

1  
2  
3 Aos doze dias do mês de novembro do ano de dois mil e treze, no Auditório João Torres da SESAB, no Centro Administrativo  
4 da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Suzana Cristina Silva Ribeiro, Gisélia Santana Souza,  
5 Washington Luis Silva Couto, José Antônio Rodrigues Alves, Ivonildo Dourado Bastos, Joseane Mota Bonfim, e dos Suplentes:  
6 Stela dos Santos Souza, Alfredo Boa Sorte Júnior e Fabiano Ribeiro dos Santos. Às 14 horas, havendo número legal, Dra.  
7 Suzana Ribeiro declarou aberta a sessão, passando a palavra para a Sra. Silvana Rodrigues, Secretária Executiva da CIB em  
8 exercício, efetuar a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para informes: **1.1.** 63 municípios não  
9 encaminharam (15,11%) Plano Municipal de Saúde 2010-2013 aprovado pelo CMS para as DORES. **1.2.** Conforme Relatório do  
10 SARGSUS/MS, em 08 de novembro de 2013, 308 municípios estão com o Relatório de Gestão de 2011 aprovados (73,86%)  
11 pelo CMS, 17 aprovados com ressalva (4,08%), 03 não aprovados (0,72%), 01 foi solicitado ajustes (0,24%), 88 estão em  
12 apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde (21,10%). **1.3.** Conforme Relatório do SARGSUS/MS, em 08 de novembro de  
13 2013, 176 municípios estão com o Relatório de Gestão de 2012 aprovados (42,21%) pelo CMS, 34 aprovados com ressalva  
14 (8,15%), 4 não aprovados (0,96%), 08 foram solicitado ajustes (1,92%), 130 estão em apreciação pelo Conselho Municipal de  
15 Saúde (31,18%) e 65 estão sem informação (15,59%). **1.4.** SUPERH: Modernização do Contracheque e Curso de Educação  
16 Popular com ênfase nos Agentes Comunitários e Agentes de Endemias. A Sra Patrícia Dantas falou sobre o Curso de  
17 Educação Popular com ênfase nos Agentes Comunitários e Agentes de Endemias, fazendo parte da implementação da Política  
18 Nacional de Educação Popular em Saúde (aprovada pelo CNS em 2012 e pactuada na CIT em julho/2013), para compor uma  
19 ação estratégica do Programa de Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias, da  
20 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Escola  
21 Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. Os objetivos: contribuir para a qualificação do processo de trabalho dos  
22 ACS e ACE, de forma a potencializar as ações de promoção da saúde, a aproximação com as práticas e metodologias da  
23 Educação Popular em Saúde e das Políticas de Promoção da Equidade. As Regiões de Saúde pactuadas com o COSEMS:  
24 Senhor do Bonfim, Paulo Afonso, Juazeiro, Irecê, Jacobina, Ilhéus, Itabuna, Valença, Jequié, Salvador, Camaçari e Feira de  
25 Santana. Ressaltou que Paulo Afonso tinha sido a única região que não tinha tido número de mediadores, ou seja, tutores  
26 suficientes, por isso não teria todas as turmas. E referiu que Feira de Santana não tinha tido número suficiente de alunos  
27 inscritos e lá só aconteceria três turmas, quando era para ser quatro. Comentou que as outras regiões tinham tido muitos  
28 inscritos e o processo de seleção tinha sido bem intenso. Quanto à organização: semipresencial, uma parte com encontros  
29 presenciais nos municípios sedes das regiões de saúde e a outra parte EAD, na plataforma moodle e os alunos iriam precisar  
30 acessar a ferramenta em seus municípios. Passou a colocar as etapas: 1ª etapa - capacitação de mediadores e educadores  
31 populares em Salvador (22 a 25/11/2013), em articulação com o Encontro Estadual do MobilizaSUS/DGTES/SUPERH. Seu  
32 público alvo: 46 mediadores e 23 educadores populares selecionados (tendo sido 221 mediadores e 122 educadores populares  
33 inscritos), conselheiros estaduais de saúde e articuladores do MobilizaSUS; 2ª etapa - capacitação de ACS e ACE (municípios  
34 sedes das regiões de saúde). Apresentou o cronograma: 1ª turma - 27/11 a 18/12; 2ª turma - fevereiro/2014; 3ª turma -  
35 abril/2014. Público alvo: 1600 ACS e ACE selecionados (tinham sido 2600 profissionais de saúde da família inscritos). Colocou  
36 como contrapartidas da FIOCRUZ e do MS: material didático, suporte EAD, certificação e pagamento de bolsas aos  
37 mediadores e educadores populares, e ticket refeição para os agentes, este último como uma novidade, sendo disponibilizados  
38 tickets no valor de dez reais, para os agentes fazerem suas refeições, o que já era um custo a menos para os municípios.  
39 Falou que tinha lugares, como Salvador, que não sabiam se seria possível aquele valor e aí precisariam do apoio dos gestores.  
40 Como contrapartidas do Estado da Bahia: coordenação do curso no estado, articulação dos espaços para os momentos  
41 presenciais nos municípios sedes das regiões e formação dos educadores populares e mediadores de aprendizagem. Dos  
42 municípios: arcar com o deslocamento dos agentes do seu município para os momentos presenciais nos municípios sedes das  
43 regiões, que aconteceria uma vez por semana, durante um mês, e contribuir na complementação da refeição dos agentes, pois  
44 em alguns lugares o ticket de dez reais não seria possível. Finalizou passando o telefone de contatos (3115-4397) e lembrando  
45 às regiões que estavam com dificuldade, como Feira de Santana que precisava de uma mobilização maior na próxima turma e  
46 Paulo Afonso que tinha alunos, mas não tinha mediador. Assim, nas próximas turmas seria lançado novamente o edital de  
47 alunos, fazendo a mobilização a partir de janeiro, para que em fevereiro tivesse novas turmas. E para os agentes que tinham  
48 feito inscrição e não tinham sido selecionados seria contemplado em um segundo momento e alguns tinham sido  
49 desclassificados porque não tinham mandado documentação correta e seriam devolvidos às SMS, para que pudessem se  
50 reinscrever. Relatou que as listas de mediadores, educadores populares e alunos já tinham sido divulgadas e podiam ser  
51 visualizadas no site oficial do curso [www.6.ensp.fiocruz.br/edpopsus](http://www.6.ensp.fiocruz.br/edpopsus), assim como no site da SESAB, no link da DGETS e no  
52 site da FIOCRUZ. Ressaltou a necessidade do apoio dos gestores das regiões, para fazer com que os alunos selecionados  
53 chegassem aos momentos presenciais, para poderem dar continuidade ao processo e a todo o recurso que tinha sido  
54 disponibilizado pelo Ministério e FIOCRUZ. Alguém da plenária colocou que em alguns lugares não tinha acesso à internet e  
55 Dra Patrícia argumentou que hoje a maioria dos municípios possuía, de certa forma, algum acesso à internet, pelo menos na  
56 Secretaria Municipal. Daí a necessidade do apoio porque o momento de conexão virtual era muito pouco, apenas oito horas,  
57 acontecendo duas vezes por semana. O Secretário Municipal de Saúde de São Sebastião do Passé, Dr. Emerson Garcia,  
58 referiu que, de acordo com o controle e avaliação do seu município, a produção do agente comunitário andava ruim. E  
59 considero necessário ter um consenso de avaliação dos cursos, questionando, referindo-se ao conteúdo programático do  
60 Curso de Educação Popular, se não incorporava todos os outros cursos propostos para implantação. Dra. Patrícia Dantas  
61 esclareceu que o conteúdo do Curso de Educação Popular era simples e abordava a educação popular em si, o seu fazer em  
62 saúde. Então o primeiro módulo mostrava o que era educação popular, sendo basicamente o que o agente fazia: o processo  
63 educativo com a comunidade. O segundo módulo trabalharia o seu fazer em saúde bem como o que os levava a não produzir,  
64 fazendo com que aquilo acontecesse no seu cotidiano. Seriam questionamentos que podiam ser trazidos para o curso, com o  
65 processo de formação e crescimento do próprio trabalho e os outros dois módulos trabalhariam a arte e a cultura, como trazer  
66 aqueles processos para dentro da saúde. E o do cuidado em saúde, que abordaria as práticas integrativas e populares de  
67 cuidado e as políticas de promoção da equidade. Ressaltou que se tratava de um curso curto, de trinta e duas horas

68 presenciais, mas que daria para mobilizar os agentes. Relatou que já vinha sendo dialogado com os outros cursos, com a  
69 Escola de Formação Técnica, para estarem inserindo aquelas temáticas e não ficar repetitivo. Dando prosseguimento aos  
70 informes da SUPERH, foi chamado o Sr. Rafael Gama, da Coordenação de Gestão de Processos e Pessoas – CGPP, para  
71 falar sobre a Modernização do Contracheque. Ele colocou que, apesar de englobar a Superintendência, a parte de  
72 contracheque era específica do SAS – Serviço de Atendimento ao Servidor. Informou que no momento estava tendo um evento  
73 tele presencial no Instituto Anísio Teixeira, onde estão sendo passadas para todas as DIRES, as modificações do  
74 contracheque que, a partir deste mês, não seria mais impresso, mas via e-mail e o cadastro feito através do SAS. Ressaltou  
75 que seria encaminhada uma apresentação para as Unidades e DIRES, chamando atenção para o informativo impresso,  
76 entregue no início da reunião. Em seguida Dra. Suzana Ribeiro colocou a solicitação de inversão de pauta, de apresentação  
77 para um informe: **1. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde – SUPERH: 1.2. Projeto Caminhos do Cuidado –**  
78 **Formação em Saúde Mental.** A Dra. Mavi Helói, Coordenadora do Projeto, informou que o mesmo se configurava na  
79 formação de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, na Estratégia de Saúde da Família. Relatou  
80 que o Ministério da Saúde tinha pactuado a formação em saúde mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas, para  
81 agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares e técnicos de enfermagem (ATENf). A sua execução seria por meio do  
82 Departamento de Gestão da Educação na Saúde DEGES/SGTES/MS, em parceria com a FIOCRUZ, Escola Grupo Hospitalar  
83 Conceição – GHC e a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), sediado, na Bahia, na Escola de Formação Técnica  
84 Professor Jorge Novis. O Pacto: A execução do projeto, pressupondo a articulação entre as instituições do SUS como as  
85 Escolas de Saúde Pública, as Escolas Técnicas do SUS, as áreas de saúde mental, atenção básica dos três entes federativos  
86 e os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde. Disse que a ação se inseria no eixo de cuidado do ‘Plano Integrado de  
87 Combate às Drogas - Crack é Possível Vencer’, sob responsabilidade do Ministério da Saúde e da Coordenação da Casa Civil.  
88 Informou que na Bahia o Projeto estava previsto para execução em doze meses e tinha como meta a capacitação de vinte e  
89 sete mil, novecentos e setenta e seis alunos, sendo que: vinte e quatro mil novecentos e quarenta e cinco eram ACS; dois mil,  
90 oitocentos e cinqüenta e um eram ATENf. E noticiou que seria realizada uma média de seiscentas e noventa e cinco turmas,  
91 num período de doze meses e contariam com a formação de cento e cinqüenta e um tutores e dezoito orientadores. Informou  
92 ainda que o Projeto ia ser apresentado nas CIR e o site para maiores informações: [www.caminhosdocuidado.org](http://www.caminhosdocuidado.org); e-mail da  
93 Coordenação Estadual: [bahia@caminhosdocuidado.org](mailto:bahia@caminhosdocuidado.org); telefone da Escola: 3357-0810. Finalizou informando que o edital para  
94 seleção de tutores tinha sido prorrogado até o dia 19 de novembro e podia ser encontrado no site supracitado. Dando  
95 prosseguimento aos informes: **1.5.** A Auditoria do SUS-Ba informa: após auditoria realizada no Serviço de Atendimento Móvel  
96 de Urgência – Candeias/BA - processo nº 0300100104737, o relatório, parecer conclusivo e parecer de reconsideração,  
97 encontravam-se disponíveis no link: [www.saude.ba.gov.br/auditoria/auditoria/samu\\_candeias](http://www.saude.ba.gov.br/auditoria/auditoria/samu_candeias). **1.6.** Plano Estadual da TOM e  
98 Planos de Ação Regionais de Atenção às Urgências. Dra. Alcina Romero comentou que estavam na fase de consolidação dos  
99 planos do TOM, alguns já estavam no Ministério da Saúde com indicativo de aprovação, mas estavam numa fase de consolidar  
100 para formar um Plano Estadual da TOM. Lembrou que o prazo era dia 30 de novembro e estavam ainda com as seguintes  
101 regiões sem apresentarem o Plano e sem aprovarem nas CIR: Feira de Santana, Barreiras e Itapetinga. Informou que Ribeira  
102 do Pombal não apresentaria o Plano porque não tinha prestador em condição de atender à Portaria. Ressaltou que todos os  
103 planos aprovados na CIB já estavam no Ministério da Saúde e até o momento sem nenhuma emissão de parecer: quatro  
104 planos da Região Sul, desde junho; os planos da Região Sudoeste - Guanambi, Vitória da Conquista e Itapetinga; Senhor do  
105 Bonfim (duas vezes); Paulo Afonso; Porto Seguro; e Teixeira de Freitas. Relatou ter recebido alguns planos a mais no período  
106 decorrido da última CIB para cá, aprovados na CIR e os planos tinham sido avaliados pela Área Técnica, para pactuação do  
107 regimento do Grupo Condutor. Passou para Dra. Regina Miranda, Coordenadora da COUR, para dar os informes sobre como  
108 se encontravam aqueles planos que tinham sido apresentados ao Grupo Condutor e não tinham sido aprovados. Assim, seria  
109 preciso retomar o contato com as regiões para melhorarem os planos e tentarem aprovar na próxima reunião. Dra. Regina  
110 colocou que os planos dos quais seria apresentado o parecer técnico da Coordenação eram os que ainda não tinham sido  
111 aprovados. E reforçou a questão dos ajustes, colocando que os planos que estavam ainda em análise, com algumas  
112 pendências, eram os de Brumado, Santa Maria da Vitória, Barreiras, Ibotirama e Serrinha. Relatou que em todos os municípios  
113 tinha sido observada a questão do detalhamento de fluxo do atendimento nas linhas de cuidado. E praticamente todos os  
114 planos não tinham detalhado as linhas de cuidado da Rede de Urgência, como era o caso da Neurologia, Traumatologia e  
115 Ortopedia, detalhamento do Plano que era exigência do próprio Ministério. Independente disso comentou que no Plano de  
116 Brumado existia uma quantidade exagerada de salas de estabilização (dezoito), para um total de vinte e um municípios da  
117 região. Assim, era preciso reavaliar, utilizando um critério que realmente selecionasse mais, porque não teria orçamento  
118 disponível para tanta sala de estabilização. Citou ainda a falta de descrição dos componentes de promoção, prevenção e  
119 vigilância à saúde no caso da urgência, precisando ser detalhados e que não tinham visto nada dos municípios em relação a  
120 alguma atividade como saúde no trânsito ou saúde na escola. Comentou que até não tivesse, mas que existisse proposta,  
121 planejamento ou algo pensado. Em relação ao ACCR (Acolhimento com Classificação de Risco), tão importante dentro da  
122 urgência, todos os planos tinham o ACCR escrito de uma forma teórica, não se pensando como e em que local utilizar,  
123 inclusive na atenção básica. Falou já ter havido planos que eles tinham re-encaminhado, com a descrição de como fazer o  
124 ACCR dentro da atenção básica. Lembrou que o Plano de Urgência era composto do plano escrito e das planilhas  
125 orçamentárias. Ponderou que, no caso de Brumado, o plano escrito não descrevia realmente o que estava nas planilhas físico-  
126 orçamentárias e era preciso ter coerência. Descrição do conteúdo das planilhas de tal forma que houvesse um entendimento  
127 do que seria solicitado e planejado para aquela região. Os fluxos de regulação descritos de forma extremamente teórica e  
128 superficial, ou seja, mais do que estava nos livros do que como funcionava de fato. E mesmo que não funcionasse era preciso  
129 colocar no Plano o que estava sendo pensado para sua melhoria. Falou da pouca descrição dos SADT, os sistemas de apoio.  
130 Acontecia a mesma coisa em Santa Maria da Vitória: faltava maior detalhamento dos fluxos de atendimento referentes às  
131 linhas do cuidado; no plano escrito o detalhamento técnico não descrevia tudo que tinha sido solicitado nas planilhas; faltava  
132 descrição dos componentes: promoção, prevenção e vigilância; referiam ao ACCR da mesma forma, ou seja, teoricamente,  
133 inclusive na atenção básica; pouca descrição dos sistemas de apoio – SADT; e faltava proposta do componente hospitalar, ou  
134 seja, a proposta de salas de estabilização, UPA, SAMU. Assim, parecia estar havendo uma falta de entendimento do grupo que

135 estava elaborando o Plano. No caso de Serrinha era um pouco diferente porque ainda não tinha o SAMU implantado e não  
136 havia descrição de quando seria a implantação; o número de SE solicitado também era elevado e faltava: maior detalhamento  
137 dos fluxos de atendimento referente às linhas do cuidado; descrição dos componentes de promoção, prevenção e vigilância; e  
138 proposta do número de leitos dos cuidados prolongados. Informou que nesta semana tinha havido uma reunião com um  
139 representante do grupo de elaboração e uma pessoa da DIRES, para conversarem a respeito, com a presença também da  
140 COAH, para orientar melhor o grupo. Salientou que este município se referia ao ACCR de forma teórica, inclusive na atenção  
141 básica; os fluxos do transporte sanitário e regulação estavam descritos de forma superficial; faltava descrição das solicitações  
142 dos equipamentos contidos nas planilhas e no plano escrito; e também pouca descrição dos sistemas de apoio. Barreiras e  
143 lbotirama tinham feito o Plano de forma conjunta, deviam ser desmembrados e não descreviam o fluxo do atendimento do  
144 SAMU. Além disso, faltava: maior detalhamento dos fluxos de atendimento referente às linhas do cuidado; descrição dos  
145 componentes de promoção, prevenção e vigilância; descrição do perfil assistencial da unidade e de seus fluxos de articulação  
146 com os demais componentes da rede de atenção; referência ao ACCR teoricamente, inclusive na atenção básica; pouca  
147 descrição dos SADT, da assistência farmacêutica e da Hemorede; concentração dos leitos nos hospitais estaduais; comentou  
148 que em nenhum outro hospital existia uma determinação ou uma definição de que aqueles hospitais entrariam ou não com  
149 alguns leitos, já tendo ocorrido também uma reunião com o grupo técnico da região e a COAH, para avaliarem a introdução de  
150 alguns leitos de outras unidades hospitalares existentes na região; e a inviabilidade econômica na implantação de cinco leitos  
151 de UTI pediátrica. Citou um hospital que disponibilizava até cinco leitos e naquela reunião tinham orientado que não havia  
152 viabilidade econômica para aquilo. Após a apresentação, Dra. Suzana Ribeiro solicitou às regiões com pendências que  
153 procurassem solucioná-las para que se pudesse dar seqüência e encaminharem para o Ministério. Dra. Regina Miranda pediu  
154 a palavra para mais um informe, chamando atenção das Regiões de Vitória da Conquista e Jequié e colocando que o último  
155 lote das ambulâncias do SAMU deste ano seria em dezembro. Então tinha sido solicitado às DIRES e a alguns secretários de  
156 saúde que encaminhassem um Termo de Compromisso e o prazo era até o dia 14 de novembro. Dr. José Antônio Rodrigues  
157 Alves colocou também um informe em relação àqueles recursos vindos para a Capital, tendo sido negociados no primeiro  
158 semestre deste ano. Em setembro tinha saído uma publicação referente ao teto de oncologia, lembrando que na reunião da  
159 CIB de setembro tinha acontecido uma discussão sobre como aquele recurso seria alocado, pois estava inteiramente alocado  
160 em UNACON e CACON. Aí a SMS tinha passado a fazer uma avaliação do quantitativo de pacientes, junto com a Central de  
161 Regulação do município para, a partir dali, poderem cadastrar aqueles pacientes que estavam demandando para a capital, pela  
162 atividade, por CID e por cidade atendida. Enfatizou que a partir do dia 04 de novembro grande parte dos pacientes passaria a  
163 ter suas atividades marcadas para oncologia clínica, para radioterapia ou para cirurgia. Ocorria que tinha sido estimado dois mil  
164 e quinhentos a três mil pacientes, imaginando que o recurso seria limitado àqueles pacientes, com os recursos que tinham sido  
165 disponibilizados. Ao fazerem o levantamento do que estava cadastrado, tinham sido encontrados onze mil e oitocentos  
166 pacientes em todos os serviços. Então era preciso que voltassem a discutir o processo porque eles tinham atendimento de  
167 oncologia clínica com aquele recurso, com a primeira cessão prevista para março de 2014. Destacou outro fato importante, o  
168 número de municípios atendidos em outras regiões, municípios longínquos e eles ainda não tinham feito a tabulação de  
169 quimioterapia, para radioterapia. Porque eles podiam ter vindo para a Capital por conta daquela atividade conjugada, o que  
170 podia estar pressionando o cadastro feito. Mas muitas pessoas que estavam agendadas para fevereiro, março, acabariam  
171 sendo atendidas nos meses de novembro e dezembro e eles estavam discutindo com alguns serviços a capacidade de atendê-  
172 las, mas aquilo fatalmente vinha em desafeto e acabava batendo no teto de média complexidade. E pediu pauta para mais  
173 adiante a fim de apresentarem ao COSEMS e informou que o Ministério da Saúde tinha criado um grupo de trabalho para  
174 discutirem porque tinham se surpreendido também com os dados. Assim, que pudessem limpar um pouco o processo.  
175 Destacou que quase dois terços daqueles pacientes estavam no serviço de cirurgia, ou seja, eles voltariam em breve para  
176 rádio e quimioterapia e a cirurgia marcada até março de 2014. Ou seja, era um processo extremamente complicado, quando se  
177 imaginava que teriam uma expectativa de retornarem com uma fila de três meses no máximo, com a idéia de se fazer  
178 exatamente um cadastro e levasse até o mês de dezembro. Quando tinham sido surpreendidos com o prazo de fila até o mês  
179 de abril de 2014, com agendamento. Dra. Stella Souza comentou que se preocupar e se angustiar fazia parte do processo da  
180 gestão e o mais importante ainda era tomarem decisão e fazerem o encaminhamento. Relatou que tinha conversado com o  
181 Secretário do Estado para fosse feito o que tinha que ser feito: o mapeamento por região, para se ver o que poderia ser feito e  
182 o pior: ele tinha falado que, mesmo que tivesse recurso em alguns casos, aqui não tinha capacidade instalada para ser feito.  
183 Enfatizando que ficasse gravado: o Secretário estava dizendo que, mesmo que contratasse toda a capacidade instalada que  
184 ainda tinha para contratar na Capital, só reduziria em 20%. Então tinham realmente que entender que, com todas as  
185 dificuldades e com todos os problemas, urgia resposta, porque quem estava esperando e fosse fazer a primeira sessão em  
186 abril, não precisaria mais. Comentando que aquelas eram as pessoas que tinham conseguido chegar ao serviço para fazer  
187 agendamento, questionou: e aqueles que nem tinham conseguido aquilo? Sugeriu à CIB a formação imediata de um grupo,  
188 sabendo que podia ser uma incógnita, mas sugeria um fluxo com o Município de Salvador, para avaliar. E disse que não dava  
189 nem para esperar uma CIB de 05 de dezembro, como estava prevista, pois teriam mais um mês perdido e achava que aquilo  
190 era uma coisa 'para ontem'. Teriam que tomar uma decisão e fazerem encaminhamento, pois era muito grave. Dra. Suzana  
191 Ribeiro concordou com o encaminhamento, sinalizando como importante que a Diretoria de Atenção Especializada – DAE, com  
192 a área de oncologia, fizesse aquele estudo junto com Salvador. Fazendo mapeamento regional para identificarem a  
193 capacidade instalada existente em cada macrorregião, em cada referência e a necessidade de ampliação, ou até a sua  
194 subutilização. Porque todos ali sabiam que tinha serviços que estavam subutilizados na maioria das regiões e tinha algumas  
195 regiões onde tinha havido estouro de teto, com déficit financeiro, mas que tinham capacidade instalada para ampliar. Seria  
196 então um estudo completo, onde se pudesse apresentar uma proposta para o Ministério. E nele se buscasse investimento,  
197 tanto em relação à referência, à forma como tinha ficado programada na PPI – que tinha ficado pactuada por abrangência e as  
198 referências que cada município tinha dentro do seu território - como em relação à questão do diagnóstico. Lembrou que o  
199 Ministério estava revisando a Portaria 745 - ela fazia parte do grupo de estudo - e em breve sairia uma nova Portaria de  
200 oncologia que mudaria alguns critérios da política, saindo aquela lógica de implantar serviço a partir de mil casos novos,  
201 passando a ser de acordo com a base populacional. Infelizmente não tinham podido trazer ainda na portaria a relação direta

202 com a rede de atenção, de atenção básica e linhas do cuidado. Mas o Ministério tinha começado a fazer algum movimento e a  
 203 portaria tinha tido alguns ajustes na reunião da última CIT, voltando para ajustes finais e ser publicada. Acrescentou que o  
 204 Ministério já tinha sinalizado que haveria aumento dos valores de tabela de procedimentos de diagnose, especialmente as  
 205 endoscopias, os ultrassons, basicamente imagem, que entrariam com aumento de tabela específica, cerca de cinqüenta e sete  
 206 procedimentos. O que seria importante, por um lado, porque ia ampliar a capacidade de diagnóstico e, por outro lado, ia  
 207 aumentar o represetamento porque quanto mais se diagnosticava e mais se classificava, mais a população seria identificada.  
 208 Então achava que o trabalho ia mais além e o estudo que Salvador trazia era um importante sinalizador e um importante  
 209 começo. Poderiam pensar em implantar o grupo com a representação da DAE, da Capital, do COSEMS e já se debruçarem de  
 210 imediato, pois ia muito mais além do que só mapear o território. Era estudar a capacidade instalada, levantar o déficit existente  
 211 em cada região, para poderem fazer com que aquela população ficasse cada vez mais nos seus territórios e viessem a ter  
 212 acesso mais imediato. Além de haver o impacto da média, uma vez que vinha a parte de diagnóstico com aumento de valor de  
 213 tabela, o que devia minimizar. Apontou o que Ministério tinha sinalizado, de que seria ainda esse ano, mas poderia rolar para  
 214 janeiro de 2014, mas de qualquer maneira era importante que antecipassem o estudo para apresentarem de fato uma proposta  
 215 concreta. E, com o aumento nos valores de tabela, poder garantir também a ampliação da oferta no território. Dr. Odilon Cunha  
 216 Rocha – SMS de Governador Mangabeira - ressaltou que a Região de Cruz das Almas estava tendo uma dificuldade muito  
 217 grande, pois todos os recursos do paciente oncológico da região tinham migrado para Feira de Santana e aquela região não  
 218 queria receber os pacientes. Comentou que a Secretária de Feira de Santana não estava presente nessa CIB, mas depois de  
 219 ver a apresentação do Secretário de Salvador, perguntava como eles iam cumprir o decreto presidencial e qual o  
 220 enfrentamento. Pois não tinham condições e a cada dia os advogados se faziam presentes. E fazerem a recomposição do  
 221 déficit que era do teto, para garantirem a oferta. Apresentou-se o que era apresentado, não o que era aprovado e tinham  
 222 trabalhado só em cima do apresentado. Então o município tinha comprovado tudo aquilo que estava sendo represetado. Foi  
 223 apresentado o estudo e naquele momento, depois de Salvador, o maior déficit era o de Feira. O MS tinha acatado e tinha  
 224 recomposto o teto. Então o estudo vinha corroborar com aquele movimento inicial e com a necessidade daquela identificação,  
 225 porque de qualquer maneira estava chegando recurso para o teto e o município mandava para Salvador. O movimento  
 226 obviamente era claro: o município não estava faturando, não estava apresentando a conta porque estava mandando o paciente  
 227 para Salvador. Precisavam fechar o estudo e tomarem uma decisão em relação aos encaminhamentos porque acabavam  
 228 estrangulando a Capital e quem mais tinha demandado para Salvador, de toda a Bahia, tinha sido a Centro Leste, cuja  
 229 referência era Feira de Santana. Dr. José Antônio esclareceu que uma pequena parte daqueles pacientes tinha sido atendida  
 230 com o recurso de setembro, já era uma agenda nova que o recurso novo tinha permitido que eles fizessem, não eram todos os  
 231 pacientes. Então eles estavam apresentando agora a agenda nova e o que lhes surpreendia era a quantidade de pacientes  
 232 demandados - em algumas atividades ali na Capital - quase 50% de fora do município. Então o Ministério, ao fazer o cálculo de  
 233 demanda, tinha sido em cima do estouro de tetos ocorrido em 2012 e retificando aquilo de setembro em diante. Só que tinha  
 234 um hiato assistencial porque pegava o represetamento de todo o ano 2012, de 2013, e daí por diante, o que trazia o impacto e  
 235 aquele reflexo. Em seguida Dra. Suzana Ribeiro agradeceu a Dr. José Antônio e passou para Sra. Silvana – CIB continuar com  
 236 os informes e seguir com os credenciamentos. **2. Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum:**  
 237

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
468/2013	30/10/2013	Aprova ad referendum o acréscimo à Resolução CIB Nº 298/2013, dos Municípios que fizeram adesão ao Projeto Olhar Brasil - Gestão Estadual da Bahia para o ano de 2013/2014.
470/2013	30/10/2013	Aprova ad referendum a justificativa formal acerca da relevância e da necessidade da alteração do endereço da Construção do Pólo da Academia da Saúde do município de Santa Maria da Vitória.
479/2013	01/11/2013	Aprova ad referendum a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma do município de Inhambupe.
480/2013	01/11/2013	Aprova ad referendum a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde - Componente Ampliação do município de Inhambupe.
485/2013	06/11/2013	Aprova ad referendum a Habilitação do OFTALMUS, no Município de Porto Seguro, Código 05.06 Oftalmologia, para procedimentos relacionados ao Glaucoma.
486/2013	06/11/2013	Aprova ad referendum a Habilitação do IOB – Instituto de Olhos da Bahia, no Município de Porto Seguro, para o Código 05.06 Oftalmologia para procedimentos relacionados ao Glaucoma.
487/2013	06/11/2013	Aprova ad referendum os Serviços que prestarão Assistência aos Pacientes Portadores de Glaucoma no Município de Porto Seguro.
488/2013	07/11/2013	Aprova ad referendum a justificativa formal acerca da relevância e da necessidade da alteração do endereço da Construção do Pólo da Academia da Saúde do Município de Catu.
489/2013	07/11/2013	Aprova ad referendum a justificativa formal acerca da relevância e da necessidade da alteração do endereço da Construção do Pólo da Academia da Saúde do Município de Igrapiúna.
490/2013	07/11/2013	Aprova ad referendum a justificativa formal acerca da relevância e da necessidade da alteração do endereço da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Juazeiro.

#### HOMOLOGAÇÃO

#### 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE – SAIS/DAB/DAE/DGC: 1.1. Credenciamentos:

238  
 239  
 240  
 241

Solicitação	Especificação	Município
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Educador Físico (40h), 02 Assistentes Sociais (20h cada), totalizando 200 horas.	Bom Jesus da Lapa
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (40h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Médico Ginecologista (20h), 01 Médico Pediatra (30h), 01 Psicólogo (30h) e 01 Assistente Social (30h), totalizando 200 horas.	Mundo Novo
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Assistente Social (30h), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Psicólogo (40h), 01 Educador Físico (40h) e Fonoaudiólogo (30h), totalizando 200 horas.	São Gonçalo dos Campos
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (20h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fonoaudiólogo (40h), totalizando 200 horas.	Rio de Contas
	09 NASF Tipo I – Composição das Equipes: 01 Educador Físico (40h), 01 Nutricionista (30h), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Assistente Social (30h) e 01 Psicólogo (40h), totalizando 200 horas para cada equipe de NASF.	Feira de Santana
	Alteração da composição da equipe de NASF tipo I, que substitui o profissional médico psiquiatra por médico ginecologista.	Pé de Serra
	Alteração da composição da equipe de NASF tipo I, aprovado através da Resolução CIB Nº 223/2013 em 19/07/2013, com a nova composição: 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Fisioterapeuta (30h), 02 Nutricionistas (30h cada), 01 Assistente Social (30h), 02 Educadores Físicos (20h cada) e 01 Psicólogo (20h), totalizando 200 horas.	Tanque Novo
	Alteração de modalidade da equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 03 Fisioterapeutas (01 com 20 h e 02 com 30h cada), 01 Psicólogo (20h), 01 Sanitarista (40h) e 01 Farmacêutico (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Andaraí
	Alteração da composição da equipe de NASF tipo II, que substitui o profissional Fisioterapeuta por Nutricionista.	Ourolândia
	Alteração de modalidade da equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, contando com a seguinte composição: nutricionista (40h), 02 fisioterapeutas (20h cada), 01 terapeuta ocupacional (20h), 02 educadores físicos (20h cada), 01 psicólogo (40h) e fonoaudiólogo (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Teofilândia
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I vinculada a ESF Alto do Cruzeiro	Baixa Grande
	01 ESB Modalidade I vinculada a ESF Maria Preta	Teofilândia
	01 ESB Modalidade I vinculada a USF de Minuim	Santa Brígida
ESF – Equipe de Saúde da Família	02 ESF Modalidade I	Cocos
Consultório na Rua	01 Equipe de Consultório na Rua modalidade I, vinculada à USF Dr. Herval Monteiro Oliveira com a seguinte composição: 01 Assistente Social (30h), 01 Enfermeiro (40h) e 01 Psicólogo (30h), 01 Médico (30h), 01 Técnico de Enfermagem (40h) e 02 Agentes Sociais (40h/cada).	Feira de Santana

242 Foi acrescentado o Município Jaguarari na relação lida por Sra. Silvana com: credenciamento de uma equipe de NASF tipo I e  
243 04 ESF modalidade I vinculada às USF de: Juacema, Flamengo, Pilar II e Tatuí. Dra. Suzana Ribeiro, seguindo a pauta,  
244 passou para o **1.2. Plano de Trabalho para prorrogação do prazo de conclusão da 1ª etapa de implantação do Projeto**  
245 **Único Telessaúde Brasil Redes – Bahia:** Dra. Elisa Carvalho, da DAB, disse ter apresentado o plano de trabalho pela manhã,  
246 com os secretários ali presentes e, conforme já tinham conversado pela manhã, apresentava na CIB, pois precisavam de  
247 resolução aprovando o plano de trabalho. O plano tratava de todos os municípios ainda em situação de importação de  
248 equipamentos para acesso às tele consultorias, situava conectividade, e além daquilo, quantos já estavam acessando de fato  
249 as tele consultorias. Ressaltou que se os municípios não estivessem ainda com as suas máquinas instaladas, mas com  
250 profissionais já treinados pelas regionais, os profissionais podiam fazer tele consultorias em qualquer máquina na sede da  
251 Secretaria Municipal de Saúde. Porque naquele processo de trabalho que eles vinham realizando todas as regionais do Estado  
252 já tinham passado por treinamento, tanto com profissionais das DARES quanto dos municípios vinculados, em todo o Estado.  
253 Disse que o profissional podia baixar o aplicativo em celular, em *tablet*, o que ajudava também para que pudessem melhorar o  
254 número de tele consultorias realizadas. Ressaltou também, antes de passar para apresentação do plano de trabalho, que hoje  
255 já estavam com mais de oito mil profissionais de saúde cadastrados no Telessaúde em todo o Estado e aproximadamente duas  
256 mil tele consultorias já realizadas, número que estava crescendo a cada dia. E precisavam fazer com que aquele processo  
257 tivesse cada vez maior capilaridade, de modo que os profissionais de saúde viessem a estar de fato utilizando a tele

258 consultoria no Telessaúde. Falou que o plano de trabalho apresentado pela manhã seria apresentado rapidamente, apenas  
259 para os membros da CIB que não tinham estado presentes pela manhã e falaria um pouco do prazo, que finalizaria no dia  
260 dezesseis de dezembro. Então os municípios que, estando com os seus profissionais já treinados - o que já tinha sido  
261 praticamente em todo o Estado - era importante estimular os seus profissionais a acessarem a tele consultoria, de modo que  
262 pudessem cumprir a meta. Passou para Dra. Helena Romero, Coordenadora do Núcleo de Tecnologia e Informação em  
263 Comunicação em Saúde da DAB, para falar mais especificamente sobre o plano. Esta confirmou que aquele movimento vinha  
264 pela Coordenação Estadual de Telessaúde, exercido pela DAB e pelo COSEMS, e tinha tido também uma reunião ampliada do  
265 Comitê Gestor Estadual de Telessaúde. O plano passava a partir da Portaria 5.252, publicada no dia vinte e nove de outubro  
266 desse ano e o prazo para implantação da primeira etapa do Telessaúde seria dezembro de 2012. Naquele mesmo mês de  
267 dezembro de 2012 o Ministério tinha publicado outra Portaria, garantindo a prorrogação do prazo e foi quando tinham pedido  
268 então a prorrogação para setembro, tendo vencido em trinta de setembro. E o cenário hoje era: de duzentos e noventa e seis  
269 municípios, apenas cento e quarenta tinham informado aquisição de equipamentos. Então tinha cento e cinquenta e nove  
270 municípios que não tinham informado aquisição dos equipamentos do Telessaúde. E havia ainda a situação dos municípios  
271 que tinham cadastrado projetos inter municipais para estruturarem núcleos de Telessaúde em suas regiões: Itabuna, Juazeiro,  
272 Capim Grosso, Porto Seguro e Vera Cruz, e mais o Projeto do Estado. Com aqueles seis projetos, quando tinha sido  
273 construído o projeto único, consolidados em projeto único, tinha ficado pactuado que aqueles municípios, junto com o Estado,  
274 estariam repassando recursos para a Fundação Estatal, a fim de garantirem o Projeto Telessaúde dos quatrocentos e  
275 dezessete municípios. Referiu que naquele momento apenas a SESAB e o Município de Vera Cruz tinham repassado o  
276 recurso para a Fundação Estatal. Os quatro municípios citados até o momento não tinham repassado recurso e aquilo trazia  
277 certa preocupação em relação à sustentabilidade do projeto para o próximo ano. Porque quando tinha sido feita a  
278 contratualização com a Fundação, havia uma expectativa de todos aqueles recursos para garantirem o projeto. Então naquele  
279 plano que estariam encaminhando para o Ministério para a prorrogação de prazo constavam três objetivos. E os apresentou  
280 em slide: a aquisição de equipamentos; a situação de conectividade com os municípios; e a situação de tele consultorias.  
281 Mostrando no slide, comentou: o que aparecia em verde eram os municípios que tinham adquirido equipamentos e os que não  
282 tinham adquirido, apareciam em vermelho. Então apareciam alguns municípios com informação da conectividade, mas que  
283 tinham algumas unidades e outras não, por isso é que apareciam em vermelho. Tinha alguns municípios que apareciam como  
284 não tendo adquirido equipamentos, não tendo informado conectividade, mas que tinha já registro de solicitação de tele  
285 consultoria. E aquilo acontecia porque o Núcleo Técnico Científico da Bahia - o Núcleo de Telessaúde, já tinha realizado  
286 oficinas de treinamento por todo o Estado. Então todas as regiões tinham recebido treinamento do Telessaúde. E no momento  
287 do treinamento eles tinham solicitado tele consultorias, razão porque solicitações de tele consultoria dos municípios apareciam  
288 registradas na plataforma. Então o que eles consideravam como encerrada a primeira etapa de implantação do Telessaúde era  
289 a informação para a DAB de que os municípios tinham adquirido os equipamentos e já estavam implantados; a situação de  
290 conectividade; o cadastro dos profissionais na plataforma; e o sistema de monitoramento do Telessaúde. Informou que o  
291 sistema já estava funcionando, o município devia entrar com a sua senha e informar a última parte do sistema com a situação  
292 de implantação. Informou que tinha a pergunta sobre a estrutura física da unidade e a implantação de equipamentos e tinha um  
293 campo em que o gestor devia anexar a foto do equipamento na sua unidade. Disse que o sistema estava bem fácil para  
294 informações. E que a DAB tinha preparado um tutorial vídeo mostrando o passo a passo de como informar no sistema a  
295 situação de implantação do Telessaúde no município. Todos podiam entrar no site do Telessaúde e na parte de material  
296 encontrariam o tutorial vídeo para pegarem orientação. E que sabia que alguns municípios já tinham adquirido os  
297 equipamentos, mas apareciam silenciosos no sistema porque até o momento não tinham informado à DAB. Então era  
298 importante que os municípios que ainda não tinham informado, mas já tendo adquirido, informassem a eles e encaminhassem  
299 ofício para a DAB a fim de informarem ao Ministério. Também aqueles municípios que apareciam ali como já tendo concluído  
300 de fato a primeira etapa do Telessaúde. A intenção do plano era também de informar ao Ministério que o município já estava  
301 pronto para receber a segunda parcela do Telessaúde, os 30% restantes, pois os municípios tinham recebido 70% do Fundo.  
302 Informou que a Portaria trazia: o município que até o mês de dezembro não tivesse concluído a primeira etapa estava sujeito a  
303 devolver os recursos ao Fundo Nacional e o Ministério também acionaria automaticamente a auditoria ao município. Colocou  
304 que para qualquer dúvida em relação à situação do município, os gestores podiam lhes procurar na DAB. E os documentos já  
305 encaminhados ao COSEMS estariam sendo disponibilizados para os gestores e assim teriam uma informação melhor da  
306 situação dos municípios. Dra. Suzana Ribeiro perguntou se estava OK e, com a resposta positiva, passou ao ponto: **1.3.**  
307 **Desenhos Regionais da Linha do Cuidado do Trauma – Centros de Trauma** – Dra. Alcina Romero, da DAE, citou a CIB de  
308 outubro, quando tinha sido apresentada uma proposta da linha do cuidado do trauma para apreciação, com objetivos,  
309 diretrizes, componentes e a imagem objetivo de como queriam organizar a linha de cuidado. Tudo tinha sido apreciado pela  
310 CIB e hoje voltavam com a necessidade de aprovarem aquela linha de cuidado, porque estavam na seguinte situação: alguns  
311 planos de urgência já aprovados em portaria ministerial, no caso, os planos da Macrorregião Leste, aprovados desde 2012,  
312 sem centro de trauma, pois na época não tinha portaria de centro de trauma. Tinha dez planos em análise no Ministério da  
313 Saúde, também sem desenhos de centros de trauma. E tinha mais outros planos, ou com análises já sendo construídas, ou  
314 para serem construídas, mas que a partir de agora precisam já inserir o Centro de Trauma. Os que já tinham sido aprovados  
315 sem Centro de Trauma precisavam ter a linha do cuidado aprovada pela CIB e trazerem o desenho do Centro de Trauma,  
316 conforme a linha do cuidado. Ressaltou que tinham de se organizar, voltarem aos territórios, às CIR, apresentarem a proposta,  
317 desenharem a linha do cuidado e depois aprovarem e mandarem para o Ministério. Os planos que não tinham sido ainda  
318 construídos, não tinham passado pela CIB, deveriam já contemplar, como os de Paulo Afonso, da Macrorregião Centro Leste,  
319 da Nordeste, todos já tinham que vir com o Centro de Trauma, na lógica da linha do cuidado. Hoje estavam apresentando a  
320 linha do cuidado para aprovação e uma proposta de desenho de Centro de Trauma para análise posterior nas CIR. Ou seja,  
321 estavam apresentando de novo uma proposta de linha de cuidado para aprovação e uma proposta de desenho que não seria  
322 aprovada hoje. A proposta de desenho seria apresentada e aprovada de região a região, mudada e alterada pelos gestores  
323 nas regionais, mas precisavam ali da linha do cuidado aprovada. Na apresentação dos slides, falou que não se deteria ao  
324 marco legal da conformação da linha de cuidado e trauma de todas as portarias. Apresentou o objetivo da linha de cuidado do

325 trauma: reduzir a morbimortalidade pelo trauma e construir desenhos regionais de forma a ampliar e qualificar o acesso  
326 humanizado, integral, ao paciente pós-traumatizado. Salientou que na linha de cuidado de traumas tinha que ter duas coisas  
327 muito importantes: o tempo resposta e uma rede organizada, com pontos de atenção estrategicamente posicionados, o  
328 atendimento de forma ágil e oportuna. Segundo ponto apresentado foram os Componentes da Linha de Cuidado de Traumas:  
329 promoção e prevenção; vigilância; atenção básica; SAMU; sala de estabilização em UPA; componente hospitalar; reabilitação;  
330 e atenção domiciliar. Perpassando todos os componentes, a classificação de risco, que era muito importante, por permitir  
331 mostrar a situação do evento e qual o melhor ponto de atenção para atender ao trauma. Lembrou a todos que trauma ia do  
332 corte no dedo até os grandes queimados e poli-trauma, então eram níveis muito diferentes de situações e precisavam ter  
333 pontos de atenção também diferentes para os atendimentos. Outro ponto: qualificação profissional, sistema de informação e  
334 regulação, este último colocado como o orientador de todo o desenho, a regulação de urgência e a regulação de leitos. As  
335 diretrizes: as mesmas diretrizes do SUS, as diretrizes de tempo resposta, de humanização, de retaguarda ambulatorial  
336 especializada, precisando ter ponto de atenção para garantir o segundo tempo cirúrgico, para não acontecer o que estava  
337 acontecendo hoje. Como Dr. Fabiano tinha relatado a história de uma usuária com fratura no braço, já se passando noventa  
338 dias da fratura com uma imobilização provisória, não conseguindo acesso para a cirurgia e tinha consolidado errada. Teria que  
339 fraturar para fazer o procedimento cirúrgico, sendo aquilo o que precisavam resolver. A imagem objetivo, só para entenderem  
340 como tinha se conformado: no espaço municipal, acordo promoção, prevenção e vigilância, todos os municípios, no seu âmbito  
341 de porte, desde o município pequeno até o de maior porte, tinham ações de promoção, prevenção e vigilância para  
342 desenvolverem. O município faria o acolhimento e as chamadas do trauma pelo número II, garantiria o primeiro atendimento ou  
343 estabilização na sua unidade básica, no seu HPP, na sua UPA, conforme o caso. As situações de maior complexidade seriam  
344 referenciadas através da Central de Regulação de Urgência para o nível regional. Naquele nível seriam implantados os  
345 serviços da TOM, que eram os hospitais para média complexidade cirúrgica de ortopedia; os leitos de retaguarda de UTI adulto  
346 de cuidados prolongados; e os Centros de Trauma I ou II. E ainda reabilitação e garantia de acesso para outro estágio. E no  
347 espaço macrorregional estariam implantando o Centro de Trauma III e veriam que não conseguiam ainda, para todas as  
348 macrorregiões, unidades hospitalares atendendo aos requisitos do centro de trauma III, mas era aquela a imagem objetivo.  
349 Chamou a atenção que o contrato, o aditivo, o plano operativo e a publicação tinham o prazo até o dia trinta de novembro para  
350 serem encaminhados ao Ministério. Mencionou o manual de orientação do Ministério da Saúde sobre como fazer o aditivo dos  
351 hospitais filantrópicos, com no mínimo 30 leitos e taxa de ocupação de no mínimo 30%; e previa também que o cálculo seria  
352 feito com base na produção de média complexidade. Então o valor produzido na competência de julho de 2012 a maio de  
353 2013, dividido por dois, compreendia o novo valor de IAC, que era um valor consideravelmente maior do que era dado  
354 anteriormente. Informou que já existe um modelo da publicação disponível, o modelo da minuta para o aditivo, que é bem  
355 simples, com treze cláusulas. E o modelo do Plano Operativo, bem mais simples do que costumavam usar, constando os  
356 dados do prestador das áreas de atenção que eram incorporadas no contrato e a documentação encaminhada para o  
357 Ministério até 30 de novembro: o requerimento do prestador; o ofício do gestor municipal e estadual; o aditivo; o plano  
358 operativo; a publicação. Disse que estava com a relação das unidades que tinham sido contempladas e se colocou à  
359 disposição para os esclarecimentos necessários, assim como o COSEMS, que tinha participado da discussão. Dra. Stela Souza  
360 colocou duas questões: a Portaria que trazia a relação dos hospitais filantrópicos contratualizados, alguns contratualizados  
361 pelo Estado e outros pelos municípios. Contratos que precisavam ser encaminhados até dia trinta de novembro e já traziam o  
362 valor atualizado do IAC, que encaminhavam a documentação dos que estavam na Portaria, e recebendo a diferença do IAC  
363 retroativo a agosto. Por outro lado, tinha hospitais contratualizados com o Estado ou com os municípios, ou não  
364 contratualizados com nenhum dos dois, mas que são filantrópicos, com produção e não constando na Portaria, necessitando  
365 discutir como resolver porque estavam analisando alguns que não entravam na Portaria. Às vezes atendiam aos critérios de  
366 outros que estavam na Portaria, mas já estavam com o 'dever de casa', fazendo estudo. Então, com relação aos hospitais que  
367 não constavam na Portaria, o COSEMS e a SESAB estavam fazendo um levantamento. Mencionou estar preocupada com os  
368 municípios que precisavam fazer o aditivo até o dia trinta e podendo precisar de alguma ajuda ou orientação naquele aditivo e  
369 que podiam vir com os mesmos custos do contrato anterior. Mas era necessário lembrar que tinha saído uma Portaria de  
370 contratualização dos filantrópicos, que tinha sido aprovada na Tripartite, e estava lá no Ministério para ser publicada a qualquer  
371 momento. E na discussão no COSEMS tinham sugerido que, ao fazerem um aditivo, colocassem talvez até o prazo de um ano,  
372 mas tinha uma cláusula na nova Portaria que seria recontração, um contrato novo, com a orientação da Portaria nova. O  
373 Conselho já estava fazendo uma movimentação com os municípios que estavam na Portaria e precisavam fazer aquele aditivo  
374 e COSEMS e NUCON se colocavam à disposição para auxiliarem os municípios. Dr. José Antônio, Secretário de Saúde de  
375 Salvador, pontuou que os hospitais que não estavam listados podiam ter problemas no Departamento de Certificação de  
376 Entidades Beneficentes e Assistência Social em Saúde – DECEBAS. Mas deixava claro que o gestor ficasse alerta porque às  
377 vezes a unidade hospitalar estava com pendência no DECEBAS, mas estava em fase de recurso e tinham direito. Então o MS  
378 tinha publicado três listas e talvez na terceira ou quarta lista estivessem incluídas daquelas unidades hospitalares, sendo  
379 interessante o gestor acompanhar para poder incluir o hospital sob sua gestão. Ressaltou a cobertura de leitos, o cadastro do  
380 CNES com a proporção mínima para que eles pudessem viabilizar este ano, pegando a produção até junho e julho de dois mil  
381 e quatorze e, com base na média, contratualizaram a partir do ano vindouro. Ponderou que o interessante seria a partir de  
382 agora já terem o contrato formalizado para que pudessem habilitar a partir do ano dois mil e quatorze, para receberem o  
383 incentivo. Dra. Suzana Ribeiro lembrou a discussão com Dr. Stela e membros do COSEMS na agenda de ontem e disse que,  
384 com aquele encaminhamento feito, precisavam reforçar como Sr. Alisson tinha falado, que os aditivos dos contratos tinham que  
385 estar publicados agora para se garantir o IAC retroativo ao mês agosto. E chamou atenção que dia vinte e cinco era o dia de se  
386 encaminhar o teto; portanto, para aqueles que já tivessem sido aprovados agora, os gestores acelerassem os processos nos  
387 seus municípios e garantissem logo que o aditivo fosse feito e encaminhassem ao Ministério, não esperando o dia trinta para  
388 fazê-lo. Porque encaminhando antes, com a publicação antes, como o teto seria encaminhado dia vinte e cinco ou dia vinte e  
389 seis, conseguiriam incluir na competência de dezembro e desacerelerariam. Assim era importante anteciparem e garantirem já  
390 para dezembro, não só para o gestor como para o prestador, pois receberiam o recurso novo no teto, repassado através do  
391 bloco de média e alta complexidade. Falou que estava carimbado com IAC e entrava como receita para o município,

392 impactando na captação maior de receita. Lembrou que, como era retroativo, tinha unidades maiores, receberiam valor maior  
393 de recurso. Pontuou que nesta sexta feira, dia oito, eles tinham feito o aditivo do IAC e considerando doze meses na vigência.  
394 Mas com um adendo que, com as publicações das novas Portarias de contratualização já pactuadas em CIT e prontas para  
395 serem publicadas, deveria ser feito um novo contrato, como previa a Portaria. Seriam recontratualizados principalmente  
396 naqueles casos onde a unidade estivesse vinculada através da Rede de Urgência ou Rede Cegonha. Para garantirem as  
397 diretrizes, as metas e indicadores, de acordo com as Portarias da Cegonha e da Urgência, que eram as principais e que já  
398 tinham aprovação e inclusive liberação de recurso no território do Estado. Lembrava aquilo porque estavam no movimento de  
399 construção com o COSEMS, das metas e dos indicadores, do modelo do contrato, para depois poderem sentar com os  
400 municípios com comando único e que iam elaborar seus contratos, e assim eles pudessem seguir um regramento, uma  
401 orientação. Para não fugirem do processo de implantação de rede que garantisse que as metas qualitativas também fossem  
402 colocadas, como a presença de acompanhante no parto, a instalação da CTR, tanto para Urgência como para Cegonha. Enfim,  
403 tinha uma série de diretrizes que já estavam apontadas, tanto para a Cegonha como para a Urgência, porque precisavam  
404 garantir que aqueles prestadores filantrópicos pudessem agregar, não só do ponto de vista do valor financeiro, mas também de  
405 qualidade. Lembrou também que o novo contrato, portanto o IAC, sendo editado agora, seria o valor para garantir o retroativo  
406 também a agosto, por conta da adesão. Mas, se o novo contrato, de acordo com o que tinha sido pactuado na portaria do  
407 Ministério, já apontaria, no caso das filantrópicas, que no mínimo 40% seriam destinados às metas qualitativas e 60% às  
408 quantitativas, ou seja, o regramento era também muito por conta do Estado. Daí ser importante já sinalizar ao prestador  
409 filantrópico que estivesse fazendo aditivo para o IAC, mas estivesse já sabendo que teria de recontratualizar, quando saísse a  
410 Portaria de contratualização do Ministério, quando a nova portaria da Política Nacional de Atenção Hospitalar fosse publicada.  
411 Ressaltou o pactuado com COSEMS ontem, além do movimento do aditivo: estavam com uma agenda com o COSEMS para  
412 discutirem e construírem o novo modelo de contratualização de novos filantrópicos, à luz da Portaria da contratualização, da  
413 nova política de atenção hospitalar e de todo regramento que já tinha sido colocado na Portaria dos filantrópicos. Lembrou que,  
414 com a nova legislação, toda e qualquer unidade que tiver aderido ou dado entrada com protocolo junto ao DECEBAS, podia  
415 fazer jus ao pleito do contrato como filantrópica. Enquanto isso seria feito o movimento de avaliação e de liberação de  
416 certificado dentro do Ministério, para que pudessem ser contemplados. E quem tiver pendências com recurso, estariam sendo  
417 avaliados e o recurso por si só já dava efeito suspensivo em qualquer decisão que tivesse acontecido em relação à assistência  
418 da filantropia ou a qualquer processo e que seria garantido pelo Ministério. Salientou que na semana retrasada tinha sido  
419 publicada a Portaria do Ministério referindo que o incentivo dos filantrópicos deveria ser repassado para suas unidades e  
420 prestadores até o quinto dia útil. Lembrava aquilo porque tinha ficado definido por aquela Portaria que, quando o gestor não  
421 repassar o incentivo filantrópico até o quinto dia útil após o recebimento do mesmo em sua conta, o Ministério retiraria e  
422 repassaria para o prestador filantrópico. E sublinhou que era o incentivo, não estava falando de produção. Registrava aquilo  
423 para que todos ficassem em alertas porque tinha sido publicado na Portaria, tendo havido discussão com CONASS e  
424 CONASEMS na CIT sobre as limitações que aquilo podia trazer para o gestor, no controle, avaliação e monitoramento do  
425 contrato. A partir dali, mesmo que o Ministério fizesse o saque da conta e repassasse para o prestador, aquilo não impedia que  
426 o município ou o Estado fizesse o seu papel de gestão daquele contrato. E caso encontrasse irregularidade na prestação do  
427 serviço, teria que relatar e formalizar junto ao Ministério da Saúde, para que este pudesse rever o incentivo. Mas a questão do  
428 contrato saía da responsabilidade do Estado ou município de imediato. No primeiro momento o Ministério retiraria e repassaria  
429 para o prestador. Reforçou que era importante estarem alertas porque era uma decisão da Portaria, para que não terem  
430 prejuízos. Ao ser questionado o número da Portaria, respondeu que era a 1232, de seis de novembro, publicada no dia sete do  
431 mesmo mês. Dra. Stela Souza complementou a fala de Dra. Suzana Ribeiro sobre a nova contratualização e disse que  
432 precisavam ficar bem atentos em um item que precisaria ser bem esclarecido: a questão do POA, as metas, que precisavam  
433 ter muito cuidado porque eles tinham agora a relação 90% - 10% e a portaria de contratualização viria com 60%. A proposta  
434 era de 60% para metas quantitativas e 40% para qualitativas. Então precisavam de ampliação de serviços, e trazia como  
435 sugestão que, após a publicação da Portaria, os municípios trabalhassem 60% quantitativas e 40% qualitativas. Mas as  
436 qualitativas tinham que ficar bem amarradas porque a Portaria de contratualização trazia todo o arcabouço de tudo que era  
437 importante e necessário ser colocado naquela contratualização. Colocou como outra questão monitorar as qualitativas e, por  
438 ser tão subjetivo acompanhar, era muito complicado. E era importante ficarem atentos que, se tiverem perna para fazerem um  
439 monitoramento adequado, se conseguiria acompanhar e até cobrar. Passou a palavra para Dr. Odilon Rocha, que mencionou  
440 estarem diante de uma nova realidade onde o Ministério a cada instante dava algum tipo de *plus* e algum tipo de serviço. Era  
441 necessário também criar um grupo para avaliar se a implantação daqueles recursos estava significando também algum tipo de  
442 melhoria no atendimento e na qualidade da assistência. Porque tinha projeto de cirurgia eletiva, o TOM, os traumas, o incentivo  
443 e era necessário fazerem um acompanhamento porque o hospital municipal não tinha nada daquilo. Dra. Stela Souza salientou  
444 que a questão era uma boa lembrança e lembrou que tinha hospitais que saíam de dois milhões de IAC para sete milhões,  
445 estava na Portaria e analisassem os valores. Quanto ao município fazer o monitoramento e formar grupo e acompanharem,  
446 sinceramente, não sabia como teriam 'perna' para aquilo e caberia a cada gestor fazer o acompanhamento em seu território.  
447 Dra. Suzana Ribeiro informou que definiriam a oficina junto com o gestor com comando único, para apresentarem o modelo do  
448 contrato e POA, juntamente com o COSEMS. Deu continuidade à pauta. Pactuação. **1. Superintendência de Recursos**  
449 **Humanos da Saúde – SUPERH: 1.1. Curso de Especialização em Educação Permanente – SGETS/UFRGS. 1.2. Projeto**  
450 **Caminhos do Cuidado – Formação em Saúde Mental.** Informou que tinha um ponto do GASEC e da DIREG que estava  
451 antecipando, já tendo conversado com Dr. Stela, do COSEMS, a aprovação de um projeto de cirurgias eletivas do Município de  
452 Sapeaçu, tendo conversado com Dra. Cláudia Almeida, da SUREGS e estavam colocando para ser aprovado *ad referendum*.  
453 Porque só tinha que apresentar adesão dos municípios e já tinha sido aprovado em CIR. E de acordo com a pendência, que  
454 era a relação dos municípios em adesão, isso sendo feito, a Dra. Cláudia Almeida já poderia encaminhar para o Ministério.  
455 Aprovado. Dr. Odilon Rocha disse que a Secretaria do Estado da Bahia tinha ficado de fazer um 'passo a passo' para os  
456 municípios, a fim de fazerem a correção para as cirurgias eletivas, referentes à cobrança da diferença entre a tabela e o SUS.  
457 E os municípios, ao fazerem aquela correção, posteriormente pleitearem no Ministério os novos valores. Dra. Suzana Ribeiro  
458 fez o registro da solicitação de Dr. Odilon Rocha e lembrou a Dra. Cláudia. Convidou Dra. Maria Aparecida Araújo, da DIVEP,



459 para apresentar o Projeto de Aprimoramento da Rede de Frio no SUS Bahia. Esta informou que o Ministério da Saúde tinha  
460 anunciado a Portaria nº 2.682, que previa recurso para ampliação e reforma da Rede de Frio, no âmbito dos estados e do  
461 Distrito Federal. E a Diretoria de Vigilância Epidemiológica tinha trabalhado para a ampliação da rede de frio do Estado. Como  
462 inicialmente a previsão era só para os estados, eles tinham se baseado no diagnóstico feito em dois mil e onze e em dois mil e  
463 doze, pela Vigilância Epidemiológica e pelo Ministério da Saúde. E eles tinham escolhido cinco regiões de saúde que  
464 precisavam de ampliação na reforma da Rede de Frio. Pontuou que a Portaria tinha a previsão de publicação para dezembro  
465 de dois mil e treze, ou início de dois mil e quatorze. No entanto a Portaria nº 2682, saída em sete de novembro e publicada no  
466 dia oito, estabelece: procedimentos e critérios para o repasse de recursos financeiros de investimento pelo Ministério da  
467 Saúde, para o fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio no âmbito dos estados, do Distrito  
468 Federal e dos municípios. Então na portaria ficavam incluídos os municípios e na discussão prévia só estavam previstos os  
469 estados e o Distrito Federal. Os recursos se destinavam à construção, ampliação de Centrais de Rede de Frio, aquisição de  
470 material permanente e aquisição de unidade móvel para o transporte de imunobiológicos no âmbito da Rede de Frio. E passou  
471 a mostrar em slides a estrutura da Rede de Frio. O critério de elegibilidade inicial de investimentos em Centrais Estaduais e  
472 Regionais de Rede de Frio e no Distrito Federal, que tinha sido ampliado para centrais municipais da Rede de Frio nas vinte e  
473 seis capitais, inclusive Salvador. E a necessidade de investimentos em outras centrais municipais consideradas de interesse  
474 estratégico, com o objetivo de promover a qualidade e oferta dos insumos e eficiência no transporte. E foram incluídas as  
475 Centrais de Rede de Frio Ampliadas Regionais: 25ª Dires – Barreiras; 15ª Dires – Juazeiro; 2ª Dires – Feira de Santana;  
476 3ª Dires – Alagoinhas; 4ª Dires – Santo Antônio de Jesus. As regionais foram baseadas no diagnóstico feito pela Vigilância  
477 e pelo MS. Colocou que tinha trinta dias, a partir da publicação, para se aprovar, tendo sido discutido na reunião do COSEMS  
478 montarem as centrais das redes de frio municipais, cujos projetos tiverem sido aprovados pelo Ministério. Porque eles já  
479 estavam mais ou menos com os projetos encaminhados, mas para os municípios, não estava. Mas o Form-SUS estava aberto  
480 para os municípios entrarem, no endereço eletrônico: [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=12543](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=12543).  
481 Informou a informação de que o recurso do Ministério viria primeiro para o Estado e era o que estava sendo feito na fase  
482 preparatória, mas não sabiam quando o recurso seria liberado para os municípios. Dra. Stela Souza lembrou o explicado pela  
483 manhã por Dra. Maria Aparecida, de que em nenhum momento a Portaria falava que só seria para aquelas regiões e para o  
484 Estado. Era uma notícia informal e sendo assim o COSEMS tinha definido que avaliariam todos os municípios que ampliarem,  
485 para terem a sua resolução CIB. Porque tinha de ficar claro que precisavam da resolução CIB para inserirem o projeto.  
486 Ressaltou que não dava para esperar o Ministério aprovar para ter resolução CIB. Tinham pactuado na manhã que todos os  
487 municípios que tiverem pleiteado saíam naquela Portaria. Lembrou que o prazo era até trinta dias após a publicação da  
488 Portaria, logo, se a data da publicação era oito de novembro, iria até o dia sete de dezembro. E como teriam uma CIB dia cinco  
489 de dezembro, deixavam para cinco de dezembro, todos que fizerem encaminharem ou ficava a proposta acordada pela manhã:  
490 conforme os municípios fossem solicitando, sairia uma resolução *ad referendum*. Deu o encaminhamento: quando o município  
491 colocar o projeto no Form-SUS ele solicitaria a CIR ou iria para a área técnica, para sair uma resolução *ad referendum*, e  
492 assim ele poder inserir no projeto; caso contrário ele não fecharia o Form-SUS. **(Nesse momento muitas pessoas falaram  
493 fora do microfone)**. Dra. Maria Aparecida informou que deixaria uma cópia do Informe Técnico nº 1, que estava também no  
494 site do Ministério, tratando do investimento para aprimoramento da Rede de Frio. Reiterou que o Estado já estava adiantado  
495 porque antes não se sabia que os municípios seriam contemplados na Portaria. Dra. Estela retomou a palavra dizendo que o  
496 Estado já tinha colocado, assim como outros municípios. Então teriam que fazer um informe para os municípios que tiverem  
497 inserido o projeto no Form-SUS, para eles que solicitarem à CIB a resolução *ad referendum*. **Aprovado**. Dr. Ivonildo Bastos  
498 exemplificou, para um melhor entendimento: o município X e Z cadastrava no Form-SUS, então automaticamente formalizaria  
499 com a CIB que já tinha feito o cadastro e requereria a resolução *ad referendum*. Dra. Stela Souza abriu para discussão.  
500 **Aprovado**. Passou para o ponto de pauta do COSEMS: **2.1. Município de Jeremoabo solicita apreciação e aprovação do  
501 Projeto de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar**, com parecer favorável da Área Técnica. **Aprovado**. Informou que  
502 na CIB passada tinha sido pactuado que haveria uma CIB extraordinária para tratar da questão da regulação, tendo havido  
503 uma confusão por parte de alguns gestores que tinham pensado que a CIB de hoje seria a extraordinária. Hoje era a CIB  
504 ordinária, que fazia parte do calendário do ano. Disse que o COSEMS trazia uma proposta para a CIB extraordinária, ser dia  
505 quatro de dezembro e no dia cinco acontecer a CIB ordinária. Dra. Alcina Romero com a palavra, esclareceu que toda  
506 macrorregião teria que ter um Centro de Trauma. Falando de um slide que não estava visível, referiu o componente hospitalar  
507 e da confusão entre o que significava Hospital da Tom e o que significava Centro de Trauma, afirmando serem duas coisas  
508 diferentes e até o processo de adesão e habilitação eram diferentes. Completou que os hospitais da TOM assumiam uma  
509 estratégia de ampliação de acesso e não precisavam estar contemplados obrigatoriamente dentro dos planos regionais. Assim,  
510 sendo construído o Plano Regional, se referenciaria a ele e seriam colocados dentro da Linha de Cuidado. E os mesmo não  
511 precisavam ter um Plano de Ação Regional aprovado para habilitar. O Hospital da TOM podia ser Centro de Trauma I, II, ou III,  
512 porém, podia apenas ser Hospital da TOM, pois a TOM não precisava de porta aberta de urgência. Exemplificou o Hospital  
513 Manoel Vitorino, como exclusivamente Unidade de Alta Complexidade para Ortopedia, mas não tendo Centro de Trauma e que  
514 não devia ser centro de traumatologia-ortopedia, pois o mesmo não estava aberto 24 horas para regulação de urgência. Sendo  
515 assim, disse também que ele não era centro de trauma, mas um hospital da TOM, segundo centro cirúrgico, de regulação e de  
516 alta complexidade de traumatologia-ortopedia. Colocou no slide da sua apresentação para que isso ficasse mais claro. Apontou que  
517 TOM era TOM e que o mesmo Hospital da TOM podia ser também Centro de Trauma I, II ou III. Indicou ainda alguns hospitais,  
518 como em Vitória da Conquista, que tinham entrado na TOM, mas na proposta não constava como Centro de Trauma e sim um  
519 serviço hospitalar. Não precisava, pois, ser Porta Aberta, com exigência de 24 horas. Lembrou que a TOM só fazia ortopedia e  
520 que eram 47 procedimentos de ortopedia de média complexidade e que o Centro de Trauma fazia desde CCE até atendimento  
521 ao grande queimado, passando por ortopedia (fêmur, bacia, quadril, joelho), os atendimentos de média a alta complexidade,  
522 cirurgia geral, drenagem torácica, amputação. E eram 148 procedimentos da tabela do Trauma e não se restringia a  
523 ortopedista. Acrescentou que, para ser centro de trauma, era preciso ter uma porta de entrada qualificada nos termos da  
524 Portaria Ministerial 2.395, o que queria dizer que ele precisava ter porta aberta 24 horas e era preciso também ter mecanismo  
525 de gestão da clínica. Citou que, pela portaria ministerial, os centros de trauma podiam ser de três tipos: I, II e III. Todo Centro

526 de Trauma I tinha que ter a referência do II e este tinha que ter a referência do III. E o grande problema para os gestores era  
527 que seria preciso pedir do I para o II e do II para o III, sendo estes posicionados, pelo menos, a 70 minutos de distância, por um  
528 meio de transporte adequado. Comentou que na Bahia nem por helicóptero seria possível acontecer dentro desses 70 minutos,  
529 e sinalizou que eram poucos hospitais fazendo isso. Mas a Portaria também abria a possibilidade de justificativa e era aquilo  
530 que as regiões teriam que pensar, ou seja, na justificativa pela qual o hospital pleitearia o centro de trauma. Dessa forma, a  
531 primeira coisa a fazer tinha que ser a justificativa, apontando a necessidade de cada região ter um Centro de Trauma. Assim,  
532 que o Centro de Trauma I era um Hospital Geral, que devia ter mais de cem leitos, e ser referência para até 200 mil habitantes.  
533 O Centro de Trauma II precisava ter um Hospital Especializado tipo I, de acordo com a Portaria 2.395, o que significava que ele  
534 precisava ser habilitado em neurologia ou traumatologia-ortopedia, ambos de alta complexidade. E o Centro de Trauma III precisava  
535 obrigatoriamente ser habilitado na alta complexidade de traumatologia-ortopedia. Indicou como requisitos da Portaria, para ser  
536 Centro de Trauma I: a necessidade de possuir mais de cem leitos; fazer média complexidade; ter 10% do atendimento  
537 referenciados para outros municípios; ter clínico cirurgião; ortopedista; anestesista; enfermeiros e técnicos de plantão nas 24  
538 horas; possuir equipe profissional; capacidade para atendimento de paciente crítico; possuir centro cirúrgico; leitos de  
539 enfermagem; garantir UTI; e mais uma série de critérios. Declarou que o Centro de Trauma II precisava ter ainda, além das  
540 características já citadas: a UTI, não podendo ter UTI circular referenciada e precisava ser fixa na unidade; ter tomografia  
541 disponível na unidade, assim como ressonância magnética; e uma equipe de profissionais de *stand by*: neurocirurgião,  
542 vascular, cirurgião plástico, cirurgião pediátrico, cirurgião bucomaxilo-facial, torácico, ginecológico e oftalmológico. Ressaltou  
543 que não havia a necessidade de ser de plantão, porém era preciso que estivessem precavidos. Assinalou que, para o Centro  
544 de Trauma III, também era necessário ter tudo aquilo e que a tomografia precisava ser obrigatoriamente na unidade, não  
545 podendo ser apenas disponível, enquanto a radiologia vascular intervencionista podia ser apenas disponível. Apontou que,  
546 além de todos aqueles especialistas em *stand by*, ainda era preciso ter cirurgião de mão, otorrinolaringologista, nefrologista e  
547 endoscopista. Evidenciou com isso as dificuldades existentes para a implantação do Centro de Trauma na Bahia e propôs que  
548 os gestores presentes avaliassem a questão com calma, pois aquela proposta tinha sido feita na seguinte metodologia descrita  
549 pela mesma: os 148 procedimentos tinham sido tirados da produção de 2012 e incluídos para o Estado da Bahia. E expôs que  
550 a organização tinha sido feita de tal forma que praticamente todas as 27 regiões teriam um Hospital com as características de  
551 um Centro de Trauma. Mas não deixando de salientar os vários problemas na maioria, pois muitos não tinham os 100 leitos,  
552 referência de fora, a equipe completa, leito de UTI, etc. Apontou que dentro do Centro de Trauma I só Seabra não tinha tido  
553 êxito, sendo a única região na qual não aparecia nenhum hospital com a produção dos procedimentos obrigatórios. Assim, as  
554 vinte e sete regiões teriam Centros de Trauma e era necessária justificativa e análise de cada um, verificando tudo que falta, e  
555 justifica e esperar que o Ministério sinalizasse a possível aprovação. Referiu que o Centro de Trauma II e os hospitais  
556 habilitados em neurologia e em neurocirurgia eram em bem menos quantidade, existindo poucos: o HGC; o HGCA; o Luis  
557 Viana; a Maternidade Santa Helena de Ilhéus; o Hospital de Base de Itabuna; o Manoel Novaes de Itabuna; o de Vitória da  
558 Conquista; o Hospital do Oeste; e o Hospital Deputado Luis Eduardo Magalhães, em Porto Seguro. E informou que havia  
559 menos ainda em relação ao Centro de Trauma III. Apontou que na semana desta 218ª reunião da CIB, somente duas unidades  
560 tinham sido habilitadas na Bahia: o Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus e o Hospital Prado Valadares, criticando que  
561 até a semana anterior à reunião ainda não haviam sido habilitados. Comentou que, sendo assim, só haveria Centro de Trauma  
562 III talvez em Salvador e possivelmente, com capacidade instalada para atender à Portaria, somente o HGE, o Hospital do  
563 Subúrbio e o Hospital Ernesto Simões. Além destes, o Hospital Municipal de Teixeira de Freitas, que estava com problema.  
564 Salientou que a metodologia agora era aprovar a Linha de Cuidado, fazendo uma agenda com as CIR para aprovação do  
565 resultado e os gestores concordarem com a proposta ou alteração da mesma, se comprometendo e fazendo o *check list* de  
566 todos, para justificarem e mandarem os planos distintos. Sinalizou que aqueles municípios que ainda não tinham planos  
567 poderiam se dirigir ao Centro de Trauma, levando a justificativa completa, com o detalhamento técnico de toda a situação do  
568 SAMU e da Rede pré-hospitalar desenhada. O Plano poderia até ser encaminhado solto, mas com toda a rede pré-hospitalar  
569 desenhada. Conduziu sua fala dizendo que não havia recurso pré-determinado para Centro de Trauma. Existia o incremento  
570 de 80% na produção do que já se fazia, e cada procedimento teria 80% de incremento, sendo que os requisitos da organização  
571 precisariam da aprovação dos planos na CIB. Adiantou que alguns deles já tinham plano, outros já tinham sido aprovados sem  
572 os mesmos, reforçando a necessidade de ser feito todo esse trabalho. Sugeriu que a aprovação da Linha do Cuidado  
573 pretendida fosse feita hoje e o *check list* ficaria a cargo da DICON. Logo, era um processo de habilitação como outro qualquer.  
574 (conversa fora do microfone). Dra. Suzana lembrou que algumas unidades estavam com o Centro de Trauma II e ainda  
575 precisavam ser mantidas daquela forma, pois as mesmas não tinham habilitação em traumatologia-ortopedia, para darem entrada  
576 como o Centro de Trauma III. Ainda acrescentou que o Hospital Prado Valadares e o Hospital Santo Antônio de Jesus já  
577 tinham dado entrada, sendo os mais recentes nas habilitações, o que já tinha sido um êxito. Citou também o HO, o HDDC, o  
578 Luis Vianna e o Clériston Andrade, na medida em que fossem sendo habilitados, os processos fossem sendo aprovados pelo  
579 Ministério para habilitação como Trauma e Ortopedia, poderiam fazer a movimentação com o próprio Ministério, na intenção de  
580 modificar a habilitação. Lembrou que Dra. Alcina havia comentado anteriormente que seria possível fazer a justificativa, não só  
581 aos com desenhos com componentes apresentados, mas quanto a possibilidades futuras de alteração ou de finalização, ou  
582 para eles passarem para classificações superiores. Dra. Stela complementou que pela manhã, no COSEMS, tinha ficado claro  
583 que após discussões nas regiões, havia sugestões de vários gestores que tinham colocado a situação de alguns hospitais com  
584 a série histórica, mas hoje já não estavam produzindo e havia outros novos. E estavam na tentativa de fazer justificativa para o  
585 Ministério, daqueles que realmente funcionariam. Comentou que outra questão importante era que a Linha do Trauma teria que  
586 ser discutida novamente na CIB. E Dra Alcina já havia colocado que os Planos da RUE que já estavam no Ministério teriam  
587 que receber o aditivo e, portanto, as regiões seriam ressuscitadas. Imediatamente a da Região Sul, a Metropolitana Ampliada,  
588 que era da Macrorregião Leste e os outros que já estavam para estudo, sendo um caso à parte. Apontou ainda o combinado no  
589 período da manhã, que fossem revisitadas as regiões o quanto antes, fazendo o aditivo, por que o Ministério não aceitaria que  
590 fosse feito o Plano Estadual, como era o caso da TOM. Dr. José Antônio colocou que na rede conveniada do Município de  
591 Salvador podiam ter pelo menos dois serviços, um deles estava confirmado, porque tinha na área de trauma servindo de  
592 unidade de retaguarda para a rede pública, que era o Hospital Santa Izabel. Adicionou neste contexto que o outro serviço no

593 qual tinha pedido habilitação nesse mesmo ano, por falta de recurso, agora tem outra realidade, que seria o Hospital São  
594 Rafael e perguntou se este, não podendo entrar como Centro de Trauma III, poderia entrar como Centro de Trauma I ou II? Dra  
595 Alcina respondeu que podia e que a proposta estaria sujeita a abertura e só era preciso que tudo se encaixasse atendendo à  
596 Portaria. Colocou a questão da porta de entrada, frisando que se aqueles hospitais ficassem como referência da central  
597 regional da SAMU 192 para primeiro atendimento, não sendo aquele atendimento cirúrgico o que tinha ido para o hospital, mas  
598 ido para o HGE e que depois tinha regulado via CE - Central Estadual. Sendo assim, concordava que não haveria problema,  
599 ficando como referência para 200 mil habitantes. E nesse ponto ela sinalizou sua preocupação, apresentando a necessidade  
600 de análise da proposta, dizendo não ser para um Centro de Trauma e que seria no mínimo para 200 mil habitantes para cada  
601 Centro de Trauma. Dr. Emerson citou que a grande discussão era referente à Região Metropolitana de Salvador, a qual não  
602 possuía Centro de Trauma I nem II, tinha apenas como referência o Centro de Trauma III. Informou que havia naquele centro  
603 um tumulto muito grande, que estava sempre lotado e adiantou que daquela forma ainda ficaria mais cheio. Perguntou se os  
604 municípios da Região Metropolitana poderiam fazer dentro da Região Metropolitana, e se pensasse quais daqueles municípios  
605 poderiam ser referência prévia, para depois ir para o Centro de Trauma II, III, como estava no desenho. Dra. Alcina confirmou  
606 dizendo que a proposta era o que a produção estava fazendo hoje. Acrescentou que o Ministério da Saúde dizia que já tinha  
607 feito uma análise e já tinha um pré-desenho da Bahia, mas os gestores poderiam mandar suas propostas. Por isso enfatizava  
608 que os municípios e as regiões tinham que centrar os focos nas justificativas. Dr. José Antônio salientou, no caso específico de  
609 Salvador, achava que não era desprezível o volume de atendimento de alta complexidade de trauma do HSI e, se voltassem a  
610 habilitar o Hospital São Rafael, poderia ser viabilizado, acrescentando que não acreditava ser como tipo III, mas tipo I ou II. E  
611 com relação ao HSI, poderia ficar com o tipo III. Com relação à referência do SAMU, disse acreditar que eles topariam fazer e  
612 que fariam a modificação do POA. Ao que Dra. Alcina respondeu que não era necessário, pois estava aberto para demanda  
613 espontânea. Com relação ao fato dele compor a grade da Urgência da Região Metropolitana de Salvador como referência para  
614 o SAMU 192, ela entendia que seria um lucro imenso. Acrescentou também que existia um déficit bastante considerável, com  
615 relação às ações de Traumatologia- Ortopedia, mas o que acontecesse em prol seria de grande importância e uma contribuição  
616 positiva, desde que fosse bem estruturado. Dra. Suzana passou à Atenção Domiciliar em Salvador. Dra. Shirley Andrade Cruz  
617 informou que tinha sido solicitada à coordenação, a apresentação de uma proposta de ampliação dos Serviços Domiciliares no  
618 Município de Salvador e especificamente no Hospital Roberto Santos, por conta do SOS Emergência. Citou que a justificativa  
619 da ampliação existia em três dimensões: a primeira, a necessidade de incrementar as estratégias desenvolvidas até então,  
620 incluindo a presença das equipes existentes e que não faziam a cobertura total do município naquela modalidade. Além disso,  
621 sinalizou a necessidade de reestruturação da modalidade de atenção domiciliar do Hospital Geral Roberto Santos, integrando o  
622 SOS emergência ao Melhor em Casa, ambos da Rede de Urgência. E a informação mais recente que chegara pelo Ministério  
623 da Saúde, da possibilidade de utilizar a estimativa da população de Salvador para 2013, o que daria a possibilidade de  
624 ampliação da cobertura. E que era importante a informação que Dra. Alcina tinha colocado, a respeito de como a ampliação da  
625 cobertura tinha sido feita para o Município de Salvador. Disse que a Coordenação tinha acrescentado também a necessidade  
626 de fazer para os demais municípios, o que não havia sido posto. Indicou ainda que aquela possibilidade só tinha sido  
627 informada pelo Ministério na semana desta CIB. Apresentou slide da série histórica do serviço de atenção domiciliar no  
628 município, desde o ano de 2009 até o ano de 2012, indicando um crescimento, praticamente de 100% nos pacientes avaliados  
629 e admitidos. E que aquele seria o objetivo da ampliação, especificamente para o SOS Emergência. Falou que deviam ser  
630 evitadas as internações hospitalares desnecessárias de pacientes atendidos na porta de entrada dos hospitais citados. E  
631 proporcionar o abreviamento da estadia no hospital, para pacientes que estivessem clinicamente indicados à assistência em  
632 domicílio e humanizar o cuidado, proporcionando a atenção ao paciente em seu domicílio. E que, segundo o CNES de 2012, o  
633 Hospital Geral Roberto Santos tinha 713 leitos SUS, tinha internado 18.653 pacientes, sendo 86% da população própria do  
634 Município de Salvador, 14% referenciada, e com a taxa de ocupação de 101%. Assim, justificava a colocação de uma segunda  
635 equipe para tentar apoiar não só a população da área de abrangência, como a população também referenciada do hospital.  
636 Colocou como a proposta inicial, uma equipe EMAD Tipo I no Hospital Geral Roberto Santos, mas que tivesse um perfil hoje  
637 diferenciado da atual. Então a equipe teria o papel de atuar não só no cuidado na área de abrangência, mas também, e  
638 principalmente, na regulação, na transferência daqueles municípios para outros lugares. Comentou que hoje o Programa estava  
639 ampliando muito em outros municípios do Estado e a equipe teria, além do papel de internamento, o papel regulador  
640 importante, sobretudo na porta de entrada do hospital. Salientou como importante informar também que a equipe do SOS  
641 Emergência não entrava pelo critério populacional, mas sim pelo critério de ser hospital do SOS. Com relação à população,  
642 acrescentou que Salvador tinha possibilidade de mais duas equipes. A proposta era uma equipe para atender à região do  
643 Subúrbio Ferroviário, na UPA, fazendo um suporte para retaguarda do Hospital Alaíde Costa. E o segundo com base no Eládio  
644 Lassère, para atender à Região de Cajazeiras. Então aquelas eram as duas equipes, as quais Dra. Alcina tinha colocado com  
645 a possibilidade de ampliação. Dra. Stela disse que na reunião do COSEMS havia sido apresentado e só tinha ficado a  
646 pendência do Secretário do Município de Salvador, e já estava aprovada. Dr. José Antônio disse que a Atenção Domiciliar de  
647 Salvador estava aprovada. Dr. Odilon se manifestou, colocando que os dados mostrados na apresentação do slide do Hospital  
648 Roberto Santos, mostravam o inverso do que tinha sido dito. Questionou o que tinha sido falado, quanto ao Hospital estar  
649 lotado com o pessoal do interior e afirmou que a dificuldade de Salvador era exatamente a demanda do interior. Questionou  
650 ainda o demonstrado nos slides apresentados, quanto ao Hospital Roberto Santos ter uma taxa de permanência muito grande,  
651 com 100% de ocupação e, com um teto daquele, significava que era necessária uma taxa de permanência muito elevada, de  
652 acordo com os dados apresentados. Dra. Stela complementou que aquela tinha sido uma demanda emergencial e por isso não  
653 tinha sido passado na CIR, pois se fazia necessário passar antes pela CIB, mas que tinha sido deliberado, com a aprovação do  
654 Secretário de Salvador, pela CIR de Salvador. Dra. Alcina assumiu o compromisso, pedindo pauta para apresentar na próxima  
655 CIR de Salvador. Reportando-se a Dr. Odilon, disse que o mesmo estava correto ao falar dos últimos dados de 2012, dizendo  
656 que somente 20% dos pacientes do Hospital Geral Roberto Santos era do interior do Estado e de fato era de mais ou menos  
657 18,8%, não chegando a 20%. E que as taxas de permanência eram altas e os pacientes de lá tinham um perfil de maior  
658 complexidade, um problema social. Acrescentou que estava sendo trabalhados aqueles pontos, tanto pelas ferramentas do  
659 SOS Emergência de gestão da clínica quanto pela própria internação domiciliar e esperava que aquela taxa de permanência

660 estivesse baixando em breve. Dra Suzana acrescentou que já tinha sido encaminhada a aprovação das três equipes de ID e  
661 que existia a quarta equipe, com a informação de que era a do SOS. E o Programa SOS de Emergência no Roberto Santos  
662 previa a inclusão de mais uma equipe de ID. Disse ainda que o Ministério tinha informado aquilo há cerca de três meses, junto  
663 com o Núcleo de Acompanhamento da Qualidade Hospitalar e que o mesmo estava aprovando para todos os hospitais com o  
664 problema do SOS Emergência, os três hospitais que já estavam com o programa implantado desde 2012 e garantindo a  
665 implantação de mais uma equipe, independente da base populacional. Falou das três que tinham sido aprovadas pelo  
666 Secretário de Salvador e concordou que deixaria aprovado e seria feita a apresentação na próxima reunião da CIR de  
667 Salvador. Se dirigindo a Dr. Alfredo, com relação à equipe de Guanambi, comentou que aquilo teria que ser remetido para a  
668 DAE, para garantir a outra equipe. Dra. Suzana passou ao ponto do UNACON de Caetité: Dra. Alcina chamou Dra. Fátima  
669 Rocha, a Coordenadora de Urgência e de Apoio Especializado, para apresentar o Projeto UNACON de Caetité, colocando que  
670 o mesmo vinha muito a calhar com a situação da oncologia, que na Bahia tinha dois problemas: o de ampliar o número do  
671 UNACON e o número de procedimentos, a produção de UNACON já existentes. Acrescentou que havia agora a aprovação  
672 pelas duas CIR do UNACON de Caetité. Dra. Fátima Rocha informou que o Ministério da Saúde já tinha sinalizado o apoio à  
673 produção e a nova portaria de oncologia e seria anunciado o número de UNACON do Estado da Bahia, de acordo com o  
674 critério na própria portaria. Então a primeira justificativa era a região de Guanambi, provavelmente por conta de atividades  
675 industriais, com as neoplasias como a segunda causa de morte. E o câncer se tratava com cirurgia, quimioterapia e/ou  
676 radioterapia. Informou que se estimava que cerca de 60% dos pacientes necessitariam realizar radioterapia em algum  
677 momento do seu tratamento, 57% demandariam tratamento cirúrgico e 70% quimioterapia. Falou que as neoplasias eram a  
678 terceira causa de mortalidade na Bahia e a Macrorregião Sudoeste só dispunha de 01 UNACON habilitada para atendimento a  
679 uma população de 1.713.082 habitantes, quando o novo parâmetro do MS previa a implantação de 01 UNACON de referência  
680 para cada 500.000 habitantes. O UNACON tinha como área de abrangência a Região de Saúde de Guanambi e de Brumado,  
681 ambos com 21 municípios. Noticiou que a UNACON já se encontrava dentro do Hospital Municipal de Caetité, que tinha sido  
682 construído através de convênios entre a Prefeitura Municipal e o Ministério da Saúde e inaugurado em 2009, com uma  
683 estrutura física abrigando, desde então, a UPA 24 horas de Caetité. Em setembro de 2013 tinha sido cadastrado no CNES, sob  
684 o número 7319770, como hospital geral, de natureza pública, sob gestão municipal, com atendimento por demanda  
685 espontânea e referenciada e 100 % SUS. Com a distribuição de leitos: 50 clínicos; 30 cirúrgicos; e 20 obstétricos e a previsão  
686 de implantação de 10 leitos de UTI em 2014, sendo que desses, três seriam para oncologia. Atendimento aos usuários com  
687 necessidade de diagnóstico definitivo e/ou tratamento de cânceres mais prevalentes no Brasil, residentes nos municípios das  
688 regiões sanitárias de Guanambi e Brumado. A capacidade instalada para atendimento a 880 casos novos de câncer/ano. Na 1ª  
689 etapa de implantação o UNACON teria cirurgia oncológica e serviço de oncologia clínica (quimioterapia). E para a 2ª etapa,  
690 estava prevista a UNACON com radioterapia. Os pacientes seriam atendidos de acordo com a preconização da Política  
691 Nacional de Humanização. Seria usado prontuário único com registro hospitalar de câncer, informatizado, com utilização de  
692 protocolos clínicos, assistenciais e administrativos. As metas de produção de cirurgia oncológica eram de 1,2 procedimentos  
693 por paciente, para 50% (mínimo) a 60% (máximo) dos casos novos de câncer. Para quimioterapia, mínimo de seis e máximo  
694 de nove procedimentos por paciente, para 70% dos casos novos de câncer. Atendimento de média complexidade com  
695 procedimentos endoscópicos e de imagenologia destinados ao estabelecimento do diagnóstico definitivo, estadiamento,  
696 avaliação do tratamento e seguimento de usuários com câncer. A radioterapia deveria ser assegurada com a realização de  
697 procedimentos em UNACON habilitados dos Municípios de Itabuna e Vitória da Conquista, conforme pactuação, até que fosse  
698 implantado serviço próprio no Hospital Municipal de Caetité, no caso, a segunda etapa de implantação. O perfil assistencial era  
699 o serviço de cirurgia oncológica, capacitado para atendimento dos tumores mais prevalentes na região de abrangência,  
700 ofertando as sub-especialidades de mastologia, urologia, colo-proctologia, ginecologia, cabeça e pescoço, cirurgia plástica e  
701 cirurgia oncológica geral. O serviço de oncologia clínica atenderia em terapia anti-neoplásica para adultos com câncer.  
702 Havendo também o apoio multidisciplinar com psicologia clínica, serviço social, nutrição, cuidados de estomizados  
703 e fisioterapia. A internação hospitalar nas especialidades clínicas e cirúrgicas, além de leitos de terapia intensiva, conforme  
704 falado anteriormente. O apoio diagnóstico e terapêutico para diagnóstico definitivo, estadiamento e acompanhamento de  
705 cânceres mais prevalentes. Os cuidados paliativos e o pronto atendimento para intercorrências de pacientes em tratamento  
706 com o próprio serviço. Em seguida, Dra. Suzana Ribeiro agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão,  
707 marcando a próxima reunião ordinária para o dia 05 de dezembro, às 14 horas, no Auditório da SESAB. Não havendo mais o  
708 que tratar, após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo  
709 núcleo administrativo, eu, Silvana Moura Rodrigues Salume Xavier, Secretária Executiva Substituta da CIB, lavrei a presente  
710 Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 12 de novembro de 2013.

711  
712 Suplente: Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
713 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_  
714 Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_  
715 Alfredo Boa Sorte Júnior \_\_\_\_\_  
716 Washington Luis Silva Couto \_\_\_\_\_  
717 José Antônio Rodrigues Alves \_\_\_\_\_  
718 Suplente: Fabiano Ribeiro dos Santos \_\_\_\_\_  
719 Ivonildo Dourado Bastos \_\_\_\_\_  
720 Joseane Mota Bonfim \_\_\_\_\_