4.002,45            |
| BA           | 292490 | PLANALTINO                  | BA | 290000        | BAHIA           | 16.188,17           |
| BA           | 292740 | SAVADOR                     | BA | 290000        | BAHIA           | 305.658,94          |
| BA           | 292870 | SANTO ANTONIO DE JESUS      | BA | 290000        | BAHIA           | 29,57               |
| BA           | 292880 | SANTO ESTEVAO               | BA | 292170        | MORRO DO CHAPÉU | 32.001,68           |
| BA           | 292890 | SÃO DESERVIDO               | BA | 290000        | BAHIA           | 3.637,77            |
| BA           | 292960 | SAPUCAIA                    | BA | 290000        | BAHIA           | 3.522,82            |
| BA           | 293010 | SENHOR DO BONFIM            | BA | 290000        | BAHIA           | 8.057,54            |
| BA           | 293050 | SEREBINHA                   | BA | 290000        | BAHIA           | 83.822,59           |
| BA           | 293070 | SIMÕES FRILHO               | BA | 290000        | BAHIA           | 9.677,25            |
| BA           | 293150 | TUCANO                      | BA | 290000        | BAHIA           | 1.765,05            |
| <b>TOTAL</b> |        |                             |    |               |                 | <b>1.917.927,40</b> |

Fonte: COCCS / DNAC / MS  
Fonte: Taboas / Fatores / Databases

Em seguida mostrou a distribuição de recurso, 30% do recurso proporcional à gestão estadual e municipal, 70% também proporcional à gestão estadual e municipal, tendo ficado pactuado: nove milhões, oitocentos e noventa mil, duzentos e noventa e quatro reais e dez centavos, que é o mesmo valor original da primeira portaria para a gestão estadual; oito milhões, seiscentos e trinta e oito mil, novecentos e sessenta e sete reais e sessenta e seis centavos para a gestão municipal e a produção a partir de agosto de 2018, que é o período que o Ministério está considerando para repasse dos novos dezoito milhões de reais programados para o estado. Dos nove milhões e oitocentos mil reais, o estado já utilizou dois milhões e setecentos mil reais nessa produção e do valor programado já tinha sido executado 26% e na gestão municipal já tinha sido quase 5% do recurso programado para o exercício 2018.

### CIRURGIA ELETIVA CRITÉRIO PARA DISTRIBUIÇÃO DO RECURSO

**2ª PACTUAÇÃO:** Portaria nº 2.895, de 12 de Setembro de 2018

| RECURSO           | ETAPAS DA PACTUAÇÃO   |
|-------------------|---|
| R\$ 12.970.483,23 | Considerar 70% do recurso total para execução da demanda dos demais procedimentos cirúrgicos eletivos elencados no Anexo da referida portaria.  |
| R\$ 5.558.778,53  | Considerar 30% do recurso total para execução da demanda de ORTOPEDIA cadastrada no Sistema Lista Única, Módulo Demanda Município, até 01/10/2018, conforme Ofício Circular SUREGS/SESAB/nº 17 de 24/09/18. |
| R\$ 18.529.261,76 | Valor Total para o Estado da Bahia  |

Obs.: Conforme deliberado no GT de Cirurgia Eletiva, permanece vigente a pactuação publicada na Resolução CIB nº 235/2017 de 01/12/17, que define a abrangência do atendimento, bem como os valores remanejados na Resolução nº 148 de 18/06/2018.

DETALHAMENTO DA PACTUAÇÃO

Fonte: Sistema Lista Única  
Fonte: Taboas / Fatores / Databases

### CIRURGIA ELETIVA – EXERCÍCIO 2018 PORTARIA Nº 2.895, DE 12 DE SETEMBRO DE 2018 CONSOLIDADO DA EXECUÇÃO POR GESTOR PERÍODO: A PARTIR DE AGOSTO/2018

| CENÁRIO EXECUÇÃO ESTRATÉGIA CIRURGIA ELETIVA - EXERCÍCIO 2018 |                     |                           |  |   |                               |              |
|---|---------------------|---------------------------|--|---|-------------------------------|--------------|
| MUNICÍPIO EXECUTOR  | 30% ORTOPEDIA       | 70% DEMAIS ESPECIALIDADES | RECURSO TOTAL PACTUADO (R\$ 2.895/2018) RESOLUÇÃO CIB 262/2018 | PRODUÇÃO SIA/SIBI (A partir de Ago./18) | DIFERENÇA PACTUADO X PRODUÇÃO | % EXECUÇÃO   |
| GESTÃO ESTADUAL   | 2.967.088,23        | 6.923.205,87              | 9.890.294,10   | 2.646.226,27                            | 7.244.067,83                  | 26,76        |
| GESTÃO MUNICIPAL  | 2.591.690,30        | 6.047.277,36              | 8.638.967,66   | 419.177,91                              | 8.219.789,75                  | 4,85         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>5.558.778,53</b> | <b>12.970.483,23</b>      | <b>18.529.261,76</b>   | <b>3.065.404,18</b>                     | <b>15.463.857,58</b>          | <b>16,54</b> |

Fonte: Sistema Lista Única  
Fonte: Taboas / Fatores / Databases  
Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS



Apresentou a seguir a distribuição por município e os que já apresentaram produção, e chamou a atenção para uma situação nova, segundo ela questionada por Odilon Rocha, de que alguns municípios, ainda que tivessem executado, não tinham sido ressarcidos pelo Ministério da Saúde e viam a partir dessa nova portaria a forma como o Ministério avalia de fato, e essa forma é o que definiria e pediriam a série histórica de toda essa avaliação ao Ministério da Saúde, de agosto/2017 a julho/2018, que define a utilização do recurso da primeira portaria já que, pela sinalização de Odilon Rocha, tem vários municípios que executaram, mas ainda não foram ressarcidos.

| CIRURGIA ELETIVA – EXERCÍCIO 2018<br>ACOMPANHAMENTO RECURSO PACTUADO X EXECUÇÃO |               |                           |   |                                  |                                       |            |
|---|---------------|---------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------------|------------|
| MUNICÍPIO / GESTOR  | 30% ORTOPEDIA | 70% DEMAIS ESPECIALIDADES | RECURSO TOTAL PACTUADO (R\$ 2.895/2018) | PRODUÇÃO FAEC A PARTIR AGOSTO/18 | DIFERENÇA RECURSO PACTUADO X PRODUÇÃO | % EXECUÇÃO |
| BAHIA (GESTÃO ESTADUAL)   | 2.967.888,22  | 6.923.205,87              | 9.891.094,10                            | 2.646.226,27                     | 7.244.867,83                          | 26,76      |
| VITORIA DA CONQUISTA  | 541.892,40    | 1.264.415,60              | 1.806.307,99                            | 407.143,03                       | 1.399.164,96                          | 22,54      |
| RUMAPOLIS   | 232.071,47    | 541.500,09                | 773.571,56                              | 6.897,46                         | 766.674,10                            | 0,87       |
| SALVADOR  | 631.996,97    | 1.474.629,61              | 2.106.626,58                            | 5.337,42                         | 2.101.289,16                          | 0,25       |
| PAULO AFONSO  | 434.072,73    | 1.012.836,36              | 1.446.909,09                            | -                                | -                                     | -          |
| BARREIRAS   | 189.249,05    | 441.581,12                | 630.830,17                              | -                                | -                                     | -          |
| JUAZEIRO  | 180.172,55    | 420.402,62                | 600.575,17                              | -                                | -                                     | -          |
| FERRAZ DE SANTANA   | 80.495,59     | 187.823,05                | 268.318,64                              | -                                | -                                     | -          |
| PORTO SEGURO  | 55.095,33     | 128.526,77                | 183.621,10                              | -                                | -                                     | -          |
| NECE  | 48.730,07     | 113.703,51                | 162.433,58                              | -                                | -                                     | -          |
| CAETITE   | 43.053,17     | 100.457,40                | 143.510,57                              | -                                | -                                     | -          |
| JACU  | 27.645,51     | 64.506,19                 | 92.151,69                               | -                                | -                                     | -          |
| SÃO FELIX   | 23.285,58     | 54.333,03                 | 77.618,61                               | -                                | -                                     | -          |
| MASD'AVILA  | 15.039,18     | 36.617,43                 | 51.656,61                               | -                                | -                                     | -          |
| MORRO DO CHAPEU   | 15.100,90     | 35.255,44                 | 50.356,34                               | -                                | -                                     | -          |
| BRASILEIA   | 14.664,51     | 34.217,20                 | 48.881,71                               | -                                | -                                     | -          |

Fonte: CGCSS / DRAC / MS  
Fonte: Tabela / Tabela / Database

| CIRURGIA ELETIVA – EXERCÍCIO 2018<br>ACOMPANHAMENTO RECURSO PACTUADO X EXECUÇÃO |                     |                           |   |                                  |                                       |              |
|---|---------------------|---------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------------|--------------|
| MUNICÍPIO / GESTOR  | 30% ORTOPEDIA       | 70% DEMAIS ESPECIALIDADES | RECURSO TOTAL PACTUADO (R\$ 2.895/2018) | PRODUÇÃO FAEC A PARTIR AGOSTO/18 | DIFERENÇA RECURSO PACTUADO X PRODUÇÃO | % EXECUÇÃO   |
| BRUMADO   | 13.185,52           | 30.766,21                 | 43.951,73                               | -                                | -                                     | -            |
| FILADELFA   | 12.730,43           | 29.723,01                 | 42.453,44                               | -                                | -                                     | -            |
| ITUBA   | 12.605,04           | 29.411,75                 | 42.016,79                               | -                                | -                                     | -            |
| RECIFE  | 10.256,95           | 23.932,88                 | 34.189,83                               | -                                | -                                     | -            |
| CARINHANHA  | 4.237,89            | 9.888,42                  | 14.126,31                               | -                                | -                                     | -            |
| NOVO ALEGRE   | 2.853,25            | 6.657,59                  | 9.510,84                                | -                                | -                                     | -            |
| SANTAMARIA DA VITÓRIA   | 1.340,98            | 3.128,96                  | 4.469,94                                | -                                | -                                     | -            |
| CANSAICAO   | 1.253,21            | 2.924,15                  | 4.177,35                                | -                                | -                                     | -            |
| <b>TOTAL GERAL EXERCÍCIO 2018</b>   | <b>5.558.770,51</b> | <b>12.570.403,26</b>      | <b>18.529.263,73</b>                    | <b>3.065.404,18</b>              | <b>11.513.859,55</b>                  | <b>16,54</b> |

PLANILHA ACOMPANHAMENTO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fonte: CGCSS / DRAC / MS  
Fonte: Tabela / Tabela / Database

Apresentou também a planilha que tinha sido repassada pelo Ministério da Saúde, que traz a gestão do serviço individualmente, o limite financeiro estabelecido pela Resolução nº 266, a meta física, que foi estabelecida pelo Ministério da Saúde para acompanhamento, se ele bateu a meta MAC, uma das questões que Odilon Rocha sempre sinalizara no GT, que não adiantava o município receber o recurso via resolução se ele não cumprisse a meta MAC estabelecida pela primeira Portaria, que tinha sido a competência maio/2015. Afirmou que o Ministério está fazendo essa avaliação rigorosamente e ainda que o município tivesse teto, mas se não tivesse cumprido a meta MAC, o MS não estava repassando recurso, o município tem a avaliação da meta MAC estabelecida, a sua frequência e o valor produzido no MAC, se teve variação e se cumpriu ou não a meta. Disse que foi uma produção de agosto de 2018, o estado, por exemplo, tinha dois mil, cento e setenta e dois, a meta dele era essa mesma, ele produziu três mil quinhentos e trinta e quatro AIH e teve uma variação de mil trezentos e sessenta e dois. Então o ele sinaliza que de fato a gestão estadual cumpriu a meta estabelecida e teve uma variação superior a mil e trezentos, assim, poderia ser lançado no FAEC seiscentos e noventa e cinco mil, a frequência do FAEC e repassaria este recurso. Exemplificou com Salvador que, para a execução de 2018, tinha sinalizado que se empenharia para executar, sua meta estabelecida pelo Ministério tinha sido de duas mil e oitenta e sete AIH, o município só apresentou mil duzentos e oitenta e três AIH, então teve uma variação negativa, se bateu ou não a meta isso seria aplicado para todos os outros municípios, onde tem meta sim o MS avaliaria que teve produção FAEC e repassaria o FAEC e se tivesse a meta não, o MS sinalizaria que não cumpriu a meta, que seriam duas mil e oitenta e sete AIH, só tendo feito mil duzentas e oitenta e três, ou oitocentos e quatro a menos, então o Ministério sinaliza, avalia isso mês a mês, todos os meses faz esse cenário para todos os municípios. No mês de agosto tudo o que o município lançou como FAEC o Ministério avalia o que lançou como FAEC, mas se não bateu a meta MAC então não remuneraria como FAEC. Relatou que teria para compartilhar a série histórica de todos os meses, que podia justificar o não repasse do Ministério da Saúde para os municípios que produziram naquele mês e que não foram ressarcidos. Acrescentou que não tem a série histórica, tem essa avaliação do Ministério só do mês de agosto, porque o mesmo não tinha disponibilizado antes e estava sendo trazido à CIB para conhecimento. Colocou que pediria o retroativo provavelmente até para justificar o não repasse, pelo menos o MS tinha alegado que está trabalhando nessa planilha. E deu outro exemplo, Vitória da Conquista, que tem um milhão e oitocentos programados, bateu a meta e o Ministério da Saúde repassou o valor que o município produziu efetivamente de FAEC. Voltando à apresentação, passou para o slide de a Demanda de Ortopedia - exercício 2018, lembrando que tinha sido solicitado o cadastro dos municípios através de ofício circular e mostrou a demanda cadastrada por região de saúde e algumas regiões tinham chamado a atenção, a exemplo de Brumado, que foi avaliado se contemplava ou não a Portaria de Cirurgias Eletivas, para ver se os procedimentos não estavam contemplados no elenco de cirurgias eletivas, pois ainda que tivesse sido cadastrado, não está elencado no rol de procedimentos de cirurgias eletivas. Então todo esse universo está cadastrado no Sistema Lista Única, como demanda reprimida de ortopedia. Em Brumado esse número grande é de redução incruenta, das regiões de saúde foi a que mais se destacou em relação a cadastro, principalmente de procedimentos não vinculados à política de cirurgias eletivas. E o total cadastrado de demandas de cirurgias eletivas de ortopedia foi de dois milhões, setecentos e cinquenta e cinco mil, setecentos e sessenta e cinco reais e sessenta e oito centavos, e de um milhão seiscentos e setenta e seis mil, setecentos e setenta e sete reais e noventa e oito centavos, sendo isto o que tem previsto nas cirurgias eletivas e o valor previsto para execução de cirurgias eletivas ortopédicas é o montante de cinco milhões, quinhentos e cinquenta e oito mil.

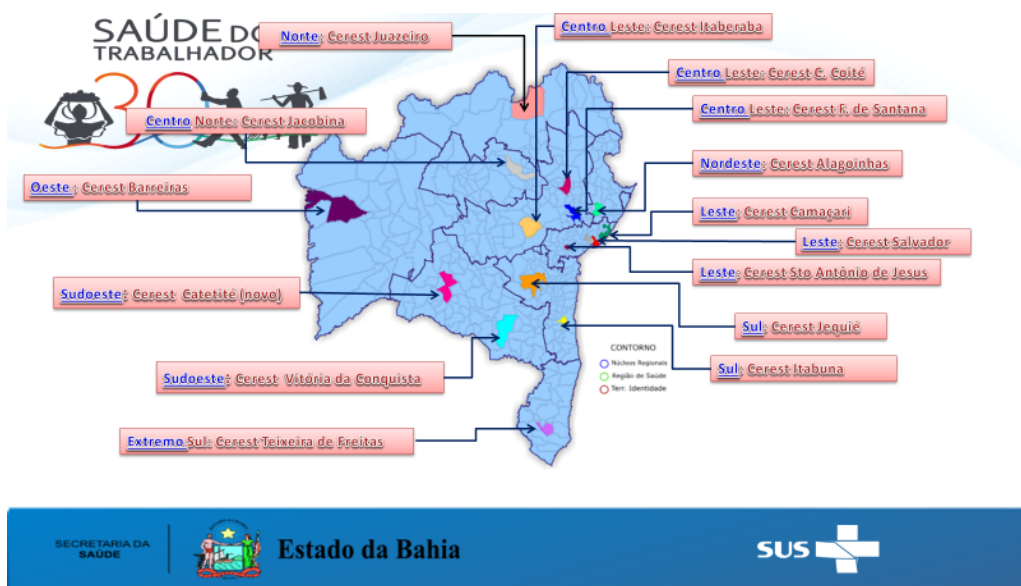
625  
626  
627  
628  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
660  
661  
662  
663  
664  
665  
666  
667  
668  
669  
670  
671  
672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
690  
691

| CIRURGIA ELETIVA – EXERCÍCIO 2018 |                             |                       |                         |                                    |                 |  |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------|--|
| DEMANDA ORTOPEDIA                 |                             |                       |                         |                                    |                 |  |
| REGIÃO DE SAÚDE                   | NÃO INTEGRAPI Nº 2.895/2018 |                       | INTEGRAPI Nº 2.895/2018 |                                    | Total Geral CTD | Total Geral VL (Tabela SUS + Tabela DF.) |
|                                   | CTD                         | VL Total (Tabela SUS) | CTD                     | VL Total (Tabela SUS + Tabela DF.) |                 |  |
| ALAGONHAS                         | 463                         | 319.116,55            | 207                     | 106.689,78                         | 670             | 425.806,33                               |
| BARREIRAS                         | 87                          | 29.865,57             | 94                      | 263.057,68                         | 181             | 292.923,25                               |
| BRUMADO                           | 513                         | 98.128,99             | 140                     | 200.822,10                         | 653             | 298.951,09                               |
| CAMACARI                          | 112                         | 76.939,88             | 40                      | 17.271,70                          | 152             | 94.211,58                                |
| CRUZ DAS ALMAS                    | 4                           | 1.165,75              | 12                      | 1.374,42                           | 16              | 2.540,17                                 |
| FERRA DE SANTANA                  | 78                          | 103.573,60            | 35                      | 30.779,19                          | 113             | 134.352,79                               |
| GUANAMBI                          | -                           | -                     | 4                       | 8.086,82                           | 4               | 8.086,82                                 |
| IBOTIRAMA                         | 10                          | 2.032,90              | 3                       | 8.718,40                           | 13              | 10.751,30                                |
| IJEUÍ                             | 162                         | 160.082,35            | 95                      | 87.603,17                          | 257             | 247.685,52                               |
| IBECÉ                             | 25                          | 7.110,59              | 33                      | 45.875,46                          | 58              | 52.986,05                                |
| ITABERABA                         | 30                          | 6.098,70              | 15                      | 7.338,81                           | 45              | 13.437,51                                |
| ITABUNA                           | 25                          | 24.630,24             | 26                      | 24.415,43                          | 51              | 49.045,67                                |
| ITAPETINGA                        | 44                          | 30.079,73             | 32                      | 28.731,02                          | 76              | 58.810,75                                |
| JACOBINA                          | 65                          | 21.765,95             | 51                      | 88.005,96                          | 116             | 109.771,91                               |
| JEQUÊ                             | 17                          | 12.174,03             | 36                      | 41.704,58                          | 73              | 53.878,61                                |
| JUAZEIRO                          | 61                          | 31.811,68             | 28                      | 26.977,05                          | 89              | 58.788,73                                |
| <b>Total</b>                      | <b>1.949</b>                | <b>1.078.987,70</b>   | <b>1.385</b>            | <b>1.676.777,98</b>                | <b>3.334</b>    | <b>2.755.765,68</b>                      |

| CIRURGIA ELETIVA – EXERCÍCIO 2018 |                             |                       |                         |                                    |                 |                                    |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------|------------------------------------|
| DEMANDA ORTOPEDIA                 |                             |                       |                         |                                    |                 |                                    |
| REGIÃO DE SAÚDE                   | NÃO INTEGRAPI Nº 2.895/2018 |                       | INTEGRAPI Nº 2.895/2018 |                                    | Total Geral CTD | Total VL (Tabela SUS + Tabela DF.) |
|                                   | CTD                         | VL Total (Tabela SUS) | CTD                     | VL Total (Tabela SUS + Tabela DF.) |                 |                                    |
| PAULO AFONSO                      | 4                           | 2.616,27              | 34                      | 41.532,93                          | 38              | 44.149,20                          |
| PORTO SEGURO                      | 2                           | 3.518,27              | 9                       | 21.681,80                          | 11              | 25.200,07                          |
| RIBERA DO POBOMAL                 | 12                          | 5.074,16              | 13                      | 4.361,60                           | 25              | 9.385,76                           |
| SALVADOR                          | 10                          | 13.169,94             | 3                       | 6.433,77                           | 13              | 19.603,71                          |
| SANTA MARIA DA VITÓRIA            | 19                          | 10.255,53             | 43                      | 121.613,92                         | 62              | 131.869,45                         |
| SANTO ANTONIO DE JESUS            | 3                           | 1.155,15              | 8                       | 15.838,73                          | 11              | 16.993,88                          |
| SEABRA                            | 18                          | 30.729,39             | 30                      | 21.084,36                          | 48              | 51.813,75                          |
| SENHOR DO BONFIM                  | 3                           | 4.474,32              | 49                      | 121.950,70                         | 52              | 126.375,02                         |
| SERRINHA                          | -                           | -                     | 1                       | 755,18                             | 1               | 755,18                             |
| TEIXEIRA DE FREITAS               | 55                          | 67.621,26             | 281                     | 302.743,59                         | 336             | 366.364,85                         |
| VALENCA                           | 5                           | 142,10                | -                       | -                                  | 5               | 142,10                             |
| VITORADA CONQUISTA                | 22                          | 20.743,80             | 23                      | 31.349,83                          | 45              | 52.093,63                          |
| <b>Total</b>                      | <b>1.949</b>                | <b>1.078.987,70</b>   | <b>1.385</b>            | <b>1.676.777,98</b>                | <b>3.334</b>    | <b>2.755.765,68</b>                |

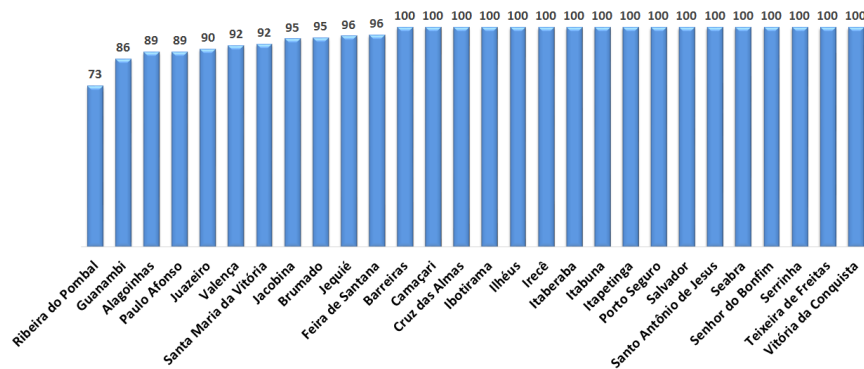
Finalizou colocando que é agora preciso se debruçar, a área já está trabalhando para saber quais os serviços que tem em todas as regiões de saúde e infelizmente, ainda que tivesse sido programado 30% para a área de ortopedia, os valores que são praticados na tabela não são valores atrativos e os lugares onde já tem credenciamento funcionando, a exemplo de Conceição do Coité, Barra, Vitória da Conquista, os pacientes já estão sendo direcionados, pegando essa demanda para atender através desse serviço, mas infelizmente o restante da Bahia não tem serviços de ortopedia contratados. Argumentou, pegando a fala do Secretário, assim como Stela Souza, que era preciso aproveitar enquanto a pessoa está viva para homenagear, assim, gostaria de homenagear o Secretário e dizer que ela estava há quase doze anos na SESAB e ainda que o mesmo estivesse no final do primeiro mandato do governo de Rui Costa, nos últimos quatro meses ele só tem vivido e respirado a regulação, tendo colocado um telão em seu gabinete e acompanhando tudo de perto, inclusive ela sempre brinca com ele que se sentia envergonhada em ver que o Secretário de Estado tem feito o que infelizmente os seus médicos reguladores não conseguem fazer. Agradeceu ao Secretário pelo seu empenho e dedicação e reafirmou nunca ter visto durante seus quase doze anos na SESAB, um secretário 'pegar na unha' como ele, entrando no Sistema, olhando o histórico do paciente, ligando e fazendo aquilo que, como gestora, gostaria que seus médicos reguladores fizessem. Acrescentou que ele compra a briga do paciente, seja com a unidade solicitante, seja com a unidade que não quer receber o paciente, hoje ele tinha comprado briga com toda a Bahia, mesmo porque ele liga, argumenta, discute com o colega, ou seja, tinha comprado de fato a briga dos usuários. Como Superintendente de Regulação ela reiterava seus agradecimentos ao Secretário Fábio Vilas-Boas que, ainda que estando há menos de quatro anos no mandato, conheceu a Secretaria no decorrer do processo, é um homem que vem da vida privada e lhe surpreendia a cada momento. Agradeceu também a Marta Rejane, que juntamente com o Secretário, estão fazendo a diferença nesse processo, conscientizando alguns diretores de que as vagas não são dos diretores de hospitais, nem do chefe do plantão e sim do usuário, que precisa e às vezes ele nem conhece. E esse embate que ele comprou nos últimos meses tem feito uma reflexão diferente na ponta e Marta Rejane assume de fato vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, sem conhecer o usuário ela quer brigar para resolver o problema dele. Parabenizou ainda toda a equipe da Regulação e a Paulo de Tarso pelo que tinha acabado de apresentar, pois pegaram a Política de Regulação para fazer e trouxeram um trabalho árduo de quase dois anos, sendo construído junto com as outras áreas da SESAB. **Raul Molina** colocou para o Secretário Fábio Vilas-Boas também ter tido essa grata surpresa, por ele ser uma pessoa vinda da iniciativa privada, que não conhecia nada de saúde pública, foi chegando aos poucos e hoje todos vêem a sua importância nesse processo em seu primeiro mandato. Reiterou a fala de Ana Paula Andrade, comentando também sobre o telão em seu gabinete com todos os detalhes sobre os pacientes, por onde ele se comunica, algo que ninguém o imaginava agindo dessa maneira. Registrou, em nome dos secretários municipais e do COSEMS, que este é um momento de reconhecimento, e desejava que seguissem juntos, pois sempre há muita coisa para se aprender na saúde pública, e relatou ter visto uma entrevista sua em defesa do SUS em um jornal de grande circulação, nesse momento crítico pelo qual estão passando, inclusive com notícias sobre o futuro do 'Mais Médicos', e ponderou que não seria possível simplesmente estar aqui e não fazer esse registro. Fazia questão de colocar também esse registro de forma tranquila e clara com relação à sua equipe, pois não seria nada sozinho, se não fosse essas pessoas que lhe acompanham e trazem também abnegação e muito desprendimento para fazer isso. Relatou ter dito a um prefeito o quanto seria importante se os mesmos estivessem sempre aqui, pois não sabem o trabalho árduo que é ter que pactuar, ter que aprovar políticas e fazerem o papel que fazem no dia a dia e com muita dificuldade. O **Coordenador** agradeceu as palavras elogiosas e disse não sentir para si esse mérito e sim o de ter reunido muitas pessoas dedicadas, comprometidas e que abraçaram essa visão de que é possível melhorar o sistema público de saúde no estado, lembrando que têm um Governador que compartilha dessa visão e não tem deixado de aportar recursos. Ponderou que faltava só uma 'cereja do bolo', que é acabar com a "fila da morte" e conseguirem proporcionar um Natal feliz para o povo da Bahia sofrida. Agradeceu a todos os servidores da SESAB, toda a equipe dedicada que não é só o pessoal da Regulação, pois para as coisas funcionarem era preciso as diretorias da atenção especializada, da atenção básica, dos hospitais, do pessoal que compra os equipamentos, toda uma engrenagem, e se alguém falha o hospital não consegue rodar a cirurgia, porque não teve equipamento, porque quem tinha que comprar não comprou, quem tinha que entregar não entregou, quem tinha que consertar não consertou, muita gente que está indo trabalhar feliz porque está vendo que está cumprindo uma

692 missão e que as coisas estão dando certo. **Raul Molina** passou para o ponto, convidando Letícia Nobre: **2.**  
 693 **SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVAST: 2.1 Situação atual da Rede de Atenção**  
 694 **à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na Bahia.** **Letícia Nobre**, Diretora da DIVAST, se comprometendo a comparecer às  
 695 reuniões no mínimo uma vez por ano para mostrar as suas informações, passou a apresentar a *Situação atual da Rede de*  
 696 *Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na Bahia*, informando que têm feito, trimestralmente e anualmente, o  
 697 acompanhamento dos indicadores de saúde do trabalhador no âmbito da Rede Estadual de Atenção Integral à Saúde do  
 698 Trabalhador. Disse terem feito um esforço a partir de 2010, pactuando inclusive na CIB o novo Plano Estratégico de Saúde do  
 699 Trabalhador e tinham começado a compatibilizar os indicadores do PPA, do PES e do PACTO, então é um pouco o resultado  
 700 desse acompanhamento ano a ano. Em 2011, logo depois de ter apresentado na CIB e se comprometido com este Plano  
 701 Estratégico de Saúde do Trabalhador, tinha sido colocado como visão para 2023 que toda rede SUS, 100% dos municípios da  
 702 Bahia incorporando o trabalho como determinante e condicionante da situação de saúde, identificando problemas e  
 703 necessidades de saúde dos trabalhadores e desenvolvendo ações de promoção da saúde dos trabalhadores até 2023.  
 704 Ressaltou que na próxima etapa teriam que continuar construindo isso para o próximo planejamento estratégico e para o  
 705 próximo período, junto com todas as instâncias da SESAB, do Governo do Estado, nessa perspectiva do planejamento  
 706 estratégico integrado e tinham colocado como eixo do plano estratégico e como indicadores. Então a partir de 2012 tinham  
 707 começado a trabalhar com indicador, onde o município desenvolveria a saúde do trabalhador, e falou dos sub indicadores das  
 708 grandes linhas de ação: Análise da Situação de Saúde do Trabalhador; Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador;  
 709 Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho; Atenção Integral em ST (Básica e especializada) principalmente e incluindo  
 710 a Rede de Urgência e Emergência e os processos de educação permanente em ST. Disse que eles acompanham também o  
 711 controle social, que não compõe esses indicadores, mas têm sempre esse planejamento junto com os municípios e nas regiões  
 712 de saúde. Então os sub indicadores que compõem esse indicador composto são: S1 - Total de municípios com diagnóstico da  
 713 situação de ST e/ou ações de saúde do trabalhador descrita no PMS, sendo esta a linha básica, precisava estar identificado no  
 714 plano para, a partir daí, serem desenvolvidas as ações no âmbito do município. Dois da Vigilância Epidemiológica em Saúde do  
 715 Trabalhador: S2 - Total de municípios com capacidade para notificação de óbitos por ADRT nos SI do SUS, principalmente os  
 716 acidentes de trabalho e aí ser vista a informação, a notificação no SINAN e/ou registros de mortalidade no SIM; e S3 - Total de  
 717 municípios com registros de agravos e de uma forma geral, todas doenças relacionados ao trabalho no SINAN. Da Vigilância  
 718 de Ambientes e Processos de Trabalho: S4 - Total de municípios realizando inspeções em ambientes de trabalho, seja para  
 719 investigar acidente de trabalho grave com óbito, seja para fazer mapeamento de risco, ou seja, para atender um projeto de  
 720 vigilância específico, a depender do perfil produtivo da região. O outro de Atenção Integral em ST (Básica e especializada): S5  
 721 - Total de municípios com atendimentos em ST na Rede SUS registrados no SIA/SUS. E o S6 - Total de municípios com  
 722 equipes de saúde capacitadas pela Divast ou capacitadas pela sua equipe (Coger/CR Estadual) nas regiões de saúde, nos  
 723 núcleos e bases. Acrescentou que será considerado como município desenvolvendo ações de saúde do trabalhador (ST)  
 724 aquele que realizar ação em pelo menos dois sub indicadores de atuação previstos no PLANEST. Falou que em 2012 tinham  
 725 começado com um ponto de corte de 3, feito toda a avaliação e acabando em 2016 até atualmente, colocando o ponto de corte  
 726 de 2, mas de todo modo eles acompanham todas as ações em cada trimestre. Então com esse indicador pactuado com os  
 727 municípios, eles querem garantir: avanços crescentes no processo de regionalização e de descentralização de saúde do  
 728 trabalhador no Estado; atuação em rede, que articule e integre o componente da ST nos seus diversos níveis de complexidade,  
 729 tanto Vigilância quanto nas redes de assistência, atenção básica, especializada, urgência e emergência e com as vigilâncias  
 730 também; pactuação de metas e indicadores de ST com todas as SMS, de modo que essa pactuação lhes mostrasse de fato  
 731 que está havendo avanços e que estão tendo resultados e não ser simplesmente uma meta numérica ou indicador para  
 732 cumprir alguma tabela, mas que de fato lhes mostrasse que tem avanço. Apresentou as nove macrorregiões onde trabalham  
 733 acompanhando as vinte e oito regiões de saúde e informou que tem quinze Centros de Referência Regionais, conforme  
 734 mostrado na imagem a seguir:





736 De cada macrorregião e região de saúde, os municípios que compõem e se a região de saúde tem ou não tem cobertura de  
 737 CEREST e concretamente atualmente são quinze CEREST, então praticamente metade das regiões de saúde ainda estão sem  
 738 cobertura de uma equipe especializada. Informou que, pela Conferência de Saúde e pela produção em âmbito nacional, tem a  
 739 proposição de que cada região de saúde tenha a cobertura de uma equipe especializada e de um centro de referência.  
 740 Apresentou também o gráfico de acompanhamento com a escala de cores, tendo ficado definido: cor branca - ações zero;  
 741 vermelha - 1 ação; verde - 2 ações; roxa - 3 ações; azul - 4 ações; laranja - 5 ações; azul - 6 ações tendo ficado definido que  
 742 para os municípios com CEREST seria necessário que atingissem 6 ações, já que tem a equipe toda especializada na sua  
 743 sede. Então, para verificar a região de Teixeira de Freitas, Santo Antônio de Jesus, Itaberaba, Irecê, Cruz das Almas, todas  
 744 têm um percentual de municípios que em 2012 não desenvolveram nenhuma dessas ações que tinham colocado no indicador  
 745 composto e alguns já está chegando com três ações. Assim, em 2012 seis municípios não tinham nenhuma ação desenvolvida,  
 746 em 2013, onze municípios não tinham nenhuma ação desenvolvida, porém em 2014 já havia pelo menos 315 municípios que  
 747 desenvolveram pelo menos duas ações e 88 municípios com mais de três ações, ou seja, três ações ou mais. Em 2015, 292  
 748 municípios desenvolveram duas ou mais ações. Então ano a ano foi identificado um aumento na capacidade de os municípios  
 749 desenvolverem as ações. Apresentou o gráfico de 2016, em que nenhum município ficou com ações zero, a maior parte dos  
 750 municípios nas vinte e oito regiões de saúde tendo desenvolvido de duas ações para mais, existindo então uma melhora  
 751 progressiva de fato, seja de notificações relacionadas a agravo, relacionadas ao trabalho, notificação de incidentes, seja de  
 752 alguma ação de inspeção, de educação permanente, de alguma ação de assistência na rede. A ação predominante na maior  
 753 parte das regiões é a identificação e notificação de agravo relacionado ao trabalho e eles vinham acompanhado, mas o número  
 754 de casos identificados, diagnosticados e notificados ainda é flutuante, existindo municípios que conseguem uma constante  
 755 maior de identificação, outros que identificam 01 caso no mês e nenhum no outro mês e, próximo ao final do ano, mais dois ou  
 756 três casos, assim, o município ainda tem um espaço para melhorar, do ponto de vista da sustentabilidade e da ampliação da  
 757 qualidade dessa ação. E em 2016 seis municípios desenvolveram ações nos 6 sub indicadores: Conceição do Coité; Cruz das  
 758 Almas; Feira de Santana; Itaberaba; Teixeira de Freitas; Vitória da Conquista. 330 municípios desenvolveram 2 ou mais ações,  
 759 - e em 2012 tinham começado com muito menos - e todos os 417 municípios desenvolvendo pelo menos 1 ação de ST. No  
 760 gráfico de 2017 já é a maioria dos municípios e eles acompanhavam isso através do trabalho dos técnicos de referência dos  
 761 municípios e das equipes dos quinze CEREST nas regiões e dos núcleos de bases regionais. Assim, o técnico de referência da  
 762 Base Regional de Saúde de Referência em Saúde do Trabalhador é um ator fundamental, porque tem a importante função de  
 763 prestar esse apoio institucional técnico aos municípios da sua região de saúde. Em seguida ela apresentou o percentual de  
 764 municípios com ações de saúde do trabalhador desenvolvidas por região de saúde, em 2017, onde se podia perceber,  
 765 segundo ela, que 100% dos municípios desenvolveram duas ações ou não em algumas regiões como Ribeira do Pombal,  
 766 Guanambi, Alagoinhas, Paulo Afonso, Juazeiro e Valença, sendo menos os que não chegaram a 100%, mas tem algumas  
 767 fragilidades em algumas regiões e que vêm sendo discutidas com a equipe técnica, com os secretários municipais de saúde e  
 768 com os coordenadores dos núcleos regionais:



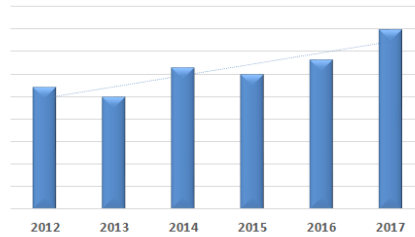
769 Então em 2017: 19 municípios com uma ação; 131 com duas ações; 166 com 3 ações; 4 municípios com 6 ações. Quanto a  
 770 este último, ressaltou que pelo menos os 15 municípios que têm CEREST deveriam desenvolver 6 ações, ou seja, ainda existe  
 771 fragilidade no funcionamento de alguns CEREST, eles vinham fazendo essa interlocução com o secretário municipal de saúde,  
 772 de modo que é necessário ainda algum reforço e fortalecimento da atuação da equipe CEREST do seu município sede, que é  
 773 também retaguarda para a região de saúde onde está localizado. Apresentou também o gráfico com o aumento do número de  
 774 ações:  
 775



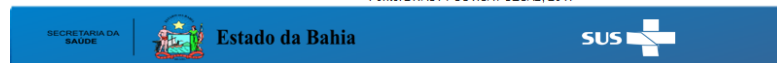


Indicador: **Quantitativo de municípios desenvolvendo 2 ou mais ações de Saúde do Trabalhador, 2012 – 2017.**

| ANO  | Total de municípios |
|------|---------------------|
| 2012 | 270                 |
| 2013 | 249                 |
| 2014 | 314                 |
| 2015 | 299                 |
| 2016 | 331                 |
| 2017 | 398                 |



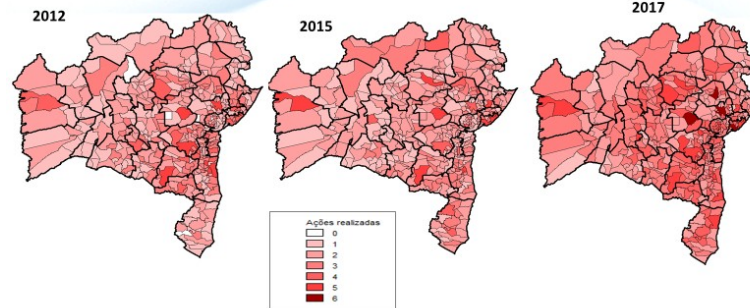
Fonte: DIVAST / SUVISA / SESAB, 2017



776  
777  
778  
779  
780  
781  
782

Chegaram em 2017 com 398 municípios desenvolvendo duas ações ou mais, que é o indicador. A partir de agora já se podia ser mais rigoroso na próxima pactuação e combinarem os critérios com todos. Mas de todo modo era importante, porque como tem esse histórico de quase 10 anos, na próxima pactuação poderia ter muito mais elementos para conversarem com os secretários de saúde e com o COSEMS, sobre como ampliariam agora o investimento na qualificação dessas ações e até a ampliação de acesso, porque ainda tem alguns quantitativos pequenos. Mostrou também no quadro a seguir que quanto mais forte é o tom vermelho, maior é o número de ações:

Municípios realizando ações de ST, por Regiões de Saúde e Número de Ações Realizadas – Comparativo 2013, 2015, 2017



783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
800  
801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808  
809  
810

Observou que em 2012 existiam alguns em branco, os municípios que desenvolviam zero ações, tendo havido um crescimento gradual, ano a ano, indicando que estão no caminho certo na descentralização das ações para os municípios e um aumento importante, um incremento de quase 60%. Comentou que esse desempenho ainda podia ser incrementado, como ela havia colocado anteriormente, havendo várias questões importantes da Vigilância Epidemiológica da Vigilância de Ambiente para resolver, desenvolver, como o processo de trabalho, de auxiliar a assistência, por exemplo, existe uma linha de atuação importante com a atenção básica, a integração com as outras vigilâncias também nos municípios que são a maioria, de se trabalhar junto com a vigilância sanitária, com a vigilância epidemiológica, sabendo-se que o município não tem capacidade de ter uma equipe muito grande de vigilância, mas sendo importante então que atue de forma integrada, articulada, e eles reverem essa estratégia, atualizarem a estratégia de pactuação com gestores municipais. Mostrou a foto do GUIA PARA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR, que eles tinham produzido há uns três anos, um material técnico básico e que tem sido utilizado pelos municípios para colocarem o diagnóstico da situação de saúde do trabalhador e a ação de saúde do trabalhador nos planos municipais de saúde, um instrumento que tem sido bastante importante, e as equipes têm utilizado. Referiu mais uma vez que é fundamental fortalecer os núcleos e as bases para essa capacidade de o estado prestar o apoio institucional e técnico, e de, na medida do possível, fortalecer e ampliar os técnicos referência em saúde do trabalhador, que são das secretarias municipais de saúde. Informou que em seu levantamento neste quadrimestre, têm o nome, sobrenome e CPF, atuando na região junto com a equipe do Estado: 301 secretarias têm técnicos de referência e saúde do trabalhador, em geral eles estão na equipe da Vigilância, mas podendo ter um técnico de referência também com a equipe do planejamento, ou ter também alguém de referência na atenção básica, sendo esta uma questão que o município podia ver qual a melhor alternativa, a maioria deles estão hoje na vigilância e eles têm as equipes CEREST regionais, que são 15, que estão em processo de avaliação dos projetos de implantação e de habilitação de novos CEREST. Assim, Ilhéus já está com sua equipe fazendo a revisão, já viria para a CIB o projeto de habilitação do CEREST de Ilhéus, a fim de ser apreciado, o projeto de Senhor do Bonfim, de Santo Amaro, e informou que talvez conseguissem colocar em dezembro ou logo no início do ano, Santo Amaro o projeto já tendo passado pela CIB e ido para o Ministério da Saúde, onde ficou parado esses quatro anos. Foi habilitado o de Caetitê e agora em Santo Amaro eles tinham se reunido com o Secretário de Saúde do município e disse que o município reavaliaria, atualizaria o projeto e o município possui uma particularidade que algumas outras regiões têm, que é a contaminação por chumbo e inclusive têm uma ação civil pública em andamento, por conta da contaminação pela fundição de chumbo, que é uma situação não só de saúde do trabalhador, mas de saúde da população em geral, de contaminação

811 ambiental. Falou que ela tinha colocado na apresentação o projeto de Salvador porque este município tem o Regional, mas a  
812 gestão municipal está trabalhando na perspectiva de mudar a categoria de habilitação de regional para municipal, mas  
813 Salvador precisa apresentar também o projeto de CEREST Municipal, contemplando o que vai fazer nos distritos sanitários e  
814 como neste município são 13 milhões de habitantes, é outra complexidade. Para finalizar, comunicou que o Conselho Nacional  
815 de Saúde criou uma câmara técnica da comissão intersectorial de saúde do trabalhador, com o objetivo de fazer uma proposta  
816 de reorganização das ações e serviços do trabalhador da rede SUS, para se repensar o funcionamento do CEREST e informou  
817 que esta comissão tinha proposto, então, várias questões com relação às ações e serviços na rede SUS e não só do CEREST,  
818 partindo do princípio de que na política nacional e na lei orgânica também já tem a concepção de que as ações em saúde do  
819 trabalhador se dão em todos os pontos e instâncias da rede, desde a atenção básica até a maior complexidade, passando  
820 pelas ações de promoção de vigilância, entre outros. Então este documento acabou de ser aprovado e publicado pelo  
821 Conselho Nacional e dispõe a atribuição do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais, as secretarias estaduais contando  
822 com a instância de coordenação estadual, o centro de referência estadual e as instâncias administrativas regionais dos estados  
823 e as atribuições dos municípios, e na instância regional tem tanto o papel do estado, quanto o papel do CEREST regional.  
824 Assim, este documento está bastante interessante e bastante didático, e na conclusão do documento o que chamava atenção  
825 primeiramente é a oportunidade de rever o modelo de regionalização, o plano de regionalização, as redes de atenção à saúde,  
826 são oportunidades para readequar, fortalecer e ampliar o acesso da saúde do trabalhador nessa perspectiva da configuração  
827 da regionalização, mas esse processo está proposto para todo o país, não só para a Bahia. Quanto à revisão do  
828 financiamento, informou que este grupo não tinha destrinchado o financiamento, até porque tinham que discutir CONASS,  
829 CONASEMS e o Ministério da Saúde, depois de aprovar pelo Conselho Nacional de Saúde tinham que reunir com o Ministério  
830 da Saúde todos os entes, as representações dos gestores, porque precisavam atualizar e rever os critérios de financiamento,  
831 que não são para ser financiamento apenas do CEREST, mas financiamento das ações em toda a rede SUS. Considerava  
832 importante uma maior articulação da ação governamental, superando a fragmentação das ações de assistência e de vigilância  
833 e a incorporação de ações de VISAT nos códigos sanitários dos estados e municípios. As questões de gestão do trabalho,  
834 manutenção de equipe técnica, que é nó crítico importante, política de recursos humanos, que constitui a saúde do trabalhador  
835 como a carreira de estado, exemplos da Vigilância Sanitária e que fixe os profissionais de saúde e serviços, valorizando a  
836 formação e a educação permanente. Então essa é a proposta que se tem essas necessidades previstas na Política Estadual  
837 de Educação Permanente, bem como na Política Nacional. O Ministério da Saúde provavelmente após um processo de revisão  
838 da portaria da RENAST atual, que é de 2009, e a partir da aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, que aconteceu no dia  
839 8 deste mês, estabeleceu um processo de discussão e pactuação com os gestores no âmbito da CIT, de modo a viabilizar  
840 estratégias de implantação progressiva dessa proposta. E assim tinha vindo um pedido da Diretoria e SESAB para que  
841 estabelecer através de reuniões, porque existem uma série de indicações nesse documento que o Conselho Nacional aprovou  
842 e que se pode ter um processo de conversa e pactuação para quando chegar o próximo período de repactuação já pudessem  
843 manter essas questões alinhadas e ver como ter estratégias de ampliar as ações e as redes no estado. Então certamente  
844 ocorreria uma conversa com o Conass e o Conasems, assim, seria importante ter uma parceria e o encaminhamento disso. Ela  
845 apresentou também um convite para o dia 14 de dezembro, dos 30 anos do Centro de Referência Estadual - CESAT/DIVAST,  
846 criada pelo governo de Waldir Pires, exatamente em 14 de dezembro de 1988, juntamente com o SUS. Então seria um  
847 seminário de um dia sobre a história, avanços e desafios da saúde do trabalhador na Bahia, seria mais discussão sobre o  
848 mundo, o trabalho e sobre sua história na Bahia e no Brasil, com algumas publicações lançadas, mostras de posters e os  
849 trabalhos dos municípios e das regiões de saúde que vêm trabalhando em seminários macrorregionais e tendo muita produção  
850 interessante e importante acontecendo nos municípios e nas regiões de saúde. Então nessa comemoração ela procuraria levar  
851 a produção da rede estadual como um todo e convidava a todos. E finalizou a apresentação. **Raul Molina** agradeceu a Leticia  
852 Nobre e ressaltou que estava devendo essa apresentação há algum tempo e pediu aos apoiadores do COSEMS para se  
853 colocarem na próxima pauta do COSEMS, a fim de criarem uma comissão para se debruçarem com eles nessa pactuação que  
854 teriam que fazer, então começariam a trabalhar com um pouco mais de tempo e enfatizou que ele é médico do trabalho e se  
855 sentia à vontade para colocar, dentre algumas coisas, que atualmente o E-Social já incluiu os infortúnios do trabalhador, que  
856 será online, não poderão ser mais escondidos, pois será uma ferramenta fantástica e ninguém poderá fazer contabilidade sem  
857 colocar no E-Social os riscos e os infortúnios do trabalhador, considerava isso uma vitória muito grande, porque tem coisas que  
858 não vão pela boa vontade, mas pela obrigação. Agradeceu mais uma vez e convidou o pessoal da Escola de Saúde pública  
859 para fazer uma rápida apresentação, pois ainda não tinham entrado nas pautas do COSEMS e das Pactuações. **Marcele**  
860 **Paim**, Diretora da ESSP, falou que a sua apresentação seria rápida, porém muito importante para todos terem conhecimento  
861 do que eles já vinham fazendo, os movimentos na Superintendência de Recursos Humanos, gente de toda a SESAB, junto  
862 com o Conselho Estadual de Saúde, a participação também do COSEMS, para os encontros regionais de educação na saúde  
863 do SUS- Bahia, que fazem parte do Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS-  
864 PRO EPS SUS. Noticiou que em novembro de 2017 foi publicada uma portaria que tem como objetivo estimular, acompanhar e  
865 fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para transformação das práticas de saúde, como  
866 todos já deveriam saber, que desde 2012 eles não recebem recursos da Portaria 1.996/2007, de Educação Permanente em  
867 Saúde, o estado e os municípios vêm custeando essas ações e no final de 2017 o estado aderiu a este Programa para  
868 receberem, não só o estado como o município, recursos desse programa PRO EPS SUS, uma adesão estadual com o que foi  
869 colocado como incentivo de custeio para execução de ação de educação. No caso do Estado a execução é organizar os  
870 planos regionais junto com os municípios e partindo do CIES, com a participação do COSEMS, para organizarem os planos  
871 regionais de educação permanente em saúde e para os municípios são recursos para estas ações. Falou que o recurso, tanto  
872 do Estado quanto do município, tinha demorado bastante para chegar e ao chegar o do Estado estavam quase em processo  
873 eleitoral, portanto não poderiam fazer o processo de licitação para a execução de ação, e o dos municípios chegou um mês  
874 antes dessa reunião, e com tão pouco valor que muitos municípios nem identificaram como sendo deste Programa, eles que  
875 tinham sido orientados a partir dessas reuniões das CIES e também pelos contatos da escola com os municípios, por conta dos  
876 cursos do ACS porque alguns gestores ligam pensando tratar-se de recurso para o ACS, mas na verdade é para este  
877 Programa. Então continuava informando que as ações da comissão de integração ao CIES realizadas junto aos municípios,

878 como havia dito, em parceria com o COSEMS, que articula todo esse movimento no estado e já vem trabalhando em conjunto.  
 879 Quanto a valores, o estado que tem de uma a dez regiões de saúde, recebeu R\$ 150.000,00; de onze a 20 vinte regiões de  
 880 saúde, recebeu R\$ 200.000,00; no caso da Bahia foi R\$ 300.000,00, pela quantidade de regiões de saúde. Assim, a Bahia  
 881 recebeu trezentos mil reais para fazer todas as oficinas para construção dos planos. Em relação aos valores dos municípios,  
 882 eles ainda não tinham um contato, disse que ela faz parte, juntamente com Bruno, Diretor da DGETS, da Câmara Técnica  
 883 Gestão do Trabalho e Educação do CONASS, e eles ainda não tinham recebido oficialmente a lista com todos os municípios  
 884 que receberam algum recurso de custeio e ainda assim o que eles vinham monitorando, através das ações da escola, é algo  
 885 em torno de doze a quinze mil reais por município. Então é um recurso que realmente teriam que trabalhar junto às oficinas,  
 886 para pensarem em uma ação que pudesse privilegiar todo território e não apenas um município. Assim, deviam pensar uma  
 887 forma mais coletiva, organizariam essas oficinas com a participação de gestores municipais, trabalhadores da saúde de  
 888 referência de educação permanente dos municípios, instituições de ensino de saúde da região, representação do controle  
 889 social dos municípios da região, representação estudantil da área da saúde, gestores e trabalhadores estaduais da saúde.  
 890 Falou que atualmente estão no meio do processo licitatório, o que precisava pactuar e já vinha em contato com o COSEMS e a  
 891 SESAB, com o controle social e a partir da CIES é que fariam praticamente essas oficinas no final do ano corrente, sendo uma  
 892 época ruim, mas é a época que eles tinham para fazer, porque tinham que prestar conta disso em janeiro, é recurso de  
 893 extrema importância, porque, embora pouco, trata-se de uma porta para que futuramente se receba esse recurso de educação  
 894 permanente no estado. Comentou que o Ministério da Saúde foi muito claro de que quem não utilizasse este recurso até o final  
 895 do ano corrente não teria como prorrogar, ou seja, se não utilizassem teriam que devolver, não só o estado como os municípios  
 896 também. E além disso os municípios terão um tempo maior, por ter chegado depois e além disso o valor já tinha sido  
 897 mencionado antes, ademais, existe uma questão que todos os estados vêm se movimentando, através do CONASS, só  
 898 orientações, de passar o plano estadual em CIB, porém estavam em dezembro e tem indicação de vários estados que não  
 899 ocorreria CIB em dezembro e janeiro, então ela já estava apresentando esse movimento e se comprometer de que essas  
 900 oficinas - eles vêm trabalhando há três meses nesse produto para essas oficinas, nos instrumentos, toda a organização para  
 901 que já saíssem dessas oficinas com os planos regionais, para compor todo o trabalho braçal e intelectual, para a redação  
 902 desses planos e serem entregues no prazo. Desse modo estavam fazendo um grande esforço na SUPERH, para darem conta  
 903 dessa tarefa, mas precisavam contar realmente com a participação de todos e o apoio da CIB, porque caso não acontecesse e  
 904 não tivesse tempo hábil para apresentarem o plano completo, se comprometeria a apresentar o plano depois e deixar todos os  
 905 registros, para que não deixassem de receber este recurso tão importante para o Estado. Apresentou na tabela a seguir os  
 906 nove municípios que serão sede das oficinas, com a previsão de participantes feita com base no número de municípios por  
 907 região e no número de instituições de ensino que alocadas na região:

| REGIÃO       | MUNICIPIO            | PREVISÃO DE PARTICIPANTES |
|--------------|----------------------|---------------------------|
| Centro Leste | Feira de Santana     | 150 pessoas               |
| Centro Norte | Irecê                | 80 pessoas                |
| Extremo Sul  | Porto Seguro         | 55 pessoas                |
| Leste        | Salvador             | 140 pessoas               |
| Nordeste     | Alagoinhas           | 75 pessoas                |
| Norte        | Juazeiro             | 65 pessoas                |
| Oeste        | Barreiras            | 80 pessoas                |
| Sudoeste     | Vitória da Conquista | 160 pessoas               |
| Sul          | Ilhéus               | 140 pessoas               |
| <b>TOTAL</b> |                      | <b>945 PESSOAS</b>        |

908 Finalizou a apresentação, agradecendo a atenção de todos e deixou o convite, embora o COSEMS e o CES já estivessem  
 909 envolvidos, assim que eles tivessem as datas das oficinas, porque o processo licitatório está em andamento, eles fariam o  
 910 contato para pedir o apoio de todos nesses lugares e também convidar quem quisesse participar como relator e facilitador,  
 911 porque estavam realmente precisando, principalmente por conta da época, pois dezembro e janeiro é um período complicado  
 912 para essas atividades, mas estavam com toda a disposição para fazer. Estavam discutindo inclusive no Gabinete, com o  
 913 Secretário e ele acredita que atualmente seja mais propício do que nunca com o problema dos 'Mais Médicos'. Então como a  
 914 CIES estava parada, precisavam discutir a respeito, para conduzir e para chamar todas as universidades para se fazer aquilo  
 915 que devia ser feito. Questionou qual a participação deles, qual a contrapartida de cada um e como seria feito. Disse que é bom  
 916 para o estado e bom para os municípios, então seria muito importante esta conversa. **Marcele Paim** ressaltou que era esperar  
 917 uma oportunidade ótima, porque eles estariam nos lugares e, para tranquilizar, informou que já faz parte do instrumento não só  
 918 a indicação de uma criação de uma CIES Regional, que precisariam, como essa CIES já teria por obrigação organizar os  
 919 COAP, por região. **Raul Molina** acrescentou que cada um teria que fazer, então tinha sido importante ela ter colocado essa  
 920 informação de que existe um interesse de participarem e solicitou que ela avisasse, informando que tinha sido colocado na  
 921 última reunião da CIR de Cruz das Almas, onde estavam discutindo educação permanente e chegaram até a falar sobre isso e  
 922 um dos membros tinha feito esse encaminhamento na reunião. Considerava muito oportuno e desejava que se pudesse  
 923 retomar isso. **Marcele Paim** falou que essa é a possibilidade de conseguir outros recursos de educação permanente por que  
 924 quem não apresentasse plano não teria e **Raul Molina** falou que pulara o ponto de pauta do GCE e questionou sobre o que  
 925 teria de pactuação do Grupo Condutor. **Cássio Garcia** falou que tinha ocorrido a sétima reunião ordinária do GCE, uma pauta  
 926 bastante intensa e que ele tentaria sintetizar. Quanto à pactuação, disse que tem aprovação dos aditivos do componente do  
 927 PAR da RUE de Ilhéus, Itabuna, Região Metropolitana de Salvador Ampliada e teria que se fazer uma fala mais específica,  
 928 porque tinha tido algumas alterações em relação a alguns leitos, mas outros que atualizariam e solicitou que Alcina Romero  
 929 explicasse para todos para ficar claro. **Alcina Romero** falou sobre a necessidade sempre periódica de revisão dos planos de  
 930

931 ação regionais das redes temáticas, no caso deles, da rede de urgência e emergência. Então já estavam para fazer uma  
932 alteração do componente hospitalar de alguns desses planos há bastante tempo, tinham começado com os leitos de UTI da  
933 Região Metropolitana de Salvador Ampliada. Lembrou que o componente hospitalar é composto por leitos clínicos de  
934 retaguarda e leitos de UTI adulto e pediátrico, e quanto aos leitos clínicos de retaguarda, existe uma série de leitos financiados  
935 desde 2012 na região metropolitana precisando fazer algumas adequações, entretanto a SESAB ainda está em uma fase de  
936 transição de contratos entre prestadores de leitos de retaguarda. Então nesse momento eles tinham resolvido e pactuado que  
937 solicitariam ao Ministério da Saúde apenas a ampliação, os 72 leitos clínicos do novo Hospital Municipal de Salvador, assim, no  
938 âmbito dos leitos clínicos de retaguarda, eles tinham essa alteração, sendo um aditivo, solicitando a inclusão dos 72 leitos de  
939 Salvador do Hospital Municipal. No âmbito dos leitos de terapia intensiva, e tinha sido estes que ela tinha solicitado habilitação  
940 para quem estava na reunião do GCE - e citou os nomes de Luiz Galvão, Cássio Garcia, Odilon Rocha, Ana Laura, Jacqueline  
941 - que no momento de fazer a resolução ela percebera que precisariam dar um destaque para a desabilitação de 3 prestadores  
942 de serviço que têm leitos de UTI atualmente, tinha leitos de UTI de retaguarda para a Sesab, mas que não estão mais nesse  
943 negócio de retaguarda. Disse que para dois deles já houve suspensão de recurso desde outubro, por falta de informação,  
944 então eles estariam substituindo. Dos 20 leitos da Ortofort, dos 10 leitos do Hospital da Cidade, dos 03 leitos da CATO, pelo  
945 mesmo número de leitos novos do Hospital Roberto Santos, e que são os leitos de UTI III, que foram recentemente  
946 inaugurados no Hospital Roberto Santos e mais uma nova UTI no Hospital Ernesto Simões. Então o mesmo número de leitos,  
947 33 por 33, sendo esta a substituição. Falou que o Ministério da Saúde solicitou a desabilitação e assim vêm as portarias de  
948 desabilitação que serão publicadas em seguida. Então a COCON/SUREGS solicitaria à CIB a desabilitação dos leitos de UTI e  
949 automaticamente a habilitação dos leitos do Hospital Roberto Santos e do Hospital Ernesto Simões. Por outro lado estão  
950 solicitando a ampliação de leitos de UTI, onde os 33 são leitos de substituição, eles já estão financiados, não terá impacto  
951 financeiro nenhum, já os leitos do Hospital Geral Ernesto Simões, que são 14, nove foram para substituição, seis são novos:  
952 Hospital Geral do Estado, que é UTI II; a UMI de Candeias; a UTI no Novo Couto Maia; a UTI do Hospital da Mulher; a UTI do  
953 Hospital Municipal de Salvador, então esses são leitos novos. Como a regra da Rede de Urgência, dos novos para cada um  
954 qualificado, dois já existentes, eles estão solicitando a qualificação, ou seja, a complementação financeira dos leitos do  
955 Hospital Eládio Lasserre, da Osid e do Hospital Santa Isabel para a complementação financeira como leito de retaguarda.  
956 Então ficaram com 65 leitos novos e 36 qualificados, e mais 33 substituídos. Nos leitos de UTI pediátrica estavam pedindo os 8  
957 leitos novos do Hospital Geral do Estado, os 10 do Hospital Municipal de Salvador, ao mesmo tempo tinham solicitado a  
958 qualificação de 7 leitos da Osid, que foram habilitados fora da Rede de urgência, então seguindo a mesma proporção 18, 9, 7  
959 de qualificação. Estas sendo as modificações no PAR da rede da região metropolitana nesse momento. Na região de saúde de  
960 Ilhéus a reunião da CIR aprovou a substituição da porta de entrada tipo 1 de hospital estratégico do Hospital Luís Viana Filho  
961 pelo Hospital Regional Costa do Cacau, e habilitação dos 20 novos leitos do Hospital Regional Costa do Cacau. Estão  
962 solicitando, porém estão pedindo a desabilitação dos oito leitos do Hospital Regional Luiz Viana Filho, que está fechado para  
963 fazer uma reforma, já está suspenso o recurso na mesma portaria que suspendeu o do Hospital da Cidade, do Cato estão  
964 solicitando a desabilitação e a habilitação dos 20 leitos do Hospital Regional Costa do Cacau. Na região de saúde de Itabuna  
965 foi solicitada a inserção de 7 leitos no plano, a ampliação de leitos de UTI de retaguarda pediátrica no Hospital Manoel Novaes.  
966 Relatou que, por uma falha deles, tinham esquecido de apresentar uma pauta do GCE, da inserção da UTI do Hospital  
967 Regional de Eunápolis na Rede de urgência da região de Porto Seguro, precisariam disso porque os 10 leitos de UTI de  
968 Eunápolis foram habilitados fora da rede, porque não havia nem plano aprovado, como não tinha plano da rede de urgência  
969 aprovado da região de Porto Seguro, diferente desses, e também não houve nenhuma aprovação de GCE de que essa UTI  
970 está inserida na Rede de urgência e, assim que o plano fosse construído, estes leitos de UTI estariam compondo  
971 automaticamente esta retaguarda para a Rede de urgência. Então eles estavam solicitando e esta é uma avaliação que ela  
972 fazia ao Cosems, que seria a inserção em uma resolução CIB da UTI adulto tipo 2 do Hospital Regional de Eunápolis na Rede  
973 de atenção à saúde das urgências da região de saúde de Porto Seguro, já estão habilitados, apenas para verem se  
974 conseguem fazer o Ministério da Saúde habilitar no valor de rede. Pediu que avaliassem essa possibilidade e ressaltou que as  
975 habilitações de todos estes leitos novos de UTI saíam em resolução e todas as desabilitações, então a habilitação, a  
976 substituição, mas se pediam ao Ministério a habilitação no plano é que estão pedindo a substituição. **Odilon Rocha** falou que,  
977 quanto a esta apresentação de Alcina Romero, a maior parte já tem o próprio recurso e é apenas remanejamento, e perguntou  
978 se os leitos de UTI da rede de urgência e emergência que tem planos e que não foram qualificados, quando esses leitos  
979 seriam colocados em discussão, porque estavam falando de um leito novo da Osid para fazer a qualificação, que é um fato  
980 novo e se tem dentro da Rede de urgência e emergência algumas UTI que não tiveram estes leitos requalificados, e perguntou  
981 qual seria a expectativa que se teria, de fazer esse tipo de qualificação. **Alcina Romero** respondeu que a qualificação não é  
982 um processo diferente do SAMU, que tem uma série de critérios para qualificar, e a qualificação de leitos de UTI é um processo  
983 de pactuação dentro da construção dos planos, o que se devia sempre pensar é que esses leitos, quando já são existentes e  
984 que são qualificados, ou são novos, mas são pagos com incentivo de rede, eles são 100% regulados pela Central Estadual de  
985 Regulação, porque eles são realmente retaguarda da rede. E que existe atualmente uma carência de leitos de UTI e é muito  
986 difícil ter atualmente leitos de UTI de hospitais que têm leito de UTI e que não são e não fazem retaguarda para a rede, por  
987 exemplo o HUPES, que tem leitos de UTI, mas ainda não tem nenhum qualificado, embora eles até façam alguma coisa de  
988 retaguarda para a rede, eles não são qualificados para retaguarda. Pediu que observassem que o Hospital da Mulher tem mais  
989 do que oito leitos, porém eles entendiam que parte dos seus leitos são para seu uso, para pós-operatório de cirurgias  
990 oncológicas e outros. Então precisavam ter muito cuidado quando se faz essa proposta da qualificação, porque realmente são  
991 leitos que ficarão e ainda mais com a política existentes de regulação, o estado investindo muito com essas novas normativas,  
992 eles queriam crer que são leitos da Central. Isso por exemplo funciona para o Hospital Municipal de Salvador, onde se sabe  
993 que esses leitos serão e já estão todos na Central Estadual. Leitos de unidades que têm alta complexidade eles já não colocam  
994 todos, que é o caso do Hospital Regional Costa do Cacau, que tem 30 leitos de UTI e eles estão pedindo apenas 20 para a  
995 Rede de urgência de retaguarda, porque 10 devem servir para o próprio ambulatório, para o seu pós-operatório, para a sua  
996 hemodinâmica. Então não existe um processo de pedir qualificação para si, por ter critérios definidos, na verdade não tem  
997 critérios, o critério que existe é que dentro da discussão do plano o prestador ou município pode pleitear, como o caso de

998 Salvador, se avalia e se aprova ou não. **Raul Molina** continuou os pontos de pactuação, mas antes ressaltou os dois leitos que  
999 tinham sido colocados, sendo que ele tinha consultado o GCE, Jaqueline, Odilon, que tinham dito que teria a manifestação do  
1000 Secretário de Saúde de Salvador a favor disso, como tinha sido solicitado, falou também que da parte deles estava tudo certo.  
1001 **Cássio Garcia** ressaltou que ficava o registro e clareza depois de toda essa apresentação e que o ponto 1.5 do GCE, a  
1002 Ampliação da frota do SAMU Regional de Alagoinhas, alocando uma Unidade de Suporte Básico – USB para o município de  
1003 Cardeal da Silva, já tinha sido discutido em reunião e voltou para o ponto 1.4 do GCE, sobre a Situação dos processos de  
1004 habilitação da DRC. **Alcina Romero** falou que isso demandaria várias resoluções de habilitação, tratava-se da mudança da  
1005 portaria dos códigos de habilitação no âmbito da terapia renal substitutiva. Então houve uma mudança de portaria, uma  
1006 mudança de código de habilitação a partir de 22 de outubro, quando o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 3415, de 22  
1007 de outubro, que altera uma portaria anterior, a qual já alterava esses códigos de habilitação. Fato que estão no processo de  
1008 reclassificar todos os códigos de seus prestadores de terapia renal substitutiva, vários processos já estão no Ministério da  
1009 Saúde, quando ocorreu essa mudança de código de serviço, então com a portaria do dia 22 de outubro o Ministério da Saúde  
1010 solicitou que, para que não se devolvesse todos os processos de habilitação que estavam lá, que aprovassem na CIB a nova  
1011 classificação e mandassem que aproveitariam todo processo. Então tudo que é habitação como unidade de assistência de alta  
1012 complexidade em nefrologia com hemodiálise e/ou diálise peritoneal e unidade especializada em DRC com TRS diálise tipo 1,  
1013 2, 3 e 4, com a nova portaria eles passam para os códigos 1504, que só tem hemodiálise, 1505 para quem tem diabetes  
1014 peritoneal e 1506 para quem tem diálise, hemodiálise, e faz tratamento dialítico conservador em renal crônico. Então isso  
1015 demandaria que todas as unidades fossem reclassificadas, tudo isso está de acordo com todos os prestadores, com os  
1016 municípios ou gestores de municípios executores, mas demandaria uma série de resoluções para serem encaminhadas para o  
1017 Ministério da Saúde. **Raul Molina** falou que, como já tinham se reunido e pré pactuado anteriormente, ele gostaria que a título  
1018 de gravação só colocassem a lista para aprovação. **Alcina Romero** falou que a Nefrovita de Lauro de Freitas passa para o  
1019 código 1504, a Clínica de Saúde Renal de Teixeira de Freitas passa para 1504-1505 e 1506 e assim com 30 prestadores, e  
1020 disse que estão pedindo habilitação de 29 serviços, o serviço de terapia renal substitutiva do Hospital Alaíde Costa, que será  
1021 no 1504, 1505 e 1506, e o serviço de hemodiálise de Euclides da Cunha, que será 1504, 1505 e 1506, também para fazer  
1022 tratamento conservador, os demais serviços todos seriam de reclassificação no âmbito da nova portaria. **Raul Molina** repetiu  
1023 que todos estão migrando da lista em anexo, que estão mudando o código de classificação e os dois serviços novos que Alcina  
1024 Romero já havia citado são o Alaíde Costa e o de Euclides da Cunha. **Cássio Garcia** passou para Liliene Mascarenhas, DGC,  
1025 tratar sobre o Plano Estadual da Estratégia e Fortalecimento da ações e cuidado das suspeitas e confirmadas para a Síndrome  
1026 Congênita do Zika vírus e Storch e que tinha sido conversado também que, por ser um plano extenso, importante, tinha sido  
1027 inclusive falado anteriormente nos informes sobre a necessidade de implementarem as ações, este plano também somava-se a  
1028 tudo o que se enfrentara há alguns anos e falou que Liliene Mascarenhas tentaria resumir o que tinha sido combinado no GCE,  
1029 pois tem uma ampla divulgação no site do COSEMS e no site da SESAB, porque se trata de uma pauta importante. **Raul**  
1030 **Molina** voltou a pedir celeridade, pois ainda não havia entrado na pauta do COSEMS. **Liliene Mascarenhas** falou que, como  
1031 tinha sido solicitado para apenas apresentar, foi colocado o plano para ressaltar como está constituído o plano, com base na  
1032 Portaria do Ministério da Saúde e tem como vigência 2018 a 2020, sendo várias ações feitas pela Bahia, mesmo com a  
1033 publicação do decreto de suspensão de emergência em saúde pública, para a questão do Zika vírus a Bahia continuou  
1034 desenvolvendo as ações, não só voltadas para a promoção e prevenção, mas também o cuidado e toda essa ação sempre foi  
1035 compartilhada entre SESAB e SMS, como foi a construção do plano e tinham se pautado em tudo que tinha sido produzido no  
1036 workshop, em todos os planos municipais, relatórios de visita, vídeo conferências, enfim, pegaram todos os trabalhos que já  
1037 tinham sido produzidos, tomaram todas as informações para construir o plano. Falou da estrutura do plano: apresentação;  
1038 justificativa; diagnóstico institucional; objetivo e ações estratégicas; e metas por eixo. E teve como base a Portaria nº 3502, de  
1039 19 de dezembro de 2017, que traz como estratégica o fortalecimento para o Zika vírus e Storch e traz também como uma das  
1040 principais estratégias a criação do comitê gestor, sendo importante reforçar que este comitê é constituído pela representante da  
1041 Diretoria da SESAB e do COSEMS. Assim, o plano foi construído de forma coletiva, com todos participando e tem como  
1042 justificativa o fato das crianças infectadas terem padrões diferenciados em manifestações, interferindo em seu crescimento,  
1043 desenvolvimento e considerando a lacuna de conhecimento a respeito das sequelas desta síndrome que eles vêm  
1044 identificando a necessidade de maior investimento, não ao que se refere apenas à qualificação, mas à prevenção e promoção  
1045 do cuidado, às ações e articulações. Trazia um pouco do diagnóstico situacional, do que vai para além da microcefalia, que  
1046 tinha sido o momento inicial, quando nasciam as crianças o primeiro diagnóstico era de microcefalia, mas eles tinham visto  
1047 que houve uma vasta identificação de manifestações, como a desproporção do crânio facial, espasticidade, convulsões,  
1048 irritabilidade, disfunção do tronco encefálico, como problema de deglutição, contraturas de membros, anormalidades auditivas e  
1049 oculares, e anomalias em geral, e inicialmente eles observavam isso apenas ao nascimento, e hoje observando crianças com  
1050 2, 3 e 4 anos de idade, o comprometimento da visão que tem aparecido com mais evidência, a cada dia. Dos dados de  
1051 notificação a Bahia tem um total de 1877 casos, destes 548 notificados, 106 comprovados, 617 descartados, 118 inconclusivos  
1052 e 488 em investigação, dado repassado pela DIVEP até a data 07/11. Acrescentou que no plano tem que constar todo o  
1053 diagnóstico situacional e chamou a atenção que tem um dado significativo na faixa etária dessas mães de 15 a 39 anos e teve  
1054 casos de gestante de 13 a 14 anos, outro fator que chamava a atenção, até porque se discutia isso aqui perpassando pela  
1055 Rede Cegonha. Então o objetivo é fortalecer as ações de vigilância e o cuidado à criança com suspeita confirmada de ações  
1056 congênicas associadas a infecção por Zika e outras síndromes causadas por sífilis, toxoplasmose, as ações estratégicas e os  
1057 métodos por eixo. Disse que no eixo da vigilância epidemiológica a ação é o acompanhamento e o monitoramento, a análise e  
1058 a divulgação dos dados sobre os casos notificados da Síndrome Congênita do Zika vírus e Storch. Disse ainda que tem uma  
1059 série de atividades ainda no eixo da vigilância, prevenção das arboviroses (incluindo a transmissão via sexual do Zika vírus) e  
1060 ressaltava o colocado por Gabriel, porque a ação a ser efetivada está também relacionada a esse plano. Falou que a equipe da  
1061 Divep está trabalhando nisso juntamente com eles, com a atenção básica, a promoção e prevenção, a qualificação da atenção  
1062 básica para a atenção pré-natal e o cuidado às crianças acometidas pela SCZ e Storch, não só a criança como também o  
1063 cuidado ao pré-natal, já incluindo não só as acometidas, mas também com o olhar sobre as possibilidades que pudessem vir a  
1064 acontecer nesse período. E a organização do fluxo de acesso ao SADT, procedimentos especializados, medicamentos e



1065 insumos e vinham observando demandas de alguns procedimentos específicos que não existe ainda na Bahia, como  
1066 viabilizarem para ter esse procedimento aqui e todo suporte diagnóstico, medicamentos e insumos, e dentro dos insumos  
1067 chamava a atenção para as formas alimentares especiais, tanto a dieta cetogênica como a espessante. No outro eixo, o  
1068 monitoramento dos casos em acompanhamento nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), a qualificação da atenção  
1069 ofertada às crianças com SCZ pelos CER, a concessão de órteses, próteses e materiais especiais – OPME. Foi discutido no  
1070 Grupo Condutor que a fila está grande, principalmente no CEPRED, estão vendo uma situação grave, mas não existe apenas o  
1071 CEPRED, o recurso que está no teto dos municípios, que atende à população em geral e principalmente a essa população, as  
1072 duas ONG que fazem um movimento grande - a ABRAÇO e ANJOS - cobraram na reunião do Ministério Público todo o  
1073 processo de equipamento de concessão junto ao Ministério Público, buscando resolver esse problema. Já tinham visto que tem  
1074 sido ampliada a rede de cuidado à pessoa com deficiência, precisavam incrementar ainda mais para diminuir esse espaço de  
1075 deslocamento dessas crianças. A educação permanente ainda na parte da reeducação, porque se percebe que são casos  
1076 muito complexos que precisam de maior investimento na equipe que atende os centros de reabilitação. No eixo de  
1077 comunicação - desenvolvimento de ferramentas de comunicação e mobilização social, para dirimir cada vez mais o estigma do  
1078 preconceito com as crianças e as famílias. No eixo gestão, o funcionamento do comitê inter gestor estadual e aí destacava a  
1079 formação de um comitê técnico de especialistas para se debruçarem cada vez mais nos casos e buscarem soluções, porque  
1080 nem sempre tem especialistas naquela área que pudesse lhes ajudar no fechamento diagnóstico junto às unidades. No eixo  
1081 intercentralidade, a articulação intersetorial com as ONG do movimento Zika, que especificamente na Bahia são essas duas  
1082 entidades de classe e destacava aí o CREFI, CREFON, CREMEB, entre outros, para poderem não apenas pensarem naqueles  
1083 que estão em processo de informação, mas também naqueles que já estão atuando, considerando que a portaria exige a  
1084 publicação de uma resolução, razão por que tinham trazido aqui, para possibilitar a publicação da resolução. **Cássio Garcia**  
1085 comentou que tem mais uma pauta do DGC e a pauta de Senhor do Bonfim tinha sido solicitada sua retirada, e a pauta do  
1086 Hospital Estadual da Criança, que é o hospital estratégico da Rede Cegonha, na região de saúde de Feira de Santana, com  
1087 uma alteração que Liliane Mascarenhas comentaria rapidamente. **Liliane Mascarenhas** colocou que na publicação de 2011 o  
1088 hospital de referência era chamado de secundário, terciário, então na época tinha sido publicada a relação de todos os  
1089 hospitais, e mudou a nomenclatura, chamando de tipo 1 e tipo 2, e como estava publicado o Hospital Clériston Andrade e não  
1090 está mais, estavam fazendo basicamente a substituição do nome do hospital, mas teriam que trabalhar, já tinham começado  
1091 esse processo com os planos da região que ainda não têm uma reorganização. **Odilon Rocha** disse que tinha sido uma PPI  
1092 aquela pauta da solicitação de Salvador e de Itabuna, a portaria 44. **Cássio Garcia** comentou que isso tinha sido uma  
1093 deliberação do Grupo Condutor e que eles tinham ficado de rever os 22 hospitais estratégicos, através de um GT. **Odilon**  
1094 **Rocha** falou que queria fazer um encaminhamento, que as pessoas estão pedindo isso em virtude da possibilidade de  
1095 conseguirem algum recurso para seus municípios no fim do período, se marcassem tudo isso que estavam colocando, sugeria  
1096 fazer a substituição na resolução, e que não é público. Então não tinha problema nenhum, a própria resolução já fala que não é  
1097 necessário ser público, que é preferencialmente público, a sua proposta para o município que não ganhou nada é que no art. 8º  
1098 (definir 22 hospitais estratégicos para a rede de atenção do estado da Bahia) suprimissem isso e deixassem todo o conjunto da  
1099 resolução. **Cássio Garcia** falou que tinham combinado ser justamente por isso a necessidade de rever, entendendo que tem  
1100 algumas diretrizes e **Odilon Rocha** reforçou que uma coisa era tirar isso e outra coisa era rever, constando hospital como  
1101 Monte Santo, que não existe mais. **Cássio Garcia** acrescentou que Camaçari também saiu, o Ministério que retirou, por não ter  
1102 o protocolo, Alcina Romero havia comentado isso também, então, ainda tem outros hospitais e tinha sido comentado por  
1103 Geraldo Magela que mantivessem justamente essa fala do público. **Odilon Rocha** ressaltou que o que estava colocando é que  
1104 tem uma resolução que tinha vindo da portaria do Ministério, a portaria não estabeleceu que tinha que ser 1, 2, 3, 4, 5 e 10,  
1105 estabeleceu que tinha critérios para ser estratégico, então na realidade eles tinham feito o anexo e formalizado que eram 22,  
1106 mas esses 22 estariam cumprindo a resolução e a portaria do Ministério, o que estava colocando é que se o gestor estava  
1107 pedindo porque o Ministro está prometendo, se eles passassem de dezembro não viria nada. **Cássio Garcia**, para deixar claro,  
1108 disse que é o que tinham pactuado, inclusive o prazo que trariam na próxima reunião do Grupo Condutor, para trazerem à CIB  
1109 de dezembro, justamente para terem prazo até o fim do ano. **Geraldo Magela** comentou que são duas coisas, uma coisa é o  
1110 GT, que discutiria a ampliação, a substituição, a avaliação do quem tem pedido de ampliação do valor do teto, que na época  
1111 ele tinha pedido 500 e o pessoal colocara 300, ele e mais 21, na época ele era de Itabuna, e perguntou qual a proposta que  
1112 tem alternativas de final de governo, todo mundo tem possibilidade de conseguir aumento de teto ou aumento de alguma  
1113 receita, no caso específico que Itabuna está solicitando é aumento para a urgência e emergência do Hospital Manoel Novaes,  
1114 que é a referência em pediatria, uma das três referências da Bahia. Então essa é uma questão que estavam solicitando, isso  
1115 seria solicitado, dentro dos 22, o que ele estava pedindo é a ampliação do teto, pleiteando 300.000 no teto. **Raul Molina** pediu  
1116 um favor, tinham que conduzir a aprovação do que tinha sido pautado, retornaria a isso e disse que Jaqueline queria fazer um  
1117 encaminhamento do que o GCE definira, estava colocando aqui em pactuação o grupo condutor de redes. **Liliane**  
1118 **Mascarenhas** disse que o GCE se referia à Rede Cegonha, discutido especificamente que a substituição na resolução da  
1119 época, em que constava lá uma das unidades de referência da Rede Cegonha, que chamava de secundário e terciário, e a  
1120 classificação agora é tipo 1 e tipo 2, que aquela macrorregião centro leste, onde está o Hospital da Mulher de Feira de  
1121 Santana e o Hospital Clériston Andrade, estavam apenas substituindo o nome do Hospital Clériston Andrade para deflagrarem  
1122 todo o processo de discussão. **Raul Molina** comentou que se os dois colegas que tinham estado na reunião do GCE não  
1123 tivessem nada a acrescentar, da sua parte tudo bem e o ponto estava pactuado. **Cássio Garcia** acrescentou, para não deixar  
1124 passar em branco, o que **Odilon Rocha** estava pedindo, em relação ao que eles tinham discutido no GCE, sobre os 22  
1125 hospitais da Portaria de 2011. **Raul Molina** falou que, sobre os 22 colocados hoje, o COSEMS e o estado indicariam uma  
1126 comissão para analisar aqueles que estão abertos, qual a condição, a realidade para poderem trazer na próxima CIB, isso o  
1127 que tinha sido pactuado no COSEMS a respeito dos 22 hospitais. **Odilon Rocha** ressaltou que prevaleceria esse  
1128 encaminhamento, mas ele estava querendo propor de alguma maneira, porque, se teriam condição de no dia da próxima CIB,  
1129 em dezembro, já terem isso encaminhado, tudo bem, mas se não tivesse estavam penalizando. **Raul Molina** colocou que, se o  
1130 grupo técnico juntamente com o estado assim o colocava, ficava aprovado em *ad referendum* e chamou Jaqueline para falar.  
1131 **Jaqueline Bonfim** colocou que uma coisa é a resolução 44 e que já tinham deliberados em outro momento que queriam fazer

1132 a sua reavaliação desses 22, se poderiam incluir mais, e quais seriam. Outra coisa é a solicitação de alguns municípios de  
1133 incremento de teto, que esse recurso saiu carimbado, já que essas outras unidades desses municípios que estão solicitando  
1134 recursos para hospitais não estão dentro dos estratégicos e fogem dos critérios dos hospitais estratégicos. Então entraria a  
1135 situação de Itabuna, que já passara em CIR e que tem essa possibilidade e nesse momento voltavam para uma situação  
1136 trazida por Salvador, do Martagão Gesteira, porque saindo a resolução para Itabuna, devia sair a resolução para o Martagão  
1137 Gesteira considerando isso, e teriam que ter como fazer, pois se é recurso garantido e o Ministério diz ser necessária a  
1138 resolução CIB, não negariam, porque é mais recurso novo para serviço novo. Assim, que liberassem, seria a resolução CIB  
1139 para cada um individualmente, a partir deste acordo fechado, isso não considerava a Resolução 44, que nesses casos eles  
1140 tratariam como objeto específico. **Odilon Rocha** falou que têm duas situações, a de Itabuna, que é uma situação do ganho do  
1141 dinheiro através do prestígio político de quem indicou e a questão do Martagão Gesteira, que é a questão técnica. **Cássio**  
1142 **Garcia** falou que tinham apresentado também a proposta das residências terapêuticas do incentivo que o estado está dando,  
1143 tem o valor de 20.000 reais, mas 20.000 do custeio, isso de forma transitória, até que o Ministério da Saúde habilitasse o  
1144 serviço em portaria, por isso estavam dando o informe. **Raul Molina** disse que precisavam encerrar a pactuação do grupo  
1145 condutor de redes para poderem ir para outra pauta e **Cássio Garcia** falou que tinha sido apresentada uma portaria de  
1146 incentivo do governo do estado, de custeio mensal de 20.000 reais para implantação dos serviços de residências terapêuticas,  
1147 para municípios até 100.000 habitantes, de forma transitória, com 10 moradores. **Raul Molina** colocou que a CIR de Guanambi  
1148 solicita inclusão de procedimento durante a realização de cirurgias eletivas de cataratas e que o pessoal da SUREGS deveria  
1149 estar aqui hoje e em discussão sobre isso, os municípios colocaram que teria sido pautada a cirurgia de cataratas para o  
1150 município Urandi, foi colocado qual o critério que está prevalecendo para a escolha dos municípios, até para que se pudesse  
1151 dar o fluxo do encaminhamento. Então, com relação ao pterígio, tinham colocado aqui que ao terem pactuado o glaucoma, que  
1152 o prestador que fazia o 'filé' entregasse alguma coisa do 'osso', alguma contrapartida, mas quem tinha que pedir isso não  
1153 seriam eles, quem contrata isso é o estado então a solicitação que vem da CIR de Guanambi, especificamente com relação ao  
1154 pterígio, refere que já se incluía também o pterígio junto com as cirurgias eletivas, das cirurgias de cataratas que são eletivas  
1155 também inclusive, então isso tinha sido trazido como pauta pelo COSEMS, e perguntava se alguém queria fazer alguma  
1156 colocação a respeito. **Odilon Rocha** falou que não podia, porque hoje Ana Paula Andrade dissera que o financiamento é  
1157 através do projeto de cirurgia eletivas, se é através do projeto, pterígio não faz parte do elenco, nem nacional nem regional, a  
1158 não ser que o estado quisesse fazer essa caridade e **Raul Molina** falou que estava respondido, que vissem a celeuma que se  
1159 criara nisso hoje e estava aqui sendo respondido, e o município de Santa Teresinha solicitava ajuda para realização de  
1160 exames. **Ana Paula Andrade** disse que, para deixar registrado, valia não só para o município de Santa Teresinha, toda região  
1161 de saúde que tem policlínica eles tinham retirado o acesso aos serviços de PPP de imagem dos municípios onde a região já  
1162 está contemplada com policlínicas, porque nelas já fazem tomografias e ressonância, tem a situação de Jequié, que tem  
1163 acesso a PPP de imagem para ressonância e eles já tinham sinalizado para os diretores das policlínicas que, quando da  
1164 suspensão temporária, ou da inexistência de um procedimento, que é o caso de Santa Teresinha - que é procedimento de  
1165 ressonância com sedação, que não vai ter no contrato da policlínica - precisava ser comunicado à SUREGS, bastava informar  
1166 através de ofício que a policlínica não tem determinado procedimento contemplado e eles inseririam novamente, não apenas  
1167 Santa Teresinha, para ter acesso ao sistema, tem policlínica que faz sem sedação, isso é decisão de cada região de saúde.  
1168 **Raul Molina** falou que o município Feira de Santana solicita discussão sobre a coordenação da CIR e a Presidente do Cosems  
1169 lembrou que é a eleição dos coordenadores, e do coordenador adjunto já aconteceu e aqueles que já estão, estão  
1170 automaticamente eleitos, lembrando que houve uma pactuação lá atrás, de que um ano seria o estado e outro ano o município,  
1171 estavam trazendo hoje a pactuação de que em 2019 os coordenadores adjuntos assumam a coordenação da CIR  
1172 automaticamente esta a proposta que o COSEMS aprovou hoje. **Cássio Garcia** perguntou se não teria eleição do coordenador  
1173 e se seria automático, ao que **Odilon Rocha** respondeu que tem eleição para Coordenador e **Cássio Garcia** confirmou e disse  
1174 que se fosse gestor municipal, podia e devia ter eleição. **Raul Molina** disse que os coordenadores adjuntos já foram eleitos,  
1175 **Odilon Rocha** comentou que o Regimento da CIB é omissivo sobre esse fato, só diz o seguinte: cada ano terá, um ano é o  
1176 estado e outro ano o município, o estatuto diz que haverá uma atividade anual do cargo e como esse ano foi o estado, para o  
1177 próximo ano é o município, mas eles tinham acertado que os membros do município tinham que ter pelo menos 2 anos para  
1178 poderem assumir, para terem sua eleição garantida, por que o mandato é de 2 anos. **Cássio Garcia** comentou que isso tinha  
1179 sido entre os gestores no COSEMS, não é no Regimento, isso já estava pactuado internamente no COSEMS. **Odilon Rocha**  
1180 comentou que não, que isso já existe no Regimento da CIB e que quando se faz eleição do COSEMS se faz a eleição do  
1181 coordenador adjunto da CIR também e esse coordenador adjunto que é eleito ele é comandado por 2 anos, o coordenador  
1182 adjunto do estado é uma designação do Secretário. **Cássio Garcia** lembrou que quando o coordenador é do estado, o  
1183 Secretário é quem determina, quando é do município normalmente ele é eleito para coordenador pelas regiões, por isso o  
1184 questionamento, se o coordenador adjunto que está atualmente passaria automaticamente, se já é decisão do COSEMS, isso  
1185 que ele queria entender. **Raul Molina** falou que o entendimento do COSEMS é que seria automático, ele estava encaminhando  
1186 aqui. **Cássio Garcia** comentou que estava conversando com Nanci sobre a necessidade de reverem o Regimento, discutiriam  
1187 com o COSEMS, não era apenas da CIB, trouxera essa parte que no Regimento não contempla e tem várias alterações para  
1188 fazer e fariam essas alterações e trariam para pactuação na próxima CIB, de dezembro. **Odilon Rocha** falou que tinham tido  
1189 eleição de coordenador adjunto da CIR em novembro, não em algumas, porque não tinham, ou que tinham e já estavam  
1190 vencendo o período, que colocassem o período desse coordenador, o daquele que vai representar os municípios na CIR é de 2  
1191 anos. **Cássio Garcia** colocou que poderiam concordar com a decisão do COSEMS, só queria aproveitar para dizer que eles  
1192 utilizassem essa oportunidade para já fazerem algumas alterações do Regimento e trazerem para pactuarem na próxima CIB  
1193 em dezembro. **Raul Molina** disse que o encaminhamento do estado é de que essa alteração fosse feita na próxima CIB, com  
1194 as alterações do Regimento e **Odilon Rocha** falou que o que representava que em janeiro teria que ter eleição para se  
1195 escolher o representante municipal, que seria eleito coordenador da CIR. **Raul Molina** falou que teria que fazer o  
1196 encaminhamento do que tinha sido colocado. **Jaqueline Bonfim** disse que o que tinha sido eleito em 2018 por dois anos  
1197 permanecia, coordenador adjunto que tinha sido eleito em 2018. **Cássio Garcia** falou que agora estava entendendo, que teria  
1198 eleição. **Jaqueline Bonfim** exemplificou com a CIR de Santo Antônio de Jesus, que teve uma eleição na semana passada, não



1199 tinha necessidade dessa eleição, a CIR que teve eleição em 2018 estava tranquilo, a que tivesse sido 2017 faria eleição  
1200 novamente. **Raul Molina** falou que estava esclarecido, COSEMS estava apresentando que as pessoas que eleitas estão em  
1201 vigor e que o COSEMS está reivindicando que no próximo ano o coordenador da CIR fosse o que já está eleito, para assumir,  
1202 ele era coordenador adjunto ele passaria a ser coordenador de CIR, pelo que ele estava entendendo, ela estava querendo tirar  
1203 isso de pauta até fazerem a reforma do Regimento. **Cássio Garcia** disse que não era tirar de pauta, mas propor somente,  
1204 aproveitar a oportunidade, para fazerem os ajustes no Regimento e eles trazerem com tudo isso na Bipartite, não estava  
1205 querendo não cumprir a pactuação, só aproveitar para trazer, tinha sido até uma solicitação da CIB, para fazerem a proposta  
1206 do ajuste. **Raul Molina** disse que estava saindo hoje então para o ajuste na próxima CIB, e falou do encaminhamento da  
1207 recomposição de contribuições do CONASEM, uma coisa que definem entre os secretarias e hoje tinha sido apresentado os  
1208 valores e a CIB sempre vinha referendando. **Odilon Rocha** comentou que, como o sistema é tripartite, eles queriam alguma  
1209 coisa do estado, para manter. **Raul Molina** reforçou que dito isso, então, também na recomposição eles gostariam de saber se  
1210 existirá essa contrapartida do estado, a princípio eles estavam aprovando os valores que serão descontados na MAC para  
1211 contribuição do CONASEMS e que sustenta o COSEMS muito bem. Passou para o ponto do aumento de teto de São Félix  
1212 para ressonância magnética e falou que São Felix está presente. **Odilon Rocha** falou que o município de São Félix teve uma  
1213 emenda aprovada no valor de R\$ 1.950.000,00 para comprar uma ressonância, tinham passado por todos os fóruns  
1214 necessários, porque precisava que passasse pela CIR para o Ministério poder fazer o convênio e o Ministério o fez, liberou a  
1215 emenda, dentro das obrigações, o prestador que está recebendo esse investimento e que ele disponibilizasse 50 por cento da  
1216 ressonância para o atendimento SUS. Então estavam pedindo para conseguirem um aumento de teto com finalidade desse  
1217 serviço. **Cássio Garcia** falou que eles lhe ajudariam, que Cristiane Macedo está aqui, pois na Bipartite de agosto eles tinham  
1218 pactuado que reveriam a PPI e, aproveitando o momento, antes do fechamento para pedir recursos ao Ministério da Saúde,  
1219 por serviços onde há necessidade de teto ou de incremento e um deles é a ressonância magnética, que em 2010 era um  
1220 quantitativo diferente de hoje, seria publicada amanhã, Cristiane Macedo tem os valores em torno de R\$100.000.000,00,  
1221 naturalmente incluindo o serviço de São Félix, um ofício assinado seria publicado amanhã, podendo publicizar o ofício  
1222 assinado pelo Secretário e por Estela Souza. **Odilon Rocha** disse que o colocado é para a instituição não ter o convênio SUS,  
1223 investimento zero e ter uma demanda particular relativamente boa, o que a instituição está pretendendo é cumprir a cláusula  
1224 que ofereceu o serviço ao SUS, se o SUS não credenciasse ou não tivesse dinheiro aí essa associação podia utilizar o  
1225 equipamento para esse tipo de coisa, o contrato operacional da liberação da emenda que eles fizessem esse encaminhamento  
1226 ao SUS, mas qualquer coisa que passassem estaria bem. **Raul Molina** colocou que seria então englobado dentro do valor que  
1227 solicitaria a recomposição do teto de alta complexidade de ressonância magnética, especificamente incluindo os municípios  
1228 São Félix. E disse que Salvador solicita informações quanto ao valor programado no território referente ao teto financeiro de  
1229 alta complexidade MAC. **Luiz Galvão**, SMS Salvador, falou que os prazos combinados foram vencidos, Salvador precisa de  
1230 um tempo ágil para poder fazer uma análise da complexidade quanto aos números a serem apresentados. **Cássio Garcia**  
1231 disse que estão homologando os prazos e que ainda estão dentro dos mesmos, pois estão nos 30 dias de negação ou não.  
1232 **Ana Laura**, SMS de Salvador, falou que só a disponibilização dos valores que compõem a abrangência de leitos  
1233 especialidades, os incentivos por tipo e unidade e o que tinha ficado com a área técnica, com isso eles conseguiam acelerar o  
1234 processo de avaliação para não postergarem a pactuação final, mas vinham conversando com o pessoal da APG e eles  
1235 disponibilizariam, apenas queriam deixar registrado por necessidade, para reconfigurarem os serviços. **Cristiane Macedo**  
1236 colocou que o estado não pode ceder nada, pois abriu o sistema, está revendo toda a pactuação, todos estão mexendo,  
1237 revisando e apenas quando fechasse a referência, lembrando que no manual não tem mais reservas técnicas, os reajustes já  
1238 tinham sido pactuados na CIB de julho, por isso o prazo só podia ser dado na CIB depois de aprovado o teto, pois aí que eles  
1239 saberiam quais as negações, só tinha isso lá. Em 28/11 fechava, pactuando e revisando, retornando ao estado para serem  
1240 feitos os ajustes e na CIB saberiam se concordavam ou não com tais ajustes. **Raul Molina** repetiu o que estavam colocando,  
1241 que no momento que eles tivessem a posse dos dados, para que Salvador pudesse analisar em tempo, ficando registrado.  
1242 **Cássio Garcia** comentou que tem a discussão dos POA, o grupo que está analisando o POA reunirá na próxima quarta - feira  
1243 e **Raul Molina** falou que a demanda de Itabuna já foi amplamente discutida, sendo simples, um pedido de recomposição de  
1244 teto, Cássio Garcia ainda solicitara que o valor já constasse de R\$300.000, indo para o fundo municipal de Itabuna, proposição  
1245 do COSEMS: qualquer município que conseguisse incentivo de MAC não seriam eles que estariam aqui para barrar, era isso  
1246 que estavam trazendo, estar aprovado em *ad referendum* para qualquer município que conseguisse fechar no fim de ano.  
1247 **Cássio Garcia** lembrou que isso tinha sido comentado ontem, pois segundo o Ministério não haveria necessidade. Em  
1248 seguida, a **Coordenadora Adjunta** agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, informando a próxima  
1249 reunião para 20 de dezembro de 2018. Não havendo mais o que tratar após revisão da correção do registro da Ata pela técnica  
1250 Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo, (Silvana Salume, Andressa Braga, Naiara Brandão  
1251 e Ivisson Correia), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada  
1252 pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 14 de novembro de 2018.

1253  
1254 Fábio Vilas-Boas Pinto \_\_\_\_\_

1255  
1256 Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_

1257  
1258 Suplente: Rodrigo Kuada Soares \_\_\_\_\_

1259  
1260 Ivonildo Dourado Bastos \_\_\_\_\_

1261  
1262 Suplente: Alexandre dos Santos Miranda \_\_\_\_\_

1263  
1264 Cássio André Garcia \_\_\_\_\_

1265

|      |  |       |
|------|--|-------|
| 1266 | Suplente: Maria Alcina Romero Boullosa   | _____ |
| 1267 |  | _____ |
| 1268 | Ana Paula Andrade de Santana Andrade     | _____ |
| 1269 |  | _____ |
| 1270 | Rivia Mary de Barros                     | _____ |
| 1271 |  | _____ |
| 1272 | Suplente: José Cristiano Sóster          | _____ |
| 1273 |  | _____ |
| 1274 | Luiz Antônio Galvão da Silva Gordo Filho | _____ |
| 1275 |  | _____ |
| 1276 | Raul Moreira Molina Barrios              | _____ |
| 1277 |  | _____ |
| 1278 | Max Almeida dos Santos                   | _____ |
| 1279 |  | _____ |
| 1280 | Odilon Cunha Rocha                       | _____ |