

Ata da 213ª Reunião Ordinária de 2013

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Aos dez dias do mês de junho do ano de dois mil e treze, no Auditório Xangô III do Centro de Convenções da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Suzana Cristina Silva Ribeiro, Gisélia Souza Santana Souza, Washington Luís Silva Couto, José Antônio Rodrigues Alves, Ivonildo Dourado Bastos, Joseane Mota Bonfim e dos Suplentes: Alcina Marta de Souza Andrade, Stela Souza dos Santos, José Raimundo Mota de Jesus, Alfredo Boa Sorte Júnior, Fabiano Ribeiro dos Santos e Aldecy de Almeida Bezerra Silva. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta a sessão, colocando que a Ata da 212ª Reunião Ordinária da CIB será encaminhada para aprovação e submeteu à apreciação as Atas da 1ª Reunião Extraordinária e da 211ª Ordinária da CIB. **As Atas foram aprovadas à unanimidade.** Em seguida noticiou que a posse do novo representante da CIB, Cíntia Abreu Marques, da Secretaria Municipal de Saúde de Caetitê, não se daria hoje, ficando para a próxima reunião. No seguimento passou a efetuar a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para **Informes:** **1.1 80** municípios **não** encaminharam **(19,18%) Plano Municipal de Saúde 2010-2013** aprovado pelo CMS **para as DIRES. 1.2** Conforme **Relatório do SARGSUS/MS**, em 04 de junho de 2013, **297** municípios se encontravam com o **Relatório de Gestão de 2011 aprovados** pelo Conselho Municipal de Saúde **(71,22%)**, **17 aprovados com ressalva (4,08%)**, **2 não aprovados (0,48%)**, **1 foi solicitado ajustes (0,24%)**, **100 em apreciação** pelo Conselho Municipal de Saúde **(23,98%)**. **1.3** Conforme **Relatório do SARGSUS/MS**, em 05 de junho de 2013, **41** municípios estão com o **Relatório de Gestão de 2012 aprovados (9,83%) pelo CMS**, **6 aprovados com ressalva (1,44%)**, **2 não aprovados (0,48%)**, **nenhum** foi solicitado ajustes, **45 estão em apreciação** pelo Conselho Municipal de Saúde **(10,79%)** e **323** estavam **(77,46%)**; **1.4** O Ministério da Saúde encaminhou cópia do Relatório de Verificação do TAS nº 134, da Auditoria nº 12.284, realizada na SMS de Ituruçu; **1.5** A Auditoria do SUS informou que o Relatório de Auditoria realizada na SMS de Feira de Santana encontra-se disponibilizado no link: www.saude.ba.gov.br/auditoria. Informou sobre as seguintes Resoluções *ad referendum* publicadas, as quais foram ratificadas:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
159/2013	21/05/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação. Ruy Barbosa, Luís Eduardo Magalhães, Lamarão, Vereda, Canápolis, Crisópolis e Itaberaba.
160/2013	21/05/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. Crisópolis, Curaçá, Teofilândia, Lapão e Candéal.
161/2013	21/05/2013	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Correntina, Euclides da Cunha, Bom Jesus da Lapa e Barra.
163/2013	23/05/2013	Aprova, <i>ad referendum</i> , com pendências, a habilitação de Unidade de Referência em Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia para Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus.
168/2013	30/05/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. Serrinha, Itarantim, Presidente Janio Quadros e Ibititá
169/2013	30/05/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação na condição dos municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. João Dourado, Campo Alegre de Lourdes e Ibicarai.
170/2013	05/06/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a justificativa formal acerca da relevância e da necessidade da alteração do endereço da Construção do Pólo da Academia da Saúde do Município de

		Amargosa. Republicada por ter saído com incorreção.
171/2013	30/05/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde, para Equipes de Saúde da Família. Maracás, Santo Estevão e Brumado.
172/2013	30/05/2013	Aprovar <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Ampliação. Itarantim, Wenceslau Guimarães.
174/2013	30/05/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. Olindina.
175/2013	30/05/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação. Olindina.
177/2013	04/06/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. Filadélfia.
178/2013	08 e 09/06/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação. São Sebastião do Passé, Várzea Nova, Mundo Novo, Correntina.
179/2013	08 e 09/06/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. São Sebastião do Passé.

26 Passou em seguida para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, para
 27 aprovação/homologação: **1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE –**
 28 **SAIS/DAB/DGC: 1.1 Credenciamentos: Aprovados.**

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Educadores Físicos (20h cada); 02 Nutricionistas (20h cada); 02 Fisioterapeutas (20h cada); 02 Psicólogos (20h cada); 02 Assistentes Sociais (20h cada), totalizando 200 horas.	Ibirapitanga
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Fonoaudiólogo (30h); 01 Nutricionista (30h); 01 Fisioterapeuta (30h); 01 Psicólogo (30h); 01 Terapeuta Ocupacional (30h); 01 Professor de Educação Física (30h); 01 Farmacêutico (20 h), totalizando 200 horas.	Santa Luz
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Sanitarista (30h), 02 Educadores Físicos (20h cada), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Psicólogo (40h), totalizando 200 horas.	Belo Campo
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Educador Físico (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Farmacêutico (20h). Total de horas semanais: 200h.	Olindina
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (30h), 01 Educador Físico (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Terapeuta Ocupacional (30h). Total de horas semanais: 200h.	Ribeira do Amparo
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Assistente Social (30h), 01 Educador Físico (30h), 01	Caém

	Nutricionista (30h) e 01 Psicólogo (30h), totalizando 120 horas. 01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 (um) Nutricionista (40h), 02 (dois) Assistentes Sociais (20h) e 01 Farmacêutico (40h), totalizando 120 horas.	Matina
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 (um) Nutricionista (30h), 01 (um) Assistente Social (20h), 01 (um) Fisioterapeuta (30h) e 01 Psicólogo (40h), totalizando 120 horas.	Potiraguá
	Alteração da composição da Equipe de NASF tipo II, com substituição de profissional psicólogo por fisioterapeuta.	Rodelas
	Mudança de modalidade de equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição de Profissionais: Psicólogo (40h); Fisioterapeuta (30h); Nutricionista (40h); Farmacêutico (40h); Assistente Social (30h); Fonoaudiólogo (40h); e Educador Físico (20h), totalizando 240 horas.	Abaré
	Mudança de modalidade de equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição de Profissionais: 01 Psicólogo (30h), 01 Nutricionista (30h), 01 Assistente Social (30h), 02 Fisioterapeutas (30h), 01 Educador Físico (30h) e 01 Fonoaudiólogo (20h), totalizando 200 horas.	Itatim
	Mudança de modalidade de equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição de Profissionais: 01 (um) Educador Físico de (40h); 01 (um) Nutricionista de (30h); 01 Fisioterapeuta de (30h); 01 (um) Psicólogo de (40h); 01 (um) Assistente Social de (30h); 01 (um) Terapeuta Ocupacional de (30h), totalizando 200 horas.	Curaçá
	Descredenciamento do Consórcio do NASF existente entre os municípios.	Matina e Igaporã
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Ribeira do Amparo
	01 ESB Modalidade I	Novo Triunfo
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade I – PSF de Barreiras.	Jaguaripe
	01 ESF Modalidade I – na USF do Povoado da Vaca Morta.	Boquira
ACS – Agente Comunitário de Saúde	01 ACS	Varzedo
	06 ACS	Paramirim
UOM – Unidade Odontológica Móvel	01 UOM	Rio de Contas
	01 UOM	Dom Basílio

29 Após perguntar se tinha alguma observação, o Coordenador considerou os credenciamentos Aprovados. Stella –
30 COSEMS – falou que, só com relação à habilitação de Itiúba, foi colocado pela manhã que o Município tinha
31 encaminhado Projetos de credenciamento de Equipe de Saúde Bucal, PSE e implantação do CEO, para apreciação.
32 Entretanto, o Município estava com dificuldade na visita de técnicos apoiadores da SESAB, tendo sido solicitado
33 que levassem a informação à CIB. Liliane – DGC perguntou se a solicitação da visita já tinha sido encaminhada e
34 falou que verificaria e organizaria essa agenda, porque toda a equipe estava na montagem da expansão do Plano
35 Laboratório de Prótese, mas que daria prioridade. O Coordenador passou ao Ponto de Pauta 1.2. Homologação da
36 implantação de 02 Serviços Hospitalares de Referência da Rede de Atenção à Saúde Mental na Região de Seabra,
37 sendo 04 leitos de Saúde Mental para o Hospital Frei Justo Venture, em Seabra, e mais 04 leitos para o Hospital
38 Américo Chagas, em Iraquara. – Aprovado. Dando seguimento, o Senhor Coordenador passou ao Ponto 2.
39 **SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA/DIVEP. 2.1. Solicitação**
40 **de remoção dos Servidores do Ministério da Saúde cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia –**
41 **SESAB:** Manoel Correia de Souza, da 18ª DIRES, para Ministério da Saúde; Emmanoel Ferreira da Luz, da 1ª
42 DIRES, para Ministério da Saúde; Samuel Alves Sales, do Centro de Referência em Doenças Endêmicas Pirajá da
43 Silva/PIEJ para FUNSA/BA. – Aprovado. Em seguida colocou em apreciação o Ponto 3. **SUPERINTENDÊNCIA**
44 **DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON. 3.1.** Aprovação com
45 pendências, do credenciamento/habilitação dos serviços relacionados abaixo:

SERVIÇO	UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO
---------	---------	------	------	-----------

Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extra Cardíacos	Hospital Promatre de Juazeiro	14.659.478/0001-32	2557509	Juazeiro
10 leitos de UTI Adulto Tipo II	Hospital Maternidade Luis Argolo	15.934.094/0001-43	2799286	Santo Antonio de Jesus
13 leitos de UTI Tipo II Especializada – Unidade Coronariana – UCO	Hospital Calixto Midlej	14.349.740/0002-42	2772280	Itabuna
14 leitos Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTIN	Santa Casa Hospital São Judas Tadeu	15.194.004/0013- 69	6923356	Jequié
5 leitos de UTI Adulto Tipo II	Núcleo de Medicina da Bahia – INSBOT	09.367.238/0001-24	7057385	Salvador

46 Item Aprovado, com o comentário de Stela Souza quanto à dificuldade que tinham em ampliar os leitos de UTI,
 47 mas pouco a pouco estavam conseguindo. O Coordenador passou ao Ponto 3.2 Credenciamento de CAPS para a
 48 Unidade abaixo relacionada:

Município	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Barrocas	6469442	CAPS Centro de Apoio Psicossocial de Barrocas.	13859767000112	CAPS I

49 Aprovado. Em seguimento passou ao ponto **4. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
 50 **CIÊNCIA E TECNOLOGIAS EM SAÚDE – SAFTEC/DASF**. 4.1. Homologação da mudança de Gestão da
 51 Assistência Farmacêutica do Município Jussiapé, de Fundo a Fundo para Gestão Estadual. – Aprovado.
 52 Finalizando os pontos de homologação, iniciou o ponto de pactuação, sendo solicitada a mudança do ponto da
 53 Pauta, passando ao Ponto **2. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE**.
 54 2.1. Alteração do Plano Regional de Urgência e Emergência da Região Metropolitana Ampliada do Estado da
 55 Bahia. Antes o Coordenador passou a palavra para Joana Molesini, da COPE, para informar a programação do
 56 Seminário de Articulação Interfederativa no SUS, nos dias 12 e 13 de junho, comentando que esperava que todos
 57 tivessem recebido o convite. Passou então a falar sobre a dificuldade para concluir a programação, porque os
 58 convidados externos que a COPE queria trazer, nem sempre fechavam agendas no tempo que gostariam, só
 59 conseguindo muito recentemente a programação final. E informou que já tinha sido encaminhada ao COSEMS para
 60 passarem para os endereços eletrônicos de todos, mas alguns ainda não tinham recebido. Esperavam iniciar na
 61 manhã com o credenciamento, das 08h às 09h, adiantando que os certificados não ficariam disponibilizados no
 62 momento porque fariam de maneira eletrônica e disponibilizariam o endereço, onde depois todos poderiam acessar
 63 para imprimir. Prosseguindo com a Programação: às 10h haveria a sessão de abertura e logo após uma Palestra com
 64 Dr. Odorico Monteiro, Secretário da SGEF do Ministério da Saúde, sobre o contexto normativo atual do SUS.
 65 Depois de intervalo de 1h e 30min para almoço, no período da tarde discutiriam a Lei 141 e o financiamento do
 66 SUS, tendo como debatedores o Professor Nilson Rosário, da ABRASCO, Raul Molina, do COSEMS e José
 67 Raimundo, da Auditoria – BA. E que em seguida haveria uma palestra sobre o processo de planejamento
 68 municipal para a saúde, por uma representante de Tocantins com Dr. Washington Abreu como Coordenador da
 69 Mesa. Comentou ser um Estado que tinha tido uma experiência interessante, um importante avanço na orientação
 70 aos municípios para o PPA articulado com o plano municipal, à luz da Lei 141. Para o dia 12 disse que haveria uma
 71 fala de Washington Abreu, Coordenador da COPE, sobre a elaboração do plano municipal e do plano plurianual,
 72 nos marcos do Decreto e da Lei e pediu ao COSEMS, na pessoa de Stela Souza, para coordenar a mesa do dia 12
 73 pela manhã. Às 10h seria uma fala do Ministério da Saúde, sobre o Planejamento Regional Integrado e o COAP,
 74 com a coordenação da mesa por Washington Abreu. Após o intervalo de almoço, às 14h, o Secretário de Saúde
 75 lançaria a nova Política de Hospitais de Pequeno Porte do Estado da Bahia e o TELESSAÚDE – Rede na Bahia.
 76 Depois haveria os relatos de experiência, tendo sido escolhidos dois estados que tinham concluído o COAP, já com
 77 resultados exitosos, para contarem como tinha acontecido o processo: Ceará, com as Regiões de Saúde de Quixadá
 78 e de Limoeiro do Norte, com os coordenadores regionais falando da experiência de sua região e Mato Grosso do
 79 Sul, com a Coordenadora do Processo de Implantação do COAP no Estado, a Professora Cristina Cavalheiros.
 80 Concluindo, disse ter sido assim montado o programa e esperava contar com todos para juntos discutirem bastante
 81 o início de retomada de implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública no Estado e, perguntando se

82 alguém queria algum esclarecimento, agradeceu. Dr. Solla perguntou se alguém tinha pergunta e deu
83 prosseguimento. Stela Souza solicitou que Joana Molesini encaminhasse a programação ao COSEMS, se possível,
84 para encaminharem a todos os municípios. A mesma respondeu que teria tido algum problema na comunicação
85 porque já na quarta-feira havia passado para o COSEMS e alguns secretários tinham recebido e outros não,
86 destacando que muitos deles estavam relatando não terem recebido. Dr. Solla solicitou a apresentação da Política
87 de Hospitais de Pequeno Porte por Alcina Boullosa, Diretora da Diretoria de Atenção Especializada
88 (DAE/SESAB). Antes Stella pediu a palavra e informou que, do dia 07 a 10 de julho, aconteceria em Brasília o
89 Congresso do CONASEMS e destacou que o COSEMS já tinha sorteado 10 passagens para os secretários e hoje
90 tinham sorteado mais 05 secretários. Portanto, além da Diretoria, estariam presentes mais 15 secretários. Falou que
91 estavam com o maior empenho, porque o Congresso do CONASEMS era um congresso que agregava os
92 Secretários Municipais de Saúde de todo o País e eram importantes as discussões, principalmente nesse momento
93 em que o COAP estava sendo implantado na Bahia. Informou que este seria o principal tema do Congresso e
94 convidou a todos os técnicos da Secretaria da Saúde do Estado para participarem também do evento. Dr. Solla
95 passou então a palavra para o Cristiano – Técnico da DAB/SESAB, para dar um informe sobre algumas mudanças
96 no PMAC, enquanto se procedia algumas questões de ordem técnica para a apresentação de Alcina Boullosa.
97 Cristiano saudou a todos e pontuou acreditar que todos estavam cientes das datas para o encerramento do processo
98 de contratualização do PMAC, que era a segunda etapa. E que nessa segunda etapa havia a necessidade de uma
99 contratualização por parte do gestor, sendo aquela a primeira obrigatoriedade. Assim, o gestor precisava fazer uma
100 contratualização não havendo necessidade de enviar para o Ministério da Saúde; a contratualização dos
101 trabalhadores nas equipes seria cobrada na visita. Logo, não existia a necessidade de já ter assinatura de
102 contratualização dos profissionais das equipes, o que seria necessário na etapa da avaliação. Os avaliadores iriam
103 até as equipes e verificariam aquela documentação que os trabalhadores precisavam assinar. Falou que o prazo para
104 a contratualização era até o dia 14 e já tinha o indicativo do Ministério da Saúde sobre a prorrogação, mas não tinha
105 certeza, apenas o indicativo sobre as datas. Prosseguindo, Alcina Boullosa iniciou sua fala com o Ponto da
106 Pactuação: **1. GASEC - 1.1. Aprovação da Política de HPP do Estado da Bahia.** Começou falando do arcabouço
107 legal da proposta: Política Estadual de Hospitais de Pequeno Porte, fundamentada na Portaria 1044/2004,
108 instituindo a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, e na Portaria 4279, estabelecendo as diretrizes para
109 organizações das redes de atenção à saúde; a Portaria 1459, instituindo a Rede Cegonha; a Portaria 1600, sobre a
110 Rede de Atenção às Urgências; a Portaria GM/3088, sobre a Rede de Atenção Psicossocial; a Portaria 2338, sobre o
111 ‘Componente Sala de Estabilização’ da Rede de Atenção às Urgências; e a Resolução CIB 191, de 2011, alterada
112 pela Resolução CIB 32/2012, instituindo a Política Estadual de Contratualização de Hospitais de Pequeno Porte.
113 Pontuou que trazia como justificativa para a nova política, o grande número de hospitais de pequeno porte,
114 hospitais com menos de 30 leitos ou em municípios com unidades hospitalares de menos de 30 leitos,
115 correspondendo a 17% do total de leitos do Estado, o que considerava um quantitativo importante. Além disso,
116 51% das unidades hospitalares tinham menos de 31 leitos. Destacou que se observava hoje a pouca integração
117 daqueles hospitais com a atenção primária à saúde e entendia que a grande atribuição dos mesmos seria aquela
118 articulação com a atenção primária, como retaguarda da Estratégia Saúde da Família. Ressaltou que se observava
119 hoje também uma baixa resolutividade e ineficiência daqueles hospitais, contribuindo para a desorganização dos
120 sistemas regionais de atenção. Tratava-se de unidades que estavam deslocadas, soltas e desarticuladas de qualquer
121 uma das redes prioritárias de atenção atuais. E apresentou ainda como justificativa, a contratualização que havia
122 hoje, para menos de 30, daqueles 51% de unidades hospitalares contratualizadas na Política, referentes a
123 2011/2012. Assim, referiu que aquilo contribuía também para a desarticulação, quando aqueles hospitais não
124 tinham nenhum mecanismo de integração, nenhum instrumento legal de relação formal, o que potencializava a
125 desarticulação, ficando muito isoladas. Além disso, isso tudo causava um baixo impacto na qualidade da atenção
126 nos sistemas loco-regional. Isso posto, referiu que o objetivo geral da política era implementar a Política Estadual
127 de Contratualização do HPP, ou seja, queriam aumentar o número de unidades contratualizadas, através de apoio
128 técnico e financeiro necessários para a sua qualificação, inserção e integração aos demais pontos das redes
129 regionais de atenção, como estratégia de identificação e consolidação de modelos regionais alternativos e eficientes
130 no processo de implantação da Política de Atenção Hospitalar. Destacou como objetivos específicos: a ampliação
131 da abrangência de atuação dos HPP para a população própria do município, ou de municípios vizinhos que não
132 dispusessem de unidade hospitalar, inibindo a abertura de novos hospitais daquela tipologia. Falou que, desde a
133 Portaria de 2004, já se estabelecia como vedada a implantação, contratação, construção ou o cadastramento de
134 unidades com menos de 30 leitos no território nacional. E colocou ainda como objetivo, otimizar a capacidade
135 instalada existente, contribuindo para a organização das redes regionais de atenção à saúde e principalmente para a
136 mudança do modelo de atenção ao parto, sendo este talvez o grande objetivo para a Política, constituindo um

137 período de transição, com a estruturação de leitos especializados resolutivos para uma possível mudança de perfil
138 assistencial. Comentou que todos já deviam estar sabendo de uma possível proposta do Ministério da Saúde, para
139 uma reformulação da Política de Atenção Hospitalar a nível nacional, onde os hospitais com menos de 30 leitos não
140 seriam considerados mais como hospitais. E entendia que aquilo não seria possível, não era aquela a vontade, não
141 só da Bahia, mas de um grande contingente de estados, principalmente do Norte, Nordeste e Centro Oeste. E estes
142 tinham especificidades e queriam que aquela proposta fosse uma alternativa responsável, de transição. Imaginava
143 que vários daqueles hospitais podiam mudar de perfil, mas ascenderem para um perfil de outra complexidade, de
144 hospital de outra categoria. Ou seja, fomentarem a adequação de unidades localizadas em municípios com
145 necessidade até de 10 leitos para se tornarem equipamentos alternativos. Ressaltou não ser aquele o objetivo
146 principal, mas entendiam que, no caminhar da Política, teriam a possibilidade de propor, juntamente com os
147 gestores municipais, algumas alternativas de mudança de perfil, também de forma muito tranquila, muito
148 responsável, para unidades com 03, 04 ou 05 leitos de internação. Quanto aos critérios para a adesão, manteriam o
149 mesmo critério da primeira Política de Contratualização. Informou que a Bahia trabalhava, para municípios com
150 população até 31 mil habitantes, com necessidade de internação até 30 leitos, considerando a taxa de internação de
151 3,6% da população ao ano, usando a média de permanência de cinco dias e a taxa de ocupação de 80%. E o ajuste
152 de leito já tinha sido proposto desde 2004 e era mantido pela Política Estadual de Contratualização. Colocou como
153 segundo critério de adesão, o município ter unidade de natureza pública municipal, cadastrada no CNES com
154 serviço de internação, na competência dezembro de 2012. Com aqueles requisitos a primeira coisa que se esperava
155 era que o gestor entendesse e fizesse sua adesão à Política através da CIB. Outro requisito importante seria uma
156 cobertura, no município onde a unidade estiver implantada, de pelo menos 70% de atenção primária, Estratégia de
157 Saúde da Família e ter coordenador de atenção básica. Colocou a pergunta: porque o coordenador da atenção
158 básica? Respondendo informou que, à medida que fosse desenvolvendo a apresentação, veriam que a ideia
159 principal era mesmo fazer daquela unidade a retaguarda da estratégia de saúde da família, ou seja, intervir mesmo
160 no modelo de atenção ao pré-natal, ao parto humanizado, e para isso precisavam ter uma referência em cada
161 município, que fossem para dentro das demais unidades de atenção primária, repassando, sendo multiplicadores ou
162 trabalhando juntos naquela proposta da atenção ao parto humanizado, arrematou dizendo ser por isso a necessidade
163 do coordenador de atenção básica. Citou outro critério, a existência do cartão SUS para 90% da população, ou um
164 plano de expansão em seis meses. Dentre os critérios, o município que não tivesse cobertura de 70% da Estratégia
165 de Saúde da Família podia fazer um plano de expansão em até dois anos, mas eram pouquíssimos municípios
166 daquele porte que não tinham cobertura de 70% de atenção básica. Mais outro critério: ter o SAMU em
167 funcionamento ou com o compromisso de funcionar em seis meses e/ou ter transporte adequado, principalmente
168 para a gestante no parto. Por fim, ter requisitos mínimos de unidade hospitalar, ou seja, aqueles serviços mínimos
169 de um hospital: uma lavanderia própria ou terceirizada, um serviço de nutrição, enfermaria, seus leitos, posto de
170 enfermagem, ou seja, uma estrutura mínima de hospital. As competências do HPP nessa lógica seriam: ser
171 retaguarda na Estratégia de Saúde da Família, e falou que aquela era a grande competência da Unidade de Pequeno
172 Porte; realizar nas vinte e quatro horas o primeiro atendimento às urgências clínicas, pediátricas, obstétricas,
173 psiquiátricas e traumatológicas, mantendo leitos de observação e referenciando os casos de maior complexidade e
174 aí se colocava através da Central de Regulação de Urgência. Pontuou que, em não existindo ainda a Central de
175 Urgência do SAMU implantada, seria o processo regulatório da unidade de expor o que o município estivesse
176 usando. Precisavam era definir qual o processo regulatório e quando tivessem o perfil diagnóstico daquela unidade
177 é que definiriam, e isso seria muito responsabilmente, de um em um. O que não podia era fomentar a transferência
178 não adequada, a transferência de qualquer jeito. Arrematou dizendo que se observaria qual o processo regulatório
179 do município que estaria utilizando naquele momento, enquanto não tivessem uma estruturação melhor. Destacou
180 ainda que a unidade teria que realizar internação de média complexidade nas especialidades de clínica médica,
181 pediatria, realizar parto normal, ser retaguarda dos hospitais de referência regional, na contra referência de
182 pacientes clínicos com quadro estabilizado e necessitando de internação, e que não dispusessem de serviço de
183 atenção domiciliar. Ressaltou que os leitos de retaguarda não seriam financiados nas leis de urgência, porque
184 aqueles hospitais não atendiam aos critérios da Portaria nº 2395, mas eles iriam otimizar aquela capacidade
185 instalada e ajudar. Sendo assim, registrou outro grande papel dos hospitais de pequeno porte: o de assumirem
186 também um papel de contribuírem na organização das portas de entrada dos hospitais de maior complexidade e
187 assumirem a contra-referência do paciente que já tiver passado 05, 06, 07 dias internado e precisava de mais um ou
188 dois dias de antibiótico venoso ou de mais alguns dias de curativo. Assim, conseguiriam desospitalizar, no caso do
189 município não ter o serviço de atenção domiciliar, para desafogar o hospital de maior porte. Além disso, realizaria
190 ou garantiria a oferta de ações de diagnose, com realização de exames de RX, ECG e Patologia Clínica Básica.
191 Chamou a atenção também que a Política era para ações de internação hospitalar e no caso dos hospitais que

192 dispunham de ações ambulatoriais com FPO, aquelas ações seriam agregadas ao valor do financiamento e o global
193 era só para internação hospitalar. Para o financiamento, referiu que a proposta era manter o recurso federal da
194 Portaria 1044, de R\$1.473,00 reais por leito e como contrapartida estadual a proposta era de complementar para um
195 total de até R\$3.000,00 (três mil reais) por leito/ mês, ou a média de produção do ano de 2012, ou o que for maior.
196 A implantação do serviço de TELEMEDICINA e a implantação de um serviço de parto humanizado seria a
197 contrapartida estadual e o recurso municipal seria complementar e variável, a depender do custo da unidade.
198 Comentou que à medida que seguisse a apresentação, veriam a oferta de ações de apoio à gestão e ali se pensava
199 em ajudar ao município, ao gestor, a reduzir o máximo possível o custo da unidade para a gestão municipal,
200 implementando a ferramenta de gestão. Destacou ainda que poderia ser agregado o recursos financeiro referente à
201 sala de estabilização e centro de parto normal, desde que a unidade atendesse aos requisitos específicos, em cada
202 Portaria. Para a sala de estabilização era um recurso de R\$35.000,00 (trinta e cinco mil reais) por mês, e seguia a
203 uma instrução normativa do Ministério da Saúde. Depois da proposta feita nos planos regionais de atenção às
204 urgências e o CPN seria aprovado pelo Ministério, que estava com uma Portaria específica estabelecendo ser
205 necessário que a unidade tivesse uma produção compatível com o CPN. Comentou que na primeira avaliação
206 poucas unidades de pequeno porte atendiam ao perfil para o financiamento com o CPN. Então, iriam detalhar
207 melhor aquele compromisso estadual, relatando que seria no apoio e na liberação de um projeto de apoio técnico e
208 financeiro. Destacou que o apoio técnico dizia respeito ao apoio na elaboração do projeto de reestruturação física e
209 de equipamentos e na viabilização de alternativa de financiamento; à contratação e capacitação de enfermeiros
210 obstetras para a implantação do serviço de parto humanizado; do apoiador institucional; capacitação técnica dos
211 profissionais locais; disponibilização dos serviços de TELEMEDICINA; e o financiamento complementar de
212 custeio. Quanto ao fluxo para a adesão seria: formalização de adesão pelo gestor municipal, aprovação na CIB e
213 inicialmente visita técnica da SESAB para o levantamento de necessidades, desenho do perfil assistencial fazendo
214 todo um diagnóstico individualizado, de cada equipamento, na lógica do território onde ele estiver implantado e
215 então sairia a construção de uma proposta de implantação. Falou que a primeira etapa era como aquilo seria
216 operacionalizado e que primeiro começariam com a qualificação do parto humanizado e os projetos de ambiência
217 para humanização do cuidado à saúde e a organização dos processos de trabalho, considerando o perfil estabelecido
218 na proposta. Depois da proposta veriam que processos de trabalho precisariam ser melhorados naquela unidade e
219 com que ferramenta de gestão se poderia iniciar, alterando ou adequando naquela unidade, e a capacitação
220 profissional. Ponderou com a Plenária que se tratava de um projeto audacioso de mudança de modelo,
221 principalmente do parto. Reiterou que sabiam da grande dificuldade hoje para a realização do parto normal pelos
222 médicos, mesmo os dos HPP. Comentou que aquilo estava contribuindo muito para a desorganização do sistema de
223 referência obstétrica no Estado, onde as maternidades secundárias, que seriam para o atendimento às situações de
224 maior complexidade, estavam sempre atendendo, preferencialmente, aos partos já no período expulsivo. Ou seja,
225 uma atenção ao parto não interessante por causa daquelas situações onde a mulher entrava no período expulsivo
226 porque não havia vaga. Então, reiterou que precisavam ofertar uma alternativa, entretanto era preciso um tempo
227 para capacitação, até para o modelo não ser colocado em risco. Concluiu que aquela era a primeira etapa. Referiu
228 que na segunda etapa – Implantação do Serviço de TELEMEDICINA, com relação ao modelo operacional de
229 qualificação do parto natural humanizado, o SPH, teriam aquela proposta. Informou que implantariam 50 unidades
230 de serviço, ou seja, a unidade de serviço era aquela unidade de atenção obstétrica que estava inserida no HPP e a
231 atuação do enfermeiro obstetra era naquele serviço. Seriam então 50 unidades de serviço implantadas, 50 serviços
232 de parto humanizado por semestre, até um total de 200 unidades. Teriam então, a cada semestre, 50 unidades, uma
233 implantação modular. Além do enfermeiro obstétrico, teria a contratação de um apoiador institucional, um apoiador
234 para 25 unidades, que teria o papel de levar toda a metodologia da melhoria do processo de gestão e trabalhariam
235 muito junto ao enfermeiro obstetra, que trabalharia muito junto da atenção básica. Então, teriam um conjunto de
236 interlocuções e de interfaces. Nos projetos de ambiência, a avaliação da estrutura física seria feita pela equipe
237 técnica da SESAB, e ali fazia um parêntese, ressaltando que a prioridade da estrutura daquele projeto, de
238 reestruturação da área física era: o serviço de obstetria de atenção materna e infantil e o serviço de urgência,
239 através da implantação dos leitos PPP; melhoria do serviço de urgência; qualificação dos leitos através do
240 adensamento tecnológico possível que poderiam ofertar de acordo com a necessidade. O projeto de reestruturação
241 física abrangeria condições mínimas de conservação, piso, parede, infiltração; enfim, teria que ser dado o mínimo
242 de condições ao HPP, para funcionar bem e a partir daí o apoio da SESAB para elaboração de projetos
243 arquitetônicos e a busca de financiamentos junto a agências e órgãos públicos de fomentos. Pontuou como seria
244 feita a avaliação: a proposta era que a partir do primeiro ano se parasse para avaliar como estavam aquelas
245 unidades, qual tinha sido o desempenho delas; quanto aos indicadores de gestão, o mínimo de indicadores: taxa de
246 ocupação; média de permanência; suficiência no parto; como estava aquela unidade, quanto de parto normal estava

247 sendo referenciado; se tinha conseguido melhorar no atendimento ao parto da sua usuária no seu território e quanto
248 de pacientes de média complexidade tinha sido regulado para o hospital de referência. E comentou que aquilo seria
249 importante medir, para se ter uma avaliação com relação à interação, tanto quanto à atenção primária, como quanto
250 à importância da unidade na atenção hospitalar regional, quanto da sua inserção nas redes temáticas tinha se dado.
251 Então teriam um grupo pequeno de indicadores, mas que mostrassem exatamente como tinha sido o desempenho da
252 unidade depois da implantação do serviço de parto, da intervenção do apoiador institucional. Referiu os resultados
253 esperados: que no segundo ano tivessem obtido uma uniformidade sobre o padrão dos HPP no Estado da Bahia;
254 melhorado na suficiência para a gestação de baixo risco; na qualidade da atenção hospitalar para internações
255 clínicas e pediátricas de menor complexidade; na integração com a atenção primária; e tivessem observado a
256 expansão das ações de redes prioritárias para municípios menores e periféricos, de cuja escuta era que se sentiam
257 muito isolados, pois sinalizavam que as Políticas da Rede Cegonha, da Rede de Urgência e da Psicossocial vinham
258 para hospitais que já tinham um papel maior na rede. Destacou que quando se falava quais eram os grandes
259 problemas, os municípios menores, com hospitais menores, não estavam fazendo o seu papel. Então era exatamente
260 aquela melhoria, aquela participação nas redes prioritárias que estavam propondo e que se esperava alcançar no
261 segundo ano da política. Assim, se daria a consolidação do perfil dos HPP e a capacitação técnica de profissionais
262 locais. Referiu que teriam uma troca e com certeza teriam toda uma mudança da prática, não só do serviço de
263 obstetrícia, mas esperava reflexo no próprio desenvolvimento das ações de atenção básica. Ressaltou que dentro
264 dos demais serviços da unidade hospitalar, teriam critérios de priorização porque, como tinham falado, seriam
265 cinquenta hospitais no primeiro semestre, cinquenta no segundo semestre, e aí teriam uma proposta de priorização
266 que levaria em consideração se aquele hospital já estava contratualizado. Informou que havia quarenta e seis
267 contratualizados e um critério que dizia respeito à população era que, quanto maior a população, maior seria a
268 priorização para o hospital. Disse que quanto à distância da maternidade secundária havia controvérsia
269 tecnicamente, até por ser um modelo novo: quanto mais próximo da maternidade de referência, maior seria a
270 segurança que teriam. Mas aí havia outro contra ponto, que era a questão do vazio assistencial, entretanto, teriam
271 que avaliar, ressaltando que aquilo era uma proposta. Quanto à questão da cobertura do SAMU, a prioridade era
272 para quem já estava com o SAMU em funcionamento, até por uma garantia daquele transporte da gestante. No caso
273 daqueles municípios que já dispusessem de enfermeiro obstetra cadastrado no CNES, estes também seriam
274 priorizados, o que facilitaria bastante aquele município, onde já existia pelo menos atuação do enfermeiro obstetra.
275 Finalizou, se colocando à disposição para as dúvidas. Dr. Jorge Solla agradeceu a Alcina e falou que estava aberto
276 para as considerações do plenário. Stella passou a palavra para Ivonildo Bastos Bastos, da SMS de Jacobina. Este
277 parabenizou Alcina Boullosa pela apresentação e comentou que pela manhã tinham discutido a proposta
278 apresentada de forma bem exaustiva e a apresentação já trazia algumas alterações, frutos das discussões que tinham
279 tido na reunião com a Diretoria do COSEMS e com o Secretário de Saúde do Estado. Eram várias dúvidas e
280 questionamentos com relação à proposta da Política e eles, como secretários, tinham decidido que precisavam rever
281 alguns pontos da Política. Entretanto, em discussão com a Diretoria do COSEMS e com seu Presidente, com quem
282 acabara de falar ao telefone, e tendo conversado também com Dr. Jorge Solla, tinham concluído que eles não
283 poderiam perder o foco, o momento. Considerando que os municípios eram os maiores interessados,
284 principalmente os que tinham na sua base territorial hospitais de pequeno porte. Comentou que a proposta era um
285 avanço, mas que precisava de alguns ajustes, os quais seriam feitos em um processo de discussão do COSEMS e da
286 Secretaria da Saúde do Estado. E conforme acordado e discutido, inclusive com o Presidente do COSEMS, com a
287 Diretoria do COSEMS e com os membros da CIB, se aprovava os méritos da Política de hospitais de pequeno porte
288 e se estabeleceria uma discussão para que, na próxima CIB, aprovassem os ajustes da Política. Mas que
289 encaminhassem os méritos para aprovação e os ajustes fossem feitos na próxima CIB. Era claro que todos teriam
290 que fazer bem a sua conta, o que valia a pena ou não, para contratualizar. Pontuou para Alcina Boullosa que as
291 contrapartidas eram boas e importantes, e parabenizou pelas propostas que tinham produzido, era inegável que
292 avançaram bastante, mas todos tinham que tomar cuidado e ver onde valia a pena contratualizar, mas não podiam
293 perder a oportunidade de sair dali hoje com aquela aprovação. Salientou que não aprovarem e ficarem discutindo
294 não iria resolver nada, era uma coisa que interessava muito mais aos municípios. Então era seus o interesse e os
295 municípios que dependiam hoje daquela política eram os municípios pequenos e em regiões pobres que em vez de
296 avançarem e melhorarem a situação havia uma degradação da população, entrando cada vez mais no projeto social
297 e tinham necessidade daqueles serviços. Então eram serviços essenciais naqueles territórios, não podiam perder a
298 oportunidade. Salientou que os demais iam ajustando porque o importante era o marco que estava sendo colocado
299 na política; era o apoio técnico porque muitos dos municípios não tinham viabilidade para funcionamento daqueles
300 serviços, ficavam inviáveis, mas os municípios não podiam deixar de ter aqueles serviços no território. Ponderou
301 que tinham que pensar bastante porque o Sr Secretário sabia mais que ele porque tinha estado à frente daquela

302 política no próprio Ministério, quando estava lá. E reiterou que era um avanço para o Estado da Bahia,
303 principalmente em relação à contra partida no aporte financeiro do Estado. Stela Souza complementou a fala dos
304 colegas comentando ter lido a proposta e que ficava até repetitivo, mas a expectativa de vir uma proposta daquela
305 era tão grande que até esquecia o viés que tinha aparecido pela manhã. E parabenizava pela proposta e queriam
306 trazer mais adiante não só aquela, como outras propostas de contra partida, que eram as UPA e daí por diante.
307 Salientou o mérito da proposta dos HPP e comentou que tinha dois pontos importantes que eram a garantia deles
308 saírem na frente e tentarem podar um pouco o que estaria vindo de propostas com relação ao HPP, e eram um
309 pouco diferentes, não estando dentro daquela política que estava proposta ali. E o que estava vindo de discussão
310 tripartite acabava com os seus HPP. E solicitou ao Secretário que reforçasse junto ao CONASSS e que o COSEMS
311 reforçasse junto ao CONASEMS, para que a Portaria nº 1044 não caísse e aqueles municípios com menos de 30
312 leitos viessem a ser prejudicados. Porque a proposta estadual estava dentro do que precisavam, mas o que estava
313 vindo da Tripartite não era aquilo. Então, queriam uma garantia. E referiu o que tinha sido falado pela manhã, de
314 que não podiam perder de vista uma reserva técnica, um recurso que havia desde a PPI do ano 2010 para os HPP.
315 Solicitou assim ao Secretário, que lhes passasse alguma informação quanto a como encaminhariam aquilo. Suzana
316 Ribeiro enfatizou a importância do momento, porque desde 2004, quando a Política do HPP tinha sido implantada
317 no País, com Solla como Secretário da SAS, no Ministério, de lá para cá pouco tinha avançado, nada vindo depois,
318 nem correção de tabela tinha, havendo uma estagnação. Falou que em 2007 tinham implantado no Estado e
319 garantido o incremento em cima dos valores do incentivo, como contra partida estadual, sendo um momento
320 importante porque a proposta era de fato integrar o HPP às redes de atenção e não podiam perder aquilo de vista. E
321 era o balizador deles, a inserção do HPP dentro das redes de atenção; era a retaguarda para a atenção básica e ali
322 traziam o foco da Cegonha. E ponderou com Stela Souza de não perderem de vista também que, a cada rede de
323 atenção a ser organizada com a CIR, poderiam agregar também a sala de estabilização onde já tivesse sido
324 aprovada e, havendo HPP naquele território, seria mais um valor que agregavam àquele Hospital. E aquilo era
325 fundamental para fortalecerem de fato e dar viabilidade e resolutividade à atenção básica e àqueles hospitais que
326 sabiam ter hoje um quantitativo imenso. Salientou que Bahia e Pernambuco eram os Estados do Nordeste com os
327 maiores números de HPP, comparando com todos os estados do País. Comentando que o CONASS estava de olho
328 na proposta deles, mencionou que já tinha estado lá com Alcina Boullosa, Gisélia Souza e Cláudio Amorim e
329 tinham debatido através da Câmara de Atenção. Então, era uma proposta que podia redirecionar a proposta inicial
330 que o Ministério estava trazendo e que ainda não estava fechada, como Stela Souza tinha dito. Reforçou que era
331 fundamental para que pudessem avançar, frisando que a Bahia saía na frente, além de estarem na vanguarda, mas
332 podiam mais uma vez colocar uma pauta importante e redirecionarem internamente dentro da Tripartite. O
333 Coordenador ressaltou o ponto como importante e que aquele debate estava sendo feito novamente na Tripartite e o
334 Ministério da Saúde tinha apresentado uma proposta bastante diferente da que estavam discutindo e negociando ali.
335 Era na linha de se desconsiderar a existência de Hospitais de Pequeno Porte porque o que estavam chamando como
336 tais eram unidades acima de cinquenta ou acima de trinta e um leitos em diante. Então, desde 2004, quando tinha
337 sido aprovada aquela proposta pelo Ministério, a linha era o oposto, de se tirar as pequenas unidades do pagamento
338 de produção e se viabilizar a remuneração com base em parâmetros populacionais e parâmetros de leitos. E com
339 aquilo se induzir quanto ao número de leitos necessários para a assistência prestada à população daquele município,
340 quebrando assim a indução anterior, histórica, de ter mais leitos do que precisavam para gerar mais AIH e assim
341 financiarem melhor o hospital. Invertia-se completamente a lógica: em vez de gerarem leitos e internações
342 desnecessárias, trabalhava-se a política que induzia a ter os números de leitos adequados às necessidades daquele
343 município e um financiamento coerente com o porte populacional e com a necessidade de internação. E disse
344 também que havia hospitais que tinham reduzido o número de leitos para adequar as necessidades que estavam
345 sendo trabalhadas na ocasião. E que infelizmente, de 2004 para cá, aquela política tinha sido deixada de lado pelas
346 gestões subseqüentes do Ministério da Saúde e os valores que o Ministério repassava eram os mesmos de dez anos
347 atrás. Assim, depois que tinham levado a dificuldade do financiamento, era um aspecto ou outro que eles,
348 aprovando na Bipartite, fortaleceriam e muito a possibilidade de reverterem a discussão da Tripartite porque já
349 apresentariam um contra ponto ao que estava sendo trabalhado pelo Ministério. E chamou a atenção que aquela
350 proposta também não era unânime dentro do Ministério da Saúde, já tendo havido discussões com alguns
351 companheiros dentro do Ministério que não estavam coadunando muito com aquela lógica. E ressaltou um ponto
352 polêmico que ele vinha insistindo: o mais importante não era o nome da unidade, se era hospital ou não era
353 hospital, mas o perfil da unidade. Porque se aquela unidade fizesse o pronto atendimento, a primeira assistência
354 imediata, e fizesse o parto normal, não importava se fosse chamada unidade mista do município A, ou Hospital
355 Municipal do município B. O que interessava era a capacidade dela de dar resposta a duas questões essenciais, a de
356 existir um pronto atendimento 24 horas para o primeiro atendimento de urgência e emergência, e de realizar o parto

357 normal. Colocou que uma das queixas que mais ouvia dos Prefeitos era que não tinha mais ninguém nascendo em
358 seus municípios porque não faziam mais parto normal. E não faziam mais porque o modelo médico dependente da
359 assistência ao parto vinha inviabilizando o nascimento nos pequenos municípios, porque o parto era para ser feito
360 com o médico. Mencionou que hoje se precisava de três médicos, um para segurar a criança, um para a gestante e
361 outro para fazer o parto, tendo que ter obstetra, anestesista e pediatra. Era inviável, na ausência daquele
362 quantitativo, quando antes se fazia o parto com a Parteira e agora tinha se direcionado para a hospitalização, a
363 medicalização do parto, o que terminava não se fazendo com médico nem sem médico. Colocava-se na ambulância
364 e se mandava para o município pólo regional, sobrecarregando as maternidades que precisavam ser referência para
365 gravidez de risco e parto cirúrgico mais diferenciado, para assistência de um recém nascido que nascesse com um
366 determinado nível de problema. Pontuou que precisavam esvaziar a referência de um parto normal e incentivar o
367 parto normal para o que a forma mais adequada era viabilizar a realização do parto com enfermagem obstétrica.
368 Para isso já tinham feito o cadastramento de mais de 500 enfermeiros obstetras e a maioria absoluta, mais de 300,
369 se não se enganava, com especialização, mas quase todos precisando de uma atualização, de aperfeiçoamento.
370 Então, paralelamente, entrariam com um processo de atualização daqueles profissionais e contratariam pela
371 Fundação Estatal de Saúde da Família, para que tivessem uma carreira e buscassem apostar na sua atividade como
372 enfermeiros obstetras e recuperassem a credibilidade daquela atividade. Além de poderem ter adicionais salariais
373 por tempo de serviço e por formação também. Com isso a sua idéia era que se pudesse olhar o tamanho da
374 proposta, que não era pouca coisa. Era uma proposta que estava sendo colocada para se chegar à metade dos
375 municípios da Bahia, complementando que eram 200 municípios que passariam a ter parto normal realizado por
376 enfermeiro obstetra e passariam a ter um hospital com TELEMEDICINA e ECG. Como exemplo mencionou
377 Ivonildo Bastos Bastos, que tinha sido Secretário de Capim Grosso, onde tinha acontecido de um paciente, no
378 hospital em Capim Grosso, cuja emergência não fazia ECG, tendo que ir a uma Clínica contratada deslocando o
379 paciente infartado. E comentou que toda unidade de emergência de hospital pequeno com aquele trabalho teria
380 também um ECG remoto, para fazer parte do conjunto do primeiro atendimento a ser dispensado na assistência 24
381 horas. Assim, colocariam, via FESF, enfermeiro obstetra e ECG, lembrando o detalhe importante de que o
382 enfermeiro seria contratado por 40 horas, com uma carga horária presencial, ou seja, dentro da unidade, e uma
383 carga horária de sobreaviso para realização de partos em horário noturno e em finais de semana. Mas ele estaria
384 dedicado à contratação para aquela atuação. Mencionou que o município precisaria ter o enfermeiro do hospital e
385 um médico de plantão para viabilizar a assistência de forma adequada. Passou a palavra para Gisélia Souza. Esta
386 reforçou algumas questões colocadas, principalmente com relação ao que o Secretário tinha falado quanto ao
387 contexto em que estava sendo apresentada a proposta. Primeiramente de que aquele era um contexto em que, no
388 âmbito nacional e da Tripartite, estava havendo uma discussão quanto aos hospitais abaixo de trinta leitos, para não
389 serem considerados na Política de Atenção Hospitalar. E aquilo colocava um grande problema para o Estado da
390 Bahia, na medida em que a maior parte das unidades hospitalares no Estado tinha menos de trinta leitos. Portanto,
391 ganhava uma dimensão muito grande e não dava para se desconsiderar a realidade da Bahia. E lembrou que Dr.
392 Solla, quando Secretário da Atenção à Saúde no Ministério da Saúde, tinha tido sensibilidade para realizar aquela
393 normatização, com a Portaria instituindo a contratualização do hospital de pequeno porte. Ali também os ‘olhos’
394 dos outros estados se voltavam para Bahia e havia uma expectativa nacional sobre qual seria a proposta da Bahia. E
395 a Bahia era o Estado que vinha se colocando em Plano Nacional, com a proposta mais bem desenhada e concreta, e
396 que realmente trazia algum alento àqueles hospitais de pequeno porte. Mencionou o que eles vinham vendo e
397 ouvido nos municípios e dos Prefeitos, por unanimidade, quanto a terem recebido uma unidade com um custo
398 elevado, não podendo fechar porque era importante para seus municípios, e não recebiam nenhum financiamento
399 nem apoio. E questionavam o que a Secretaria e o Estado fariam para lhes ajudar. Enfatizou que aquilo vinha sendo
400 uma constante na SESAB. Então, aquela proposta era um esforço da Secretaria Estadual de Saúde em sistematizar a
401 concepção do HPP como retaguarda para a atenção básica, como um ponto de atenção para o primeiro atendimento
402 à urgência e onde podiam implantar a mudança de modelo de atenção ao parto. Porque a mudança de modelo de
403 atenção ao parto não era simples, trazia o protagonismo da mulher, a humanização, as boas práticas de atenção ao
404 parto. Era algo que tinham de fazer cada vez mais próximos aos cidadãos e aos municípios, porque cada vez mais
405 se medicalizava e sofisticava o parto, se tornando um ato estritamente médico. Assim, o que era normal e
406 fisiológico, passava a ser uma intervenção exacerbada. Traziam, portanto, outro modelo, com capacidade de
407 propiciar o protagonismo da mulher e da enfermeira obstétrica naquele processo, o que não significava redução da
408 qualidade nem da segurança na atenção ao parto. Ao contrário, era a possibilidade deles chegarem mais perto das
409 mulheres que precisavam parir em boas condições e dentro de uma assistência humanizada e qualificada, porque
410 hoje as mulheres não estavam tendo aquilo por conta da dificuldade de acesso a uma porta de entrada qualificada.
411 Portanto a enfermagem obstétrica era a porta de entrada efetiva para 85% dos partos de baixo risco e podiam ser

412 atendidas em uma unidade daquelas. Pontuou que era o fortalecimento de uma estratégia da Rede Cegonha e que
413 era importante para a mudança do modelo assistencial ao parto. E ali entravam com o aporte de financiamento e de
414 capacitação técnica e ao mesmo tempo contribuíam na mudança de modelo de atenção ao parto, que era
415 fundamental para o sucesso da Rede Cegonha e da redução da mortalidade materna, no País e no Estado. Voltou a
416 referir que todos os estados, o CONASS e o CONASEMS estavam ‘de olho’ e colocou para Ivonildo Bastos que
417 podia ser feito alguns ajustes, mas tinham que aprovar a proposta de HPP hoje e o mais rápido possível, para se
418 implementar e servir de exemplo ao conjunto dos estados e dos municípios do Brasil. O Coordenador passou a
419 palavra para Alfredo Boa Sorte, que saldou a todos e salientou que o mais importante de toda aquela questão, no
420 seu entender, era o que demonstrava a perda da CPMF e o subfinanciamento do sistema que tinham. E que se
421 tinham que fazer uma rede funcionar, precisavam evoluir no discurso de que atenção primária era prioridade e fazer
422 de verdade a resolutividade. Fugindo àquilo, teriam que ter unidades mais complexas em cada município para
423 realizarem o que tivessem capacidade de fazer e fazerem o que fosse principal. Não era só dizer que fariam nem só
424 montar uma rede e fazer política de HPP, sem ter um grau de resolutividade. Porque se não fosse assim, ‘no fundo
425 no fundo’, eles continuariam naquela história da transferência além de transferência, de haver uma referência de um
426 hospital qualquer, mas não ter contra-referências. Disse também que podia ser dado o primeiro atendimento e ser
427 garantida a rede de urgência e emergência e a atenção ao parto, transferindo, nos casos de necessidade de um
428 melhor recurso, mas precisava ter resolutividade nos níveis que se propunham a atender. E ali achava que a Tele
429 medicina ajudaria, assim como a informatização do prontuário do paciente em larga escala, na medida em que
430 tivessem implantado a utopia de um prontuário de todos os pacientes trafegando em todos os níveis de gestão, de
431 referência e contra referência. Onde pudessem mandar um paciente até para o hospital com mais recurso de
432 atenção, mas, ao resolver aquele problema, pudesse voltar para o hospital municipal e servir de retaguarda,
433 deixando que o outro leito rodasse outro leito, de um hospital mais qualificado na sede da região, ou hospitais
434 suporte de região. E evidentemente que tinha o HPP financiado, mas achava que aquele financiamento era muito
435 pequeno, três mil reais por leito não pagava nem a equipe de plantão, para se manter médico 24 horas de plantão.
436 Colocou que o Ministério, ao invés de colocar uma política considerando como hospital de pequeno porte os acima
437 de 50 leitos ou acima de 30 leitos, deveria aumentar de R\$ 1.400,00 para R\$ 4.500,00 por leito e assim poderiam
438 chegar um pouco mais próximo do que os municípios necessitavam para pagar equipe e manter 24 horas. Porque,
439 quando falavam em sala de estabilização, não bastava se colocar uma sala de estabilização sem o profissional que
440 soubesse fazer a estabilização; não adiantava ter uma sala com monitor cardíaco, com respirador e desfibrilador e
441 não ter equipe sabendo utilizar recursos tecnológicos. Então deviam levar aquilo para a CIT e para o Ministério da
442 Saúde, porque precisavam resolver aqueles problemas dos hospitais municipais. Era um gargalo importante da rede
443 assistencial um sofrimento para as Prefeituras em manterem hospitais com recursos que eles tinham para financiar e
444 eram recursos completamente díspares, porque tinha municípios bem remunerados e outros municípios que não
445 recebiam absolutamente nada para os hospitais municipais. Salientou também que o município que quisesse colocar
446 hospitais de 100 leitos em uma cidade com 8.000 mil habitantes, e em uma cidade com 20.000 mil habitantes
447 colocar cirurgia cardíaca, que não fariam aquilo. Tinha que reajustar também a realidade de cada município, da
448 capacidade resolutiva e do seu potencial, e de encarar os recursos para pagar o financiamento. Então, era ‘pé no
449 chão’ e organizar a rede assistencial desde a atenção básica, a atenção intermediária, até a transferência para a
450 unidade de saúde. E disse que tinha informado em audiência pública que seria lançado na Bahia o PPP da imagem;
451 além disso, que tinham tido informação de que a informatização dos agentes comunitários e da atenção primária de
452 saúde estava sendo implantada em Pernambuco e outros estados. E relatou que cada unidade de saúde da família
453 seria informatizada, cada agente trabalharia com tablet para anotarem as informações dos pacientes e aquilo vinha
454 também na linha do prontuário único dos pacientes. E conclamou que trabalhassem para fortalecer cada vez mais o
455 uso da tecnologia para os municípios e unidades de saúde da família, o que favoreceria, e muito, a possibilidade de,
456 informatizando, poderem planejar melhor os recursos da Rede Assistencial. O Coordenador abriu para mais alguma
457 observação e considerou o ponto aprovado. Comentou que Stela Souza tinha questionado sobre o valor do recurso
458 previsto e que na PPI tinha um valor previsto para ampliar o conjunto dos hospitais de pequeno porte. E que hoje
459 tinham 46 hospitais contratualizados e a proposta era chegarem a 200. Então, tinham alguma previsão lá, mas
460 teriam que se debruçarem e verem aquilo depois. Suzana Ribeiro lembrou que na última reunião da CIB tinha
461 ocorrido uma reunião bastante longa, tendo ficado quase 2 horas discutindo um ponto que derivava da PPI e
462 estavam discutindo com o Secretário. Propôs que aproveitassem a comissão do COAP, que já tinha uma
463 programação iniciada, e organizassem uma agenda para abrir a PPI e para começarem a fazer as discussões do que
464 hoje vinha imobilizando a maior parte dos secretários municipais, sendo aquele o encaminhamento. O Coordenador
465 solicitou que se fizesse a agenda inclusive para que a maioria dos secretários municipais compreendesse um pouco
466 mais o processo da PPI, pois que a maioria não tinha participado da PPI, não era secretário na época. Então, era

467 importante resgatar as memórias do processo, para que as pessoas tomassem conhecimento do que era efetivamente
468 aquela alocação de recurso e que recursos eram aqueles, como estavam alocados e quais tinham sido os critérios,
469 para tirarem as dúvidas. Porque vários colegas, secretários municipais, vinham lhe procurando e ele percebia que
470 eles não tinham idéia do recurso que tinha sido programado para o município deles, de como tinha sido feita aquela
471 alocação. Com aquele resgate pudessem evitar que tomassem algumas decisões que no final terminaria
472 prejudicando todo mundo. Lembrou de uma conversa com um colega, com quem havia falado que não adiantava
473 tirarem determinado recurso alocado no pólo de uma região para a realização de procedimentos especializados,
474 para levarem para o seu município, por acharem que ficaria melhor. Porque na verdade ficaria pior, pois com o
475 dinheiro que ele estivesse levando não conseguiria contratar nada. E se onde estava tinha dificuldade, trazendo para
476 o seu município não conseguiria viabilizar nada. Dessa forma era importante, a partir daquela discussão, retomarem
477 e fortalecerem o processo de regionalização, porque os recursos eram poucos e se não tivessem escala adequada
478 para viabilizarem melhores condições, não conseguiriam potencializar a capacidade de atendimento do SUS. O
479 Senhor Coordenador convidou Cláudia Almeida Rodrigues para apresentar a Avaliação do Estudo do Ministério da
480 Saúde do Projeto de Cirurgias Eletivas exercício 2011/2013. Cláudia Almeida saldou a todos e informou já ter
481 apresentado na reunião do COSEMS pela manhã, e que tinha sido uma discussão acalorada e interessante, mas
482 achava que tinha dado para compreenderem mais ou menos qual era a proposta. E o que apresentaria ali não era um
483 estudo realizado pela Secretaria Estadual de Saúde, era um estudo que tinha sido feito pelo GT da Saúde da
484 Comissão Intergestores Tripartite - CIT, onde estava COSEMS, CONASEMS, CIB, enfim, os representados.
485 Iniciou a apresentação do estudo do GT de atenção à saúde da CIT, com os consensos e as pactuações para o
486 remanejamento dos recursos financeiros para os procedimentos cirúrgicos eletivos. Salientou que aqueles recursos
487 de que falaria naquele momento era apenas o saldo das outras portarias que tinham começado em setembro de 2011
488 e estavam considerando até fevereiro de 2013. Mencionou o memorando da sétima reunião extraordinária do GT,
489 que trazia a informação sobre propostas e iniciativas consensuadas e pactuadas no GT de atenção à saúde da CIT.
490 Relatou uma discussão anterior quanto à viabilidade de transferirem os recursos que não tinham sido utilizados,
491 para fazerem aquela repactuação interestadual. E que o GT CIT, entendendo que o tempo era muito curto para fazer
492 um movimento daquele porte, tinha preferido fazer ao menos uma repactuação intra-estadual e trazia ali alguns
493 consensos, passando a comentá-los. Remanejamento intra-estadual imediato, por meio das Comissões Intergestores
494 Bipartite, para os estados e municípios, com execução inferior a 50%: mencionou que Stela Souza teria distribuído
495 o material para alguns municípios para que eles pudessem ter acesso e lessem. Então, quando estivessem na CIB
496 pudessem fazer aquela discussão e quem não tinha obtido aquele material tinha perdido a oportunidade de fazer
497 uma discussão interessante no COSEMS. Não prorrogação da Portaria nº 1.340/GM/MS, de 2012: lembrou que já
498 havia falado na última CIB e já haviam feito no Estado da Bahia uma avaliação de desempenho e já tinha
499 demonstrado sua preocupação; e o tempo que teriam para rediscutirem o saldo era aquele. Enfim, de uma forma
500 que achava ser até silenciosa, tinham sido surpreendidos com aquele material que, na realidade, quem tinha
501 recebido o documento, observasse que a saída dele do Ministério da Saúde estava datado em 17 de maio. Alocação
502 de recursos para os entes com execução elevada, para estes darem continuidade à execução dos procedimentos:
503 informou que o MS alocaria novos recursos financeiros aos entes que não dispunham de recursos para
504 remanejamento, onerando parte dos seiscentos milhões de reais programados para 2013, já trazidos na Portaria nº
505 1340, para quem tivesse executado todos os recursos que tinham sido alocados. Pontuou que o Ministério colocava
506 que tinha sido homologado e que era necessário fazer aquela redistribuição. E considerou que, a partir de quem
507 tivesse executado menos que 50%, deveriam ter seus recursos remanejados. E trazia mais para uma nova discussão
508 e que iria provavelmente valer a Portaria, que viria em agosto. Colocou que a lógica daquela distribuição estaria
509 como sempre tinham feito, a depender da capacidade de execução de cada ente, aquele era um dos critérios, a
510 transferência dos recursos, quando fosse necessário, do bojo daqueles seiscentos milhões de reais, fosse a 50%
511 quando se observasse que estava tudo organizado e ele executaria. E o restante, os outros 50%, só seria repassado à
512 medida que fosse observada aquela execução. Deu como exemplo para a nova Portaria: supondo que um município
513 tivesse direito a cinco milhões de reais, colocado pela DIPRO; então, ele receberia dois milhões e quinhentos mil
514 reais, quando comprovasse o que tinha executado e receberia o restante, o que era diferente da Portaria anterior.
515 Reforçou que o Ministério havia informado que o recurso que tinha sido homologado em Portaria havia sido
516 alocado no teto dos municípios e estados. Repactuação da programação de execução dos procedimentos cirúrgicos
517 eletivos: considerando a exclusão, a partir do mês de julho de 2013, do rol de procedimentos eletivos, constantes na
518 estratégia de ampliação do acesso às cirurgias eletivas definida pela Portaria 1.340 GM/MS. Procedimentos
519 constantes no anexo da Portaria nº 880 GM/MS, de 16 de maio de 2013, a qual define a estratégia de aumento do
520 acesso aos no âmbito do Sistema Único de Saúde. São os procedimentos traumato-ortopédicos de média
521 complexidade referentes à Linha de Cuidado ao Trauma. Realização de uma Oficina Nacional de Avaliação da

522 Estratégia das Cirurgias Eletivas: quais estratégias cada estado e município, com as suas especificidades, estavam
523 usando para conseguir ampliação daquele acesso. Mostrou a planilha trabalhada pelo GT CIT, trazendo na primeira
524 coluna o conjunto de entes dos municípios do Estado da Bahia e qual o recurso que tinha sido informado que seria
525 transferido. E lembrou mais uma vez que aquele recurso era do período de setembro de 2011 a fevereiro de 2013 e
526 trazia a produção por componente, com o total realizado, o saldo e o desempenho. Observou que os municípios
527 iniciais da planilha se encontravam com produção zerada e se observava o resultado final, com todos os percalços
528 que os estados e principalmente o Estado da Bahia tinha vivenciado no período de 2012, por conta de uma eleição.
529 O que tinha feito com que grandes municípios, com capacidade instalada de execução, não tivessem obtido um
530 bom desempenho. E aquilo tinha prejudicado, mas enfim, a média nacional tinha sido 55% e o Estado da Bahia
531 tinha conseguido executar 83% daquele recurso. Comentou que tinha sido então um bom desempenho, não tendo
532 sido melhor porque os grandes municípios, que hoje tinham tecnologia concentrada, que poderiam oferecer aquela
533 oferta, infelizmente, por um momento difícil, aquilo não tinha sido possível. Disse que propôs um novo estilo de
534 pactuação, que não estava tão diferente do que o Ministério estava propondo, até porque não dava para ser tão
535 diferente, confirmando com Stela Souza, mas pelo menos passaria por um refinamento daquela proposta. E antes de
536 entrarem na proposta do Estado, tinham que lembrar que o Ministério havia colocado o saldo de setembro de 2011
537 até fevereiro de 2013, então ainda tinha o saldo de dez milhões de reais. Mas que a DIPRO tinha feito um estudo
538 no sistema de informação do Ministério e identificado que, no componente FAEC, os municípios do Estado, junto
539 com a SESAB, já tinham utilizado um milhão, duzentos e trinta e sete mil reais no mês de março, mês que tinha
540 havido acesso para distribuírem. Lembrou que ainda tinham os meses de abril e maio que já tinha sido utilizado
541 recurso e junho, que o pessoal estava produzindo e, por enquanto, estavam falando em oito milhões e setecentos
542 mil reais. E se reportou à proposta discutida no COSEMS, que era de se cobrir o déficit financeiro para os
543 municípios que tivessem ultrapassado os recursos alocados. E informou que aquele critério não se aplicaria aos
544 municípios que tivessem substituído os recursos financeiros do Teto Fixo pelo Teto Variável, pontuando ser um
545 refinamento que o Ministério não conseguia enxergar. Continuando, relatou que houve município com execução de
546 110% ou 120%, mas só quando olhavam a intimidade da produção, in loco, podiam observar que tinham deixado
547 de utilizar aquele recurso, o qual era de município pactuado e que deveria ter sido usado para se ampliar ainda mais
548 o acesso. Então, não podiam entender aquilo, tinha ultrapassado todos os tetos e por isso devia ser contemplado.
549 Colocou que não estava discutindo ainda a questão que já tinha sido apresentado em outra CIB, do município que
550 tinha usado 100% do seu recurso alocado no teto para a população própria. E, para os municípios que tinham
551 substituído os recursos financeiros do Teto Fixo pelo Teto Variável, o recurso a ser alocado não deveria ultrapassar
552 50% do valor total produzido. Ou seja, se aquele município tivesse executado 120%, eles só deveriam alocar 50%
553 daquele valor total, como forma de não inviabilizar, mas também de não contemplar, por não ter usado o recurso do
554 Teto Fixo. Remanejar recursos financeiros dos municípios com execução inferior a 50%: colocou que teria ser
555 reaberta a discussão porque falavam do remanejamento do recurso inferior a 50%, o que a Portaria estipulava,
556 porém precisavam definir quanto daquele recurso seria remanejado, porque não podiam deixar que o município
557 deixasse de produzir. Deu como exemplo aquele que tinha produzido vinte mil reais durante todo aquele período, e
558 ela tinha pensado e sugerido como proposta, de se fazer uma média, multiplicando pelos meses que ainda estavam
559 por vir, para deixarem um pouco daquele recurso no teto; e o que restasse viria para o montante, para realocação. E
560 para os municípios que tivessem assumido a Gestão Municipal e não tivessem tido recursos alocados em seus tetos,
561 mas tiverem apresentado produção na faixa FAEC, os mesmos deveriam ter seus déficits sanados e o recurso a ser
562 alocado seria de 100% do valor produzido, que constava na tabela do GT CIT. E informou que tinha dois
563 municípios, perguntando se os gestores tinham observado os Municípios de Caetitê e Santa Cruz de Cabrália, que
564 tinham apresentado produção, não tinham dinheiro no teto e estavam com déficit. E finalmente, para os municípios
565 que tivessem assumido a Gestão Municipal e não tivessem recursos alocados em seus tetos nem apresentado
566 produção FAEC, os mesmos poderiam solicitar à CIB a alocação de recurso, desde que comprovassem capacidade
567 instalada. Pontuou que a equipe tinha pensado em colocar ali aquela proposta porque havia os municípios que
568 estavam no comando, mas os que não tivessem recurso teriam de ser encaixados ali. Mencionou ser muito difícil o
569 Estado dar conta daquilo, mas achava que era para irem já trabalhando, porque a nova portaria do Ministério da
570 Saúde já sairia provavelmente no mês de agosto, ou mesmo no mês de julho. Mas sabia que já estava ‘no forno’
571 para sair e assim, não acontecesse aquela ‘correria’. Assim, o tempo era muito curto, mas que fosse garantido
572 aquilo, aliás, estava na Resolução 266, da última Portaria, que o Estado tinha realocado os recursos da Portaria
573 1340. Salientou que, após terem cumprido todos aqueles requisitos e executado os recursos, o que sobrasse fariam a
574 divisão para o conjunto de municípios que tiverem a produção acima 50%. E a lógica de alocação não seria
575 diferente da que o próprio Ministério já trazia, pela capacidade de execução. Finalizou a apresentação e colocou-se
576 à disposição para perguntas. Stela Souza abriu para discussão. José Antônio Rodrigues Alves, Secretário Municipal

577 de Salvador, fez observação a respeito dos Municípios Salvador e Feira de Santana, que estavam em franca
578 execução e poderiam, até o mês de julho, fazer a cobertura devida. Cláudia Almeida solicitou que retornasse a
579 apresentação. Stela Souza referiu a proposta colocada por Cláudia, da produção de março, já com três meses de
580 gestão, e disse que Salvador já tinha apresentado um aumento da produção, tendo sido mantida a posição de
581 Salvador e Feira de Santana pela manhã, que já estavam executando, principalmente Salvador. Passou a palavra
582 para a Secretária do Município de Ilhéus, Ledívia Espinheira, que mantinha uma posição colocada na reunião do
583 COSEMS. Falou a respeito daquela discussão acalorada da manhã e que tinha manifestado a situação de Ilhéus,
584 onde a própria Cláudia Almeida citava a situação de Ilhéus, por conhecer bem; e ela dizia que estava no 'mato sem
585 cachorro' quanto ao fato de terem assumido uma gestão e o recurso não ter sido utilizado em cirurgia eletiva como
586 estavam vendo com aquela produção. Informou que o DENASUS e a Polícia Federal tinham saído de Ilhéus
587 naquela última semana, levantando todos aqueles dados e estamos aguardando, mas, além daquilo, ao chegar ao
588 Município, ela tinha encontrado e que tinha um parecer da Procuradoria de Ilhéus de que não fosse feito
589 pagamento. E comentou que todos deviam ter visto na imprensa que os prestadores tinham parado porque havia
590 recomendação da Procuradoria de que o Município não remunerasse as instituições sem as certidões. Então, com
591 aquilo tinham vindo ao Tribunal de Contas e hoje tinha um parecer do Tribunal de Contas, em cima de um Termo
592 de Ajustamento de Condutas, feito junto ao Ministério Público. Falou que lhes facultava repassar o recurso para
593 aqueles prestadores até o mês de setembro e a luta do Município hoje era justamente de viabilizar aqueles
594 prestadores hoje que estavam correndo atrás de financiamento e das suas certidões. Informou que a Unidade São
595 José já estava com as suas certidões e a Unidade São Jorge já estava com seus financiamentos realizados pela
596 Caixa. Pontuou que eles tinham condições de realizar cirurgias, os prestadores estavam na sua porta, pedindo e que
597 tinha pacientes para realizarem cirurgias eletivas, e estavam dispostos a fazerem aquilo. Então, a sua reivindicação,
598 apesar de ser um mês apenas, era por conta de uma demanda, e hoje se encontrava com capacidade de realizar.
599 Stela Souza reiterou a colocação de Ledívia Espinheira pela manhã, onde colocava que havia possibilidade e tinha
600 prestador e um mês para executar, ou menos de um mês, e achava que tinham que abrir aquela exceção. O
601 Secretário de Salvador retomou a palavra e mostrou uma projeção feita no Município, de apenas vinte mil reais, e
602 ponderou que era preciso dar um corte para poderem ver o que seria trabalhado. Assim, seria dado o corte de
603 cinquenta por cento, ou seja, a primeira coisa a fazer seria uma realocação de cinquenta por cento em todos os
604 recursos dos municípios que não tivessem atingido aquela meta. Ressaltou que, da projeção feita em março,
605 considerando o Estado e todos os municípios que tinham recebido recurso, tinha sido usado um milhão, duzentos e
606 trinta e sete mil reais e que, se fizessem uma proporcionalidade, colocando ainda abril, maio e junho, seria aquilo
607 ali. Teriam bem menos e aqueles que tivessem implementado ficariam com menos ainda. Assim, propôs que, como
608 estava escrito, para os municípios que tivessem substituído os recursos financeiros do teto fixo pelo teto variável, o
609 recurso seria alocado após serem cumpridos os critérios. O saldo financeiro seria alocado para os entes que
610 tivessem produção maior que cinquenta por cento. Quando ele falava para dar o corte de quem não tinha atingido
611 aquilo, a primeira coisa a ser feita era definir qual seria o corte, porque daria o corte para aqueles que não tinham.
612 Questionou que corte seria aquele, se seria de vinte por cento, ou seria dado pela série histórica de média dele e
613 multiplicado pelos restos de meses que ele tinha, definindo-se assim qual o valor que ele ficaria para poder dar
614 continuidade. Stela Souza sugeriu, se fosse aceito pelo Ministério, fazerem a média dele em 2013, pontuando que
615 sabia que não iria, mas se pegassem uma série histórica do passado, que não tinha havido um avanço realmente,
616 seria retirado todo. Cláudia Almeida salientou que era para os Municípios de Salvador e Feira de Santana, de
617 acordo com a discussão. Quanto a Ilhéus, conforme tinha conversado com a Secretária, era uma situação *sui*
618 *generis*, não tendo dinheiro no Teto, ou seja, se Ilhéus fosse entrar agora, não adiantaria, porque não havia dinheiro
619 novo para colocar em Ilhéus, visto que, pela leitura do Ministério da Saúde, o Município estava com muito
620 dinheiro. Prosseguiu, dizendo que o Município teria que realizar as cirurgias eletivas, mas bancaria do recurso do
621 Fundo Municipal e aquilo era um fato. Mencionou que Salvador e Feira de Santana eram os dois grandes pólos que
622 tinham tido alguns problemas e que podiam encaminhar. Referiu ter visto alguns movimentos em Salvador,
623 divulgando a campanha de cirurgias eletivas, não sabendo em que âmbito aquela divulgação tinha chegado, para
624 poder mensurar a quantidade de pessoas que provavelmente entraria no projeto, mas acreditava que, no caso
625 específico dos dois Municípios, deveria ser considerado o produzido até agora. Assim, destacou que a proposta
626 feita à Marta Rejane, da SMS de Salvador, era: multiplicava-se por mais alguns meses o valor do que tinha sido
627 produzido no mês de março e agregava-se um percentual do tipo cinquenta por cento a mais daquele valor, para se
628 alocar. Fabiano Ribeiro sugeriu que voltassem para a média de quem tivesse produzido menos de cinquenta por
629 cento, ao que Cláudia Almeida informou que não havia uma média, tinha na verdade um quantitativo de
630 municípios. Fabiano Ribeiro sugeriu então que se fizesse algo para ajudar a complementar a proposta, existindo
631 apenas duas possibilidades: ou se pegava uma série histórica, a que fosse mais viável e se fazia aquilo, ou se tirava

632 uma média de produção, fixando aquela média. Para quem tiver produzido menos de cinquenta por cento, se tiraria
633 uma média e se alocaria a mesma média, pois ficaria mais justo do que pegar uma série histórica. Cláudia Almeida
634 esclareceu que, como o Ministério já tinha feito aquilo, qualquer coisa que se fizesse internamente, o mesmo
635 enxergaria como se a Bahia não precisasse mais do recurso. Alguém sairia prejudicado, aquele era o grande
636 problema. Stela Souza se pronunciou, quanto à proposta, de ser feito o corte pelo que estava posto pelo Ministério,
637 ressaltando já ter sido definido pela manhã, com o acréscimo apenas de Ilhéus, que se propunha a fazer, porque não
638 tinha o que cortar. Se cortasse o recurso de Ilhéus, seria descontado posteriormente. Dariam um encaminhamento
639 quanto à forma como o Ministério descontaria dos fundos municipais que tinham recebido. A proposta de Ilhéus
640 era fazer com o recurso próprio e sugeriu que este Município fosse incluído no grupo dos dois. A outra proposta
641 referida era que, segurando a questão dos quarenta e nove por cento, se fizesse a aproximação para cinquenta por
642 cento e o restante se buscava um ponto de corte. Porém, não conseguiriam fazer, porque cada um tinha uma
643 especificidade e teria que ter tempo para se consultar cada um desses municípios e aquele tempo não havia mais,
644 conforme a nota técnica para todos os municípios. Então, o ideal era seguir o que o Ministério estava propondo,
645 para evitar que se perdesse recurso para o próprio Estado. Ivonildo Bastos salientou que ficasse claro para o
646 conjunto de secretários o que estava sendo pactuado: estava sendo discutida somente a questão dos municípios que
647 não tinham cumprido a Portaria, executando abaixo de cinquenta por cento. A proposta estava sendo posta
648 especificamente por conta da capacidade instalada de Salvador e Feira de Santana, e do que tinha sido apresentado
649 por Ledívia Espinheira, em relação a Ilhéus. Mas pontuou que alguns municípios tinham executado além do que
650 tinha sido posto na Portaria, executando noventa por cento até cento e quarenta por cento, do que estava posto.
651 Relatou que tinha sido discutido na UPB pela manhã, mas boa parte dos secretários que estavam ali não tinha
652 estado na reunião do COSEMS, sendo interessante ficar bem claro para os mesmos, principalmente dos municípios
653 que tinham executado além do determinado pela Portaria. Aquela era a discussão, se tinha sido da AIH-PPI ou da
654 faixa FAEC, mas que de certa forma tinham executado além dos recursos disponibilizados pela Portaria. Cláudia
655 Almeida esclareceu que, na primeira proposta, o ponto 1, relativo ao município que tinha ultrapassado o teto dos
656 recursos alocados, se cobria o déficit financeiro para aqueles municípios, esse critério não se aplicaria aos
657 municípios que tinham substituído os recursos financeiros do teto fixo pelo variável. Assim, estava claro, não tinha
658 entrado na pauta a discussão daqueles municípios, os quais tinham sido levados para a última reunião da CIB, ou
659 seja, municípios que tinham pegado cem por cento do recurso alocado em seus tetos e só tinham atendido à
660 população própria. Referiu que naquele momento não era aquilo o que estava sendo discutido, mas estava sendo
661 discutido que, ao invés de ser ampliado o acesso, este tinha reduzido, porque tinham transferido recurso de
662 pagamento. Logo, ficaria apenas com cinquenta por cento dos recursos que sobrasse para dividir do potencial que
663 ele tinha realizado. Dr. Jorge Solla, uma vez que a proposta foi aprovada, passou a palavra para Aldecy, a
664 Secretária de Saúde de Camacan. Esta começou pedindo uma declaração de amor, da parte do Secretário do Estado,
665 para a Região de Itabuna, e que incluísse a Região nas cirurgias eletivas, por amor à Região de Itabuna, que
666 continuava sem realizar as cirurgias eletivas. Dr. Jorge Solla respondeu que esperava que o pleito fosse analisado
667 no processo de retorno da gestão para o Município. Cláudia Almeida ressaltou que a colega sabia mais do que
668 ninguém, e ela tinha razão quando colocava a dificuldade que tinha na Região Sul. Comentou que Ilhéus teria sido
669 o grande parceiro, tendo sido o primeiro município a ser chamado na conversa para formatar as cirurgias eletivas.
670 Mas infelizmente Ledívia Espinheira tinha encontrado uma situação extremamente complicada e ela não podia
671 realizar, só havendo lá dois hospitais. Informou que Itabuna vinha apresentando grande dificuldade e do conjunto
672 de hospitais da região, todos tinham sido convidados para participarem do processo de cirurgia eletiva, visto que se
673 tratava de um aporte financeiro a mais do que eles já vinham produzindo na média. Ressaltou como o grande
674 problema era que o conjunto das instituições, com raríssimas exceções, como a Maternidade Mãe Pobre, tinha
675 ajudado pouco, não conseguiam fazer além do que faziam. Ou seja, eles só queriam deixar de fazer o que
676 produziam, para fazer cem por cento com FAEC, porém não estariam ampliando acesso. Aquilo fez com que o
677 Estado fizesse uma Portaria estabelecendo que o Estado comprasse do prestador e do município pleno, se tivesse
678 capacidade, uma coisa que Suzana tinha colocado na outra CIB e o Secretário de Saúde, tinha concordado.
679 Informou que em Vitória da Conquista tinha sido contratualizada a UNIMEC, que tinha recebido um aporte muito
680 grande do pessoal daquela região. Esta ficava a quatrocentos quilômetros de distância, muito mais próximo do que
681 vir para Salvador. Disse que também em Salvador tinha sido contratualizado o Hospital Irmã Dulce, e comunicou
682 que só naquele fim de semana tinha sido mais de quarenta cirurgias de todo o interior do Estado e estava sendo
683 fechada a contratualização com outro prestador em Salvador. Além disso, tinham voltado a conversar com Valença
684 e o processo estava em andamento. Enfim, o que se podia fazer pela Região, estava sendo feito e continuariam
685 tentando. Dr. Jorge Solla mencionou que Cláudia Almeida cuidaria do 'amor pela Região Sul' e passou para o
686 último Ponto: Alterações no Plano Regional de Urgência e Emergência. Alcina Boullosa pediu desculpas pelo

687 problema técnico com o arquivo e explicou que a pauta era uma proposta de uma Resolução CIB para alteração de
688 leitos de retaguarda dos prestadores, constantes no Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências da Região
689 Metropolitana de Salvador Ampliada, aprovada através da Portaria 1723, em outubro do ano passado. No entanto,
690 havia alguns prestadores privados que naquela época, em outubro do ano passado, tinham se interessado em ofertar
691 leitos de retaguarda naquela lógica da Portaria 2395, de trezentos reais a diária e oitocentos reais a diária de UTI.
692 Entretanto, ao longo do movimento de contratualização, alguns dos prestadores tinham desistido, ou outros
693 hospitais da rede pública que estavam previstos não tinham conseguido avançar, por questão de reforma e de
694 ampliação. Assim, para não se perder tempo, se substituiu o prestador. Portanto, a alteração dizia respeito apenas à
695 substituição do Hospital Menandro de Farias que no plano original estavam previstos sessenta leitos de retaguarda
696 clínica para a Rede de Urgência, tendo sido substituídos por sessenta leitos do Hospital Alaíde Costa. Além disso,
697 quanto aos leitos que estavam previstos para o Hospital Salvador, informou que tinha havido uma mudança de
698 CNES, continuava com vinte e cinco leitos aprovados, mas constando no CNES da Clínica Ortofort, uma empresa
699 que havia sublocado o Hospital Salvador. Portanto, tinha sido alterações daquele tipo, sem nenhuma alteração em
700 termos de números, só alteração de um hospital para outro. E citou os trinta leitos de UTI do Hospital da Bahia,
701 mas que o mesmo não tinha avançado com a negociação, tendo sido substituído e os leitos tinham sido
702 pulverizados por leitos dos Hospitais da Cidade, do Evangélico e da CATTO. Reiterou o pedido de desculpas por
703 não ter trazido o arquivo, mas que o mesmo seria remetido para o Grupo Conductor e para a CIB, não havendo
704 nenhuma outra alteração, com relação à alteração nos componentes do plano. Informou que as quatro CIR da
705 Macrorregião Leste tinham solicitando, através das suas reuniões, alterações quanto a ampliações de base de
706 SAMU, implantações de Sala de Estabilização e que ninguém tinha pedido nada de leito até o momento, mas
707 basicamente de SAMU. Acrescentou ser necessário que as CIR aprovassem aquelas alterações, remetessem para a
708 Diretoria para que fosse feita uma sistematização, ou seja, seria solicitado um aditivo único ao plano da Rede de
709 Urgência. Salientou que tinha pedido ao Ministério mudanças de implantação de uma USA em Madre de Deus,
710 mudança e implantação de base do SAMU de Itatim, uma sala de estabilização em outro município. Portanto, era
711 necessário ter uma coisa única e a CIR de Salvador tinha aprovado uma mudança, só que a Diretoria ainda não
712 tinha recebido, e solicitou que o município mandasse para a Diretoria. Falou que a CIR de Camaçari também já
713 tinha aprovado mudança e já ia ter uma CIR ampliada para Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus, na próxima
714 sexta-feira, para serem aprovadas todas as mudanças em bloco e assim remeterem para a Diretoria. Disse que em
715 uma reunião no dia três de julho a Diretoria sistematizaria e apresentaria todas as alterações ao Grupo Conductor,
716 para posterior aprovação na CIB e aquilo era com relação às alterações de aditivo mesmo. O que estava sendo
717 apresentado hoje era a proposta de Resolução que era só trocar um hospital pelo outro, não tendo mudança de
718 nome, mas mudança de CNES, e de número de leitos e depois seria passado o material para os demais. Reiterou
719 serem: o Hospital Menandro de Farias, pelo Hospital Alaíde Costa; o Hospital Salvador, pela Ortofort, que tinha
720 mudado a razão social da empresa; os leitos do Hospital da Bahia; o Martagão Gesteira com 40 leitos clínicos, que
721 também tinha mudado o CNES para a Fundação José Silveira Pediátrica, que era uma instituição que ficava dentro
722 do Martagão Gesteira. E acrescentou, quanto ao Hospital da Bahia, que não tinha concretizado a contratualização, a
723 divisão dos seus leitos tinha se dado entre o Hospital Alaíde, a CATTO com três leitos, o Hospital Evangélico com
724 cinco leitos, fazendo apenas as substituições. Stela Souza ressaltou que era importante e que, conforme Alcina
725 havia colocado, com relação à reunião do Grupo Conductor, prevista para o dia três, lembrando que a Região
726 Metropolitana Ampliada de Urgência já estava sob avaliação do Ministério da Saúde, na reunião do dia três.
727 Esclareceu que era importante que se fizesse uma avaliação urgente nos colegiados também, porque na reunião do
728 dia três, e comentou que seria bom se a Daniela, a apoiadora do Ministério, estivesse presente também, ocorreria
729 uma prestação de contas para o Ministério. Além disso, como se tratava só de mudança de nome, não via
730 interferência nenhuma, continuava aquela mesma quantidade de leitos. Pontuou que tinha demorado muito para ter
731 a reunião do Grupo Conductor, pois tinha havido muitas reuniões das regiões de saúde, faltando ainda a Nordeste e a
732 Centro Leste. E perguntou se alguém tinha alguma observação sobre a mudança dos leitos e de CNES. A mesma
733 informou também que os gestores da Macrorregião Sul, Ilhéus, Valença, Itabuna e Jequié, já tinham entregado o
734 Plano de Ação escrito, o qual havia sido encaminhado ao Ministério da Saúde naquela semana e as planilhas
735 estavam sob análise do Ministério. Assim, ocorreria a primeira análise e devolutiva no dia três e ainda estavam
736 aguardando os Planos de Ação das Regiões de Guanambi e Brumado. Reiterou que Vitória da Conquista e
737 Itapetinga já tinham apresentado e, da Macrorregião Norte, só Paulo Afonso tinha apresentado plano, sendo
738 necessário sensibilizar aqueles grupos técnicos que tinham sido formados para avançarem na elaboração dos planos
739 das regiões. Destacou que tinha uma reunião marcada para a quarta-feira de manhã na Macrorregião Extremo Sul,
740 em Eunápolis, com o Grupo de Teixeira de Freitas, e na semana passada o apoiador já tinha estado na Região de
741 Porto Seguro, e estavam avançando. Suzana Ribeiro lembrou aos gestores municipais e pediu ao COSEMS para

742 reforçar aquele apoio que estava sendo trabalhado por macrorregião. Assim, reiterou que se uma região não
743 fechasse o seu plano e o encaminhasse, não seria mandado para o Ministério da Saúde, portanto lembrava que uma
744 macrorregião toda ficava com as referências comprometidas, por conta de uma região que não tinha fechado ainda
745 o seu plano. Relatou que na Macrorregião Sudoeste e na Norte existiam pendências importantes, faltando
746 Guanambi e Brumado. Assim aquelas Macrorregiões não podiam mandar, porque tinha estruturas regionais que
747 impediam fecharem o Plano da Urgência, reforçando que comprometia então toda uma macrorregião. E salientou a
748 necessidade do apoio do COSEMS para que dessem carga ao processo e antecipassem, à medida que fechassem a
749 região, para mandarem para o Ministério, o qual validaria e se comprometeria em liberar o recurso. Portanto perdia
750 a região inteira, frisou mais uma vez. Stela Souza solicitou a Alcina Boullosa a relação das regiões que faltavam
751 para que o COSEMS fizesse a cobrança, lembrando que a Macrorregião Sul não tinha encaminhado seu Plano em
752 2012 exatamente porque, das regiões, só duas tinham entregado. Fabiano Ribeiro relatou que nas últimas CIR
753 realizadas vinha perguntando, sem ter uma resposta concreta. Disse que tinha identificado a necessidade de se fazer
754 uma reunião com pauta específica, para discutirem a região, mas que não tinha havido. E questionou se havia um
755 limite para encaminhar para a Diretoria, porque provocaria aquela reunião, mesmo que fosse uma reunião
756 extraordinária, pois achava muito importante o tema. Alcina Boullosa ressaltou que esperava apresentar na reunião
757 do Grupo Condutor, no próximo dia três, todas as alterações já sistematizadas e encaminhar para o Ministério já
758 aprovado na CIB. Portanto precisaria de uma Resolução *ad referendum*, ou então, apresentava ao Grupo Condutor
759 e aprovava depois, mas que precisava ter todas as alterações na mesa, não dava para ficar vindo a cada hora uma
760 ‘coisinha’. Dr. Jorge Solla informou que a próxima reunião da CIB seria no dia dezoito de julho, quinta-feira, e
761 para encerrar passou a palavra a Antônio Carlos, para dar um informe. Este relatou que o prazo do PMAQ era até o
762 dia quatorze, tinha sido prorrogado para o dia trinta de junho e seria divulgado ainda hoje, no site da DAB, junto
763 com o prazo do Programa Saúde na Escola. Ou seja, com a simplificação feita no sistema, associado àquele prazo,
764 os cinquenta por cento de contratualizações que a Bahia possuía hoje já pactuadas no sistema, poderia chegar com
765 facilidade a cem por cento. Solicitou que os gestores priorizassem e divulgassem em suas regiões, não só a
766 extensão do prazo, como também o fato da gestão poder fazer no sistema a sua pactuação e contratualização do
767 PMAQ, sem a participação do trabalhador. Salientou que, quanto do Programa Saúde na Escola, o prazo estava
768 para o dia trinta e estava como pré-requisito para o Projeto Olhar Brasil. Informou ainda quanto ao SISMOB, que
769 se encontrava reaberto para cadastro de propostas para o Componente de Reforma e Ampliação, tanto cadastros de
770 propostas novas como readequações de cadastro de propostas com pendências. Ou seja, municípios que tivessem
771 cadastrado e não tinha dado tempo de colocarem as fotos, ou por algum motivo ainda tivessem pendências com
772 recurso PAC de 2009 e 2011, o sistema estava aberto até trinta de agosto. Então, seria publicada a segunda lista do
773 Requalifica 2013, pois a primeira lista já estava na mesa do Ministro, com previsão de publicação para a próxima
774 semana. Informou que desse primeiro momento viriam propostas de construção, reforma e ampliação. Ressaltou
775 que a ampliação do prazo do sistema tinha se dado porque, depois que o sistema tinha cruzado as pendências
776 anteriores com as propostas, ainda havia recurso alocado para reforma e ampliação, razão pela qual o prazo tinha
777 sido estendido até o dia trinta. Falou que a descentralização do teste rápido de sífilis estava aberta até hoje para os
778 municípios pelo FARMSUS e que estava no site da DAB. Disse ainda ser simples, era só o município entrar, fazer
779 a sua previsão, o número de testes que queria receber no município para aumentar a resolubilidade da atenção
780 básica, no que dizia respeito à linha de cuidado materna e infantil, oferecendo o teste rápido de sífilis na unidade. A
781 questão do diálogo on-line sabia-se da premência sob a remuneração variável, a pressão que os gestores estavam
782 sentindo sobre a discussão de remuneração variável, remuneração do desempenho dos trabalhadores da atenção
783 básica, a partir do dia vinte e seis. Acrescentou que o link estava no site da DAB, onde era feita a inscrição, e
784 qualquer gestor e trabalhador poderiam se inscrever para participarem do diálogo on-line sobre remuneração
785 variável, para todo o Brasil. Disse que estavam sendo divulgadas experiências exitosas, para nortearem como se
786 podia fazer e a importância daquele instrumento na gestão do trabalho. Informou também que a Portaria do CAPS
787 tinha sido publicada. Quanto ao SISMOB, referiu não estar pronto e que Alexandre tinha informado ser até o início
788 da semana próxima, e reiterou que o sistema está pronto para cadastro de propostas de construção de CAPS. Depois
789 de sua fala, Suzana Ribeiro esclareceu que no final do mês passado já havia cento e cinquenta municípios que
790 tinham entrado direto e se cadastrado para o teste rápido da sífilis. Disse que a Secretaria Executiva passaria a lista
791 de secretários para a DAB, e questionou se o Secretário de Salvador tinha alguma informação mais atualizada
792 quanto ao quantitativo. Este respondeu que a técnica Tais mandaria para seu e-mail, e ela já tinha informado pela
793 manhã que estava chegando perto dos noventa por cento. Suzana Ribeiro pontuou que tinha sido feito um
794 movimento grande de mobilização através da DAB. Antônio Carlos agradeceu a Cristiano, à Atenção Básica e a
795 toda a Secretaria, e informou que a Bahia era um dos índices mais altos do Brasil na adesão ao Programa de
796 descentralização do teste rápido da sífilis. Suzana Ribeiro parabenizou a todos e mencionou que existia uma

797 pendência com relação à formação da Câmara Técnica da CIB, portanto, estava aguardando os nomes dos
 798 representantes do COSEMS para fazerem com que o Regimento fosse cumprido de fato. José Antônio ressaltou que
 799 na última reunião Dr. Jorge Solla não estava presente e tinha ficado combinado, na véspera da reunião, de fazerem
 800 um estudo de impacto nos pólos regionais, mas tinham ficado com o tempo atrasado e curto. Ao que Suzana
 801 ponderou se tinham condições para entregar, porque tinham começado a se reunir naquele dia, no caso de Salvador.
 802 Tinha sido feita uma agenda para todos os municípios pólos até o final do mês de maio, tendo ficado estabelecida
 803 uma data que antecedia em oito dias o final do mês. E o posicionamento tinha sido que, para os municípios que
 804 chegassem até o final do mês, já se faria um processo de pactuação naquele momento, mesmo que *ad referendum*.
 805 Então já tinha havido o entendimento daquilo ser feito. Informou que tinham restado apenas dois municípios
 806 naqueles estudos. Citou Salvador como exemplo, que ainda não tinha o conhecimento e que os outros municípios
 807 também ainda não tinham tido, solicitando agilidade no processo para que se pudesse adiantar a negociação com o
 808 Ministério da Saúde. Suzana Ribeiro informou que já havia conversado antes com o Secretário José Antônio e com
 809 Stela Souza, já tinham feito o estudo, faltando apenas os dois municípios, Teixeira de Freitas e Barreiras, pois não
 810 tinham comparecido e ficaram de reprogramar. Além disso, tinha ficado definido que, por conta da decisão
 811 anterior, seria encaminhado para o Ministério o estudo pronto e o material até tinha sido antecipado. Informou já ter
 812 sido encaminhado o estudo dos filantrópicos para o Ministério, que tinha sido começado com a SAIS e esta tinha
 813 solicitado que se adiantasse o estudo dos filantrópicos porque havia um movimento para se fazer a recomposição
 814 por dentro da contratualização dos filantrópicos. Disse também que o mesmo tinha sido encaminhado para a SAIS
 815 nessa semana, solicitando também o estudo de Salvador para ser encaminhado, conforme combinado. Assim
 816 passaria todas as cópias dos estudos para o COSEMS distribuir para todos os pólos que já foram contemplados no
 817 estudo. Salientou que Teixeira de Freitas e Barreiras ficariam em *stand by*, pois, na medida em que eles não tinham
 818 comparecido não podiam ter os estudos dos mesmos encaminhados. Seria necessário que eles reprogramassem a
 819 agenda junto com a COPE, com a área técnica, sob a coordenação de Joana Molesini, para que se pudesse fechar o
 820 estudo e encaminhar na sequência. José Antônio questionou se estava terminado o estudo dos que tinham
 821 comparecido e apresentados os contratos e Suzana Ribeiro respondeu que já estavam concluídos, Salvador já estava
 822 com a planilha fechada e tinha sido solicitado o encaminhamento de uma cópia para o COSEMS. Quanto aos
 823 demais, o pessoal ainda estava fechando algumas planilhas, mas a maioria já estava concluída e tinham condição de
 824 liberar. Salientou o combinado, por conta do formato da metodologia que era utilizada no estudo para o Ministério,
 825 de irem além daquela metodologia, porque era a mesma que sempre tinham feito: a produção e o recurso alocado.
 826 Disse também que aquela relação entre o que era produzido e o que estava alocado na PPI, naturalmente não
 827 apontavam estouro de teto, exceto **Feira de Santana**. Disse se tratar de um processo que já tinha sido analisado em
 828 outros momentos, então aquela movimentação tinha sido para, além daquilo. Abrirem-se os contratos, se identificar
 829 o custeio das unidades próprias, sob gestão estadual e municipal, para fazerem a composição. Assim, onde tivesse
 830 unidade sob gestão estadual, o estudo seria separado, porque para a gestão municipal o valor que estava alocado era
 831 diferente do que estava sendo produzido. Sendo assim, se faria o estudo do teto estadual separado, já que as
 832 unidades estaduais estavam sob a gestão do Estado e não dos municípios, conforme, pactuado em CIB
 833 anteriormente. Dr. Jorge Solla agradeceu a presença de todos, encerrou a reunião e reiterou a data da próxima, 18
 834 de julho de 2013. Não havendo mais o que tratar após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria de
 835 Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária
 836 Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada.
 837 Salvador, 10 de junho de 2013.

838

839 Jorge José Santos Pereira Solla _____

840 Suplente: Alcina Marta de Souza Andrade _____

841 Suplente: Stela Souza dos Santos Souza _____

842 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____

843 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____

844 Washington Luís Silva Couto _____

845 Gisélia Souza Santana Souza _____

846 José Antônio Rodrigues Alves _____

847 Suplente: Fabiano Ribeiro dos Santos _____

848 Ivonildo Bastos Dourado Bastos _____

849 Joseane Mota Bonfim _____

850 Suplente: Aldecy Silva de Almeida Bezerra Silva _____

851