

Ao primeiro dia do mês de fevereiro do ano dois mil e dezoito, no Auditório da União dos Municípios da Bahia – UPB, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos membros 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, Rivia Mary de Barros, Odilon Cunha Rocha e dos suplentes: Adil José Duarte Filho, Hassan Iossef, Maria Alcina Romero Boullosa, Maria Rosania de Souza Rabelo, Charles Pereira de Souza e Luiz Pinho Resende. Às 14 horas e 30 minutos, havendo número legal, **Stela Souza** declarou aberta a sessão, lembrando que esta CIB foi antecipada, pois estava programada para o dia 15/02, a quinta feira logo depois do carnaval, data que ficaria inviável, por isso foi remarçada para hoje. Relatou sobre uma reunião no Ministério Público Estadual para tratar do Glaucoma, tema que vem afligindo a todos e na reunião do COSEMS também foi informado sobre essa reunião, quais os encaminhamentos tomados e as providências que os municípios teriam que tomar até o dia 28 de fevereiro, dando início assim ao processo que COSEMS e SESAB ficaram incumbidos de realizar. Na oportunidade registrou a presença de Carlos Martel Guanaes, Promotor que conduziu a reunião, convidando-o para compor a mesa diretora da CIB, dando boas vindas, agradecendo a sua presença e ressaltando a importância do apoio do Ministério Público. **Martel Guanaes** cumprimentou a todos e disse ser um privilégio estar nesta CIB substituindo Rogério Queiróz, que geralmente acompanha as reuniões da CIB e encontra-se de férias. Comentou que essa questão em torno do Programa de Glaucoma e da redução proposta via decreto, pelo Ministério da Saúde, assombrava a todos, por isso o MP tinha tomado a iniciativa de convidar todos os parceiros e todas as pessoas que vão discutir esse assunto, e a sua presença aqui era para reforçar a necessidade de estarem todos juntos no debate dessa situação que aflige toda a população, todo o estado, todos os municípios e todos os baianos, um problema de saúde pública grave para todos, e desejou uma tarde produtiva, com boas discussões e bons encaminhamentos para esse assunto. **Stela Souza** colocou que na reunião do COSEMS, com a plenária lotada, algumas coisas tinham sido pactuadas e agora trariam o que tinha sido aprovado, por considerar importante, dentro da política, dentro da lei, para serem apresentadas as propostas de discussão, lembrando que o processo na CIB não é por quantidade de votos e sim pelo consenso ou dissenso. Registrou a presença do Conselheiro Marcos Sampaio, representando o CES, e de Isadora, Assessora Jurídica do COSEMS, que no momento está na posição de representante do CES, onde também é membro. Relatou que o Conselho Estadual de Saúde faz um acompanhamento das discussões da CIB, esta fora uma decisão da plenária do CES e a CIB acatara. Dando prosseguimento, colocou em aprovação a Ata da 255ª Reunião Ordinária, encaminhada por e-mail aos membros da CIB, e foi **aprovada à unanimidade**. Na sequência passou a palavra para **Fátima Valverde** efetuar a leitura dos expedientes encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação. **Informes: 1.1 AUDITORIA SUS/BA** informa que, após auditoria realizada nas empresas abaixo, disponibilizará links do relatório, despacho e publicação no DOE: - CRV Serviços Médicos Especializados Ltda – ME, no município de Salvador, DOE de 05/10/2017, constantes no processo nº 0300160133264, referente à auditoria nº 3689, para conhecimento; – Empresa XIS – Serviços Médicos de Salvador Ltda – EPP, no município de Salvador, DOE de 05/10/2017, constantes no processo nº 0300160133272, referente à auditoria nº 3695, para conhecimento; – Empresa Nantes Serviços Médicos Ltda – ME, no município de Salvador, DOE de 19/10/2017, constantes no processo nº 0300160133299, referente à auditoria nº 3693, para conhecimento. **1.2 SAFTEC: Informe sobre período de mudança da forma de repasse da contrapartida federal do CBAF; 1.3 SAFTEC: Informe sobre participação do Estado da Bahia no Projeto de Cuidado Farmacêutico do Ministério da Saúde.**

Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAB/DAE e CIR: 1.1 Credenciamentos:

Aprovados.

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO	CIR
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 01 Nutricionista (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (20h), 01 Educador Físico (40h), 01 Psicólogo (40h), e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Teofilândia	Serrinha
ESB – Equipe de Saúde Bucal	02 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Jiquiriçá e José Celestino dos Santos	Maracás	Ilhéus
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Abel Cornélio de Moraes Filho	Ibicuí	Itapetinga
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF São José do Colônia	Itambé	Itapetinga
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade I, Mariléia Benício Santana	Ibicuí	Itapetinga

1.2 Adesão ao Programa GraduaCEO – Brasil Sorridente, pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista e Faculdade Independente do Nordeste: Aprovado. 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
Jequié	Hospital Santa Helena	2550555	34.128.330/0001-89	03 Leitos de UTI Adulto Tipo I
Brumado	Hospital Municipal Professor Magalhães Neto	2386569	14.105.704/0001-33	10 Leitos de UTI Neonatal
Salvador	Hospital Geral Ernesto Simões	0004073	13.937.131/0022-76	09 Leitos de UTI Adulto Tipo II

Odilon Rocha questionou sobre a carga horária de 40 horas para o psicólogo, relatando ter uma lei que estabelece 30 horas para este profissional, e como não tinha ninguém da DAB no momento, ficava para ser verificado posteriormente. **Stela Souza** voltou aos informes, passando a palavra para a Diretora da DASF, **Daniela Vitor**, que relatou ter dois informes, um da atenção básica e outro da atenção especializada, todos dois sobre medicamentos. Iniciou pelo item **1.2 SAFTEC: Informe sobre período de mudança da forma de repasse da contrapartida federal do CBAF**: informou que o recurso federal da contrapartida está disponível para o município e, se este não quisesse ou achasse que não tem condição de assumir nesse momento, podia passar para o estado ou vice-versa. Explicou: no dia primeiro é aberto o período para solicitação de mudança de pactuação e os interessados deveriam se reportar à CIB, conforme **resolução aprovada no mês de dezembro**. Item **1.3 SAFTEC: Informe sobre participação do Estado da Bahia no Projeto de Cuidado Farmacêutico do Ministério da Saúde**: relatou que a Bahia é um dos três estados que iniciará a implantação deste Projeto – junto com São Paulo e Distrito Federal – e implantará cuidado farmacêutico para os protocolos de Hepatite C e Artrite Reumatóide em quatro unidades na Bahia, sendo três em Salvador –

49 Hospital das Clínicas, CREASI e a Farmácia de Componente Especializado – e uma no interior, o Núcleo Regional Sudoeste de Vitória da
50 Conquista. Ressaltou que talvez surgisse necessidade de notificações com o médico prescritor do paciente que talvez fosse do município,
51 esse Projeto seria implantado com o apoio do Ministério, que contratará consultores para implantá-lo junto com a SESAB. Seu objetivo:
52 melhorar a adesão dos pacientes e reduzir custos com novas internações geradas pelo agravamento da doença e também reduzir a morbi-
53 mortalidade desses pacientes. **Stela Souza** disse que passaria logo para o ponto 4 de **Apresentação. SUPERINTENDÊNCIA DE**
54 **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CIÊNCIA E TECNOLOGIAS EM SAÚDE – SAFTEC: 4.1 Prestação de contas 2017 da execução**
55 **da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).** Ela informou que estão recebendo a execução de 2017, por
56 município, pois ao longo do ano vinha apresentando a execução estadual e nessa enviariam a execução federal para todos os municípios,
57 assim apresentariam: a execução no município do recurso federal, quando a execução é fundo a fundo; a execução federal quando é gestão
58 estadual como o estado também desempenhou esse recurso com os municípios; a execução da contrapartida estadual para com os
59 quatrocentos e dezessete municípios; e a execução municipal dos quatrocentos e dezessete municípios. Referiu que a apresentação da DASF
60 é do resultado do ano, fazendo uma avaliação de 2014, que inclusive ela tinha questionado, ao apresentarem, porque há um estudo de 2011 a
61 2014 em que, para a contrapartida estadual está sendo pago desde o ano passado, em quatro trimestres, mas ela fora informada de que
62 precisam do ano de 2014 para eles poderem comparar, pois em 2015 tinha havido a adesão de cento e setenta e dois municípios ao recurso
63 federal fundo a fundo. Então precisavam da projeção de 2014 para ver 2015, 2016 e 2017. **Daniela Vitor** comunicou que a Coordenadora de
64 Monitoramento da Assistência Farmacêutica, Milena Santos, faria a apresentação, tratando-se de um demonstrativo de execução não
65 qualitativo, apenas quantitativo, para se fazer uma análise sobre a execução de cada município e informou que seriam enviadas as
66 correspondências de cobranças semestrais, de visualização semestral de execução de contrapartida de cada município a partir do próximo
67 mês, e seria bom que os gestores juntassem as informações desta apresentação com a carta assinada pelo Secretário da Saúde do Estado que
68 todos receberiam. **Odilon Rocha**, SMS de São Félix, observou que depois da apresentação seria necessário verem a questão pendente de
69 obedecer à divisão dos valores tripartite. **Milena Santos** iniciou a apresentação em slides, informando que traria a prestação de contas de
70 2017 e também um comparativo com anos anteriores, para que cada um no seu âmbito de gestão pudesse refletir sobre os dados e tomasse
71 ações corretivas ou de melhorias para que se tivesse uma execução com êxito. Relatou que faria uma breve introdução apenas para nivelar o
72 conhecimento acerca do financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que é regulamentado pelo
73 Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1555/2013, alterada pela Portaria nº 2001/2017, mas o princípio de financiamento sendo mantido,
74 tripartite, ou seja, União, estados e municípios, onde cada um teria que entrar com seu recurso próprio como contrapartida e, pela Portaria
75 1555/2013, na sua origem o valor do recurso proveniente da União era de R\$ 5,10 habitante/ano, R\$ 2,36 habitante/ano e de estados, e
76 municípios também com R\$ 2,36 habitante/ano e fora considerado o censo IBGE 2011, e com os municípios com redução populacional se
77 tomava como referência o ano de 2009. No mês de agosto do ano passado essa Portaria 1555/2013 sofreu uma alteração e passou a ter um
78 valor diferenciado da contrapartida federal, que era R\$ 5,10 e passou a ser R\$ 5,58 e o censo IBGE de referência a estimativa populacional
79 mudou de 2011 para 2016 e manteve-se o IBGE de 2009 como referência. Apresentou os modelos de gerenciamento do CBAF: A princípio,
80 como já fora dito, o financiamento do Componente Básico se dá de forma tripartite, então cada fundo de saúde, na sua instância, no seu ente
81 federado, precisa estar aplicando o recurso próprio, o Fundo Municipal de Saúde, o Fundo Estadual de Saúde, o Fundo Nacional de Saúde,
82 no que se referia ao recurso proveniente da União pelo Fundo Nacional de Saúde, esse recurso podendo ser gerenciado pelo estado, se fosse
83 uma manifestação de interesse do município de que o estado executasse esse valor, ou podia ser pelo próprio município que recebe o seu
84 recurso de contrapartida federal no seu Fundo Municipal de Saúde e daí ele fica responsável por esse gerenciamento. Inclui o colocado no
85 informe, de que depois da Resolução CIB nº 255/2017, em dois períodos no ano os municípios podiam manifestar mudança de pactuação,
86 nos meses de fevereiro e julho, sendo que apenas aqueles que estiverem realmente querendo sair de uma condição para outra deviam
87 solicitar, os que já estão e não têm interesse podiam se manter em sua condição atual. Os municípios que optassem por estar na condição de
88 gestão estadual (GE) ou fundo a fundo, para mudarem novamente tinham que ficar nessa condição por no mínimo um ano. Então quem
89 mudasse agora precisava ter o entendimento de que só poderia solicitar outra mudança doze meses depois. Quando é gerenciamento fundo a
90 fundo, o Fundo Nacional de Saúde deposita o seu recurso no Fundo Municipal de Saúde e este também tem que aplicar recurso próprio, que
91 é a sua contrapartida para compra medicamento, que é a forma de execução e abastece a assistência farmacêutica municipal. Por outro lado
92 na contrapartida estadual, o estado também aplica recurso próprio, compra medicamento e transfere esse recurso, ou seja, executa através do
93 fornecimento de medicamento para a assistência farmacêutica municipal. Essa sendo a condição de gerenciamento fundo a fundo, quando um
94 município recebe o recurso federal. Quando é o gerenciamento estadual, o Fundo Nacional de Saúde transfere o recurso para o Fundo Estadual
95 de Saúde – que é gerenciado pela SAFTEC – e lá também é aplicado o recurso da contrapartida estadual, sendo duas contrapartidas para
96 executar, e são comprados os medicamentos e distribuídos para a assistência farmacêutica municipal, que também, na sua condição tripartite
97 desse financiamento, aplica recurso próprio, também compra medicamento e supre a assistência farmacêutica municipal. Ela destacou que
98 essa execução deve se refletir dentro do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica – SIGAF, todo esse processo que
99 se dá de gerenciamento, o estado quando distribui os medicamentos para os municípios, isso automaticamente é computado no SIGAF, gera
100 o extrato de execução financeira e o município consegue observar e acompanhar a execução estadual. Por outro lado o município pode
101 também estar demonstrando a sua execução financeira, e deve, por ser obrigatória, fazer a prestação de contas no SIGAF, conforme
102 estabelecido pela Resolução CIB nº 251/2009. Então, para todo processo de compra de medicamentos as notas fiscais têm que ser lançadas
103 no SIGAF, onde é feito um filtro e são identificados os itens do componente básico e que estão na resolução CIB nº 49/2015 e daí o sistema
104 acaba computando o que é o valor abatido da contrapartida municipal, fosse o município fundo a fundo ou GE, e se faz o cálculo do que foi a
105 contrapartida executada. Processos de mudanças nos últimos anos: em 2015 – mudanças do modelo de gerenciamento da AF pelos
106 municípios e sendo o primeiro ano de nova gestão estadual, quando houve uma grande mobilização para que os municípios mudassem a
107 forma de pactuação, muitos tinham interesse em executar o seu recurso e tinham sido incentivados nesse sentido. Assim, tinha sido um
108 volume muito grande de municípios, num total de cento e cinquenta, tendo gerado esse fluxo, então praticamente se invertera o número de
109 municípios que antes eram GE e tinham passado a ser fundo a fundo. Em 2016 – um ano de período eleitoral nos municípios, que acabara
110 tendo uma reflexão na execução do Componente Básico. Em 2017 – o primeiro ano do novo período de gestão municipal, isso tudo também
111 podendo ser refletido na execução. Em função da Portaria nº 2001/2017, de uma forma global o estado tinha, pela Portaria 1555, um valor de
112 aproximadamente cento e cinquenta e seis milhões de reais, com a correção do valor da contrapartida federal e o aumento do IBGE, esse
113 valor fora para cento e sessenta milhões de reais. Desse montante mantinha-se a proporção de 69% sob gerenciamento dos municípios e 31%
114 sob gerenciamento do estado, então os municípios detêm um valor maior de recurso a ser gerenciado. Dados de execução do CBAF: todos os
115 dados apresentados dizendo respeito a tudo que consta no SIGAF, então a alimentação do SIGAF no âmbito estadual é responsabilidade da

116 Secretaria da Saúde, nos termos da execução estadual, onde as distribuições de medicamentos refletem em lançamentos no estrato financeiro
117 de movimentação financeira e as informações municipais são oriundas dos municípios que lançam suas notas fiscais, logo, todos esses dados
118 foram coletados de lá. Ela frisou a importância de manter a regularidade na alimentação do SIGAF, por serem dados que são utilizados como
119 fonte de fiscalização da execução desse componente, de auditoria, é sempre solicitado pelo Ministério Público, por isso que a DASF reforça
120 essa necessidade. Mostrou a série histórica de execução por faixa percentual nos anos de 2015, 2016 e 2017, tanto execução estadual quanto
121 municipal, percebendo-se que há um pico de execução nesses últimos três anos, na faixa de 76 a 99% de execução, sendo que em 2017 houve
122 uma representatividade na faixa de 100% de execução, uma grande melhora e 48% dos municípios executaram cem ou mais da contrapartida
123 mínima obrigatória estadual que inclui, sob seu gerenciamento, tanto contrapartida estadual como contrapartida federal. Para os municípios
124 que apresentaram 0% de execução estadual, existe a rotina de, na falta do envio das programações trimestrais, serem cobrados
125 semestralmente que estes municípios regularizem suas programações. Então era importante essa regularidade na programação dos pedidos
126 para que a execução estadual ocorresse com êxito. Quanto à execução municipal, tem uma distribuição, um atendimento, o gráfico se dilui
127 mais ao longo das faixas, sendo que há uma preocupação acerca da faixa de um a cinquenta, onde nos últimos três anos tem se concentrado
128 maior número de municípios – cerca de 27% deles – e essa faixa chamava a atenção em função da contrapartida federal. Para os municípios
129 que têm recurso de contrapartida federal, precisam apresentar uma execução mínima de 68%, então 50% de execução não alcança a execução
130 mínima do federal e, se não alcança, entendia-se que existe também um comprometimento da contrapartida municipal. Embora tendo esse
131 volume grande de municípios na faixa de um a cinquenta, percebia-se também uma melhora em 2017, quando o gráfico se eleva ao longo de
132 2016 e 2017, no sentido de 100% da execução, então era importante aproveitar e reforçar essa necessidade. Reafirmou que estes dados são do
133 SIGAF e se os municípios tivessem alguma pendência de informação de execução, podiam ainda lançar as notas fiscais que essas execuções
134 seriam reconhecidas como de anos anteriores. Então era bom verificar as notas fiscais pendentes, às vezes a farmácia tem dificuldade de
135 obter a nota fiscal, podendo estar no setor de contabilidade, uma situação que acontece com frequência. Mostrou o número de municípios
136 fundo a fundo e GE, fazendo um recorte para destacar os municípios que têm a contrapartida federal, a concentração de municípios em 2015,
137 2016 e 2017 na faixa de cinquenta, que é uma realidade diferente em 2014, quando tinha um número menor de municípios na condição fundo
138 a fundo, e quando tinha ocorrido o processo de mudança. Em muitos municípios mantivera-se o hábito de utilizar o recurso apenas para uma
139 demanda que já trabalhavam, que utilizavam o recurso da contrapartida municipal. Então tinham recebido o recurso federal e fora mantida a
140 aplicação do mesmo volume financeiro e agora o município se responsabiliza pelo municipal e pelo federal. Mostrou a evolução dos
141 municípios GE e fundo a fundo nos anos de 2014 a 2017, destacando que, para os municípios GE, tem uma aplicação proporcional de
142 recursos superior aos municípios fundo a fundo, ou seja, os municípios que têm apenas o gerenciamento da sua contrapartida conseguem
143 alcançar um resultado de execução melhor. Então eles aplicam seu recurso próprio na execução do Componente Básico, já os municípios na
144 condição de fundo a fundo têm um histórico de execução inferior, em função de não aplicar todo o seu montante destinado, que não se
145 restringe apenas à contrapartida federal. Mostrou o processo de mudança de municípios ocorrido em 2015, onde cento e cinquenta
146 municípios tinham sido observados de forma isolada, para identificar a possibilidade de melhorar a condição de execução. Em seguida ela
147 mostrou o cenário, em 2014, da execução dos cento e cinquenta municípios na condição de gerenciamento estadual, então, setenta e sete
148 municípios ficando na execução municipal de cem ou mais. Em 2015 não tinha se considerado, por ter sido exatamente o ano da mudança,
149 então ficaria confuso, precisaria de um ano de 2014 cheio e um ano cheio de 2016 e em função disso o ano 2015 não tinha sido considerado.
150 Em 2016 houvera uma concentração maior na faixa de 1 a 50%, que não reflete a execução na integralidade da contrapartida federal e
151 aplicação da contrapartida própria. Já em 2017 essa situação se mantivera de forma proporcional, embora havendo uma diluição dessa
152 concentração nas outras faixas, ainda mantendo-se um número diferenciado na faixa de 1 a 50% de execução municipal. Apresentou as
153 considerações finais, reforçando o objetivo – de explicitar os dados para os gestores refletirem seu âmbito de gestão e, assim como a gestão
154 municipal, serviria também para a estadual, a fim de se pensar em políticas de apoio para a assistência farmacêutica municipal. Informou que
155 a área técnica da SESAB liberará um ofício de cobrança da execução referente ao último semestre de 2017 e no mesmo seria incluído um
156 informe sobre o formulário de pesquisa a ser submetido às secretarias municipais, para fazer avaliação do perfil farmacêutico, com o intuito
157 de conhecer a realidade profissional, bem como avaliar a necessidade de algum tipo de melhoria para os municípios, de forma a qualificar a
158 assistência farmacêutica, além de melhorar os resultados da execução. Explicou também que o estudo trata de uma análise quantitativa dos
159 dados do SIGAF, cabendo a cada gestor das contrapartidas a análise qualitativa, de acordo com as suas especificidades. Disse entender que
160 os municípios têm uma diversidade de assistência, de profissionais, de condições de aquisição e de relação com fornecedores, tornando
161 complexo o processo de abastecimento da assistência farmacêutica. Portanto, cada um, de posse das suas execuções, poderia fazer uma
162 análise mais apurada acerca do que estivesse influenciando as suas execuções. Finalizando, deixando alguns pontos a serem observados e
163 melhorados, como a regularidade de alimentação do SIGAF, o respeito ao elenco da Resolução CIB nº 49/2015, que computa como execução
164 da contrapartida do componente básico, ou seja, se os municípios tivessem ações judiciais ou outros fatores que interferissem o que fosse
165 possível computar como componente básico, seria o que estivesse na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e
166 consequentemente fazia parte da Resolução CIB nº 49/2015, seria o computado como execução de fato. Chamou a atenção também para as
167 dificuldades de execução dos recursos, através da identificação dos elementos que estiveram interferindo no processo, bem como a execução
168 restrita à contrapartida federal, em que os gestores precisavam entender que a responsabilidade é dos três entes – União, Estado e Município
169 – além das dificuldades assistenciais da Atenção Básica (profissional e estruturação de serviço), que reflete na prescrição, na estrutura da
170 farmácia do CAF (Centro de Abastecimento Farmacêutico), que não comporta uma aquisição maior de medicamentos, além de todos os
171 outros fatores que interferem na questão assistencial. O último parâmetro apresentado, a inclusão da assistência farmacêutica nos Planos
172 Municipais de Saúde (PMS), segundo ela é feita semestralmente a solicitação de dados na Coordenação de Avaliação e Monitoramento, os
173 municípios são avaliados com indicadores a fim de identificarem como está a evolução da assistência farmacêutica e um dos indicadores é a
174 existência de um capítulo da assistência farmacêutica no PMS. Ao longo dos últimos quatro anos de gestão (2014-2017), eles tinham
175 conseguido compilar 49% apenas, 205 municípios com capítulo da assistência farmacêutica no PMS 2014-2017. Portanto, há a expectativa
176 de melhorar este número, principalmente na fase atual de mudança da forma de repasse da contrapartida federal, pois até o ano de 2017 eles
177 recebiam o recurso federal em contas separadas e atualmente todo o financiamento da saúde é repassado na mesma conta, e o que
178 resguardaria a execução seria a existência das ações no PMS e a prestação de contas da mesma no Relatório Anual de Gestão, constituindo as
179 suas séries históricas. Pontuou que o PMS tem ganhado evidência, portando a assistência farmacêutica precisava ser observada no
180 documento de planejamento institucional. Colocou-se à disposição de todos na Coordenação de Avaliação e Monitoramento da SAFTEC
181 para atender no que estivesse ao alcance dela e agradeceu. **Stela Souza** relatou que o COSEMS vem acompanhando há algum tempo, não a
182 execução por execução, e sim a alimentação do SIGAF e eles tinham cobrado, porque os municípios tinham passado por diversas

183 dificuldades, havendo um período em que eles tinham acompanhado e feito um estudo da execução da assistência farmacêutica e existindo o
184 histórico de 2007 até 2016 e ainda não tendo o de 2017, porque estavam aguardando o envio. Observou que, ao longo dos anos, mesmo na
185 fase em que o Estado não repassava, teve ano com 34% de execução estadual com relação à contrapartida, mas mesmo assim os municípios
186 ainda têm um percentual baixo de execução. Disse que o usuário não fica sem medicamento no município e como é o gestor que está perto,
187 ele é cobrado pela população até pelas rádios, e por uma questão de responsabilidade, o medicamento é necessário, principalmente em
188 relação ao elenco básico, que previne e acompanha várias doenças, principalmente o do sistema Hiperdia que eles não poderiam ficar sem.
189 Explicou que durante todo o período eles vinham solicitando providências em relação à qualificação dos farmacêuticos no estado e inclusive
190 também é responsabilidade da SESAB e sabia do Projeto da Assistência Farmacêutica com a OPAS, a discussão acontecendo já há dois anos
191 e lhe parecendo que agora caminharia. Portanto era necessário fazer a capacitação para os farmacêuticos e acrescentou que a questão não é a
192 execução, mas a alimentação do sistema e o problema está nos municípios pequenos, onde é grande a dificuldade em ter farmacêutico fixo,
193 em alguns casos o farmacêutico trabalha em mais de dois municípios e é ainda a realidade por falta de profissional e dificuldade de acesso
194 nas regiões. Acrescentou que eles nunca tinham visto um incentivo ou movimento com relação aos farmacêuticos no estado e inclusive nem
195 o Conselho Farmacêutico, que solicita a presença do profissional em cada unidade básica de saúde para dispensar medicamento da Atenção
196 Básica, mesmo eles sabendo ser inviável, tendo em vista o custeio recebido, não há um movimento de fortalecimento do farmacêutico. Outra
197 questão colocada, a situação dos municípios com execução municipal de zero, seriam trabalhados na planilha e o COSEMS e a área técnica
198 conversariam, por ser impossível o município não ter comprado um medicamento sequer durante um ano inteiro. E na relação 78 municípios
199 não tinham alimentado em 2017 e não tinham feito execução, portanto outro ponto que eles precisavam verificar. Colocou também o
200 problema do recurso, quando a contrapartida federal estava sobre gestão estadual e os municípios executavam mais, ou seja, alimentavam
201 mais o sistema. Lembrou que o fato poderia ter ocorrido por eles terem feito um movimento há dois anos, onde fora mostrado que a
202 contrapartida estadual era terrível, bem como a federal presente no Estado, e o município estava comprando o seu, o do Estado e o do
203 Federal. Disse ainda que eles haviam feito um movimento com os farmacêuticos e com os gestores para que eles buscassem provar que os
204 municípios estavam executando e o Estado não estava, nem o recurso federal e nem o estadual que caía no teto do Estado, e a questão tinha
205 induzido a melhorar um pouco, mas ainda não está sendo bom. Outra coisa importante que precisava ser levantada, a dificuldade de
206 aquisição de medicamento, um problema de todos, os gestores municipais do estado da Bahia têm uma dificuldade muito grande para
207 licitarem medicamento por vários fatores, como o fato deles não poderem ultrapassar o valor da tabela CMED (Câmara de Regulação do
208 Mercado de Medicamentos), o controle do valor de medicamento, depois de muitos problemas no preço da medicação e os fornecedores por
209 região, que vinham prejudicando, assim como o Estado enfrenta problemas dessa ordem, apesar de serem poucos. Ressaltou estar na hora
210 deles fazerem um movimento e, apesar de ser muito difícil avançar, e se há justiça para gestor de saúde, tem também para fornecedor da
211 saúde. Falou também da qualificação, que era necessário avançar o mais rápido possível, pois se eles não avançassem não melhoraria a
212 informação. Portanto, ou eles qualificavam os farmacêuticos por região de saúde, mesmo com a dificuldade que os municípios têm de
213 deslocar o profissional, precisavam rever aquele projeto que já tem mais de quatro anos. Ela se referiu ao Estado, dizendo que a partir do
214 momento em que o valor da contrapartida federal tinha saído de R\$ 5.10 para R\$ 5.58, a contrapartida estadual também deveria passar de R\$
215 2.36 para R\$ 2.76, por serem, afinal, 50 da União, 25 do estado e 25 do município, como eles vinham pleiteando desde que saíra a portaria.
216 Lembrou ser a segunda vez que o COSEMS cobrava a questão em CIB e eles tinham pedido a avaliação de impacto e a apresentação ao
217 Secretário, para verem como seria feito, tendo em vista a importância de todos eles poderem regulamentar a questão, pois já tinham outras
218 contrapartidas, como UPA e outras que não caminhavam. Ela colocou que, com relação ao PMS, o setor de planejamento da SESAB que
219 acompanha Relatórios de Gestão, PMS, e possui documento orientador, deveria reforçar a necessidade de constar a assistência farmacêutica
220 no PMS e disse saber que deveria ter o capítulo da assistência farmacêutica dentro do Plano há mais de cinco anos. Além de o Conselho
221 Estadual de Saúde orientar os conselhos municipais, que também precisam de orientação. Saliu que o PMS é construído via conselhos
222 municipais de saúde, ou seja, não é feito apenas pela gestão, portanto o recado também era para os conselhos que estão na relação dos
223 quarenta por cento com capítulo da assistência farmacêutica dentro do Plano, sendo muito importante que os conselhos se apropriassem
224 também do processo. **Odilon Rocha** ressaltou que tem municípios sem indicativo de recurso na assistência e avaliou que possivelmente os
225 municípios não têm promotores, porque se tivessem a situação não estaria ocorrendo. E que eles têm dez reais para dar remédio à população
226 durante um ano inteiro, pois a situação é uma vergonha, até mesmo o valor de cinco reais e fração apresentado por Milena Santos. Segundo
227 ele as farmácias populares fecharam, as outras quase não têm medicação e o povo está procurando nas municipais. Ressaltou que a questão
228 das farmácias não é o motivo principal de reclamações dos usuários nos municípios, portanto significava que de alguma maneira o município
229 compra o medicamento. Comentou que a apresentação deveria ter constado antes na pauta, para ele ter tido a possibilidade de fazer uma
230 discussão prévia com o farmacêutico do seu município e disse que na próxima reunião levaria o farmacêutico de São Félix para o mesmo
231 poder avaliar o que tiver sido apresentado, tendo em vista que a situação mostrada é extremamente preocupante, significava que eles tinham
232 passado o dinheiro do Governo Federal, direcionado para o Estado gerenciar, para os municípios, e os gestores tinham comprado o remédio
233 com o recurso, mas tinham deixado de dar a contrapartida, por ter chegado dinheiro novo, ou seja, tinham feito uma substituição de fonte.
234 Avaliou também que a Assistência Farmacêutica é onde tem maior nível de judicialização, e relatou a ordem de um juiz para a compra de
235 fraldas apenas da marca 'Pampers', além de obrigar a comprar determinada medicação e qualquer dinheiro que ele tivesse na conta era
236 retirado. E ressaltou que eles precisavam rever a questão, que a apresentação tinha sido extremamente importante e se os dados apresentados
237 não batessem com os dos municípios seria porque tem distorção entre informações. Sendo assim, precisariam discutir os lançamentos dos
238 dados dos municípios no sistema, porque os farmacêuticos da farmácia básica são mais os homens que arrumam as instalações do que
239 gerentes da assistência farmacêutica. **Cássio Garcia** saudou a todos e concordou com Odilon Rocha em relação aos desafios na assistência
240 farmacêutica, que todos sabiam da complexidade, que se trata da primeira indústria do mundo, existindo cartéis que geram dificuldade para
241 os municípios e o Estado realizarem compras. Sabia da regressão de algumas políticas importantes do governo federal em relação à
242 assistência farmacêutica, portanto, o tema era bastante complexo. Ponderou que nas duas últimas reuniões em que a AF fora abordada tinha
243 sido o ponto mais polêmico, sendo assim, ele parabenizava não apenas a equipe técnica do Estado, mas o GT da assistência farmacêutica
244 que, com todas as dificuldades, conseguira avanços importantes, mesmo estando ainda muito longe do ideal. A primeira vez, nos últimos três
245 anos em que ele está presente em uma Bipartite, que os gestores não estavam brigando por não terem recebido, como acontecia sempre, bem
246 como pelo Estado ter executado pouco ou por não ter chegado o que deveria ter ido. Finalmente estavam ali discutindo o que é a realidade
247 das políticas e das novas portarias. Pontuou para o fato de que talvez os números da apresentação não fossem a realidade dos municípios e
248 sendo por esse motivo que a pauta fora levada e inclusive tinha sido previamente discutida com Stela Souza. Colocou que quem via a
249 apresentação pela primeira vez talvez não conseguisse ver os gráficos e perceber de fato a necessidade de uma análise mais profunda, porém

250 não impedia que eles trouxessem na próxima reunião da CIB. Outro ponto colocado, além da assistência farmacêutica e dos planos
251 municipais de saúde, a situação dos blocos, sendo fundamental ser sinalizado para os municípios, tendo em vista que o recebimento do
252 recurso na caixa única poderia gerar uma execução equivocada e, conseqüentemente, uma cobrança posterior. E alertou aos gestores para
253 terem atenção quanto ao fato do recurso ser específico e embora estivesse indo na caixa única, era clara sua especificidade para a aquisição
254 dos medicamentos. Pontuou que o COSEMS, a SESAB e o CES estão atentos ao bloco único e seria importante haver uma aproximação
255 maior do CES com o CMS, para que no final do ano, quando ocorresse a prestação de contas e a avaliação dos gastos aplicados, não
256 houvesse nenhuma surpresa negativa e aí sem terem mais tempo de voltar atrás, ocasionando penalização por causa do fato. Quanto à
257 qualificação dos farmacêuticos, informou que a SESAB avaliaria a possibilidade e faria estudos em relação ao impacto financeiro, inclusive a
258 SAFTEC está fazendo a avaliação também e eles poderiam discutir. Parabizou Stela Souza por ter tomado a frente do GT da assistência
259 farmacêutica e por ter vindo de Eunápolis só para participar do Grupo Técnico, portanto eles precisavam ressaltar quando algo positivo é
260 levado para a Bipartite. Concluiu a fala, dando os parabéns à equipe da DASF, por ter conseguido amadurecer a discussão em todos os
261 espaços de decisão do SUS. Stela Souza encaminhou que, a partir do levantamento, eles marcariam a reunião do GT o mais rápido possível e
262 os municípios que não tivessem o capítulo da assistência farmacêutica no PMS precisavam o quanto antes correr atrás, porque eles não
263 teriam outra forma de comprovação da execução, porque o SIGAF por si só não resolveria. Segundo ela seria através do Plano Municipal de
264 Saúde que eles fariam Relatório Anual de Gestão e a execução financeira da conta de custeio estando tudo junto, portanto, já que tinha
265 havido a sinalização, ela quis tratar logo do ponto para a próxima pauta do GT. **Raquel Ferraz**, Secretária Municipal de Saúde de Abaré,
266 solicitou do GT, através das apoiadoras, que enviassem para os municípios a situação da alimentação do sistema e do repasse do recurso de
267 cada um, para os gestores poderem começar o ano já sabendo do cenário. **Stela Souza** informou que ficara acertado na reunião do COSEMS
268 que as apoiadoras enviariam novamente a execução federal que o Estado e o município executam, além da contrapartida estadual e a
269 contrapartida municipal, para cada município, como fora feito no ano de 2017 em relação a 2016. Em seguida pediu para inverter a pauta a
270 fim de agilizar a reunião, porque às cinco horas o auditório fecharia. Todos decidiram convocar o ponto de pactuação referente à PPI, que já
271 tinha sido apresentado na reunião do COSEMS, acerca da forma que seria executada, além de algumas alterações de data do cronograma das
272 oficinas, tendo sido aprovado na reunião do COSEMS, mas era necessário fazer uma rápida apresentação, por ser necessário ficar registrado
273 na ata da CIB. Sinalizou que quinze de março teria uma oficina e qualquer alteração na data do cronograma das oficinas da PPI poderia gerar
274 um atraso na organização e tinha sido uma cobrança de todos os secretários de mudarem a data da CIB de quinze de março, porque no dia da
275 reunião teria uma oficina e tinham pactuado na reunião do COSEMS. Portanto, não seria possível ter as duas coisas no mesmo dia, sendo
276 assim tinham optado por adiar ou antecipar a data da reunião da CIB, ao que **Cássio Garcia** sugerira que a CIB fosse antecipada, porque se
277 fosse adiar ficariam quase dois meses sem Bipartite. Assim, era mais viável antecipar e, se fosse preciso, seria feita uma nova avaliação
278 depois. **Cristiane Macedo**, Técnica da Assessoria de Planejamento e Gestão da SESAB, iniciou a apresentação explicando que tudo sobre a
279 repactuação está no manual da PPI, que se encontra no site do Observatório da APG – SESAB. Primeiramente apresentou as etapas: a
280 primeira – o processo da repactuação, onde os gestores municipais tinham entrado no site e encaminhado os procedimentos de referência dos
281 agregados de ambulatório e os leitos de internação, tendo começado em julho de 2017 e finalizado com a validação de parte dos executores,
282 em janeiro de 2018. Nem todos tinham validado ainda, mas o sistema já está sendo fechado, tendo havido a validação de quem tinha
283 encaminhado para o município e o mesmo avaliara se o encaminhamento tinha sido aceito ou não. Informou que fecharia na sexta-feira, dia
284 dois de fevereiro, mas a proposta tinha sido de fechar no final de dezembro de 2017, porém, em função de muitos municípios terem
285 solicitado, como Salvador e Feira de Santana, que são muito grandes, só tinham conseguido fechar em fevereiro de 2018, para então
286 começarem a consolidar todos os dados. A segunda etapa – as oficinas com as discussões dos agregados e leitos de referência, com todo o
287 processo feito pelos gestores e a repactuação das abrangências. A terceira etapa – a pactuação fora da região, deixando claro que a CIR só
288 delibera dentro da mesma região, fora dela os gestores poderiam encaminhar para onde quisessem, sendo que só a CIB poderia validar.
289 Chamou a atenção que ‘CIR ampliada’ não tem viabilidade e os únicos espaços reconhecidos pelo Decreto são a CIR e a CIB. Ressaltou que
290 eles precisam fazer a finalização para a composição dos quatrocentos e dezessete tetos e a SESAB, em CIB extraordinária, ao término das
291 oficinas e falou que no primeiro dia da oficina a proposta é formato de CIR, lembrando que os municípios da região terão os secretários
292 presentes, necessitando de quórum, membro efetivo, coordenador, subcoordenador e, após a composição do quórum, eles começariam as
293 discussões das oficinas. Quanto ao ajuste da pactuação por referência, ela apresentou: o executor que tivesse negado o encaminhamento,
294 exemplificando: se o município de Caetitê tivesse encaminhado para Guanambi, mas o município não tivesse concordado, eles teriam que
295 abrir a pactuação e Caetitê teria que dizer onde faria o novo encaminhamento. Outra questão: o município que recebia internação sem ter
296 hospital, porque só seria considerado válido se no CNES constasse o leito. Não tendo, a internação seria inviável, tendo em vista que o
297 Ministério não reconhece se não consta no CNES, porque o recurso é federal. O ponto seguinte: município com HPP não pode receber
298 referência, e ela lembrou que atualmente há mais de quarenta hospitais de pequeno porte na proposta fechada com o Ministério da Saúde dos
299 HPP, sendo válidos, recebem incentivos e foram feitos para população própria, quando compuseram o incentivo considerando internamento
300 de população própria, por isso aqueles municípios são de hospital de pequeno porte. Outra questão: os exames citopatológicos encaminhados
301 para municípios com laboratórios e sem habilitação, e ela lembrou que, para inserir os exames no SISCAN, o laboratório precisa estar
302 habilitado, portanto, se fosse encaminhado para o laboratório no município sem habilitação, teria que ser feita alteração. Além da internação
303 obstétrica, sendo preciso observar a gestação de alto risco e inclusive fora discutido em todas as plenárias, mas alguns municípios não tinham
304 encaminhado para outros com leitos de gestação de alto risco. Explicou que o leito de gestação de alto risco é o que tem o suporte de uma UTI
305 neo, com referência para UTI adulto, além do suporte de unidade convencional canguru, portanto, se não tinha havido referência, seria
306 preciso discutir. Nem sempre o município tem doze gestações de alto risco por ano, e para um município ter este quantitativo de gestação
307 precisava ter oitocentos e noventa e oito nascidos vivos, que a base de cálculo para gestantes em municípios com mais de cinquenta mil
308 habitantes. Ressaltou a necessidade de levar a discussão para a oficina, para verem como eles fariam com os municípios que não poderiam
309 encaminhar para os locais onde tiver leito GAR, leito de UCINCo e UCINca e UTI Neo. No segundo aconteceria a oficina da abrangência, e
310 explicou o significado de abrangência, dizendo que na referência eles têm cota e poderiam encaminhar um quantitativo para diversos ou só
311 um território e na abrangência não, porque se trata dos procedimentos que tinham sido por série histórica, por existência do serviço no
312 território da Bahia e são poucos, como por exemplo, UNACON, pois não era possível ter quatrocentos e dezessete municípios com
313 capacidade para implantar, tendo em vista que a unidade exige uma base populacional, além da quantidade diferenciada de profissionais.
314 Então nem todo município teria capacidade. Explicou também que às vezes o recurso aportado não é suficiente, porque estavam tratando de
315 recurso federal para a manutenção do serviço e se fossem pulverizar ninguém teria atendimento em lugar nenhum, portanto, os serviços
316 levados para a abrangência são a concentração para a otimização do acesso da população. Explicou também que a definição das áreas de

317 abrangência será mediante a série histórica de produção, mas o que está alocado na PPI eles estavam tratando de leitos e ambulatório de
318 média e alta complexidade. Lembrou que tinham que observar as redes temáticas, quanto ao leito GAR, às redes de atendimento
319 cardiovascular e neurocirurgias, etc e avisou aos gestores que implantaram serviços novos nesse momento da oficina que eles teriam que
320 trazer o que consta no manual, que é o modelo para os gestores informarem os serviços novos, para eles entregarem à Superintendência de
321 Regulação, a fim de agilizarem o processo, para a SUREGS entender que os gestores ficaram com o recurso, não existindo o serviço no
322 CNES ainda, mas os gestores fariam todo o processo para isso. Ressaltou que a oficina CIR é de gestores, não cabendo a presença de
323 prestador, pois com prestador é uma discussão que os gestores teriam depois de fechada a PPI, com os novos credenciamentos e os novos
324 contratos. A repactuação para fora da região somente seria deliberada na CIB, por isso teriam que agendar a CIB extraordinária, mas na CIR
325 os gestores fechariam a pactuação entre si, devendo deixar sinalizado o que será para fora da sua região para debaterem na CIB
326 extraordinária. Ao término dos dois dias de oficina, a CIR estaria com a pactuação para o seu território, validade dentro da sua CIR e
327 seguindo apenas as referências para a validação na CIB, e a confirmação da repactuação, fora ou dentro da região, na CIB extraordinária.
328 Falou em geral sobre a abrangência, para os municípios entenderem: ao fazerem a discussão da PEGAS, algumas regiões – Camaçari,
329 Barreiras e a região de Porto Seguro – estiveram discutindo onde traz o desenho da rede na PEGAS, e a equipe da APG tinha feito um
330 processo lúdico, com mapas e os espaços de pontos de atenção das redes, onde os municípios tinham podido ver os vazios ou as situações de
331 todas as redes temáticas – Rede Cegonha, Rede de Urgência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção a Doenças Crônicas, Rede de
332 Atenção à Pessoa com Deficiência. Então, a partir desse processo, tinham conseguido perceber a dificuldade, ela falava com relação aos
333 serviços, a exemplo de tomografia, em que o próprio equipamento exige uma base populacional para fazer o exame. Assim, se colocassem
334 tomógrafos nos quatrocentos e dezessete municípios haveria uma falência do sistema, tinham que colocar nos lugares onde existe hoje. Se
335 alguém questionasse que o serviço tinha sido aberto e na PPI passada não tinha o dinheiro, se esse recurso é para um serviço novo, então teria
336 que pedir dinheiro novo ao Ministério, porque o dinheiro que está composto, por exemplo, para Vitória da Conquista fazer tomografia é para
337 aquela região, não significando que todos os representantes e pacientes dos municípios da Região de Conquista tivessem uma tomografia
338 garantida, pois tem um quantitativo para dar acesso àquela região, regularia esse acesso e a regulação de acesso ao paciente é realizada pela
339 Central. Se aquele recurso continuasse no município, se o paciente saísse ou se o município mudasse de região, ele comporia a nova base do
340 outro serviço. Se o serviço é novo, se tem uma necessidade de aumento, então significava solicitação de recursos novos ao Ministério de
341 Saúde. Lembrava que na abrangência tinham trabalhado sempre com média e alta complexidade, leito e ambulatório, tinham decidido agora,
342 fora pactuado e já constando no manual que trabalhariam agregados com média e alta complexidade, porque se os gestores lembrassem o que
343 é um agregado, na tabela do Ministério da Saúde, onde tem grupos, subgrupos e procedimentos, os procedimentos estando próximos, são
344 agregados, por isso que são chamados ‘agregados’. Tinha visto que no serviço posto pelo Ministério, tomografia é um agregado, a
345 litotripsia e a densitometria são agregados, tinham trazido agora para agregados. Leitos seriam de média complexidade hospitalar e os
346 serviços de ambulatório e internamento de alta complexidade. E que observassem sempre a existência das redes temáticas. Para ambulatório
347 de média e alta complexidade teriam os procedimentos de média e alta complexidade, a produção para confirmar a execução é do período de
348 setembro de 2015 a agosto de 2016, isto porque o processamento da base do Ministério permite que se processe e reprocesso o que se fizer
349 em outro ano, a base de 2017 não está fechada, não podiam utilizar 2017. E não tinham usado a base de 2016 porque esse processo tinha
350 começado em julho de 2017, significando que já estavam trabalhando com a base há muito tempo. Disse que tinham feito algumas validações
351 com relação ao impacto do FAEC vindo do Ministério, trazendo com essa base que tinham trabalhado e a diferença era muito pequena,
352 alguns para menos e alguns para mais, não justificava pararem e fazerem todo o trabalho de mais de quase um ano. Tinha, pois, mantido a
353 mesma base de consulta, de setembro de 2015 a agosto de 2016 e informou que a alocação é por região e que não seriam as programações
354 pactuadas integradas que conseguiriam, nesse momento, discutir os problemas do PDR (Plano diretor de Regionalização), se hoje os gestores
355 pertencem a uma região, a idéia sempre foi, em todo plano diretor, em todo sistema, de fortalecer a região. Fariam a abrangência pensando
356 sempre em colocar todos os municípios na mesma região, para atendimento do procedimento de abrangência. Assim, se tem um tomógrafo
357 em Vitória da Conquista, todos os municípios da região estariam abrangidos a Vitória da Conquista, mas se Vitória da Conquista não tem
358 tomógrafo, então buscariam o mais próximo dentro do PDR, que seria o pólo da macrorregião – no caso, em Vitória da Conquista mesmo – e
359 se não tivesse, buscariam uma região próxima – no caso Itabuna – e assim tentando compor a abrangência dos municípios aos serviços.
360 Lembrou que novos agregados, como aqueles remanejados do FAEC, que são procedimentos com poucos executores, haja vista o caso do
361 glaucoma e da mamografia, eles tentariam sempre a proposta de que fosse realocado preferencialmente MAC, passasse a fazer parte do teto
362 MAC por abrangência. No caso dos leitos, como tinham feito a referência, que os gestores lembrassem o que tinham feito: leito clínico de
363 oftalmologia, leito clínico de otorrinolaringologia, colocando leito com as suas especialidades na referência, tinham juntado clínico
364 obstétrico, obstétrico cirúrgico e pediátrico, sendo cinco tipos de leito. A mesma coisa eles fariam com leitos de média complexidade por
365 abrangência, sendo que nesses leitos aparecem, além do clínico cirúrgico, os leitos de HIV e os de psiquiatria e fisiologia. No caso de
366 psiquiatria, como os leitos não são mais trabalhados como leitos de psiquiatria, a sugestão da área é que os recursos existentes para
367 psiquiatria fossem aportados por leito de saúde mental, de acordo com os planos da Rede de Atenção Psicossocial que os gestores têm para
368 aprová-los. E serviços existentes – se não existe ainda, não poderiam alocar recurso. Produção – a mesma, de setembro de 2015 a agosto de
369 2016, proposta de locação por região. Serviço de alta complexidade, que é internamento e ambulatório – a locação é com a existência do
370 estabelecimento e tinham tido a necessidade de arrumar essa proposta, para os gestores terem o entendimento de como fica, lembrando que
371 se abrissem o serviço novo, haveria a necessidade de pedir novos recursos ao Ministério da Saúde. Por exemplo, serviço de HIV de alta
372 complexidade, o tipo é de internação, a proposta sendo – porque não têm serviço habilitado nem necessidade de habilitação – de buscarem a
373 produção como estava na PPI, fazer aporte do recurso para determinados municípios e fazer as áreas de abrangência respeitando sempre a
374 prioridade região. As mesmas coisas fariam para bolsas de ostomia, cardiologia, mas no caso de cardiologia tem ambulatório e internamento,
375 só que na cardiologia tem a habilitação de unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular, esses aí só poderiam alocar se tivessem
376 habilitação. A partir do momento em que fazem a locação, observariam as áreas de abrangência para atendimento desses serviços, a mesma
377 coisa eles fariam com gastroenterologia, cirurgias gerais, hemoterapias, lembrando aos gestores que desde 2003 fora pactuado que é
378 responsabilidade estadual, então todos os recursos ficam nos valores da PPI para o Estado. Estavam tratando de internação porque para
379 nefrologia ambulatorial, a hemodiálise e a diálise ainda estão no FAEC, não tendo ido para o MAC. Neurocirurgia tem habilitação,
380 oftalmologia, oncologia são UNACON, ortopedia e traumatologia têm os serviços de habilitação, são os serviços de traumatologia e
381 ortopedia de alta complexidade, cirurgia plástica, radiologia intervencionista ambulatório, e a reabilitação com as determinações do
382 Ministério, de 2012 e 2013 para cá, em que, já no meio do tempo da PPI, tinham criado agora os centros especializados em reabilitação tipo
383 I, II, III e IV, as quatro modalidades, a depender do tipo da temática: visual, auditiva, física e intelectual. Com esse aporte dos novos CER,

384 novos recursos tinham sido disponibilizados e tem um teto de reabilitação que, ao puxarem a produção, aparece em baixo. A proposta sendo
385 que, como os municípios têm reclamado que o Ministério habilita os CER e não trazem as órteses e próteses, então comporiam órteses e
386 próteses para esse serviço no que fosse possível, porque o dinheiro é o mesmo, tentariam ‘esticá-lo’. Explicou que tudo que ela estava
387 falando está no manual, mas precisavam consolidar para seguirem para as oficinas e sinalizou na apresentação os agregados que estavam na
388 referência e que tinham migrado para abrangência, isso já fora vencido, já dava para visualizar no manual. Alertou que a sinalização é em
389 vermelho, porque a consulta de neurologista erroneamente não tinha aparecido no manual, só traziam aqui para ficar visível que a consulta de
390 neurologista pertence à abrangência, ao fazerem esse movimento de trazer de referência para abrangência, fora feita essa transferência,
391 tinham puxado a produção, não aparecia produção, não tinha serviço suficiente, então tinham que concentrar para não pulverizarem o
392 recurso. Mostrou o cronograma que tinha sido apresentado na reunião do COSEMS: 22 e 23 de fevereiro – a macrorregião centro leste, com
393 todas as suas quatro regiões, por dificuldade de equipe, com pouca gente. Tinha decidido fazer um teste em Feira de Santana por ser uma
394 região com 28 municípios, tem unidade Estadual, HPP, rede caminhando e rede não caminhando, sendo o melhor espaço de debate e
395 discussões de todos os problemas que têm visto sendo o melhor lugar para iniciar, tendo havido o consenso na reunião do COSEMS de que
396 fosse a região de Feira de Santana. Voltou a lembrar que eles colocam macrorregião como referência, as macrorregiões não estão lá, porque
397 não tem espaço de negociação macrorregional. Acontece que a logística beneficia, porque se a equipe é pequena estariam na mesma sala os
398 técnicos Adison, Manuela, Lutigardes, Letícia e Tânia, a equipe que está desenvolvendo o processo, e conseguem trocar idéias e resolver
399 mais rápido o processo. E continuou: dias 27 e 28 – a macrorregião oeste estaria reunida na logística, mas seriam as CIR de Barreiras,
400 Ibotirama e Santa Maria da Vitória, eles deliberariam nas CIR com seus membros, etc. No cronograma, tinham mudado apenas a centro leste
401 para o período em que estariam a nordeste e a leste, e estas eles tinham colocado para depois. Nessa proposta eles não tinham ocupado a
402 semana de 26 a 30, porque 29 e 30 é Semana Santa. Dias 03 e 04 – dividindo a nordeste e leste, porque a lógica não é a macrorregião e sim
403 as regiões, ficariam: Alagoinhas, Ribeira do Pombal e Camaçari. Dias 05 e 06 – a leste: Cruz das Almas, Salvador e Santo Antônio de Jesus,
404 por ficar mais fácil. Pediu para observarem que a proposta ficando 05 e 06, 08 e 09, significava que a equipe SESAB sairia no dia 04,
405 domingo, estaria nos dias 05 e 06 com os gestores na região sul, no dia 07 na região sudoeste, no dia 08 e 09 oficina em Vitória da Conquista
406 e no dia 10, sábado, retornando. Fariam isso nas datas: 05 e 06; 08 e 09; 12 e 13; 15 e 16; 19 e 20; 22 e 23. Tinha tentado atender a
407 demanda dos municípios para agilizarem o processo, que as oficinas acontecessem e eles tinham condensado mais. As oficinas encerrariam
408 no dia 06 de abril, teriam o dia 07 de abril para fecharem uma oficina da CIB extraordinária a fim de negociarem os ajustes que seriam
409 necessários a essas pactuações entre as regiões. Lembrou aos gestores que, se no dia 25 de abril conseguissem consolidar, fechar os
410 quatrocentos e dezessete tetos e o teto do fundo Estadual, encaminhariam ao Ministério para o mesmo pagar já no mês de maio, porque o
411 Ministério sempre pede que encaminhem o teto no vigésimo quinto dia útil do mês anterior para eles fazerem o pagamento. **Cássio Garcia**
412 agradeceu a Cristiane Macedo passou para **Denise Mascarenhas**, Secretária de Saúde de Feira de Santana, que saudou a todos e colocou que
413 na reunião do COSEMS estavam fazendo outros despachos, e sobre o TCEP (Termo de compromisso entre Entes Públicos) perguntava a
414 Cristiane Macedo como ficaria na PPI, era importante que fechassem isso, estavam discutindo esse TCEP há tanto tempo, não podiam fugir
415 do sentido da PPI. **Cristiane Macedo** explicou que a Bahia não trabalha mais com o TCEP, mas que é o espaço de discussão, município que
416 tem comando único e tem estabelecimento estadual, no caso Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Juazeiro, Barreiras, Jequié,
417 Porto Seguro, Ibotirama, Guanambi, Santo Antônio de Jesus e Alagoinhas, não Ribeira do Pombal, porque não tem comando único. Então,
418 fechando a PPI eles teriam que fazer a composição do teto estadual, quanto dessa PPI pertenceria ao Estado para atendimento das unidades.
419 A previsão disso era negociar, finalizando dia 06, começarem no dia 07 a negociação dos ajustes da discussão do TCEP, porque como fora
420 colocado na reunião do COSEMS, a PPI não depende de fechar isso, mas para encaminharem o teto ao Ministério da Saúde, este precisa
421 saber o que fica na gestão do município, o que fica na gestão estadual, essa negociação teria que ocorrer do dia 06 ou 07 até a CIB
422 extraordinária. Se fosse dia 25 de abril seria nesse período que teriam que discutir TCEP com os municípios executores, 25 de abril, se fosse
423 encaminhar o teto para o mês de maio, se não, podia ser dia 25 de maio ou junho, ou julho. **Odilon Rocha** perguntou sobre as entidades e
424 unidades federais que tomam o recurso deles e não fazem o atendimento e **Cristiane Macedo** respondeu que as unidades federais pertencem
425 todas à gestão estadual, quando eles fechassem o teto também teriam que ver quanto de recurso estaria nessa condição. **Odilon Rocha**
426 questionou se em algum momento eles veriam o que o HUPES faz e que eles não conseguem enxergar e **Cristiane Macedo** explicou que
427 normalmente não, porque entra nos detalhes da programação por unidade, e como a unidade é gestão do Estado, pegaria o percentual do
428 dinheiro, no caso o que Salvador deixou no teto do Estado, para ver como seria o contrato das unidades federais. Lembrou que as unidades
429 federais, mesmo sendo recurso federal, recebem mediante PPI e, fechando a PPI, pegariam os recursos que estão no teto de Salvador, quanto
430 vem para o Estado e desse recurso negociariam quanto de procedimento pagariam ao Climério, ao Ana Nery e ao HUPES, como sempre
431 tinha sido. **Cássio Garcia** lembrou que sempre fora espaço de pactuação entre os entes, por isso que tinha caído o TCEP, mas a negociação
432 continuava, porque dependia justamente do que tivesse sido pactuado da reserva técnica, de quanto tinha ficado e da negociação entre os
433 entes, isso também fazia parte da programação. Perguntou a **Odilon Rocha** se era isso e este colocou que não tinha caído o TCEP, o Estado
434 da Bahia não o utiliza, mas tem em outros estados. **Cássio Garcia** concordou com Odilon Rocha e ponderou que teriam um desafio grande, a
435 realização das oficinas da PPI e as consequentes pactuações posteriores, necessárias para o seu fechamento e composição dos tetos, tanto do
436 Estado quanto dos municípios. Deu continuidade à pauta, lembrando o horário, avançariam da maneira que fosse possível tentar, sem correr,
437 mas dando a celeridade necessária para tentarem vencer o horário. Próximo ponto da pauta: Grupo Condutor de Redes – aprovações dos
438 assuntos referentes às redes temáticas – falou da reunião do GCE, como era de praxe na véspera da Bipartite e, em relação aos
439 encaminhamentos realizados, a situação dos UNACON de Vitória da Conquista, mais como um informe, inclusive não constava na pauta,
440 mas tinham encaminhado, sendo feito um informe sobre essa questão e tinha sido encaminhado de trazerem novamente o UNACON de
441 Vitória da Conquista, mais especificamente do SAMUR, para a pauta da CIB, porque ainda não tinha sido resolvido, e, não se resolvendo,
442 tinham que continuar conversando e negociando. Marcada uma reunião do GT de oncologia para o dia 22 de fevereiro, tendo, entre outras
443 pautas, a necessidade de fazer uma discussão mais séria e aprofundada sobre o UNACON de Vitória da Conquista. Em relação à
444 Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS, mais especificamente à Diretoria da Atenção Especializada – DAE: a situação do
445 SAMU 192, e falou que, enquanto Alcina Romero não retornasse ele começaria a falar, sendo importante Alcina Romero estar presente
446 porque tinha novidade e que todos lembravam que na CIB anterior tinham trazido a questão do SAMU, em função do Ministério da Saúde ter
447 feito a proposta de colocar as ambulâncias e rede de expansão dessas ambulâncias do SAMU nos planos regionais da rede de urgência e
448 emergência, e tinham disparado junto com o COSEMS – muito importante colocar essa parceria novamente, ressaltada ontem no Grupo
449 condutor – como com todos os municípios que estão relacionados. E que Alcina Romero podia trazer o desenho mais atualizado, até porque
450 hoje já tem novidade. **Alcina Romero** saudou a todos e informou que, com aquele movimento que tinham provocado na última CIB, com o

451 apoio imprescindível dos apoiadores do COSEMS, Luiza, a Secretária Executiva e mais os outros apoiadores, agradeceu mais uma vez pelo
452 apoio, tinham conseguido mobilizar e contatar todos os municípios que estão no âmbito das duas portarias do mês de dezembro, já eles
453 tinham avançado bastante, todas as orientações já tendo sido passadas, com cadastramento pelas centrais de onde vai haver expansão, pelos
454 municípios e onde vai haver implantação. Serrinha já tendo cadastrado todas as suas ambulâncias, em Seabra eles estavam no momento de
455 apoiar o gestor, porque tem alguns documentos que ele estava ainda em dúvida, por ser um processo complicado, mas esperavam que até o
456 final de semana estivesse cadastrado. Estavam agora na fase de aprovar os detalhamentos técnicos dos projetos que sofreriam ampliação e
457 expansão, hoje já tinham recebido o detalhamento técnico de Senhor do Bonfim, vindo através da CIR, estavam aprovando hoje. Faltavam
458 ainda os detalhamentos técnicos e pediu para Regina Miranda informar quais os sistemas que ainda precisam, através da coordenação da
459 central de regulação, construir esse detalhamento técnico, e disse que a área técnica da Coordenação de Urgência já estava dando todo o
460 apoio necessário para que esses detalhamentos técnicos estivessem em conformidade com o desenho proposto pela própria região, e eles
461 conseguiriam chegar ao dia 25 de fevereiro com todos os municípios cadastrados. Alguns municípios já tinham declinado da unidade da
462 ambulância, ou básica ou avançada, mas a orientação nesse primeiro momento era que se cadastrasse e depois avançariam com a tentativa de
463 deixar essas ambulâncias na própria região ou no Estado. Já sabiam, por exemplo, que na região de Seabra o município de Iraquara não tem
464 desejo de ter a ambulância, mas Novo Horizonte, que é o município ao lado, tem interesse, entretanto, nesse momento não há condição de
465 Novo Horizonte cadastrar, porque o sistema não está aberto para ele, porque não tinha sido contemplado na portaria. A partir do dia 25 de
466 fevereiro trabalhariam com essas arrumações dentro das regiões, e se mesmo dentro da região não conseguissem alocar todas essas
467 ambulâncias, tinham a opção de tentar aprovar o remanejamento para outros municípios junto ao Ministério, que já tem projetos aprovados,
468 mas sem terem sido contemplados na portaria. Para isso tinham combinado e pactuado no Grupo Condutor de fazerem uma reunião entre
469 COSEMS e área técnica da SESAB, para pensarem em alguns critérios para esse remanejamento, sendo que isso não era certeza, teriam que
470 solicitar ao Ministério da Saúde para acompanharem, estarem mais próximos, porque o ideal é que não perdessem nenhum desses
471 equipamentos. Perguntou a Regina Miranda, da Coordenação de Urgência, quais municípios precisam de detalhamentos e esta saudou a
472 todos e falou que o SAMU de Serrinha e Seabra são de implantação, Serrinha já tendo cadastrado os municípios, e Seabra já no processo de
473 cadastramento, ela tinha conversado com Leandro e João para resolverem de hoje para amanhã. Quanto aos outros municípios, para
474 ampliação e expansão, Senhor do Bonfim já estavam aprovando hoje, um dos documentos é a necessidade para o cadastramento da região do
475 Senhor do Bonfim, de todas as regiões para implantação de ampliação e expansão é o detalhamento técnico. Senhor do Bonfim o primeiro,
476 que estavam aprovando hoje, porque tem que ter uma resolução CIB e até o dia 25 de fevereiro precisavam agilizar os outros. Disse que para
477 todas as regiões para ampliação e expansão já tinham sido contatados os coordenadores do SAMU e que ajudariam a elaboração desse
478 detalhamento técnico junto aos municípios contemplados. A região de Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Santo Antônio de Jesus, Jequié,
479 Brumado, Bom Jesus da Lapa e Teixeira de Freitas todos contatados e orientados sobre como elaborar esse documento de detalhamento
480 técnico, inclusive tinham passado para todos, os itens que têm que ser colocados nesses alinhamentos, inclusive de alguns documentos que
481 constam para serem postados no site do Ministério para o cadastramento dessas ambulâncias. Reforçou que só tinham até o dia 25 de
482 fevereiro, ou seja, tinham que agilizar isso o mais rápido possível, até porque, como tem aprovação na CIB, tinham que passar para a CIR
483 também. **Cássio Garcia** parabenizou a área técnica, junto com o COSEMS, e disse que teriam que avançar na questão do SAMU e Odilon
484 Rocha lhe chamara a atenção quanto à definição, dos critérios de realocação que teriam que fazer depois, dessas ambulâncias, para não as
485 perderem, e parabenizou a região do Senhor do Bonfim, que já conseguiu avançar. Quanto às discussões sobre o Maltez, disse que está na
486 pauta da DAE, tinha sido uma confusão ontem no Grupo Condutor e a SUREGS que trouxera a pauta há quatro meses, tinham inclusive
487 pactuado lá a aprovação, mas dependia de uma questão e não sabia se tinha sido tratada especificamente na reunião do COSEMS, mas Ana
488 Paula Andrade falaria sobre essa questão, até porque ela não estivera ontem no grupo condutor. **Ana Paula Andrade** saudou a todos e
489 ponderou que, como isso também fora uma pauta que não estava prevista no Grupo Condutor, sua ausência tinha sido justificada ontem, só
490 precisava fazer uma consideração que, quando trouxera a pauta com essa demanda em setembro ou outubro de 2017, tinha sido dado um
491 encaminhamento no grupo condutor de que teria uma avaliação no GT quanto à execução do serviço de oncologia do município de Salvador,
492 já que naquele momento ela colocava que, segundo o Hospital Maltez, apesar do município ter recebido, a partir de 2015, aporte financeiro
493 na ordem de vinte e dois milhões de reais, o Maltez não tinha tido nenhum incremento no seu contrato. Então seria a fala do prestador no GT
494 e dirimiriam isso e Salvador tinha ficado de trazer os valores contratualizados, os valores que tinham sido ampliados ou não e eles avaliariam
495 a execução, até onde ela sabia, o GT não tinha esgotado e o GCE não tinha conseguido concluir isso. Não tendo sido apresentado pelo
496 município e não tinham finalizado. E ela concordava com o Maltez, quando coloca que já tem quase seis meses requerendo apenas uma
497 resolução CIB e isso deveria ser tratado no GT, o que o Maltez coloca dessa insuficiência de um milhão e duzentos mil reais de produção no
498 seu contrato, são de municípios não pactuados de Salvador e o Estado ainda assim contratualizando na ordem de oitocentos mil reais por
499 mês, quase dez milhões de reais por ano, sinalizava que o hospital tem dificuldades financeiras e pode vir a parar de atender esses municípios
500 não pactuados. O Estado fizera essa contratualização exatamente para diminuir essa sangria do Maltez, mas não tinha estancado e para o
501 Estado não tinha nenhum problema de encaminhar, com a condição de que ficasse no teto estadual, tendo em vista que, segundo o próprio
502 Maltez, é para atendimento da população não pactuada, já que o recurso que hoje o município contratualiza, o hospital consegue dar conta
503 dos municípios pactuados, que todo mundo sabe que é regulado pelo Sistema VIDA e os municípios que não são pactuados, pediu desculpa,
504 não pelo 'VIDA', o Maltez tem uma parte regulada pelo 'VIDA' de exames diagnósticos, mas a sua porta de entrada é 'aberta'. Mas ainda
505 sendo porta aberta, o município tem um controle na autorização dos pagamentos das APAC, das AIH do Maltez e hoje só autoriza o que está
506 efetivamente pactuado. E o município não estava errado em fazer isso, estava correto em regular e controlar o acesso, pois fora pactuado que
507 todos os UNACON deveriam atender nas suas regiões, para que tivessem o menor estrangulamento, ou que rateassem esse estrangulamento,
508 mas hoje o estrangulamento que o Maltez tem não se refere à população pactuada, é produção não pactuada com Salvador. Só queria fazer
509 essa ressalva de que discutiria no GT que o impacto é justo, devido e necessário, se não, dentro em breve veriam o Maltez parar de atender
510 municípios que não são pactuados e teriam uma crise na oncologia. O Subsecretário de Saúde do estado da Bahia, **Adil Duarte**, saudou aos
511 presentes, se apresentou e iniciou o seu pronunciamento falando especificamente sobre o Hospital Aristides Maltez, atualizando o que Ana
512 Paula Andrade já havia exposto e que o Hospital Aristides Maltez, nas suas considerações com a Secretaria Estadual de Saúde sobre a
513 situação que vive hoje o hospital, de localização municipal, mas de abrangência estadual, e que tem uma gestão financeira municipal. Falou
514 da história deste hospital, enquanto instituição filantrópica, e atualmente totalmente prestando serviço ao SUS, e que sofre alguns impactos
515 que dizem que, independente dos municípios pactuados, o trabalho no tratamento e combate ao câncer é senso comum na história desse
516 hospital. Então pacientes dos municípios pactuados e pacientes que não são de municípios pactuados procuram o hospital, e compreendia que
517 a modernização do serviço público exige cada vez mais que as regras e os acordos possam ser cumpridos cada vez mais e não questionava

518 quanto a isso. Concordava com a Diretora da SUREGS sobre a demanda regulada, mas o senso comum quando alguém está com câncer, seja
519 na cidade mais distante, cuja pactuação é de outra região ou outro hospital, ou em outra cidade com porte um pouco maior, se naquele
520 momento o paciente não encontra o atendimento que ele espera para o câncer, ele vai para Salvador e podia 'bater' na porta do Hospital
521 Aristides Maltez e eles argumentam que isso é uma coisa relativamente frequente. Disse que quem tem discutido a Oncologia na Bahia sabe
522 dos vazios assistenciais na área de oncologia, como Alcina Romero bem apresentara, e que o hospital é importante. Informou também que o
523 Governo do Estado tem procurado melhorar essa situação, mas ainda assim a marca "Hospital Aristides Maltez" é uma marca estadual e
524 recentemente, em conversa com o Diretor do Hospital Aristides Maltez, Humberto Luciano, tinham sido apresentados dados um pouco
525 diferentes dos de Ana Paula Andrade, sendo possível até que a Prefeitura tivesse números diferentes, anteriormente tinham sido apresentados
526 alguns gráficos que talvez não correspondessem exatamente à realidade de cada município. Então o Hospital Aristides Maltez lhe passara
527 uma relação em que, dentro do 'extra teto', que é aquele serviço que está prestando na alta complexidade para o município de Salvador e para
528 os municípios pactuados, apresentando um total, entre 2013 e 2016 – quando ele recebeu o melhor valor na recomposição financeira – de R\$
529 52.000.000,00, apresentando um déficit de recebimento de procedimentos em alta complexidade no que eles chamam de extra-teto. Eles
530 apresentaram a quantidade de casos novos que vêm atendendo desde 2013 até 2016, em 2013 eles atenderam 6.600 casos novos de câncer,
531 em 2014 foram 7.957, em 2015 foram 7.505 e em 2016 foram 10.082 novos casos de câncer. Então o pleito deles era importante e a
532 Secretaria de Saúde do Estado fora de certa forma oficializada da situação, por ocasião da visita do Ministro da Saúde à Salvador, e em uma
533 reunião com o Hospital Aristides Maltez o Presidente da Liga tinha procurado o Ministro, apresentando a sua insatisfação, as dificuldades
534 que o hospital está vivenciando, o risco real do colapso no atendimento, então o Ministro tinha pedido que ele encaminhasse e oficializasse
535 os pleitos ao Ministério da Saúde. Isso fora feito e, em lá chegando, o Secretário desta área especializada do Ministério, que inclusive
536 trabalhou na Bahia, Sandro Martins, disse que é um recurso novo, que poderia ser atendido, mas para ser atendido teria que ter uma resolução
537 CIB. E que, dessa forma, teria que passar pelo Grupo de Controle e que o Estado e os municípios chegassem a uma conclusão a respeito,
538 confirmassem esta necessidade dos pleitos da instituição e esse documento tinha sido passado à SUREGS. E desde então estavam precisando
539 dar uma solução a esta situação e este era um momento extremamente importante, com certeza existem alguns municípios que muitas vezes
540 encaminham os seus pacientes com câncer para o Hospital Aristides Maltez e esta solução, porque este é um recurso novo, não é um recurso
541 do atual teto, relacionado ao que é destinado ao câncer no estado da Bahia, na verdade em isto sendo aprovado em CIB, o Hospital Aristides
542 Maltez também procuraria o Ministério novamente, solicitando aquilo que o Ministro em período anterior prometera ao hospital, porém esta
543 situação vinha se estendendo, como visto algumas situações que seriam discutidas posteriormente, como Glaucoma, onde os recursos foram
544 cortados, com novos recursos a serem aportados ao Estado, recursos que iriam para a assistência, para os pacientes que mais precisam. Então
545 entendia que precisavam chegar a uma conclusão, porque não podiam deixar uma instituição filantrópica e que é exemplo de gestão, que
546 ajuda, independente de estar ligada diretamente, nem ao município de Salvador nem ao Governo do Estado da Bahia, mas uma instituição
547 que presta serviços relevantes ao estado e precisavam enfrentar isso e facilitarem. O que eles querem é que a CIB aprove e entenda o pleito
548 deles e que se pudesse dar seguimento para esse documento seguir para o Ministério e que se fizessem as investidas deles para melhorarem
549 sua recomposição financeira. Reforçou a fala de Ana Paula Andrade, dizendo que eles reclamam também de um valor relacionado ao 'extra
550 teto', que é o atendimento aos pacientes dos municípios pactuados, inclusive do município de Salvador, na alta complexidade. **Stela Souza**
551 passou a fala para o município de Salvador se pronunciar e a Diretora de Regulação, Controle e Avaliação, **Marta Rejane**, primeiramente
552 justificou a ausência de José Antônio Rodrigues, por estar em uma audiência com o Prefeito, e informou que não tinha participado da reunião
553 do Grupo Condutor, que apenas lera o resumo encaminhado por e-mail, estava de férias e estava retornando ao trabalho hoje. Faria alguns
554 questionamentos à mesa: ressaltando que José Antônio Rodrigues nunca se opusera ao aumento de teto financeiro para nenhum dos
555 prestadores de serviços, já tendo passado o Hospital Martagão Gesteira, outras vezes para o Hospital Aristides Maltez, o Hospital Santo
556 Antônio e vários outros hospitais, com resoluções CIB aprovando o incremento de recursos financeiros de custeio, deu a certeza de que se
557 José Antônio Rodrigues estivesse na reunião, ele não se oporia ao Hospital Aristides Maltez. Informou que tem discutido no Grupo de
558 Oncologia a perfilação da assistência nos diversos prestadores de serviços, possui atualmente uma abrangência provisória, aprovada em CIB,
559 tem apenas um CACON, que é responsável pelo atendimento dos cânceres raros de todo o estado da Bahia, que tem 13 UNACON e um
560 CACON, que é o Hospital Aristides Maltez, para dar conta de 15.000.000 habitantes, que todos sabem que não dá. O Hospital Aristides
561 Maltez, no início da gestão, tinha em torno de R\$5.600.000 de contratação e atualmente possui R\$10.000.000/mês de contratação municipal,
562 tem alguns problemas quanto a não querer submeter-se às regras de acesso regulado, o município de Salvador abriu diversas exceções no
563 atendimento da população oncológica, por exemplo, no caso da criança, independente de pactuação, se recebe da Bahia inteira, no Hospital
564 Aristides Maltez e em todos os UNACON da gestão municipal, eles garantem 100% de todos os exames complementares e de toda
565 assistência necessária ao paciente oncológico para garantir a integralidade da assistência. Isso é pago com recursos do teto da gestão
566 municipal de Salvador, que atualmente não chega a 38% do recurso alocado em Salvador na gestão da SMS e respondem por cerca de 70%
567 na gestão municipal da Atenção Oncológica da Bahia. Falou que não via impedimento de aumentar o recurso de custeio para o Hospital
568 Aristides Maltez e que José Antônio Rodrigues se pronunciaria quando estivesse presente. Do ponto de vista técnico, preocupava-se porque o
569 Hospital Aristides Maltez tem atendido muito câncer prevalente de municípios do interior, que tem outra porta de entrada em UNACON no
570 seu território, então câncer de baixa complexidade, se é que se podia dizer baixa complexidade, mas tratando-se de câncer prevalente que o
571 hospital tem atendido e a tendo preocupado a demora no atendimento dos cânceres raros, que só tem esta unidade habilitada para atender
572 câncer raro, neurocirurgia, por exemplo, que é um problema para se conseguir alocar no Hospital Aristides Maltez e questionou se o hospital
573 se comprometia em atender esses casos, com essa expansão do recurso mais uma vez – achou ser a quarta ou a quinta vez – em garantir o
574 acesso em tempo oportuno, cumprindo a lei dos 60 dias para todos os cânceres raros de toda a Bahia. Porque tinham que ver essa questão e
575 retornava isso para a mesa, a garantia da integralidade da assistência em tempo oportuno, para que o paciente pudesse ser tratado e tivesse o
576 câncer curado e que parasse de ter tantas quimioterapias paliativas e o tratamento paliativo do câncer, inclusive no Hospital Aristides Maltez,
577 tem uma taxa de mortalidade bastante alta, porque a maioria dos pacientes é captada já fora de possibilidade terapêutica. Informou que sua
578 preocupação tinha sido mais técnica, não é gestora, mas colocava para reflexão da mesa até porque tinham estado em um processo de
579 reabilitação dos serviços de oncologia, todos tinham assinado termo de compromisso e garantia de acesso e de todos os exames dentro da
580 Rede que fora pactuada na CIB e esse processo estando em curso junto à DAE e a SUREGS. Mas do ponto de vista de incremento de
581 recurso, era apenas mais um prestador solicitando aporte de recurso. Sabia-se que existe uma defasagem de atualização de tabela,
582 principalmente de procedimentos de média complexidade, que o último aumento linear de tabela tinha sido em 2002, já para completar 16
583 anos e isso vinha onerando, quando é público a gestão paga a conta, quando é privado e filantrópico, questionou quem pagaria a conta. Então
584 era uma situação delicada, do ponto de vista do financiamento para os que são 100% SUS, principalmente o que não é um ente público, que é

585 um ente privado, mesmo sendo filantrópico que não visa lucro, mas que tem que se manter. Disse que eles fazem uma gestão regulada por
586 Hospital Aristides Maltez, tem protocolos como o posto pelo Ministério da Saúde, quanto às cirurgias sequenciais, já têm um trabalho
587 anterior com o próprio Hospital Aristides Maltez, como têm em outros, tinham conseguido diminuir bastante, com o controle e a auditoria
588 em loco dessas cobranças indevidas por parte dos prestadores de serviço, em especial o maior prestador do estado da Bahia, mas ainda era
589 um processo que refinava cada vez mais e mensalmente viam que tem diminuído e depois aparecia em outra área, e era necessário ter um
590 controle muito grande sobre esse processo e não dava para ser sem nenhum controle, do ponto de vista do processo regulatório e autorizativo.
591 **Odilon Rocha** relatou que ele, como gestor, e todos os pequenos municípios da Bahia, estão também nessa situação, necessitando de recurso
592 e deviam dar importância a qualquer tipo de doença, no GCE do dia 31/01/2018, já que vêm sempre atendendo solicitações das Obras Sociais
593 Irmã Dulce, bem como o Hospital Martagão Gesteira, ele tinha questionado quem seria contra esse hospital. Informou que ele mesmo, como
594 Secretário, via o Hospital Martagão Gesteira como um hospital qualquer, que vai à CIB, que sempre tem o interesse de entregar o recurso
595 porque é 'porta aberta', tem um nível de aceitabilidade muito grande dos clientes, então fora aprovado no GCE o encaminhamento. O grande
596 problema é que estão querendo fazer do SUS uma questão política, e um gerente vai ao Ministro e, com 300 advogados, 300 deputados e
597 solicita, muitas vezes não passando por nenhum processo de verificação disso, mas se o sistema é esse, disse ser a favor, porque se o Hospital
598 Aristides Maltez diz que conseguiria o dinheiro, julgava-se incapaz de declarar que o Hospital Aristides Maltez não conseguiria o dinheiro.
599 Mas precisavam estabelecer sistemas de controle sobre qualquer prestador, para que este não ficasse maior que o gestor, porque na Bahia os
600 gestores são menores do que os prestadores, estes últimos mandam. Fora a favor de que realmente se aprovasse essa questão e o Hospital
601 Aristides Maltez precisava entrar no mesmo critério de todos os outros hospitais, devendo ser regulado e ser auditado como qualquer um.
602 Ressaltou que o Hospital Aristides Maltez não aceita nenhum exame feito em outro lugar, somente de Salvador, então tendo que se
603 disponibilizar um carro para enviar o paciente de qualquer lugar para Salvador. Quando liberasse o recurso deviam apresentar então os
604 condicionamentos. Porém, quanto à nova proposta de **Ana Paula Andrade**, que não estivera na reunião do GCE, o estado deveria ter
605 apresentado a proposta de que quer ter a gestão do recurso do Maltez, então seria uma discussão entre o estado e o município de Salvador.
606 **Adil Duarte** completou, já que ele tinha citado a comunicação do Hospital Aristides Maltez, explicou que Aristides Maltez não tinha ido a
607 Brasília procurar o Ministro, não levava advogados ou políticos o acompanhando. Neste caso específico, o Ministro da Saúde viera e
608 escolheu o Hospital Aristides Maltez para fazer uma reunião, inclusive com componentes da Prefeitura, com o Prefeito presente, o Ministro,
609 então Aristides Maltez não fora a Brasília. Na oportunidade em que recebera o Ministro, ele naturalmente tinha apresentado o problema e o
610 Ministro, vendo a grandeza, a representação desse hospital para a saúde no estado, deve ter lhe dado a oportunidade de apresentar algumas
611 dificuldades e assim o fizera. Ele não quis ultrapassar o governo do estado ou o município, não o convidara para estar na CIB, mas ele
612 poderia comparecer para explicar, quantas vezes ele já tinha procurado a Prefeitura de Salvador, quantas vezes ele já tinha demonstrado seu
613 pleito e as necessidades do hospital, comentou. Com relação ao câncer raro citado pela representante da Prefeitura, disse ser preciso dar
614 oportunidade ao Hospital Aristides Maltez e acreditava que devia, enquanto instituição de referência no tratamento do câncer, porque a
615 referência tinha que dizer realmente para o estado quais as dificuldades. Ressaltou que não permitiria também que as fragilidades municipais
616 e estaduais responsabilizassem um prestador filantrópico por não ser justo, mas achava que instituições como o Hospital Aristides Maltez,
617 tendo sido citado o Hospital Irmã Dulce, mas o Hospital Irmã Dulce, como todos sabem, o recurso vem direto do estado, não passa pela
618 prefeitura, não sabia o motivo, pois quando chegou já era assim. Mas instituições como estas, como também a Liga Álvaro Bahia, todos
619 precisavam ser gratos, relatou que, como médico há 30 anos, conhecia todas estas instituições, mesmo antes de ele estar no nível central, e
620 sabia do papel importante que essas instituições têm tido no auxílio da assistência à saúde no estado. Então, isso não tinha sido nada,
621 relacionado à Prefeitura, na verdade o hospital trouxera isso como algo que dovesse ser de responsabilidade do estado, mas sabendo-se que,
622 no caso do Hospital Aristides Maltez, os recursos não passam pelo estado e tinha se sentido na obrigação de levar isso, porque sabia que aqui
623 tem secretários dos municípios que demandam esses serviços e precisava dar uma resposta. Considerou o pleito válido, os valores
624 relacionados ao que o hospital produz solicitados, e é o único hospital do estado que tem capacidade de responder, nem a Prefeitura nem o
625 Governo do estado possuem um hospital na sua rede que possa responder tão bem, porque esses recursos devem vir mediante a produção de
626 serviços e possivelmente é um hospital que tem capacidade instalada e que pode facilmente ampliar a sua capacidade instalada para absorver
627 a execução desse recurso. **Cássio Garcia** comentou o que Odilon Rocha registrara fora do microfone, que o Hospital Irmã Dulce é que tinha
628 ido ao Ministério com os advogados. A título de encaminhamento e até porque Odilon Rocha falara que na reunião do GCE o Estado não
629 tinha colocado que o Teto iria para a gestão estadual, era justamente em virtude dos recursos que o Estado já aloca em certas regiões, e com a
630 Região de Juazeiro inclusive, há duas semanas, na reunião da CRIE, com Josafá Santos, que tem um teto e o GCE já tendo solicitado, de
631 R\$1.200.000,00, que não dá para fazer nada, e que para fazer apenas o que faz atualmente seriam necessários R\$7.000.000,00. Da mesma
632 maneira, Ilhéus, que tinha solicitado aumento de teto, não fora considerado esse aumento de teto. Tem mais os R\$10.000.000,00 que já aplica
633 no Hospital Aristides Maltez, e o estado tem esse *déficit* nessas regiões. Este Teto seria exatamente para compor e diminuir este *déficit* em
634 relação à gestão estadual e para esclarecer, apesar das colocações, ninguém se opunha a uma recomposição de teto para o Hospital Aristides
635 Maltez. O que ficara colocado tinha sido em relação à destinação deste teto, se seria para a gestão municipal e o valor de R\$
636 15.000.000,00/ano que ele solicitara, mas não sabia se o Ministério da Saúde atenderia a este pedido na sua totalidade. Mas tinha
637 encaminhado e apresentou o ofício, falando o valor exato anual da solicitação do Hospital Aristides Maltez ao Ministério da Saúde, de R\$
638 18.578.969,21. Encaminhou pela aprovação da recomposição de teto, sendo que o município de Salvador, não estando presente na
639 representação do seu Secretário, se houvesse alguma contraposição com relação a este teto, se houvesse alguém contra na mesa, poderiam
640 encaminhar de reunir com o GCE e fazerem uma resolução *ad referendum*, se não houvesse ninguém contra, deixariam o teto **pré aprovado**
641 para o estado da Bahia. **Ana Paula Andrade** ressaltou que o recurso pedido pelo Hospital Aristides Maltez já tem um período de quase seis
642 meses entre o que a unidade solicitara e que estava oficializado para o Ministério da Saúde, com o ofício que o Ministério da Saúde
643 respondeu em 03/04/2017, solicitando ao Maltez uma Resolução CIB para dar andamento ao pleito. Então, desde abril/2017 o Hospital
644 Aristides Maltez vinha lutando por isso e nesse ínterim tinham que seguir de fato os trâmites: levar ao Grupo Condutor – a SESAB fora
645 notificada pelo Hospital Aristides Maltez em maio e sendo levado para o Grupo Condutor apenas em setembro/2017 e ainda sem ter sido
646 resolvido. Nesse ínterim tinha havido algumas reuniões com o Hospital Aristides Maltez onde ele tinha sido claro que o problema de hoje é
647 para o repasse para os atendimentos dos municípios não pactuados, por isso que quando ela tinha sinalizado que esse recurso deveria ir para
648 o teto do estado era para que o estado pudesse ampliar o contrato que o Maltez tem hoje, na garantia da manutenção dos atendimentos que o
649 hospital está fazendo, não comporia em nenhum momento o estouro de teto do estado, que está na ordem de R\$20.000.000. Então disse que
650 não estava nem brigando pela recomposição de teto oncológico do estado, apenas sinalizando que o Hospital Aristides Maltez tinha pedido o
651 recurso ao Ministério da Saúde informando que, como fora dito por Adil Duarte, sobre extra-teto, é exatamente essa produção que ele vem

652 tendo e o município de Salvador estava correto, fazendo o controle dele dentro do recurso programado e pactuado para ele. E quanto à fala de
653 Marta Rejane, fora ressaltado algo que ela já havia sinalizado, de que não poderiam só ampliar recursos, pedir recomposição de teto, mas
654 teriam que cobrar a execução com maior qualidade dos prestadores. Considerou oportuno, já que estavam pactuando para o hospital receber
655 mais recurso, que também se pactuasse com o mesmo e que o hospital revisse o perfil do paciente que está atendendo. Que pudessem
656 devolver para os UNACON que têm condições os pacientes que pudessem absorver. Então a solicitação para o teto do estado e não adiantava
657 fazer *ad referendum*, porque o município de Salvador não perderia seu controle e lembrou que o município de Salvador tem sido um grande
658 parceiro no processo de autorização com o estado. Assim, estavam seguindo à risca o que o município está fazendo no processo de controle,
659 auditoria e autorização e disse que não perderia o controle que o município vem fazendo bem feito. **Stela Souza** acrescentou que a tinha
660 preocupado o que Marta Rejane falou e precisava ser avaliado quanto à demora no atendimento dos cânceres raros, porque o paciente não
661 tem para onde ir lembrando que nenhum serviço do interior atende câncer raro neurológico, acreditava que SESAB, COSEMS e o município
662 de Salvador deviam, neste plano junto com o Ministério Público, fazerem uma investida o mais rápido possível, por ser grave. Então
663 encaminhava também para aprovação e em momento algum ela tinha sido contra. Em seguida relatou o pactuado no Ministério Público, com
664 relação ao glaucoma, de todos os secretários de saúde do Estado e a SESAB buscarem esses pacientes, tanto os oitenta e três mil quanto os
665 noventa mil, por macrorregião, região de saúde, o município executor e o município de residência do paciente, e no Cartão Nacional de
666 Saúde tem todos os dados do paciente, onde foi atendido, qual o prestador, aonde mora, etc. Assim, a proposta fora de a SESAB entregar
667 esse material para o COSEMS que, através das apoiadoras, separaria por município e cada um confirmaria o paciente que teve o tratamento
668 completo e o que não teve, sendo que a urgência sendo o paciente que teve o tratamento completo, porque a princípio esse está comprovado
669 que está em tratamento e precisa ser assistido. Verem se os noventa mil pacientes seriam confirmados pelos gestores, já que cada secretário
670 de saúde atestaria que o paciente existe e está fazendo tratamento. Uma coisa que já dissera e repetia, o município pequeno não tem como
671 saber se o paciente tem ou não glaucoma, já que isso é competência médica e não tem como colocar auditoria em todos os municípios como
672 Salvador faz, que está num processo e ainda demoraria muito para poderem fechar, já fazendo há uns dois anos e não alcançara nem um terço
673 do que deveria, mesmo tendo uma quantidade grande de pessoas envolvidas nesse processo, e às vezes tendo problemas também com a
674 equipe médica, que faz um parecer que não condiz com o tratamento recomendado pelo médico do paciente, implicando aí na ética médica,
675 no laudo médico, sendo complicado um médico afirmar que o paciente está com diagnóstico errado. Ressaltou que a tarefa do COSEMS
676 seria, depois dessa seleção feita pelas apoiadoras, encaminhar as duas listas para todos os municípios, uma com os pacientes em tratamento e
677 a outra com os pacientes que deram entrada e precisando ser localizados, pois não tinham continuado o tratamento. Então o município tinha
678 até o dia 28 de fevereiro para devolver isso ao COSEMS, que consolidaria e levaria essa documentação para o Ministério Público no dia 07
679 de março, mesmo sendo período de carnaval, mas estava se falando em desassistência e cada município fazendo o seu, ficava muito mais
680 fácil. Dessa forma seria feito um retrato da situação, pelo menos uma primeira visão, pois talvez ainda outras atitudes tivessem que ser
681 tomadas e outros movimentos serem feitos. Ressaltou que os apoiadores estão compilando o que receberam ontem, pois a SESAB teve muito
682 trabalho, sendo cento e setenta e um mil pacientes para filtrar isso tudo, o município de Salvador tinha levado muitas horas para baixar o
683 nome completo do paciente, o cartão do SUS, a data do atendimento, o prestador, o município executor, etc. Fora isso, fora combinado
684 também de se preparar uma nota técnica para auxiliar nesse processo para orientar, inclusive tinha sido apresentada ontem no Grupo
685 Condutor, tendo um pequeno acréscimo, Ana Paula Andrade não tinha participado da reunião e era fundamental a presença de todos no GCE,
686 pois para essas pautas bombásticas era necessária a presença dos atores mais envolvidos. Então fora aprovada a nota técnica, mas com uma
687 sugestão de acréscimo além do que fora discutido. Relatou que o município de Salvador havia disponibilizado seu protocolo e agradeceu a
688 parceria, já que o município tem uma equipe maior e mais condições. **Ana Paula Andrade** lembrou que na CIB passada tinha sido pactuado
689 o recurso da Portaria 3011, referente aos vinte e dois milhões, que seria por município de residência, tendo sido colocado que seria feita a
690 pactuação do recurso para o município executor pactuado em CIR, e informou que essa resolução não saiu ainda por ser muito trabalhoso
691 compilar todas as informações. **Stela Souza** argumentou que seria melhor fechar essa primeira discussão, já que são vários momentos do
692 glaucoma, desde o trabalho de identificação dos municípios de residência, da execução que já foi pactuada em CIR, e só faltava apresentar na
693 CIB, relatando que tinha sido abordada por vários secretários, colocando que seus pacientes não teriam acesso ao tratamento, porque o
694 município não tinha produzido nada, e esclareceu que não era por produção, pois quem produziu para ele teve que colocar lá e pelo cartão do
695 SUS ele é residente do município, portanto os pacientes teriam direito e o município também receberia a lista, então dava para ver que ainda
696 existem várias dúvidas. **Fábio Prado**, SMS/Belo Campo, informou que faz parte da macrorregião Sudoeste e que na reunião da CIR foram
697 demandados alguns tópicos em relação à forma como seria conduzido o processo e que alguns pontos seriam ainda passados para os
698 prestadores, com o objetivo de discutir como se daria a reavaliação dos pacientes. Falou da re-inclusão do colírio na lista estadual, um caso
699 importante para ser verificado com o Estado, porque eles poderiam utilizar o recurso da Assistência Farmacêutica, tendo em vista que a
700 maioria dos municípios tem pelo menos saldo. Pontuou que a situação é emergencial e apenas em Belo Campo tem aproximadamente
701 trezentos pacientes cadastrados no Programa do Glaucoma, a última avaliação fora em outubro e os mesmos estão sem colírio e batendo na
702 porta da Secretaria para iniciar a judicialização, portanto, eles precisavam de um aporte emergencial. Sinalizou que só de incluir o colírio na
703 lista já ajudaria os municípios de pequeno porte. **Stela Souza** questionou se o gestor estava sugerindo que eles incluíssem o colírio na lista
704 para os secretários comprarem e **Fábio Prado** respondeu que inicialmente seria para comprarem. **Stela Souza** disse que isso não aconteceria,
705 porque o município não conseguiria comprar, inclusive pelo fato de o Estado estar com dificuldade de comprar para os municípios, mesmo
706 sendo emergencial. E explicou para o gestor que o prazo dado até o dia vinte e oito é curto, mas, por causa da emergência, era preciso saber a
707 quantidade de pacientes, e rapidamente, para levarem a conta para o Ministério. Assim, que em sete de março houvesse a reunião para levar a
708 proposta para a CIB e em seguida levar imediatamente para o Ministro, porque o mesmo não tinha pedido para passar na CIT e a fala do
709 Ministro fora que mandaria pagar, desde que apresentassem os pacientes. **Ana Paula Andrade** pontuou que a conduta adotada por eles é o
710 caminho, além de outros, ou do protocolo de Salvador, mesmo sabendo que nem toda região conseguiria, mas eles precisavam chegar
711 naquele caminho. Pegou o exemplo de Belo Campo dizendo que o Secretário tinha relatado a existência de mais de trezentos pacientes da
712 relação que ele estava recebendo, tinha registrado de produção em algum momento que fez o tratamento, mas o município tinha registrado
713 produção de quinhentos e vinte e quatro pacientes, o que compreendia 9.96% da população. E o Ministério está questionando se os
714 quinhentos e vinte e quatro pacientes são efetivamente de tratamento e este é o universo dos cento e setenta e um mil pacientes que a
715 SUREGS encontrou. Explicou que certamente o município teria um corte, pois se o número é trezentos e poucos então eles poderiam
716 observar que houve um registro de produção superior ao que efetivamente tinha de pacientes necessitando de fato do tratamento. Relatou
717 também que havia colocado na Promotoria Pública que, ao chegarem neste número, não tinha sido possível saber o tamanho da conta que
718 ficaria para o Estado, mas os outros municípios, sem a *expertise* de Salvador sem sombra de dúvidas, com exceção de Salvador que já tem

719 um controle mais rigoroso e mesmo assim tendo identificado, após auditoria, um percentual pequeno de algumas anomalias. Observou que
720 Belo Campo tem quase cinquenta por cento do que o gestor tinha conhecimento e do que estava registrado, gerando um montante de
721 cinquenta e nove milhões para a Bahia. Concluiu a fala pontuando que talvez quando eles fizessem de fato o cadastramento dos pacientes,
722 após uma peneira, não tivesse um número tão grande quanto eles imaginavam ter, o que não significava dizer que os vinte e dois milhões
723 pagariam a conta. **Marta Rejane** informou que Salvador vinha tomando algumas providências com relação ao controle, processamento e
724 protocolo e que, apesar de eles já poderem ter feito sistematicamente o encontro de dados no Sistema Vida, poderiam ver na base do Cartão
725 SUS o cruzamento de informação do Sistema de Informações de Mortalidade, porque todos que entram no Sistema passam a taxa
726 INAUDÍVEL...do Monitoramento Nacional de Saúde como era feito atualmente no Sistema Vida, mas eles só tinham acesso aos pacientes
727 que iam a óbito em Salvador. Comentou que, sendo assim, do ponto de vista do controle tinha muita coisa que eles poderiam fazer através do
728 Grupo Técnico do Glaucoma, para irem refinando o processo, porque além da implantação do protocolo tinham outras questões de controle
729 que eles poderiam encaminhar dentro do GT. Segundo ela, a partir das auditorias do município tinha sido possível identificar que o índice de
730 não conformidade é muito pequeno. Sendo assim, tinham concluído que não diminuiria em Salvador e eles precisariam ver outros tipos de
731 estratégias para adotar, tendo em vista que alguns pacientes aparecem três meses e desaparecem quatro ou cinco meses e após cinco meses
732 reaparecem, portanto eles precisavam estudar a situação. **Carlos Martel** colocou que tinha ficado na discussão no Ministério Público claro
733 que os problemas enfrentados no Estado são a falta de dados, com o gigantesco levantamento que o Estado refinou com endereço, cartão
734 nacional do SUS e etc., eles não têm certeza do que o Estado merece efetivamente. E precisavam ter certeza que esse esforço que os
735 municípios vão fazer, de ir porta a porta é que daria realmente a dimensão de tudo que estão fazendo. E essa situação tinha que ser levada em
736 consideração, porque não podiam ficar só em uma estratégia, tinham que ter várias estratégias, não era algo que pudesse ser discutido só a
737 partir de um ponto de vista. Deu exemplo, na reunião fora discutida a judicialização, já tendo sido encaminhados vários documentos ao
738 Ministério Público Federal, porque na briga com a União o Ministério Público Estadual não tem como vencer o Ministério Público Federal,
739 mas o Ministério Público Federal já vai comprar a briga também, já está se movimentando quanto a isso, e já marcou várias reuniões para
740 discutir e avançar, mas a judicialização é um processo complexo de idas e vindas, e depende de inúmeros fatores e não podiam contar com
741 um só braço, tinham que contar com vários braços. Ele solicitava a todos que fizessem esse esforço, o período de fevereiro é um período
742 difícil, mas era necessário que esse esforço fosse feito, porque só os municípios têm condição de fazer esse levantamento com o máximo de
743 verossimilhança, por ser dele que dependerá uma série de ações que a serem tomadas e a pressa vinha da informação mencionada por Stela
744 Souza, de que todo debate está sendo gravado. Como prova disso, se houvesse uma mudança do Ministério com relação a uma informação
745 circulada, o que era muito provável que acontecesse, com essa mudança zerava tudo e teriam que discutir de novo com quem assumisse a
746 pasta, o caos que está sendo considerado aqui pelos secretários e o desespero das pessoas estaria ainda pior. Ele realmente estava aqui para
747 solicitar que todos levantem os dados, precisavam saber o que está acontecendo nas regiões e se de cento e sessenta mil, noventa mil mais ou
748 menos estão regulados, fazendo as consultas, etc. Cerca de oitenta mil pessoas não estão e precisavam saber o que está acontecendo, mas
749 como Stela Souza reforçara, para essas noventa mil pessoas que estão reguladas, precisavam ver de início se já garantiu que se essas noventa
750 mil eles comprovarem, pelo menos iriam resolvendo a situação aos poucos, mas precisavam desse esforço de todos, sem eles não
751 funcionaria, sem todo o esforço, diversas direções e estratégias que estavam sendo feitas, não teriam a base sólida firme para se
752 posicionarem. Stela Souza agradeceu a Carlos Martel e perguntou se todos estavam entendendo, e estava encaminhado e aprovado. Na
753 reunião do COSEMS tinham apresentado a todos os secretários, todos já sabendo esse prazo e ficasse registrado 28 de fevereiro, para que 07
754 de março pudessem levar para o Ministério Público e eles tomarem uma decisão. Dando seguimento à reunião, disse que algumas pautas
755 seriam cumpridas, por conta do horário precisavam ver a pactuação de teto para que no dia 25 pudessem mandar o teto e os municípios não
756 perderem recurso. Pediriam desculpas pelos outros pontos, não daria tempo de apresentar febre amarela, mas sairia nota técnica com algumas
757 orientações, inclusive hoje na reunião com os secretários tinham discutido bastante, ela retransmitiria o que os gestores estão solicitando, e a
758 área técnica faria uma nota técnica com as orientações que os gestores tinham pedido hoje na reunião. **Ana Paula Andrade** registrou que
759 precisavam resolver as questões dos municípios executores e colocou que, desses municípios, cento e cinquenta e um não fizeram a
760 pactuação, querem pactuar aqui na CIB que não tem tempo de voltar para as CIR, porque estava prendendo a resolução de todos, tinham
761 identificado quais os cinquenta e um municípios e a proposta era de utilizar o que está no sistema hoje, quem vem atendendo hoje esses
762 municípios, que a pactuação ficasse para esses municípios executores, apesar de não ter CIR, por exemplo, Eunápolis não tem CIR, mas o
763 próprio município tinha feito a sua conta, Teixeira de Freitas a mesma coisa, vários municípios aqui que ela já sabia. Disse que Muritiba tem
764 o serviço dentro de quatro territórios, quem não tem pactuação em CIR não existe CIR encaminhando quem está produzindo, quem está
765 atendendo na verdade esses municípios, o teto ficaria para esses municípios. **Stela Souza** perguntou se Ana Paula Andrade tinha certeza que
766 não tem ata, e queria deixar registrado que de vez em quando um gestor diz que aprovou em sua CIR, que teve ata e Marta Rejane estava
767 dizendo que passou na CIR de Salvador, e Rosânia de Souza confirmou que tinha passado. **Ana Paula Andrade** perguntou quando e Rosânia
768 de Souza respondeu que na CIR de outubro ou de novembro, constava no e-mail que Valdir mandara. **Ana Paula Andrade** replicou que já
769 pedira a todos os coordenadores de CIR para encaminhar. **Stela Souza** falou para o encaminhamento ser rápido e objetivo e os que não
770 tinham informado eles colocariam para todos os coordenadores adjuntos de CIR, enquanto ela cobraria uma resposta de coordenadores de
771 núcleo, o COSEMS cobraria de coordenadores adjuntos de CIR onde está a ata e dariam um prazo de dez dias. **Ana Paula Andrade**
772 respondeu que segunda feira publicaria a resolução. **Stela Souza** perguntou para Alcina Romero qual o próximo ponto. **Alcina Romero**
773 respondeu, o teto de TRS, aprovada pela CIR de Serrinha a transferência de gestão da clínica de hemodiálise do município para a gestão
774 estadual, isso fora aprovado na CIR do dia 13 de dezembro, porém só hoje tinha chegado em sua mão e estavam com um problema muito
775 sério em Serrinha: a questão do processamento do VEP do teto, já haviam tentado ajustar lá de várias maneiras, em dezembro o gestor
776 estivera com ela e com Naya (da DICON), e oferecera o processo de regulação e auditoria, preferindo que o processamento ficasse com o
777 Estado. Ela tinha pedido para passarem pela CIR e agora, na CIB, que aprovassem para já mandarem, estando aqui a ata da CIR e a
778 solicitação da Clínica de Nefrologia de Serrinha. **Stela Souza** passou a palavra para **Ana Ofélia Marques**, Coordenadora Adjunta da CIR
779 de Serrinha, que declarou ter passado a realidade sobre o Teto em CIR e na última reunião havia 18 pacientes na fila de espera. Falou que
780 devia publicar, urgentemente. **Odilon Ronha** informou que aprovava, mas que ficasse bem claro que está como pauta extra e **Stela Souza**
781 ressaltou se tratar de pauta de TRS que está na CIB. **Alcina Romero** falou que tinha passado pelo Grupo Condutor de Redes no dia anterior e
782 a resolução já tinha sido passada no Grupo Condutor de novembro, no GT de Nefrologia, tudo isso já tinha acontecido. Em novembro de
783 2017 o Grupo Condutor e o GT de Nefro tinham solicitado que, como o serviço é regional, fosse reportado à CIR, que viesse não só pelo
784 município de Serrinha, mas pela CIR. Eles tinham passado na CIR de dezembro, tendo sido aprovado, mas não tinha dado tempo de fazerem
785 a resolução. **Odilon Rocha** ressaltou que estava aprovando, mas que outros municípios estão na mesma situação e **Alcina Romero** acentuou

786 ser por isso que sempre vinha deixando uma pauta de teto de TRS fixa na CIB. **Odilon Rocha** falou sobre seu receio de, nesse processo, o
 787 prestador querer apresentar o município ao estado e era preciso estar atento às chantagens feitas, como o serviço de Vitória da Conquista, que
 788 quer inclusive tabela extra, que é proibido por lei. **Alcina Romero** concordou com Odilon Rocha e disse que segue uma diretriz de que os
 789 serviços estejam sob gestão dos municípios, já tinham tentado de tudo nesse caso específico, como treinamento do pessoal do processamento,
 790 várias reuniões com o gestor, mas que há algo nesse processamento que eles não conseguiam resolver e o prestador apresenta realmente o
 791 déficit e o município tem uma limitação contratual e não paga, então fecha a porta. Assim, a única coisa que tinha podido fazer, além de
 792 treinamento, de conversa e de orientação, tinha sido reportar para a CIR regional e para a CIB. **Stela Souza** informou que, quanto ao que
 793 Odilon Rocha dissera, sobre ser pauta extra, não era extra, constava na pauta como Teto de TRS, e quanto a outra coisa que ele colocara,
 794 valia considerar, não querendo dizer que tinha que se aprovar, mas se comesçassem as chantagens de prestador, que são inúmeras e em todas
 795 as áreas, desde o médico do PSF, que se sabe que só tem ele e que existe uma dificuldade para conseguir, e o mesmo coloca regras para o
 796 gestor, então Odilon Rocha estava correto. E esses casos acontecendo, em Serrinha ou em Itaberaba, isso estava se espalhando e, se fosse
 797 deixado, eles formariam uma corporação fortíssima, e, logo encaminhariam a Nota. Disse que Odilon Rocha tem razão, teriam realmente que
 798 intervir nessa parte e, se fosse o caso, pedirem ajuda a quem de direito, mas estava **aprovado**. **Marta Rejane** sugeriu retomarem o Grupo
 799 Técnico da PPI, porque nesse momento, se estão fazendo PPI estão fazendo uma proposta de alocação em rede, em que seria dito qual a
 800 capacidade instalada de TRS e o quantitativo de exames por paciente, se são mensais, bimestrais, trimestrais, semestrais ou anuais e que
 801 garantiria a integralidade para o tratamento do paciente em TRS que se não dialisou e é dependente da terapêutica. Precisavam garantir se a
 802 diretriz constitucional é descentralização com ênfase na municipalização, ou se eles iriam, na Bahia, pela contramão nesse processo, e não
 803 era de hoje, já tendo um histórico, precisavam ir nesse caminho para acabar com a história de se dizer que é o TRS, mas que não tem o
 804 dinheiro da média para garantir os exames. Precisavam retomar o Grupo Técnico da PPI para ajustar essas questões da garantia da
 805 integralidade nas redes temáticas por dentro da PPI, para acabar a história de dizerem que não têm condição de pagar e passarem para o
 806 estado dar conta, não sendo isso o que a Constituição Federal visa. **Stela Souza** finalizou a reunião agradecendo a presença de Carlos Martel
 807 e a todos e declarou encerrada a sessão, informando que a próxima reunião marcada para o dia 15 de março de 2018, às 14 horas, seria
 808 antecipada com data a ser informada posteriormente. Não havendo mais o que tratar após revisão da correção do registro da Ata pela técnica
 809 Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo (Andressa Braga, Michele Torres, Naiara Brandão e Silvana
 810 Salume), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros,
 811 após lida e aprovada. Salvador, 01 de fevereiro de 2018.

812
 813 Suplente: Adil José Duarte Filho _____
 814 Stela dos Santos Souza _____
 815 Suplente: Hassan Iossef _____
 816 Ivonildo Dourado Bastos _____
 817 Cássio André Garcia _____
 818 Suplente: Maria Alcina Romero Boullosa _____
 819 Ana Paula Dias de Santana Andrade _____
 820 Rivia Mary de Barros _____
 821 Maria Rosania de Souza Rabelo _____
 822 Suplente: Charles Pereira de Souza _____
 823 Suplente: Luiz Pinho Rezende _____
 824 Odilon Cunha Rocha _____