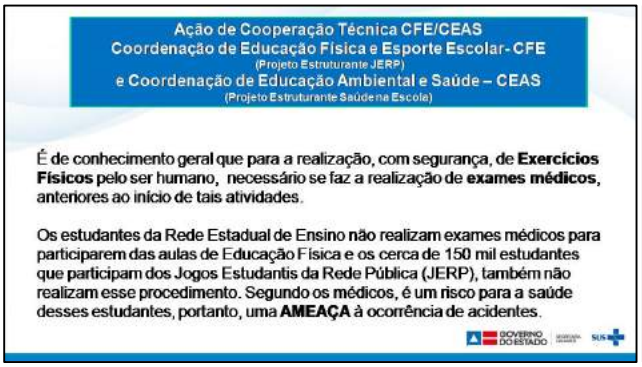
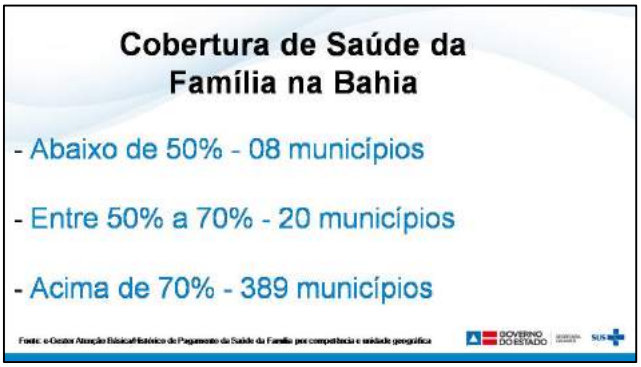
Ata da 267ª Reunião Ordinária de 2019
CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Aos vinte e três dias do mês de maio do ano dois mil e dezenove, no Auditório da União dos Municípios da Bahia - UPB, com as presenças dos membros da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Ivonildo Dourado Bastos, Cássio André Garcia, Rivia Mary de Barros, Luiz Antônio Galvão da Silva Gordo Filho, Raul Moreira Molina Barrios, Odilon Cunha Rocha e dos suplentes, Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho, Maria Alcina Romero Boullosa, Naya Neves de Lucena, José Cristiano Sóster e Charles Pereira de Souza. Às 14 horas e 15 minutos a **Coordenadora Adjunta** declarou aberta a sessão e deu posse ao novo membro da SESAB na CIB, Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho – Subsecretária da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, como suplente do Secretário e Coordenador da CIB, Fábio Vilas-Boas, em substituição a Adil Duarte Filho, dando-lhe boas vindas, ressaltando o trabalho que vem desempenhando na SESAB e desejando que neste espaço possa contribuir também com as decisões das políticas de saúde no estado. Informou, em nome do COSEMS, que houve um movimento dos secretários municipais de saúde para que o Secretário de Saúde de São Félix, Odilon Rocha, retornasse como membro da CIB e ele não teve como recusar, assim, desejava-lhe boas vindas e que continuasse a luta por melhorias na saúde em nosso estado. **Odilon Rocha** cumprimentou a todos, agradecendo pelo movimento para seu retorno e disse que esperava continuar fazendo o que gosta, que é tencionar as discussões na CIB e nesse sentido observava que na última reunião em que participara não tinha sido aprovada a Ata constando a discussão do teto de Salvador, uma ata que é muito importante, pois é preciso questionar o Ministério, uma vez que foi feita a mudança negociada e até hoje o MS não complementou os recursos, foi retirado três milhões e meio de reais do teto financeiro do estado e colocado em Salvador, ficando de o Ministério da Saúde complementar com três milhões e meio e não aconteceu, inclusive isso foi motivo de uma discussão que atrasou a PPI e depois não houve andamento. Então esta Ata não foi aprovada e teria que ser deixada para adiante até resolver, assim gostaria de esclarecer isso. **Nanci Salles** lembrou que as atas são aprovadas sempre no início das reuniões, quando os membros devem se posicionar se estão ou não de acordo com o texto da ata da reunião anterior, inclusive podendo propor ajustes e correções, pois é encaminhada antecipadamente aos membros, que têm todo o direito de se manifestar no momento da aprovação. Sendo assim, a partir do momento que uma ata é colocada em aprovação e os membros da CIB não se manifestam de forma contrária, considera-se então aprovada. Em seguida efetuou a leitura do momento citado na reunião passada: "Em seguida confirmou o quórum e colocou em aprovação as Atas das 1ª Reunião Extraordinária e 265ª Reunião Ordinária, encaminhadas por e-mail aos membros da CIB, que foram aprovadas à unanimidade. Dando prosseguimento, passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles, que efetuou a leitura dos expedientes encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação." Ressaltou que obviamente os membros da CIB podem voltar atrás no que pactuaram, mas como podia ser visto no texto, as duas atas foram aprovadas na reunião em que estavam presentes os seguintes membros da CIB: Ivonildo Dourado, Cássio Garcia, Stela Souza, Alcina Romero, Cristiano Sóster, Luis Antônio Galvão, Rivia Barros, Erasmo Moura, Charles Pereira, João Rodrigues Júnior e Alexandro Miranda. **Stela Souza** considerou esclarecida situação e em seguida colocou em aprovação a Ata da 266ª Reunião Ordinária, encaminhadas por e-mail aos membros da CIB, que foi **aprovada à unanimidade**. **Tereza Paim** cumprimentou a todos e todas, e ressaltou o prazer e a responsabilidade de estar aqui, desejando que, com tantas reuniões, discussões e pleitos, fosse possível realmente ser bem profissional, pois são muitas pessoas e vidas aqui representadas. Informou que teria uma reunião com o Governador às 15 horas, por isso tinha feito questão de ser bem pontual para não deixar de estar presente e, a depender do horário que terminasse lá, pretendia voltar para dar continuidade. E passou para o primeiro ponto dos **Informes**: **1. GASEC e SAIS/DAB: Olimpíadas escolares: Fluxo Rede Escolar/Rede Saúde e Nota Técnica de reconsideração do Projeto de Equipes da Atenção Básica descredenciadas por falta de prazo.** Relatou que a SESAB foi provocada pela Casa Civil, por um desejo do Governador, com um foco bem próprio em educação e estão sendo lançados os Jogos Olímpicos. A despeito de já serem realizados no âmbito intermunicipal, hoje o pensamento é de algo mais amplo, de selecionar alunos e estes passarem a participar do interestadual também, e veio a preocupação, pois como já acontece entre os intermunicipais há dez anos e tem um envolvimento grande de muitos adolescentes - porque abrange uma faixa etária de 12 a 17 anos - eles nunca passaram por avaliação de atestado médico. Relatou que quando surgiu a possibilidade de realização, se pensou logo, enquanto SESAB, no que poderia ser feito para que esses adolescentes pudessem participar, mas que tivessem a segurança de nenhum fato trágico ocorrer e a primeira opinião foi buscar o auxílio dos municípios no apoio à essa assistência que precisa ser feita. Todos os municípios foram envolvidos e as escolas com alunos de 12 a 17 anos, alguns municípios têm uma boa abrangência da estratégia de saúde da família e isso seria o mais próximo e o melhor para a família do aluno atravessar a rua, ir à unidade básica ou de saúde da família e fazer os exames cuja composição é também muito simples. O que precisa é ter uma avaliação dos exames e um atestado médico de que o aluno está capaz naquele momento para efetuar as atividades físicas nos jogos. Acrescentou que, como essa cobertura não é tão ampla para todos os municípios e ainda tem um percentual que tem uma abrangência grande, menor do que atenção de 50%, a SESAB, por meio da rede própria, disponibilizará as unidades de referência do estado, os hospitais regionais, os hospitais gerais para estes adolescentes, mas de fato necessária uma rede de apoio. Então hoje já tinham monitorado quem são os que participarão, mas é preciso que os municípios dêem esse apoio também nessa resolutividade. Todas as regiões e todos os municípios que acolhem foram mapeados e será passado para todos para continuarem monitorando. A idéia é não ficar apenas nisso, mas, nesta abrangência do exame e do atestado, incluir a educação em saúde, selecionar algumas pessoas como referência para apresentarem na mídia como o Telessaúde aos adolescentes que ter saúde é também estar envolvido com boas práticas, é não usar drogas, anabolizantes, é usar camisinha, então, é fazer educação em saúde, um primeiro estímulo para a escola vir a ser inserida na educação em saúde, pois a pretensão é levarem essa tele web aula à escola, para isso fazer parte da família, não é só o exame, o atendimento médico, mas sim fazer uma inserção melhor da saúde na educação. Informou que a DAB e SAIS/DGRP formaram um grupo de trabalho que monitorará e acionará cada município. Disse que dos alunos que já foram cadastrados neste início apenas alguns chegaram aos jogos interestaduais, mas como não se sabe quem são, todos terão essa abrangência e todos terão que fazer os exames e já fazer disso uma prevenção em saúde. Em seguida apresentou os slides, destacando a promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas, a Coordenação Executiva de Projetos Estratégicos da Educação –

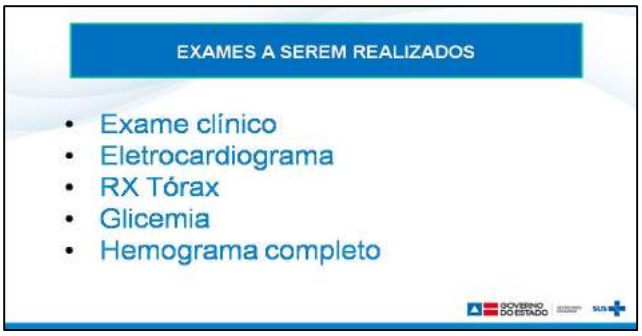
CEPEE, ressaltando que esse projeto Educar para Transformar é um Pacto pela Educação que existe desde 2009, estavam em 2019, mas a saúde ainda não está integrada a isso e hoje ela se apresentava para isso:

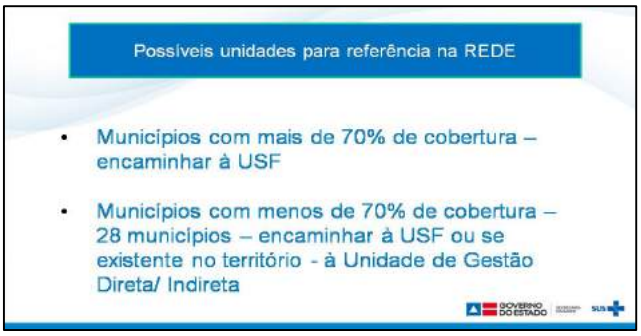
Observou que, como a cobertura ainda não é suficiente, para os municípios que são poucos - abaixo de 50% - inclusive Salvador é baixa a cobertura e tem muitos alunos para fazerem esta atividade, os que estão abaixo - vinte e oito municípios - terão o apoio dos hospitais regionais, mas uma família não percorreria 120 Km para fazer hemograma, eletrocardiograma e depois obter um atestado do médico.



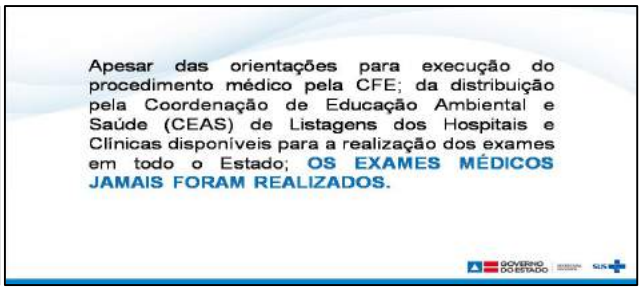


Ressaltou a necessidade do envolvimento dos municípios, pois serão suas crianças, uma representatividade para a Bahia e, quem sabe, interestadual também. Mostrou o elenco dos exames, comentando que hoje existe a Telemedicina e seu alcance para que a resolutividade fosse melhor. Disse que são exames simples e o médico pode dar o atestado naquele momento e que os municípios com maior cobertura de unidades básicas e unidades de saúde da família podem dar essa cobertura e os municípios com menos de 70% de cobertura para que existisse a estratégia de acolhimento desses adolescentes.





Mostrou o total de alunos, de municípios e a média de alunos por município, lembrando que são as escolas que se oferecem para participar, tem municípios com vinte alunos e municípios como Salvador, com dois mil alunos. Enfatizou que, apesar das orientações para execução, é preciso os exames médicos que eles não realizaram antes, então está sendo direcionado, identificando-se o aluno, criando-se o cartão de identificação, ele tem que ir à unidade e é preciso o apoio de todos, pois isso é uma identificação, ele não vai fazer o exame porque quer, mas para participar de uma olimpíada, então é preciso ter celeridade na realização, no resultado e na visita médica.



Mostrou o Fluxo Escolas/Rede de Saúde – Olimpíadas Escolares e o que já foi feito, lembrando que agora é preciso a execução dos exames pelas unidades de saúde.

Finalizou a apresentação colocando à disposição DAB e DGRP, para as coisas acontecerem da melhor forma possível. **Stela Souza** propôs que tivessem a relação dos municípios e a quantidade de estudantes para localizarem as escolas e perguntou quando serão os jogos e se, mesmo com uma cobertura de 80 a 90%, mas sem condição de fazer, mesmo com um hospital da rede própria no município, como poderia ser feito contato, ou se haveria um informe para estes hospitais, para que se poder ter acesso. **Tereza Paim** esclareceu que nada é feito com muito tempo de antecedência, os jogos começam em junho e seria preciso cumprir o calendário, e este projeto não é só da SESAB, vindo em conjunto com a Casa Civil e a Secretaria de Educação. Então foi solicitado à SEC que identificasse estes alunos, com a proposta de terem um cartão para não haver nenhuma confusão de que não é o aluno que está indo fazer o exame e isso chegará à unidade de saúde. Informou ter trazido a lista dos alunos com todas as identificações e esperava que os municípios com cobertura maior de 70% pudessem participar, pois, entendendo que os hospitais já estão cheios realmente, atendendo urgência e emergência de vários municípios, não seria tão fácil acolher estas crianças, seria dado o apoio, mas gostariam que fosse sinalizado quando este apoio não pudesse acontecer no município, fosse pela quantidade, pela qualidade, ou pelo acesso ao médico. **Stela Souza** colocou que a lista seria passada ao COSEMS que ajudaria na divulgação e sugeriu que a DAB também encaminhasse um ofício orientando aos municípios. **Odilon Rocha** questionou se não teria nenhum tipo de remuneração para os municípios e **Tereza Paim** esclareceu que a responsabilidade pela saúde dos alunos é dos municípios, sendo seus munícipes e estando aptos para fazerem atividade física, afinal estão representando os municípios em suas escolas. **Odilon Rocha** argumentou que algumas vezes os municípios já estão com todo o processo de regulação e agendas feitos e cada município tem uma realidade diferente e **Tereza Paim** reafirmou que qualquer dúvida ou necessidade devia ser feito contato com DGRP e DAB. **Stela Souza** argumentou que às vezes os municípios com 70% a 100% de cobertura podem ter dificuldade e um com menos de 50% pode até não ter, sendo importante saber a quem recorrer quando não conseguirem fazer ou terem que dividir, o que também podia acontecer, pois são

realidades diferentes. Assim, seria bom colocar e-mail ou telefone à disposição, para que os municípios entrarem em contato. **Elisa Carvalho, da DAB**, informou o e-mail dabassessoria@saude.ba.gov.br para qualquer dificuldade em relação à realização dos cinco exames - são quatro mais o exame clínico - e que também serão acolhidos os questionamentos, unidades da rede própria para municípios como menos de 70% de cobertura a partir do atestado em mãos, o aluno retorna à escola, as escolas estarão consolidando a lista e a partir disso encaminhando para a Secretaria da Educação, e estará apto para participar das olimpíadas. **Stela Souza** relatou ter conversado com alguns membros da CIB e propôs uma inversão na pauta, pois já tinha sido discutido na reunião do COSEMS as homologações e as resoluções *ad referendum*, em seguida passarem para pactuação e depois retornarem aos informes, pois vinha recebendo algumas reclamações de que a pauta de pactuação fica sempre para o final, quando muitos secretários já estão indo embora para viajarem, voltando aos seus municípios. Houve consenso da mesa. Reiterou então a homologação das resoluções ad referendum e a aprovação das homologações/credenciamentos da Atenção Básica, solicitando a inclusão de 01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Anísio Pereira do Nascimento, para o município de Coribe. **Cristiano Sóster**, **Diretor da DAB**, relatou ter recebido este pleito pela manhã, tendo ficado acordado que seria aprovado mediante o recebimento da documentação e seguindo o fluxo, se estivesse tudo ok seria encaminhado à Secretaria Executiva para publicação de resolução CIB. **Stela Souza** relatou que tem recebido várias cobranças de municípios com seus credenciamentos aprovados na CIB, resolução publicada, encaminhada para o Ministério da Saúde e não sai publicação da Portaria. E mesmo com isso não constando em pauta, considerava esse financiamento muito importante para os municípios e ressaltou a necessidade de a CIB encaminhar uma cobrança ao MS referindo todas as habilitações, inclusive as do ano passado e cujo recurso ainda não foi repassado, incluindo todas as habilitações e não somente os credenciamentos da atenção básica que não foi publicado portaria. Houve consenso. **Odilon Rocha** sugeriu que fosse feita uma relação de tudo que está atrasado e solicitada uma pauta ao Ministro da Saúde, para ver se conseguem alguma palavra de tranqüilidade para os municípios que seguem com essas pendências, seria uma pauta específica do estado e municípios para o Ministério. **Stela Souza** reforçou que os informes passariam para o final, conforme sua sugestão de fazer homologação, em seguida pactuação, aprovada pela mesa, pois as apresentações dos informes estão tomando a pauta de pactuação e o que é pactuado tem que ter tempo para discussão. Apesar de terem passado na reunião do COSEMS, se fazia necessário constar em ata as resoluções publicadas *ad referendum* e os itens encaminhados para Homologação/Credenciamentos da Atenção Básica. **Foram publicadas as seguintes Resoluções *ad referendum*:**

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
058/2019	18/04/2019	Aprova ad referendum a Proposta nº 912782/19-001, de Emenda Parlamentar nº 13620010, para Ampliação da unidade de saúde - Hospital Municipal Dr. Eduardo Silva, do município de Queimadas.
059/2019	03/05/2019	Aprova ad referendum a Proposta de convênio nº 911221/18-003, para Ampliação da unidade de saúde- Hospital Municipal de Mundo novo, no município de Mundo Novo.
065/2019	03/05/2019	Aprova ad referendum a Proposta nº 916130/19-001, emenda parlamentar nº 37380004, de aquisição de equipamentos e material permanente para implantar ambulatório oftalmológico para rastreio e tratamento da Retinopatia Diabética, com a realização de consultas e exames, no município de Alagoinhas.
067/2019	08/05/2019	Aprova ad referendum a solicitação da readequação da rede física do SUS da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h de Lauro de Freitas, Porte I, para Unidade Básica de Saúde.
069/2019	16/05/2019	Aprova ad referendum a solicitação da readequação da rede física da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h do município de Morro do Chapéu, porte I, para alocar a Equipe de Saúde Família do Vale do Ouro, a Secretaria Municipal de Saúde, a Vigilância Sanitária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.
071/2019	14/05/2019	Aprova ad referendum a solicitação da readequação da rede física da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h de Araci, Porte I, para o funcionamento do Hospital Municipal Nossa Senhora da Conceição.

Homologação: 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB e CIR: 1.1 Credenciamentos: Aprovados.

CREDENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO	CIR
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Assistente Social (30h), 01 Profissional de Educação Física (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Terapeuta Ocupacional (30h) e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 240 horas.	Ilhéus	Ilhéus
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Nutricionista (40h), 01 Profissional de Educação Física (40h), 01 Psicólogo (30h), 01 Sanitarista (40h) e 01 Assistente Social (20h), totalizando carga horária de 210 horas.	Dias D'Ávila	Camaçari
	01 NASF Tipo II, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (20h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Profissional de Educação Física (20h), 02 Psicólogos (20h cada) e 01 Fonoaudiólogo (20h), totalizando carga horária de 120 horas.	Itapitanga	Itabuna
	01 NASF Tipo II, com a seguinte composição: 01 Profissional de Educação Física (20h), 01 Nutricionista (20h), 01	Caatiba	Itapetinga

	Assistente Social (20h), 01 Psicólogo (20h), 01 Farmacêutico (20h) e 01 Fisioterapeuta (20h), totalizando carga horária de 120 horas.		
	01 NASF Tipo II, com a seguinte composição: 01 Profissional de Educação Física (20h), 01 Nutricionista (20h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (20h) e 01 Psicólogo (20h), totalizando carga horária de 120 horas.	São Miguel das Matas	Santo Antônio de Jesus
	01 NASF Tipo III, com a seguinte composição: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Nutricionista (20h), 01 Psicólogo (20h) e 01 Assistente Social (20h), totalizando carga horária de 90 horas.	Lajedinho	Itaberaba
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 02 Psicólogos (30h cada), 01 Assistente Social (30h), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Nutricionista (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Santa Inês	Jequié
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 01 Fisioterapeuta (30h), 02 Nutricionistas (40h cada), 01 Médico Clínico (20h), 01 Assistente Social (30h), 01 Psicólogo (40h), 01 Profissional de Educação Física (30h) e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 260 horas.	Baixa Grande	Feira de Santana
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 02 Psicólogos (40h cada), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Nutricionista (40h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Profissional de Educação Física (30h), totalizando carga horária de 210 horas.	Brotas de Macaúbas	Ibotirama
	Alteração de modalidade de NASF Tipo III para NASF Tipo II, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Psicólogo (30h), 01 Profissional de Educação Física (30h), 01 Fisioterapeuta (30h) e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 120 horas.	Cravolândia	Jequié
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Quilombo Jatobá.	Muquém do São Francisco	Ibotirama
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Nova Colina.	Boninal	Seabra
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Setor Dourado.	Correntina	Santa Maria da Vitória
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Pocinhos.	Sátiro Dias	Alagoinhas
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Leovigildo Figueira.	São Miguel das Matas	Santo Antônio de Jesus
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Januário Dourado Silva.	Iramaia	Jequié
	02 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF José Irio de Souza e Antônio dos Santos Alves.	Brejolândia	Barreiras
	04 ESB Modalidade I, vinculadas às USF Garcia D'Ávila, Bosque II, Concórdia e Bosque III	Dias D'Ávila	Camaçari
	Alteração de Modalidade de I para II da ESB vinculada à ESF Maria José Souza Moura.	Barra do Rocha	Jequié
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade I – Estiva.	Novo Horizonte	Seabra
	01 ESF Modalidade I – Setor Dourado.	Correntina	Santa Maria da Vitória
	02 ESF Modalidade II – Bela Vista e Pôr do Sol.	Guanambi	Guanambi
	02 ESF Modalidade II – Queimadinha IV e Queimadinha V.	Feira de Santana	Feira de Santana
	04 ESF Modalidade I	Dias D'Ávila	Camaçari
ACS – Agente Comunitário de Saúde	02 ACS	Iuiu	Guanambi
	54 ACS	Itapetinga	Itapetinga
ECR – Equipe de Consultório na Rua	01 ECR	Ilhéus	Ilhéus
UOM – Unidade Odontológica Móvel	01 UOM	Sátiro Dias	Alagoinhas

2. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON: 2.1 Habilitação/desabilitação e credenciamento das unidades abaixo relacionadas: **Aprovados**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	DESABILITAÇÃO
Guanambi	Instituto Oftalmológico da Bahia – IOBA	7276877	14.168.357/0002-79	05.06 – Tratamento do Glaucoma com Medicamentos no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica
MUNICÍPIO	**UNIDADE**	**CNES**	**CNPJ**	**HABILITAÇÃO**
Guanambi	Centro Especializado Oftalmológico Queiroz Ltda – CEOQ	3214273	05.089.379/0003-33	05.06 – Tratamento do Glaucoma com Medicamentos no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica
Amargosa	Instituto de Olhos Adi Nascimento	9258442	05.286.564/0003-18	05.06 – Tratamento do Glaucoma com Medicamentos no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica

Stela Souza pediu a palavra para acrescentar que o município de São Félix solicitou credenciamento da habilitação 05.06 da Política Nacional de Oftalmologia para o Hospital Nossa Senhora da Pompéia, CNES 2520613, CNPJ 15.978.826/0001-011, e que não consta na pauta. **Nanci Salles** esclareceu que este pleito de São Félix foi demandado pela própria área técnica para que fosse encaminhada a documentação, foi feita a análise da DAE e direcionado para a DICON, e normalmente é esta Diretoria que faz a solicitação do ponto de pauta à Secretaria Executiva da CIB, depois de análise e parecer favorável. **Ubiraylson Andrade**, **SUREGS/COCON,** informou que a solicitação já está na área técnica, em fase de agendamento para vistoria, por isso não tinha sido pautado, mas que, como já tem a Resolução CIB nº 038/2017 aprovando, após a realização da vistoria haverá aplicação do check list conforme a portaria e depois seria encaminhado ao Ministério da Saúde. **Odilon Rocha** relatou que para o credenciamento desse serviço já tem realmente resolução CIB, só que antigamente se credenciava na CIB e se enviava ao Ministério para fazer a habilitação, mas tem dois anos que o Ministério não habilita nenhum serviço, então se já foi feita toda essa etapa, não entendia porque teria que passar por vistoria. **Ubiraylson Andrade** esclareceu que antes da Portaria 419 o serviço de glaucoma era habilitado por meio de memorando do Departamento do próprio Ministério e era lançado o CNES da instituição. O Ministério extinguiu o processo anterior de São Félix que existia - por lapso temporal, documentação já defasada, etc. - e conforme o ofício encaminhado pelo gestor à DAE, foi aberto um novo processo. E à luz da nova orientação do Ministério, tem que passar pela vistoria, já que agora não é mais ato departamental, sairá uma nova portaria, mas a vistoria deve ser feita até o dia 15 de junho. **Odilon Rocha** argumentou que não tem vistoria, mas tem dinheiro e está fazendo atendimento, então como é possível essa situação? Porque tem três municípios que têm recurso no município de São Félix, que está atendendo. **Alcina Romero**, **Diretora da DAE**, colocou que eram duas situações diferentes, antigamente tinha o memorando e em 2016, por algum equívoco, o Ministério da Saúde mudou a regulamentação e passou a habilitar todos os serviços que estavam no memorando. Por algum motivo tiveram uns quatro serviços da Bahia - o Hospital Nossa Senhora da Pompéia, a Clínica Adi Nascimento, de Amargosa, a CLIOFT, de Juazeiro e mais um serviço - que, por falha do Ministério, não estão naquele escopo, para deixar a coisa clara e até para questão de produção, infelizmente para estes seria necessário fazer o processo de novo, isso não queria dizer que o serviço não pudesse atender, se está credenciado, tem recurso, tem estrutura física, que fosse fazendo atendimento, mas infelizmente está sendo cumprida uma normativa que é uma competência da área técnica. Acrescentou que a mesma coisa acontece com os serviços que foram aprovados na CIR na nova conformação da Rede de Glaucoma, alguns novos serviços apareceram e estes não foi por equívoco do Ministério, são novos serviços, não estão na portaria de 2016 e passarão também pela mesma situação. Alguns deles já estão trabalhando com credenciamento com o estado ou com o município, então é preciso normatizar isso, oficializar tudo, o Ministério reconhece o equívoco, mas é preciso deixar tudo certo, pois mesmo estando certo a coisa já não está avançando - de vez em quando acontece alguma coisa lá na frente - imaginassem sem estar. Este é o processo que já está pronto na COCON, tendo passado pela área técnica e seria encaminhado ao Ministério. E como o recurso já está estabelecido, lhe parecia que é um processo mais fácil de ser agilizado no MS, difícil é quando é um processo que depende de recurso novo, mas não é o caso. Informou que o recurso do Glaucoma já está todo dividido no estado da Bahia e é com o impacto da CIR que ele está indo para o MS, então parecia ser uma coisa muito mais fácil. **Stela Souza** solicitou confirmação se o CEOQ e o Instituto de Olhos Adi Nascimento já passaram por este novo processo com vistoria, atendendo a todos os procedimentos, sendo importante ficar claro de que forma está sendo feito, se do jeito antigo ou do novo. **Alcina Romero** esclareceu que se estão para habilitar é porque já passaram pela área técnica e está tudo certo. **Naia Lucena, Diretora da DICON**, explicou que estas unidades já entram no novo escopo de novo serviço, e como Alcina falou, o recurso do glaucoma já está distribuído, isso é pro- forme que é preciso ter junto ao Ministério para constar de fato a habilitação no CNES de cada instituição, mas a produção já existe, eles já estão atendendo, passaram por todas as vistorias e, respondendo à pergunta de Stela Souza, afirmou que o CEOQ o e Instituto de Olhos Adi Nascimento já passaram por esse novo processo que o Hospital Nossa Senhora da Pompéia passará e a última etapa deles é a resolução CIB. **Nanci Salles** prosseguiu com a leitura dos pontos de **Homologação**: **3. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DGC: 3.1 Habilitação/credenciamento e descredenciamento das unidades abaixo relacionadas**: **Aprovados**

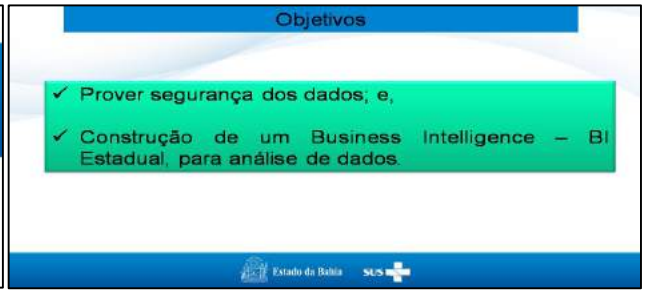
MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Ilhéus	Hospital Regional Costa do Cacau	9388133	07.267.476/0011-04	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia
Salvador	Hospital Geral Roberto Santos	0003859	13.937.131/0053-72	1901 – Laqueadura Tubária
Buritirama	Centro de Atenção Psicossocial de Buritirama	9277080	12.308.501/0001-19	CAPS I

Serra Preta	CAPS I de Serra Preta	9284494	12.442.702/0001-04	CAPS I
Juazeiro	CAPS Infanto-Juvenil de Juazeiro	9093540	13.915.632/0001-27	CAPS i

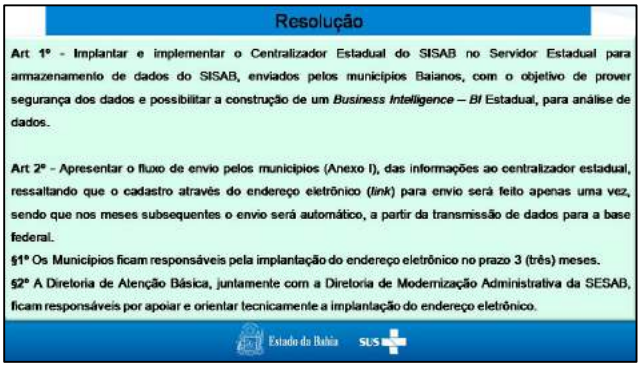
MUNICÍPIO	CNES	DESCREDENCIAMENTO
Conceição do Coité	3900037	Centro de Especialidade Odontológica - CEO Tipo I

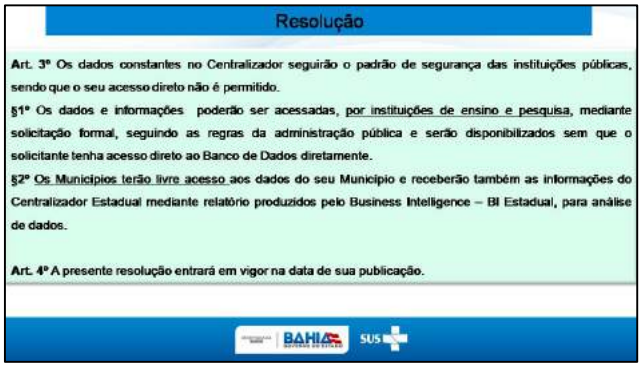
Ela colocou a situação do UNACON do Hospital Maternidade Luís Argolo, no município de Santo Antônio de Jesus, que veio para a CIB há duas reuniões atrás, foi remetido à discussão pelas duas CIR de Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus e no dia 20 deste mês voltou à Secretaria Executiva e foi direcionado à área técnica, porém não há mais necessidade de uma análise pormenorizada. Assim estava trazendo para avaliarem a possibilidade de inclusão deste ponto, já que a Secretaria Executiva segue o fluxo de direcionar os pleitos para as áreas técnicas, salvo engano quando é registrado em ata que aquele pleito de fato é um pleito remanescente ou que já está subsidiado em resolução CIB, como é o caso dos credenciamentos. Além dos credenciamentos da Atenção Básica e destas situações em que já se refere no próprio ofício da CIR, são direcionados à área técnica do estado para um parecer, e como este caso já foi pautado em CIB, a sugestão acordada por Cássio Garcia, em conjunto com a área técnica e o município, para que o COSEMS e o restante da mesa também avaliassem, foi de colocarem este UNACON para aprovação, e que inclusive já foi colocado na pauta da reunião do COSEMS. **Odilon Rocha** considerou interessante que os motivos que fizeram com que essa CIB não levasse em consideração o pedido naquela época aparentemente já foram sanados, que era da Santa Casa ter várias dificuldades de atendimento na atenção básica, na obstetrícia e na época foi colocado que, se não queria atender obstetrícia, também não atenderia a parte mais lucrativa. /e comentou que o estado fez uma auditoria na unidade, que agora já está com outro pensamento, não mais aquele de procurar promotor e começar a cobrar por fora, exigir contratos, então agora pode perfeitamente fazer com que aconteça esse serviço, que é importante para a região do recôncavo. **Raul Molina**, **SMS de Cabaceiras do Paraguaçu**, colocou já ter se sentido contemplado com a fala de Odilon Rocha e se isso já passou pela auditoria, hoje foi esclarecido e pacificado, em ambas as CIR passaram as explicações necessárias que tinham sido pedidas apenas para fazer o encaminhamento da reunião do COSEMS, para aprovação. **Leandro Lobo, Secretário Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus**, cumprimentou a todos e lembrou que estivera na reunião do COSEMS falando sobre essa ratificação da aprovação, que já foi acordada inclusive com os municípios pólos, com a participação de Odilon Rocha em São Félix, de Raul Molina em Cabaceiras do Paraguaçu, de maneira que conseguiram aprovar mais uma vez o credenciamento da UNACON da Maternidade Luís Argolo, no município de Santo Antônio de Jesus para a região, ratificando nas CIR de Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus. Ponderou que são setecentos mil habitantes, mais de trinta municípios para atender na média e alta complexidade em oncologia, dentre todos os critérios clínicos, da assistência, administrativo, orçamentário, financeiro, que todos sabem o quanto é importante. Lembrou uma fala de Odilon Rocha e considerou importante a presença do Secretário de Salvador, para se ter esse entendimento, porque o 'enforcamento' na capital é muito grande. De igual modo essa descentralização do recurso financeiro quando essas unidades forem credenciadas, que é o que se esperava que acontecesse, sendo preciso ter uma clareza melhor desse aporte de serviço e da descentralização de recurso, mas a questão de ordem é mais uma vez solicitar a palavra de Alcina, porque, conforme conversara com Nanci Salles, em 2018 a área técnica já havia aprovado o planejamento, o estudo e todo o cronograma de trabalho para a UNACON em Santo Antônio de Jesus. Ressaltou que houve uma questão superveniente, que foi a assistência materno infantil, quando Odilon pediu uma questão de ordem do dissenso - e hoje ele ratificou isso - dizendo que precisavam tornar as coisas mais serenas, isso tinha sido feito em uma CIR ampliada, o hospital aceitando e o município pólo também, a SESAB tendo participado e chegando enfim a uma conclusão sobre a assistência materna e infantil. Então já tinha sido aprovado no passado e só gostaria de ratificar aqui nesta CIB e evitar maiores questões burocráticas, uma vez que a área técnica já respaldou. **Stela Souza** chamou a atenção para a situação oncológica do estado e a dificuldade de acesso dos pacientes, argumentando que com certeza naquele momento em que houve a fala dos membros da CIB com relação à Maternidade Luís Argolo, tinha sido porque a situação estava um descalabro e que já foi modificada, a auditoria já esteve lá e a situação foi resolvida. Desejava que esse pleito da UNACON também ajudasse a cobrar do Ministério da Saúde a necessidade de ampliar rapidamente os serviços no interior, e ressaltou a dificuldade que Salvador está tendo para receber novos pacientes e relatou que no dia 03 haverá uma reunião do GT de Oncologia, em que mais uma vez será preciso mergulhar nessa situação que não está boa, os pacientes que estão vindo do interior e enfrentam, além do sofrimento do deslocamento, a dificuldade de acesso. Então considerava muito bem-vinda esta aprovação. Na oportunidade solicitava a inclusão de uma proposta de Guanambi que foi discutida na reunião do COSEMS. **Raul Molina** informou que foi uma demanda dos municípios para habilitação do serviço de neurocirurgia, inclusive foi colocado que existem problemas administrativo e gerencial, mas isso cabendo ao estado resolver, aos municípios cabia fazerem o encaminhamento das demandas e disse que o COSEMS está de acordo com os municípios. **Tereza Paim** comentou que tem tido uma atenção especial com relação a Guanambi, até porque o próprio hospital tem demandado muita atenção em todos os aspectos, principalmente o da oferta de serviço. Relatou a existência de uma equipe da SESAB dentro do hospital, redirecionando alguns leitos e serviços, e incluindo a neurocirurgia nesse processo de habilitação, para o qual o mesmo ainda precisa se adequar. Então não é apenas a questão da habilitação, o hospital está se adequando com equipamento e inclusive material cirúrgico, porque não tem equipe e profissionais, mas é preciso adequar para a oferta do serviço. Acrescentou ainda que o ambiente e todo o processo de trabalho do hospital estão sendo geridos pela SESAB, em parceria com o próprio hospital, que tem uma gestão, mas este apoio de gestão está sendo dado para que as coisas se normalizem e os processos de trabalho, equipes médicas, todos possam caminhar em uma mesma linguagem, porque realmente é um serviço que tem uma área de cobertura muito grande e bem complexa também. **Odilon Rocha** chamou atenção de duas situações que são críticas na Bahia em oncologia, as de Ilhéus e Juazeiro, que devem ser prioridade na lista de encaminhamento ao Ministério, porque estes municípios estão há três ou quatro anos assumindo financeiramente a assistência oncológica. **Stela Souza** concordou e observou que quando citou a reunião do GT de Oncologia no dia 03 fora para trazer esta discussão à tona e levarem as propostas novamente ao Ministério Público. Relatou que o estado

vem 'bancando' Juazeiro, porque não tem recurso realmente e a situação de Ilhéus já foi levada duas vezes ao Ministério da Saúde, já tem resolução CIB, inclusive o estado coloca no município de Ilhéus um recurso de cem mil reais, que também não dá para nada, o município completa duzentos reais e não atende à população. Então não é UNACON, não está funcionando 100% como UNACON porque não tem recurso nem financiamento. Voltando ao serviço de neurologia, argumentou que primeiramente é preciso esperar o hospital se adequar para verem depois e garantiu que o COSEMS está acompanhando a situação do hospital de Guanambi, mantendo contato por telefone e pessoalmente, indo a reuniões e acompanhando as propostas de melhorias do estado com relação ao mesmo. Dando prosseguimento à ordem do dia, **a Coordenadora Adjunta** apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para **Pactuação: 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB/DAE: 1.1 Centralizador SISAB** - **Cristiano Sóster** colocou que se trata de uma proposta bem simples, uma questão de segurança dos dados e construir um BI, para que os municípios e o estado tenham acesso às informações. Iniciou a apresentação em slides, relatando que foi feito um piloto em um município, o qual tinha sido muito na perspectiva de saber a capacidade de dados de armazenamento para ter esse nível de segurança, pois são bilhões de dados, sendo necessário ter um computador superior em capacidade, e falou que foi verificado que existe essa capacidade instalada no estado, até porque há pouco tempo foi comprado um 'super' computador e o próprio DMA deu essa garantia. A outra coisa foi para saber se houve dados corrompidos nessa transferência, mas não houve, então são dados que têm um nível de segurança e possibilitando terem um diagnóstico demográfico, social do próprio município, que na verdade já tem acesso de forma organizada, além dos dados de produção, e é possível fazer um estudo de corte, dependendo de como fosse estabelecido. Acrescentou que este centralizador tem um potencial gigantesco, que possibilita se planejar município a município, dando retorno para cada um dos gestores e, em cima disso, pensarem ações muito mais concretas. Um exemplo disso, do município que passou os dados referente a um mês apenas, podiam saber quantas gestantes estão cadastradas, possibilitando ter ações muito mais diretivas, podendo se prever inclusive quantidade de exames, medicamentos, de forma muito mais precisa, este é o potencial do centralizador.

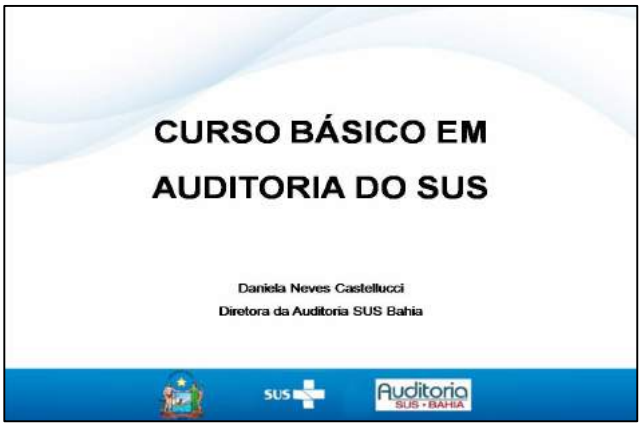


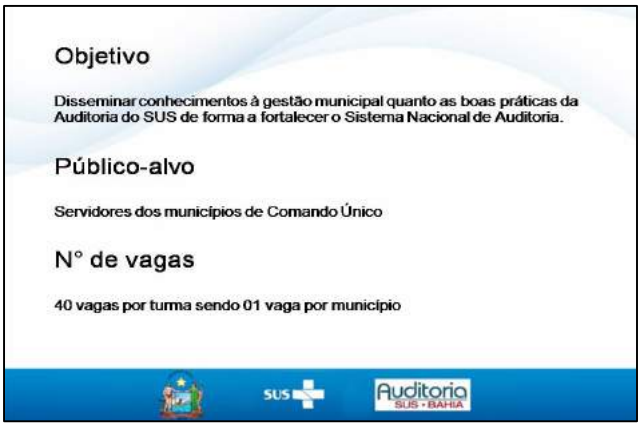
Relatou que foi feito um adendo sobre o acesso de instituições de ensino e pesquisa mediante solicitação formal e falou que o acesso dos municípios será livre, o que é importante para se ter transparência e os municípios conseguirem ter de fato um retorno daquilo que estão repassando para o estado, de forma transparente e que isso não é problema. Os municípios têm um prazo de três meses como meta para implantarem, mas isso podia ser reavaliado. Ressaltou que quanto mais cedo, mais potencial do diagnóstico do estado, inclusive do que é produzido, e ponderou que estão em um processo de construção do BI com o DMA, para depois os municípios poderem ter senha de acesso.

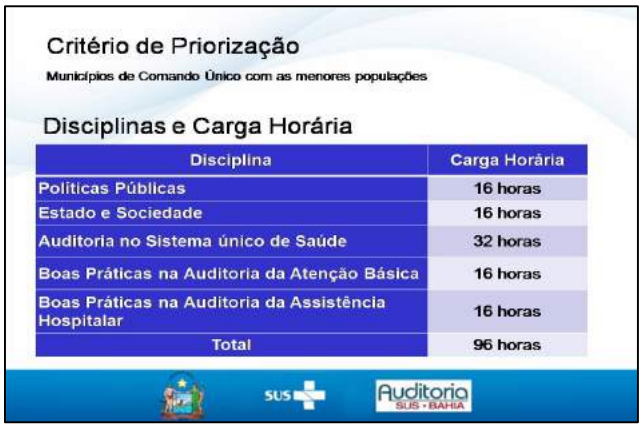


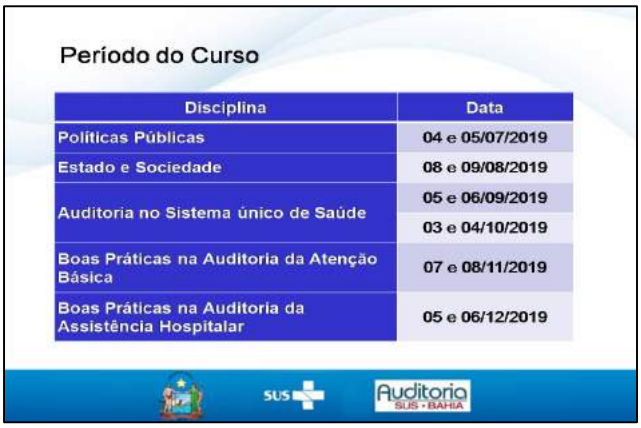


Stela Souza lembrou que há pouco tempo saiu uma resolução CIT sobre acesso de dados de instituições públicas e questionou a informação de que os dados são acessados por instituições de ensino e pesquisa mediante solicitação formal, perguntando a quem devia ser solicitado, quem autorizaria essa informação. **Cristiano Sóster** respondeu que uma das coisas que estava pensando é que tem um Conselho Curador desses dados, porque, como é um dado gigante, de representação dos municípios, é o mesmo modelo do SIDAX, que é coordenado por Maurício Barreto, e eles têm um protocolo de segurança, por isso que as instituições externas não têm acesso ao banco de dados, elas têm acesso às informações que são tratadas e entregues para as mesmas. **Stela Souza** observou que a redação não ficou clara com relação a essa informação, pois ficava parecendo que todos poderão acessar, assim, sugeria esta alteração e ser incluída a informação de quem liberaria. **Cristiano Sóster** sugeriu que fosse o GT da Atenção Básica para liberar, pois já tem essa estrutura, as instituições de pesquisa, os pesquisadores encaminhariam toda a documentação que seroa analisada e seriam entregues as informações secundárias. **Stela Souza** concordou e ressaltou que o GT da Atenção Básica é bipartite, se reúne mensalmente, pode analisar as solicitações mediante a documentação encaminhada e emitir parecer, liberando ou não, assim ficava mais seguro. Ficou acordado que seria acrescentada esta informação no texto. **Raul Molina** observou que está escrito "mediante solicitação formal" e com isto bastava fazer através de um ofício, e deveriam também elaborar melhor esta parte do texto. Dando prosseguimento, a **Coordenadora Adjunta** solicitou uma inversão de pauta, para passar ao primeiro ponto de Apresentação, pois Daniela Castellucci, Diretora da Auditoria, está com um problema familiar sério e não poderia esperar muito. **Houve Consenso**. **Apresentação: 1. Auditoria SUS/BA: 1.1 Curso Básico em Auditoria do SUS - Daniela Castellucci** cumprimentou a todos e colocou que estivera na reunião do COSEMS, onde apresentou o Curso Básico em Auditoria do SUS, que pega um pouco o gancho da necessidade da educação em saúde e a Auditoria também faz parte disso, o papel do auditor, que é de fiscalização, também tinha que ser reconhecido como de educador, nada adiantando fiscalizar se não educar. Foi buscando trazer este olhar da Auditoria, com o o papel de educador na saúde pública, em parceria com a Escola de Saúde Pública, aqui representada por Andréa, e com o apoio de Stela Souza, que trouxe várias sugestões importantes, principalmente sobre os critérios para definição quanto à participação neste curso. Iniciou a apresentação em slides: Objetivo - Disseminar conhecimentos à gestão municipal quanto as boas práticas da Auditoria do SUS de forma a fortalecer o Sistema Nacional de Auditoria; Público-alvo -servidores dos municípios de Comando Único; N° de vagas - 40 vagas por turma, sendo 01 vaga por município.









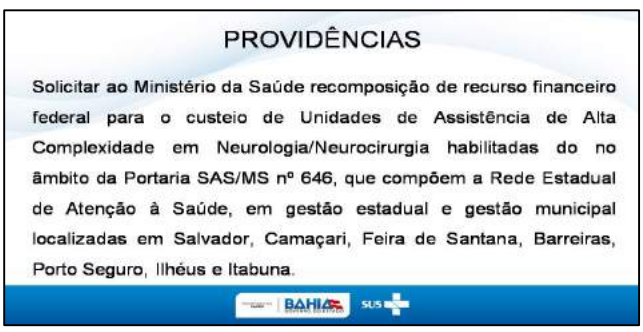
O principal critério utilizado para definir estes municípios, sugerido inclusive por Stela Souza, foi o de municípios com menor número de habitantes e o ponto de corte é de 23.392 habitantes, que é Conceição da Feira, e daí para baixo serão contemplados nesse número de vagas. Quanto à escolha de quem participar, estes municípios receberão o convite formal para participação no curso e a escolha deve priorizar os colaboradores que fazem parte do controle do município e que se destacam, inclusive podendo ser o próprio gestor e não havendo outro colaborador, que fosse de quem tem esta participação de controle. Mostrou as disciplinas e carga horária, informando que os professores que ministrarão estes cursos, exceto na

disciplina ‘Estado e Sociedade’, que é uma professora renomada da Escola de Saúde Pública, todos os outros são auditores de carreira, inclusive na disciplina ‘Auditoria no Sistema Único de Saúde’ ela mesma ministraria as aulas. O curso iniciará em julho e finalizará em dezembro, sendo dois dias por mês. Solicitou a colaboração de todos para que, ao receberem o convite, respondessem com a maior brevidade possível e chamou a atenção para a eleição do colaborador, que fosse relamente alguém que trabalhasse com o controle, porque o objetivo do curso é exatamente a educação em saúde na auditoria, é fazer compreenderem o papel da auditoria, principalmente quando se vai ao município, que não é preciso o município ter medo e sim entender que a auditoria está lá para colaborar sempre com a qualificação do Sistema Único de Saúde e também, de alguma maneira, fortalecer o contole que já existe, ou, para aqueles que ainda não têm, ajudá-los a pensar como poderiam formar esse controle. Finalizou colocando que esta é a primeira turma e a idéia é fazer outras turmas para contemplar outros municípios e depois passar para um curso mais aprofundado, em que se elegerão os municípios que já têm o componente de auditoria formado, ou aquele ‘pseudo componente’, que só está faltando realmente implementar. **Stela Souza** justificou sua sugestão, relatando que a proposta inicial era de dois participantes por município, 50% para os municípios maiores, 50% para os menores, e resolvera opinar porque tem vários municípios que assumiram comando há pouco tempo e não tem controle. Então darem uma vaga para cada município e fazerem o curso básico para estes municípios que não têm equipe, depois fazerem outro curso, reforçando. Agradeceu a iniciativa, que considerava um grande ganho para os municípios menores, e sugeriu que depois se fizesse também outro curso para os municípios acima de 23.000 habitantes e, ao mesmo tempo, irem cuidando daqueles que já têm equipe formada e que precisa de uma requalificação e alguma orientação. **Odilon Rocha** demonstrou satisfação ao rever a auditoria, que ao seu ver era uma ferramenta esquecida, embora muito importante para o SUS e para seu processo de educação, pois ajuda bastante os gestores. Sugeriu que a Diretora viesse às reiniões da CIB com frequência, pois a auditoria e o FESBA deveriam estar sempre presentes em todas as reuniões da CIB. **Raul Molina** também relatou sua alegria em vê-la de volta, ressaltando que na época em que ela esteve à frente da auditoria, sempre esteve muito presente. Lembrou um discurso fantástico feito por Odilon Rocha em um congresso do CONASEMS, sobre um gestor que saiu da gestão para a auditoria e, ao invés de melhorar a vida dos municípios, foi para perseguir. E ressaltou que a auditoria não deve ser apenas um instrumento de fiscalização, mas muito mais de colaboração. Fazia questão de registrar neste momento, porque às vezes não se tem tempo de fazer na época que alguém sai, mas quando alguém sai e retorna é uma oportunidade ímpar de fazer isso, principalmente alguns servidores da SESAB que são injustiçados, às vezes de forma até incoerente, até mesmo pelos gestores em alguns momentos. Assim reiterava sua satisfação em saber que os municípios podem contar sempre com a colaboração e a boa vontade da auditoria, pois faz muita falta nos municípios, e é realmente necessário colocar uma pessoa do controle interno. **Stela Souza** passou para os próximos pontos de Pactuação: **1.2 Ampliação da frota do SAMU Metropolitano de Salvador com uma Unidade de Suporte Básico para o município de Saubara – Aprovado. 1.3 Ampliação da frota do SAMU Regional de Santo Antônio de Jesus/Cruz das Almas com uma Unidade de Suporte Básico para o município de São Miguel das Matas – Aprovado. 1.4 Recomposição de recurso financeiro federal para o custeio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia habilitadas no âmbito da Portaria SAS/MS nº 646, que compõem a Rede Estadual de Atenção à Saúde - Alcina Romero** colocou que esta pactuação vem ao encontro do que já tinha sido dito, então a área técnica da coordenação de redes de apoio vem fazendo um acompanhamento sistemático dos tetos dos recursos financeiros das redes de alta complexidade e, naquele movimento de reorganização da Rede de Neurologia trabalhado no Grupo Condutor, em que já foram retirados alguns que não estavam produzindo, já foi inserido os Hospitais Regional de Guanambi, Mário Dourado Sobrinho, Dantas Bião, dependendo agora de cumprimento de requisitos para habilitação, como é o caso de Guanambi. Disse que veio também a questão do recurso da neurocirurgia, que é muito pequeno, mas, mesmo assim, nas mudanças de portaria do Ministério, foi observado que algumas unidades não têm recurso. Assim, solicitava à Coordenadora de Redes, Fátima Rocha, que fizesse uma rápida apresentação do que já foi combinado com o Ministério, no intuito de conseguirem algum recurso, a mesma coisa seria feita com a oncologia, mas esta ficaria para o GT. **Fátima Rocha** iniciou a apresentação em slides da Situação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia: Recurso - as unidades que estão habilitadas que não recebem recurso do Ministério da Saúde no primeiro quadro e no segundo quadro os quatro hospitais que estão habilitados, com recurso, chamando a atenção que, mesmo assim, o Hospital do Subúrbio ainda tem um déficit; no terceiro quadro os hospitais que vão ser desabilitados ou que já foram habilitados, e essa desabilitação já tem a resolução CIB mº 177/2017.

Explicou como justificativa a Portaria SAS/MS nº 646/2008, que habilita os hospitais da rede estadual, e mesma vem sem aporte, habilita um conjunto de hospitais na alta complexidade de neurologia/neurocirurgia, mas sem teto, sem aporte para estes hospitais.

Continuando a explicar os quadros mostrados, disse que depois o Ministério da Saúde encaminhou um recurso de (doze milhões, quatrocentos e noventa e seis mil, novecentos e quarenta e um reais e setenta e um centavos, através da Portaria MS/GM nº 3.150/2008, que coloca que esse recurso deverá ser distribuído entre várias especialidades na média e alta complexidade: oncologia, neurologia, saúde auditiva, traumato-ortopedia e cárdio vascular. Com este recurso Vitória da Conquista ficou com dois milhões de reais e Teixeira de Freitas com um milhão e seiscentos mil reais. Além destes dois municípios, em 2013o IBR foi habilitado e essa portaria de habilitação veio com recurso no valor de seiscentos e oitenta e um mil reais/ano. O Hospital Ernesto Simões Filho foi desabilitado o Hospital do Subúrbio foi habilitado, e aí já veio o aporte para o Hospital do Subúrbio. Mostrou a fórmula de cálculo utilizada para o aporte financeiro federal que deve constar no teto de estados e municípios com unidade habilitada em Neurologia/Neurocirurgia, considerando a média complexidade, que são três exames diagnósticos e a consulta médica para média complexidade. Já para alta complexidade são cirurgias de alta complexidade, com o total de no mínimo cento e cinquenta cirurgias/ano por unidade. Mostrou a movimentação de AIH, a produção das unidades juntamente com o financeiro, o gasto destas unidades com esses procedimentos e mostrou, circulado em vermelho, (slide abaixo) que o Hospital Roberto Santos tem uma produção muito acima do impacto que o Ministério repassa e as outras unidades que estão produzindo quase perto ou acima desse aporte.

Com relação às providências, colocou que o estudo terminou, já havia antes essa questão da reorganização das redes de atenção de média e alta complexidade e com esse estudo estão na etapa de solicitar recomposição de recurso financeiro federal ao Ministério da Saúde, para o custeio de unidades de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia habilitadas do no âmbito da Portaria SAS/MS nº 646, e que compõem a Rede Estadual de Atenção à Saúde, em gestão estadual e gestão municipal, localizadas em Salvador, Camaçari, Feira de Santana, Barreiras, Porto Seguro, Ilhéus e Itabuna. Mostrou o demonstrativo de como deve ser feita a recomposição, e somente as unidades estaduais estão produzindo atualmente, mas estão sem recurso federal. E o Hospital do Subúrbio já tem o recurso de setecentos e setenta e quatro mil reais/ano e para complementar, de acordo com o cálculo de impacto financeiro, são colocados aí os trezentos e quarenta e nove mil reais, porém para as outras que não têm está sendo colocado o impacto que o Ministério dá para cada unidade.



Abaixo as unidades municipais de Itabuna, com três unidades habilitadas sem recurso e Ilhéus, com uma unidade habilitada sem recurso. No final de cada slide, o montante. Finalizou colocando que tem que sair três resoluções CIB, sendo uma estadual e uma por cada município - Itabuna e Ilhéus.

DEMONSTRATIVO - RECOMPOSIÇÃO DE RECURSO/FINANCIAMENTO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA

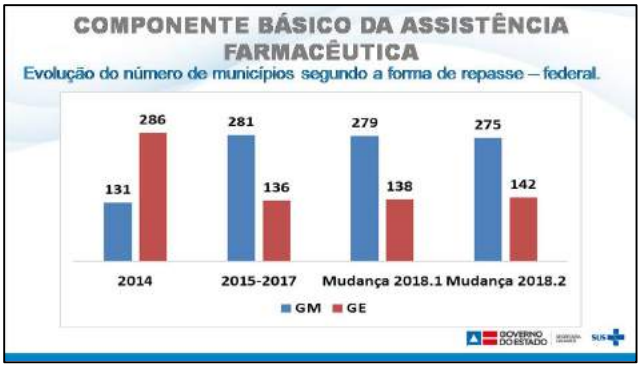
UNIDADES HABILITADAS	MUNICÍPIO	GESTÃO	IMPACTO SEGUNDO PT SAS/MS 756/2005	VALOR ATUAL TETO MAC	DIFERENÇA/ANO
Hospital de Base Deputado Luís Eduardo Magalhães	ITABUNA	MUNICIPAL	R$ 1.124.409,00	R$ 0,00	R$ 1.124.409,00
Hospital Calixto Midlej Filho			R$ 1.124.409,00	R$ 0,00	R$ 1.124.409,00
Hospital Manoel Novaes (pediatria)			R$ 1.124.409,00	R$ 0,00	R$ 1.124.409,00
Hospital São José/Maternidade Santa Helena	ILHÉUS	MUNICIPAL	R$ 1.124.409,00	R$ 0,00	R$ 1.124.409,00
TOTAL			R$ 4.497.636,00	R$ 0,00	R$ 4.497.636,00

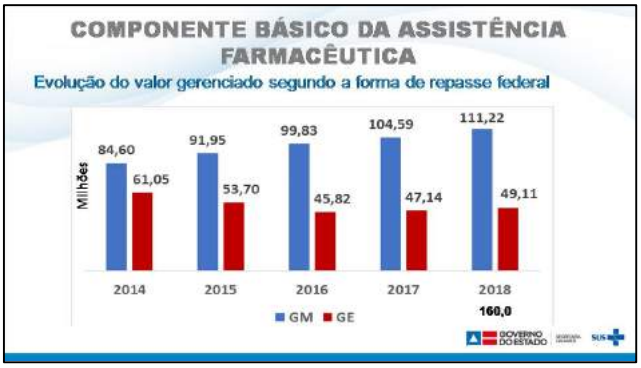
FONTE: HMMC/2019

Stela Souza questionou sobre o contrato da Maternidade Santa Helena, de Ilhéus, se é pelo município ou pelo estado e Fátima Rocha respondeu que para neurologia é pelo município, e comentou que na PPI tem algumas portarias, mas dizem respeito a órtese e prótese. **Denise Mascarenhas, Secretária Municipal de Saúde de Feira de Santana**, ficou em dúvida sobre o número de produção de neurocirurgia do Clériston Andrade e questionou como teriam acesso, se seria através da regulação ou do fórum de urgência. **Fátima Rocha** esclareceu que é via porta de entrada e regulação. **Denise Mascarenhas** relatou que tem recebido muita demanda judicial para realizar neurocirurgia e tem respondido ao Ministério Público que realiza apenas a consulta com o neurocirurgião, mas não a neurocirurgia. Por isso gostaria de saber da produção, até para que suas respostas possam ser subsidiadas onde estão realizando, pois sabe que tem e que são feitas algumas cirurgias especialmente de urgência, não pode negar, mas precisaria ter essa produção e essa regulação uma vez que não é competência do município. Colocou que para a consulta foi preciso contratar um neurocirurgião, mas depois da consulta ficam sem ter para onde encaminharem, por isso é importante essa informação, principalmente para subsidiar suas respostas. **Alcina Romero** sinalizou que a fonte é o TABWIN, e a informação não mostra se foi urgência ou eletiva, conhecendo o Clériston Andrade é possível afirmar que 95 a 100% foi na urgência, inclusive o hospital faz metade de alta complexidade e até um pouco mais da metade de média complexidade e observando o slide, são só doze cirurgias/mês de alta complexidade, que dá mais ou menos isso aí, mas com certeza grande parte dessa rede estadual foi pela urgência. Ressaltou que este slide não mostra esta informação, mas podiam acessar procedimentos por caráter eletivo e de urgência pelo TABWIN. **Odilon Rocha** disse ter ficado assustado com os dados, pois um hospital na Bahia faz quase 50% do total do atendimento e ficavam aqui discutindo o remanejamento de dinheiro para A e B, então deveriam remanejar apenas para este que trabalha. **Fátima Rocha** relatou que o outro movimento com relação á neurologia foi habilitar o Roberto Santos como centro de referência em neurologia/neurocirurgia, isso já vai através do SAIPS e este já tramitando na SESAB, e enfatizou que estão sendo feitos vários movimentos com relação às redes. **Odilon Rocha** questionou que há unidade que está tendo um aumento significativo de recurso e que tem uma produção sempre baixa, não querendo falar de 2018, mas fazendo uma discussão histórica, daquele que durante cinco ou seis anos sempre teve uma baixa produtividade. **Fátima Rocha** ressaltou que isso não é somente de 2018, as redes vêm sendo acompanhadas ao longo desses anos e a produção vem crescendo, mas não só isso, as unidades estão produzindo alta complexidade sem nenhum recurso. Então, se está habilitado e está sem recurso, a alta complexidade freia um pouco, mas na série histórica se observa que vem crescendo. **Stela Souza** passou para o próximo ponto de Pactuação: **2. Superintendência de Assistência Farmacêutica Ciência e Tecnologias em Saúde – SAFTEC. 2.1 Prestação de contas da execução financeira estadual e municipal do CBAF (Componente Básico da Assistência Farmacêutica) em 2018 e Proposta de renegociação para o pagamento do saldo residual estadual 2015 -2018 do CBAF - Luiz Henrique d'Utra, Superintendente de Assistência Farmacêutica**, cumprimentou a todos e iniciou a apresentação dos slides:

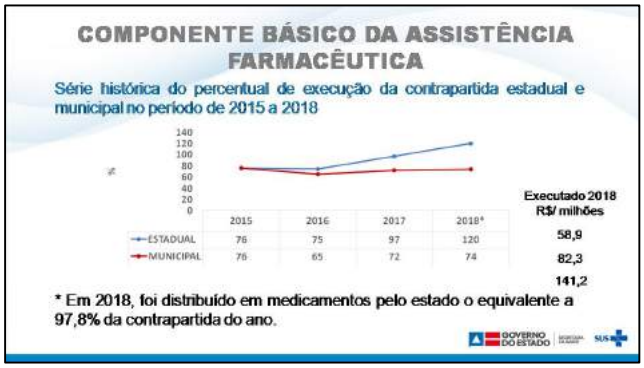
Apresentou a forma de repasse, referindo que em 2014 havia cento e trinta e um municípios com recurso sob gestão municipal e duzentos e oitenta e seis sob gestão estadual, isso veio se alterando, hoje são duzentos e setenta e cinco municípios com recurso federal sob gestão municipal e cento e quarenta e dois com recurso federal sob gestão estadual, ou seja, um número

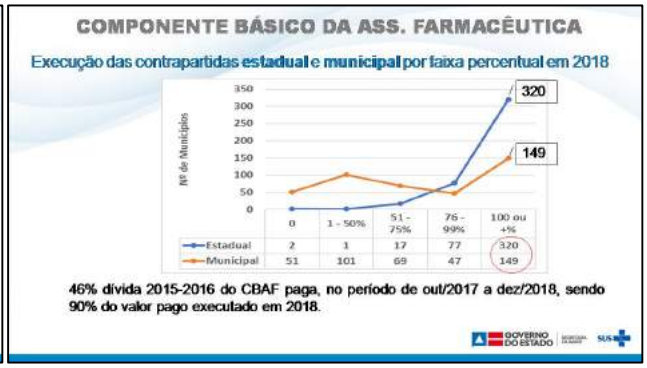
maior de municípios com recurso federal sob gestão dos municípios. Do ponto de vista de valor, tem 111,22 milhões de reais de recurso total da assistência farmacêutica sob gestão municipal e 49,11 milhões de reais sob gestão estadual, e aqui tem o valor do recurso federal e as contrapartidas estadual e municipal, ou seja, cento e sessenta milhões de reais ao ano de recurso para a assistência farmacêutica da atenção básica, recurso federal, estadual e municipal, sendo que cento e onze milhões de reais com os municípios e quarenta e nove milhões de reais com o governo do estado.



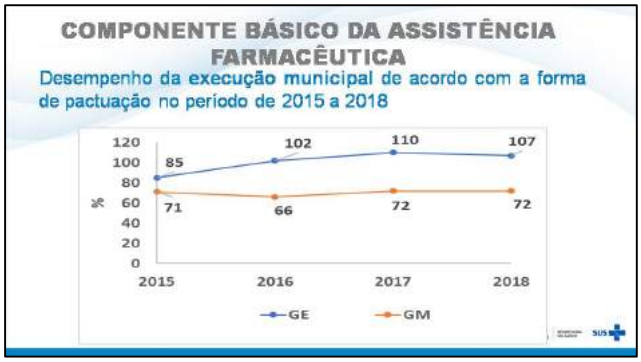


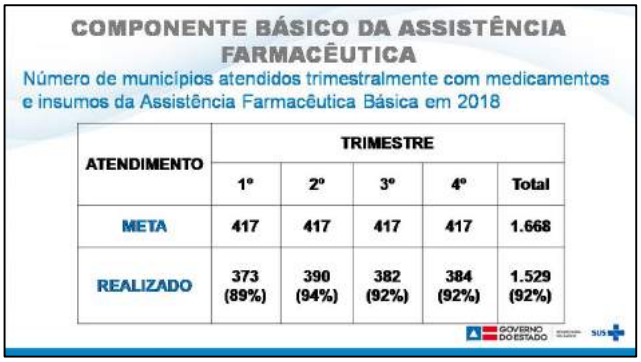
Mostrou do ponto de vista de desempenho, de resultado percentual: 2015 - quando o estado executou 76%; 2016 - 75%; 2017 - 97%; 2018 - 97,8%, mais o pagamento da dívida, que chegou a 120% do valor do ano, então o estado executou em 2018 120% do valor sob sua gestão. Os municípios executaram 74% em 2018. Em termos de valores esses 120% representaram 58,9 milhões de reais e o valor dos municípios 82,3%, que dá 141 milhões de reais, ou seja, dos cento e sessenta milhões de reais que deveriam ter executado juntos, tinham executado cento e quarenta e um milhões de reais, mesmo o estado tendo executado 20% a mais do seu valor total, como pagamento de dívida. Do ponto de vista de concentração de percentual de execução de municípios, o estado executou em trezentos e vinte municípios 100% ou mais do valor da assistência farmacêutica e apenas cento e quarenta e nove municípios executaram 100% ou mais do seu valor de recurso. O estado tinha um resultado inferior, depois foi melhorando nessa concentração, então há uma concentração do maior número de municípios de 99% para cá, não tinham executado 100% em alguns municípios, ou porque não fazem pedido, ou porque talvez naquele momento tivesse havido falta de medicamento para cumprir.





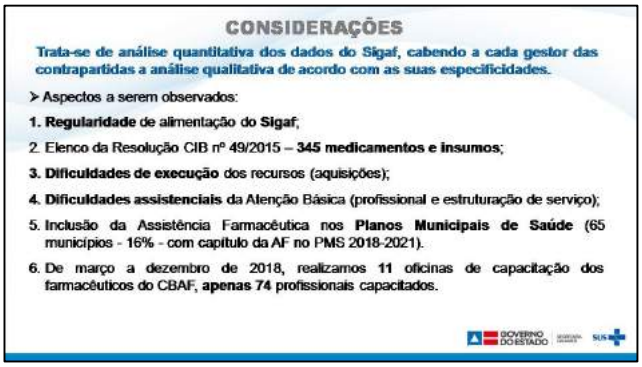
Falando sobre o recurso de execução municipal, o recurso apenas da contrapartida municipal, os municípios que têm recurso federal sob sua gestão executaram 72% do valor da contrapartida municipal. Os municípios que têm o recurso federal sob gestão estadual executaram em média, em 2018,107% do recurso municipal, mas a média permanece a mesma. Do ponto de vista de atendimento de municípios na assistência farmacêutica, no ano de 2018 foram realizados em média 92% dos atendimentos. Então os municípios que não foram atendidos foi porque não pediram agendamento ou porque faltaram fazer a retirada do medicamento e os municípios que pediram atendimento tiveram o atendimento realizado.



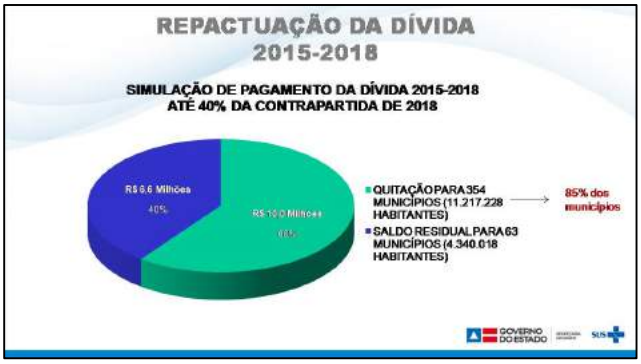


ATENDIMENTO	TRIMESTRE				
	1º	2º	3º	4º	Total
META	417	417	417	417	1.668
REALIZADO	373 (89%)	390 (94%)	382 (92%)	384 (92%)	1.529 (92%)

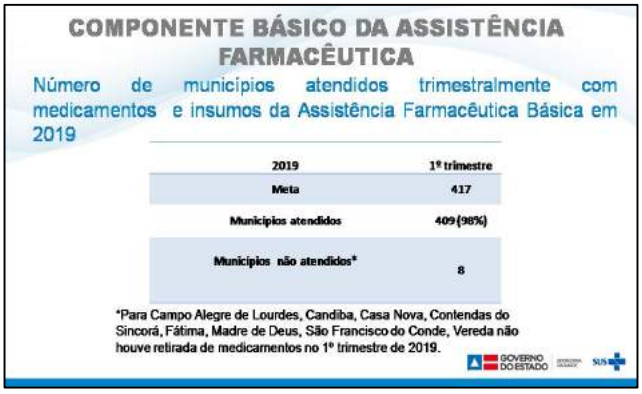
Mostrou algumas considerações que considerava importantes: 1. Regularidade de alimentação do Sigaf - nem todos os municípios preenchem como deveriam e a informação retirada para prestar contas ao Ministério da Saúde é do Sigaf, então esta regularidade na alimentação é muito importante, se possível ainda em tempo e não atrasado; 2. Elenco da Resolução CIB nº 49/2015, com trezentos e quarenta e cinco medicamentos e insumos - muitos municípios executam fora deste elenco, o que impede a prestação da contrapartida, ou seja, às vezes o município executa um medicamento na assistência farmacêutica, como está fora do elenco não pode entrar como pagamento de contrapartida; 3. Dificuldades de execução dos recursos (aquisições) - em função da dificuldade nos processos de aquisição, de licitação, algumas alternativas já vêm sendo discutidas com o COSEMS e uma das possibilidades que estão sendo estudadas é tentarem trazer o modelo de Paraná, um consórcio municipal de aquisição de medicamentos, em que se centraliza as aquisições neste ente, tirando este trabalho da elaboração da licitação do município e facilitando a negociação, porque passa a adquirir em volume, com isso passa a ter um peso muito maior na negociação e se evitar possíveis desvios que por ventura pudessem acontecer. Acrescentou que é preciso resolver se é melhor fazer uma visita ao Paraná ou convidar o consórcio para vir aqui, inclusive já se colocaram à disposição. 4. Dificuldades assistenciais da Atenção Básica (profissional e estruturação de serviço) - quando não tem atenção básica não tem prescrição, consequentemente a população não acessa medicamentos, ou quando há uma fragilidade na assistência farmacêutica da atenção básica isto tende a fugir da própria prescrição dos medicamentos que estão no elenco. Quando se tem uma assistência farmacêutica atuante ajuda também a fazer um controle sobre este tipo de prescrição; 5. Inclusão da assistência farmacêutica nos planos municipais de saúde (apenas 65 municípios, 16% têm capítulo da AF nos PMS 2018 - 2021) - o que dificulta o próprio planejamento da assistência farmacêutica, sendo necessário dar importância à assistência farmacêutica, como também ao próprio planejamento da assistência farmacêutica, se não houver no PMS; 6. De março a dezembro de 2018 foram realizadas onze oficinas de capacitação dos farmacêuticos do CBAF e apenas setenta e quatro municípios compareceram e tiveram seus profissionais capacitados e foi aberto aos quatrocentos e dezessete municípios. Lembrou que o recurso da assistência farmacêutica pode ser utilizado também para os deslocamentos e diárias, quando os farmacêuticos estão em capacitação. E como as capacitações são freqüentes, solicitava uma atenção especial para que os farmacêuticos pudessem se deslocar, pois isso ajuda muito todo o fluxo, o processo, a forma de solicitação de pedido, reduz erros, melhora a alimentação do sistema, etc. Em seguida falou sobre uma proposta de ampliar em mais 10% o valor que vem sendo pago da dívida do estado - vinha sendo pago 30% do valor da contrapartida - e a proposta é ampliar para 40%, ou seja, com base no valor da contrapartida de 2018, em 2019 será pago 40% do valor dessa contrapartida. Se conseguissem chegar ao final de 2019 com esta meta atingida, teriam 60% da dívida paga - o valor de dez milhões de reais - restando 6,6 milhões de reais para continuar sendo pagos provavelmente nos próximos dois anos. Isso significava chegar em 2019 quitando trezentos e cinquenta e quatro municípios, e restando um saldo apenas para sessenta e três, ou seja, atingindo 85% dos municípios. Não dava para ampliarem muito este percentual porque senão extrapolaria algumas questões.

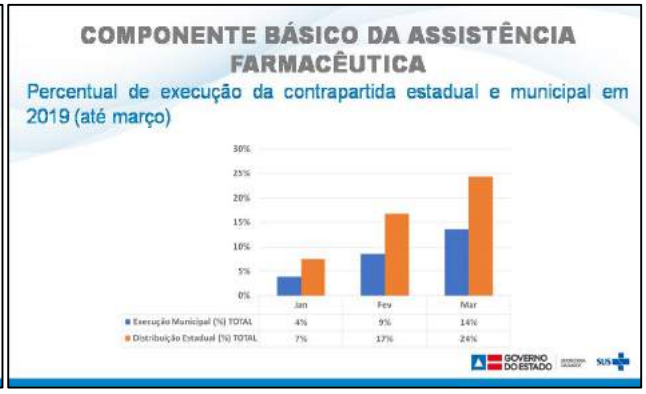


Um novo valor a ser executado seria a partir do terceiro trimestre de 2019, porque o primeiro e o segundo trimestres foram pagos dentro dos 30%, assim, passariam a pagar 40% - 10% a mais da contrapartida. O valor global a ser executado em 2019 e nos anos subseqüentes (até a quitação) seria composto pelo valor da contrapartida anual**,** acrescido de até 40% (2018). No caso de 2019 seria tomado como base o valor da contrapartida em 2018. As solicitações devem considerar a demanda média, podendo ser suplementada em até 50% (20%+30%), ou seja, a demanda média do município o próprio Sigaf já calcula e permite que tenha um excesso de 20% e liberariam um excesso de 50% em cima da demanda média.



Stela Souza perguntou se a demanda média seria para todos os medicamentos, todos os valores, ou somente para o valor do pagamento da dívida, por exemplo, se tem a média, se pede 'X' de medicamento neste mês, a equipe da AF analisa esta média e diz que não pode receber 'X' porque a média é 'Y'. Para reduzir isso teria que acrescentar vinte que já tem hoje, mais trinta, e perguntou se este trinta seria para qualquer pedido ou apenas quando se tratasse de valor para cobrir o pagamento, a dívida e se a média geral podia ser até 50%. **Luis Henrique** esclareceu que pode ser limitado a 50% da média, por item, quando tem estoque, não significando que, ao não pedir de um, se dobrar o outro. Relatou que, dos sessenta e três itens, onze estão em falta, alguns por problema de laboratório e outros por problema de licitação, mas já vinha sendo mantida a freqüência de informação ao COSEMS sobre a situação dos medicamentos do Ministério da Saúde, que hoje é um problema absurdo a quantidade de itens de imuno supressores, de medicamentos para AIDS, diabetes, hepatite - para se ter uma idéia, hepatite C está conseguindo regularizar agora os pedidos do terceiro trimestre do ano passado, ainda sem saber como funcionará, porque o MS já anunciou que sairá do componente especializado e ficará igual às outras hepatites, pelos CTA, mas ainda não bateram o martelo, e para os pacientes que estão chegando agora com hepatite C não se sabe nem como serão atendidos, se pela assistência farmacêutica, ou se serão transferidos pelo município. Ponderou que realmente está muito sério este problema de falta de medicamentos do governo federal e estavam tentando fazer o possível para regularizar, inclusive está sendo pensada uma ação com a PGE junto à justiça, para tentarem resolver os problemas de medicamentos da AF. **Stela Souza** ressaltou que estava trazendo uma proposta porque não estava dando apenas o estado mandar documento ao Ministério, tendo que sair um documento da CIB, porque alguns medicamentos já estão em falta, outros estão acabando e não tem para repor, nem tem comprado. **Luis Henrique** relatou que o único item que tinham conseguido ter recurso para manter estoque regulador desde o ano passado foi dos medicamentos para transplante, porque no componente especializado o paciente tem que esperar três meses para o medicamento chegar, e se o transplantado esperasse esse tempo perderia o órgão. Então hoje esse estoque regulador é mantido. Um dos levantamentos realizados foi de que, se fossem comprar hoje todos os itens que o Ministério está devendo, seriam dez milhões de reais por mês, isso também está indo para a PGE como documento, e assim conseguirem talvez um bloqueio judicial, para receberem esse recurso que o Ministério não está mandando e fazerem a aquisição. A maioria deles inclusive tem registro de preço que conseguiriam comprar com uma agilidade muito grande, enfim, eles dizem que muitos dos itens até junho regularizariam, mas não tinham certeza nenhuma se é verdade ou não. Em seguida mostrou mais dois slides que demonstram como foi o primeiro trimestre de 2018, do ponto de vista da execução.





Dos quatrocentos e dezessete municípios foram atendidos quatrocentos e nove - 98%, apenas oito municípios não foram atendidos no primeiro trimestre, porque não agendaram ou não compareceram. Do ponto de vista percentual a execução da contrapartida estadual e municipal em 2009 até março - 24% estadual e 14% municipal. Finalizou, colocando-se à disposição para quaisquer esclarecimentos. Stela Souza informou que Gerald é membro do GT da assistência farmacêutica e está sempre participando, Péricles de Urandi também e vêm tendo algumas discussões e muita coisa já se conseguiu caminhar, mas essa questão do elenco da CIB que é preciso rever, e está sendo agendando. Mencionou que combinaram e conseguiram fazer o movimento pra rever o medicamento do componente especializado, que é o primeiro que tem que ser revisto , pois se o losartana, metformina é importante, os outros também são, pois o paciente sem medicação pra HIV, tuberculose, pode vir a morrer, e não é um tipo de medicação que o paciente pode comprar na farmácia, o losartana e o metformina o paciente vai lá e compra, mas esses não, é necessário tomar uma decisão. Referiu que já existe uma agenda programada para fazer um GT somente sobre CEAF, pois já passou da hora e embora o estado tem encaminhado para o ministério alguns documentos, enquanto CIB é necessário que também seja encaminhado essa solicitação e para os órgãos de controle também, pois irão começar a vir demandas judiciais para os municípios, e reiterou para os conselheiros presentes, citando Marcos que estava sentado próximo e outro conselheiro na reunião. Destacou que não haverá como efetuar o pagamento, existem doenças raras, e já se tem problemas de fórmula alimentar, que agora que foi pra CONITEC passou na PLV, mas ainda não tem dizendo quem é que paga a conta, ou seja tem fórmulas alimentares para doenças raras, para pacientes com Zika e está faltando o básico do básico, como medicamento para tuberculose faltar?, e são medicamentos que vem do ministério até a insulina humana, e irá faltar mesmo, pois segundo informações não têm comprado e depois, os municípios e o próprio estado que responde, já se inicia o problema quando coloca 14% que cumpriu da execução da contrapartida municipal, pois além da lista que tem, existem medicamentos que são comprados que não estão em lista alguma e ainda não pode considerar como contrapartida, o que se apresenta como crime, pois se compra um medicamento que está na lista, mas é um medicamento utilizado de acordo a epidemiologia daquele município e se é para atenção básica deveria ser abatido na contrapartida, se está comprando, pagando, utilizando recurso próprio para pagar, e complementou dizendo que não iria fazer discurso grande, passando a fala para Gerald Saraiva. **Gerald Saraiva** deu boa tarde a todos e dirigiu a fala a Luís Henrique dizendo que os outros secretários fizeram perguntas no dia da reunião pela manhã sobre a demora nas respostas e se o GT já tinha uma ideia

de como equacionaria, a cobrança exagerada feita ao gestor municipal, e referiu que hoje foi apresentada uma proposta do que o estado haverá de fazer, já referindo que ele tem feito e bem aquilo no qual ele se propõe, e realmente os pedidos têm sido garantidos e com muito mais quantidades, apesar de ainda ter problemas com alguns itens. Reforçou que sempre tem recebido uma cobrança relativamente exagerada, sem querer dizer que não é para se cobrar e isso tem sido discutido, porém é preciso entender que se há os dois lados devendo, há capacidade de equacionar. Relembrou que Stela falou um ponto importante, pois se gasta muito e boa parte tem no Rename, e tem uma demanda muito alta de itens, e foi pedido para incrementar a lista, e pontuou que o Estado já realizou o estudo e parece que já está pronto com a contraproposta, o que ajudaria demais, pois existem itens e classes terapêuticas que não há possibilidade de comprar e que o estado poderia ajudar, e questionou se isso seria mais breve, se já consegue pensar nesse aumento, se pode sentar e construir uma proposta com os municípios daquilo que ele deve, pois a maioria absoluta não é a gestão atual que deve, tem municípios que estão com 1 milhão que nunca terão condições de pagar, e ao final recebe a notificação, sujeito a auditoria, sendo assumido a dívida quando herdou a gestão, sem a possibilidade de efetuar o pagamento, então sugeriu ver a proposta. **Stela Souza** salientou a importância da colocação de Gerald e de inserir na próxima pauta, pois existe uma emergência do CEAF, e logo em seguida ver o que será feito com o medicamento da atenção especializada, e perguntou se a partir do próximo trimestre é que vai aumentar o 10% da contrapartida para pagar o débito. **Luís Henrique** responde que seria a partir do tri para atendimento em julho. Stela dá continuidade mencionando que o COSEMS vem dando conhecimento aos municípios via apoio da atualização de como está a dívida e após o último relatório, e irá passar para o apoio pra cada um dos municípios terem ciência de como está a sua situação, quanto o estado passou, quanto ele teria que passar, e quanto o gestor executou, para que cada um se veja e possa se programar. **Tereza Paim** disse que na verdade ela acredita que pode implementar um GT sim existe um enfrentamento que discuta de fato. **Luís Henrique** disse que já existe um GT da assistência farmacêutica e que já está sendo discutido, dois aspectos: o primeiro que é o pedido de ampliação do elenco e já está com a proposta pronta e só está ainda aguardando uma resposta do Ministério a respeito do Risperidona. **Stela Souza** disse que não vai resolver, e pediu clemencia, pois está percebendo resistência por parte do Ministério e estão havendo vários problemas nos municípios e solicita que se mantenham como estava na Atenção Básica, e solicitou que tentem rever se há possibilidade, pois os municípios não têm, a demanda é muito grande e a proposta é que além do Risperidona, outros também venham, e tem o impasse, e não estão conseguindo fechar, pois não podem comprometer os demais municípios com relação a distribuição desses medicamentos. Reforçou que no GT isso irá ser discutido, mas ela fez o pedido que mantenha o Risperidona onde ele está, enquanto o Ministério não decide, e reitera que está falando isso na CIB para que conste em ata o pedido do COSEMS. **Luís Henrique** destacou que na próxima reunião do GT pode se tratar a questão do elenco, pois a proposta já está desenhada. Colocou também para reforçar dois aspectos: a descentralização do componente especializado, sendo proposto como modelo, nos municípios em que não haja uma base ou um núcleo de saúde, se for interesse do município, ele possa aderir e passar a ter uma farmácia do componente especializado ali; outra questão que já está aprovada na secretaria e deve começar por um ou dois municípios, é a descentralização da infusão, nos dias atuais os pacientes dos municípios precisam vir a Salvador para fazer a infusão dos medicamentos da assistência especializada e a intenção é que se tenha pelo menos um polo de infusão em cada uma das 9 macrorregiões de saúde, devendo começar por Vitória da Conquista e em seguida ampliando para os demais. **Stela Souza** concluiu e após submeter aos membros disse que estava aprovado. Dando seguimento, informou que o ponto de Ilhéus já havia sido retirado e disse que o município de Nova Canaã pedia esclarecimentos a respeito da pactuação hospitalar de referência, pois no sistema apresenta-se zerado, perguntou se Nova Canaã estava na reunião, e disse que já foi passado para APG verificar a situação, pois a informação é que na APG consegue-se enxergar o que foi pactuado, porém o município não consegue acessar, e reiterou que isso foi pra SESAB e pediu para verificarem. **Cassio Garcia** disse que isso será respondido diretamente ao município e ao COSEMS. **Stela Souza** disse que está indo para a pauta do COSEMS para verificar se haveria alguma pactuação e falou que os municípios da região de Barreiras solicitam aumento de teto físico, de 123 para o teto de 210 de autorizações mês para o hospital Nossa Senhora Aparecida do município de São Desiderio. Referiu que no próximo mês a reunião do COSEMS será a PPI que foi programado que no segundo semestre estaria fazendo a avaliação da PPI, dia 19 após a assembleia do COSEMS a pauta será PPI que é o início da discussão. E referiu que o ponto era sobre a PPI. Mencionou que essa reunião está pactuada desde janeiro, então está se caminhando para que essa pauta que tem a ver com a PPI, nem trazer pra pauta, levar direto para o grupo de trabalho e para próxima reunião da CIB. Relatou que ficou um ponto fora da pauta que era sobre laboratório de prótese e gostaria de chamar Liliane para dar uma explicação de como está atualmente, tendo mencionado que têm hoje 91 municípios que recebem o serviço e tem um outro número de municípios que solicitaram no Ministério da Saúde que está lá parado, e referiu que tiveram uma reunião com a SESAB, tendo uma proposta para apresentar e passou a fala pra Liliane Mascarenhas. **Liliane Mascarenhas, Diretoria da Gestão do Cuidado,** disse que existe um número grande de municípios que estão aguardando assim como outras habilitações no Ministério da Saúde, e conversando com a Diretoria do COSEMS, e tendo sido conversado é que se possa sair da reunião com uma proposta de uma Resolução CIB não se restringindo a só esse equipamento, cobrando do ministério as habilitações. Outro ponto discutido é o plano de expansão de laboratórios de prótese dentária que é um credenciamento realizado pelo estado para os municípios com menores índice de desenvolvimento humano, participando desse plano 91 municípios e a ideia é que a partir do momento que o Ministério da Saúde viabilize a habilitação dos que se encontram em espera, o Estado poder fazer uma rediscussão desse plano para deixar de existir esse tipo de credenciamento realizado pelo Estado e os municípios possam estar assumindo e tendo o seu laboratório de prótese dentaria, sendo esse um processo de discussão que está sendo realizado, mas o que foi pactuado no dia anterior a reunião é a questão dos laboratórios de prótese que estão pendentes no Ministério da Saúde. **Odilon Rocha** sugeriu que saia uma Resolução da CIB pedindo uma prioridade aos laboratórios que estão com pedido no ministério aguardando a habilitação. **Cassio Garcia** disse que o encaminhamento é reforçar ao ministério através de Resolução para que seja dado prioridade aos laboratórios que estão aguardando a habilitação. E deu seguimento para a apresentação, convocando o serviço de acolhimento para mulheres em situação de violência constado em pauta conjunta com o SUADES – Sistema Universal de Assistência Social. **Liliane Mascarenhas** disse que a questão da violência na verdade requer uma atenção intersetorial que não se restringindo só ao campo da saúde, na assistência social, educação, segurança pública e em cada pasta desta, eles vem desenvolvendo ações de forma a cuidar e acolher essa população, e referiu que

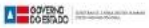
participaram da última reunião da CIB do Sistema Único de Assistência Social da Bahia, da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos onde ficou deliberado para trazer à CIB da Saúde a proposta do serviço regional de acolhimento para mulheres em situação de violência pelo sistema único de assistência social, a ideia foi trazer a apresentação por Sandla e Cintia, da SUADES para relatarem como será o serviço de acolhimento e a importância da saúde nesse âmbito. **Sandla Barros** se apresentou deu bom dia a todos, referindo que era da Superintendência de Assistência Social da Secretaria de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social e disse que será tratado especificamente da violência contra a mulher que deve ser atendida multiprofissionalmente e multisetorialmente. Pontuou que na política de enfrentamento contra a violência contra a mulher, a casa abrigo é um serviço/equipamento que acolhe esta mulher sob risco iminente de morte, trata-se de um equipamento da política da assistência social e na Bahia tinha inicialmente uma casa abrigo que atendia os 417 municípios e em 2017 a secretaria resolveu regionalizar esse serviço, pois uma das dificuldades para essas mulheres serem abrigadas é que elas saiam do seu município e vinham para Salvador e muitas se recusavam a fazer isso devido a distância e desconhecimento, surgindo a necessidade de aproximação desses serviços para as mulheres dos 417 municípios. Assim foi feita uma divisão do Estado em 5 grandes regiões, sendo deliberado no Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS e pactuado na CIB a implantação até 2020 de 5 casas abrigos em 5 regiões divididas, já se tem 3 casas implantadas e as outras 2 até 2020. E referiu que a Rede de Proteção à Mulher vítima de Violência incluía todos os atores abaixo e tratou sobre o Sistema Único de Assistência Social e as seguranças afiançadas pelo SUAS. Dando seguimento falou sobre os tipos de Proteção Social, conforme segue nos slides.

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SUAS

✓ Sistema público não-contribuitivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção Social brasileira.

✓**Seguranças afiançadas pelo SUAS**
- ✓ Segurança de acolhida;
- ✓ Segurança de convívio ou vivência Familiar e Comunitária
- ✓ Segurança de renda
- ✓ Segurança de autonomia.
- ✓ Segurança de apoio e auxílio



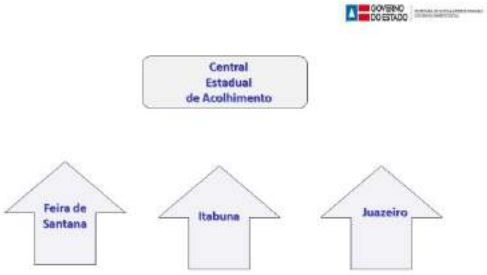
PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

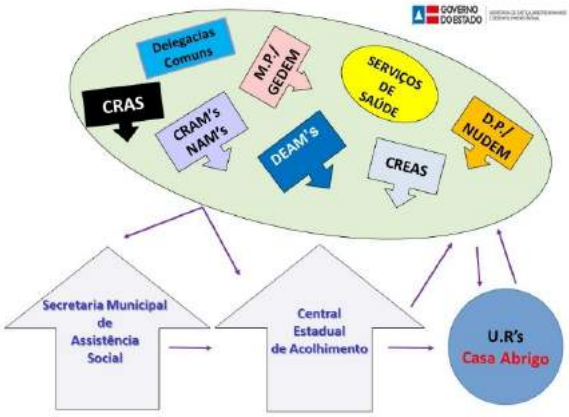
✓ As atividades de Proteção Social Especial são diferenciadas de acordo com níveis de complexidade (média ou alta) e conforme a situação vivenciada pelo indivíduo ou família.

✓ Os serviços de PSE atuam diretamente ligados com o sistema de garantia de Direitos, exigindo uma gestão mais complexa e compartilhada com
- Poder Judiciário,
- Ministério Público,
- Defensoria Pública
- e com outros órgãos e ações do Executivo.

No SUS se tem 2 proteções: a Proteção Social Básica que atua com a prevenção e a promoção, a prevenção de situações de vulnerabilidade e a Proteção Social Especial que trabalha com situações em que já existiu a violação de direitos ou a violência. Sendo que a especial é dividida também como na saúde em alta e media complexidade, onde a média trabalha com os casos em que os vínculos familiares e comunitários ainda não foram rompidos e os equipamentos que trabalham com eles são os CREAS e os Centros POP's e a alta complexidade com os casos onde os vínculos já estão muito fragilizados onde se encontram os serviços de acolhimento e dentro desses serviços de acolhimento estão o de acolhimento para mulheres em situação de violência que é a casa abrigo. Os Serviços de alta complexidade, todos eles funcionam 24 horas e a casa abrigo está incluída, e é um serviço de acolhimento provisório para mulheres, acompanhadas ou não de seus filhos menores de 18 anos, em situação de risco de morte ou ameaças em razão da violência doméstica ou familiar, só nesses casos que as mulheres são abrigadas na casa abrigo. Excepcionalmente recebe os filhos ou dependentes maiores de 18 anos caso tenham algum tipo de dependência ou algo que só dependa dessa mãe, não seria a dependência financeira, mas uma deficiência física ou mental, intelectual que precisam dessa mãe, mas de modo geral são filhos até 18 anos. A casa abrigo tem algumas especificidades, deve ser em um local sigiloso, pela Política Nacional de Abrigamento que está na Política para as mulheres, só

pode está implantada em municípios com mais de 50 mil habitantes, em municípios de grande porte ou metrópoles, tipificado pela Política de Assistência social, executa o serviço de acolhimento a mulheres em situação de violência, faz parte do plano nacional de política para mulheres e funciona em regime de cogestão onde essas mulheres também participam das atividades da casa. Os serviços de acolhimento da assistência social, a casa abrigo especificamente apesar de ser sigilosa, ela deve ser semelhante a uma residência, está inserida na comunidade, conforme slide. Funcionamento 24 horas e o tempo de Abrigamento chega até 90 à 180 dias, podendo ser flexível conforme o caso e avaliação da equipe psicossocial, mas nenhuma mulher conseguiu ficar mais de 120 dias nessa casa perdendo completamente o contato com o mundo exterior só saem para atendimento de saúde ou alguma demanda jurídica, ao chegar na casa é feito uma triagem, são retirados qualquer meio de comunicação com o mundo externo a casa, os contatos que são realizados com a família ou amigo é feito na presença da equipe, no que deixa a sensação de prisão nelas que são as vitimas não conseguindo ficar muito tempo lá na casa. Trouxe a Rede, conforme slide abaixo.





Como ela já havia dito que existiam uma casa abrigo que atendia os 417 municípios, mas foi decidido regionalizar e com essa regionalização foi criada uma central de acolhimento e as três casas que funcionam em Feira de Santana, Itabuna e Juazeiro e foi implantada no dia 1 de dezembro de 2018. O atendimento às mulheres é feito da seguinte forma: os serviços que atendem essa mulher seja na saúde, assistência social, segurança pública, faz o contato com a central estadual de acolhimento que funciona na secretaria, 24 horas e no horário administrativo tem dois telefones fixos, e dois celulares que ficam com as técnicas de sobreaviso. Assim, esses serviços fazem o contato com a central de acolhimento informando que existe uma mulher em situação de violência doméstica e em risco de morte, e a mesma orienta o serviço a fazer uma avaliação mais detalhada, a fazer um relatório técnico informando a situação da mulher e encaminhar os documentos via e-mail para a central, ao mesmo tempo esse serviço faz um contato com a secretaria municipal de assistência social por que se essa mulher vai para o abrigamento, independente de qual serviço atendeu essa mulher, é a secretaria municipal de assistência social que faz o encaminhamento dela, responsável para leva-la até um dos três municípios onde a casa abrigo está instalada, e a central de acolhimento faz o contato com uma das unidades para informar que está chegando uma mulher pra ser abrigada ali.

O QUE É NECESSÁRIO PARA O ABRIGAMENTO?

- ✓ Contato prévio do serviço encaminhador com a Central Estadual de Acolhimento para verificar o perfil e a disponibilidade de vaga;
- ✓ Contato com a Secretaria Municipal de Assistência Social;
- ✓ Encaminhamento dos documentos indispensáveis para o abrigamento:
  - ✓ Registro da queixa/ boletim de ocorrência - B.O.;
  - ✓ Relatório técnico da equipe do serviço encaminhador;
  - ✓ Documentação da mulher e dos filhos(as) - RG; CPF; cartão do SUS; certidão de nascimento ou RG das crianças;
- ✓ Análise do caso pela Central Estadual de Acolhimento;
- ✓ Kit abrigamento (município encaminhador).

A Central Estadual de Acolhimento

Equipe

- ✓ A equipe da Central Estadual de Acolhimento é composta por:
  - ✓ 01 Assistente Social
  - ✓ 01 Psicóloga
  - ✓ 01 Pedagoga
  - ✓ 02 Técnicas Administrativas
- ✓ A coordenação é vinculada à Coordenação de Proteção Social Especial.
- ✓ Supervisão da Técnica de Referência do Serviço de Acolhimento para Mulheres em situação de Violência, também responsável pela supervisão das Unidades Regionais.

Ela trouxe a questão: o que é necessário para o abrigamento? E respondeu, conforme slide acima. Contato prévio do serviço encaminhador com a Central Estadual de Acolhimento, Contato com a Secretaria Municipal de Assistência Social, Encaminhamento dos documentos indispensáveis para o abrigamento, Registro da queixa/ boletim de ocorrência - B.O, Relatório técnico da equipe do serviço encaminhador, e observou que quando esse relatório chega a equipe da central vai avaliar ele, pois, às vezes, necessita de mais informações, e foi feito um termo de adesão onde faltam 72 municípios assinarem, se comprometendo a fazer esse encaminhamento sempre que necessário inclusive com esse Kit abrigamento (município encaminhador). A central é um dispositivo de gestão, responsável por: avaliar o perfil do caso; regular as vagas para o acesso da Mulher e seus(suas) filhos(as)/dependentes à Unidade Regional; desenvolver a integração operacional com órgãos estaduais do Sistema de Justiça; publicizar fluxos; registrar, controlar e sistematizar informações sobre os serviços regionalizados; manter atualizadas as vagas existentes na rede de acolhimento regionalizada; Padronizar instrumentais de trabalho das unidades regionais e Orientar tecnicamente às equipe das Unidades Regionais, funciona 24 horas e a equipe da Central Estadual de Acolhimento foi referida conforme slide acima estando ligada à Coordenação de Proteção Social Especial e no caso ela supervisiona tanto a equipe da central quanto a equipe das casas abrigos.

Fluxos e procedimentos de abrigamento

- ✓ A avaliação da Equipe da Central Estadual de Acolhimento se dá a partir da análise de B.O., do Relatório Técnico encaminhado antecipadamente pela equipe do município encaminhador, além da discussão de caso entre equipes.
- ✓ Confirmada a necessidade de abrigamento, pela Central Estadual de Acolhimento Estadual, realiza-se o encaminhamento da mulher e seus filhos ao Município Sede da Casa Abrigo Regional onde houver vagas.
- ✓ **Critérios:**
  - ✓ Vagas suficientes
  - ✓ Grau de Risco.

Fluxos e procedimentos de abrigamento

- ✓ Encaminhamento da mulher à Casa Abrigo Regional:
  - ✓ A mulher deve ser encaminhada sempre acompanhada de um(a) técnico(a) do município encaminhador e trazendo o KIT Abrigamento;
  - ✓ Previamente é marcado um encontro das duas equipes em um local neutro no Município Sede para que a equipe da Casa Abrigo Regional receba a mulher e filhos(as)/dependentes;
  - ✓ A técnica da Casa Abrigo Regional segue com a mulher para o equipamento, onde deverá permanecer abrigada até seu desligamento.

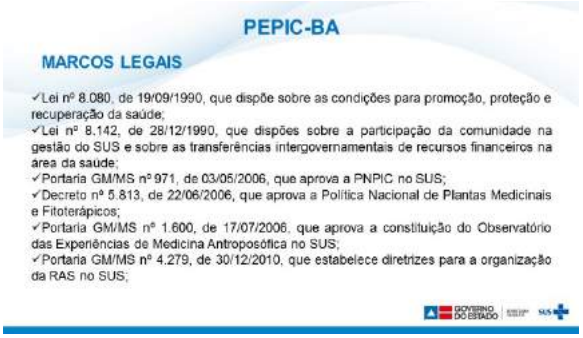
Sobre o fluxo de abrigamento mencionou o que era é necessário, conforme slide acima: avaliação da Equipe da Central Estadual de Acolhimento e confirmada a necessidade de abrigamento, pela Central Estadual de Acolhimento Estadual, realiza-se o encaminhamento da mulher e seus filhos ao Município Sede da Casa Abrigo Regional onde houver vagas e os critérios são vagas suficientes e grau de risco e nessa regionalização, as três casas elas atendem mulheres dos 417 municípios não importando onde elas estejam no estado, a exemplo se perceber que ela em Itabuna corre risco ela será transferida pra outra casa abrigo tendo vaga de outra região, não importando de onde ela veio em uma das casas ela será acolhida, onde é feito o encaminhamento da mulher à casa abrigo regional e a mulher deve ser encaminhada sempre acompanhada de um(a) técnico(a) do município encaminhador, previamente é marcado um encontro das duas equipes em um local neutro no município sede para que a equipe da Casa Abrigo Regional receba a mulher e filhos(as)/dependentes devido ser sigiloso o local onde essa mulher irá ficar a técnica da Casa Abrigo Regional segue com a mulher para o equipamento, onde deverá permanecer abrigada até seu desligamento. E observou conforme slides abaixo que o fluxo e procedimentos sobre o desligamento.

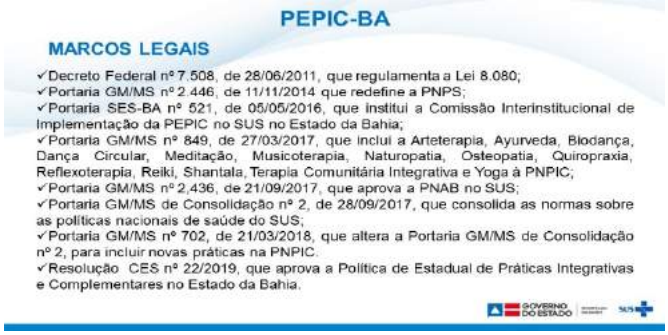
No encaminhamento para a rede (CRAM, CREAS, CRAS, CAPS, UBS, etc.) necessita realmente de um acompanhamento seja ele psicológico ou não pois a mulher passa por uma violação, algo que a agride nos dias atuais, ainda tem os casos com relação ao uso das drogas mulheres que os agressores geralmente são traficantes onde as mesmas tem alguma dependência de droga, então a questão da saúde mental é fundamental nesse processo, com relatório e/ou oficio considerando as demandas apresentadas pela mulher para continuação do acompanhamento; Na Comunicação do desligamento para o GEDEM, é importante salientar a pactuação que se pretende fazer com a saúde, pra isso houve uma reunião em agosto/setembro onde foi convocado a SESAB, por meio da SAIS, DGC e o COSEMS para fazer uma reunião, por conta da dificuldade de atender essas mulheres em Salvador com a unidade estadual. E nas unidades regionais não se têm tantas dificuldades em relação a isso, o que ocorre é que, às vezes, a mulher chega e a secretaria municipal diz que não pode atender, onde isso tem que ser evitado, pois a mulher se encontra sobre a proteção do estado onde se gostaria de fazer essa pactuação diante dos municípios atenderem essas mulheres independente de onde elas residam, inclusive um atendimento prioritário, pois quando essas mulheres necessitam de tal atendimento é necessário entrar em contato com a unidade e fazer uma prévia sobre ela. Outro exemplo, são os casos de mulheres que precisam ser transferidas, pois onde estavam sendo atendidas essa mulher encontrou alguém da facção do companheiro e ela ficou apavorada devido ao conhecimento entre vítima e agressor, e a mesma tem que ser transferida, o contato prévio já foi feito à unidade, ela fica em uma sala reservada, por isso a preocupação da pactuação devido à gravidade da situação de algumas vítimas, sem contar no atendimento nas regiões em que elas se encontram, pois o atendimento é feito para todas as mulheres que necessitam independentemente da situação em que ela se encontra da deficiência que a mesma tenha, e muitas vezes o serviço que solicitou o abrigamento informa sobre o histórico da mulher, mas é necessário que ela seja atendida pelo CAPS para que seja feito um relatório para poder medicá-la corretamente e a equipe da casa abrigo consiga acompanhar esse tratamento dela, evitando crises, inclusive as de abstinências devido à falta das drogas dentro das casas abrigo.

Consultas	Desistência	Abrigamentos		Desligamentos	Nº de Abrigadas Filhos/as	
		Transferência	Novos casos		Mulheres	Filhos/as
22	10	02	10	06	06	05

Só pra ter um panorama, informou que já trabalha com violência a muito tempo e que todos os dias nos noticiários se veem notícias relacionadas a violência contra a mulher, existem também 3 casas no estado cada uma com 20 vagas pra 20 pessoas e não 20 mulheres por conta dos filhos dependentes que acompanham elas, total de 60 vagas no estado e de 1 de dezembro até o dia da reunião da CIB teve 22 consultas, onde os municípios consultaram se podem abrigar uma mulher das 22, 10 desistiram de ir, abrigam-se 12 mulheres, sobre as transferências: uma foi em dezembro e outra estava abrigada na casa abrigo municipal de Feira de Santana que foi transformada em casa regional de Feira de Santana, dessas 12, ocorreram 6 desligamentos e atualmente existem 6 mulheres abrigadas com 5 crianças, tendo 60 vagas onde só 11 ocupam e todos os dias mulheres morrem, é outro ponto onde os serviços de saúde são porta de entrada para essas mulheres. Informou a plenária o contato da casa abrigo e finalizou a apresentação. **Stela Souza** disse que realmente é importante, ainda comentou com Odilon que se fosse com os homens também haveria de cuidar, que ela esteve na reunião onde foi discutido esse assunto, salientou a importância e esclareceu pra os municípios em relação ao direito da mulher, agradeceu a apresentação dela e pediu inversão de pauta, devido a necessidade de doutor Ricardo Mendonça que tem um informe a discutir da divulgação da 10º conferencia estadual de saúde e passou a fala a ele, informou a necessidade devido a um problema pessoal. **Ricardo Mendonça** deu boa tarde a plenária e prosseguiu dizendo sobre um oficio do conselho estadual de saúde agradecendo o apoio institucional do COSEMS e aos secretários municípios de saúde, pois as conferencias foram feitas e parte integrante do controle social saiu como delegado na construção do SUS e dizendo também que o Ministério da Saúde está disponibilizando 16 vagas a caráter de convidados e será disponibilizado 2 vagas pra o COSEMS, tendo até o dia 31 de maio de 2019 para indicar duas pessoas para preencher as vagas para participar no dia 04 de agosto de 2019 da conferencia nacional de saúde, informou também que a conferencia está agendada de 09 à 13 de junho de 2019, estando no processo licitatório. Referiu que o conselho nacional de saúde estará presente em uma reunião agendada, onde ele fez alguns pedidos, pois existem 44 municípios que realizaram conferencia, mas não validaram no sistema SIGAF, não puseram proposta, nem compareceram os delegados na comissão organizadora, isso será deliberado, pontuando que a intenção é abrir como proposta que os delegados sejam definidos pelos secretários, e só nessa lacuna existem 400 delegados que não estão credenciados para participar da conferência tendo um prejuízo grande financeiro e participativo dos municípios que realizaram conferencia e retiraram seus delegados. Mencionou que já foi conversado com Luiza que é o braço direito do COSEMS, que realiza a ponte, onde estará sendo passada todas as informações de como vai ocorrer e disse que queria fazer um pedido a respeito dos municípios, que os mesmos não compareçam apenas com o gestor e trabalhador é importante que o usuário também acompanhe a conferencia. Referiu que sabendo das dificuldades financeiras ele assume a hospedagem para os gestores com alimentação inclusa retirando um pouco do custo do município, assim reiterou que gostaria de deixar pactuada a contrapartida do Conselho Estadual com todos os secretários municipais de saúde pra que garanta a vinda dos usuários que é de suma importância na realização da X CONFERENCIA ESTADUAL DE SAUDE, que vai ser um marco histórico pra o estado da Bahia. **Stela Souza** agradeceu a

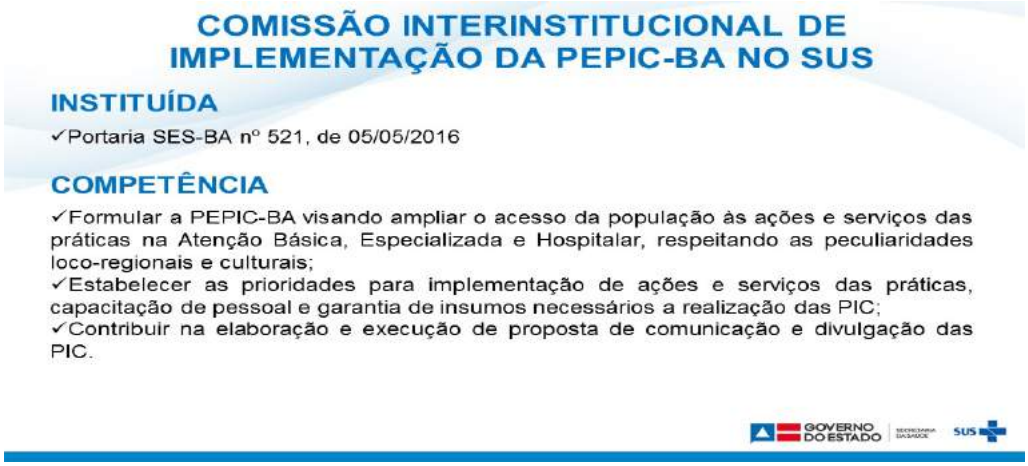
todos e disse que o COSEMS estará à disposição do Conselho Estadual de Saúde, que a equipe do COSEMS durante a realização das conferencias municipais fez um esforço grande direcionando os apoiadores, que atuaram como palestrantes o mês inteiro nas conferências e reforçou entender que esse é um papel que também compete ao COSEMS, dando apoio aos municípios, e ao controle social no qual ela é membro, mas dizendo também que o SUS é fortalecido a partir do momento que o controle social é fortalecido e mencionou que os municípios deram alguns recados e registrou que a maior parte dos municípios realizaram a conferencia e perguntou a Ricardo se um cadeirante precisar de um acompanhante, se deveria colocar no sistema ou se teria que fazer uma solicitação à parte, inclusive registrou que no município dela tem um usuário nessa condição, tendo reiterado a questão de como deveria proceder. **Ricardo Mendonça** respondeu dizendo que a questão da acessibilidade das pessoas está garantida, será garantido a hospedagem com toda a acessibilidade possível a pessoa e ao acompanhante, devidamente colocado no sistema ou enviado por e-mail, pois às vezes o conselho é pego de surpresa, mas já tem um pessoal de acolhimento para resolver, prosseguiu dizendo, que para deixar claro que em um processo licitatório tudo pode acontecer. Citou como exemplo a conferencia de Salvador, e no processo licitatório todo legal a comissão solicitou que abrisse um precedente e a conferencia foi realizada, e segundo o decreto do governador determinou que seja de 09 à 16 de junho de 2019 estando mantida a data, mas referiu que o processo está na SAEB por uma questão da parte legal, e está sendo monitorado, caso haja alguma mudança de data imediatamente será comunicado a todos os secretários, e mais uma vez agradeceu a todos e finalizou a fala. **Stela Souza** deu continuidade à reunião sobre Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares PEPIC – BA. **Liliane Mascarenhas** disse que na verdade essa entrega está sendo levada à CIB, foi coletiva, de suma importância, na qual teve a participação de diversos atores, dentro das universidades, técnicos e profissionais da área onde já foi realizado essa apresentação no conselho estadual e foi um pedido do próprio conselho que estivesse na pauta, mas também da diretoria onde Luiza e Graça da área técnica vão apresentar. **Liliane Mascarenhas** disse que na verdade essa entrega está sendo levada a CIB foi coletiva de suma importância na qual teve a participação de diversos atores, dentro das universidades, técnicos e profissionais da área onde já foi realizado essa apresentação com conselho estadual e foi um pedido do próprio conselho que estivesse na pauta, mas também da diretoria onde Luiza e Graça da área técnica vão apresentar. **Maria Luíza, técnica da SAIS/DGC/CPT** deu boa tarde a todos e fez um apelo aos gestores sobre a política estadual de práticas integrativas e passou à apresentação:

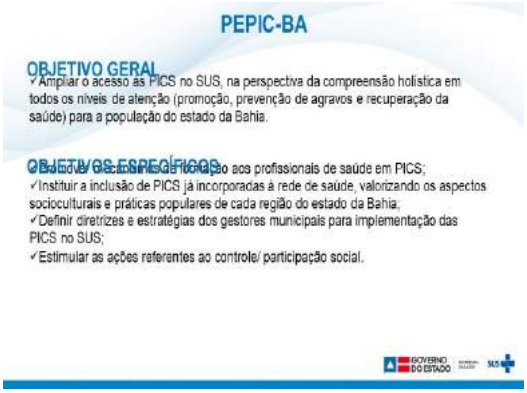




O tema de práticas integrativas e complementares em saúde, mesmo diante de várias concepções, o que é trazido à tona é o que está posto no glossário temático do Ministério da Saúde, que são práticas baseadas na atenção humanizada e centradas na integralidade do indivíduo, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, sendo algo muito amplo e complexo, e ao mesmo tempo envolvendo muita tecnologia leve. Traz como marcos legais da PEPIC Bahia , a legislação básica que orienta toda a política de saúde, começado com a política nacional de plantas medicinais, fitoterápicos, através do Decreto nº 5.813, a Portaria GM/MS nº 1.600, de 17/07/2006, que aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, e a Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no SUS, esta conquista sendo fruto de todo movimento desde a Portaria SES-BA nº 521, de 05/05/2016, que institui a Comissão Interinstitucional de Implementação da PEPIC do SUS no Estado da Bahia, e esta comissão foi instituída em 5 de maio de 2016, a área técnica, participando da comissão, foi fortemente apoiada pela comissão, a qual tinha a competência de formular

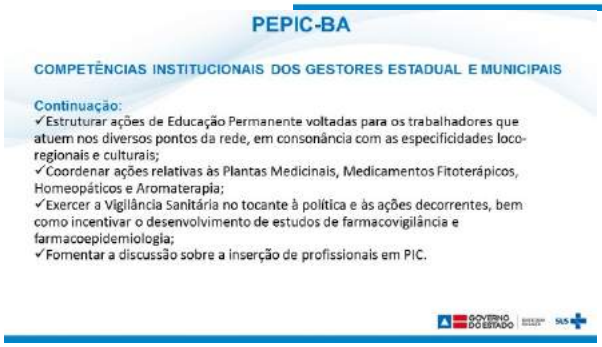
a prática da PEPIC, apresentando o documento técnico à CIB e ao Conselho Estadual de Saúde, tendo sido publicada a resolução do CES aprovando, ou seja, a política foi aprovada no Conselho Estadual de Saúde. Então formular políticas loco-regionais e culturais, trazendo isso à tona, pois está sendo bem batido, a identidade cultural das regiões e sobretudo do estado, estabelecer as prioridades para implementação de ações e serviços das práticas, estando traduzido nas diretrizes que serão ditas, capacitação de pessoal e garantia de insumos necessários à realização das PIC. E contribuir na elaboração e execução de proposta de comunicação e divulgação das PIC. No que diz respeito à comissão de implementação é necessário ser discutido, para enfatizar a importância do trabalho intersetorial que foi feito, como disse Liliane Mascarenhas, sendo composto por diretorias da SESAB como DGC, DAB, DASF, DGTES, DIVAST, as escolas EESP e EFTS, que hoje estão fundidas.

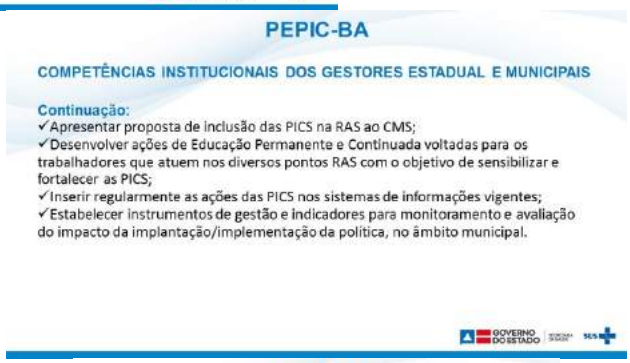


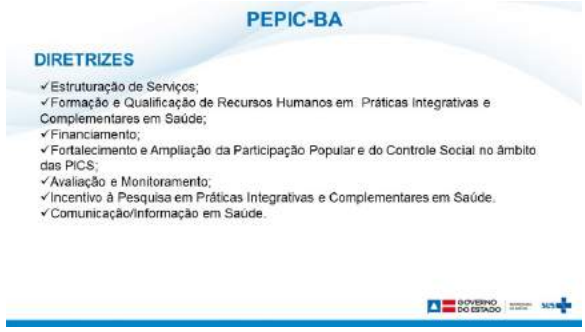


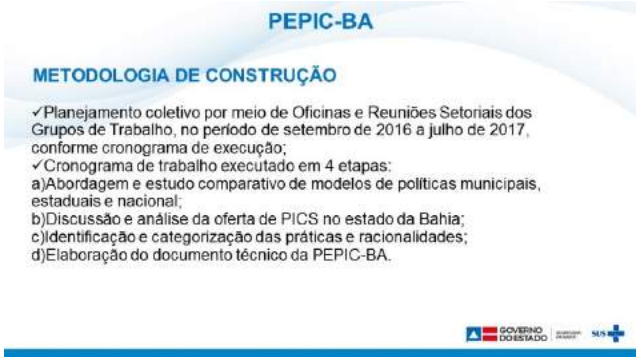
Comentou sobre a presença na comissão de membros como Liana, que deu um grande suporte, Graça, da área técnica e Françoise, da DAB, que assessorou muito bem a comissão, teve também a participação efetiva da UFBA, da Escola de Medicina da UNEB, da UEFS, do Conselho Estadual de Saúde e do COSEMS, na pessoa de Luiza, a coordenação foi da DGC/SAIS. Falou do objetivo geral da política: ampliar o acesso às PIC no SUS, na perspectiva da compreensão holística em todos os níveis de atenção (promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde) para a população do estado da Bahia. Salientou que, em que pese o foco das práticas integrativas e a porta de entrada ser priorizada através da atenção básica, a discussão chegou à conclusão que as práticas integrativas estão nos três níveis de atenção, entendendo que tem que se trabalhar nesta perspectiva, pois através das pesquisas as PIC são consideradas um fenômeno social que perpassa as políticas de saúde que estão postas, porque as PIC estão em todos os espaços, o traz a proposta da política de formatar e ampliar esse acesso das práticas à população, pois, sabendo-se que nos dias atuais as práticas estão sendo muito ofertadas em âmbito privado e necessita se ampliar o acesso universal no SUS. Então já tem um grande movimento, que foi intensificado com a publicação da política nacional na Portaria nº 971, de 2006, tomou corpo em 2018, quando foi republicada a portaria, que ampliou o escopo das práticas e novamente houve uma outra edição em 2017, mas em 2018 uma nova portaria adicionou mais 14 práticas, e hoje o Ministério da Saúde tem reconhecido 29 práticas integrativas. Apresentou os objetivos específicos: promover mecanismos de formação aos profissionais de saúde, para o que é necessário investir na educação permanente e promover a formação de profissionais em PIC; instituir a inclusão de PIC já incorporadas à rede de saúde, valorizando os aspectos socioculturais e práticas populares de cada região do estado da Bahia; definir diretrizes e estratégias dos gestores municipais para implementação das PIC no SUS e estimular as ações referentes ao controle, participação social; a metodologia da construção - 20 encontros da comissão e a formação dos grupos de trabalho constituídos por profissionais praticantes das diversas PIC, que contribuíram bastante para fazerem a identificação dessas ofertas das modalidades dos cuidados e colocar como diretriz de oferta na política. Então foi no período de setembro de 2016 a julho de 2017, conforme cronograma de

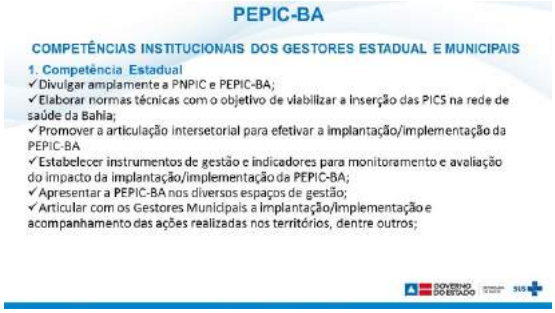
execução foram feitas as reuniões, se conseguindo chegar a uma organização, através de quatro etapas: 1. abordagem e estudo comparativo de modelos de políticas municipais, estaduais e nacional, que foram tomadas como parâmetros, para não haver a necessidade de voltar no tempo, com a discussão e análise da oferta de PIC no estado da Bahia; 2. Identificação e categorização das práticas e racionalidades; 3. Elaboração do documento técnico que foi apresentado e sendo disponibilizado à CIB; 4. A oferta de cuidados está categorizada e as práticas que serão oferecidas foram sistematizadas em cinco grupos: sistemas médicos complexos/racionalidades médicas; práticas corporais e vivências integrativas; práticas energéticas/vibracionais e meditativas/contemplativas; terapias baseadas em produtos naturais/plantas medicinais; e práticas tradicionais e populares. Tem como diretrizes: estruturação de serviços; formação e qualificação de recursos humanos em práticas integrativas e complementares em saúde; financiamento; fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social no âmbito das PIC; avaliação e monitoramento; incentivo à pesquisa em práticas integrativas e complementares em saúde; comunicação/informação em saúde. Complementou que de fato as diretrizes é que são o cerne da questão da política, sendo um grande desafio e através delas serão implementadas as políticas, se tornando um grande desafio para todos, e comunicou que a coordenação de práticas integrativas da estrutura atual do Ministério da Saúde vai começar a vigorar no início de junho, antes havia uma coordenação que funcionava muito bem, construindo os mecanismos de monitoramento, de informação de dados, de pesquisa. E se esperava que esta coordenação, que ela está inserida em um departamento, em uma diretoria, se identificasse, a Secretaria de Promoção à Saúde, é necessário ver onde a mesma está para prosseguirem, pois antes se encontrava no Departamento de Atenção Básica e falou que isto seria visto mais adiante. Disse também que as diretrizes estão postas e que é a partir delas que a prática seria efetivada nos municípios, pois existe uma política estadual que fará toda uma orientação, contando com a articulação com os municípios.











Trouxe a competência dos gestores estadual e municipais: divulgar amplamente a PNPIC e PEPIC-BA; elaborar normas técnicas, com o objetivo de viabilizar a inserção das PIC na rede de saúde da Bahia - essa é uma grande estratégia; promover a articulação intersetorial, para efetivar a implantação/implementação da PEPIC-BA; estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implantação/implementação da PEPIC-BA; apresentar a PEPIC-BA nos diversos espaços de gestão; articular com os gestores municipais a implantação/implementação e o acompanhamento das ações realizadas nos territórios, dentre outros, no que compete ainda ao estado; estruturar ações de educação permanente voltadas para os trabalhadores que atuem nos diversos pontos da rede, em consonância com as especificidades loco-regionais e culturais; coordenar ações relativas às plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos, homeopáticos e aromaterapia; exercer a vigilância sanitária no tocante à política e às ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e fármaco-epidemiologia; e fomentar a discussão sobre a inserção de profissionais em PIC. Apresentou as competências municipais: estabelecer o lócus na gestão municipal, que é o que se tem buscado desde o Ministério da Saúde; divulgar amplamente a PNPIC e a PEPIC-BA; elaborar normas técnicas com o objetivo de viabilizar a inserção das PIC na rede de saúde do município; incluir as necessidades e ofertas de PIC no plano municipal de saúde e na LDO do município e promover a articulação intersetorial para efetivar a implantação/implementação da PEPIC-BA; apresentar proposta de inclusão das PIC na RAS ao CMS; desenvolver ações de educação permanente e continuada, voltadas para os trabalhadores que atuem nos diversos pontos da RAS, com o objetivo de sensibilizar e fortalecer as PIC; inserir regularmente as ações das PIC nos sistemas de informações vigentes; e estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implantação/ implementação da política no âmbito municipal. Comentou que tinha feito apenas uma leitura dinâmica da apresentação e aguardava que a plenária tivesse fixado alguns pontos para poderem discutir posteriormente sobre a proposta. Agradeceu a atenção e se colocou à disposição para dúvidas, disponibilizando o telefone para contato - 3115-8390 (Maria das Graças/Maria Luiza) e o e-mail: dgc.pics@saude.ba.gov.br. **José Cristiano Sóster** pediu a fala para dar um testemunho da dedicação da equipe de técnicos, o que mostra o tamanho do comprometimento para que se conseguisse chegar até esta reunião, o que é muito bonito. Acrescentou que a política construída tem muito conhecimento e isso é um marco importante na história da saúde pública da Bahia e tinham que ter isto, assim como várias políticas que foram construídas pela DGC e que gerenciaram este processo, tiveram envolvimento muito grande de instituições de pesquisa de ensino de renome no país inteiro, trazendo solidez para o que fora construído. Agradeceu aos técnicos, tendo vindo de um conhecimento de base e deixando muito claro que os dirigentes podem passar, mas o conhecimento técnico de quem está carregando toda essa proposta fica durante muito tempo. Outro ponto é que, a última oferta feita, a aurículo-terapia foi da DGC, levou isso a público, junto com a Escola de Saúde Pública, e que tem uma procura muito grande. **Maria Luíza** disse que houve 130 vagas ofertadas à Bahia, tendo sido todas ocupados por todo o estado. **José Cristiano Sóster** falou que tem havido uma necessidade muito grande dos trabalhadores no pelo telessaúde, vinha sendo percebidas várias solicitações de teleconsultoria sobre a implementação das PIC nos municípios e isso necessita de atenção e tendo essa implementação, ganhava-se força inclusive para capitar os recursos para todas as situações que se tem na política. **Liliane Mascarenhas** lembrou que existem outros procedimentos que garantem a realização das práticas integrativas e que o documento seria disponibilizado no site. Então seria possível a visualização, identificando as ações que já são realizadas, tem tido experiência de práticas integrativas e que, ou não conhecem ou o gestor não identifica no rol de ofertas de serviços para sua população. Pois a alopatia já é muito forte no histórico e as PIC terminam ficando aquém das outras práticas que já são realizadas no cotidiano. Existe também outro fator, a Bahia tem uma diversidade muito grande, tem um histórico de cuidado vindo através das medicinas alternativas e isso tinha que ser lembrado, existindo essa relação e não se restringindo só nisso. Sabe-se perfeitamente que quem tem poder aquisitivo consegue fazer um Yoga, mas a população às vezes não consegue fazer esses procedimentos e que se questionasse o porquê de isso não conseguir ser ofertado no SUS, de forma que todos pudessem ter acesso. E isso trazia um ganho e um marco para o estado, podendo ser ofertado tanto na atenção básica como nos CAPS, não necessariamente uma oferta desse tipo de práticas, estratégia de saúde da família a título de exemplo. Lembrou que conheceu o trabalho do CREASI, onde já havia uma dentista que fazia essas práticas com os idosos, e salientou os profissionais que existem e que podem realizar o cuidado diferenciado no espaço de saúde. **Stela Souza** agradeceu e disse que conversara Cristiano sobre o que os profissionais passam, se dedicando a uma política que não é muito bem vista e parabenizou, salientando a importância da divulgação do movimento que teve, havendo um interesse grande. **Edcarlos**, **Secretário de Saúde de Exu**, disse que tinha ficado tocado ao ouvir sobre práticas integrativas, havendo lá um verdadeiro elenco sendo oferecido à população, na base da ousadia e não da remuneração. E que lá em Exu são oferecidas pelo menos 17 práticas, fazendo parte já do cotidiano, tendo relatos de tais práticas que serão apresentados no Núcleo de Feira de Santana e posteriormente na CIR e, quem sabe, chegaria em outros âmbitos, promovendo para conseguirem um subsídio. **Stela Souza** disse que abriria espaço para o conhecimento ser apresentado no COSEMS e na CIB, pois ela não tinha conhecido. **Edcarlos** reforçou que a proposta é de

fazer a apresentação em núcleo e CIR e quem sabe irem adiante e que Exu está de portas abertas para quem quisesse conhecer, o município que precisasse, e agradeceu pelo espaço. **Stela Souza** aplaudiu e disse que as palmas seriam fortes, agradecendo ao colega. E pediu inversão de pauta, faltando ainda apenas alguns pontos de Informes que necessitariam de quórum para aprovarem e que tinha sido conversado com os membros da mesa sobre a necessidade de fazerem uma proposta para aprovarem na CIB, para que desta reunião em diante os informes e as apresentações ficarem após as pactuações, pois alguns colegas que moram longe não podem ficar até mais tarde e com as apresentações e informes isso sempre demanda mais tempo, e para as pactuações, que necessitam da presença deles para aprovação, eles não podem participar. Pediu à mesa para aprovar a mudança de ordem de pauta, seguindo com o **Informe da SAIS/DGC**: o Cadastro no Sistema Hemovida Web – Hemoglobinopatias para as crianças com doença falciforme em uso do medicamento Pen ve oral, conforme solicitação da Coordenação Nacional de Sangue e Hemoderivados/ DAET/SAS/MS. **Liliane Mascarenhas** disse que tinha recebido o comunicado do Ministério da Saúde de que a liberação do Pen ve oral ocorrerá mediante a adesão dos municípios, está sendo realizado um trabalho em conjunto - DGC e DASF - sobre a necessidade de os municípios entrarem no sistema, fazerem o cadastramento, existindo um passo a passo, porque, ressaltou, a liberação do Pen ve oral só ocorreria mediante a adesão dos municípios. **Franciane, da Assistência Farmacêutica,** disse que o acesso ao Pen ve oral é realizado através de solicitação do município na base regional e a mesma transmitia os pedidos através do CIGAF, com base no estoque que o Ministério disponibilizava, esta solicitação era feita por e-mail, e o Ministério condicionou que as solicitações de medicamentos para o estado fossem feitas no sistema e os dados do paciente seriam apresentados, acompanhando toda a cadeia de conhecimento do Pen ve oral. Com isso o sistema terá que ser acessado, cada um com sua responsabilidade de atender o paciente e lançar a documentação e realizar a movimentação. Informou que estão buscando com o Ministério, mesmo sabendo que imputar o uso de mais um sistema não é algo simples e que os técnicos sabem que já existe uma planilha, que é alimentada com um número da criança e a quantidade de fraldas que as crianças receberam. Então está em negociação, pois sabem que é o próximo ponto e o Ministério terá acesso a essa informação e quem tem Hórus já tem acesso à informação. E enquanto isso não fosse decidido já informavam a necessidade do cadastro neste sistema. **Stela Souza** perguntou se os farmacêuticos dos municípios já estão sabendo e **Liliane Mascarenhas** disse que a informação chegou recentemente por isso que ela trouxera logo para a CIB, e comunicou que está formalizando para todos os núcleos regionais a fim de encaminharem aos municípios, e que será uma 'corrente' para a comunicação fluir o mais rápido possível, evitando a ausência do Pen ve oral no estado. **Stela Souza** sugeriu aproveitarem Franciele na plenária, para falar sobre o treinamento dos farmacêuticos da assistência farmacêutica municipal sobre a Implantação do Sistema "Af SESAB Municípios" e treinamento periódico dos mesmos sobre as ferramentas da gestão estadual. Comentou que tinha impressão que já foi discutido e os municípios que não enviaram os dados para o BNAAF, e disse ser por isso que não se consegue ter informação, pois são muitos sistemas e isso é revoltante, e às vezes é preciso trazer a informação e não conseguem, pois existem muitas siglas e sistemas, e este é mais um, deveriam enviar o formulário de justificativa ao Ministério da Saúde e pediu para falarem logo sobre isso. **Franciane** disse que, em virtude da necessidade de atendimento ao banco nacional de dados da assistência farmacêutica, isso foi estabelecida através de portaria do Ministério, então todos os municípios devem alimentar o banco de dados com as informações, o município que utiliza o Hórus a informação já segue automaticamente. E nos casos em que não se alimenta, como o estado da Bahia, que utiliza o SIGAF, já existe um processo de desenvolvimento de uma solução tecnológica com a PRODEB, para atender isso e atualmente é o AFSESAB. Disse que ocorrerá o treinamento com alguns dos monitores e municípios que requer o uso de computadores, então serão feitas turmas menores, por estratégia de didática já está sendo feito um piloto com um número menor de municípios, mas a programação é a partir de julho, com 5 turmas, em 5 encontros com farmacêuticos dos municípios e a prioridade é dos que não utilizam o Hórus, pois terão acesso à ferramenta e terão a dispensação, assim como ocorre com o Hórus, fazendo a etapa o informe nesse sentido atendendo o BENAFAR, enquanto não pode atender todos os municípios, e como foi estabelecido pelo Ministério um prazo para enviarem as informações mínimas, como entrada, saída e estoque de medicamentos, existe um formulário padrão no CIGAF e que todo farmacêutico com o seu cadastro realizará o preenchimento, seguindo as orientações postas na parte de comunicação do sistema, e enviando a justificativa solicitada pelo Ministério. E salientou que, estando o HORUS bem alimentado, será transferido automaticamente, mas para quem não o usa será disponibilizada uma solução tecnológica e será feita a dispensação através do AFSESAB, tendo como proposta que tal sistema viesse a substituir o SIGAF, atendendo o que se identifica como necessário para a assistência farmacêutica, um tanto semelhante ao Hórus, mas é um sistema da assistência farmacêutica, tendo vantagem e disse que não existe dificuldade, como a de negociação com o DataSUS. **Stela Sousa** agradeceu e explicando que o Ponto 1 tinha sido anexado à Nota Técnica de reconsideração do Projeto de equipes da atenção básica descredenciadas por falta de prazo, pediu para Cristiano Sóster apenas explicar rapidamente. **José Cristiano Sóster** disse que está sendo procurado por municípios que tiveram suas equipes descredenciadas por prazo, pois com a nova portaria de atenção básica os municípios têm 120 dias após a sua publicação para implantarem as equipes e alguns municípios perderam esses prazos, pois não existem fluxos estabelecidos, procedendo-se no seguinte processo: lança-se uma nota técnica, que será disponibilizada no site da Diretoria de Atenção Básica, e um ofício, que deve ser encaminhado à CIB, com algumas informações e anexos, para fazerem a pactuação, pois é uma nova publicação do Ministério da Saúde, os municípios serão orientados quanto às situações já existentes a partir do lançamento desta Nota Técnica. **Nanci Salles** disse que a situação de Calile, SMS de Ituaçu, já tinha sido repassada para **José Cristiano Sóster**, ela colocara isso há um tempo atrás e como isso seria posto em atenção básica, por conta do fluxo de atenção básica, regularizaria a situação, mas como os fluxos não tinham avançado, a situação dela também não avançou e colocava para a mesa, para saber se já pode ser feita a orientação à gestora de colocar a documentação para a DAB, ou se devia aguardar a reunião, na documentação de junho. **Stela Souza** disse que, pelo tempo, o município não podia ser prejudicado, desde quando o atraso tinha sido da mesa, sugeriu como encaminhamento que a CIB aprovasse e já encaminhasse o dela, perguntou se todos concordavam e **aprovou com o consentimento de todos**. Passou a palavra para Alcina Romero falar sobre a **atualização do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência das Macrorregiões Leste e Sul**, e disse que na reunião do GT de Oncologia foi colocado que haverá a reunião do dia 03 de junho de 2019 e ela queria explicar o porquê e as reuniões técnicas do Plano de Atenção Hospitalar. **Alcina Romero** disse que o GT de oncologia necessita da ajuda do COSEMS para que os municípios executores

estivessem presentes, e fez um apelo à equipe técnica de Salvador, pois existe muita mudança na rede de oncologia, como financiamento da radioterapia, o monitoramento através do painel onco, muita mudança necessitando o desenvolvimento do plano de atenção hospitalar pelas áreas técnicas da SESAB, o COSEMS e os municípios executores. Informou que a segunda etapa foi toda concluída, pois a primeira tinha sido interna, e as 09 macro regiões já foram percorridas, com as oficinas em todas, a segunda etapa com todas as visitas técnicas reunião com gestores feitas em todas as macrorregiões e sendo muito legal o movimento, com muitos gestores participando, indo para a segunda etapa se esperava que em julho, no máximo em agosto, o produto fosse apresentado. **Stela Sousa** disse falou sobre as questões dos executores de oncologia e sugeriu uma ação em conjunto, pois são poucos os municípios, apenas seis gestores municipais, mais o estado, e é necessário fazer uma reunião do GT e não estando presente essa representação, principalmente com as mudanças e colocações postas, o COSEMS se comprometia de, além de encaminhar o ofício com a convocatória aos municípios, fazer um documento para os coordenadores das CIR das regiões destes municípios para reforçar que não podem faltar e falou sobre um município executor há mais de um ano que não participa na reunião, deixando registrado, pois o município que não está executando o recurso que recebe, o COSEMS está avaliando e ela, enquanto representante dos municípios, não podia deixar de falar sobre isso e ainda não aparece nas reuniões. E quando as decisões de remanejar o recurso para outro município são tomadas, então se manifesta na CIB para brigar, assim, seria cobrado, enquanto COSEMS, para que os municípios estivessem presentes e falou a Alcina Romero que fazia o compromisso. **Gerald Saraiva** sugeriu a Cássio Garcia, sobre as reuniões de atenção ao plano hospitalar, que ao final, quando estivessem com os produtos em mãos, dessem atenção especial ao perfil do hospital, pois existem hospitais, como em Anagé e de outras cidades pequenas que podem ser usados, já dando para receberem o paciente, pois às vezes tem o perfil, mas não sabem e acreditava que se tem o técnico que vai, que acredita que vai melhorar, pois muitas vezes tem um hospital que fica ocioso, óbvio que será necessária a ajuda, podendo receber a orientação de como organizar, analisando perfil de cada lugar. **Cássio Garcia** disse que essa é a ideia e que seria discutido a especificado no que fosse possível, pensando nesta possibilidade. **Regina Miranda** comentou que como todos da plenária sabem que eles estão em um processo de atualização do plano de urgência, que foram aprovados os das macrorregiões leste e sul, foi feita a apresentação e orientação nas CIR como havia sido combinado: na CIR de Jequié - 03/06/2019; Santo Antônio/Valença - 07/06/2019; Itabuna/Camaçari - 08/06/2019; Ilhéus/Salvador - 09/06/2019; e Cruz das Almas -15/06/2019. Foi formado e disponibilizado um GT de atualização, para que todo o material que pudesse subsidiar este GT na elaboração do plano. O GT teria de ter um coordenador e devendo se estabelecer contato com o coordenador para ajudar no que fosse necessário. Independente disso, o GT que foi formado, a de Jequié, já teve a primeira reunião no dia 23/05/2019 e Santo Antônio de Jesus é o único que ainda não teve até o dia da reunião que é dia 27 (de que mes?)/Valença dia 14/05/2019 (teve ou não teve?), Itabuna dia 22/Camaçari dia 20/05/2019, Ilhéus dia 21/Salvador dia 16/05/2019 e Cruz das Almas dia 21/05/2019. O próximo passo: as oficinas com os gestores para a validação das planilhas físico orçamentárias, pois o plano se divide em escrita e planilhas. Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas está agendado para segunda, Feira de Santana, seguinte a reunião onde o grupo da COUR já está com o grupo que lá se encontra, Salvador e Camaçari está marcado para o dia 30 de maio de 2019. Após isso será aprovado em CIR, está sem previsões e não se conseguindo finalizar as coisas em julho ser aprovado no grupo condutor e na CIB e com o encaminhamento ao Ministério. Agradeceu ao GT que inicialmente não puderam participar, mas atualmente eles mantêm muito contato, mesmo com a dificuldade em entenderem muita coisa, vendo a melhor forma para os resultados serem obtidos. **Stela Souza** disse que ela está acompanhando um pouco e parecendo que estão em ritmo acelerado e que as dificuldades existirão, devido a todos terem muitos eventos e este é o processo de revisão de tudo. Agradeceu a todos e comunicou a próxima reunião da CIB em 19 de junho de 2019, às 14 horas. Não havendo mais o que tratar após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo, (Silvana Salume e Ivisson Correia), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 23 de maio de 2019.

Suplente: Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho_____

Stela dos Santos Souza _____

Ivonildo Dourado Bastos_____

Cássio André Garcia_____

Suplente: Maria Alcina Romero Boullosa_____

Suplente: Naia Neves de Lucena_____

Rivia Mary de Barros_____

Suplente: José Cristiano Sóster_____

Luiz Antônio Galvão da Silva Gordo Filho _____

Raul Moreira Molina Barrios_____

Suplente: Charles Pereira de Souza_____

Odilon Cunha Rocha_____