

Aos dezoito dias do mês de janeiro do ano dois mil e dezoito, no Auditório da Secretaria de Educação do Estado da Bahia, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos membros da CIB, Fábio Vilas Boas Pinto – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Ivonildo Dourado Bastos, Cássio André Garcia, Ana Paula Dias de Santana Andrade, Ryvia Mary de Barros, José Antônio Rodrigues Alves, Raul Moreira Molina Barrios, Odilon Cunha Rocha e dos suplentes: Alexandre dos Santos Miranda, Maria Alcina Romero Boulosa e Maria Rosania de Souza Rabelo. Às 14 horas e 30 minutos, havendo número legal, Stela Souza declarou aberta a sessão, colocando em aprovação a **Ata da 254ª Reunião Ordinária**, encaminhada por e-mail aos membros da CIB, que foi **aprovada** à unanimidade. Na seqüência passou a palavra para Nanci Salles efetuar a leitura dos expedientes encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação. **Informes: 1.1** Relatório das atividades CIB dos segundo e terceiro quadrimestres de 2017 estará disponível no site e será encaminhado por email. **1.2** Foram publicadas as seguintes Resoluções *ad referendum* – **Aprovadas**.

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
254/1017	08/12/2017	Aprova ad referendum o Plano de trabalho para execução do Prêmio Inovasus 2015, concedido pelo Ministério da Saúde, ao Projeto de Educação Permanente em Saúde – Estratégia de Valorização dos Agentes de saúde e de Endemias da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro.
268/2017	23/12/2017	Aprova ad referendum a implantação da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, porte II, no município de Ilhéus.
270/2017	23/12/2017	Aprova ad referendum a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, nos Municípios de Coribe e Cairu.
272/2017	23/12/2017	Aprova ad referendum a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Município de Guaratinga.
273/2017	29/12/2017	Aprova ad referendum a solicitação ao Ministério da Saúde de aumento do limite financeiro federal de média e alta complexidade (MAC) para o município de Luís Eduardo Magalhães.
274/2017	29/12/2017	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado da Bahia e Municípios, a partir da COMPETÊNCIA de DEZEMBRO/2017.

**Stela Souza** lembrou que todas as resoluções tinham sido publicadas conforme acordado anteriormente, e também na reunião passada, de que as solicitações dos municípios não ficariam em aberto. **Odilon Rocha** questionou se estava aberto para qualquer município pedir esse incremento de teto financeiro e **Stela Souza** esclareceu que essa já é uma pactuação antiga, de que o município, ao conseguir um aumento de teto junto ao Ministério da Saúde, o COSEMS não impediria a publicação da resolução. Informou que o município apresenta estudos ao Ministério da Saúde, comprovando a necessidade do recurso e este, liberando o recurso, a Resolução CIB é publicada. Dando prosseguimento, **Nanci Salles** efetuou a leitura dos itens de **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE – SAIS/DAB/DAE e CIR: Credenciamentos - Aprovados.**

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO	CIR
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Educador Físico (30h), 01 Assistente Social (20h) e 01 Farmacêutico (40h), totalizando carga horária de 200 horas.	Bom Jesus da Lapa	Santa Maria da Vitória
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Educador Físico (40h), 02 Psicólogos (20h cada), 01 Assistente Social (20h) e 01 Nutricionista (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Santa Maria da Vitória	Santa Maria da Vitória
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 02 Fisioterapeutas (30h cada), 02 Psicólogos (40h cada), 01 Educador Físico (40h), 01 Nutricionista (20h) e 01 Assistente Social (20h), totalizando carga horária de 220 horas.	Serra Dourada	Santa Maria da Vitória
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Educador Físico (20h), 02 Assistentes Sociais (20h cada), 02 Psicólogos (20h cada), 01 Nutricionista (20h) e 01 Fonoaudiólogo (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Mirangaba	Jacobina
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo II, passando a ficar da seguinte forma: 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (20h), 01 Assistente Social (20h) e 01 Educador Físico (20h), totalizando carga horária de 120 horas.	Muquém de São Francisco	Ibotirama
	Alteração de composição e carga horária da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 02 Psicólogos (20h cada), 02 Assistentes Sociais (20h cada), 04 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Educador Físico (20h) e 01 Nutricionista (40h), totalizando carga horária de 220 horas.	Camacan	Itabuna
	Alteração de composição e carga horária da Equipe de NASF Tipo I,	Camacan	Itabuna

	passando a ficar da seguinte forma: 02 Psicólogos (20h cada), 02 Assistentes Sociais (20h cada), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Educador Físico (20h) e 01 Nutricionista (40h), totalizando carga horária de 220 horas.		
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Emília Andrade.	Caém	Jacobina
	02 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Cecília Santiago e Gameleira.	Retirolândia	Serrinha
	02 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Felismino Batista da Silva e Francisco Vígário da Silva Rocha.	Coribe	Santa Maria da Vitória
	02 ESB, sendo 01 Modalidade I vinculada à USF Monte Alegre e 01 Modalidade II vinculada à USF Novo Horizonte.	Senhor do Bonfim	Senhor do Bonfim
	02 ESB Modalidade I, vinculada às USF Nagé e Sede II.	Maragogipe	Cruz das Almas
	08 ESB Modalidade I, vinculada às UBS Buriti Satuba I, Buriti Satuba II, Cajazeiras de Abrantes, Gravatá, Parque das Mangabas I, Parque das Mangabas II, Ponto Certo I e Santo Antônio.	Camaçari	Camaçari
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade I, na USF Altamiro Antônio Filardi.	Santana	Santa Maria da Vitória
	01 ESF Modalidade I, na USF de Pedreira.	Ponto Novo	Senhor do Bonfim
	02 ESF Modalidade I, nas USF Cecília Santiago e Gameleira.	Retirolândia	Serrinha
	02 ESF Modalidade I, nas USF Juazeiro Pé de Serra - Zona Rural e Lagoa Grande II.	Bom Jesus da Lapa	Santa Maria da Vitória

21  
22

## 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
São Félix do Coribe	Hospital Dr. José Bastos	5025729	16.430.951/0001-30	1901 - Laqueadura Tubária 1902 - Vasectomia
Itabuna	Hospital Manoel Novaes	2525569	14.349.740/0003-04	07 Leitos de UTI Pediátrica Tipo II
Brumado	Hospital Municipal Prof. Magalhães Neto	2386569	14.105.704/0001-33	10 Leitos de UTI Adulto Tipo II
Seabra	Hospital Regional da Chapada	9383298	05.816.630/0001-52	10 Leitos de UTI Adulto Tipo II

23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53

**Stela Souza** informou a antecipação da próxima reunião da CIB para o dia 01 de fevereiro, tendo em vista que a data marcada anteriormente, logo após a quarta feira de cinzas, ficava inviável e também tendo como propósito a realização das doze reuniões este ano, já que no ano passado só aconteceram oito, até porque tem algumas demandas com prazos que precisam de especial atenção para que sejam pautadas a tempo. Colocou um esclarecimento com relação à coordenação das CIR, relatando que no início de 2017 o COSEMS solicitou ao Estado que mantivesse por mais um ano os municípios como coordenadores de CIR e que o Estado ficasse também por dois anos como coordenador. Assim, a partir do próximo ano, de acordo com o Regimento, voltaria a ficar a cada ano, a coordenação sob o estado ou o município. Então em 2018 ficaria ainda com o Estado. Disse que, com relação ao COSEMS, haverá eleição para coordenador e coordenador adjunto em todas as CIR e até o dia 01 de fevereiro já estariam todos eleitos nas vinte e oito regiões de saúde. **Raul Molina** lembrou que no ano retrasado, exatamente na época em que os núcleos estavam sendo instalados, fora solicitado por sua CIR que o coordenador fosse um secretário municipal de saúde e na época o secretário estadual acedera e depois tinham percebido a necessidade de repetir a gestão, por causa disso e faziam questão, principalmente para honrar o que tinha sido feito. Então era necessário ficar bem claro que tinha sido uma reciprocidade entre estado e município, o estado tendo a demanda de vir para coordenar, naturalmente os municípios cederiam da mesma forma que fora cedido. Gostariam até que continuasse nos municípios, por estar mais perto, mas também já tinha havido o tempo para se organizar melhor e sendo também uma oportunidade de ver como as coisas ficaram, o quanto se amadureceu. **Cássio Garcia** considerou importante a complementação de Raul Molina por ter feito um histórico da manutenção desse espaço, este ano ainda com o estado, naturalmente no próximo ano a gentileza seria devolvida e comentou que a Bipartite é isso, os dois entes discutindo de forma madura e tomando as decisões. **Stela Souza** leu um e-mail recebido do Conselho Estadual de Saúde, informando os nomes e contatos dos representantes do CES que acompanham as reuniões da CIB para atualização: Isadora Oliveira Maia, Eliane Araújo Simões, Ricardo Luis Dias Mendonça (Presidente do CES) e José Vasconcelos de Freitas. Deu boas vindas aos conselheiros, ressaltando a importância deste acompanhamento, até para verem como está sendo a atuação da Bipartite nas pactuações, o que já facilita as explicações no CES. Agradeceu também a presença dos técnicos dos municípios, lembrando da discussão feita sobre a Portaria 3992, na reunião do COSEMS, que estava cheia, inclusive com a presença de Brenda Pereira, que respondeu as demandas e esclareceu as dúvidas dos municípios. O Presidente do CES, **Ricardo Mendonça**, enfatizou a importância de discutir a Portaria 3992, relatando que o CES fará um seminário no dia 05 ou 06 de fevereiro, e convidou os secretários a participarem, por tratar-se de uma mudança importante e também para a próxima reunião do CES, no dia 25/01, que teria na pauta a política do glaucoma. Relatou ter tido uma reunião com o Ministério Público Estadual, inclusive já está agendada outra reunião no dia 26, pela manhã, e sendo importante a presença de todos, para discutirem o atendimento e o financiamento. **Stela Souza** agradeceu a parceria com o CES, lembrando que na reunião do GCE essa questão tinha sido tratada e que também seria pautada nesta CIB. Confirmou a presença do COSEMS na reunião informada e solicitou a quantidade de

representantes do COSEMS que poderiam ir. Dando prosseguimento à ordem do dia, passou para as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para **Pactuação**. A apresentação do item 1.1, por problemas técnicos com o equipamento da apresentação, foi substituído pelo ponto seguinte, 1.2: **Comando único do município de Abaré, com parecer favorável da área técnica – Aprovado. 2. GRUPO CONDUTOR DE REDES: 2.1 Aprovação de assuntos referentes às Redes Temáticas: Cássio Garcia** informou sobre a primeira reunião de 2018 do GCE, com pauta bastante extensa, que tinha sido iniciada com um informe da **SAIS/DAE/CRAE: Nota Técnica sobre dificuldades na realização do monitoramento externo de qualidade relativo ao SISCAN**, para ser avaliada pelo GCE e posteriormente ser enviada ao Ministério da Saúde. **Stela Souza** lembrou que a Nota Técnica tinha sido distribuída na reunião, onde fora formada uma comissão pela necessidade de alguns ajustes que depois de realizados já estaria ok. **Cássio Garcia** deu prosseguimento à pauta do GCE com as propostas de pactuação: 1. **SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE – SAIS/DAE: 1.1 Proposta de Centros de Trauma – com a inclusão do Hospital Mário Dourado Sobrinho de Irecê.** **Alcina Romero** relatou que essa habilitação do Centro de Trauma já tinha sido apresentada anteriormente no GCE, visando atender a uma Portaria Ministerial com um incremento no valor do financiamento médio das unidades que tivessem cumprido alguns requisitos e que fossem referências regionais para trauma –e explicou, nesse momento, que não é trauma ortopédico, e sim do tipo causas externas, abrangendo o trauma craniano, alguns traumas ortopédicos, as intoxicações exógenas, etc. Assim, fora acatada a proposta do GCE/COSEMS e ampliada para todos os hospitais, sendo cento e quarenta e sete procedimentos da tabela SIGTAP. Então tinha sido feito um corte de produção de um procedimento/dia dentro do elenco dos procedimentos, identificados os hospitais que realizam esses atendimentos, e estava sendo solicitada ao Ministério da Saúde a habilitação dos mesmos. Sobre o falado por Cássio Garcia, a respeito da inclusão do Hospital Mário Dourado Sobrinho, disse que tinha sido porque na apresentação na reunião do GCE, por uma falha não estava incluída a macrorregião centro norte. Apresentou os Centros de Trauma 1, 2 e 3, e disse que não explicaria a Portaria toda porque ficaria cansativo, mas já tinha sido avaliado pelo GCE e estava tudo dentro dos conformes. E relacionou os três tipos, 1, 2 e 3. Em Salvador - Hospital Roberto Santos; HGE; Hospital do Subúrbio; Hospital Eládio Lassérre; Hospital Geral de Camaçari e Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus. Na Macrorregião Sul - Hospital de Base de Itabuna; Hospital Regional de Ilhéus - já sabendo-se de sua substituição pelo Hospital Regional da Costa do Cacau - e o Prado Valadares, de Jequié. Na Macrorregião Centro Sul - Hospital Municipal de Teixeira de Freitas. Na Macrorregião Extremo Sul - Hospital Regional de Vitória da Conquista; Hospital de Base; Hospital Regional de Guanambi. Em Alagoinhas - Hospital Dantas Bião. Na Macrorregião Norte - Hospital Regional de Juazeiro. Macrorregião Oeste - Hospital do Oeste, em Barreiras. Macrorregião Leste – Hospital Clériston Andrade, em Feira de Santana. E por fim, a inclusão do Hospital Mário Dourado Sobrinho, em Irecê, que não está na Portaria. Estes são os hospitais que, do grupo dos cento e quarenta e sete procedimentos contemplados na Portaria Ministerial de habilitação de traumas, fazem um procedimento/dia, no mínimo trezentos e sessenta e cinco procedimentos/ano. Informou que esse processo de habilitação iria agora para a DICON, e para se fazer um fluxo, porque tem que ir via SAIPS e depois apresentar no Ministério da Saúde. **Odilon Rocha** questionou se essa rede de trauma substituiria a antiga e ela esclareceu que a antiga é uma rede de alta complexidade em traumatismo ortopédia, com todo o elenco de alta complexidade da portaria SIGTAP, e esta portaria de Centro de Trauma o que menos tem nos cento e quarenta e sete procedimentos é ortopedia, tratando de trauma craniano, afundamento de face, gastrectomia por perfuração, intoxicação exógena, envenenamento, ofidismo, ou seja, tratamentos cirúrgicos e clínicos das maiores situações de causas externas, situações dentro da tabela SIGTAP, então, bem diferente da traumatismo ortopédia de alta, que são cirurgias basicamente eletivas, como artroplastia de quadril, de joelho, hérnia de disco, etc. Acrescentou que essa portaria de Centros de Trauma trata das principais situações que epidemiologicamente estão mais ligadas com os traumas, seja por acidente automobilístico, suja por arma branca, arma de fogo, mas que demandam um recurso na unidade hospitalar de centro cirúrgico 24 horas, anestesiologia 24 horas e aquela unidade que tem resolutividade no atendimento aos cento e quarenta e sete procedimentos ligados às causas externas. **Odilon Rocha** questionou se essa portaria tem a mesma lógica da portaria de 2012, que falava sobre trauma e fazia complementação dos recursos e incentivo e **Alcina Romero** esclareceu que era 20% no SP e no SH, na média do último ano, ou seja, pegava a média de procedimento dos hospitais que tinham que estar aprovados no plano de ação regional, ser referência regional, ter mais de cem leitos, dispor de leitos de UTI, estes eram os critérios. A forma de financiamento: a média da produção dentro dos cento e quarenta e sete procedimentos e com um incremento de 20% no teto do gestor correspondente da unidade. **Cássio Garcia** passou para o próximo ponto de pauta, lembrando aos gestores que haveria um prazo muito curto até 25 de fevereiro, em relação às ambulâncias que virão e aquelas que estão no plano. 1.2 **Situação do SAMU 192 no Estado da Bahia: Alcina Romero** iniciou a apresentação falando de duas portarias publicadas no final de 2017, a nº 4111, de 29 de dezembro, e a nº 3863, de 27 de dezembro, uma que habilita transferência de recursos fundo a fundo em parcela única para estados e municípios, destinados à aquisição de unidades móveis de SAMU 192, unidade de suporte avançado, e a mesma coisa para a outra, para unidade de suporte básico. Ressaltou que o Ministério não informou a lógica, critérios, ajuda memória, nada, então Regina - Coordenadora de Urgência e Grácia – Técnica da Coordenação, que num trabalho de resgate do que poderia ter sido isso, tinham chegado à conclusão de que os municípios contemplados fazem parte de três situações: 1. Projetos de SAMU aprovados pelo Ministério em anos anteriores, mas que não foram implantados porque não tinha havido disponibilização de ambulâncias; 2. SAMU em funcionamento onde, dentro dos planos de ação regional, havia solicitação ou pleito de ampliação de base; 3. Expansão. Diferenças. E explicou: O município X já tem uma ambulância numa base descentralizada e quer uma segunda ambulância, não é de renovação de frota, é para colocar uma na sede e uma no distrito. O outro é o município que faz parte de determinado sistema regional, é coberto pelo link 192, porém não é base descentralizada, não tem ambulância e no plano respectivo fora solicitado para ter a base descentralizada no município. Isso tinha sido feito, mas ao mesmo tempo a área técnica observara que alguns municípios na mesma situação não foram contemplados. Então a situação é de projetos aprovados, sem estar em funcionamento, pleitos de expansão ou pleitos de ampliação, e outros municípios, que estão em ampliação ou expansão, e que não foram contemplados. Foi dado um prazo de sessenta dias para cadastramento SAIPS e primeiro informa que o município decline, ou informe ao Ministério da Saúde se vai querer mesmo a ambulância ou não; tem sessenta dias para inserir alguns documentos no SAIPS. Falou sobre uma Nota Técnica que seria passada aos municípios e apresentaria no momento para orientar, relatando que para implantação são dois sistemas que estão aprovados e que não foram implantados ainda no Estado da Bahia, o SAMU

121 Regional Seabra/Itaberaba e o SAMU Regional de Serrinha. São cinquenta e cinco municípios distribuídos entre implantação,  
122 expansão e ampliação, e setenta e cinco ambulâncias. Chamou atenção de que o objetivo é garantir as ambulâncias, pois se  
123 perdessem esse prazo não se sabe quando conseguiriam essas ambulâncias, inclusive tinha sido apresentado na reunião do  
124 GCE e o objetivo é garantir o prazo e orientar os municípios da seguinte maneira: para implantação no SAIPS, a solicitação de  
125 liberação dessas ambulâncias será através do município sede da central. No caso da Regional de Seabra/Itaberaba é o  
126 município de Seabra, isso já fora explicado em reunião com os secretários dos três municípios, o município sede Seabra ou  
127 Serrinha é que abririam o SAIPS e, na lâmina de implantação, colocaria todos os municípios e o tipo de ambulância, se básica  
128 ou avançada. Disse que tem alguns outros termos que precisarão ser acompanhados, e a área técnica estaria disponível para  
129 orientar e tirar qualquer dúvida. No caso de expansão, cadastrar com o CNES da Secretaria Municipal de Saúde, porque  
130 nenhum dos três tem CNES de central e quando existe a central, para o Ministério é expansão, ampliação do SAMU. Enfatizou  
131 que estes conceitos não são da área técnica, depois de muito trabalho, muitos telefonemas e muitas dúvidas tiradas com o  
132 Ministério da Saúde, se chegou aos conceitos que estão casados com o SAIPS. Então, estando claro, já que a lâmina do  
133 SAIPS está como implantação - e aí é pelo CNES da Secretaria Municipal de Saúde porque não existe central. No caso de  
134 expansão e ampliação, estão no âmbito dessa Portaria os municípios que pertencem ao SAMU Regional de Feira de Santana,  
135 SAMU de Senhor do Bonfim, de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus, Jequié, Brumado, Bom Jesus da Lapa, Teixeira de Freitas e o  
136 municipal de Itabuna. Nesse caso que já existe o CNES da central, mesmo sendo ele municipal, cada município insere a sua  
137 proposta no SAIPS, com o CNES de sua Secretaria. Reiterou que a responsabilidade do primeiro cadastramento pelo  
138 município sede é apenas Seabra/Itaberaba, que é o município de Seabra e Serrinha que para o Ministério da Saúde estão no  
139 grupo que chama de implantação. Ressaltou que aí também haverá uma série de documentos que a área técnica tiraria as  
140 dúvidas com os municípios sobre o que se trata e como inserir no sistema e que são três lâminas de SAIPS: expansão,  
141 ampliação e implantação. Observações importantes: os municípios contemplados com os recursos para aquisição das  
142 ambulâncias do SAMU 192 deverão encaminhar ao MS, com cópia para a COUR/DAE documento oficial demonstrando o  
143 interesse ou recusa (justificativa) em receber o recurso federal, também podendo justificar opção por doação do equipamento  
144 (sem prazo), ou seja, informar que quer, mas não com recurso fundo a fundo, que vai preferir aguardar doação, que é a  
145 modalidade antiga e não tem nenhum prazo para isso. Outra coisa que a Portaria traz, a possibilidade de cada município  
146 utilizar a Ata de Registro de Preço do Ministério da Saúde, que não está ativa porque tiveram problema de impugnação do  
147 processo de registro de preço, mas que sinaliza a possibilidade de ativar essa ata. Informou ainda a existência de um segundo  
148 prazo, o prazo de sessenta dias é para dizer que quer e inserir a documentação básica, compromisso de gestor. A partir da  
149 publicação da portaria o ente terá 270 dias, a contar do recebimento dos recursos financeiros para aquisição e monitoramento  
150 no SAIPS, ou seja, nove meses para conclusão do processo. Ressaltou a necessidade de atentar se essa ata de registro de  
151 preço sairia mesmo pelo Ministério, porque se não saísse, cada município teria que fazer a sua licitação e aí tendo que ficar  
152 muito atentos com o cumprimento dos prazos legais para isso. Assim, uma definição que só o município poderia tomar.  
153 Colocou na tela o nome do técnico para informações quanto ao cadastramento no SAIPS: Antônio (61) 33159203 - técnico do  
154 MS. Afirmou que tudo isso estaria em uma Nota Técnica e que amanhã a Secretaria do COSEMS e a Área Técnica da SESAB  
155 estariam fazendo um mutirão para entrarem em contato direto com os secretários de saúde, para verem o email que  
156 conseguem acessar rapidamente, já que os apoiadores do COSEMS estariam aqui amanhã e a maioria deles tem o contato  
157 direto com os gestores, seria feita essa força tarefa. Informou o combinado no GCE, de que é preciso que os secretários digam  
158 em uma semana se querem ou não, ou seja, mandarem ofício para a Coordenação de Urgência e Emergência do Ministério,  
159 com cópia para a DAE/COUR, dizendo se quer o recurso ou se abre mão dele, porque a área técnica tentaria, até o final do  
160 prazo dos sessenta dias, propor na próxima CIB um remanejamento de recurso. E tem o grupo de municípios que não foram  
161 contemplados e, se tem alguns que abrirão mão do recurso, podem tentar substituir e aprovar uma resolução. O prazo estadual  
162 pactuado no GCE é até dia 25 de janeiro, para receber os ofícios dos gestores dizendo se querem ou não; até o dia 30 é a  
163 análise da área técnica, tantos municípios quiseram e tantos não quiseram, ver se dá para substituir, porque também pediram  
164 àqueles não contemplados que ratificassem se ainda querem, porque são pleitos muito antigos, de 2010, 2011, alguns o  
165 Ministério já atendera, sendo necessário fazer esse diagnóstico. No dia 25 de fevereiro acaba o prazo do cadastramento e fora  
166 combinado com o COSEMS que, caso precisasse fazer alguma mudança de projeto, a área técnica ficaria até abril com uma  
167 agenda organizada para apoiar as regiões a construir um novo detalhamento técnico para possível mudança de projeto, que se  
168 esperava que não acontecesse e que todos quisessem o que já fora pactuado anteriormente. O período de aquisição, a  
169 conclusão do processo, o prazo do Ministério é 25 de outubro. Finalizou informando os contatos da COUR: email  
170 [dae.cour@saude.ba.gov.br](mailto:dae.cour@saude.ba.gov.br) e telefone (71) 3115-4398/4399, lembrando que na Nota Técnica estão todos os contatos e todos  
171 os municípios contemplados e em cada situação, o que foi de implantação, o que foi de expansão, e que foi de ampliação e  
172 aqueles que estavam no plano aprovados e que não tinham sido contemplados, afirmando que a Coordenação está com todos  
173 os técnicos 100% mobilizada para isso. **Stela Souza** reiterou que as apoiadoras do COSEMS ajudarão a área técnica da  
174 SESAB a fazer os contatos com os gestores, cobrando o prazo e disse que para Seabra/Itaberaba já tinha ficado claro que não  
175 dá tempo de fazer nenhum remanejamento de central, o que está aprovado em plano e pelo Ministério é Seabra, que como é  
176 implantação, vai cadastrar as ambulâncias da região. E era preciso fazer contato com os municípios da região para eles  
177 passarem a informação a fim de Seabra lançar no sistema. Considerou tudo certo com a questão das ambulâncias e caso  
178 fosse necessário fazerem uma resolução *ad referendum* para essa atualização, já que tinha sido um movimento novo, poderia  
179 já ficar pactuado que, havendo necessidade de fazer alguma alteração, por exemplo, o gestor dizer que não quer a  
180 ambulância, mas tendo outro que já está com o plano aprovado, só para remanejar, por causa da portaria, mas o direito já  
181 estando adquirido, por já estar no plano. Que pudessem publicar uma resolução *ad referendum*, senão nem o município que  
182 não quer não receberia, nem aquele que precisa - e que também está com o plano - não receberia. **Alcina Romero** deixou  
183 bem claro que seria uma resolução do estado, que não garante que o Ministério vai acatar, são cinquenta e sete ambulâncias  
184 para a Bahia, todas no mesmo critério. **Stela Souza** concordou que devia ser feita uma pressão junto ao Ministério da Saúde.  
185 Colocou que o prazo que o estado está dando é para poder dar tempo de fazer o cadastramento, encaminhar tudo para o  
186 Ministério, para evitar que este diga que não vai por ter perdido o prazo, o que acontece muito. **José Antônio Rodrigues**,  
187 Secretário Municipal de Saúde de Salvador, relatou que já tinha tido oportunidade de tratar com Alcina Romero a respeito do

188 SAMU de Salvador, que é metropolitano, o maior SAMU do país, porque os outros são ligados à polícia militar, lembrando que  
189 tem quarenta e uma ambulâncias antigas dentro do município de Salvador, cobrindo a BR 324 e o Litoral Norte, em contato  
190 com as ambulâncias das cidades vizinhas e ponderou que já está numa situação que não tem condição de atender mais as  
191 franjas de Feira de Santana, que está sem ambulância. Então ele já estava emprestando ambulância para Feira de Santana,  
192 ambulâncias às quais o município mesmo é que faz a manutenção, e isso podia estar incorrendo até em uma irregularidade.  
193 Relatou que faz o mesmo para algumas ilhas, Camaçari também, durante praticamente todo ano passado e agora no início  
194 deste ano tinham feito a mesma coisa para mais dois municípios, que sequer têm tripulação. Assim, não adiantava emprestar  
195 ambulâncias, tinham tido que colocar ambulâncias extras para que não congestionasse o 192, comprometendo o período de  
196 atendimento, etc. Ressaltou já ter se manifestado inúmeras vezes ao Ministério da Saúde a respeito disso e em determinado  
197 momento tinham mandado dez ambulâncias que não têm ergonomia, não cabe uma pessoa em pé, são 4x4, mas não era  
198 necessário mandarem, são ambulâncias muito boas, mas ficam estacionadas e só podem ser usadas em períodos de chuvas,  
199 alagamentos, ficam na reserva. Portanto, as quarenta e uma ambulâncias ativas estão todas com mais de cinco anos e mais  
200 de trezentos mil quilômetros rodados, ponderando que é uma situação dramática e ele mantendo todas em funcionamento,  
201 para se ter uma idéia, o recurso da qualificação do SAMU é o que se gasta de oficina. Desse modo era preciso que houvesse  
202 uma alternativa, porque isso não é só para o município de Salvador, isso é para uma área enorme, que envolve a Baía de  
203 Todos os Santos, envolve até o suporte à Central Estadual de Regulação que também recorre, principalmente no período  
204 noturno, para poderem fazer a transferência de alguns pacientes, fazerem o receptivo no aeroporto, em casos de utilização de  
205 aeronave. Portanto era preciso se fazer algo diferenciado para isso aí, não existem mais problemas de auditoria, todos já  
206 sanados, estando em fase de acompanhamento mensal, inclusive o acompanhamento, que é uma exigência muito maior do  
207 que o colocado aqui tinha sido inteiramente superado, porque se fosse só Salvador, não precisaria das quarenta e uma  
208 ambulâncias, pelo seu cálculo rodaria com vinte e seis. **Alcina Romero** explicou que a portaria foi sobre pleitos aprovados em  
209 relação aos planos de ação regional que não tinham sido atendidos ainda, além da expansão, ampliação, ou os projetos  
210 aprovados que não tinham sido implantados, como os casos da regionalização de Itabuna e a implantação de Seabra,  
211 Itaberaba e Serrinha. Ela se referiu a José Antônio Rodrigues dizendo, que com relação ao colocado por ele, deveria ser  
212 tratado de outra maneira, pois eles precisam avaliar o que fazer com relação à renovação de frota do SAMU, porque o  
213 Ministério não sinaliza mais e cada ano renova menos ambulâncias, chegando ao ponto de reduzir no primeiro ano para  
214 sessenta, no ano seguinte para apenas quarenta, depois vinte, chegando a apenas treze. Ela informou que atualmente há  
215 quatrocentas ambulâncias no estado da Bahia e o Ministério colocou que já tinha aberto para emenda parlamentar e cada  
216 município deveria ir solicitando suas respectivas renovações via emenda. E solicitou a Cássio Garcia para fazer as discussões,  
217 porque o sistema acabaria e era preciso priorizar neste movimento a emenda parlamentar. Em relação à região de saúde de  
218 Feira de Santana, ela disse que o problema é ainda pior, pois receberam sete ambulâncias desde 2012, mas sem habilitarem  
219 nenhuma e todos os municípios da região receberam ambulâncias naquele ano. Disse que foi regionalizado em Amélia  
220 Rodrigues, Conceição do Jacuípe, Irará e os demais municípios continuaram com suas ambulâncias paradas, cumprindo a  
221 normativa, ou funcionando como transporte sanitário, mas não acreditava que os gestores estivessem fazendo aquilo. Alertou  
222 ainda que as ambulâncias estão se deteriorando paradas, ou funcionando de forma indevida, e nada estava sendo feito em  
223 relação à Feira de Santana. Seu medo nesse momento é que chegassem mais ambulâncias e eles também não  
224 regionalizassem Itabuna, além de Ilhéus não poder expandir a cobertura e que Seabra e Serrinha não conseguissem garantir a  
225 central. Portanto precisavam garantir as ambulâncias nesse primeiro momento e deixarem uma agenda permanente em todos  
226 os grupos de discussão sobre renovação de frota, reserva técnica, novos desenhos regionais e grade de referências, porque  
227 estavam correndo um sério risco no sistema SAMU 192. **Stela Souza** colocou para ser aprovado eles publicarem uma  
228 resolução *ad referendum*, caso houvesse necessidade e todos os membros **aprovaram**. Com relação ao pleito de Salvador,  
229 ela sinalizou que o município poderia apresentar a situação por escrito e encaminhar para a área técnica da SESAB. E que o  
230 COSEMS levaria o pleito para o Ministério da Saúde, pois o Secretário já havia levado a situação para várias reuniões em  
231 relação ao fato do município ter que realizar o empréstimo das ambulâncias para amenizar a situação. Segundo ela, o que  
232 preocupa mais é o fato da frota estar com mais de cinco anos de uso e com a quilometragem avançada, portanto eles  
233 precisavam resolver a situação, tendo em vista que não atenderiam apenas ao município de Salvador, sendo assim, a questão  
234 precisava ficar clara e eles poderiam já deixar o pleito aqui, para que eles pudessem solicitar ao Ministério. **Alcina Romero** se  
235 colocou à disposição e **Stela Souza** convocou Ana Cristina, do município de Ubaitaba, para fazer uma fala. **Ana Cristina**  
236 (SMS/Ubaitaba) comentando sobre o que Alcina Romero tinha falado sobre Itabuna, e como se tratava de uma discussão  
237 antiga, a região de Itabuna precisa da ajuda do COSEMS, da área técnica da SESAB, porque se não colocassem a situação do  
238 SAMU em discussão não sairia do papel, como sempre. Reclamou que eles tinham sido contemplados com o SAMU, mas não  
239 adiantaria nada, relatando também que tinha feito o passo a passo no SAIPS (Sistema de Apoio à Implementação de Políticas  
240 em Saúde) em relação à expansão e tendo que colocar a justificativa e explicar que, no caso Ubaitaba, é uma base avançada  
241 enquanto os outros municípios são básicas, mas ao gerarem os documentos, tinha aparecido o da rede, quando de fato a  
242 mesma não existe. **Stela Souza** pontuou ter conhecimento sobre o pleito de Ubaitaba, pois ela tinha feito parte da região e  
243 sabia que é difícil e a ambulância não funcionaria se não tivesse uma regional e uma central para atender, tendo em vista, que  
244 o usuário ligaria para o 192 e não teria ninguém para atender, além do fato de que a ambulância só poderia rodar se estivesse  
245 sido regulada. Ela sinalizou que se a ambulância rodasse Ubaitaba teria um grande problema, pois chegaria o veículo novo  
246 para sair, levando problema para a gestão municipal. Ela sugeriu que Alcina Romero convocasse o gestor de Itabuna o mais  
247 rápido possível para uma conversa com a área técnica, a SESAB e o COSEMS. **Romilda Oliveira Santos** (SMS/Bom Jesus  
248 da Serra) relatou que na reunião do GCE tinha sido apresentado Vitória da Conquista no Plano de Expansão das Ambulâncias,  
249 mas na apresentação de Alcina Romero na CIB não tinha aparecido, ao que **Alcina Romero** explicou que havia sim plano de  
250 expansão, mas a lâmina da apresentação tinha saído em branco. **Cássio Garcia** explicou que na Nota Técnica teria tudo  
251 detalhado e que o COSEMS, junto com o Estado, está fazendo um esforço em conjunto para elaborar a Nota detalhada com  
252 todas as regiões, além de informar qual tem expansão ou implantação, para os gestores poderem 'se enxergar'. Sendo assim,  
253 ele pedia para os gestores ficarem tranquilos. **Alcina Romero** pediu desculpas e informou que Vitória da Conquista é uma das  
254 regionais que têm plano aprovado, como o caso de Itapetinga, que possui oito municípios aprovados desde 2012/2013, mas

255 que não foram contemplados. Segundo ela, seria enviado para os municípios, para eles referendarem se querem ainda ou não,  
256 para o caso de alguns que foram contemplados pela portaria desistirem. **Lísias Miranda** (SMS/Itabuna) relatou que o dinheiro  
257 da regionalização para a construção da base do SAMU Regional de Itabuna tinha sido utilizado indevidamente e ao assumirem  
258 a gestão fora encaminhada uma auditoria para o MPF e pedido um prazo de um ano ao Ministério da Saúde, para poderem  
259 conseguir implantar a Base, porque o dinheiro fora gasto e precisava ser ressarcido pelo município. Pontuou que eles já têm a  
260 solução, o Centro de Reabilitação e Desenvolvimento Humano (CREADH) atualmente funciona em um espaço cedido ao  
261 Rotary, eles inaugurariam o Centro Especializado em Reabilitação (CER) em meados de junho, além de transferir o CREADH,  
262 que se transformaria em CER, e a Base, onde antes funcionava o CREADH, seria cedido pelo Rotary para regionalizar o  
263 SAMU. Informou que a proposta foi aceita pelo Ministério da Saúde e eles estão apenas no processo de tramitação para  
264 resolver o problema. **Alcina Romero** respondendo a pergunta do município de Ubaitaba, em relação à possibilidade de  
265 esperar, disse que, partindo do princípio de que o prazo para aquisição é de duzentos e sessenta dias, ou seja, nove meses, e  
266 a secretária estava falando em uma mudança no mês de junho, era tempo bastante para eles organizarem tudo. Sinalizou  
267 quanto a realizar a customização de link, além da capacitação de profissionais, ou seja, não se tratava apenas da ambulância  
268 no lugar e sim de um longo processo. Portanto eles deveriam garantir as ambulâncias, a Secretaria de Itabuna caminhará com  
269 a resolução e todos juntos caminharão para que em nove meses o SAMU regional estivesse funcionando. **Stela Souza**  
270 colocou que, sendo dessa forma, eles não precisavam mais conversar e parabenizou a Secretária, pois finalmente Itabuna  
271 tinha levado uma proposta para solucionar a questão. **José Carlos Almeida** (SMS/Ubaitaba) colocou que, em relação ao  
272 SAMU, desde 2010 eles vinham participando de toda a discussão da implantação na região e todos os treze municípios da  
273 macrorregião sul avançaram e implantaram suas redes do SAMU. Ele lamentou o fato ocorrido com os vinte e três municípios  
274 da região de saúde de Itabuna e explicou não ser culpa da atual gestão o fato deles não terem conseguido lá implantar o  
275 SAMU. Segundo o gestor eles tinham levado a discussão na CIR, a secretária apresentara os argumentos em relação ao fato  
276 dos recursos terem sido gastos, mas não tinha sido garantida a implantação da rede. Pontuou que a discussão maior é a  
277 questão da ambulância avançada e deu o exemplo que o município dele tinha sido contemplado com uma avançada e uma  
278 básica, como Camacan, para atender à microrregião. Sugeriu que a discussão fosse levada para os prefeitos, porque os  
279 secretários da microrregião tinham achado viável e tinha que ser implantado do jeito que tinha ido. Disse que a discussão é  
280 importante e esperava que Itabuna puxasse o assunto até a CIR, para apresentar a proposta aos municípios, fazendo com que  
281 o SAMU realmente saísse do papel. **Stela Souza** se referiu à avançada dizendo que tinha ouvido um relato sobre a região de  
282 Serrinha ter cinco USA (Unidade de Saúde Avançada) e, segundo ela, o custo de uma USA é muito alto, portanto antes de um  
283 município aprovar uma USA no seu município, era importante ter conhecimento do custeio que eles receberiam, tendo em vista  
284 que o valor repassado não paga o custeio. Era possível contornar a base, mas a USA não, sendo assim eles precisavam rever  
285 o fato dos municípios terem várias USA. Ela alertou para José Carlos Almeida, e que estava falando para que ficasse  
286 registrado em ata de CIB que o COSEMS tinha alertado para os gestores interessados em implantar USA, saberem do fato do  
287 custeio recebido não conseguir bancar a unidade, pois a decisão da necessidade da pactuação é feita entre os gestores da  
288 região. Quanto ao fato se teria ajuda, custeio e ajuda da regional, caberia a cada região decidir, pois tem SAMU regional que a  
289 região ajuda a pagar e a outros casos em que não ajuda, pois por lei não é obrigado, porque a portaria não preconiza em lugar  
290 nenhum. Explicou que não estava determinando quem deveria ou não implantar, mas apenas esclarecendo, enquanto  
291 COSEMS e participante do processo há muito tempo, que não adiantava colocar as ambulâncias, a exemplo do município de  
292 Chorrochó, que há poucos dias remanejou uma USA parada há vários anos, por não terem conseguido colocar para rodar.  
293 Concluiu dizendo que eles precisavam ter a responsabilidade, enquanto CIB, no que é aprovado, pois não dava para aprovar  
294 uma viatura para um município, quando o mesmo tinha garantido que colocaria para usar e depois de cinco anos dizer que não  
295 quer e não tem condição de colocar em uso. **Alcina Romero** relatou que a questão da USA é antiga, porém o projeto do SAMU  
296 é técnico, portanto o mesmo não poderia ter apenas o aspecto financeiro porque, tendo em vista que a urgência trabalha com  
297 tempo resposta, se tivesse uma região muito grande, não seria possível ficar dependendo apenas de uma USA para o território  
298 todo, ou seja, precisava ser um pouco das duas coisas, sendo o técnico e o financeiro. **Stela Souza** colocou o ponto da  
299 aprovação da mudança de porte da UPA 24h do município de Bom Jesus da Lapa de porte I para porte II, em votação e  
300 comunicou que Odilon Rocha tinha pedido a palavra. **Odilon Rocha** falou sobre a questão precária do SAMU, pois já tinha  
301 mais de um ano de discussão sem solucionar o problema. Dirigindo-se a Stela Souza e Cássio Garcia, disse ser preciso abrir a  
302 discussão, já que o SAMU tem certa experiência e um corpo técnico muito importante para eles realizarem um grande  
303 seminário de discussão sobre o co-financiamento do SAMU, tendo em vista que eles discutiriam ali, mas não aconteceria nada  
304 por não ter co-financiamento. Segundo ele, no ano anterior foram feitos estudos em algumas regiões, mas eles não tinham  
305 resolvido, porque antes precisavam resolver outra questão mais importante, o fato da ambulância do SAMU chegar ao hospital  
306 e não ter vaga. Portanto, ele avaliava que o SAMU deveria ser considerado vaga zero, mas na verdade não representava vaga  
307 zero em lugar nenhum, sendo assim, concluiu que a discussão precisava ser feita de forma mais séria no seminário, avaliando  
308 o SAMU na Bahia, para que a CIB pudesse ter uma proposta concreta de trabalho, caso contrário eles ficariam sempre ali  
309 falando a respeito do assunto, porém o SAMU não funcionaria. Segundo ele, quem atualmente conta com o SAMU não está  
310 tendo o co-financiamento, além de estar passando por grandes dificuldades, pelo fato de estar tendo de passar um recurso do  
311 seu município para outros municípios, que na verdade deveriam fazer o co-financiamento. Encaminhou que os membros  
312 propusessem um seminário, sem precisar de técnicos para dizer quais as mazelas do sistema, com o objetivo de levar algo  
313 concreto para a CIB e pontuou que o Ministério está qualificando sem habilitar e o fato é uma anarquia geral. **Stela Souza** falou  
314 da importância deles saberem quais os casos para que o Ministério fosse notificado. Em seguida retornou à aprovação de  
315 mudança da opção de custeio da UPA 24h do município de Bom Jesus da Lapa para a opção custeio V e os **membros**  
316 **aprovaram**. Anunciou também o ponto do município de Salvador, em relação à aprovação do Hospital Santa Izabel como  
317 centro de referência cardiovascular no âmbito da portaria SAIS nº 210/2004, e os **membros aprovaram**, tendo em vista a  
318 avaliação da área técnica de que o Hospital preencheu todos os requisitos, além de já ter sido aprovado em CIR e na reunião  
319 do GCE. **Raul Molina** perguntou se eles ficariam com duas unidades de referência, o Hospital Ana Nery e o Hospital Santa  
320 Izabel, e **Alcina Romero** respondeu que na Bahia cabem dois. **Stela Souza** explicou que o pleito é para dois e relatou que o  
321 problema é que o Hospital Ana Nery ainda não preenche todos os requisitos. **Alcina Romero** esclareceu que se trata apenas

322 de questões cartoriais e inclusive o Hospital Santa Izabel já tinha apresentado tudo, tendo sido aprovado em CIR, apresentado  
323 e já na DICON, para solicitar a habilitação. Em seguida ela se desculpou e passou a informação dada por Ana Paula Andrade,  
324 fora do microfone, de que o hospital já tinha sido habilitado. **José Antônio Rodrigues** colocou que não tivera pendência e o  
325 Hospital Ana Nery fora apenas avaliado pelo Ministério da Saúde e informou serem duas unidades: Hospital Ana Nery e o  
326 Hospital Santa Izabel. **Alcina Romero** explicou que o Centro de Referência não precisa ser porta “aberta” ou “não aberta” e a  
327 questão da porta “aberta” é outra situação, onde o elenco de procedimentos e o tipo de recurso que é disposto poderia fazer  
328 todo o elenco, inclusive de procedimentos de alto custo, como tinha sido na portaria da cardiovascular. Disse ainda que  
329 nenhuma portaria de habilitação de alta complexidade determina que um hospital é para ser porta “aberta” ou “não aberta”,  
330 sendo apenas uma questão de organização da rede e de definição da tipologia e da vocação da unidade. **Ana Paula Andrade**  
331 reforçou a fala de Alcina Romero, dizendo que o Hospital Ana Nery já é um centro de referência, além de ser porta “fechada”, e  
332 a única diferença sendo o fato de o Hospital Santa Izabel precisar melhorar o acesso da regulação de paciente internado.  
333 Portanto, era preciso sentar com o município de Salvador e com a unidade para resolver o problema. Explicou que não  
334 significava dizer que o Hospital Santa Izabel não realiza cirurgia e que o Estado tinha brigado muito com o Hospital Ana Nery,  
335 pelo mesmo não ter um número maior de pacientes cirúrgicos oriundos do laboratório em detrimento dos pacientes internados.  
336 Segundo ela atualmente o Estado vinha conseguindo inverter esse número e o mesmo precisando ser feito com o Hospital  
337 Santa Izabel, para que a unidade pudesse somar com a Rede Cardiovascular. **Alcina Romero** pontuou que não gosta do  
338 termo porta “fechada”, pois passava a imagem que o hospital não atendia ninguém. Esclareceu que a unidade é 100% por  
339 acesso regulado, ou por demanda espontânea, porque nenhum dos dois são portas “fechadas”. **José Antônio Rodrigues**  
340 reforçou que todos os dois estão ligados à Rede SAMU, à Rede do infarto agudo do miocárdio, recebem pacientes todos os  
341 dias e fazem avaliações, portanto, questionava como poderiam considerá-lo porta “fechada”. Pontuou também que não há  
342 seleção, a não ser nos casos solicitados onde não é gerada nem AIH. **Odilon Rocha** reclamou que não gostaria de ter que  
343 pedir e sim ter o direito. Colocou que precisa da regulação aberta para tudo e para todos, para não acontecer como no final de  
344 2017, quando ele tinha solicitado para três pacientes, por não ter conseguido regular um paciente de trinta e sete anos  
345 precisando de hemodiálise e a mesma tendo falecido, depois outro caso ocorrido, relacionado à oncologia, porque o Cican  
346 (Centro Estadual de Oncologia) não tinha regulado nada para o Hospital Roberto Santos, a paciente também tinha morrido e o  
347 outro caso, de marca-passo, o paciente morreria, porque no natal todos os médicos estavam de férias. **Stela Souza** colocou  
348 que não falaria de produção, mas valeria a pena avaliar, porque tinha visto uma manifestação muito grande por parte dos  
349 colegas secretários, entendendo a dificuldade. Portanto, o município de Salvador, a área técnica, a Regulação, o COSEMS e a  
350 SESAB deveriam verificar uma forma para o acesso realmente poder acontecer. Chamou a atenção para o fato de todos  
351 saberem que o Hospital Santa Izabel e o Hospital Ana Nery atendem, porém via com frequência, nos grupos do Whatsapp,  
352 secretários desesperados por terem pacientes sem conseguir regular, e os pacientes indo a óbito. Após o exposto, **todos**  
353 **aprovaram o ponto** e ela encaminhou que conversariam posteriormente sobre regulação. Em seguida passou ao ponto de  
354 pauta sobre a saúde mental e a resposta oficial dos municípios ao Ministério sobre os apontamentos citados em relação à  
355 situação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), implantação, regularidade da informação sobre produção e equipe  
356 mínima conforme planilha apresentada pelo Ministério. **Cássio Garcia** informou que Ministério enviou para a área técnica da  
357 saúde mental uma relação com todos os CAPS e como está o processo de implantação, quem recebeu o recurso, além de  
358 problemas de equipe e a DGC entrara em contato com os municípios para buscar informações atualizadas sobre a situação de  
359 todos os CAPS. Ressaltou que a própria lista enviada pelo Ministério da Saúde é confusa, porque eles colocaram CAPS com  
360 tendo recebido o recurso e sem ter implantado o serviço, mas na verdade tinha sido uma situação ocorrida há muitos anos  
361 atrás e inclusive o recurso tinha sido devolvido e o município tinha sinalizado que não faria a implantação. Informou que o GCE  
362 tinha deliberado que na próxima semana o COSEMS levaria um documento para Brasília, em conjunto com o Estado,  
363 solicitando ao Ministério a liberação do acesso ao SAIPS para haver o acompanhamento e o monitoramento da situação real  
364 dos CAPS em todo o estado da Bahia. **Liliane Mascarenhas** lembrou que quando a DGC recebeu o e-mail do Ministério não  
365 tinha a informação do período onde fora feito o levantamento e a SESAB tinha questionado. Outro fato colocado, que o Estado  
366 já tinha encaminhado a informação para todos os municípios, porém alguns não tinham respondido sobre qual é a situação.  
367 Disse que, com a posse da informação, a SESAB consolidaria e encaminharia a situação do Estado da Bahia para o Ministério,  
368 relatando que não está em conformidade com o apontado pelo MS. Com relação ao SAIPS, ela informou que a partir do  
369 momento que os gestores colocassem no sistema a solicitação de capacitação de recurso para implantação de equipamento, o  
370 Estado não conseguiria visualizar, apenas se o município ou o Ministério comunicasse à SESAB, por isso a ação estava sendo  
371 feita. Explicou que o COSEMS também vinha ajudando, entrando em contato com os municípios que ainda não responderam,  
372 com o objetivo de ter uma resposta o mais rápido possível, antes deles irem para Brasília na próxima semana, tendo em vista  
373 que as informações reforçariam o trabalho. **Cássio Garcia** deu sequência à reunião, passando à outra pauta da Saúde Mental,  
374 sobre o Plano de Desinstitucionalização Psiquiátrica no Estado da Bahia e explicando que tinha sido criada uma comissão  
375 interinstitucional, onde a mesma se debruçou desde maio de 2017 até o final do ano, tendo sido elaborado um plano e estavam  
376 presentes municípios, COSEMS, Associação de Usuários, Ministério Público, Defensoria Pública, entre outras instituições. O  
377 Plano apresentou a política de desinstitucionalização no Conselho Estadual da Bahia, no final de 2017. Foi levado ao GCE  
378 apenas para apresentação e o Conselho aprovou a política e a partir daquele momento caberia colocar em prática. E para  
379 colocar em prática, era preciso contar com gestores municipais e estaduais e o Grupo Condutor tinha deliberado que o GT -  
380 que já trabalha com saúde mental - se debruçaria, tendo em vista as portarias do Ministério da Saúde com alterações na  
381 política de saúde mental, portanto seriam necessários pequenos ajustes e naturalmente a elaboração de uma planilha de  
382 programação de implantação com os municípios. Concluiu que eles fariam a discussão para levar para a CIB uma deliberação  
383 posterior. Em relação à Rede Cegonha, informou que na última reunião de 2017 do GCE fora pautada e deliberada uma  
384 avaliação do estado atual da arte da Rede Cegonha na Bahia, mas não tinha dado, tendo sido levadas algumas situações  
385 pontuais na última reunião do GCE, sem necessidade de pactuação em CIB, mas para conhecimento, e que realizariam o  
386 estudo, junto com as equipes técnicas do COSMES e da SESAB, inclusive estando já em estado avançado, para ser levada  
387 para a CIB do mês de março, porque a reunião de fevereiro tinha sido antecipada e o prazo tinha ficado pequeno. Segundo ele  
388 a Rede Cegonha é uma das prioridades do COSEMS em 2018. Passou ao ponto sobre: Rede de Pessoas com Deficiência em

389 relação à situação de distribuição de OPM - relatando que já tinham discutido várias vezes a questão, tendo sido colocado um  
390 recurso na PPI de 2010 e 2011 nos municípios com Centros de Reabilitação. Informou também que desde 2011 eles vinham  
391 fazendo constantemente essa discussão e chamando os gestores, porque a maioria não utilizou ou usou pouco o recurso  
392 destinado para OPM. E já vinham há quase sete anos conversando sobre a questão, além do fato do percentual de execução  
393 continuar muito baixo e na reunião do GCE tomara-se a decisão de levar a questão para a Auditoria, além de outros  
394 movimentos, como o reforço nas reuniões das CIR e a área técnica faria um estudo da possibilidade de centralizar o recurso no  
395 Estado, vindo toda a logística de distribuição das OPM na Bahia. **Liliane Mascarenhas**, SAIS-DGC, solicitou na CIB a  
396 abertura do consolidado de aporte de recurso colocado desde 2010 na PPI, onde seria possível observar que para os serviços  
397 de reabilitação existentes no perfil de portarias anteriores, foi colocado o aporte de recurso no teto dos municípios e estes não  
398 vinham efetivando a concessão de equipamentos que fazem parte da reabilitação. Segundo ela, a demanda do estado está  
399 indo para o CEPRED (Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação de Deficiências), representando atualmente uma demanda  
400 de quatro mil cadeiras de rodas, quando eles sabiam que existe serviço de reabilitação em alguns municípios onde não está  
401 sendo viabilizada a concessão. A partir do exposto ela colocou que a proposta é de realizar auditoria em todos os serviços de  
402 reabilitação do Estado, fosse ele CER ou estabelecimento único, tendo em vista a necessidade de conhecer efetivamente qual  
403 a causa real, pois eles já tinham feito vários movimentos, mas ainda era preciso identificar a causa, e a dúvida era se o motivo  
404 tinha sido porque o valor da tabela não dava para o município comprar uma quantidade menor. Pontuou que se eles  
405 conseguissem centralizar o recurso e efetivar a compra, seria possível reduzir os valores e negociar com os fornecedores. A  
406 segunda questão colocada, de que os municípios estão com recurso no teto, mas não tinha como saber se o dinheiro está  
407 sendo utilizado. Informou que o Estado está sendo questionado pelo Movimento Social, no Conselho da Pessoa com  
408 Deficiência e já estava sendo levado para o Conselho Estadual de Saúde, pelo fato de estar indo uma demanda grande para o  
409 CEPRED, e o Centro não estar atendendo. Disse que eles tinham avaliado o estado atual do CEPRED e descoberto que, por  
410 mais que o Estado colocasse recurso do tesouro, era inadmissível ter um recurso para este fim e municípios onde tem serviço  
411 de reabilitação não estar efetivando. Informou que eles estão ampliando o número de serviços de reabilitação, mas o Ministério  
412 da Saúde só está passando custeio, sem aumentar o teto do estado da Bahia, inclusive o próprio município de Salvador fizera  
413 pleito, mas ela achava que eles não tinham recebido. **Raul Molina** falou que não iria contrariar o Grupo Conductor de Redes,  
414 mas precisava pontuar que os municípios estão se colocando mais pelo fato de não terem acesso e anteriormente o intuito  
415 tinha sido de descentralizar e que lamentava o fato dos mesmos municípios onde houvera a descentralização não terem  
416 avançado e ressaltou a importância da auditoria. Gostaria de saber pela Auditoria algum município tinha feito pelo menos a  
417 metade do que devia fazer, porque a ideia fora criada para descentralizar, para o deficiente poder encontrar perto dele o  
418 acesso. Concluiu dizendo que a sobrecarga do Estado é legítima em relação à demanda e era lamentável. **Liliane**  
419 **Mascarenhas** informou que o estudo tinha sido feito pela SESAB e o COSEMS até outubro de 2017 e eles tinham visto que  
420 em Barreiras tem uma unidade chamada CEPROESTE, o montante de recurso direcionado de duzentos e oito mil, trezentos e  
421 sessenta e sete reais, mas na verdade só fora viabilizado um equipamento de cento e trinta reais. Pontuou que tem pessoas  
422 vindas daquela região, porque a unidade não é apenas para atender ao município de Barreiras, porque na PPI tinha sido  
423 pactuado aquilo. Portanto eles precisavam ter uma ação mais responsável e comprometida no SUS, caso contrário a  
424 população baiana ficaria perambulando, quando existe recurso, mas os gestores não viabilizam o que fora garantido para eles.  
425 **Jacqueline Bonfim** (SMS/Coribe) relatou que quando eles deliberaram encaminhar a pauta para a Auditoria na reunião do  
426 GCE, tinha sido pelo fato do estudo apresentado não demonstrar a realidade. Segundo a gestora, eles têm uma evolução do  
427 que executado de 2010 até 2018 e menos de 10% da maioria do recurso tinha sido colocado no teto dos municípios ou os  
428 serviços não tinham sido executados. Portanto, atualmente os gestores têm muita dificuldade em saber como conseguir uma  
429 cadeira de rodas, inclusive tinham cansado de ouvir do CEPRED e tinham entendido que havia um prestador credenciado e  
430 contratualizado. Sendo assim, tinham deduzido que o recurso está no teto de algum e não é executado. A grande preocupação  
431 era que, com a migração do FAEC para o MAC, a situação se agravasse e como o fato passaria a acontecer a partir deste  
432 momento, os gestores precisavam correr para criar um regramento e ver como o fato ocorreria, avaliando efetivamente.  
433 Informou que a solicitação feita pelo COSEMS e o GCE fora para a Auditoria ter celeridade, ou seja, não seria realizada dentro  
434 dos moldes normais, portanto a mesma não poderia verificar de fato o acontecido, além do fato de ter ou não subnotificação,  
435 porque eles sabiam que tem um grande problema relacionado à questão, mas não poderiam mais usar o argumento, até  
436 porque os municípios já estão pagando pelo fato. Lembrou que poderia ocorrer a mesma situação das cirurgias eletivas, além  
437 de outras coisas. Então a proposta seria suspender a transferência regular dos recursos, mas se não fosse possível, a auditoria  
438 teria que ser imediata, com resultado de até sessenta dias para eles poderem voltar a tratar da pauta com mais efetividade.  
439 **Ceres Neide Almeida Costa** (SMS/Vitória da Conquista) pontuou ter entendido que o valor recebido tinha sido de um milhão,  
440 quatrocentos e sessenta e seis mil, trezentos e quatro reais e sessenta e cinco centavos e, no caso de Vitória da Conquista, a  
441 execução fora de setecentos e quarenta e dois para órtese ou prótese. O saldo seria de um milhão, cento e noventa e um mil,  
442 quinhentos e cinquenta reais e onze centavos, valor da tabela SUS, porém não era mais possível fazer aquisição e eles  
443 precisavam levar o fato em consideração. Pontuou que no caso do município que fez a pactuação, eles não aceitariam mais a  
444 pactuação de nenhum município naquele momento, porque uma coisa era bancar para seu próprio município, outra coisa seria  
445 bancar para os outros. Portanto, ela concluiu que eles deveriam pensar em relação à questão financeira. **Liliane Mascarenhas**  
446 lembrou que em 2010 tinha sido feita uma série histórica, onde fora aportado recurso para o serviço de reabilitação, todos de  
447 gestão municipal com reabilitação física e a parte de bolsa de ostomia. Na época fora colocado que, com a série histórica  
448 aportara-se recurso nos municípios onde tinham e pactuado desde a implantação desses serviços para eles e para todos os  
449 municípios. Ela observou que na PPI tinham sido pactuados um milhão, quatrocentos e sessenta e seis mil, trezentos e quatro  
450 reais e sessenta e cinco centavos para Vitória da Conquista, mas efetivamente só tendo sido executados duzentos e setenta e  
451 quatro mil, setecentos e cinquenta e três reais e cinquenta e quatro centavos, e o saldo de outubro foi de um milhão, cento e  
452 noventa e um mil, quinhentos e cinquenta e um reais e onze centavos. Perguntou se o recurso está lá, era preciso saber se o  
453 mesmo tinha sido utilizado ou não, porque era injustificável inclusive a vinda de pessoas de Vitória da Conquista para o  
454 CEPRED em Salvador. Concluiu dizendo que não adiantaria discutir tabela SUS em CIB, tendo em vista que a questão não era  
455 aquela. **Ceres Neide Almeida Costa** perguntou aonde eles iriam discutir, se não fosse na CIB e **Liliane Mascarenhas**



456 respondeu que eles precisavam discutir tabela SUS com o Governo Federal. **Cássio Garcia** pontuou que se eles tinham  
457 chegado ao extremo de chamar a Auditoria para fazer avaliação tinha sido porque normalmente tem muita complexidade, tanto  
458 que eles estavam ali há sete anos e inclusive tinham conhecimento que uma licitação demora. Relatou que às vezes o paciente  
459 faz um molde e quando chega a OPM muitas vezes já não serve mais, sendo assim, eles não poderiam pactuar que não  
460 atenderiam mais ninguém. E concluiu ser necessário fazer uma repactuação com a PPI de uma redistribuição mesmo não  
461 resolvendo 100%, mas ajudaria e a que está valendo é a de 2011, fosse ela boa ou ruim. **Ceres Neide Almeida** colocou que  
462 conhece a PPI e a acompanha desde que a mesma foi implantada no Estado, portanto eles precisavam avaliar a situação  
463 quando pensam no saldo. Em relação à subnotificação, só de bolsas de ostomia no ano passado, não só com Vitória da  
464 Conquista, mas com os municípios que procuram os serviços, foram gastos mais de quatrocentos mil reais. Quanto à PPI, ela  
465 disse saber que teria que cumprir até quando a mesma fosse refeita no mês de maio, mas a situação fazia o município  
466 repensar em não atender outros municípios, porque eles não poderiam bancar o atendimento com recurso próprio. Pontuou  
467 que o custo de 2010 não era o mesmo de 2018 e quando eles compravam uma órtese para alguém por um valor muito baixo,  
468 observaram que o material era de péssima qualidade, portanto, eles tinham avaliado a questão quando fazem a aquisição.  
469 **Liliane Mascarenhas** colocou que o CEPRED vem dando apoio a todas as unidades, inclusive na descrição dos  
470 equipamentos para evitar a problemática e **Cássio Garcia** considerou que os questionamentos poderiam ter sido feitos na  
471 reunião do GCE, que inclusive tinha contado com a presença de Liliane Mascarenhas e Ceres Neide Almeida, porque muitas  
472 vezes na CIB eles não conseguiram ficar discutindo determinado município ou região de saúde, pois a CIB é para fazer todo o  
473 estado, evitando discussões laterais nas reuniões. **Odilon Rocha** ponderou que eles estavam vendo o resultado em tudo e se  
474 fossem fazer a discussão de fato de onde houvesse recurso, não existiria gasto de 100% das vezes e era o resultado de  
475 quatorze anos de tabela sem aumento. Segundo ele, algumas coisas eram mais absurdas em todos os lugares quando se  
476 tratava de recurso do SUS e para o gestor não tem como dar uma distorção entre o seu teto financeiro e o físico ocasionando  
477 esse incômodo e era preciso entender que dez anos é demais, e era preciso usar o recurso para não ficar na poupança ou ser  
478 gasto com outro tipo de coisa. Ele parabenizou a presença da Diretora da Auditoria, pois sempre fora um pedido seu que a  
479 Auditoria voltasse a participar das reuniões, como também a equipe do Fundo Estadual de Saúde para haver os  
480 esclarecimentos necessários e o registro para posteriores avaliações. **Cássio Garcia** colocou que a questão da OPM, como  
481 Odilon Rocha tinha dito, são dez, eles diminuiriam um pouco, são sete na verdade. Levaria a proposta, **Jean Carla**, Diretora do  
482 SUS-BA, estava anotando essa auditoria para ser feita na velocidade que a situação requer, ela já vinha frequentando as  
483 reuniões e traria na próxima CIB uma resposta em relação a isso. Passou ao ponto da SUREGS e COSEMS: Migração do  
484 FAEC para o MAC no glaucoma mamografia e citopatológico. **Ana Paula Andrade**, Superintendente da SUREGS, saudou a  
485 todos, relembrou a portaria nº 3.011, que faz a conversão do FAEC para MAC de vários procedimentos, dentre eles o polêmico  
486 glaucoma, e a portaria foi republicada dia 19 de dezembro de 2017, e tendo como base a avaliação da série histórica do  
487 período de junho de 2016 a maio de 2017, tanto os procedimentos de ambulatório como hospitalar, já que não trata apenas de  
488 procedimentos ambulatoriais. Disse que portaria entra em vigor a partir da data de publicação, tendo sido publicada em  
489 novembro e republicada em dezembro, então já estando vigente, desde a competência dezembro que não tem mais a  
490 mamografia pelo financiamento FAEC, a partir da competência dezembro já é financiamento MAC. Disse que tinha trazido  
491 apenas uma avaliação entre a primeira portaria, publicada em novembro, onde apontava no teto do Estado trinta e nove  
492 milhões setecentos e um mil reais, e com a republicação de 19 de dezembro traz agora trinta milhões sete centos e seis mil  
493 reais, tinham tido uma redução de nove milhões seiscentos e sessenta e cinco mil reais. Lembrou aos gestores que na CIB de  
494 dezembro tinha sido formado um grupo de trabalho, tendo sido definido neste grupo de se fazer uma resolução CIB solicitando  
495 ao Ministério da Saúde o cancelamento da portaria 3.011, em função do valor, que estava bem menor que o Estado da Bahia  
496 de fato necessita. O Ministério trouxera a surpresa de, em vez de republicar aumentando o valor, na verdade reduziu em nove  
497 milhões de reais. Mostrou no slide um cenário, se o Ministério da Saúde tivesse sido sincero como sempre fora em todo  
498 remanejamento de FAEC para MAC, teria repassado sessenta e sete milhões de reais para o Estado da Bahia. Explicou a  
499 Stela Souza que não existe nada comprovado de fraude na produção do glaucoma, existem suspeitas sendo investigadas que  
500 ainda não tinham sido efetivamente comprovadas, então o Ministério da Saúde não tinha usado da honestidade ao ter  
501 repassado integralmente o que diz a portaria. A portaria do Ministério diz transformar de FAEC para MAC toda a produção do  
502 elenco do seu anexo I, referente ao período de junho de 2016 a maio de 2017, por município executor, município residência. O  
503 valor que a Bahia teria direito é sessenta e sete milhões de reais e, desse valor, cinquenta e nove milhões seriam para o  
504 glaucoma. Disse ainda que ela tinha feito um comparativo, na primeira portaria tinham trinta e nove milhões e setecentos, tendo  
505 os procedimentos, exceto do glaucoma, que já perfazia um valor de oito milhões. A proposta que sobraria um recurso de trinta  
506 e um milhões e setecentos para o glaucoma, porque proposta naquele momento, que o Ministério não trouxera em nenhum  
507 anexo da portaria qual o impacto do glaucoma, assim também como não trouxera na nova portaria publicada, mas tinha  
508 disponibilizado um arquivo para o COSEMS, CONASS e CONASEMS com o impacto do glaucoma, na republicação de 19 de  
509 dezembro, tendo saído de trinta e nove milhões e setecentos e vindo para trinta milhões e cem, esse valor salvaguarda os oitos  
510 milhões e trinta e sete dos demais procedimentos, e esse arquivo que ela sinalizara traz o impacto de glaucoma de apenas  
511 vinte e dois milhões. Se já tinham um cenário ruim, com a portaria de trinta e nove milhões e setecentos, que era de vinte e  
512 sete milhões e meio de déficit, passavam a ter um cenário pior, que é de trinta e sete milhões e duzentos de déficit,  
513 especificamente para o glaucoma. Trouxera a distribuição do recurso da portaria, considerando os procedimentos, com  
514 exceção do glaucoma, como ficaria a distribuição dos oitos milhões, que já tinha trazido também na CIB de dezembro. Mostrou  
515 o impacto da portaria da parte do glaucoma. O impacto dos vinte e dois milhões do glaucoma, o Ministério da Saúde no arquivo  
516 que tinha disponibilizado, tinha distribuído dessa forma, sendo o que tinham discutido ontem no Grupo Condutor, que o recurso  
517 tinha sido impactado por município executor, ele não traz não apenas nessa portaria, mas em todas as suas portarias,  
518 lembrando dos outros gestores, o MS não traz os recursos por município de residência, traz o município executor. Cabendo a  
519 eles na CIB dividirem isso aqui, considerando o município de residência, que daria exatamente um montante de produção do  
520 que foi executado no período avaliado. Tinha trazido um comparativo, com um impacto de vinte e dois milhões de reais, o valor  
521 aprovado no SIA no mesmo período tinha sido de cinquenta e nove milhões de reais. Em uma avaliação feita pela SUREGS,  
522 porque já existiam algumas discussões em que os municípios executores, cientes desta portaria, tinham sinalizado para os

523 municípios que usavam o serviço, enquanto município executor, que a partir daquele momento não atenderiam mais, apenas a  
524 sua população própria. Ao fazerem esta avaliação, que tinha sido uma curiosidade mesmo, tinham observado o exemplo de  
525 Brumado, que recebera novecentos e quarenta e três mil reais na portaria, e tinha uma produção de dois milhões e meio, mas  
526 observassem que sua produção própria era apenas seiscentos e quatro mil, então Brumado em momento nenhum podia dizer  
527 que esse recurso é 100% da sua população própria, até mesmo porque ele recebera a mais do que fazia em conta de  
528 população própria. Mostrou uma tabela só para demonstrar que o percentual de população própria, que corresponde ao  
529 município executor, podiam observar que o município que mais atende população própria é Salvador, sendo 92,71% da  
530 população de Salvador. Mas o Secretário de Saúde de Salvador tinha sido beneficiado com Cartão Vida, que todo mundo  
531 sempre usou, indevidamente ou não, é do município de Salvador, porque ele está lá registrado como munícipe de Salvador. A  
532 proposta que tinham aprovado no Grupo Condutor: que o rateio do recurso estabelecido pela portaria 3.011 seria por município  
533 de residência, já que a portaria do Ministério traz por município executor, e garantir que 37,22% - este sendo o percentual que  
534 corresponde a vinte e dois milhões, dos cinquenta e nove que já produziam. O Ministério da Saúde está financiando 37,22% do  
535 que a Bahia efetivamente executa de glaucoma, então que esse percentual fosse correspondente e aplicado para todos os  
536 municípios que tiveram produção, havendo treze municípios que não tem nenhuma produção, desses treze, oito sendo da  
537 região oeste. Os municípios que não apresentaram nenhuma produção no período de junho de 2016 a maio de 2017, não  
538 teriam nenhum recurso incorporado na PPI. Lembrou que esses recursos seriam programados, por isso a necessidade de  
539 pactuação, que passa a ser programado, tendo a programação, no caso do município de Salvador, que tem o Vida, poderia  
540 programar no Vida qual a quantidade de pacientes que poderia continuar atendendo, dos municípios que estão referenciando  
541 para Salvador atender. A outra questão, que utilizassem as pactuações em CIR explicou, dando o exemplo de Salvador, que  
542 pode ter algum paciente de Feira de Santana, mas Feira de Santana tem serviço lá, então não teria nenhum paciente sendo  
543 atendido em Salvador, 100% do recurso de Feira fica lá, responsável por atender 100% da população dele. Tem-se recurso e  
544 paciente de Santo Antônio de Jesus sendo atendido aqui em Salvador, mas Santo Antônio de Jesus pactuado para ser ele  
545 mesmo o executor, ficaria com o recurso no seu teto para ser o executor e Salvador não atenderia. Como tem Madre Deus,  
546 que pactuou com Salvador e outro prestador poderia estar atendendo, então todo recurso de Madre Deus ficaria no teto de  
547 Salvador para Salvador atender. Explicou no slide um cenário por macrorregião de saúde, a região centro leste, com Feira de  
548 Santana com uma produção de cinco milhões, o valor repassado pelo Ministério da Saúde é apenas um milhão e trezentos,  
549 tem um déficit de três milhões e cem. O município Amélia Rodrigues fez uma produção nesse período de noventa e sete mil, o  
550 Ministério da Saúde repassara apenas trinta e seis mil. O correspondente a 37,22% de noventa e sete mil, seria exatamente de  
551 trinta e seis mil duzentos e setenta e dois, deste montante que foi para Feira de Santana se pegasse dois milhões e  
552 quatrocentos, quanto seria 37,22% de dois milhões e quatrocentos: novecentos e dezesseis mil. Então o recurso para a  
553 população de Feira seria novecentos e dezesseis mil reais e não o recurso total que fora para o município executor, pois o  
554 município executor não está ali dizendo que aquele dinheiro é do munícipe de Feira, mas que Feira de Santana, enquanto  
555 executor, tem aquele valor da planilha apresentada anteriormente, no que seria o valor individual por município, que cada  
556 município passaria a dispor para execução. Fariam a vinculação, ela tinha sinalizado para Stela Souza, e identificar todos os  
557 municípios desses, com qual município tinham pactuado, se pactuou 100% para Feira de Santana, todos esses municípios  
558 ficariam no teto de Feira que teria que garantir o acesso a esses pacientes. Assinalou no slide o cenário de Itaberaba: Andaraí  
559 tendo duzentos e seis mil, ele só poderia dispor de setenta e seis mil a partir de dezembro, pois a portaria já está vigente desde  
560 dezembro. Os estados e municípios já receberam o recurso desde dezembro para essa execução. Explicou que o material  
561 mostrado estava região por região, município por município, e a única coisa que incluiriam para publicação da resolução CIB é  
562 que município seria o município executor. Resgatariam todas as pactuações feitas em CIR, para dizerem exatamente qual  
563 município seria o município executor, consideraria o que já vinha acontecendo nas regiões de saúde, o que tivesse sido  
564 pactuado seria mantido como executor. Pediu para colocar a região Oeste no slide, por ser crítica, na região de Barreiras oito  
565 municípios não têm nenhum tipo de recurso. Barreiras tem um pouco de recurso e Cotegipe o recurso que dispõe por ano não  
566 cobre nem um paciente, que a média de cobertura de um paciente é de duzentos e oitenta reais. Explicou que o material que  
567 estava passando estaria disponível no site da CIB, com todos os arquivos, incluindo qual município seria o município executor,  
568 porque isso que a partir de agora teriam que cobrar do município que viesse a ser o executor. O executor seria o que os  
569 gestores pactuassem em CIR. Consideraria o que cada município tivesse pactuado em CIR, óbvio que se pactuasse o  
570 prestador, mas estivesse vinculado ao município executor, então não podia publicar resolução CIB com nome de prestador e  
571 sim com nome de executor. Lembrou que essa produção reflete o atendimento até maio de 2017, os municípios que tinham se  
572 organizado para ampliar ou iniciar a produção posteriormente a esse período, não estavam sendo considerados aqui, porque o  
573 Ministério da Saúde tinha feito um recorte, por isso que alguns municípios podiam visualizar aqui uma produção menor do que  
574 efetivamente estão fazendo hoje, mas isso era o reflexo do período que o Ministério tinha avaliado. Hoje não tendo mais  
575 discussão, estava posto e o que tinham para pagar a conta do glaucoma sendo de vinte e dois. Mostrou a região de Itabuna,  
576 que produzira um milhão e quatrocentos, corresponderia a receita de apenas quinhentos e quarenta mil. Itabuna assume um  
577 prejuízo de quase um milhão só da sua população, para dar continuidade à sua população, tem novecentos e doze mil de  
578 prejuízo. Valença é uma região que tem municípios que não tinham atendimentos e alguns que tinham poucos atendimentos.  
579 Ituberá e Igrapiúna são os municípios com o maior volume de produção, os demais com o volume muito pequeno. Explicou  
580 para Odilon Rocha que na região de Valença esses pacientes são atendidos em Itabuna, que tem duas unidades  
581 credenciadas, ou em Ilhéus, para onde faziam referência. Respondeu a Odilon Rocha que Valença não tinha, por isso que  
582 viam uma baixa produção, cabia de fato ao município encaminhar os pacientes. A região Sudoeste, o município de Brumado,  
583 que é executor, dos seiscentos e quatro mil produzidos, permaneceria para a população própria apenas duzentos e vinte  
584 quatro mil, apesar do município, enquanto executor, já estar recebendo o equivalente a novecentos mil, óbvio que esse valor  
585 não é em parcela única, ele tinha recebido um/doze avos deste valor. Precisavam pactuar que na verdade fora pactuado,  
586 trouxeram para homologação da CIB é a proposta do rateio por município de residência, considerando município executor  
587 pactuado em CIR, fecharem a publicação da resolução CIB para a próxima segunda-feira. Vitória da Conquista, de um milhão,  
588 quinhentos e noventa e nove, ficaria apenas com quinhentos e noventa e cinco mil para o município de residência, o maior  
589 valor no teto de Vitória da Conquista é da região de saúde de Vitória da Conquista e não do munícipe. Todas as CIR sem

590 exceção nenhuma tinham feito pactuação de quais seriam seus municípios executores, obviamente escolhendo o prestador  
591 vinculado ao município executor. **Odilón Rocha** perguntou se seria um resultado de pactuação e **Ana Paula Andrade**  
592 respondeu que ela estava trazendo ali o valor repassado pelo Ministério da Saúde, o valor produzido por cada município de  
593 residência, já que Ministério não trouxera nem traz isso em todas suas portarias de transferência de recurso, assim como não  
594 trouxera da mamografia e das demais portarias. A proposta de aplicação do corte que o Ministério está dando, se ela tivesse  
595 um milhão e o Ministério da Saúde só tivesse passado 37%, desse um milhão ela teria que dar 37% para todos que tivessem  
596 produzido esse um milhão, esse rateio ficaria com esse cenário mostrado no slide, por cada município de residência do que  
597 fosse produzido. Hoje não tinham nem recurso para atender quem está em tratamento, ela não estava nem discutindo o novo.  
598 Estava colocando que tem quase 63% a menor, para tratar quem está sendo cuidado e só estava recebendo 37%. **Stela**  
599 **Souza** ponderou que teria que controlar as falas, porque não só a mesa, mas outras pessoas estavam querendo falar e fazer  
600 algumas perguntas. Era um problema que eles vinham discutindo há um tempo e faria um breve relato da participação do  
601 COSEMS nessa discussão, sendo importante porque na época que tinha saído a primeira portaria, eles tinham ido para o  
602 CONASEMS, ela como membro da Diretoria do CONASEMS tinha participado de várias reuniões tratando desse assunto,  
603 buscando informações. O parâmetro usado pelo Ministério na época fora 1%, esse um que o Ministério estava utilizando ia de  
604 encontro ao parâmetro da própria portaria Ministerial, que era de um a três. Não sendo considerado o percentual de população  
605 negra que tem no Estado da Bahia, vários pontos que não tinham sido considerados pelo Ministério da Saúde. Tinha levado  
606 essa discussão, estudos para o CONASEMS, e ao sair a portaria de trinta e dois milhões, tinham participado de uma mesa de  
607 negociação junto com o CONASS e CONASEMS, que o Ministério aguardava esse pronunciamento deles. Trinta de outubro  
608 fora o prazo que o Ministério dera para entregar, ela estava em Brasília, eles tinham feito a proposta, a Bahia não ficaria com  
609 os cinquenta e nove, mas com quarenta e cinco milhões, não daria conta, mas seria muito mais amena a perda. O Ministério da  
610 Saúde não tinha considerado a proposta do CONASS e do CONASEMS e desconsiderando sua própria portaria publicada  
611 anteriormente, trazendo um valor menor que a primeira portaria. Deixou claro que o COSEMS Bahia sempre lutou e continuaria  
612 lutando e disse que quarta-feira próxima tem reunião de diretoria, tinham marcado audiência com o Ministro para tratarem  
613 deste assunto, teriam também reunião da diretoria do CONASEMS, na última reunião do CONASS ela estava, como membro,  
614 Jackeline e o Secretário José Antônio, estavam presentes e tinham visto as suas cobranças e cobrado também, e tinha sido  
615 dito que, como o Ministério colocara, o valor era menor. Era um relato fazia aqui na CIB, de chegarem e dizer a 67,3% da  
616 população que faz tratamento hoje que eles não teriam mais, estavam vendo que isso seria judicializado e os municípios teriam  
617 que atender de forma judicial, estavam falando dos pacientes em tratamento, todos os municípios têm pacientes novos  
618 aguardando na fila e esses pacientes novos sem previsão de nada. Essa previsão sendo de quem está em tratamento, 37%  
619 dos pacientes, mais nada que isso. Já começando a vigorar a portaria, tinham tido uma resolução CIB solicitando a suspensão  
620 da primeira portaria, ou seja, eles tinham ido para várias frentes, inclusive a CIB fazendo esse processo, o que precisavam hoje  
621 realmente era pelo menos começarem de algum lugar, enquanto estão resolvendo isso, porque a portaria já está vigente e não  
622 adiantava os municípios executores executarem mais que isso, porque não teria esse recurso, porque precisavam sair daqui  
623 com um posicionamento. Explicou que o colocado por Odilón Rocha era importante porque pelos valores que tinham ficado,  
624 muitos prestadores desistiriam de atender. **Odilón Rocha** colocou que isso é resultado de uma política que existia, onde havia  
625 atendimento na clínica de determinado local e também havia atendimento em cidades periféricas. Ele queria saber se nessa  
626 nova situação essas mesmas clínicas fariam o atendimento nos locais aonde iam anteriormente. Pela experiência que tinha, se  
627 concentrassem o atendimento na cidade onde estivesse a própria clínica, eles teriam mais ou menos 70% das pessoas que  
628 não iriam, assim terminaria a mesma coisa, não indo porque tem um custo, querendo TFD, transporte, querendo tudo. Não  
629 tendo, quem seria beneficiado novamente? A cidade onde tem a clínica, porque sobraria dinheiro. Na cirurgia eletiva eles  
630 tinham feito outro critério, estavam aqui fazendo esse critério, dando essa liberdade a quem fosse prestador, que ia no seu  
631 local, tem outras situação, municípios com dez mil habitantes, com um teto de cento e quarenta mil e tem município com dez  
632 mil habitantes com o teto de vinte mil, porque algumas vezes a clínica exigia algumas coisas, eles tinham passado dois anos  
633 com Ana Paula Andrade, para ter o controle das pessoas das clínicas que faziam consulta e não davam o remédio, quem  
634 comprava era o paciente. Eles vinham perdendo o pessoal, se estava dessa forma eles tinham temos culpa porque não tinham  
635 feito nenhum tipo de controle desse serviço que crescera de uma maneira exagerada. Queria saber se a clínica iria ao meu  
636 município novamente, porque ia e se instalava em qualquer lugar para fazer. **José Antônio Rodrigues** ressaltou que naquela  
637 altura não queria saber de mais nada, tinham que encaminhar no processo de solução e, para ser redundante, vinha falando  
638 desde o início de ano passado que eles tinham que estabelecer um protocolo e a maioria não concordava com o protocolo,  
639 porque tinham medo de perder o prestador. Então eles poderiam perder o dedo para evitar perder a mão ou o braço, que é o  
640 que está acontecendo agora. Passando rapidamente o que tinha acontecido com um pouco da sua experiência, ele fizera um  
641 primeiro protocolo, evoluíra para o segundo, tendo sido um grito geral dos prestadores, evoluíra para o terceiro protocolo, ainda  
642 mais restritivo, e por último, a partir do meado do ano passado, além do protocolo, passara a fazer perícia, através do Instituto  
643 dos Cegos. Assim, em nenhum momento ele chegara a ter 70% de não conformidade, isso não existe, disse ele. As não  
644 conformidades eram 20%, 30% e muitas vezes eram justificadas, algumas coisas tinham que provar a análise pericial estava  
645 incorreta e ele tinha que retornar com o paciente. Isso no primeiro momento, ele queria dizer isso com muito conforto, tinham  
646 eliminado e bloqueado muitas APAC e tirado muitos pacientes com base na sinalização dessas não conformidades, porém o  
647 número de pacientes entrantes era sempre maior que o número de pacientes que saíam, até porque tinha passado a ter uma  
648 oferta de serviço maior, nas outras clínicas tinham passado a fornecer o colírio, que é positivo. Agora estavam nessa situação  
649 dramática, e colocou que não tinha dúvida, no mês de novembro tinha conversado com um membro do Ministério Público  
650 Federal, porque eles queriam entender um pouco como era isso, fizera uma apresentação e disse que aquilo era um caos, o  
651 caos é associado ainda à irresponsabilidade maior, porque tinham tirado cem milhões do serviço e colocado esse valor em  
652 cirurgias de cataratas, em uma série de situações e perguntou se francamente eles estavam vendo as clínicas gritarem muito?  
653 Pelo menos os seus prestadores, ou mais da metade deles fazem os outros procedimentos que tinham sido beneficiados, eles  
654 pediriam para trocar, isso o que aconteceria e no meio dessa história, o paciente. Ele achava os cidadãos estão sendo vítimas  
655 desse processo, eles, município e Estado, qual o único lugar que restava recurso para poderem viabilizar esses pacientes? Na  
656 assistência farmacêutica, de alto custo, mas reconhecia que a SESAB não tem condição de atender isso com a velocidade

657 exigida. Então isso era problemático, porem era a única solução que ele via no curto prazo, respeitando todas as dificuldades  
658 que ele também teria, se estivesse no mesmo lugar. Citou o dia em que Ana Paula Andrade fizera a apresentação no  
659 COSEMS, em que ela estava muito otimista quanto ao colírio tipo três, ele tinha perguntado à pessoa que era responsável pela  
660 assistência farmacêutica, e ela respondera que só tinha dois mil vidros. Não é uma coisa tão fácil de ser feita, mas achava que  
661 precisava de gestos heroicos para isso poder ser feito, porque da parte dele faria um esforço imenso e restringir os outros  
662 procedimentos de oftalmologia, achava irresponsabilidade, hoje qualquer gestor, fosse de nível municipal ou estadual que  
663 estivesse ampliando os serviços de catarata, serviço dessa natureza porque aí estariam entre o menor e o maior, fatalmente  
664 teriam um encontro marcado com o Ministério Público para cuidar disso, fatalmente seriam vítimas de uma série de  
665 ajuizamentos, e ele às vezes acha que os ajuizamentos sempre têm o entendimento de que quem pode mais paga mais,  
666 acabava sobrando mais para o Estado que para o município. Então achava que tinham que fazer um movimento rápido. Deu  
667 exemplo, desde que isso tinha começado em 2011, ele nunca tinha sido otimista, que fosse dar certo, o que ele esperava do  
668 Ministério era que fizessem essa desgraceira toda, mas que aguardasse pelo menos quatro a cinco meses, que daria tempo  
669 para se organizarem isso não tinha sido feito. Da forma foi feita o MS retroagira, que é um absurdo, nunca vira uma coisa feita  
670 dessa forma, uma coisa que ele achava que valia como preposição, já que têm a proposta de dar o colírio tipo III, deu exemplo  
671 que dentro do seu cadastro já estava associando quem recebe só tipo III, quem recebe o II mais o III, como que vai acontecer  
672 isso, para onde encaminhar esse paciente. Isso eles tinham que checar rapidamente e que correrem para fazer o registro de  
673 preço do colírio tipo III, que não resolveria muita coisa. Não tinha dúvidas que perderiam prestadores, é um caminho  
674 inexorável, fosse qual fosse solução perderiam prestador, no interior dramático, na capital caos, interior ainda pior, então teriam  
675 que apresentar uma solução de curto prazo para pelo menos poderem encaminhar. Deu o exemplo, se o Estado pede registro  
676 de preço, de que maneira é com o colírio tipo III, tem centrais de distribuição, os multicentros são grandes, tem farmácias que  
677 são de referência que já distribuem medicação de alto custo, aqueles farináceos, alimentos de enzimas, etc.. Treinar pessoas  
678 de farmacêuticos para fazerem isso, ele poderia fazer, mas os municípios do interior não. Tinha conversado bastante com um  
679 amigo seu de São Paulo, que tem uma quantidade absurda de um hospital universitário com residência em oftalmologia e ele  
680 nunca tinha tido necessidade de contratar prestador, sempre usara assistência farmacêutica, porque tinha uma oferta de  
681 oftalmologista muito rica e grande, com ambulatório de manhã e de tarde. O Distrito Federal disse que não alcança 1% mesmo  
682 fazendo campanha, mas tem uma população diferenciada da baiana. Deu exemplo de sua tia que ele pensava que retirava seu  
683 colírio em uma clínica, mas ela tem plano de saúde que dão o colírio. Essas cidades do Sul algumas delas têm 40% a 50% das  
684 pessoas que não são SUS dependentes. O entendimento dele era que em prazo razoável podia dar o colírio tipo III, podendo  
685 evoluir para tipos I e II no futuro, no segundo semestre, porque teriam que se organizar minimamente para sobreviverem aos  
686 próximos meses sem sacrificar os pacientes. Ele achava que teria prestador seu que, sem ter paciente crescente, pediria  
687 descredenciamento, ele daria e tentaria concentrar em outros. Citou que haveria cidade que infelizmente teria que bancar o  
688 TFD. Em sua opinião originalmente, para dar acabamento a isso tudo, era esquecer que tinha programa de glaucoma, os  
689 municípios bancarem os médicos oftalmologistas que emitiriam a APAC, o laudo que fosse e voltar à situação antiga da  
690 assistência farmacêutica, bancavam a assistência e o Estado seria ressarcido pela assistência farmacêutica para os três tipos  
691 de colírios, ele só via essa solução para o futuro, por ser o único lugar que ainda tem orçamento e dinheiro. Enquanto isso,  
692 veriam em que daria essa judicialização. Perguntou se Ana Paula Andrade imaginava o que vinte e quatro milhões dava de  
693 colírio tipo III por ano, ele não tinha feito esse cálculo para seus pacientes, mas, já era um começo de uma saída. Já 18 de  
694 janeiro e todo mundo atrás dos colírios. Ele tinha parado para entender como é o processo, as clínicas compram para noventa  
695 dias ou conseguindo em noventa dias, ou uma coisa ou outra, e não comprariam porque não têm a garantia do recebimento.  
696 Essa situação estava posta, não adiantava mais 'dar murro em ponta de faca'. Explicou a Stela Souza que ele estava  
697 colocando isso porque seria melhor eles bancarem a assistência médica e o Estado bancar o colírio. Eles ficariam sem  
698 prestador em qualquer das situações e seria melhor bancarem, essa era a sua posição. **Raul Molina**, Secretário de Saúde de  
699 Cabaceiras do Paraguaçu lamentou e ponderou que às vezes teriam que fazer o papel de advogado do diabo, o Ministério não  
700 estava cumprindo o que colocara e escrevera na política, sua preocupação, no momento que pactuavam um negócio desse,  
701 não estavam sendo coniventes não, estavam em parte dando aval ao Ministério naquilo que ele fizera, e vissem o perigo de  
702 tudo isso. Por outro lado, a desassistência já estava instalada, aqui estava o Secretário de Saúde de Salvador que tem uma  
703 situação privilegiada. Deu o exemplo que estivera com o pessoal de Lauro de Freitas, e que eles têm quinhentos e cinquenta  
704 pacientes que Salvador atendia e já tinha sido comunicado que eles já tinham devolvido. Feira de Santana já começara a  
705 devolver os pacientes da região, vissem o caos que criado nisso tudo. Confessou que via o esforço imenso que estava sendo  
706 feito aqui, não entraria em detalhes, mas aquela coisa de por que caminho ir, não resolveria nada e continuavam cada vez  
707 mais no escuro, sem saída. Comentou que José Antônio Rodrigues trouxera uma proposta e Cássio Garcia lhe informara que  
708 tinham colocado na reunião do Grupo Condutor, no momento que estamos pactuando isso, estamos dando *ad referendum* ao  
709 que o Ministério fizera, a ilegalidade que estava fazendo no momento que tinham pactuado. Ele sinceramente era a favor de  
710 que não fosse somar, que para Salvador fosse mais que para todos os municípios que são executores, também seria a favor  
711 de que todos os municípios entrassem com uma ação conjunta, porque era o tipo de coisa que não dava colocar o 'amém'. O  
712 COSEMS da Bahia tinha falado com o Ministério, marcado audiência com o Ministro, se não se provara nada até hoje na  
713 auditoria sobre desvios gritantes aqui na Bahia como tinham visto em outros estados. Não são a favor de passar a mão na  
714 cabeça de ninguém. Se ele tivesse de fazer um encaminhamento aqui, não se sinto confortável enquanto membro da CIB em  
715 pactuar uma coisa que é ilegal e dentro da política, já traz no seu bojo um instrumento ilegal, porque destina uma coisa e paga  
716 outra. Às vezes tinham que fazer esse papel. Citou os colegas do Grupo Condutor que tinham discutido isso, um trabalho árduo  
717 que tinham feito, mas respeitando tudo isso, eles precisavam encontrar uma solução, independente de estarem buscando  
718 alguma coisa para melhorar a desassistência, ele achava que o tempo inteiro eles são judicializados, estava na hora de  
719 judicializar o Ministério, que escreve uma coisa e pratica outra. Se ele tivesse de fazer um encaminhamento, para se sentir à  
720 vontade e não fazer dissenso, a não ser que lhe convencessem de alguma outra coisa, ele faria concordando plenamente a  
721 proposta a curto prazo que o Secretário de Saúde de Salvador trouxera, mas era o tipo de coisa que aqui institucionalmente  
722 não estavam aprovando e sim pactuando. Perguntou se todos se sentiam à vontade para fazer isso? **Stella Souza** citou as  
723 pessoas que queriam falar Jackeline, Marcos Sampaio, Cássio e Alexandra de Ilhéus. Jackeline Bonfim, Secretária de Saúde

724 de Coribe, disse que todas as colocações são pertinentes, mas nós têm duas situações, uma que esses recursos que já estão  
725 encaminhados para os tetos dos municípios executores, se pactuassem iria, se não pactuassem iria da mesma maneira.  
726 Tinham que lembrar que tinham acabado de solicitar auditoria em OPM, por terem ficado sete anos com o recurso em teto de  
727 município e não fora executado. Ao seu entendimento por não ter tido produção, isso era só uma situação. A outra, que ontem  
728 no Grupo Condutor de Redes, tinham debatido e por diversas vezes, na ida do COSEMS a Brasília, Stela Souza fizera parte do  
729 Grupo de Estudo, no último CONASS estavam ela, Stela Souza e José Antônio Rodrigues e todas as vezes que tinham falado  
730 da situação da Bahia, chegando um ponto de já se sentirem os próprios ladrões, porque já não se deixava mais falar. Então  
731 são vários fatores, ela achava que teriam que atender 37% dos seus pacientes. A proposta de José Antônio Rodrigues é  
732 pertinente, para o Estado começar a ver como pode conduzir, tinham que sair daqui não com um encaminhamento único,  
733 judicializar também, porque a portaria não fora cumprida, então são três frentes: tinham que judicializar, tinham que pactuar  
734 porque o dinheiro já está entrando nos municípios e sinceramente se ela tem um ano com trezentos pacientes sem  
735 atendimento e eu poderia atender cem, tinham que fazer redução de danos e talvez fosse o momento deles, os municípios,  
736 também conseguem identificar se aqueles pacientes todos que eles têm realmente são pacientes que precisam do  
737 tratamento. Três linhas, fosse um encaminhamento da proposta para a SESAB garantir pela assistência farmacêutica, pactuar  
738 a divisão dos recursos de execução, porque se não esses recursos ficariam acumulados no teto dos executores, daí cairiam  
739 de novo no trauma que tinham caído com cirurgia eletiva, e o processo de judicialização do Ministério, dando conhecimento da  
740 situação ao Ministério Público do Estado da Bahia, porque eles seriam judicializados pelos pacientes. **Marcos Antônio**  
741 **Sampaio**, representante do Conselho Estadual de Saúde saudou a todos e colocou uma reflexão que precisavam fazer, e  
742 desde ontem que estava acompanhando a discussão, lá no Ministério Público inclusive tem outra marcada para o dia vinte e  
743 seis. Ponderou que em todas as propostas quem perde é a população, com essas propostas a população acaba ou bem  
744 prejudicada ou parcialmente prejudicada, de forma bastante agressiva, fazer o diagnóstico e não garantir o tratamento é algo  
745 perverso, suspender ou escolher quem vai merecer o tratamento ou não, é outra coisa perversa. Ele mesmo talvez não  
746 dormiria sabendo que alguém perdera a visão por ter escolhido quem deveria ser ou não ser atendido. Sabia que não era fácil  
747 estar no papel do Secretário e da Secretária, para fazer esse tipo de escolha, disse que tinha havido houve uma mudança na  
748 política e através de uma portaria o Ministério fizera dois movimentos, o primeiro, de cortar o recurso, e o outro de modificar a  
749 política que, para ser modificada tem um trâmite para acontecer. Então logo fazia a constatação de que está ilegal. Quando  
750 Ana Paula Andrade colocara aqui, que mesmo se pactuasse ou não o dinheiro iria automaticamente para os tetos dos  
751 municípios, quando Stela Souza coloca que tinha marcado a audiência com o Ministro da Saúde, ha todo um planejamento de  
752 ações feitas por esse Colegiado para buscar uma tratativa para que o Ministério pudesse retroagir, embora acreditando no  
753 pouco sucesso. Ainda assim achava bastante perigoso se colocar edital onde estariam com os secretários assumindo, através  
754 da pactuação, de que está sendo excluída boa parte da população e assumindo a desassistência que não foi os municípios  
755 que criaram. Colocou que estava tomando a ousadia, já que ele não é deste colegiado, fariam essa discussão lá no Conselho,  
756 mas a primeira alternativa que ele acreditava ser estratégica era não pactuarem, fazerem todas essas conversas a partir de um  
757 diagnóstico que não haveria a possibilidade de retroagir do Ministério, aí sim ele faria uma pactuação que certamente além de  
758 lhe sangrar, sangraria a população e também se fosse secretário municipal de saúde agora, já correria para seu conselho  
759 municipal, até para lhe cobrir e dizer, a proposta aqui aprovada já valendo, e esse sendo também outro instrumento que podia  
760 ajudar como instrumento de pressão. Achava que seria um caminho viável. Disse que a judicialização é um caminho que às  
761 vezes o final é muito demorado, estavam falando de vida de pessoas, queria saber se alguém ali na sala teria condições de  
762 mensurar quantas pessoas poderiam ficar cegas até que pudessem ter um sucesso no processo judicial. era positivo, mas  
763 todos enfrentariam a judicialização de qualquer forma, porque se ele necessitasse do colírio agora e tivesse que fazer uso,  
764 automaticamente judicializaria, como muitas coisas que às vezes o SUS nem cobre e as pessoas entram na justiça e se obriga  
765 a dar. Essa reflexão devia ser feita, até porque no momento que eles pactuassem primeiro a modificação da política, depois  
766 que pactuassem em estarem assumindo a desassistência automaticamente sim, seriam cúmplices dessa perversidade que  
767 estão fazendo com a população carente e negra do país. Agradeceu a todos e informou que o Conselho Estadual debateria  
768 esse processo no fórum específico. **Stela Souza** fez uma reflexão expondo, que primeiro: a portaria veio e no mesmo fórum  
769 fora rebatida e feita uma resolução CIB não aceitando sequer discutir, e encaminhada ao Ministério da Saúde. E declarou que  
770 a mesma não fora respeitada, vindo o valor menor do que o da portaria que fora questionada. Em segundo lugar: exemplificou  
771 que apenas o município de Salvador executa o valor designado pela portaria para toda a Bahia, Salvador tendo executado, no  
772 período 2016/2017, vinte e dois milhões de reais, o que está vindo agora para toda a Bahia. Em terceiro lugar: enquanto isso,  
773 todos, principalmente os municípios que não são executores - porque quem é executor recebeu recurso e está executando  
774 para a sua população, não está executando 100% mas está executando - os municípios menores estão todos desassistidos  
775 porque eles não são executores e não recebem um real e já foram barrados e não vão mandar paciente para nenhum  
776 município. Considerou como uma maldade muito grande esta situação, mas se tinham que ter lucidez para encontrar  
777 caminhos, pensou que, dos 417 municípios, 18 estão recebendo recurso e executando para eles, porque nesse momento nem  
778 sabem como vai atender à população referenciada. Salvador executava vinte e dois milhões de reais, para si próprio e região,  
779 94% apenas para ele. Hoje recebe oito milhões de reais, então está executando apenas para o próprio município, Feira de  
780 Santana está executando para si mesmo. Ela disse que estava seguindo a linha de pensamento de Jaqueline Bonfim, para  
781 redução de danos. Relatou que fora Secretária de Saúde de Eunápolis até a alguns dias antes dessa reunião, e que a  
782 população de Eunápolis está sendo atendida, mas os outros municípios não se sabia. Então solicitava que, quanto à cirurgia  
783 eletiva, o que neste mesmo fórum já fora dito anteriormente, se analisasse o quanto que se está barrando e brigando e que o  
784 tempo está passando, e o dia 31/12/2017 tinha chegado e não se cumprira a meta. Solicitou pensarem com lucidez, que  
785 fossem pelo menos os pacientes que estão com prazo de atendimento, prazo do colírio expirando, que se fizesse a triagem  
786 para todos os municípios que têm pacientes, porque fora buscado e comprovado que eles têm pacientes. Considerou que  
787 tinham que começar com os 37%, o CES devendo também chegar junto para amenizar, porque este é o papel do controle  
788 social, que até agora não está se movimentando em nada quanto a isso. Essa discussão não era recente, a questão do  
789 glaucoma fora levantada há quatro ou cinco meses, ela mesma já fizera mais de 20 viagens até Brasília para discutir glaucoma,  
790 isso está em todas as redes sociais. Informou que não era um questionamento, estava apenas pedindo ajuda e achava que

791 aceitar os 37% era pelo menos para os municípios terem acesso a algum atendimento, porque os 18 municípios apenas estão  
792 realizando para eles. Então os municípios executores, do pior para eles é o melhor, porque pelo menos estão conseguindo  
793 fazer um pouco, esta era uma reflexão que todos precisavam fazer. Segundo passo: Conselho; terceiro passo: judicialização;  
794 quarto passo: voltar ao Ministério da Saúde. Disse que na quarta-feira próxima estaria levando para Brasília, bem como o  
795 Secretário de Saúde do estado da Bahia também se comprometera levar essa questão, e falou que este seria o momento de o  
796 Secretário de Saúde do estado, junto com a Presidente do COSEMS irem para a mesma discussão. Levar todo o estudo e  
797 Ministério da Saúde teria que provar para esta Comissão mostrar como se pega 100% de pacientes e se diz que somente 37%  
798 estava doente, que então 63% era roubo, 63% dos pacientes glaucomatosos do estado da Bahia não existem. Devia ter escrito  
799 em algum lugar, alguma auditoria tinha que provar isso, porque tinha sido cortado 63%, um percentual muito grande. Então  
800 tinham que ter várias frentes e o apoio, e juntar as duas esferas locais e nesse momento juntarem as mãos e dizer que o povo  
801 não pode ficar cego, e com um agravante que inclusive ela tinha inserido na justificativa do COSEMS-Bahia, o percentual da  
802 população negra da Bahia, aprovado cientificamente que a população negra tem um índice maior de glaucoma realmente do  
803 que a população não negra, e o Ministério da Saúde não tinha acatado isso. A Portaria do Ministério da Saúde tem um  
804 parâmetro de 01 a 03 e o Ministério da Saúde colocou a Bahia com 01, então dando o menor índice para a Bahia, não  
805 considerando a população negra, não aceitando nenhuma argumentação da Bahia e não considerando sequer a produção. Se  
806 a Bahia produzia cinquenta e nove milhões de reais, colocar de repente vinte e dois milhões de reais, inclusive com os novos,  
807 claro que isso não é verdade. Considerou também que tinham que liberar isso, porque os municípios executores estão  
808 recebendo e precisavam que os municípios menores conseguissem mandar os seus pacientes ou se eles mandariam, como  
809 fora dito por Odilon Rocha, para o TFD e achando que o prestador não mais faria mutirão porque não teria dinheiro para isto,  
810 mas de alguma forma os pacientes da Bahia tinham acesso. O Presidente do CES-BA, **Ricardo Mendonça**, esclareceu que  
811 quando há mudança na política ela tem que ser aprovada nos conselhos e há uma mudança de política clara e isso não é uma  
812 questão do Conselho Estadual de Saúde e sim uma questão que governo federal vem ultrapassando os limites e não está  
813 sendo aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Então já fora cobrado em reunião com o Presidente do Conselho Nacional  
814 de Saúde, juntamente com o Secretário Estadual de Saúde, que inclusive tinha feito várias cobranças ao CNS, diretamente ao  
815 Presidente do CNS, Ronald Ferreira dos Santos. Considerou a fala do conselheiro estadual de saúde Marcos Sampaio muito  
816 válida, que pontuou a importância de levar a discussão para os Conselhos Municipais de Saúde. Ressaltou que se os  
817 secretários municipais pactuassem a proposta estariam validando uma coisa que tinha sido modificada, estariam assumindo  
818 essa questão e essa discussão trata de vidas. **Cássio Garcia** informou que, como já tem uma Resolução CIB, de dezembro de  
819 2017, não concordando, já podiam considerar então que o estado da Bahia não quer e que já tinha reafirmado, através da  
820 Bipartite, que não concorda com a Portaria do Glaucoma e isso fora colocado em outros espaços, como no CONASS.  
821 Ressaltou também que a primeira proposta viera através do Conselho de Oftalmologia Brasileiro, que dizia que é 1% da  
822 prevalência, enquanto todos os estudos colocam que de 39 anos acima é de 2% a 4%, sabendo que tem um percentual a mais  
823 para população negra, tudo isso já fora colocado, mas sem terem sido respeitados. Assim, a CIB já dera o seu posicionamento  
824 e encaminhado de se reduzir o dano e tendo sido reafirmado na Resolução que o estado da Bahia está totalmente em  
825 desacordo com a Portaria do Glaucoma, mas para evitarem um prejuízo ainda maior, tinham feito a repactuação do financeiro,  
826 a fim de minimizar, não minimizaria, mas pelo menos não estariam discutindo o que tinha passado. Respondeu ao Secretário  
827 Municipal de Saúde de Salvador, José Antônio Rodrigues, com relação à proposta do estado, que nada é imediato, imediato é  
828 o recurso financeiro, sugeriu que se fizesse a auditoria, com a Polícia Federal que fosse, colocara isso por diversas vezes no  
829 CONASS e de imediato o que tinham a fazer era retomar o dinheiro que tinham, não tinha outra solução imediata, podia-se  
830 avaliar. Informou que participara também da Câmara Técnica e tinha visto que, a produção de São Paulo fora de vinte e sete  
831 milhões de reais, grande parte na capital e nos hospitais universitários. Se fosse tomar qualquer medida de colírio do tipo 03 no  
832 estado, e que não seria de imediato, só teriam condição de implantar em Salvador nesse primeiro momento e o resto do estado  
833 ficaria sem. Informou que avaliaria com a Assistência Farmacêutica e que precisaria também da ajuda do COSEMS, porque  
834 envolveria os municípios, teria custo para municípios também se houvesse possibilidades, e quando levava a proposta do tipo  
835 03 na reunião CIB anterior, o contexto era outro, tinha sido a primeira portaria, tinham uma perda menor, que já era impactante,  
836 então encaminharem nesse sentido. **Raul Molina** ressaltou que o colocado por Cássio Garcia ia na mesma linha do que fora  
837 posto anteriormente por Stela Souza, de que a CIB autorizaria a utilização desses recursos locados, referendando o que fora  
838 decidido na CIB de dezembro. **José Antônio Rodrigues** colocou que não tinha porquê e não tinha jeito a dar, e naquela época  
839 fora feita uma proposição que a princípio ele tinha concordado, do colírio tipo 03 e não tinha havido anuência dos outros pares,  
840 e o Estado tirara a proposta do colírio tipo 03. A Assistência Farmacêutica não teria mais prazo. **Cássio Garcia** falou que  
841 deixara bem claro que de imediato não tinha, de imediato tinha apenas o recurso. **José Antônio Rodrigues** disse que então  
842 não precisava de nada, se já tem a Portaria Federal, questionou porque então publicar uma resolução. **Cássio Garcia**  
843 respondeu que neste momento a Portaria não diz que utilizaria o recurso. **Ana Paula Andrade** apresentou uma tabela onde  
844 constam 08 municípios como, Brumado, Feira de Santana, Ilhéus, Santa Maria, Santa Luz, todos esses tendo um valor da  
845 Portaria do Ministério superior ao percentual da população em tratamento, população própria. O município Feira de Santana  
846 fizera um ofício sinalizando que, com a portaria, não mais autorizaria que continuasse sendo ofertado para os municípios  
847 circunvizinhos, através de serviços itinerantes, porque o recurso de fato não pagaria todo mundo, no volume, na velocidade e  
848 na quantidade que se tinha, mas também não podia dizer que ficaria com o recurso todo para si, porque se fosse observar,  
849 produzia sete milhões e oitocentos mil, da população própria é dois milhões e quatrocentos mil e recebe dois milhões e  
850 novecentos mil. Então questionou se permaneceria dessa forma, não querendo dizer quem é a referência de Feira de Santana  
851 e este município não poderia saber qual a quantidade que poderia autorizar para cada município circunvizinho. **José Antônio**  
852 **Rodrigues** colocou que, quanto a isso, ele compreendia, porém imaginou que, para poder dar outro passo, primeiro quanto à  
853 manifestação a respeito de município da Região Metropolitana, não tivera nenhum, não colocara nenhum, mas também não  
854 tinham tirado nenhum município. Então essa posição se porventura Feira de Santana tirasse, mas ele, como gestor, não tirara  
855 nenhum município, porque existe uma insegurança e já havia colocado anteriormente, não admitiria nenhum paciente novo,  
856 nem da capital, nem de nenhum outro lugar, enquanto não resolvessem isso. Então, para restabelecer a verdade, informou que  
857 não tinha mandado ofício para nenhum município suspendendo nada e continuava com todos os seus pacientes. Colocou que,

858 olhando para frente, não para fevereiro e março, o único local onde se podia ter expectativa para abrir esses pacientes novos é  
859 a Assistência Farmacêutica. Então precisavam de algum compromisso para dizer que não dá para o momento, mas que podia  
860 dar para o segundo semestre, para que se reorganizasse no reestabelecimento de pacientes novos ou não. **Ana Paula**  
861 **Andrade** informou o que Cássio Garcia dissera, de que o Estado tem um cenário que se fizera inclusive a proposta de  
862 assumirem a terceira linha e inclusive quando fossem associados os de segunda e terceira linhas, se tinha um déficit de vinte e  
863 sete milhões de reais, hoje existindo um déficit de trinta e sete milhões de reais, então quase dez milhões de reais a mais.  
864 **Stela Souza** questionou se quanto ao colírio o valor é repostado e **Ana Paula Andrade** respondeu que não é reembolsado pelo  
865 Ministério da Saúde, a primeira e segunda linha não têm qualquer tipo de reembolso. **Stela Souza** ressaltou que se tratava da  
866 primeira e segunda linhas, mas o que José Antônio Rodrigues falara tinha sido sobre terceira linha. Falou também que se  
867 precisava liberar para os municípios menores terem acesso ao tratamento imediatamente. Feira de Santana mandara o ofício,  
868 suspendera o de todos e com razão. A região não sabe para quem executar e está toda descoberta, então está atendendo aos  
869 seus pacientes, a outra questão é constar na resolução que se continuaria com o mesmo posicionamento da CIB de dezembro,  
870 não concordando com essa Portaria e terceiro, se fazer imediatamente o estudo, SESAB junto com COSEMS, sobre a o colírio  
871 terceira linha, o que para Salvador inicialmente se conseguisse até, talvez, resolver mais rápido, mas os municípios menores  
872 do interior teriam dificuldade em receber esse colírio e isso preocupava e não se podia contar com uma coisa que não seria  
873 muito viável no interior da Bahia nesse primeiro momento. Mas valia a pena se fazer um compromisso para o mais rápido  
874 possível tentar encontrar isso. **Cássio Garcia** esclareceu que o estado não tem como, pois teve uma portaria em dezembro,  
875 daí sai outra em janeiro cortando mais ainda, para Salvador talvez se conseguisse mais rápido, até junho ou agosto, mas e o  
876 restante do estado? Propôs fazerem um estudo para talvez até na CIB próxima levar alguma proposta de prazo porque isso  
877 envolveria muita coisa, sendo vários exames diagnósticos, logística para entrega de colírio, uma série de fatores que tinham  
878 fazer com cuidado. **Stela Souza** prosseguiu, colocando a pactuação e foi **aprovado**. **Cássio Garcia** colocou que deveriam  
879 também discutir sobre Mamografia e Citopatológico, por ter havido migração FAEC para MAC, e isso atingia a todos os  
880 municípios também. **Ana Paula Andrade** apresentou sobre mamografia e informou para todos que tinha saído a Portaria  
881 015/2018 em 13/01/2018, que transfere também do FAEC para o MAC as mamografias, o exame citopatológico e o QualiCito,  
882 então precisaria também de outra resolução, publicar com a mesma lógica que se publicara a do Glaucoma, porém essa sem  
883 nenhum problema com relação ao financeiro, 100% do que fosse produzido o Ministério da Saúde tinha repassado, por isso  
884 que frisara bem que o único problema tinha sido quanto à Resolução do glaucoma, em nenhuma outra resolução teve redução  
885 no repasse por parte do Ministério da Saúde. **Kalile Lemos**, de Ituaçu, falou que quando fosse marcar a mamografia, como é  
886 de costume fazer todo mês e o prestador dissesse que suspenderia porque houve uma mudança na portaria e que não estaria  
887 recebendo recurso e que apenas prestaria serviço para Barra da Estiva e suspendesse toda a região? **Ana Paula Andrade**  
888 pontuou que mais do que nunca se precisava pactuar para que se retornassem as atividades nessa região. Informou que não  
889 fora dada nenhuma orientação de suspensão, mas assim como a Portaria 3.011, a 015/2018 também define o período de um  
890 ano, mas diferente, essa de agosto de 2016 a julho de 2017 para que esses 03 procedimentos migrem do FAEC para o MAC e  
891 fora feita uma avaliação da série histórica desses 03 procedimentos: controle de qualidade, citopatologia e mamografia.  
892 Lembrou que é a mamografia de rastreio, porque a mamografia bilateral já tem no Teto MAC. Os efeitos dessa portaria começa  
893 a entrar em vigor a partir de fevereiro de 2018, então até janeiro de 2018 ainda é FAEC, a portaria 015/2018, de 03 de janeiro,  
894 informa que será a partir de fevereiro, mas ainda não é MAC, permanece FAEC. Disse que sairia resolução CIB, daí todos os  
895 municípios teriam conhecimento de que a partir de fevereiro eles teriam esse Teto para executarem e apresentou também o  
896 cenário, por município gestor da produção, quantos procedimentos tinham sido feitos, quantos para exame citopatológico e  
897 para mamografia, já que QualiCito está relacionado apenas ao CICAN. Então só o Estado fizera e com uma produção bastante  
898 ínfima, seria melhor nem ter tido produção, mas se tem as cotas, quantidade física e financeira, por município executor e qual o  
899 valor total que será incorporado a partir de fevereiro no Teto desses municípios executores. Quanto à gestão estadual,  
900 apresentou planilha que demonstra o que só ela faz e a QualiCito com apenas 07 procedimentos que o CICAN realizou e tendo  
901 vários problemas no sistema da informação, mas isso o Ministério da Saúde não levaria em consideração. Não havendo  
902 registro, não teria repasse de recurso, mas tendo uma produção de um milhão cento e quarenta e três mil para mamografia de  
903 rastreio, que equivale à 7.900.000, para mamografia o Teto para o Estado fora onze milhões e oitocentos mil, desses,  
904 7.900.000 permanecendo sob gestão estadual, que na verdade, em função das unidades móveis de rastreio tem um volume  
905 grande de produção. Explicou que, assim como fora feito com glaucoma, seria também para a Portaria 015/2018, o recurso que  
906 fora produzido para Alagoinhas, enquanto município executor, fora vinte e nove milhões e seiscentos mil, porém da população  
907 de Alagoinhas fora de 96.48% e a Resolução CIB consolidaria todos os municípios de residência e teriam uma Resolução CIB  
908 constando qual o valor que ficaria para ser pactuado com o município de referência e esse seria um trabalho para se fazer com  
909 o a APG e a Programação mesmo, como o município de Uma, que pactuaram citopatológico com Itabuna, mas se tiver na  
910 produção de Salvador sendo feita a leitura citopatológica para o próprio município, o recurso da população de UNA estaria  
911 concentrado no município de Itabuna, porque tinha sido com Itabuna que Una tinha pactuado o citopatológico, daí Salvador,  
912 que antes abria porta porque era FAEC, então não controlava pelo VIDA, passaria agora a programar no VIDA e dizer que UNA  
913 não poderia mais ter acesso ao citopatológico lá, já que não tinha ficado nenhum recurso programado de UNA para  
914 citopatológico em Salvador. A mesma coisa ocorreria com mamografia, então se tem um município que consta na referência  
915 pactuado e todos tendo pactuado, tanto citopatologia quanto mamografia, isso já estava bem definido na PPI, então usariam as  
916 pactuações vigentes na PPI para alocação do recurso, Assim, estariam reforçando para os municípios executores qual seria o  
917 recurso da sua população referenciada, para não negar o acesso, o que tinha ocorrido com Barra da Estiva recentemente e  
918 que nem deveria, a partir de primeiro de fevereiro ele já teria inclusive a quantidade física e o valor financeiro que estará no seu  
919 Teto para garantir o atendimento e não ter interrupção da região, o que podia acontecer, se o recurso fosse, dentro dessa série  
920 histórica, menor do que ele vinha praticando atualmente, ele adequaria ao que vem fazendo, mas o que se avaliava para as  
921 unidades fixas é que não existe uma irregularidade na produção, dentro desta série histórica, para todos os meses tem uma  
922 produção compatível com a capacidade instalada dos prestadores, diferente dos serviços das unidades móveis. O que quisera  
923 deixar registrado, onde ocorreu que a programação que se tem atualmente é para rodar todas as regiões no prazo de dois  
924 anos, então a cada dois anos o Ministério da Saúde indica que se tinha que voltar àquela mulher que precisa novamente fazer

925 mamografia para fazer rastreio, então com o recurso que o Ministério da Saúde está aportando, não se teria condição de fazer  
926 isso em dois anos, por ter tido uma redução de 50% do valor que efetivamente hoje precisa para executar o serviço. Não fora  
927 um problema do Ministério da Saúde nesse momento porque o rastreio é feito em pactuação em CIR, então a SUREGS  
928 depende dos municípios para executar o serviço. Como o Ministério da Saúde pega um período que fora desfavorável para o  
929 estado, o período de outubro de 2016, de eleição municipal, até julho de 2017, então ele pegou o período de outubro de 2016  
930 até março de 2017 onde 03 meses de finalização de gestor municipal e 03 meses de início de gestão, quando se faz a soma  
931 desses 06 meses o estado processou nesse período, seiscentos mil e a média de produção dessas unidades é de um milhão  
932 por mês, então por esse fato se percebia o tamanho do prejuízo que teriam. Isso iria inevitavelmente diminuir, provavelmente a  
933 periodicidade do rastreio nas regiões de saúde, já se deixara registrado isso em CIB, porque quando não se conseguisse  
934 programar que o rastreio continuasse na velocidade que ele estava, é exatamente pela questão da alimentação financeira.  
935 Informou também que a proposta da Resolução é, considerando as pactuações vigentes, se descentralizaria o recurso vindo da  
936 Portaria para o município executor, quanto a PPI vigente recuperaria o pactuado por referência de mamografia e por referência  
937 de citopatológico e distribuiria esses recursos. E os municípios executores dariam acesso a esses pacientes. Apresentou a  
938 Stela Souza um questionamento do gestor de um município, se abriria a PPI para repactuar esses procedimentos da  
939 mamografia e do citopatológico e que adiantara que tem um recurso migrando do FAEC para o MAC, onde tem o município  
940 executor, e pegaria o município de residência e faria semelhantemente ao que fora feito no glaucoma, com a diferença que o  
941 glaucoma tem corte e esse não tem corte, 100% da produção migraria para programação na PPI, considerando os municípios  
942 de referência pactuados na PPI, tanto para mamografia quanto para citopatológico. **Stela Souza** ressaltou que a mamografia  
943 também tem no Teto MAC, não sendo apenas FAEC, já fora migrada em outro momento, tem memória de cálculo e das  
944 migrações para juntar tudo e mostrar de quem era, quais os municípios e quanto cada município tem acesso e isso seria  
945 reprogramado, já que agora não é mais FAEC. **Ana Paula Andrade** disse compreender nesse momento, qual o  
946 questionamento do gestor, que gostaria de saber se abriria para os municípios. Respondeu que não precisa abrir para os  
947 municípios, assim como glaucoma, ele entraria na programação feita pela APG, considerando que é Resolução CIB a definir,  
948 então se tinha a programação de mamografia no MAC de mil mamografias e estava se recebendo mais recurso para terem  
949 mais duas mamografias. Então passavam a ter três mil mamografias no teto e citopatológico não tinha. Então é uma  
950 programação nova, mas que não abriria, para os municípios fazerem isso seria feito pela área da APG, não precisaria abrir  
951 para cadastro dos municípios. **Ofélia Araci**, do município de Serrinha, questionou se 22 e 23 seria a primeira rodada da  
952 Macrorregião Centro-Leste, mas como seria se ela desejasse redistribuir num município mais próximo. **Stela Souza** respondeu  
953 que na CIR ela poderia fazer isso, até porque é uma migração que está sendo feita agora. **Ofélia Araci** disse que tinha  
954 compreendido. **Stela Souza** solicitou a aprovação da proposta. Falou que antes de passar para o ponto de Cirurgia Eletiva,  
955 que a apresentação seria bem rápida para todos verem como realmente a execução fora prejudicada pela demora nas  
956 discussões, tinha sido seis meses para definirem como seria cirurgia eletiva, então disse e tinham que ser mais proativos e  
957 tentarem agilizar, como nesta reunião se resolvera o glaucoma, continuarem tomando todas as providências, mas também  
958 dariam acesso aos municípios para que eles enviem seu pacientes. **Ana Paula Andrade** fez uma ressalva de que esta  
959 apresentação fora uma prévia da execução, já que se tem ainda o processamento de dezembro que ainda está em curso,  
960 então podia ser que tivesse alguma alteração, acreditando que não, pelo processo que fizera de processo autorizativo, mas,  
961 ainda tendo a possibilidade de reproprocessamento. Lembrou para os municípios executores que o Ministério da Saúde, através  
962 da vídeo conferência na CIB de novembro/2017, dera a prerrogativa dos municípios executores e com recurso no seu Teto,  
963 poderem reproprocessar onde os municípios que tivessem batido o Teto MAC o Ministério da Saúde não permitiria que  
964 substituísse o MAC pelo FAEC, mas batendo o Teto MAC, podia processar o excedente do MAC pelo FAEC, então estava  
965 aberto o reproprocessamento para melhorar o desempenho desses municípios. **Stela Souza** questionou se o paciente que não  
966 está na lista pode ser reproprocessado e **Ana Paula Andrade** respondeu que o Ministério da Saúde, na última reunião do  
967 Ministério, abriu mão da exclusividade do paciente 100% na lista, então tinha percebido que tem fragilidades em alguns  
968 sistemas no Brasil, então permitiu que pudesse se trazer pacientes que não estavam no primeiro momento na lista para serem  
969 utilizados no reproprocessamento também. O Ministério da Saúde estaria atento e a partir de julho/2017, que seria quando a  
970 Portaria estaria vigente, apesar da Bahia ter pactuado em CIB a tabela e os valores a partir de setembro, mas o  
971 reproprocessamento está aberto a partir de julho/2017. Também chamou a atenção que, fazendo esse procedimento, ele  
972 conferiria se o Teto MAC não tivera queda, ele não permitiria a substituição de financiamento, ressaltou para que não fizessem  
973 o reproprocessamento sem ter a certeza que a média de MAC era 1.000 AIH por mês e desde quando começaram as cirurgias  
974 eletivas, tem uma série histórica comprovando que a realização de 1.500, 1.200, 1.400, superior a 1.000, e permite que se  
975 reprocessasse, transferindo as faixas de MAC para FAEC. E esse reproprocessamento levaria um cenário diferente de execução, o  
976 que precisava ficarem cientes é que os municípios que fossem fazer isso precisariam oficializar, já que o sistema de  
977 autorização de AIH ou de APAC está totalmente controlado na sua liberação de faixa numérica, mas para isso bastava o gestor  
978 enviar um ofício informando que vai reproprocessar e que precisa de X faixas de AIH ou X faixas de APAC, porque tem um volume  
979 de produção, que na ocasião processou como MAC e hoje quer processar como FAEC, essa é uma alternativa que o gestor  
980 tem. Lembrou também que, quanto à distribuição do recurso, tinha sido doze milhões na primeira fase, dois milhões na  
981 segunda pactuação, três milhões ainda na segunda pactuação, porém para os municípios que receberam 6 avos do Ministério  
982 da Saúde, que precisaram devolver, totalizou dezoito milhões e quinhentos mil que o estado tinha. Apresentou a Resolução  
983 CIB 235/2017, que definiu a última pactuação, trazendo todos os cenários de distribuição por município, de distribuição por  
984 município de residência, quanto ficou para cada um executar. E quanto ao cenário da execução, apresentou na tabela abaixo,  
985 onde tem a grande maioria dos municípios sem conseguir executar, então disse que seria mais fácil sinalizar os municípios que  
986 tiveram mesmo que baixa execução, mas que tiveram ainda alguma execução.



MUNICÍPIO EXUTOR	RECURSO PACTUADO	RECURSO EXECUTADO	DIFERENÇA (Pactuado - Executado)	% Execução
ALAGOINHAS	1.671,16	-	1.671,16	-
ARACI	2.348,73	-	2.348,73	-
BARREIRAS	396.602,33	-	396.602,33	-
BOM JESUS DA LAPA	7.267,14	-	7.267,14	-
BRUMADO	47.757,09	43.516,87	4.240,22	91,12
CACULÉ	98,44	-	98,44	-
CAETITE	143.510,57	61.208,10	82.302,47	42,65
CAMAÇARI	72.265,24	-	72.265,24	-
CANAVIEIRAS	104.352,72	-	104.352,72	-
CANDEIAS	74.027,39	-	74.027,39	-
CANSANÇÃO	4.087,35	-	4.087,35	-
CARINHANHA	14.126,31	-	14.126,31	-
CATU	2.224,79	-	2.224,79	-
CONCEIÇÃO DO ALMEIDA	2.154,53	-	2.154,53	-
CORIBE	50.777,09	2.335,96	48.441,13	4,60
CRUZ DAS ALMAS	4.434,65	-	4.434,65	-
DIAS D'ÁVILA	52.310,61	44.227,69	8.082,92	84,55
EUCLIDES DA CUNHA	476,83	-	476,83	-
EUNAPOLIS	788.077,56	43.423,24	744.654,32	5,51
FEIRA DE SANTANA	512.977,80	-	512.977,80	-
FILADELFA	42.461,44	9.270,20	33.191,24	21,83
GANDU	5.640,42	-	5.640,42	-
GUANAMBI	36.982,44	-	36.982,44	-

987

MUNICÍPIO EXUTOR	RECURSO PACTUADO	RECURSO EXECUTADO	DIFERENÇA (Pactuado - Executado)	% Execução
IAÇU	82.329,07	17.746,98	64.582,09	21,56
IBIASSUCÉ	48.881,71	-	48.881,71	-
IBIRATAIA	49.217,58	-	49.217,58	-
ILHEUS	297.283,87	-	297.283,87	-
IPIRÁ	7.682,44	-	7.682,44	-
IRECÉ	162.433,58	157.937,95	4.495,63	97,23
ITABERABA	1.330,10	-	1.330,10	-
ITABUNA	109.548,20	-	109.548,20	-
ITAMARAJU	189.995,19	-	189.995,19	-
ITAPETINGA	86.919,40	-	86.919,40	-
ITIUBA	42.016,79	30.305,82	11.710,97	72,13
JACOBINA	148.277,37	29.508,82	118.768,55	19,90
JAGUAQUARA	83.985,74	3.621,96	80.363,78	4,31
JEQUIÉ	252.039,88	13.875,59	238.164,29	5,51
JUAZEIRO	157.079,03	-	157.079,03	-
LAURO DE FREITAS	17.583,08	-	17.583,08	-
LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA	5.045,88	-	5.045,88	-
LUIS EDUARDO MAGALHÃES	234.227,84	150.323,75	83.904,09	64,18
MACAUBAS	9.298,46	-	9.298,46	-
MADRE DE DEUS	6.263,42	-	6.263,42	-
MARACÁS	141.963,78	77.537,57	64.426,21	54,62
MATA DE SÃO JOÃO	114.180,77	-	114.180,77	-

988

MUNICÍPIO EXUTOR	RECURSO PACTUADO	RECURSO EXECUTADO	DIFERENÇA (Pactuado - Executado)	% Execução
MONTE SANTO	12.762,10	-	12.762,10	-
MORRO DO CHAPÉU	50.336,34	15.920,33	34.416,01	31,63
MURITIBA	181,17	-	181,17	-
NOVA VICOSA	4.002,45	-	4.002,45	-
PAULO AFONSO	425.698,58	355.579,00	70.119,58	83,53
PINDOBAÇU	16.188,17	-	16.188,17	-
PORTO SEGURO	183.651,10	30.221,00	153.430,10	16,46
PRADO	51.641,42	28.600,60	23.040,82	55,38
SALVADOR	2.120.111,75	393.791,12	1.726.320,63	18,57
SANTALUZ	13.307,61	6.927,06	6.380,55	52,05
SANTO ANTONIO DE JESUS	29,57	-	29,57	-
SÃO DESIDÉRIO	3.637,77	-	3.637,77	-
SÃO FELIX	77.618,61	76.983,24	635,37	99,18
SÃO FELIX DO CORIBE	3.374,21	1.522,90	1.851,31	45,13
SAPEAÇU	3.522,82	-	3.522,82	-
SENHOR DO BONFIM	8.057,54	-	8.057,54	-
SERRINHA	83.822,59	-	83.822,59	-
SIMÕES FILHO	9.677,25	-	9.677,25	-
STA MARIA DA VITORIA	75.970,25	21.740,02	54.230,23	28,62
STO ESTEVÃO	32.001,68	-	32.001,68	-
TEIXEIRA DE FREITAS	144.230,76	50.018,00	94.212,76	34,68
TUCANO	1.765,05	-	1.765,05	-

989

MUNICÍPIO EXUTOR	RECURSO PACTUADO	RECURSO EXECUTADO	DIFERENÇA (Pactuado - Executado)	% Execução
VITORIA DA CONQUISTA	1.806.307,99	75.601,55	1.730.706,44	4,19
XIQUE XIQUE	52.320,08	15.759,96	36.560,12	30,12
GESTÃO ESTADUAL	8.658.587,21	4.118.683,37	4.539.903,84	47,57
<b>TOTAL</b>	<b>18.529.261,76</b>	<b>5.876.188,65</b>	<b>12.653.073,11</b>	<b>31,71</b>

990

991 Brumado, dos 47.000, conseguiu executar 43.000, então executou 91% do recurso, e assim ela apresentou os percentuais de  
992 execução de cada município, de acordo com as tabelas acima e finalizou, apresentando a gestão estadual ,com 47,57% de  
993 execução do recurso. Disponibilizou a apresentação da execução por município executor e por município encaminhador para  
994 que todos pudessem ter o conhecimento, a exemplo de Brumado que, de 43.000 da população própria, executou praticamente  
995 só 100% da população própria, mas não usou em nenhum momento, que fora a sua preocupação, recurso dos outros  
996 municípios encaminhadores. E demonstrou municípios que de fato deram acesso aos municípios encaminhadores, como  
997 Brumado, que apenas executou a população própria, mas outros que garantiram o acesso conforme tinham pactuação em CIB,  
998 do montante financeiro que estava pactuado, a grande maioria dos municípios não tiveram a execução financeira, a exemplo  
999 de Feira de Santana e outros municípios importantes, como Ilhéus. **Stela Souza** perguntou que soubera que 31/12/2017 tinha  
1000 encerrado a execução, não tinha havido prorrogação e não haveria, porque já tinham dito que a modalidade esse ano seria  
1001 outra. Questionou quanto ao faturamento, até quando poderia reprocessar e deu um exemplo de um município que executou  
1002 fora da lista, ao executar fora da lista, não entrou como produção, ele reprocessaria e entraria como produção, o  
1003 reprocessamento começaria de julho, então questionou se abriria mês a mês e como fazer. **Ana Paula Andrade** considerou  
1004 que isso devia ser inclusive pactuado na CIT, porque o Ministério da Saúde abre o reprocessamento, mas não abre o prazo de  
1005 até quando pode fazer reprocessamento, então esse é um prazo que não sabia dar detalhes. **Stela Souza** perguntou também  
1006 se a avaliação da cirurgia eletiva seria em março, quanto ao prazo final para prestação de contas. **Ana Paula Andrade**  
1007 respondeu que sim e explicou que seria em março porque este é o último prazo para processar dezembro e se considerar que  
1008 o último prazo é março pela lógica que o Ministério da Saúde vem usando o último prazo, até para que fizesse um encontro de  
1009 contas e soubesse o que se tem para pagar ou o que sobraria ou não de recurso, seria março. Mas essa não é uma data o  
1010 Ministério da Saúde lhe dera, falou que buscaria essa informação e levaria para o COSEMS socializar com os municípios.  
1011 Informou que dia 19/01/2018 já veria com o Ministério da Saúde e passaria para os municípios. Finalizou, apresentando a  
1012 relação de execução por procedimento, o que remontou a 1.700.000 por parte dos municípios e quais os procedimentos e os  
1013 valores financeiros, pela gestão municipal e pela gestão estadual, e demonstrou quais os procedimentos realizados pelo  
1014 estado, também com o valor físico e financeiro. **Stela Souza** perguntou se tem de todos e **Ana Paula Andrade** respondeu que  
1015 sim, todos os municípios. Informou que apresentou uma planilha onde tem o detalhamento do que cada município fez e para  
1016 quem fez. **Stela Souza** informou que a CIB colocaria no site e o COSEMS também. Em seguida, a Senhora Coordenadora  
1017 Adjunta agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, informando a próxima reunião para o dia 01 de  
1018 fevereiro de 2018, às 14 horas. Não havendo mais o que tratar, após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria  
1019 de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo (Andressa Braga, Michele Torres, Naiara Brandão e  
1020 Silvana Salume), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos  
1021 Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 18 de janeiro de 2018.

1022 Fábio Vilas Boas Pinto \_\_\_\_\_  
1023 Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
1024 Ivonildo Dourado Bastos \_\_\_\_\_  
1025 Suplente: Alexandre dos Santos Miranda \_\_\_\_\_  
1026 Cássio André Garcia \_\_\_\_\_  
1027 Suplente: Maria Alcina Romero Boullosa \_\_\_\_\_  
1028 Ana Paula Dias de Santana Andrade \_\_\_\_\_  
1029 Rivia Mary de Barros \_\_\_\_\_  
1030 José Antônio Rodrigues Alves \_\_\_\_\_  
1031 Maria Rosania de Souza Rabelo \_\_\_\_\_  
1032 Raul Moreira Molina Barrios \_\_\_\_\_  
1033 Odilon Cunha Rocha \_\_\_\_\_