

1
2
3 Aos quatorze dias do mês de março do ano dois mil e dezoito, no Auditório da União dos Municípios da Bahia – UPB, Centro
4 Administrativo da Bahia, com as presenças dos membros da CIB, Fábio Vilas-Boas Pinto, Secretário da Saúde e Coordenador
5 da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Ivonildo Dourado Bastos, Cássio
6 André Garcia, Ana Paula Andrade Dias de Santana Andrade, Rívia Mary de Barros, Raul Moreira Molina Barros, Luciano
7 Ferreira da Mota, Odilon Rocha Cunha Rocha, e dos suplentes: Alexandre dos Santos Miranda, Maria Alcina Romero Boulosa,
8 Naya Neves de Lucena, José Cristiano Sóster e Maria Rosania de Souza Rabelo. Às 14 horas e 30 minutos, havendo número
9 legal, **Stela Souza** declarou aberta a sessão, colocando em aprovação a Ata da 256ª Reunião Ordinária, encaminhada por e-
10 mail aos membros da CIB, que foi **aprovada à unanimidade**. Chamou a atenção de que a pauta está extensa e seria
11 necessário cumprir rigorosamente o horário, por causa da gravação até as 17 horas e na oportunidade registrava a presença
12 do Promotor do Ministério Público Rogério Queiróz, convidando-o para compor a mesa diretora da CIB, dando-lhe boas vindas
13 e agradecendo a sua presença. **Odilon Rocha** chamou a atenção para a necessidade de melhorar a qualidade das atas,
14 informando que tinha estado na Secretaria Executiva da CIB, pois percebera que ultimamente estão faltando alguns tipos de
15 informação, inclusive na última reunião ocorreu um espaço que não tinha sido gravado, espaço esse que gostaria de saber o
16 que tinha sido discutido. Assim, gostaria que comesçassem a pensar em melhorar a qualidade da gravação, que não vinha
17 sendo feita de maneira adequada e também nem sempre se falava ao microfone, o que dificultava ainda mais. Relatou ter
18 ouvido o áudio da reunião passada e parabenizou a equipe da CIB pelo exercício de fazer milagre com a digitação do que tinha
19 sido dito, muitas vezes com as falas fora do microfone e também com os defeitos na gravação. Considerou aprovada a ata,
20 mesmo faltando uma parte que não tinha sido possível ser gravada, por ter sido desligado o equipamento antes do fim da
21 reunião e devido também à péssima qualidade do som. E sugeriu que tivessem mais microfones para que as pessoas
22 pudessem se manifestar de forma melhor e assim pudesse ser feita uma ata com mais qualidade. **Cássio Garcia** concordou
23 com as colocações de Odilon Rocha, reiterando algumas questões como falar ao microfone e também quanto ao horário, por
24 ficar impossível fazer um registro completo de todas as falas depois que se desliga a gravação. Lembrou ainda de uma reunião
25 atípica, onde o aparelho de ar condicionado não estava funcionando, também a questão do silêncio, e que houvesse um esforço
26 coletivo em algumas coisas, como a identificação do nome e do município ao falarem, para facilitar o registro na ata. **Stela**
27 **Souza** considerou necessário disciplinar também as falas, pois muitas vezes um colega se manifestava sobre um assunto que
28 era o que o outro queria falar e havendo assim uma repetição desnecessária, comprometendo o tempo e, ao chegar ao limite
29 do horário, ainda tinha pontos de pautas para serem discutidos. Assim, sugeriu a possibilidade de usarem também o
30 cronômetro para organizarem melhor os tempos de fala. Em seguida passou a palavra para o Promotor **Rogério Queiróz** fazer
31 suas considerações e ele cumprimentou a todos, agradeceu pela acolhida e colocou a satisfação de participar das discussões
32 da CIB, que forma o colegiado que vai definir, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, as políticas a serem aplicadas
33 no estado da Bahia. Relatou que a colega Mirela, do Ministério Público, está acompanhando o Projeto da Rede Cegonha para
34 também interagir e, juntos, estariam atentos às eventuais demandas que tivessem relação com o Ministério Público e
35 participando com o objetivo, acima de tudo, de colaborar para as ofertas de ações e serviços de saúde de um SUS que fosse
36 digno, que se aproximasse dos anseios da população. **Stela Souza** afirmou que o Ministério Público tem sido um grande
37 parceiro em todas as discussões, tendo havido algumas cobranças do MP, mas tanto o COSEMS quanto a CIB têm tentado
38 dar todas as respostas às demandas que chegam. Na sequência passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB, **Nanci**
39 **Salles**, efetuar a leitura dos expedientes encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação. **Informes: 1.1 AUDITORIA**
40 **SUS/BA informa que, após auditoria realizada nas empresas abaixo, disponibilizará links do relatório, despacho e**
41 **publicação no DOE:** PLMED Serviços Médicos Ltda, no município de Paramirim, DOE de 24/11/2017, constantes no processo
42 nº 0300160133280, referente à auditoria nº 3694, para conhecimento; Hospital Ana Nery, no município de Salvador, DOE de
43 24/11/2017, constantes no processo nº 0300150120482, referente à auditoria nº 3222, para conhecimento. **1.2 SAFTEC**
44 **informa que foi publicado no DOU nº 36, de 22 de fevereiro de 2018, uma retificação no §4º do art. 537, Capítulo I, Título**
45 **V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017**, que considera a estimativa populacional nos termos do IBGE de 2009 e
46 IBGE 2011. Tal retificação tem como finalidade evitar redução no custeio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica
47 para aqueles municípios que tiveram a população reduzida nos termos do IBGE 2016, prevalecendo a população estimada de
48 maior quantitativo populacional nos anos de 2009, 2011 e 2016. **Stela Souza** comentou sobre os municípios relacionados pela
49 resolução anterior e que perderam recurso e que a SAFTEC muito sabiamente tinha feito o levantamento e identificado os
50 mesmos, tendo solicitado ao Ministério da Saúde, que acatou e, assim, nenhum município tinha perdido recurso. E solicitou
51 que fosse explicado para que os gestores pudessem entender, pois tinha sido um ganho muito grande, um ganho por não
52 perder, aqueles que tiveram a população aumentada tinham ganhado, mas aqueles que tiveram a população reduzida não
53 tinham perdido, tinham mantido. A Coordenadora da Assistência Farmacêutica, **Milena Santos**, esclareceu que essa
54 retificação tinha sido um movimento feito pela SAFTEC, na ocasião da publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 2001 e
55 relatou que no levantamento *tinham sido identificados treze municípios, considerando apenas o IBGE de 2009, de 2016, que*
56 *tinham tido perda populacional*. Então teriam perda de recurso financeiro do MS, do Estado e da própria contrapartida da
57 Assistência Farmacêutica. Assim, *tinha sido solicitado esclarecimento ao MS quanto a isso, se deveria ser feita uma retificação*
58 *ou se deveriam aguardar, saindo então essa retificação*. Disse que os valores seriam corrigidos, considerando a vigência da
59 *portaria, que é agosto de 2017, e haveria um valor ainda a ser repassado, referente a 2017, em função dessa retificação da*
60 *portaria*. Colocou a expectativa de que essa retificação ocorresse pelo MS, no caso o Fundo Nacional de Saúde, e disse que
61 estão sendo observados os repasses mensalmente, a fim de perceberem essas mudanças. Por enquanto não tinham sido
62 percebidas no repasse de fevereiro, *que a retificação é do final de fevereiro, tendo havido um repasse no início de março, mas*
63 *o levantamento ainda estava sendo realizado, para verificar se já houve a correção agora no mês de março*. Mostrou os
64 municípios com os valores de antes e depois da retificação, ressaltando que atualmente o SIGAF ainda não está com os
65 valores corrigidos, mas já tinha sido pleiteado ao setor responsável e estão aguardando a mudança, chamando atenção para
66 uma mudança, tanto no ano de 2017 quanto em 2018, em função desse recurso. E apresentou no slide o que acabou de
67 explicar, com a exposição dos valores de antes e depois, por município:

68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95

ANTES					DEPOIS				
MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALOR FEDERAL	VALOR MUNICIPAL	VALOR ESTADUAL	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALOR FEDERAL	VALOR MUNICIPAL	VALOR ESTADUAL
BARRA DO CHOÇA	34.421	192.069	81.234	81.234	BARRA DO CHOÇA	35.004	195.769	82.798	82.798
BOTUPORÃ	11.048	61.648	26.073	26.073	BOTUPORÃ	11.050	61.659	26.078	26.078
BREJO LÂNDIA	10.768	60.085	25.412	25.412	BREJO LÂNDIA	11.163	62.290	26.345	26.345
CAATIBA	10.044	56.046	23.704	23.704	CAATIBA	11.016	61.469	25.998	25.998
CÂNDIDO SALES	27.180	151.664	64.145	64.145	CÂNDIDO SALES	27.747	154.828	65.483	65.483
CONTENDAS DO SINCORÁ	4.312	24.061	10.176	10.176	CONTENDAS DO SINCORÁ	4.638	25.880	10.946	10.946
DÁRIO MEIRA	12.331	68.807	29.101	29.101	DÁRIO MEIRA	12.608	70.353	29.755	29.755
ENCRUZILHADA	20.720	115.618	48.899	48.899	ENCRUZILHADA	23.968	133.741	56.564	56.564
GONGOJI	7.961	44.422	18.788	18.788	GONGOJI	8.191	45.706	19.331	19.331
GUAJERU	9.330	52.061	22.019	22.019	GUAJERU	10.039	56.018	23.692	23.692
ITAPÉ	10.630	59.315	25.087	25.087	ITAPÉ	10.711	59.767	25.278	25.278
MIRANTE	9.735	54.321	22.975	22.975	MIRANTE	10.264	57.273	24.223	24.223
TUCANO	52.381	292.286	123.619	123.619	TUCANO	52.578	293.385	124.084	124.084
TOTAL	220.861	1.232.404	521.232	521.232	TOTAL	229.057	1.278.138	540.575	540.575

Observou que, com a mudança do valor federal e da referência do IBGE, também tinha sido encontrada outra divergência que não diz respeito à questão populacional, e sim a um repasse a menor, mesmo o MS tendo confirmado, e estava sendo monitorado. A resposta ao MS, por meio de ofício, fora de que isso seria corrigido após a publicação dessa retificação. Assim, tem duas mudanças de valor em alerta, a que diz respeito ao valor referência do IBGE e os repasses que aleatoriamente aconteceram a menor, em cerca de oitenta e sete municípios. Finalizou colocando-se à disposição para quaisquer esclarecimentos. **Raul Molina**, Secretário Municipal de Saúde de Cabaceiras de Paraguaçu, ponderou que a agilidade na atenção básica tem melhorado muito nos últimos tempos, ressaltando que críticas e elogios são feitos quando têm que fazer, mas, apesar disso, ainda há problemas com a medicação de alto custo. Dessa forma, não poderia deixar de registrar que de um lado tinha havido esse ganho, mas do outro ainda se esperava uma resposta e considerava necessário que na próxima reunião fosse trazido um posicionamento sobre aqueles atrasados que tinham ficado de dar uma resposta a alguns municípios. Em seguida **Nanci Salles** continuou a leitura dos **Informes: 1.3 Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum:** aprovadas.

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
015/2018	01/02/2018	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios, a partir da competência janeiro/2018.
036/2018	23/02/2018	Aprova ad referendum o detalhamento técnico da expansão da frota do SAMU Regional de Itabuna que contempla os municípios de Buerarema, Camacan, Gongogi, Ibicaraí, Ibirapitanga, Itaju da Colônia, Ubaitaba e Ubatã com Unidades de Suporte Básico – USB e para o município de Camacã com Unidade de Suporte Avançado – USA.
037/2018	23/02/2018	Aprova ad referendum a ampliação da frota do SAMU Regional de Jequié que contempla os municípios de Ibirataia e Itagi com Unidades de Suporte Básico – USB e o município de Jaguaquara com Unidade de Suporte Avançado – USA.
038/2018	23/02/2018	Aprova ad referendum a ampliação da frota do SAMU Regional de Bom Jesus da Lapa que contempla os municípios de Correntina, Serra do Ramalho e Serra Dourada com Unidades de Suporte Avançado – USA.
039/2018	23/02/2018	Aprova ad referendum a ampliação da frota do SAMU Regional de Brumado que contempla o município de Caturama com Unidade de Suporte Básico – USB.
040/2018	23/02/2018	Aprova ad referendum a ampliação da frota do SAMU Regional de Santo Antônio de Jesus/Cruz das Almas que contempla os municípios de Aratuípe e Cachoeira com Unidades de Suporte Básico – USB.
041/2018	23/02/2018	Aprova ad referendum a ampliação da frota do SAMU Regional de Teixeira de Freitas que contempla o município de Teixeira de Freitas com Unidade de Suporte Básico – USB.
042/2018	23/02/2018	Aprova ad referendum a ampliação da frota do SAMU Regional de Itabuna que contempla o município Itabuna com Unidade de Suporte Básico – USB e Unidade de Suporte Avançado – USA.
043/2018	24/02/2018	Aprova ad referendum o detalhamento técnico da expansão da frota do SAMU Regional de Ihéus/Valença, que contempla os municípios de Camamu, Canaveiras, Pirai do Norte e Taperoá com Unidades de Suporte Básico – USB.
044/2018	27/02/2018	Aprova ad referendum o detalhamento técnico da expansão da frota do SAMU Regional de Feira de Santana, que contempla os municípios de Baixa Grande e Coração de Maria com Unidades de Suporte Básico – USB.
045/2018	01/03/2018	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal substitutiva – TRS do Estado e municípios, a partir da competência FEVEREIRO/2018.

96 Lembrou que essas resoluções de TRS foram indicadas pelas CIR, como já era de conhecimento de todos, bem como o
97 detalhamento que já tinha sido discutido em reuniões anteriores. **Odilon Rocha** perguntou se, ao se aprovar o detalhamento
98 técnico da expansão da frota do SAMU, tinha sido em virtude dessas demandas de carro novo, ou também do aumento do
99 financiamento. **Alcina Romero** esclareceu que essas resoluções ad referendum dizem respeito apenas à ampliação, expansão
100 e implantação de frota do SAMU, no âmbito das duas portarias do final de 2017, lembrando que tinham trazido à CIB de janeiro
101 e, prevendo que precisariam encaminhar alguns documentos para cadastramento dessas propostas, já tinham deixado em
102 aberto a possibilidade de ser ad referendum, mas trariam todo o detalhamento da situação mais à frente, na apresentação.

103 Acrescentou que tudo isso tinha sido no âmbito das duas portarias, que destinam recurso financeiro para municípios com
 104 projetos de SAMU aprovados, com expansão ou ampliação de frota já aprovados pelo Ministério, e faltando ambulâncias. Disse
 105 que o *Ministério mudou e, ao invés da doação, agora aprova o recurso financeiro, sendo colocados quais os municípios nas*
 106 *duas portarias que tinham sido apresentadas na CIB de janeiro, dando um prazo até 25 de fevereiro.* Caso os municípios não
 107 tivessem aceitado que teriam que cadastrar alguns documentos pelo sistema SAIPS, entre esses documentos constando os
 108 detalhamentos técnicos, ou seja, justificativas do porquê o SAMU de Itabuna quer mais uma USA no município de Ubatã, por
 109 exemplo, o SAMU de Itabuna já com o projeto de ampliação aprovado, hoje ainda é municipal, só que o Ministério nunca
 110 adicionou ambulâncias! Disse ainda que *essas duas portarias destinam esse recurso para que os municípios façam sua*
 111 *aquisição mediante a inserção dessa série de documentos no SAIPS.* **Odilon Rocha** perguntou se quando o município autoriza
 112 essa ampliação da frota está também garantindo o financiamento e **Alcina Romero** respondeu que sim, automaticamente,
 113 ressaltando que *o primeiro ponto é comprar a ambulância e depois disso cumprir todo o ritual, mandar outros documentos*
 114 *comprovando que está funcionando, ou que a colocaria para funcionar, contratação de funcionários - que a base toda está*
 115 *dentro da legislação - e pleitear o custeio, e assim, depois do custeio seguir o passo normal.* **Odilon Rocha** observou que tem
 116 uma ampliação de um serviço que já está morto e colocaria outra ambulância, então ficariam duas ambulâncias mortas, e
 117 questionou se tinha passado na CIR, poderia ter a informação também sobre o tempo de uso dessas ambulâncias. **Alcina**
 118 **Romero** afirmou que nenhum município quis mais uma ambulância e **Stela Souza** colocou que isso tinha sido discutido na
 119 reunião passada, *lembrando que essas ambulâncias são para ampliação e não substituição nem reserva técnica, só podendo*
 120 *ter para ser habilitada como mais uma unidade, sendo dessa forma que o Ministério tinha colocado, inclusive está na portaria*
 121 *publicada em dezembro.* **Alcina Romero** esclareceu para **Odilon Rocha** que esses dois municípios não tinham querido as
 122 ambulâncias e seria colocado que eles seriam substituídos para outro município, por ser o início e precisaria preencher essa
 123 documentação. Depois tinha sido feita a atualização, de que município não quer, sendo oferecidas e pactuadas com o
 124 COSEMS que essas ambulâncias precisam, em primeiro lugar, se manterem dentro das regionais. Então tinham ido para todas
 125 as CIR, para verem qual não tem ambulância ou a que quer uma segunda, e na sua CIR tinha ocorrido substituição para quem
 126 não tem, mas ninguém tinha manifestado querer duas ambulâncias. **Cássio Garcia** lembrou o pactuado na CIB que, devido à
 127 urgência do prazo dado, naturalmente não conseguiriam trazer todas as situações, mas à medida que fossem sendo
 128 encaminhadas determinadas situações nas CIR, seriam feitas publicações *ad referendum* para posteriormente já terem esse
 129 cenário a ser trazido, com todo detalhamento de expansão e implantação de novas ambulâncias. Em seguida **Nanci Salles**
 130 continuou a leitura dos itens encaminhados para **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À**
 131 **SAUDE – SAIS/DAB/DAE e CIR: 1.1 Credenciamentos: aprovados.**

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO	CIR
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 02 Fisioterapeutas (20h e 30h), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Profissional de Educação Físico (40h), totalizando carga horária de 200 horas.	Mirante	Vitória da Conquista
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Profissional de Educação Físico (40h), 01 Psicólogo (30h), 01 Nutricionista (40h), 01 Farmacêutico (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Várzea Nova	Jacobina
	01 NASF Tipo II, com a seguinte composição: 02 Educadores Físicos (20h cada), 01 Nutricionista (40h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 02 Assistentes Sociais (20h cada) e 01 Psicólogo (40h), totalizando carga horária de 200 horas.	Macajuba	Itaberaba
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 01 Assistente Social (30h), 01 Nutricionista (30h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Médico Pediatra (20h), 01 Médico Ginecologista (20h) e 01 Psicólogo (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Governador Mangabeira	Cruz das Almas
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Educador Físico (20h), 01 Assistente Social (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Nutricionista (30h) e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Itaparica	Salvador
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 02 Assistentes Sociais (30h cada), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Fonoaudiólogo (30h), 01 Farmacêutico (20h), 01 Psicólogo (30h), 01 Nutricionista (30h), 02 Educadores Físicos (20h cada), totalizando carga horária de 230 horas.	Cafarnaum	Irecê
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 02 Nutricionistas (30h e 20h), 02 Fisioterapeutas (30h e 20h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Assistente Social (20h), 01 Psicólogo (30h) e 02 Educadores Físicos (20h cada), totalizando carga horária de 210 horas.	São Domingos	Serrinha
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF de Gameleira.	Barro Alto	Irecê
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF de Matilde Pereira Dias.	Gentio do Ouro	Irecê

	02 ESB Modalidade I, em Mandacaru II e Maniçoba II/Jatobá.	Juazeiro	Juazeiro
	03 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF Dantilândia, Jardim Valéria III e Cidade Modelo.	Vitória da Conquista	Vitória da Conquista
	05 ESB Modalidade I, vinculadas às USF Baixa Fria, Caipe de Baixo, Santo Estevão, Calmonte e Socorro.	São Francisco do Conde	Salvador
	06 ESB Modalidade I, vinculadas às USF Geraldo Pavavente, Idalina Alves Dourado, Arnóbio Fialho Loula, Belarmina Nunes Dourado, Dr. Benedito Ney, Augusto Pereira da Cruz.	João Dourado	Irecê
	Alteração de modalidade das ESB de II para I, vinculadas às USF Dona Vivi, Fernando de Almeida Alves e José Ranulfo dos Reis.	São Félix	Cruz das Almas
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade I, na USF Vereador Luiz Antônio da Silva.	Nova Redenção	Itaberaba
	02 ESF Modalidade I, nas USF Centro I e Socorro	São Francisco do Conde	Salvador
	03 ESF Modalidade I, para as Áreas de Abrangência Dantilândia, Jardim Valéria III e Cidade Modelo.	Vitória da Conquista	Vitória da Conquista

132 Ela falou que no momento a DAB solicitou inclusão dos seguintes credenciamentos que estão com pendências, mas tinham
133 conseguido solucionar a tempo e encaminhariam a documentação para publicação: *Município de Coribe - 02 ESB Modalidade I*
134 *vinculadas às ESF Felismino Batista da Silva e Francisco Vigário da Silva Rocha; na Região de Irecê, município de Canarana -*
135 *02 NASF Tipo I, vinculados às UBS Sede I e Salobro I. Cristiano Sóster*, Diretor da Atenção Básica, confirmou a análise das
136 solicitações e considerou ok os projetos, ressaltando que *em algum momento seria necessário reforçar o fluxo de*
137 *credenciamento, observando terem quatro meses para todos os projetos credenciados serem implantados, caso contrário eles*
138 *'cairiam'*. **Stela Souza** concordou que esse fluxo precisa ser revisto e tinha que ser mais ágil, porque tem município que ficou
139 para o final, tendo procurado o COSEMS e informando que desde dezembro fora aprovado na CIR, e já com a ESB
140 funcionando, sendo um prejuízo muito grande para o município. Houve consenso **pela aprovação dessas duas inclusões.**
141 **Nanci Salles** prosseguiu a leitura dos itens de **Homologação: 1.2 Desabilitação do Serviço de Hemodiálise, CNES 0005517**
142 **e Habilitação do Serviço de Hemodiálise CNES 9233911, no Município de Salvador. Stela Souza** solicitou esclarecimentos
143 e **Marta Rejane** esclareceu que *faz parte do Termo da Ação Civil Pública do Ministério Público Federal em que está sendo*
144 *desabilitada a Clínica São Marcos, uma clínica antiga que deixara de funcionar há muito tempo, para substituir pela CLIBAHIA,*
145 *que está em processo desde novembro do ano passado, só que o MS tinha solicitado resolução CIB. Stela Souza* colocou já
146 ter ouvido do município, mas solicitava esclarecimento para ficar registrado sobre esse serviço que não funciona mais e agora
147 o município está regularizando a situação, fazendo parte do próprio inquérito civil público. **Nanci Salles** prosseguiu com a
148 leitura dos itens de **Homologação: 2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE –**
149 **SUREGS/DICON: 2.1 Habilitação/credenciamento das unidades abaixo relacionadas: aprovados.**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Guaratinga	CAPS I de Guaratinga	7595115	09.676.159/0001-03	CAPS I
Vitória da Conquista	Hospital Geral de Vitória da Conquista – HGVC	2402076	13.937.131/0062-63	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia
Ilhéus	Hospital Regional Costa do Cacau	9388133	13.937.131/0001-41	20 Leitos de UTI Adulto Tipo II
Valença	Clínica de Hemodiálise de Valença	7141432	11.038.706/0001-69	Código 15.13 – Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com hemodiálise e Código 15.14 – Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com Diálise Peritoneal
Ribeira do Pombal	Clínica de Hemodiálise de Ribeira do Pombal – HEMOVIDA	7042450	11.698.667/0001-26	Código 15.13 – Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com hemodiálise e Código 15.14 – Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com Diálise Peritoneal
Lauro de Freitas	Clínica de Tratamento do Rim NEFROVITA	7300778	12.999.197/0001-01	Código 15.04 – Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise

150 **3. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CIÊNCIA E TECNOLOGIAS EM SAÚDE – SAFTEC: 3.1**
151 **Mudança da forma de repasse do recurso federal referente à contrapartida da Assistência Farmacêutica Básica dos**
152 **municípios, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, conforme quadro abaixo:**

MUNICÍPIOS BAIANOS QUE SOLICITAM GERENCIAMENTO MUNICIPAL DO RECURSO FEDERAL	
1	AMÉLIA RODRIGUES
2	FILADÉLFIA
3	MAIRI
4	QUIJINGUE

153 **2.2 Mudança da forma de repasse do recurso federal referente à contrapartida da Assistência Farmacêutica Básica dos**
154 **municípios, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, conforme quadro abaixo:**

MUNICÍPIOS BAIANOS QUE SOLICITAM GERENCIAMENTO ESTADUAL DO RECURSO FEDERAL	
1	ALCOBAÇA
2	ANGICAL

3	FIRMINO ALVES
4	ITIRUÇU
5	SÃO DOMINGOS

155 **Stela Souza** colocou que, com relação a esse ponto, são dois movimentos numa decisão da gestão municipal, alguns solicitam
156 para sair o repasse, ao invés da contrapartida federal vir para o estado, que fosse para o município, enquanto que outros
157 solicitam o inverso, para ir para o estado. Houve consenso. A Secretária de Saúde de Vitória da Conquista, **Ceres Costa**,
158 relatou ter conversado com Ana Paula Andrade a respeito do credenciamento da alta complexidade de ortopedia no Hospital
159 HGVC e gostaria de ver o estudo feito, demonstrando que o hospital hoje tem condição de dar resposta a essa habilitação,
160 porque a mesma informou que, como o hospital já faz, está pedindo a habilitação. Ressaltou que o hospital faz a parte de
161 urgência, a parte do paciente que chega à emergência, porque alguns pacientes que são atendidos na UPA e no próprio
162 HGVC, quando não é emergência, procuram a Secretaria Municipal para providenciar as cirurgias, por isso gostaria de saber
163 de onde viera a condição do HGVC assumir essa habilitação. **Alcina Romero** esclareceu que foi um pleito do Hospital Geral de
164 Vitória da Conquista, tendo havido uma avaliação de que o HGVC já faz alguns procedimentos que são apresentados e não
165 pagos e o entendimento fora de que poderia, já que o HGVC faz mais a parte do trauma, que tem coisas de alta complexidade.
166 Disse que esse pleito da Santa Casa já tinha passado pela área técnica, tendo sido dado parecer favorável também e podiam
167 ajustar para ficarem procedimentos eletivos para a Santa Casa e procedimentos de alta de urgência para o HGVC, e lógico que
168 dependeria de uma avaliação pelo Ministério da Saúde de dois serviços de alta complexidade no mesmo território. Colocou que
169 precisam fazer os fluxos, porque eles dizendo que ficaria só uma unidade, era preciso que do HGVC fosse para a Santa Casa
170 em um fluxo normal, porque represaria algumas situações que precisam da alta complexidade e que entram por trauma e pelo
171 fato do hospital não conseguir fazer, porque não é habilitado, fica represado. Disse ainda que o acesso da Santa Casa às
172 vezes é um pouco mais difícil. Assim, propôs um estudo melhor, vendo a rede como um todo, inclusive usar fluxos que Vitória
173 da Conquista está trabalhando muito bem, os fluxos da alta complexidade, e que se pudesse resolver de forma melhor,
174 inclusive em termos de escala, se realmente valia a pena ter dois serviços. Podia ser que se chegasse à conclusão que vale a
175 pena ter dois, ou se chegar à conclusão que é melhor ter um, que 'esse um' fosse a Santa Casa ou que 'esse um' fosse o
176 HGVC. O fato é que nessa pauta de hoje não tinha sido visto o todo e sim a unidade que tem direito, porque faz alta
177 complexidade e a área técnica achara pertinente fazer a habilitação, precisavam ampliar os olhares sobre a alta complexidade,
178 até na economia de escala, e tentarem ver se fortalecem os serviços, ao invés de pulverizarem serviços. Informou que a pauta
179 fora solicitada pela COCON, a partir de um parecer favorável da área técnica, mas já tinha sido conversado que é preciso
180 alinhar melhor esses fluxos de habilitação. **Stela Souza** questionou, a título de esclarecimento, se não daria seguimento a essa
181 habilitação e esperaria primeiro fazer a discussão do fluxo, até porque Alcina Romero é membro da CIB e, se fosse esse o
182 caso, nem cabia ampliar a discussão, se fosse passar para discussão posterior e uma nova solicitação, após entendimento
183 com o município de Vitória da Conquista, para que o eletivo e o de urgência fossem atendidos, até porque sabiam que os
184 hospitais regionais são hospitais de trauma e de urgência, eletivo nunca vai lá para dentro, não se consegue vaga, fica faltando
185 eletivo para a região, então era importante que tivesse outro que pudessem trabalhar juntos. Assim ponderou se não seria
186 melhor aguardar mais um mês e depois trazerem essa pauta já rediscutida. **Alcina Romero** passou para **Cássio Garcia** fazer
187 a mediação e este, dizendo saber como está a ortopedia no estado, sinalizou para observarem a situação de Salvador, em que
188 toda segunda-feira chegam mais de duzentos novos usuários acidentados, com usuário que ficam mais de um ano fazendo
189 novas cirurgias e revisões e concluiu que eles deveriam encaminhar logo para a aprovação, pois o paciente demora a
190 conseguir, por não ter espaço. Sendo assim, concordava em dar seguimento para a aprovação e depois habilitar a outra
191 clínica, para não prescindirem de serviço e, acima de tudo, de recurso. **Stela Souza** explicou que primeiramente a mesa de
192 membros se pronunciaria e posteriormente seria aberta a fala da plenária. **Odilon Rocha** discordou do encaminhamento de
193 Cássio Garcia e ponderou que eles deveriam retornar a discussão para a CIR, em seguida para o GCE e posteriormente enviar
194 um parecer para a CIB, tendo em vista que o papel da Comissão é aprovar o melhor para a Bahia, sendo público, privado ou
195 municipal. Avaliou que, como tinha sido colocada a situação e não caberiam dois serviços, que ficasse quem chegasse
196 primeiro. Para ele nada deveria ser aprovado nesta CIB e alertou que tinha dois pedidos de habilitação, além de um serviço
197 cardiovascular, mas tinha sido retirado e um serviço cardiovascular para o município de Vitória da Conquista. **Denise**
198 **Mascarenhas** (SMS/Feira de Santana) concordou que eles deveriam levantar a questão, porque todas as instituições
199 estaduais responsáveis pela ortopedia e traumatologia enfrentam dificuldades, pois apesar de não ser o perfil e os gestores
200 têm conhecimento na rede de que as pessoas estão chegando acidentadas, fazem o procedimento, além de unidades estarem
201 sendo orientadas pelo município para só atender fratura exposta. Explicou que a situação está acontecendo nas UPA
202 estaduais, não apenas em Feira de Santana, porque disse ter consultado Guanambi, que relatara esta situação. Alertou para o
203 fato de terem muitos acidentados e a fila aumentar todos os dias, apesar do município estar fazendo sua parte, a situação
204 precisava ser colocada de forma clara, pois mesmo eles tendo os recursos definidos, a questão está exatamente na
205 emergência. Quando alguém se acidenta é orientado a procurar a Secretaria de Saúde, o paciente fica desorientado e o
206 Ministério Público exige que o município fique vinte e quatro atendendo, portanto estava na hora de mudar. Lembrou-se de um
207 episódio ocorrido durante a Oficina de PPI, em que ela fizera questão de perguntar à macrorregião de Saúde Centro Leste,
208 quais os leitos habilitados e fora dito com muita clareza que são do Hospital Geral Clériston Andrade, no caso, de Feira de
209 Santana. A gestora disse ter ficado feliz com a notícia e solicitou que ficasse registrado em ata, tendo em vista que a discussão
210 é forte e concordou com a fala de Odilon Rocha, porque não seria por uma CIB ou outra que a questão seria resolvida,
211 portanto precisava ser selecionado no estado e pelas regiões de saúde. **Geraldo Magela** (SMS/Nova Viçosa) colocou que o
212 encaminhamento seria uma parte do que Denise Mascarenhas expusera e outra parte a de recuperar a Comissão de Urgência
213 e Emergência do COSEMS, para retomarem a discussão, porque a rede estabelecida tinha sido a anterior e a que está
214 funcionando atualmente se exauriu. Portanto, era preciso discutir uma nova Rede de urgência e emergência, além da alta
215 complexidade e observou que as macrorregiões estão 'vazando'. Então era preciso planejar, sugerindo que eles saíssem com
216 um encontro marcado com a SESAB, para pautarem e restabelecerem a discussão da rede de urgência e emergência, além da
217 alta complexidade, em âmbito macro porque, pelo que tinha ficado entendido, as microrregiões não estão se falando. Sendo
218 assim, a discussão precisava ser recuperada e lembrou que eles tinham conseguido planejar o projeto muito bem por dez

219 anos, e tinha se exaurido, portanto era viável planejar através de discussão em curto prazo. Avaliou que todas as
220 macrorregiões estão fazendo hábil o sistema de redes e a comissão do COSEMS e do Estado deveriam marcar para fecharem
221 a questão. **Stela Souza** deu as boas vindas ao Secretário Geraldo Magela e disse que o SUS não é só urgência, sendo assim,
222 seria pertinente pensar em uma atenção básica forte, bem como uma vigilância potente, além da rede do cuidado como um
223 todo. *Avaliou que o Secretário tinha ficado um tempinho fora da gestão e nesse período a Rede de Urgência vinha sendo*
224 *discutida, explicando que tinha direcionado a pauta encaminhada pelo Secretário para o GCE e estava sendo atendida.*
225 Colocou para o gestor que o Grupo Conductor de Redes revisou vários planos de urgência, revisitando leitos de UTI, SAMU e
226 toda a Rede de Urgência, e considerava pertinente esclarecer para ele, pois pela sua fala ficava parecendo que durante todos
227 aqueles anos nada fora feito, quando em toda véspera de CIB os membros sentam um dia inteiro para discutir as redes. Ela se
228 desculpou e explicou que precisavam colocar o quanto eles vêm trabalhando, apesar de ainda ter muito para fazer, como por
229 exemplo a avaliação de recurso. Informou que sexta-feira participaria de uma reunião tripartite em Salvador, no GT de Gestão,
230 onde com certeza teria novidades, tendo em vista que não adiantava exigir sem ter recurso e investimento. Pontuou que vêm
231 atravessando por momentos difíceis com relação a investimento, pelo fato de as emendas impositivas não estarem dentro da
232 rede discutida, sendo assim, tinha sido necessário refazer planos que já tinham sido feitos. Em seguida, passou a fala para
233 **Cássio Garcia** fazer o encaminhamento com relação à solicitação de habilitação e o mesmo explicou que eles estão pautando
234 a necessidade de habilitação do HGVC, porque a unidade produz. Ressaltou ser difícil encontrar quem produzisse tanto, tendo
235 em vista o preço da tabela SUS e OPM e relatou também que estão usando o que recebem de OPM, porque tinha muito tempo
236 sem receber, estão habilitando o que é produzido e a dúvida era se conseguiriam dar conta de tudo, tendo em vista a questão
237 colocada. A partir daí prescindiria uma habilitação para remeter a discussão de um serviço não habilitado, mesmo já estando
238 produzindo. *Afirmou que o Estado está se propondo a habilitar o serviço que estiver produzindo, para ter retorno financeiro e*
239 *poderem fazer mais e colocou como encaminhamento que fosse feito o estudo e buscassem a habilitação da outra clínica e do*
240 *outro prestador, porque passariam a ser dois serviços podendo ofertar mais para toda população.* **Ceres Costa** discordou de
241 Cássio Garcia e explicou que o município solicitou a habilitação de alta complexidade para ortopedia na Santa Casa porque,
242 durante todo o ano de 2017, o município tinha passado por grandes dificuldades em relação à alta complexidade de cirurgia
243 ortopédica, acrescentando que atualmente o município tem uma fila de mais de cem pacientes só para artroplastia e estava
244 pagando com recursos próprios, pelo fato do HGVC não ter leitos suficientes para receber os pacientes e pela unidade fazer
245 urgência e não conseguir fazer o restante. Segundo ela a solicitação da habilitação da Santa Casa tinha sido feita por causa de
246 Vitória da Conquista e da região de saúde, onde a cardiologia tinha sido aprovada em julho e em outubro ou novembro eles
247 tinham aprovado a ortopedia em CIR e enviado. Ela disse que não entendia o porquê da longa espera, nem a necessidade de
248 discutir no Grupo Conductor, ou na CIR, tendo em vista sua presença nas reuniões do GCE e da CIB. Sendo assim, ela
249 discordava do fato da habilitação do HGVC não ter sido levado para a CIR ou para o GCE e, mesmo entendendo a urgência de
250 o hospital receber recurso, ela achava necessário discutir antes, ou seja, não deveria aprovar e depois discutir e sim, o
251 contrário. Pontuou que eles tinham o direito de saber em que se baseou a solicitação da habilitação naquele momento e
252 questionou o porquê dos serviços habilitados terem que seguir o fluxo de passar pela CIR, pelo Grupo Conductor de Redes, e
253 por último ir para a Bipartite, mas aquela habilitação ter sido feita daquela forma, ou seja, passando por cima de tudo e indo
254 diretamente para a reunião da CIB. **Cássio Garcia** disse ter em mãos todos os documentos de aprovação da habilitação pela
255 CIR e se a gestora quisesse, ele poderia apresentar para ela e afirmou que não seria irresponsável em levar um ponto sem ter
256 seguido o fluxo, como no mês de março não tinha havido reunião do Grupo Conductor, tinha ficado acordado que seria enviado
257 diretamente para a CIB. **Stela Souza** explicou que o trâmite legal é seguir as instâncias do SUS e as instâncias tinham seguido
258 com responsabilidade e comprovação documental, colocando que seria preciso avaliar, porque não existe prioridade do
259 privado sobre o público, tendo em vista a impossibilidade de alterar a ordem dos fatores, caso contrário viraria uma bagunça.
260 *Deixou claro não estar defendendo o Hospital Geral de Vitória da Conquista, mas os hospitais gerais são aqueles que atendem*
261 *urgência e emergência, sendo assim era necessário avaliar a solicitação e se de fato tinha sido aprovada em CIR. Acreditava*
262 *que seria necessário avaliar se tinha sido aprovada nas quatro CIR, tendo em vista que a unidade atende uma região, portanto*
263 *não poderia aprovar apenas na que fosse executar o serviço, caso contrário as outras regiões ficariam descobertas do mesmo*
264 *jeito. Sendo assim ela concordava que fosse discutida e aprovada em todas as CIR e se fosse necessário deveria ter outro*
265 *prestador.* **Cássio Garcia** explicou para a Secretária de Vitória da Conquista que não era ele quem estava habilitando o serviço
266 e a questão não era pessoal, colocando que o serviço já está habilitado há três anos, ele não tinha preferência e a área técnica
267 poderia fazer o estudo junto com o município e com quem quisesse participar, para levar para a CIR novamente e refazer a
268 avaliação. Ressaltou que a intenção deles é de ter um serviço especializado que contemplasse a oferta e que o prestador
269 habilitado fizesse de fato todos os procedimentos, tendo em vista que muitos pedem habilitação, mas a tabela SUS não paga
270 determinado procedimento por completo. Disse ainda que muitas vezes eles são obrigados a se sujeitar ao público, mas o
271 público só recebe praticamente urgência e emergência e o resultado sendo que, mesmo com as unidades prestadoras
272 habilitadas, escolhem o procedimento que desejam realizar, deixando os gestores na mão dos prestadores. Ressaltou que nem
273 todo mundo é 100% perfeito, portando retirava a proposta de habilitação para a mesma poder ser reavaliada, de forma mais
274 adequada, porque o prestador tinha se comprometido a realizar todos os procedimentos habilitados. Sendo assim, levariam
275 para a CIR para ver se realmente seria viável. **Stela Souza** ressaltou ser *esta a atitude mais salutar no momento, pois onde*
276 *houvesse dúvida não poderia se discutir, sendo um entendimento da mesa e dos gestores da região, e agradeceu a decisão.*
277 *Quando fosse reavaliado, passar nas quatro CIR, pois não atenderia somente à Região de Saúde de Vitória da Conquista e, da*
278 *mesma forma, o prestador do município poderia ajudar na habilitação.* Em seguida deu continuidade aos pontos de **pactuação**,
279 ressaltando que o primeiro não se trata de fato de uma pactuação, mas seria bom contar com a presença de todos, por ser um
280 compromisso assumido pela CIB. E solicitou que Cássio Garcia explicasse o **Mapa da Saúde e o PDR**, porque estão
281 chegando várias solicitações de regiões sobre revisão de PDR e a SESAB e o COSEMS tinham decidido que é hora de
282 fazerem de fato uma revisão, até porque o próprio Ministério da Saúde revisou todas as regiões de saúde do Brasil. Informou
283 que o COSEMS montou uma comissão para revisar a questão. **Cássio Garcia** explicou que *não seria feita pactuação ainda*
284 *quanto ao Mapa da Saúde, mas gostaria de trazer para a pauta da Bipartite a necessidade de revisar o PDR a partir do Mapa*
285 *de Saúde atual.* Explicou que eles estão discutindo a expansão das redes, além da solicitação de municípios com alteração de

286 PDR, sendo assim estavam atrasados na rediscussão do Mapa de Saúde e precisavam enfrentar o desafio. Colocou que eles
287 *reveriam as regiões, além das micro e macrorregiões, lançando um novo olhar sobre o Mapa, em parceria com o COSEMS,*
288 *tendo em vista que não poderia ser feito de forma isolada na SESAB, afinal os municípios comporiam o novo desenho.* Colocou
289 para Stela Souza que a *pauta seria para ratificar na Bipartite a necessidade de uma revisão e da criação de um grupo, em*
290 *conjunto com o COSEMS, para se debruçarem de fato sobre o novo Mapa do estado da Bahia e a proposta dele tinha sido*
291 *montar um grupo de trabalho com prazo definido para voltar para a CIB e fazer a discussão, além de levar para o Grupo*
292 *Condutor de Redes novamente, fazendo um link com as redes temáticas, tendo em vista o processo de habilitação discutido*
293 *anteriormente, pois tudo tem relação direta com o território.* E reiterou que a proposta da SESAB é construir o trabalho em
294 parceria com os municípios através do COSEMS. **Stela Souza** pontuou que eles estão pactuando a execução da busca pelos
295 equipamentos e os serviços nas regiões, caso contrário, não teriam uma região de saúde estabelecida e afirmou que o pacto
296 seria de executar e levar para a CIB, mas a *aprovação da nova região de saúde seria discutida, passando pelas CIR, pelo GCE*
297 *e finalmente pela CIB, tendo em vista que o trabalho não seria feito do dia para a noite e eles teriam um tempo para a*
298 *discussão. Finalizou o ponto, dizendo que o grupo já havia sido formado e ela passaria a informação para o COSEMS.* Em
299 seguida deu continuidade à pauta, convocando a **Superintendência de Gestão e Regulação de Atenção à Saúde**
300 **(SUREGS/DICON) para apresentar a Portaria MS/GM Nº 163/2018 sobre Cirurgias Eletivas** e passou para Ana Paula
301 Andrade expor. Antes de dar seguimento, *informou que a portaria de cirurgias eletivas trata de um tipo de cirurgia com as quais*
302 *os municípios tinham atravessado grandes problemas, pois ao chegar a data de trinta e um de dezembro, não tinha sido*
303 *cumprido o prazo e logo após tinha sido dado um novo prazo, improrrogável, até julho de 2018. Sendo assim eles precisavam*
304 *intensificar como seria executado, pois a situação ainda não está boa.* Informou que Ana Paula Andrade apresentaria o estudo
305 feito sobre a situação, mas a preocupava o fato de chegar a julho sem o recurso ir para o estado novamente. **Ana Paula**
306 **Andrade** saudou a todos e comunicou que apresentaria a avaliação da execução de cirurgias eletivas iniciada em 2017 e
307 *informou que, com a nova portaria prorrogaria até julho de 2018. Iniciou a apresentação lembrando que a Portaria 163,*
308 *publicada em 19 de janeiro, prorrogou o prazo da execução de cirurgias eletivas de dezembro de 2017 para julho de 2018, e*
309 *informou que a SUREGS tinha tomado o cuidado de enviar um ofício circular para os municípios executores ficarem cientes da*
310 *possibilidade da continuidade da execução das cirurgias eletivas.* Apresentou o *recurso total do Estado, de mais de dezoito*
311 *milhões, quinhentos e vinte e nove mil reais pactuados em três momentos, a primeira pactuação tinha considerado a demanda*
312 *cadastrada até 21 de agosto de 2017, a segunda até 16 de outubro de 2017, e a terceira, que utilizou como parâmetro a*
313 *remessa do Fundo Nacional de Saúde (FNS), antecipando 1/6 do recurso total destinado ao Estado da Bahia e considerando o*
314 *elenco de municípios presentes na Resolução CIB nº 109/2017.* Explicou que, *mesmo o Ministério da Saúde tendo retirado o*
315 *repasso feito no primeiro momento, conforme tinha sido pactuado, este tinha permanecido no teto dos municípios.* Apresentou
316 em seguida a *Resolução CIB nº 235/2017, que aprovou a distribuição dos dezoito milhões nas três modalidades sinalizadas e*
317 *o cenário de execução, sendo classificado em: municípios que executaram acima de 50%; abaixo de 50%; e os que não*
318 *executaram nada.* Apresentou primeiramente a planilha dos municípios que executaram acima de 50%, com os municípios
319 executores, o recurso pactuado para o município executor, além de colunas em laranja com os valores autorizados no sistema
320 de autorização. Segundo ela o Sistema Lista Única também controla o processo autorizativo, portanto eles tinham como apurar
321 em tempo real o que efetivamente tivesse sido autorizado, inclusive a informação do que tinha sido autorizado no sistema, em
322 relação ao que os executores tinham utilizado do módulo autorizador pelas cirurgias eletivas no ano de 2017, apresentado o
323 valor referente ao dia anterior à reunião. Esclareceu que o processo autorizativo é uma ferramenta do Sistema Lista Única,
324 para controlar em tempo hábil a execução do recurso. Em *relação aos quadros em amarelo apresentados, tratava-se da*
325 *produção do TABWIN e a partir da informação era possível identificar que foram autorizados nove milhões, novecentos e vinte*
326 *e oito mil, duzentos e oitenta e um reais e cinquenta centavos dentro do processo de autorização e fora repassado pelo*
327 *Ministério da Saúde, da tabela SIA/SIH, apenas seis milhões, setecentos e sessenta e cinco mil, novecentos e dezoito reais e*
328 *cinquenta e três centavos.* Pontuou que, se fosse possível identificar o executado em tempo real, possibilitaria maior dinâmica
329 na repactuação de possíveis recursos de saldo nos municípios. Chamou a atenção para o município de São Félix, que apesar
330 de ter um estouro de teto de treze mil, oitocentos e um reais e vinte e nove centavos, utilizou o valor a mais, em função de não
331 ter ajustado seu sistema do SIH no início da execução das cirurgias eletivas, majorando os procedimentos autorizados através
332 da resolução CIB e dobrando o valor da tabela. Em seguida ela *relatou a diferença que tinha ocorrido, porque o módulo*
333 *autorizador do Lista Única trabalhou exatamente com a tabela pactuada em CIB. Em relação à gestão estadual, apesar de já*
334 *ter sido executado oito milhões, oitocentos e vinte e seis mil, novecentos e sessenta e nove reais e setenta e três centavos,*
335 *ultrapassando cento e oitenta e quatro mil, vinte e dois reais e cinquenta e dois centavos, só tinham sido processados cinco*
336 *milhões, novecentos e cinquenta e um mil, quinhentos e sessenta e oito reais e sessenta centavos.* Segundo ela o *Estado tinha*
337 *sinalizado nas outras reuniões que têm contratos com vários serviços, permitindo uma execução maior do que efetivamente*
338 *tem de recurso e, ainda que tivesse sido executado um valor maior, o compromisso firmado com todos os municípios fora de o*
339 *Estado garantir 100% do pactuado para ele executar.* Disse ainda que mais para a frente ela apresentaria uma *planilha em que*
340 *cerca de vinte e seis municípios têm recurso alocado no teto do Estado, mas sem ter havido nenhuma execução, além de*
341 *outros que tinham tido algum tipo de execução, porém sem terem executado na sua integralidade e o compromisso da gestão*
342 *estadual seria executar 100%, conforme pactuado na CIB.* Explicou a situação de Irecê, com um valor maior e outro menor,
343 porque não tinham sido gerados os três procedimentos, diferentemente do pactuado na CIB. Esclareceu que os três
344 procedimentos não tinham sido majorados na resolução CIB e como cada município fez através do Sistema do FPO magnético,
345 Irecê majorou procedimentos que não estão na Resolução. Portanto o município seria sinalizado, porque como o estudo tinha
346 sido finalizado no dia anterior, a SUREGS não tinha identificado antes e pontuou que, além de Irecê, todos os municípios que
347 majoraram o Sistema da FPO magnético, refletindo tanto no SIA quanto no SIH, conforme resolução CIB, seriam orientados,
348 pois quando fossem avaliar ajudaria a identificar as distorções e o município seria obrigado a devolver o recurso utilizado
349 equivocadamente. Em relação aos municípios que executaram abaixo de 50%, ela explicou que os mesmos possuem uma
350 *programação de cinco milhões, novecentos e setenta e cinco mil, oitocentos e setenta e nove reais e nove centavos e,*
351 *considerando o módulo autorizador do Sistema Lista Única, apresenta um milhão, treze mil, quinhentos e trinta e dois reais e*
352 *um centavo executados, com um saldo de quatro milhões, novecentos e sessenta e dois mil, trezentos e quarenta e seis reais*

353 e oito centavos. Avaliou que se eles considerassem o TABWIN só teria uma execução de oitocentos e cinquenta e três mil,
354 setecentos e dez reais e oitenta e cinco centavos, exatamente por causa do delay entre o processo de autorização e o de
355 faturamento e processamento das informações junto ao Ministério da Saúde. Quanto aos municípios que não executaram
356 nada, ela colocou a preocupação de que os recursos não voltassem, pois obviamente o recurso ainda não tinha sido enviado e
357 como o mesmo fora programado para a Bahia, eles não poderiam perder a possibilidade de o Estado executar dezoito milhões
358 de cirurgias eletivas, já que alguns municípios não tinham aparecido em nenhuma execução. Relatou ainda que quarenta e
359 quatro municípios executores estão sem nenhum tipo de produção, nem no registro da autorização e nem no TABWIN e
360 apresentou também outro elenco de municípios nas mesmas condições, e dois milhões, quinhentos e noventa e três mil,
361 novecentos e trinta e sete reais e quarenta e dois centavos estão programados para quarenta e quatro municípios sem
362 nenhuma execução. Falou que em seguida apresentaria uma proposta para pactuação na CIB, exatamente a partir da
363 preocupação, caso o cenário se mantivesse daquela forma, onde seria possível utilizar o recurso nos municípios que
364 estivessem produzindo ou nos que ainda tivessem demanda reprimida para ser executada. Apresentou também o cenário geral
365 do Estado e explicou que, dos dezoito milhões programados, a Bahia tinha executado dez milhões, novecentos e quarenta e
366 um mil, oitocentos e treze reais e cinquenta e um centavos, considerando o que já tinha sido autorizado em AIH e ainda
367 precisam ser executados sete milhões, quinhentos e oitenta e sete mil, quatrocentos e quarenta e oito reais e vinte e cinco
368 centavos, significando que o Estado executou quase 41% do recurso. Avaliou que se eles considerassem o que estivesse
369 efetivamente processado no SIA/SIH, sete milhões, seiscentos e dezenove mil, seiscentos e vinte e nove reais e oito
370 centavos tinham sido processados, dos dez milhões e novecentos que já tinha tido de autorização de AIH ou de APAC. A
371 Superintendente informou que os arquivos ficariam disponíveis no site da CIB e também para o COSEMS e disse que nesse
372 arquivo tem 'abas' com a execução pactuada com gestão municipal e estadual, percentual de execução e a pactuação final, e
373 o login utilizado para encontrar essas informações, em que tinham sido buscados: executados; município executor; qual o
374 município encaminhador para aquele executor; qual o físico; o financeiro pactuado e executado; e qual a diferença. Isso
375 detalhadamente, para que municípios pudessem se enxergar individualmente, daquilo que pactuara para determinado executor
376 o que efetivamente tinha sido feito ou não, apesar de que o próprio Sistema Lista Única também traz essa informação, quando
377 se avalia lá no sistema o percentual executado. Essas mesmas informações e o percentual de execução também têm na
378 gestão estadual. Ela assinalou no slide apresentado todos os municípios pintados, vinte e oito municípios - correspondendo a
379 quatrocentos e oitenta e um mil - ainda não tinham tido nenhum tipo de atendimento em nenhuma das unidades contratadas
380 pelo Estado. A dinâmica utilizada: avaliarem individualmente os municípios que ainda têm saldo ou que não tinham tido
381 nenhum acesso, para identificarem se o estado tinha conseguido ou não contratar o procedimento pactuado pelo município. E
382 não tendo conseguido contratar, esse município devia substituir por outro procedimento, tendo procedimentos que eles sabiam
383 que, apesar da demanda, não tem oferta nem prestador na região, ou até mesmo aqui em Salvador, que pudesse executar.
384 Disse que agora a equipe está trabalhando com esses municípios e com os que ainda têm saldo, sinalizando para eles a
385 possibilidade, ou não de executar os procedimentos pactuados, cabendo ao município substituir por outro procedimento, ou
386 substituir o Estado como executor, caso ficasse identificada a existência de algum município executor de gestão municipal que
387 pudesse executar ali, não existindo nenhum problema em repactuarem, para que aqueles procedimentos, cadastrados como
388 demanda reprimida, pudessem ser ofertados, se não pelo Estado, mas por outros municípios e outro executor. Em seguida ela
389 mostrou no slide os procedimentos mais executados pelos gestores municipais, tendo sido realizados oitenta e três tipos de
390 procedimentos, com os quinze mais executados, por ordem de execução financeira e não por quantitativo físico, e o percentual
391 que corresponde a essa execução financeira. Ela assinalou no slide que tem a mesma relação de procedimentos executados,
392 cinquenta tipos de procedimentos executados por gestão estadual e também os procedimentos mais executados pela questão
393 de ordem financeira. Passou então à proposta para execução das cirurgias eletivas de 2018, considerando o cenário
394 apresentado, tendo um volume grande de execução ainda a ser realizado, principalmente por gestão municipal, só tendo
395 realizado 22% do recurso destinado e a idéia sendo que pudessem fazer avaliação das execuções dos meses de março -
396 quando ela falava março era a produção do mês - e a produção do mês de maio, já que se conseguia, através do módulo
397 autorizador do Sistema Lista Única, avaliar efetivamente o que tivesse sido executado, não tinham aquele delay de três meses
398 para essa informação chegar ao Ministério da Saúde, e a partir daí eles ficarem na dúvida se era para remanejar o recurso, e o
399 prestador/município que tivesse executado o serviço poderia ficar no prejuízo. Nesse caso tinham como apurar isso em tempo
400 real, o que o estado realizou efetivamente de atendimento, possibilitando haver pactuação de abril e de maio nos colegiados,
401 entre os gestores regionais, com definição de novos executores, isso é, considerando sinalizações de vários municípios que
402 vinham sendo feitas, com os quais os municípios tinham pactuado e infelizmente ainda não tinham conseguido contratar
403 prestador ou não, profissional ou, ainda que tendo prestador e profissional, não vêm executando, mas o valor da tabela não
404 tinha sido atrativo ou não tinham conseguido fechar, enfim tendo alguma dificuldade para executar. Então o município
405 encaminhador podia definir outro município executor para seu recurso não ser perdido e outra situação, dos municípios que
406 não executaram o mínimo de 50% até o mês de maio, o recurso devia ser repactuado na CIB, considerando a demanda
407 cadastrada no Sistema Lista Única, também para eles não perderem recurso, sendo que tem municípios que eles sabiam que
408 não pactuariam, principalmente os municípios de grande porte, seriam os executores deles mesmos, mas podiam ter
409 dificuldade na contratação de prestador e acabavam nem utilizando 100% do recurso pactuado e programado para ele. A idéia
410 de, se até maio ele não comprovasse a execução de no mínimo 50%, que pudessem repactuar o recurso desse município na
411 CIB, considerando a demanda cadastrada no Sistema Lista Única, que todos aqui sabiam que o município continua
412 castrando demandas de novos pacientes. E colocou para apreciação da mesa, para fazerem avaliação da proposta. **Cássio**
413 **Garcia** colocou que Odilon Rocha tinha perguntado a Ana Paula Andrade porque a gestão estadual, que fizera uma opção tão
414 grande, não tinha sido contemplada pela portaria ministerial colocando mais recurso, e a única cidade contemplada na Bahia
415 tinha sido Brumado. Achava que a lógica daquela portaria tinha sido que quem tinha cumprido e pedido, o Ministério tinha
416 alocado outros recursos, já que a Bahia cumpria a parte do governo estadual de 101% deveria estar impedindo e não sabia se
417 pediu ou se sairia outra lista complementar e porque somente Brumado tinha recebido – e se também não tinha cumprido.
418 Disse que quando Ana Paula Andrade coloca Lista Única, tinham que colocar também na re-divisão dos recursos quem tivesse
419 cumprido, quem tivesse feito metas extremamente importantes devia ser porque têm capacidade para fazer, para não colocarem

420 nomes e depois continuarem não fazendo nada. Disse ser um absurdo que a Bahia precisasse de tanto recurso para cirurgias
421 eletivas e estarem devolvendo o dinheiro. Entendia que precisam fazer essa nova pactuação, no pressuposto de quem tinha
422 cumprido devia ter na sua região de chegada, porque se está na região leste e tinha cumprido o 'Lista Única', devia ter uma
423 prioridade maior para fazer. **Cássio Garcia** abriu para a plenária e não tinha ninguém inscrito. **Ana Paula Andrade** colocou
424 que a *consideração de Odilon Rocha é válida, até mesmo porque sabiam que no momento das pactuações em CIR acabam*
425 *não percebendo isso e, considerando sua fala, mesmo colocando na CIR, a área técnica avaliaria quanto à indicação da*
426 *mudança do executor, que de fato ele tivesse um bom desempenho na execução.* E como encaminhamento ficariam essas
427 avaliações e ela trouxe como proposta a pactuação a partir de abril, mas os municípios que ainda não tivessem tido a reunião
428 da CIR - e ela tinha considerado que a grande maioria já podia ter tido CIR - essa pactuação já podia acontecer agora, ainda
429 na CIR de março, podendo ser incluída para essa mudança de possíveis executores. **Cássio Garcia** pediu para Ana Paula
430 Andrade repetir, para ficar bem claro que a análise é avaliação da execução dos meses março e maio, março estava sendo
431 feito. **Paulo Sérgio Moreira**, Secretário de Serra Preta, referiu que, no seu caso, vinha discutindo com outros secretários da
432 região que eles estão um pouco prejudicados nessa parte, eles querem encurtar esse prazo para repactuem em CIR e já vir
433 fazer essa repactuação dentro desse mês, ou no próximo. **Ana Paula Andrade** explicou que as pactuações feitas em março já
434 trariam para a CIB de abril uma nova resolução CIB com a redefinição de recurso, por município executor e encaminhador. Em
435 relação aos prazos, *concordou com Cássio Garcia que, se fossem esperar a CIB de junho para pactuarem, seria então na CIB*
436 *de março, que é a que estão fazendo agora, e na CIB de maio fazerem nova avaliação de execução, para daí aplicar esse*
437 *cut de 50% de quem tivesse executado, já trariam a proposta de retribuição e podiam assumir o compromisso de fazer isso,*
438 *apresentar previamente no Grupo Condutor, além do COSEMS, e trazer para a CIB, para homologação.* **Cássio Garcia**
439 perguntou a Odilon Rocha se estava contemplado e se tinha ficado claro, ou se ele queria realçar. Ele concordou e foi **feita a**
440 **pactuação.** **Mauro Camizão**, do município de Tanhaçu, quis tirar uma dúvida em relação à planilha, se o município de
441 Tanhaçu só cadastrou uma cirurgia no período que tinha sido cadastrado, lhe preocupava muito e ele tinha ido à Regulação
442 para saber o que está acontecendo, porque não tinha cirurgias eletivas, e descobriu que a sua turma estava registrando no
443 lugar errado e tinham começado a cadastrar no Fila Única corretamente desde que ele chamara atenção. Queria saber se
444 nessa repactuação faria o levantamento desses casos depois disso, e se o seu município teria a oportunidade de fazer as
445 cirurgias que estão cadastradas hoje e não lá atrás, porque se fosse lá atrás ficaria do mesmo jeito. **Ana Paula Andrade**
446 respondeu que eles pagariam o que tem de demanda reprimida cadastrada e que não tivesse sido atendida ainda, até o
447 momento que fossem fazer a análise, se estavam pactuando. Porque em maio eles teriam que trazer qual o cenário para esta
448 plenária. Então fariam o corte dia dez de maio, a CIB seria dia dezessete de maio, ele precisaria de no mínimo uma semana
449 para consolidar os dados, fazerem o corte em dez de maio, tudo que estivesse cadastrado até essa data, trariam as
450 informações, levariam para o Grupo Condutor, apresentariam aqui a demanda reprimida, onde estão essas demandas e quais
451 os possíveis recursos que teriam para repactuar. Assim conseguiriam trazer tudo que tivesse lá de demanda, trariam até o dia
452 dez de maio, pois já tinham pactuado aqui dez de maio como corte. **Cássio Garcia** falou que **estava pactuado** e esclarecidas
453 as dúvidas e que em maio trariam novamente nova avaliação. **Cristiane Meira**, assessora técnica de Ubaitaba, questionou que
454 *as cirurgias relacionadas a próstata e as ortopédicas que eles tinham colocado, os municípios executores com quem eles*
455 *tinham feito a pactuação não realizam, se saberiam quais são os executores para agilizarem o processo e para não ficarem*
456 *debatendo na CIR. Tinham que informar às CIR os municípios que vão executar, achava que a maioria dos municípios da*
457 *Bahia tem essa situação de não terem entrado também em relação a próstata, cirurgia ortopédica e pediátrica.* **Ana Paula**
458 **Andrade** ressaltou que, como gestão estadual, achava que já conhecem todos os prestadores em cada região que executam,
459 mas o que não lhes impedia de encaminhar para as regiões, podiam encaminhar para os núcleos, por região de saúde, quais
460 os seus prestadores, só poderia falar isso como gestão estadual e qual a realidade de procedimentos que o Estado tem hoje
461 contratado em cada unidade. *Esperava também que os municípios que são 'Comando Único' apresentassem na CIR os seus*
462 *possíveis prestadores e o que efetivamente eles executam, para que todos tivessem conhecimento e pactuassem esses novos*
463 *possíveis executores. Quanto ao Estado, encaminhariam para os núcleos e então segunda feira eles consolidariam tudo isso*
464 *por região de saúde, com cada POA que tinham contratado, com o rol de procedimentos.* **Cássio Garcia** deu seguimento, **para**
465 **TRS e sistema SISNEFRO**, com **Ana Paula Andrade** e esta, dando conhecimento a esta plenária, mostrou como está o
466 Sistema de Nefrologia, o SISNEFRO, que tinham pactuado desde novembro do ano passado, quando iniciariam com o
467 SISNEFRO nos municípios de Salvador, Senhor do Bonfim e Eunápolis, qual a situação e em quanto tempo pretendem que
468 toda Bahia estivesse usando de fato o SISNEFRO. Tinham tido algumas situações com o município de Salvador e preferido dar
469 continuidade apenas com os pilotos Senhor do Bonfim e Eunápolis, que no mês de fevereiro tinham conseguido capacitar
470 todas as regiões de saúde e a região de saúde de Eunápolis e Senhor do Bonfim já utilizam hoje o SISNEFRO para acesso de
471 serviço de nefrologia das duas clínicas credenciadas ao SUS nas respectivas regiões. Disse que *pactuaram no GT de*
472 *Nefrologia de fevereiro, teriam também uma apresentação e capacitação para os outros municípios da região e, a partir*
473 *de maio teriam efetivamente 100% dos municípios utilizando o SISNEFRO.* Esse movimento devia acontecer no mês de abril, só
474 tinham que ver o cronograma das reuniões das CIR e se não conseguissem fazer 100% da implantação em maio, em junho
475 tinham 100% de todas as regiões usando o SISNEFRO e a proposta sendo que cada município executor fosse multiplicador da
476 sua região de saúde, orientando toda a região. A linha de corte máxima seria 01 de junho de dois mil e dezoito, 100% do
477 serviço de nefrologia e que o acesso fosse regulado através da Comissão Estadual de Nefrologia e o encaminhamento fosse
478 dado pelos gestores municipais, através do sistema. **Cássio Garcia** perguntou se alguém tinha alguma dúvida em relação ao
479 SISNEFRO e **Denise Mascarenhas** perguntou quando eles, gestores, acompanhariam o paciente, o SISNEFRO estivesse
480 funcionando e que a SUREGS tivesse todo o controle, para não caírem no mesmo problema do glaucoma. **Ana Paula**
481 **Andrade** explicou que o sistema é aberto para o gestor local, que cadastra o paciente e acompanha todo o andamento,
482 semelhante ao que eles fazem hoje com o 'Lista Única' para cirurgias eletivas e, semelhante ao 'Lista Única' do Hospital da
483 Mulher, seria a mesma lógica, cadastraria o paciente, se tivesse algumas diligências veriam na tela para incluir mais
484 documentos ou, se estivessem lá aguardando a disponibilidade, ou para abrir vaga, isso tudo eles monitorariam no Sistema.
485 Teriam acesso à visualização de 100% dos pacientes que ela tivesse cadastrado de Feira de Santana, qual a posição do
486 paciente na fila e quanto tempo estaria cadastrado, quando ele tinha sido liberado, tudo isso ela conseguiria acompanhar.

487 Acrescentou que tem 100% de controle e nessa apresentação ela mostraria exatamente o que os gestores teriam disponíveis
488 para visualização, qual a responsabilidade de inserção de seus dados e como eles fariam esse acompanhamento, via sistema.
489 No caso de Feira de Santana, que é município executor, não seria Feira de Santana que cadastraria os usuários da região,
490 mas *cada município cadastraria e acompanharia o seu e cada um passaria a ser 'pai e mãe' de seus filhos, Feira de Santana*
491 *acompanharia e monitoraria o seu, e a mesma coisa com os demais.* **Denise Mascarenhas** colocou que o 'Lista Única' é muito
492 complicado porque aconteceu a cirurgia eletiva e, com a mudança da portaria, tinham tido um mês apenas e não tinha
493 município que executasse em um mês. **Marta Rejane** perguntou, quanto ao município executor, se eles fazem autorização ou,
494 com uma listagem de APAC do executor, como teriam o controle do que eles tinham autorizado, do que entraria, para não
495 haver descontinuidade e eles virem a ficar sem poder pagar ao prestador. Então o controle tinha que ir além da inscrição do
496 paciente no Sistema, porque tem toda a parte de faturamento e processamento para os pagamentos das contas. **Ana Paula**
497 **Andrade** comentou que o *compromisso feito no GT tinha sido de, assim como no Sistema Lista Única de cirurgias eletivas, o*
498 *processo autorizativo se daria dentro do próprio sistema, desde a agenda do paciente, cadastraria o paciente, agendaria e*
499 *acompanharia o paciente, até o processo de confirmação da cirurgia, preencheria os dados referentes aos laudos da AIH.*
500 *Seria assim também com a APAC, o prestador preencheria os dados, essa informação já ficaria no sistema com seu médico*
501 *autorizador. O Estado faria o processo de regulação de acesso, os municípios continuariam com a regulação de*
502 *responsabilidade do controle, avaliação, auditoria e autorização dessas APAC, porque estão trazendo esse processo*
503 *autorizativo para dentro do próprio sistema, cadastraria só médico autorizador.* **Cássio Garcia** colocou que daria continuidade
504 ao que Ana Paula Andrade falara, trazendo nas próximas CIB. **Stela Souza** ponderou que, por conta do calor, buscariam
505 outros lugares para as próximas reuniões, pois o Secretário Estadual de Saúde está muito chateado pelo calor e veriam os
506 auditórios da Assembléia ou do Ministério Público e Ana Paula Andrade apresentaria rapidamente a **atualização da situação**
507 **do glaucoma**, já tendo sido informado pela manhã no COSEMS todos os encaminhamentos feitos. **Ana Paula Andrade**
508 deixou claro que a Resolução 035/2018 não é da liberação da SUREGS, muito menos da Secretaria de Saúde do Estado, é
509 uma resolução que, considerando a Portaria 3011 do Ministério da Saúde, só tinha oficializada e homologada a pactuação do
510 recurso de trinta milhões de reais alocados no teto do Estado, através de três anexos. Especificamente para o glaucoma, vinte
511 e dois milhões e sessenta e oito mil reais o recurso destinado para glaucoma e distribuído nos Anexo I e II desta Resolução. O
512 Anexo III traz os demais procedimentos contemplados pela portaria, com exceção do glaucoma, da ordem de oito milhões de
513 reais, distribuídos por município executor. No Anexo I da portaria, a distribuição dos vinte e dois milhões de reais, por município
514 executor, qual o gestor desse recurso, e para a gestão estadual não tinha trazido quais os municípios. Com relação ao Anexo II
515 eles, gestores municipais, precisam estar atentos aos municípios executores também, porque a partir de agora, com a
516 mudança do FAEC para o MAC, o glaucoma para ser um agregado precisa de pactuação em CIR. E é um agregado que vai
517 fazer parte do bloco MAC, os recursos destinados foram considerando o que está disposto na *Portaria 3011, que considerou*
518 *como produção a série histórica de junho 2016 a maio de 2017, tendo havido um corte onde, do recurso do Ministério, tinham*
519 *sido garantidos 37.22% desse recurso e este sendo o está distribuído por região de saúde, município executor e município de*
520 *residência* - e mostrou na apresentação - e trouxera apenas para todos tomarem conhecimento. Mostrou no slide os municípios
521 que infelizmente nesse período não apresentaram nenhuma produção de glaucoma, para que pudessem identificar isso aqui.
522 Esse valor posto pelo Ministério na Portaria 3011, eles não tinham nenhuma fórmula mágica aqui de poderem redistribuir vinte
523 e dois milhões de reais e o que tinha sido produzido nesse mesmo período, que fora da ordem de cinquenta e nove milhões de
524 reais. **Stela Souza** informou que a apresentação de Ana Paula Andrade já tinha acontecido na CIB passada, os
525 encaminhamentos para o COSEMS fazer tinham sido feitos pela manhã e já dera os esclarecimentos a todos os secretários.
526 Informou que a SESAB levantou do sistema todos os pacientes atendidos naquele período e ela tinha encaminhado para o
527 COSEMS dividir com os municípios, as apoiadoras tinham enviado para cada município confirmar a existência ou não desses
528 pacientes. Eles não diziam que o paciente tem glaucoma ou não porque eles, secretários, não podem informar isso, por ser ato
529 médico, cabendo ao médico dizer se o paciente tem ou não glaucoma. Disse que eles têm um total de cento e setenta e sete
530 mil e seiscientos e trinta e dois pacientes, em quatrocentos e cinco municípios. Do total de pacientes levantados, tinham
531 conseguido avaliar cento e cinquenta e oito mil, oitocentos e sessenta e dois pacientes. Da resposta vinda dos municípios, que
532 correspondeu a 89% dos quatrocentos e cinco municípios, trezentos e quarenta e nove municípios tinham respondido e doze
533 municípios não tinham tido produção. Portanto não tinham recebido nenhuma relação de cinquenta e seis municípios, que não
534 tinham enviado avaliação e oitocentos e sessenta e dois pacientes avaliados estão em tratamento. Logo, ao ser levado o corte
535 para 37% apenas, eles já tinham confirmado 86% de pacientes em tratamento, mesmo tendo ainda cinquenta e seis municípios
536 sem informar. Quatorze mil, setecentos e sessenta e oito pacientes avaliados não tinham sido atualizados. Disse que esse
537 resultado tinha sido entregue ao Ministério Público, conforme solicitação, e ao Ministério da Saúde. Essa semana ocorreria
538 uma reunião do Ministro da Saúde com o CONASS e o CONASEMS, que avaliariam essa informação encaminhada. Portanto,
539 não tinham ainda nenhum resultado para dar, porque eles agora aguardariam o Ministério decidir, eles não conseguiriam
540 discutir glaucoma porque não tinham resposta. E falou que o calor estava insuportável, se fizessem uma discussão agora não
541 teriam resposta, porque dia vinte teria uma reunião do Ministério da Saúde, dias vinte e um e vinte dois teriam CIT, onde seria
542 dado o resultado. E, enquanto CIB, COSEMS e SESAB, eles se comprometiam a encaminhar para todos os secretários o que
543 ficasse definido pelo Ministério da Saúde, porque para todas as ações que este colegiado pudesse fazer, já tinham sido feitas.
544 Falou ainda que de junho de 2017 para cá os quatrocentos e dezessete municípios tiveram a mesma dificuldade, os pacientes
545 não estão nessa relação, isso sendo um corte do Ministério da Saúde. O período do corte é junho de 2016 a maio de 2017, e
546 de junho de 2017 até os dias atuais tem muito paciente novo e o Ministério não tinha considerado isso, mas que já está dentro
547 de sua solicitação, não sendo apenas em uma regional, mas em todos os quatrocentos e dezessete municípios, ou seja, dos
548 quinze milhões de habitantes da Bahia, nenhum tinha entrado de junho 2017 para cá, então não adiantava colocar este
549 questionamento. A **Coordenadora Adjunta** explicou que o recurso é dividido pela produção, foi implantada no Ministério da
550 Saúde, não tinha sido a SESAB nem o COSEMS, e colocou também que ontem tinha levado o resultado para o Ministério da
551 Saúde e continuava a questão da Polícia Federal, do Ministério Público Federal e da CGU, o Ministério da Saúde tendo feito
552 tudo isso por pressão desses órgãos, e o Ministério da Saúde disse que não se envolveria porque existe fraude sim, na Bahia.
553 Ela tinha solicitado, como presidente do COSEMS, que se fizesse auditoria e se identificasse os prestadores, até para que

554 estes não fossem mais contratados, não podendo permanecer a desassistência que está ocorrendo com a população. O
555 Secretário Municipal de Saúde de Seabra, **Leandro Athayde**, questionou porque tinha sido orientado para paralisar o serviço
556 naquele momento, sendo que alguns prestadores tinham continuado, e tendo esses serviços em outros municípios. Então
557 como ele fora orientado para continuar esse serviço e os prestadores tendo continuado, aquele município tinha sido
558 contemplado com esse valor e quem trabalhou errado tinha acabado ganhando, porque o município de Seabra tem uma
559 quantidade maior de pacientes diagnosticados com glaucoma, enquanto outros municípios, que não têm essa quantidade,
560 tinham recebido recurso maior que o de Seabra. Então questionava exatamente isso, municípios na sua regional tinham ficado
561 com o repasse anual de duzentos e quarenta reais. **Stela Souza** informou que o Ministério da Saúde estipulou um valor
562 disponível para cada município e considerando o corte feito, para cada região o Ministério da Saúde estipulou um valor
563 proporcional à produção. Por exemplo, estando descrito 37%, se um município tivesse 100 pacientes, só estaria recebendo
564 recurso por 37 pacientes. Isso tinha sido para toda a Bahia e 12 municípios sem produção, porque não aparecem, dizendo que
565 não tinham nenhum paciente. Ressaltou que em todas as falas do COSEMS/BA, na Tripartite e na reunião do CONASS, são
566 sobre glaucoma e infelizmente 56 municípios, apesar de terem sido cobrados para a resolução do problema, sequer
567 informaram se os seus pacientes estão vivos ou mortos. Considerou que se trata de um acordo que devia ser feito pensando
568 todos juntos e que a CIB não tem como responder, pois essa é uma decisão do Ministério da Saúde. **Cássio Garcia**
569 acrescentou que todo esse questionamento já havia sido levado ao Ministério da Saúde, ao CONASS, ao CONASEMS e até
570 tinham buscado ajuda no Ministério Público Estadual e no Ministério Público Federal, inclusive com a presença do Promotor
571 Rogério Queiroz na reunião, onde tinham conversado sobre isso e o mesmo tinha ressaltado que já conduziu o assunto ao
572 Ministério Público Federal. **Stela Souza** prosseguiu a Pauta, no **ponto 3.1 de Pactuação, sobre Situação da**
573 **ampliação/expansão/implantação do SAMU 192 Bahia** e o item **3.2 de Pactuação, sobre Implantação do Serviço**
574 **Aeromédico do SAMU 192 Metropolitano (CIR Salvador)**. Informou que estas duas últimas pautas deveriam ser
575 apresentadas em 3 minutos cada. Passou para a Diretoria de Atenção Especializada: **Alcina Romero** informou que está
576 prestando contas das agendas e que vinha apresentando na CIB desde janeiro e que faria apenas um resumo para esclarecer.
577 Lembrou que a apresentação trata das duas portarias do Ministério da Saúde que alocam recurso para projetos aprovados do
578 SAMU e que ainda não tinha garantido ambulância e os projetos tinham sido divididos com as situações: implantação de
579 SAMU, sendo os SAMU que ainda não existem – Seabra, Itaberaba e Serrinha; e expansão ou ampliação de frota. As
580 ambulâncias foram por recursos para aquisição pelos municípios. Lembrou que o Ministério da Saúde não está mais dando
581 ambulâncias para ampliação e expansão, está destinando recurso financeiro para que cada município adquira o seu
582 equipamento, tendo aportado recurso na portaria para *59 ambulâncias de Suporte Básico e 16 de Suporte Avançado*,
583 distribuídos para os SAMU de: *Serrinha; Seabra, Itaberaba; Feira de Santana; Itabuna; Ilhéus e Valença; Senhor do Bonfim;*
584 *Santo Antônio de Jesus; Cruz das Almas; Camaçari; Jequié; Brumado; Bom Jesus da Lapa; Santa Maria da Vitória; e Teixeira*
585 *de Freitas*. Disse que todos estes projetos já foram aprovados em CIR e CIB e já estão na conta do Ministério da Saúde, não
586 tendo nada novo. Relatou que *64 municípios foram contemplados, 11 municípios tinham recusado ou não manifestaram*
587 *interesse em manter o pedido de 2010, 2011 e 2012*. Disse que *foi solicitada ao MS a realocação de 03 USA e 08 USB, tendo*
588 *sido pactuado com o COSEMS que, caso algum município abrisse mão da ambulância, a mesma iria para a respectiva CIR, a*
589 *fim de tentarem com outro município que quisesse e assim garantiria os mesmos números de ambulâncias no mesmo território*.
590 Falou que foram aprovadas todas as resoluções *ad referendum* que fazem parte de documentos que precisam ser inseridos no
591 Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), ela tinha olhado todas as *ad referendum*, todas precisam
592 de aprovação da CIB e, ao fechar, tem *onze municípios que abriram mão dos equipamentos*. Através de várias estratégias
593 tinham conseguido chegar a todas as CIR para tentarem essa realocação, sendo isso que precisavam aprovar neste momento
594 da reunião, precisavam ter uma resolução com essa realocação. E relatou sobre cada SAMU regional, na Macrorregião Centro-
595 Leste, no SAMU da Regional Serrinha – *Conceição do Coité abriu mão da sua USA, porém nenhum município que compõe o*
596 *SAMU Regional quis mais USA*, porque na verdade já são 05 USA. Então os municípios não se interessaram, ela não tinha
597 conseguido realocar esse equipamento. Quanto ao SAMU Regional Seabra/Itaberaba – *município Ibitiara abriu mão de uma*
598 *USB e o município Novo Horizonte aceitou*, tudo devidamente registrado, com ofício dos prefeitos de que abriu mão e de que
599 aceitou. No SAMU Regional Santo Antônio de Jesus/Cruz das Almas, *o município Sapeaçu abriu mão de uma USB que foi*
600 *realocada para o município Conceição do Almeida*. No SAMU Regional Camaçari, *o município Mata de São João abriu mão de*
601 *uma USA, o município de Camaçari a aceitou, como renovação de frota, e no âmbito dessa Portaria não tem renovação de*
602 *frota, porém Camaçari insistiu para que na resolução CIB fosse pleiteada essa USA ao Ministério da Saúde, como renovação,*
603 *a Diretoria tinha acatado e levado para a resolução*. No SAMU Regional Itabuna, *o município Itajuípe abriu mão de uma USB,*
604 *que foi realocada para o município Aurelino Leal; o município Ubaitaba abriu mão de uma USA, que foi realocada para o*
605 *município Ubatã*. No SAMU Regional Ilhéus/Valença, *o município Ituberá abriu mão de uma USB, que foi realocada para o*
606 *município Ilhéus, que amplia mais uma ambulância, nesse caso não sendo renovação de frota; o município Marau abriu mão*
607 *de uma USB, que foi realocada para o município Cairu; o município Santa Luzia abriu mão de uma USB, que foi realocada para*
608 *o município Arataca; o município Wenceslau Guimarães abriu mão de uma USB, que foi realocada para o município Una*. E no
609 SAMU Regional de Jequié, *o município Itagibá abriu mão de uma USB, que foi realocada para o município Cravolândia*, tudo
610 isso no âmbito de CIR e com seus respectivos ofícios, do que abriu mão e do que aceitou. Com isso tinha sido equacionada a
611 situação do SAMU daquela resolução, e ficando apenas uma USA que não tinham conseguido realocar, mas tinha sido um
612 trabalho imenso, apesar de parecer pouca coisa, mas ir às CIR, apoiar todos esses municípios em sistema e com ligações para
613 o Ministério da Saúde, que não tinha muitas informações, dentre outras coisas. Ela agradeceu o empenho da Coordenação de
614 Urgência, nas pessoas das técnicas Regina e Graça, presentes na reunião da CIB. Ressaltou que é essa a resolução que
615 faltava para o SAMU, e disse que **Cássio Garcia** informaria que, independentemente disso, e em termos de SAMU, na última
616 CIR de Salvador foi aprovada uma ampliação de frota do SAMU Metropolitano de Salvador, com a implantação de Unidade de
617 Suporte Básico para Itaparica, não tinha chegado ainda na área técnica, porém se fosse aprovado teria sim, e a Coordenação
618 Central do SAMU de Salvador tendo aprovado, deveriam enviar o detalhamento técnico, ela acreditava que não teria nenhum
619 problema, mas gostaria que **Cássio Garcia** relatasse como tinha sido a discussão na CIR. Ele informou que a discussão
620 ocorreu na CIR de Salvador na última sexta-feira, tendo sido aprovado. O município de Itaparica fez o seu pleito, tinham feito

621 uma discussão aprofundada, entendendo que realmente Vera Cruz não está dando conta, o município de Salvador estava
622 presente, inclusive com a equipe de SAMU, com o seu Coordenador, a área técnica toda do SAMU estava lá e tinha trazido
623 para a Bipartite a fim de aproveitar o momento e trazer a aprovação da expansão da Unidade Básica para o município
624 Itaparica. **Stela Souza** esclareceu que ela está como Secretária de Saúde de Itaparica e que não tem nada relacionado a essa
625 portaria do remanejamento, não tinha sido remanejada nenhuma ambulância para Itaparica, tinha sido um pleito para entrar no
626 plano da Rede e, no tempo que fosse possível, o Ministério da Saúde providenciar a ambulância, e tinha havido uma discussão
627 sua com Alcina Romero e Regina Miranda sobre como fariam, mas tentando fazer sempre dentro da própria região. Comentou
628 seu receio quanto à devolução de alguma dessas ambulâncias, porque no início, como tinha sido apresentado na reunião
629 passada, vários dos municípios não tinham aceitado as ambulâncias e então tinha preocupado Alcina Romero, tendo sido
630 questionado se devolveriam para o Ministério da Saúde. Informou que, quanto a isso, ela fizera a interlocução com o Ministério
631 da Saúde, levando documentos que tinham sido entregues, tinha conversado com o Ministro e pedido para que autorizassem o
632 remanejamento e foi autorizado. E foi então feito um ofício, assinado pelo Secretário de Saúde da Bahia e pelo COSEMS,
633 informando essas alterações para não perderem essas ambulâncias. Assim, a princípio não tinham perdido, apenas
634 precisariam aprovar nesta CIB o que já tinha sido aprovado nas CIR, para que publicassem a resolução e enviassem
635 imediatamente e ela ansiava que fosse publicada com brevidade. Perguntou se alguém estava contra esta decisão do
636 remanejamento do SAMU e da ampliação do SAMU da região Metropolitana de Salvador. **Odilon Rocha** perguntou a Alcina
637 Romero se quando ela falou de um pleito do município Camaçari, para que colocasse como ampliação da frota, a resolução *ad*
638 *referendum* tinha retratado isso ou passado por cima. **Alcina Romero** respondeu que a *ad referendum* não trata sobre isso,
639 essa de agora é que trataria. A *ad referendum* trata apenas do detalhamento técnico de ampliação do sistema e o
640 remanejamento seria nessa atual resolução, onde estaria descrito o município Mata de São João solicitando que a USA fosse
641 remanejada para Camaçari, para efeito de renovação de frota. **Odilon Rocha** falou que recebera uma propaganda de um
642 município em que dizia: "Vem aí uma nova ambulância"! E sendo ambulância do SAMU - e não constava o nome desse
643 município. **Alcina Romero** informou que, quanto às ambulâncias de Aratuípe e Cachoeira, da ampliação que tinha vindo na
644 portaria, Aratuípe e Cachoeira já têm USB, o Ministério da Saúde acatou o pedido deles por dentro do SAIPS, colocou o
645 recurso e ela achava inclusive que eles abririam mão, porque entendia que duas ambulâncias em Cachoeira menos mal, mas
646 duas ambulâncias em Aratuípe, um município pequeno, não! Mesmo assim ambos quiseram as ambulâncias. **Odilon Rocha**
647 ressaltou que Cachoeira já possui 14 ambulâncias comuns e **Stela Souza** acrescentou que o gestor tem o direito de escolher,
648 mas precisavam cuidar quanto a decisões irresponsáveis, como por exemplo, ela, como gestora de Itaparica, não decidiria que
649 lá tivesse duas ambulâncias básicas, porque sabia que não daria conta, podendo ficar como muitos por aí, que têm três, mas
650 funciona uma. **Odilon Rocha** falou que, independentemente de sua ressalva, ele aprovava. **Stela Souza** ressaltou que a
651 apresentação de Alcina Romero tinha sido sobre os pontos de **Pactuação 3.1 Situação da ampliação/expansão/implantação**
652 **do SAMU 192 Bahia e sobre a Ampliação do SAMU Metropolitano com USB em Itaparica** e solicitou aprovação dos
653 membros, ficando **aprovado**. Passou a fala para Marta Rejane (CIR de Salvador) fazer a apresentação do ponto de **Pactuação**
654 **3.2. Implantação do Serviço Aeromédico do SAMU 192 Metropolitano (CIR Salvador)**, ressaltou também que na reunião
655 da CIR de Salvador este segundo ponto já tinha sido apresentado e aprovado, mas para seguir o trâmite legal trazia para a
656 reunião ordinária da CIB, inclusive considerava importante todos assistirem, por ser algo de grande relevância, pois se tratava
657 de um serviço que ela ansiava que futuramente tivesse em outras regiões do Estado. Justificou inclusive o Secretário de Saúde
658 de Salvador não estar presente na reunião da CIB, porque no mesmo horário ele tinha recebido a visita da equipe da ANVISA,
659 para fiscalizar os equipamentos do Hospital Municipal. **Marta Rejane** iniciou a apresentação informando que o Serviço
660 Aeromédico do SAMU 192 da Região de Saúde de Salvador está sendo implantado como serviço de suporte à vida, que fará
661 transporte de pacientes de alto risco, tanto nas emergências no APH, quanto no transporte inter-hospitalar. Disse que a
662 Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) será o órgão responsável por homologar e fiscalizar essas aeronaves, no caso, pela
663 ICA 100-4 e que tem todas as regras e procedimentos especiais de tráfego aéreo para a operação de helicópteros, tem
664 também uma legislação bastante clara com relação à lei do aeronauta, com a resolução do Conselho Federal de Medicina para
665 serviço aero médico e com as portarias de consolidação MS números 03 e 06, que são do âmbito do SUS e informou que estão
666 organizando todo o processo com base nessas normativas. Disse também que esse serviço está pactuado no município de
667 Salvador através de um acordo de cooperação técnica do ano de 2016, que apenas se concretizou com a entrega pela Polícia
668 Rodoviária Federal, em 2018, de um helicóptero BELL 407, devidamente equipado como unidade de suporte avançado, porém
669 aéreo, com todas as configurações de uma unidade avançada, em uma parceria com o município de Salvador. Relacionou as
670 missões desse serviço: atendimento pré-hospitalar (APH); apoio a equipes terrestres em acidentes ou atendimento primário;
671 transporte inter-hospitalar; transporte de recursos materiais ou equipes médicas; transporte de órgãos para transplante;
672 evacuação de vítimas e reconhecimento aéreo do local de grandes acidentes; atuação em campanhas para populações em
673 locais de difícil acesso; e apoio às equipes de busca e salvamento nos eventos de resgate marítimo. Falou ainda que
674 precisariam de profissionais como pré-requisito para funcionamento desse serviço: com experiência nas áreas de medicina
675 intensiva da emergência; experiência profissional em APH móvel terrestre; possuir destreza manual, física e emocional; noções
676 em técnicas de salvamento em altura, rapel e resgate aquático; noções de aeronáutica e fisiologia de vôo; e curso de
677 adaptação ao serviço aero médico, que é obrigatório e pré-requisito para todos os profissionais que atuam no Serviço Aero
678 médico SAMU 192. Quanto à implantação, a *fase atual é a primeira etapa, que é março/2018, onde já foi iniciada a operação*
679 *na região de Salvador, para os municípios de Salvador, Lauro de Freitas, Simões Filho, Candeias, Madre de Deus, São*
680 *Francisco do Conde, Santo Amaro da Purificação, Saubara, Itaparica e Vera Cruz, que fazem parte do SAMU Regional*
681 *Salvador. Na segunda fase, que seria abril/2018, partiria para a expansão do Serviço Aero médico para outras regionais*
682 *SAMU, alcançando o perímetro permitido (200 km) que é de autonomia da aeronave e em articulação com a COUR/SESAB,*
683 *incluindo: Camaçari, Feira de Santana, Alagoinhas, Santo Antônio de Jesus e Ilhéus completando Valença e Morro de São*
684 *Paulo, porque está dentro da abrangência de 200 quilômetros no alcance da aeronave. Informou que está sendo feito um*
685 *trabalho com a Polícia Rodoviária Federal com a ajuda do GRAER, para seleção dos locais de pouso e chamou a atenção para*
686 *essas duas instituições por serem parceiras e que para pouso precisa ter um espaço de pelo menos 20 por 20 metros para a*
687 *aeronave ter um pouso seguro. Para o acionamento do serviço aero médico seguirão todos os protocolos de regulação*

688 primária que já existem homologados no serviço do SAMU de Salvador, fará também atendimento, tanto atendimento primário
689 quanto secundário como transferência inter hospitalar, e chamou a atenção sobre os solicitantes desse serviço. No primário:
690 SAMU Salvador; SAMU metropolitano e outras regionais envolvidas; a Polícia Rodoviária Federal, em caso de acidentes nas
691 rodovias; as concessionárias das rodovias; Salvamar; e Transalvador. No atendimento secundário: os SAMU; as
692 concessionárias das rodovias; a Central Estadual de Regulação e, na transferência inter hospitalar, apenas a Central Estadual
693 de Regulação. Acrescentou que todas as demandas iniciais serão dadas pelo chefe de plantão e pelo enfermeiro regulador, em
694 conformidade com os protocolos do acionamento, feito pela Central de Regulação de Salvador, que é regional. E as condições
695 meteorológicas e climáticas para pouso, decolagem, horário, tempo, perímetro do voo, para a aeronave poder ser liberada
696 serão avaliadas pelos pilotos e operadores de voo. Ressaltou que o horário de funcionamento será no período diurno,
697 inicialmente de 6h às 18h no plantão da equipe de suporte avançado, mas isso variaria de acordo com o nascer e por-do-sol,
698 modificando-se no inverno e verão. Quanto ao acionamento no local da ocorrência, seria mais uma questão de avaliação e
699 ressaltou que com esse serviço se quer buscar a excelência no atendimento primário da região de Salvador. O planejamento
700 tinha sido feito com a base do aeroporto que, apesar de já estar funcionando, ainda está em reforma e adequação física, e o
701 treinamento dos profissionais feito em 2014, na época da Copa do Mundo, sendo 20 profissionais treinados e eles fariam o
702 treinamento de mais 16 profissionais, de modo que pudessem ter uma boa quantidade de pessoas para atender esse serviço.
703 Disse também que tinham feito todos os procedimentos necessários para aquisição dos equipamentos de proteção individual,
704 já providenciados, e precisavam convocar todos os coordenadores do SAMU Metropolitano de outras regiões no mês de
705 abril/2018, isso em articulação com a COUR/SESAB, e as reuniões com os gestores das concessionárias das BR (Via Bahia,
706 Bahia Norte, Vitalmed, CLN) para apresentação do Serviço. E o estabelecimento de fluxos de acionamento devendo ser feitas
707 em março/2018, já havia sido feita a apresentação e aprovação da proposta na CIR Salvador, ocorrida em 09/03/2018, teria
708 uma reunião também com a Transalvador em março/2018, porque, em caso de necessidade de resgate dentro da cidade de
709 Salvador, em vias de grande fluxo e que dessem condições de pouso, a própria Transalvador deveria fazer esse alinhamento.
710 E a reunião com o Salvamar, o mapeamento dos pontos de pouso, o comandante da Polícia Rodoviária Federal já tem isso
711 feito, sendo 17 helipontos regulamentados em Salvador, porém outros pontos de pouso estão sendo providenciados. Ratificou
712 e retificou os protocolos de acionamento do serviço aero médico, para evitar desperdício e mau uso dessa ferramenta, e disse
713 que isso seria uma construção diária, no início seriam mais erros do que acertos e teriam que apresentar o serviço para os
714 demais órgãos públicos, buscando ter outras parcerias. Considerou o helicóptero como uma USA, do SAMU de Salvador
715 apenas que tem equipe específica para isso. No monitoramento do Serviço falou que está proposta reunião bimestral entre as
716 coordenações municipais dos SAMU metropolitanos, semestral entre os SAMU de outras regiões contempladas para não
717 sobrecarregar, apresentação semestral dos resultados do serviço aero médico SAMU-SSA na CIR da região de Salvador.
718 *Solicitou à CIB uma resolução para inserção do Transporte Aero médico SAMU 192 no PAR/RAU da RMSA (Região*
719 *Metropolitana de Salvador Ampliada) e outra resolução para implantação do Serviço Aero médico SAMU 192 – Região*
720 *Salvador, com vistas à habilitação junto às instâncias estadual e federal no futuro. Adiantou que já estão com toda a*
721 *documentação para dar entrada no SAIPS e tendo a aprovação da resolução CIB, já encaminhariam tudo para o Ministério da*
722 *Saúde. Deixou uma mensagem da Sub-Coordenadora de Regulação Hospitalar e Pré-Hospitalar Móvel (SAMU192), Patrícia*
723 *Nogueira Alves Silva – CRMBA 17.139, que é médica do serviço aero médico e que está à disposição para sanar quaisquer*
724 *dúvidas, ou para qualquer articulação que pudesse ser feita. Stela Souza perguntou se havia algum questionamento quanto a*
725 *esse assunto e solicitou aprovação, com êxito. Odilon Rocha solicitou uma explicação, pois fora procurado por um membro*
726 *da Região Metropolitana de Salvador, que dissera ter um pleito de incremento de teto MAC e considerou que já tinha ficado*
727 *acertado anteriormente que, quando o município solicitasse incremento de teto MAC, se daria a Resolução, mas ao levarem*
728 *para a CIR Metropolitana, lá tinham criado uma série de dificuldades e deixava o seu protesto contra a CIR Metropolitana, que*
729 *deveria ter encaminhado à CIB. Stela Souza falou que deixaria a Coordenação desta CIR em questão responder, mas*
730 *acrescentava que não apenas esse, mas qualquer município do estado da Bahia que o Ministério da Saúde sinalizasse via*
731 *parlamentar, normalmente isso é via deputado, que vai conseguir um recurso de incremento e que precisa da Resolução CIB,*
732 *eles solicitam e ela inclusive autoriza publicar ad referendum, esta questão, porém, nunca chegou. Na CIR chegou uma pauta,*
733 *mas não tinha sido nada referente ao reclamado, e sim ao Comando Único, e que não queriam prestador dentro de CIR, isso o*
734 *que acontecera. Tratava-se do gestor de Santo Amaro, ele não tinha levado este questionamento para a CIR, a Coordenadora*
735 *estava aqui presente para confirmar e Cássio Garcia também, como Coordenador. Disse que o Secretário tinha informado a*
736 *passagem do comando do Estado para o Município e tinha levado também três prestadores para a CIR e os membros da CIR*
737 *tinham discordado. Odilon Rocha disse que o município colocou ter sido este o assunto. Maria Rosânia confirmou que*
738 *realmente não tinha sido sobre esse assunto e que na verdade ele tinha questionado a mudança de Comando Único, uma*
739 *questão de teto financeiro, cujo valor fora reduzido. Ana Paula Andrade ressaltou uma fala de Odilon Rocha na CIB em*
740 *questão, perguntando se o gestor tinha feito a conta antes de assumir o Comando Único. Odilon Rocha disse também que*
741 *tinham aprovado a resolução estabelecendo que, quando o município pedisse o recurso para aumento do teto, ele poderia*
742 *fazer indiretamente, pois tinha saído uma resolução ad referendum sobre isso. Cássio Garcia disse que não tinha sido*
743 *colocado e inclusive a proposição da CIR tinha sido ajudá-lo no estudo da composição de teto, tendo reunião marcada para a*
744 *próxima sexta-feira, às 14h. Em seguida a Coordenadora Adjunta agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a*
745 *sessão, informando a próxima reunião para o dia 19 de abril de 2018, às 14 horas. Não havendo mais o que tratar após revisão*
746 *da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo*
747 *(Andressa Braga, Michele Torres, Naiara Brandão e Silvana Salume), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva*
748 *da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos senhores membros, após lida e aprovada. Salvador, 14 de março de*
749 *2018.*
750 Fábio Vilas-Boas Pinto _____
751 Stela dos Santos Souza _____
752 Ivonildo Dourado Bastos _____
753 Suplente: Alexandre dos Santos Miranda _____
754 Cássio André Garcia _____

755 Suplente: Maria Alcina Romero Boullosa _____
756 Ana Paula Andrade Dias de Santana Andrade _____
757 Suplente: Naya Neves de Lucena _____
758 Rivia Mary de Barros _____
759 Suplente: José Cristiano Sóster _____
760 Maria Rosania de Souza Rabelo _____
761 Raul Moreira Molina Barrios _____
762 Luciano Ferreira da Mota _____
763 Odilon Rocha Cunha Rocha _____