

Ata da 2ª Reunião Extraordinária de 2007
CIB - Comissão Intergestores Bipartite

1
2
3 Aos vinte e dois dias do mês de agosto do ano de dois mil e sete, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia –
4 SESAB, 4ª Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia,
5 com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e
6 Coordenador da CIB, Dra. Suzana Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Alfredo
7 Boa Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Kátia Nunes Barreto de Brito, Denise Lima Mascarenhas e dos Suplentes:
8 Amauri Santos Teixeira, Raul Molina Moreira Barrios, José Raimundo Mota de Jesus, Gisélia Santana Souza, Isabela
9 Cardoso de Matos Pinto, Emerson Gomes Garcia, Wilson Martins Mendes e José Carlos Almeida. Às 14h30min, havendo
10 número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta à sessão e dando início à ordem do dia, informou que dos
11 quatrocentos e dezessete municípios, duzentos e vinte e dois estão inadimplentes na entrega do Relatório de Gestão 2006,
12 vinte e dois não mandaram a ata de aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, portanto, apenas cento e setenta e três
13 estão regularizados; sendo que dos trinta e quatro municípios plenos, vinte e seis estão regularizados, três não mandaram a
14 ata e cinco estão inadimplentes. Sendo estabelecida que esta relação seria encaminhada ao Ministério da Saúde, conforme
15 solicitação. Por questão de ordem, Dra. Denise Mascarenhas observou que foi decidida previamente uma pauta para esta
16 reunião extraordinária, no entanto, constam mais dois itens na pauta. O Senhor Coordenador concordou e submeteu aos
17 membros da CIB a discussão e aprovação das pautas adicionadas. Dra. Denise Mascarenhas se posicionou apenas contra
18 a pauta sobre o PDR – Plano Diretor de Regionalização, que a seu ver requer uma discussão mais demorada e sugeriu que
19 fosse dado conhecimento das mudanças sugeridas pela SESAB, para posterior apreciação nesta CIB. Dr. Raul Molina
20 informou ter participado de reuniões referentes ao PDR com a Equipe Técnica da SESAB, inclusive o COSEMS delegou
21 alguns secretários para que acompanhassem e nas últimas negociações, foi colocado que seria preciso avançar inclusive
22 com a própria Rede de Oncologia, resolvendo o problema do PDR e havia um prazo para isso. Foram apresentados os três
23 trabalhos, o COSEMS não concordou com os dois primeiros e o terceiro foi apresentado ontem e discutido hoje na reunião
24 do COSEMS, assim, considerou importante a apresentação mesmo. Dra. Denise Mascarenhas concordou apenas com a
25 apresentação, mas não considerou viável aprovação nesta reunião, pois acha que deve ser amplamente discutido em
26 reunião do COSEMS com os municípios presentes, para que possa haver segurança até mesmo para interagir com os
27 municípios. Dra. Suzana Ribeiro lembrou que a pauta proposta era de apresentação do PDR e que a aprovação só se daria
28 por consenso, se houver algum questionamento ou algum tipo de encaminhamento, obviamente só poderão ser feitos após
29 a apresentação. Observou ainda que qualquer pauta colocada na CIB precisa passar por uma apreciação para ser
30 aprovada ou não, portanto, não vê nenhum empecilho para apresentação do PDR, até por que houve representação do
31 COSEMS e desde abril já era para ter sido feita essa proposta assim como a Rede de Oncologia. Considerou que o
32 COSEMS tem um grande papel neste assunto e assume as suas responsabilidades; foram definidas as representações
33 dentro da diretoria, as pessoas que foram delegadas compareceram, aquelas que não compareceram não puderam
34 contribuir com a proposta e chegou um momento em que esteve sozinha apenas com o Vice-Presidente do COSEMS e não
35 concordaram com a proposta da SESAB, achando que seria necessário fazer um novo estudo porque da forma que estava
36 não dava sequer para discutir. E isso foi feito, ontem foi convocada uma reunião pela manhã, foram chamados os membros
37 da CIB que infelizmente não puderam estar presentes, as pessoas que foram delegadas que vieram puderam participar da
38 discussão e hoje pela manhã como havia uma reunião agendada pelo gabinete que não aconteceu, logo após as pessoas
39 que vieram para esta reunião estiveram presentes e conheceram a proposta, que foi discutida, inclusive os critérios que
40 foram apresentados na íntegra. Considerou viável a apresentação para que sejam esclarecidas as dúvidas e se faça um
41 posterior encaminhamento. Lembrou ainda que a Rede de Oncologia, mesmo que seja desenhada, não dá para descolar do
42 PDR, senão por consequência estaríamos comprometendo a assistência regional, autorizando a SESAB a apresentar uma
43 proposta da Rede de Oncologia que defina UNACON e CACON em alguns pólos de micro e de macro região, que depois
44 não contemple o PDR e com este novo desenho do PDR seja prejudicada uma rede assistencial e não é só oncologia, pois
45 a partir daqui, todas as outras redes serão redesenhadas com o PDR. O Senhor Coordenador deixou claro que se não
46 houver consenso, não se pode impor nada, portanto sairia da pauta e obviamente todos terão que assumir os prejuízos
47 decorrentes. Dra. Suzana Ribeiro registrou que independente das colocações da colega Secretária Marta Rejane, o
48 consenso colocado aqui que foi sugerido por Dra. Denise foi de fazer a apresentação, mas não submeter à apresentação.
49 Dra. Denise Mascarenhas concordou com as palavras do Senhor Coordenador e colocou que argumentou baseado no
50 respeito ao regimento, inclusive foram sugeridas outras pautas que não foram aprovadas para discussão no momento, o
51 importante é abordar o tema num momento com calma e tranquilidade. O Senhor Coordenador colocou em aprovação a
52 permanência das pautas posteriormente colocadas na reunião de hoje, com a ressalva que o PDR seria apenas
53 apresentado, foi aprovado à unanimidade. Dando prosseguimento à pauta, convidou Dr. Sandro Martins para apresentação
54 da Rede de Oncologia do Estado. “Assistência Oncológica no Estado da Bahia. 1. Introdução: a) Déficit de capacidade
55 instalada; b) Necessidade de ampliação da rede; c) Mudança do modelo assistencial: Descentralização, Integralidade,
56 Resolutividade. 2. Problemas atuais: Ausência de serviços integrados falta de recursos humanos, limitações dos
57 mecanismos de regulação e controle, concentração geográfica (RMS) e vazios assistenciais. 3. Proposta: Nortear os novos
58 credenciamentos e expansão de serviços: Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, Centros de Alta Complexidade
59 em Oncologia e Centro de Referência de Oncologia. 4. Objetivos: Objetivo maior – Qualidade: Demanda por usuários e não
60 por serviços em cada área da alta complexidade segundo: incidência, parâmetros MS/INCA e logística. Plano de trabalho -
61 longo prazo x curto prazo. 5. Fundamentação: Parâmetros epidemiológicos (Portaria SAS/MS no 741/2005): a) Incidência
62 de Câncer: Taxa global (independe da distribuição étnica/gênero); Exclui-se pele não-melanoma. b) Parâmetros de
63 produção: 70% fazem Quimioterapia (6-9 ciclos/paciente), 60% fazem Radioterapia (67,5 a 70 campos/paciente), 50% a
64 60% fazem Cirurgia (1,2 procedimentos/paciente), 5% tumores hematológicos e 3% tumores pediátricos. Parâmetros

epidemiológicos (Portaria no 1101/GM de 12/06/2002): 1 criança / 16 adultos (1 a 3% de todas as neoplasias). 6. Câncer Pediátrico: OMS < 15 anos, MS < 18 anos. Incidência: a) 1-3% de todos tumores, b) Brasil - 6.000 casos novos/ano, c) BA - 408 casos novos/ano. Tratamento mais prolongado em quimioterapia. 6. Estatística – MS/INCA: Sistema de Informação sobre Mortalidade - Registro Hospitalar do Câncer: Diagnóstico/Tratamento. 7. Câncer na Bahia: Homens (2006): 6.600 casos novos e Mulheres (2006): 7.040 casos novos - Parâmetros epidemiológicos (Portaria SAS/MS no 741/2005): População - 13.950.210, Casos novos - 13.640, Incidência - 97,59/100.000. 8. Estado da Bahia:

Macrorregião	Municípios	População	Casos Novos	
			Geral	Pediátrico
			97,59/100.000	(3%)
Leste	46	4.206.367	4.131	123
Nordeste	40	1.056.967	1.031	31
Norte	27	1.059.138	1.034	31
Centro	42	874.717	854	26
Centro Leste	67	1.748.714	1.707	51
Sudoeste	65	1.703.643	1.663	50
Sul	78	1.693.816	1.653	50
Extremo Sul	21	779.464	761	23
Oeste	36	827.320	807	24
Bahia	417	13.950.146	13.640	408

9. Evidências: Parâmetro de Custo / Benefício (1) CACON: a) Quimioterapia: Mínimo de 600 procedimentos/mês - 7.200/ano, b) Radioterapia: Mínimo de 3.000 procedimentos/mês - 36.000/ano. 10. Parâmetro de Custo / Benefício (2) CACON: a) Quimioterapia: 700 pacientes novos/ano, b) Radioterapia: 600 pacientes novos/ano. 10. Rede de Oncologia Atual – BA: CACON II – 1, CACON I com Radioterapia – 3, CACON I sem radioterapia – 1, Serviço isolado de Radioterapia – 3, Serviço isolado de Quimioterapia. Estabelecimentos: 15 habilitados MS/INCA, 5 CACON, 10 Serviços isolados e 9 Serviços isolados sem habilitação. 11. Diagnóstico – Problemas atuais: Número insuficiente de serviços e má distribuição; Baixa produção; Número insuficiente de profissionais especializados; Falha na prevenção secundária; Teto Financeiro – recursos insuficientes para custeio. 12. Propostas: Populacionais; Epidemiológicos; Qualidade; Custo – Benefício; Registro Estadual Câncer e Recursos Humanos. 13. Metas: Os novos serviços deverão ser implantados em Sedes de Macro-Região e dentro de uma estrutura hospitalar: 1. Hospital Público, gestão própria (prioridade); 2. Hospital Público, terceirizado; 3. Hospital da Rede Complementar. 14. Rede de Oncologia: a) Fase de transição (2007-2008): Estabelecimentos atuais; Adequação à Portaria 741/05; Concentrado na macrorregião Nordeste. b) Fase de consolidação (a partir de 2009); Estabelecimentos novos; Descentralização. 15. Rede de Oncologia Transitória:

Macrorregião Atendida	Casos Novos	Estabelecimento	Capacidade De Atendimento
Leste	7.857	1. Hospital Aristides Maltez, Salvador	CACON, 4.000 casos
Nordeste		2. Hospital Santa Izabel, Salvador	UNACON com RT, 1.000 casos
Norte		3. Hospital Santo Antônio, Salvador	UNACON sem RT, 1.000 casos
Centro		4. Centro Estadual de Oncologia*, Salvador	UNACON sem RT, 1.000 casos
Oeste		5. Hospital São Rafael, Salvador	UNACON com RT, 1.000 casos
		6. Hospital Português, Salvador	Unidade isolada de radioterapia
Centro Leste	1.707	1. Hospital Dom Pedro de Alcântara, Feira de Santana	CACON, 2.000 casos
Sul	1.653	1. Hospital Manoel Novaes, Itabuna	CACON, 2.000 casos
Sudoeste	2.424	1. ONCOMED, Vitória da Conquista**	Unidade isolada de radioterapia
Extremo Sul		2. ICON, Vitória da Conquista**	Unidade isolada de quimioterapia
			Unidade isolada de quimioterapia

* Estabelecimento resultante da integração do CICAN à uma unidade hospitalar da SESAB.

** Credenciamento temporário.

129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192

16. Rede de Oncologia Proposta – BA:

Macrorregião Atendida	Casos Novos	Estabelecimento	Capacidade de Atendimento
Nordeste	1.031	1. Hospital Dantas Bião, Alagoinhas	UNACON com RT, 1.000 casos
Leste	4.131 (1.900)	1. Hospital Aristides Maltez, Salvador 2. Centro Estadual de Oncologia*, Salvador 3. Hospital Santa Izabel, Salvador 4. Hospital São Rafael, Salvador 5. Hospital Santo Antônio, Salvador 6. Hospital Regional, Santo Antônio de Jesus 7. Hospital Português, Salvador	CACON, 1.000 casos CACON, 1.000 casos UNACON com RT, 1.000 casos UNACON com RT, 1.000 casos UNACON sem RT, 1.000 casos UNACON sem RT, 1.000 casos Unidade isolada de radioterapia
Norte	1.034	1. Hospital Regional, Juazeiro	UNACON com RT, 1.000 casos
Centro	854	1. Hospital Mário Dourado, Irecê	UNACON sem RT, 1.000 casos
Centro Leste	1.707	1. Hospital Dom Pedro de Alcântara, Feira de Santana 2. Hospital Cleriston Andrade, Feira de Santana	CACON, 1.000 casos UNACON sem RT, 1.000 casos
Sudoeste	1.663	1. Hospital Geral de Vitória da Conquista	UNACON com RT, 2.000 casos
Sul	1.653	1. Hospital Manoel Novaes, Itabuna	CACON, 2.000 casos
Extremo Sul	761	1. Hospital Municipal, Teixeira de Freitas	UNACON com RT, 1.000 casos
Oeste	807	1. Hospital do Oeste, Barreiras	UNACON com RT, 1.000 casos

* Estabelecimento resultante da integração do CICAN à uma unidade hospitalar da SESAB.

17. Hemato-Oncologia – BA:

Estabelecimento	Macrorregião Atendida	Casos Novos
1. Hospital Santa Izabel, Salvador 2. Hospital Aristides Maltez, Salvador 3. Hospital Universitário Professor Edgar Santos, Salvador	Nordeste Norte Centro Oeste	374
4. Hospital Dom Pedro de Alcântara, Feira de Santana	Centro Leste	97
5. Hospital Manoel Novaes, Itabuna	Sul Extremo Sul Sudoeste	210
	Bahia	681

18. Oncologia Pediátrica – BA:

Estabelecimento	Macrorregião Atendida	Casos Novos
1. Hospital Santa Izabel, Salvador 2. Hospital Martagão Gesteira, Salvador 3. Hospital Aristides Maltez*, Salvador	Nordeste Norte Centro Oeste Centro Leste	285
4. Hospital Manoel Novaes, Itabuna	Sul Extremo Sul Sudoeste	123
	Bahia	408

19. Rede de Oncologia Proposta – BA:

Macrorregião Atendida	Casos Novos	Estabelecimento	Capacidade de Atendimento
Nordeste	1.031	1. Hospital Dantas Bião, Alagoínhas	UNACON com RT, 1.000 casos
Leste	4.131 (1.900)	1. Hospital Aristides Maltez, Salvador 2. Centro Estadual de Oncologia*, Salvador 3. Hospital Santa Izabel, Salvador 4. Hospital São Rafael, Salvador 5. Hospital Santo Antônio, Salvador 6. Hospital Regional, Santo Antônio de Jesus 7. Hospital Português, Salvador	CACON, 1.000 casos CACON, 1.000 casos UNACON com RT, 1.000 casos UNACON com RT, 1.000 casos UNACON sem RT, 1.000 casos UNACON sem RT, 1.000 casos Unidade isolada de radioterapia
Norte	1.034	1. Hospital Regional, Juazeiro	UNACON com RT, 1.000 casos
Centro	854	1. Hospital Mário Dourado, Irecê	UNACON sem RT, 1.000 casos
Centro Leste	1.707	1. Hospital Dom Pedro de Alcântara, Feira de Santana 2. Hospital Cleriston Andrade, Feira de Santana	CACON, 1.000 casos UNACON sem RT, 1.000 casos
Sudoeste	1.663	1. Hospital Geral de Vitória da Conquista	UNACON com RT, 2.000 casos
Sul	1.653	1. Hospital Manoel Novaes, Itabuna	CACON, 2.000 casos
Extremo Sul	761	1. Hospital Municipal, Teixeira de Freitas	UNACON com RT, 1.000 casos
Oeste	807	1. Hospital do Oeste, Barreiras	UNACON com RT, 1.000 casos

* Estabelecimento resultante da integração do CICAN à uma unidade hospitalar da SESAB.

20. Rede de Oncologia Proposta – BA: CACON – 4, UNACON com Radioterapia – 7, UNACON sem Radioterapia – 3, Serviço isolado de Radioterapia – 1. 21. Macrorregião Leste/Nordeste: 22. Macrorregião Nordeste: População: 1.056.967 - Casos Novos: 1.031. Alagoínhas - UNACON com RT Hospital Dantas Bião. 23. Macrorregião Leste: População: 4.206.367 - Casos Novos: 4.131. Salvador – CACON: Aristides Maltez e Centro Estadual; UNACON/RT: Santa Izabel e HSR; Hematologia: HUPES; Pediatria: HSI, HMG (HAM); Isolados: -; Radioterapia: HP. Santo Antônio Jesus - UNACON Hospital Regional. 24. Macrorregião Sul: População: 1.693.816 - Casos Novos: 1.653. Itabuna – CACON: Santa Casa (com Pediatria). 25. Macrorregião Centro-Leste: População: 1.748.714 - Casos Novos: 1.707. Feira de Santana - CACON: Dom Pedro Alcântara, UNACON: Hospital Clériston Andrade. 26. Macrorregião Oeste: População: 827.320 - Casos Novos: 807. Barreiras - UNACON com RT: Hospital do Oeste. 27. Macrorregião Sudoeste: População: 1.703.643 - Casos Novos: 1.663. Vitória da Conquista - UNACON com RT: Hospital de Base, Provisório: RT isolado: ONCOMED, QT isolado: ICON, ONCOMED. 28. Macrorregião Norte: População: 1.059.138 - Casos Novos: 1.034. Juazeiro - UNACON com RT: Hospital Regional. 29. Macrorregião Centro: População: 874.717 - Casos Novos: 854. Irecê - UNACON: Mário Dourado Sobrinho. 30. Macrorregião Extremo Sul: População: 779.464 - Casos Novos: 761. Teixeira de Freitas - UNACON com RT: Hospital Municipal. 31. Produção Física:

Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia para o Estado da Bahia

Macrorregião	Cirurgia Oncológica		Quimioterapia		Radioterapia	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Leste	2.463	2.956	17.241	25.861	166.252	172.410
Nordeste	619	743	4.332	6.498	41.776	43.323
Norte	620	744	4.341	6.512	41.861	43.412
Centro	512	615	3.585	5.378	34.572	35.853
Centro Leste	1.024	1.229	7.168	10.751	69.116	71.676
Sudoeste	998	1.197	6.983	10.474	67.335	69.829
Sul	992	1.190	6.943	10.414	66.946	69.426
Extremo Sul	456	548	3.195	4.792	30.807	31.949
Oeste	484	581	3.391	5.087	32.699	33.910
Bahia	8.168	9.802	57.179	85.768	551.365	571.786

* Estimativa baseada no número de casos novos – Portaria 741/05.

257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320

32. Impacto Orçamentário - Critérios: a) Cirurgia oncológica - Valor médio internação (R\$ 2.324,00), b) Quimioterapia - Valor médio (R\$ 569,00), c) Radioterapia - Valor médio (R\$ 23,12). Fonte: SIH-SUS/SAI-SUS 2005-2006, CACON Aristides Maltez, CACON Santa Izabel, CACON São Rafael, Unidade de radioterapia – Hospital Português. 33. Impacto Orçamentário:

Macrorregião	Cirurgia Oncológica		Quimioterapia		Radioterapia	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Leste	R\$ 5.724.003	R\$ 6.868.804	R\$ 9.810.114	R\$ 14.715.170	R\$ 3.843.752	R\$ 3.986.113
Nordeste	R\$ 1.438.315	R\$ 1.725.978	R\$ 2.465.065	R\$ 3.697.597	R\$ 965.850	R\$ 1.001.622
Norte	R\$ 1.441.270	R\$ 1.729.524	R\$ 2.470.128	R\$ 3.705.192	R\$ 967.834	R\$ 1.003.679
Centro	R\$ 1.190.310	R\$ 1.428.373	R\$ 2.040.020	R\$ 3.060.030	R\$ 799.311	R\$ 828.915
Centro Leste	R\$ 2.379.641	R\$ 2.855.569	R\$ 4.078.361	R\$ 6.117.541	R\$ 1.597.964	R\$ 1.657.148
Sudoeste	R\$ 2.318.309	R\$ 2.781.971	R\$ 3.973.246	R\$ 5.959.869	R\$ 1.556.778	R\$ 1.614.437
Sul	R\$ 2.304.936	R\$ 2.765.924	R\$ 3.950.328	R\$ 5.925.491	R\$ 1.547.798	R\$ 1.605.124
Extremo Sul	R\$ 1.060.691	R\$ 1.272.829	R\$ 1.817.870	R\$ 2.726.806	R\$ 712.269	R\$ 738.650
Oeste	R\$ 1.125.813	R\$ 1.350.975	R\$ 1.929.481	R\$ 2.894.221	R\$ 756.000	R\$ 784.000
Bahia	R\$ 18.983.288	R\$ 22.779.946	R\$ 32.534.612	R\$ 48.801.918	R\$ 12.747.556	R\$ 13.219.688

* Estimativa baseada nos parâmetros de produção – Portaria 741/05.

34. Indicadores de Qualidade: Tempo médio entre data do diagnóstico e do tratamento, número de pacientes tratados e em seguimento, tempo médio que pacientes ficam em tratamento, sobrevida global por localização 1ª e extensão de doença e taxa de abandono do tratamento. 35. Metas: Deverão ser atingidas as metas mínimas pelos serviços em funcionamento num período de 12 meses. Os serviços serão fiscalizados anualmente pelos gestores: 600 Quimioterapias/mês e 3.000 radioterapias/mês. 36. Registro Estadual de Câncer - Sistema de informações em oncologia: Apoio à Regulação, apoio à Auditoria, Apoio ao Planejamento e Gestão: Primeira base de informações estadual em oncologia, Não superponível aos dados do sistema APAC-Onco. Módulos: Prevenção, Cirurgia oncológica, Radioterapia, Terapia antineoplásica, Cuidados paliativos, Resultados (Cura, Qualidade de Vida, Recidivas, Sobrevida). 37. Capacitação de RH: Centro Estadual de Oncologia - Integração CICAN/Hospital Estadual: Assistência integral ao adulto com câncer, Educação continuada em Prevenção, Residência médica em cancerologia (clínica e cirúrgica), Residência em enfermagem em oncologia e Capacitação em cuidados paliativos". Após a apresentação, o Senhor Coordenador agradeceu à equipe da SESAB que vem trabalhando há muito tempo nesta Rede e também aos membros de COSEMS que participaram do trabalho. Elogiou a apresentação e observou alguns aspectos. Primeiramente sugeriu que alguns termos fossem mudados para uma melhor compreensão, a exemplo de "credenciamento temporário" que dá a idéia de que estamos credenciando o serviço temporariamente, e na verdade, não estamos descredenciando ele neste momento. Considerou que no desenho da Rede, alguns serviços são propostos em algumas cidades para virem a ter serviços não só de quimioterapia e cirurgia, mas também de radioterapia, e observou que não há um cronograma, então é preciso deixar bem claro que no momento não temos ainda um estudo de implantação, é apenas um desenho do horizonte onde queremos chegar, pois mais na frente teremos que trabalhar os projetos, a implantação, o cronograma, ou seja, a viabilização de tudo isso. Colocou também que ainda não temos a previsão de recurso para ampliação desta Rede, mesmo a proposta mais imediata, tem um impacto financeiro que precisa ser posteriormente negociado com o MS, então há um outro processo a ser feito que é calcular o impacto financeiro desse desenho mais imediato, para que possamos então negociar. Observou ainda que tem serviços neste desenho imediato que estão propostos como parte da Rede, que não possuem os requisitos indispensáveis para ser credenciados enquanto tal, por exemplo, o Hospital Dom Pedro de Alcântara onde a UTI não está funcionando, não tem retaguarda de urgência e emergência 24 horas, que são requisitos indispensáveis para o credenciamento desse porte de serviço. Mesmo não alterando o desenho de imediato, no documento isso tem que ser apresentado enquanto pendências, ou seja, só pode ser credenciado enquanto tal quando estiver com a UTI funcionando e com todos os requisitos propostos, senão fica parecendo que só aquelas situações temporárias de isolados são pendências e não é bem assim. Da mesma forma, quando aparece Centro Estadual de Oncologia, é preciso esclarecer que ainda não foi viabilizado e quais são as possíveis alternativas em discussão. É importante que sejam feitos alguns ajustes, pois o projeto será encaminhado ao MS com o aval da CIB, para que depois não haja nenhuma dúvida acerca de como esse processo vai ser viabilizado e implementado, portanto, algumas situações precisam ser mais bem pontuadas no documento em que iremos formalizar esse desenho da Rede. Lembrou ainda que estamos lidando com um grande conjunto de serviços públicos e privados, com algumas situações delicadas e que há muitas vezes risco de serviços deixarem de ser credenciados pelo SUS, então é preciso muito cuidado para que fique bem estabelecido qual é a resolução que está sendo tomada pela Bipartite. O Secretário Municipal de Saúde de Santa Cruz Cabralia, Josedaneil Silva colocou sua preocupação em relação a recursos e à possível não aceitação de critérios não preenchidos nessa Rede, pois há um serviço de quimioterapia que funciona isoladamente em Eunápolis, em Porto Seguro há um hospital da rede estadual com dezesseis leitos e UTI já instalada com cinco leitos, provavelmente com uma proposta de ampliação, com toda uma rede de emergência montada, banco de sangue e questionou se não poderia vir um UNACOM para este hospital que tem inclusive vários espaços ociosos que poderiam ser aproveitados para os serviços de quimioterapia e radioterapia que estão parados; é um bom hospital, próximo ao aeroporto, tem tomografia funcionando e um serviço forte de emergência, e também existe a própria demanda

321 natural que já vem usando esse serviço de quimioterapia há muitos anos. Desta forma, não compreende porque mudar para
322 tão longe um serviço que ainda está se instalando em Teixeira de Freitas e que pode passar de dificuldade já que quando
323 existe mudança de governo, os serviços param na grande maioria dos hospitais municipais, como aconteceu no extremo-
324 sul, e o único hospital que ficou funcionando foi este porque era estadual. Mesmo sendo Teixeira de Freitas uma sede de
325 macro, acha que este serviço poderia ser centralizado e também considera importante otimizar recursos. O Secretário
326 Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas, Geraldo Magela, deixou claro que isso partiu do credenciamento de Eunápolis,
327 ficando na disputa Porto Seguro e Teixeira de Freitas, assim, desconsiderou algumas colocações feitas anteriormente pelo
328 Secretário de Cabrália. Colocou que a gestão do hospital estadual está na mão do Estado e pelo que estamos
329 acompanhando a situação está caótica, na verdade está se tornando um verdadeiro PSF e muita coisa que está
330 referenciada para Porto Seguro e não está sendo cumprida; hoje a estrutura física do Hospital Luís Eduardo Magalhães é
331 imbatível, mas a administração é péssima e considera até um caso para intervenção e sugeriu que fosse feita uma
332 sindicância. Informou que hoje a estrutura de Teixeira de Freitas tem sem dúvida as melhores equipes técnica e médica que
333 fazem cirurgias oncológicas, e o município está disposto a investir e a grande parte dos pacientes do extremo sul da Bahia
334 é da região de Teixeira de Freitas e grande parte migra também para Vitória, então há também a visão de divisa que é uma
335 outra questão importante. Então. Com o descrédito do hospital estadual de Eunápolis fariam Porto Seguro ou Teixeira de Freitas e em
336 termos de capacidade instalada e área técnica, Teixeira tem melhores condições, mesmo porque é um hospital público
337 municipal, por isso acha que Porto Seguro não preenche os pré-requisitos. Dr. Josedane Silva considerou que até os
338 profissionais que hoje fazem quimioterapia residem em Porto Seguro, e lembrou que uma universidade vai ser fundada em
339 Cabrália com o curso de enfermagem e futuramente com curso de medicina, então acha que o hospital tende a ter até
340 residência médica e em matéria de otimização de recursos do Estado, como foi um hospital que teve um investimento muito
341 grande, essa gestão deveria resgatar este hospital não só administrativamente, mas com todo o potencial que ele pode
342 gerar já que se trata de um hospital enorme, com as instalações perfeitas, tem um berçário neo-natal com mais de
343 dezesete leitos, possui também uma equipe de plantão por dia de dez a doze médicos. O hospital tem sim problema de
344 gestão, mas não é um problema técnico com os profissionais de saúde, nem de instalações, então acha que essa questão
345 deve ser vista com mais tranquilidade. Dra. Denise Mascarenhas parabenizou Dr. Sandro Martins pela apresentação, à
346 equipe técnica que participou do processo e agradeceu ao elogio feito por ele à Rede de Feira de Santana e questionou
347 qual o tempo hábil para encerrar estes serviços isolados e começar um novo processo transformando UNACON em
348 CACON e informou que a UTI já está sendo aberta na primeira semana de setembro. Dra. Marta Rejane Montenegro teve a
349 impressão de que na proposta imediata o Hospital Aristides Maltez ficaria com quatro mil casos novos e que depois
350 reduziria para mil e questionou se estava certa. Dr. Sandro Martins respondeu que essa é uma realidade com a qual os
351 gestores da macro leste terão que se deparar, uma vez que a assistência oncológica foi descentralizada, à medida em que
352 as unidades forem implementadas no interior e estes pacientes deixarem de ocupar casas de apoio em Salvador e serem
353 atendidos nas condições que estão sendo hoje, vai restar uma Rede que historicamente ficou hipertrofiada e que vai
354 precisar encontrar o seu caminho. Dra. Marta Rejane enfatizou que sua preocupação especificamente com o Hospital
355 Aristides Maltez é por ser um hospital de grande porte, especializado só em oncologia, que para dar conta de quatro mil
356 casos, tem que ter uma senhora estrutura e que num período de tempo que deve ser de médio a longo prazo, vai estar
357 sendo diminuído, então é preciso pensar nesse espaço de tempo na readequação do perfil desse serviço e ter uma
358 conversa com o município de Salvador para que não tenha desfinanciamento em solvência de um hospital filantrópico que
359 só faz este tipo de tratamento. Uma outra questão é a pendência dos requisitos essenciais e a colocação do Secretário de
360 Cabrália quanto ao impacto financeiro de custeio, mas tem um investimento que precisa de um PDR para poder alcançar o
361 hospital que tiver melhores condições hoje, inclusive a equipe deveria fazer uma avaliação, o que é que falta para
362 complementar para se ter um UNACON em tal ou em qual serviço, e aí fazer a conta de quanto custa para implantar em
363 cada local para se tomar uma decisão acertada e ver também se implantando em determinado local acelera mais o
364 processo, porque a questão da unidade isolada de Eunápolis é um fato existente desde o ano passado, então quanto mais
365 rápido se instalar uma UNACON no extremo-sul melhor para a população. Abordou também a questão do cronograma de
366 implantação que precisa ter uma posição o mais breve possível. Dr. Sandro Martins respondeu que a implantação dessas
367 unidades certamente vai melhorar a qualidade da informação e veremos que na realidade não são noventa por cem mil
368 habitantes e sim provavelmente o dobro disso, quando a rede definitiva estiver instalada.

369 Dr. Sandro Martins mencionou que quando é transferida a proporção de casos novos por unidade, é respeitando o que é
370 informado atualmente sobre o número de casos. Disse que considerando que a macrorregião leste, onde existe quarenta
371 por cento da população coberta por assistência complementar da saúde, os números irão preocupar os gestores dessas
372 unidades e que por isso o credenciamento não é definitivo, é renovado de acordo com a necessidade de cada unidade.
373 Ponderou que as unidades de radioterapia, pelo seu custo de investimento de instalação alto, o MS entende que as
374 unidades isoladas permanecerão por um tempo maior no sistema. Arrazou que em relação aos check list das unidades,
375 todas foram desenhadas e propostas para serem oferecidas ao MS, para indicar a direção em que está sendo tomado o
376 projeto de regionalização da rede. Disse que o princípio da economicidade na seleção do investimento, não será perdido de
377 vista e que a as unidades que tiverem a necessidade de menor investimento para serem viabilizadas em cada macro, serão
378 priorizadas. Pontuou que no momento, o que estava sendo apontado, eram as unidades sedes de macrorregião. Dra.
379 Ângela Lessa colocou que pela portaria o CACON exige que tenha radioterapia, e que o serviço da rede do estado, no
380 hospital tem serviço de radioterapia. Perguntou se não seria o caso de ser UNACON. Dr. Sandro Martins mencionou que na
381 fase transitória que a principal incorporação da estrutura hospitalar necessária para manter o serviço do CACON integrado à
382 rede, é via UNACON sem radioterapia. Informou que alguns fatores fazem com que seja estratégico ter um serviço público
383 de radioterapia na macro-leste. Disse que existe um déficit de radioterapia que precisará ser suplantado pela
384 implementação de alguma estrutura nova para atender a radioterapia. Esclareceu que se for possível isso ser levado a um

385 hospital da rede estadual, que seja o centro estadual de oncologia. Disse que provavelmente haverá um ganho para rede se
386 a unidade puder adquirir um porte de um CACON. Proferiu que foi apontado num plano posterior, o centro estadual como
387 um CACON, mas que nesse momento é correto, que não existe a perspectiva e a possibilidade de radioterapia nesses
388 hospitais da rede pública. Dr. Geraldo Mazela salientou que era preciso ser alertado que Teixeira de Freitas acabou de
389 colocar à disposição da comunidade, um Maltez de doze leitos. Lembrou que a de Porto Seguro tem cinco leitos e que
390 Eunápolis estava perdendo a referência, além dos oncologistas responsáveis preferirem Teixeira de Freitas. Esclareceu que
391 hematologista só tem Teixeira de Freitas e que a estrutura maior é de Teixeira de Freitas. Dr. Alfredo Boa Sorte mencionou
392 que estava se partindo de um pressuposto básico, de que na Bahia não existia rede de oncologia. Salientou que o que
393 existia eram serviços isolados e o HAM que presta esse tipo de serviço há anos. Lembrou que a rede não estava sendo
394 montada nem para Teixeira de Freitas e nem para Porto Seguro, mas que a rede está sendo montada para a Bahia e que
395 era preciso analisar todas as possibilidades de serviços que podem ser agregados e unificados no sistema, cumprindo a
396 portaria no MS, do ponto de vista das necessidades da atenção especializada em oncologia ser descentralizada da
397 macrorregião onde está Salvador, para que possa ser tratado melhor esses casos e seja feito o diagnóstico precoce. Disse
398 que era somente o primeiro desenho e que ao propor determinado serviço, caso não fosse viabilizado teria que sofrer
399 ajustes. Pontuou que a fiscalização talvez tivesse que ser trimestral ao invés de anual, para que os ajustes fossem feitos.
400 Disse em relação ao Hospital de Porto Seguro, que é um hospital que nasceu como terceirizado, nunca teve gestão pública.
401 Falou que a prefeitura de Porto Seguro foi consultada sobre a possibilidade de municipalização e a mesma não aceitou
402 assumir a municipalização do hospital. Citou que a municipalização é estadual e existem responsabilidades sobre a
403 administração. Informou que a política desse governo não é a terceirização, mas que, no entanto, não é possível romper de
404 vez. Falou que no dia anterior a esta reunião da CIB, houve uma reunião na Assembléia Legislativa, onde alguns deputados
405 de oposição salientaram que a saúde da Bahia estava excelente, mas que em oito meses foi causado um caos. Ponderou
406 que não se pode colocar se será em Porto Seguro ou Teixeira de Freitas num clima de disputa. Arrazou que os técnicos
407 avaliarão com critério, já que um estudo preliminar aponta que seria Porto Seguro, enquanto outro aponta que seria Teixeira
408 de Freitas. Disse que dentro do Hospital de Porto Seguro existe uma gestora do Estado, e que isso é uma medida nova.
409 Falou que essa gestora é uma sanitarista e tem uma sala fixa dentro do Hospital de Porto Seguro para supervisionar
410 diariamente todo processo da terceirização no hospital. Informou que existem diversos problemas de saúde na região e que
411 certamente será organizado o melhor serviço para o extremo sul da Bahia. Ponderou que em relação ao HAM, a conta
412 matemática que foi feita, não bate muito com a realidade, porque não existem dados completos que dê conta da real
413 situação. Elucidou que a rede tem que ser constituída como rede, mas que tem que ter uma concepção de regulação para
414 cobrir os buracos e referenciar os serviços mais complexos. O Senhor Coordenador citou que estava revendo a proposta
415 mais imediata e que percebeu que não estava contemplado. Proferiu também que tem um serviço de quimioterapia em
416 Ilhéus e que todos os demais serviços de quimioterapia foram contemplados. Esclareceu que estava compreendendo que o
417 de Eunápolis estava se propondo a redirecionar na mesma região, mas que no caso de Ilhéus estava sendo suprimido.
418 Salientou que na proposta imediata, o extremo sul estava alocado junto com o sudoeste e foi excluído. Ponderou que a
419 proposta imediata para o sudoeste, é a unidade que não estaria sendo trabalhada com dois mil casos inicialmente. Disse
420 que existe um quantitativo estimando de casos, superior a capacidade instalada em curto prazo. Proferiu que no curto
421 prazo, deveria ser pensando na Extremo Sul junto com a Sul e UNACON no Luís Viana Filho. Disse que no horizonte em
422 longo prazo, deveria ser pensando em um CACON para dois mil pacientes, ao invés de um UNACON com radioterapia para
423 dois mil pacientes. Ponderou que no caso da região sul, seria mantido Itabuna e Ilhéus na mesma lógica que o Dr. Sandro
424 Martins colocou, que em longo prazo a tendência seria a redução da subestimativa de pacientes. Disse que se fossem
425 somadas a região sul e a extremo sul, esse quantitativo de pacientes superariam os três mil casos estimados e que poderia
426 ser trabalhado com quatro mil casos, entrando Teixeira de Freitas, entrando o CACON de Itabuna e acrescentando o
427 UNACON em Ilhéus. Dr. Renan Araújo salientou que a configuração dessa rede de oncologia é um trabalho de uma
428 engenharia muito complexa, que vem sendo discutida há muito tempo pelos técnicos da SESAB e pelo COSEMS, no
429 sentido de buscar a estruturação de uma rede que resolva o problema que existe de oferta em demasia de quimioterapia
430 isolada, de oferta aquém das necessidades de radioterapia e cirurgia oncológica. Pontuou que a melhor configuração de
431 rede depende da efetiva oferta dos serviços em todas as regiões e que a proposta que foi apresentada aponta para uma
432 série de medidas que precisam acontecer em médio prazo para que a rede seja estruturada da melhor maneira possível.
433 Elucidou que o Senhor Coordenador chamou a atenção para a questão do serviço da extremo sul que pode estar articulado
434 ao Hospital Manoel Novaes de Itabuna. Disse que é uma proposta que foi discutida na reunião da macrorregião acerca de
435 dois meses, onde foi encaminhado dessa maneira. Dra. Suzana Cristina pontuou que em relação à questão da informação
436 era preciso ser considerada porque existe a questão da subnotificação. Falou que existe um grave comprometimento de
437 diagnóstico, porque não existe oferta de anatomia patológica no Estado que possa contemplar, inclusive, diagnóstico. Citou
438 que era preciso que ficasse entendido que esse número de casos é subestimado. Mencionou que não se trabalha com série
439 histórica, se trabalha com número de casos com incidência. Proferiu que é considerar isso e que existe o entendimento de
440 que essa projeção se encontra longe do real. Elucidou que os trabalhos estão sendo feitos no sentido de descentralizar,
441 trabalhar com a regionalização, garantindo a oferta, mas considerando que o número de casos está comprometido.
442 Ponderou sobre o que o Senhor Coordenador colocou em relação à questão da sudoeste e a de Ilhéus, mencionando que
443 quando se apresentou o UNACON para dois mil casos, considerando a subnotificação e o aporte desses casos da
444 microrregião de Itapetinga para a sudoeste, obviamente se chega aos dois mil casos rapidamente. Perguntou o porque de
445 ser pensando em um CACON e não em um UNACON. Disse que está sendo pensando que será UNACON inicialmente e
446 que a tendência natural é seguir para um CACON. Falou que para chegar a um CACON, é preciso ter uma capacidade
447 instalada e que se a rede não for redesenhada agora, terá que ser feito isso no futuro. Proferiu que a questão de Ilhéus, é
448 preciso ser pensado que Teixeira de Freitas, Eunápolis, Porto Seguro, Itabela, para Vitória da Conquista é extremamente

449 inviável, mesmo passando por dentro da estrada de Potiraguá. Proferiu que é uma coisa era pensar em sair de Porto
450 Seguro e Eunápolis e outra coisa era sair de Teixeira de Freitas. Citou que era preciso considerar que no momento,
451 enquanto o município se estrutura, era necessário garantir esse suporte, inclusive na região sul. Falou sobre a questão do
452 serviço isolado de Ilhéus, sendo considerado que será excluído da região. Perguntou como ficaria a relação, já que tem um
453 hospital que é estadual, que é público, está dentro dos critérios, tem condições de absorver e que existe a projeção de
454 casos que é maior do que a se apresenta atualmente. Ponderou que além de otimizar a rede, é preciso rever a questão do
455 sistema de informação, que é um grave problema do estado e que precisa haver uma organização junto aos municípios.
456 Mencionou que a proposta era que fosse considerado número de casos, que a situação de Ilhéus fosse vista
457 especificamente e que o CACON para a Sudoeste fosse sugerido. Proferiu que para o Estado, se o investimento fosse feito
458 no município, seria melhor, porque o mesmo deixa de precisar investir, porque isso passaria para o município. Esclareceu
459 que Teixeira de Freitas passa na frente nessa situação, porque seria um ônus menor para o Estado em termos de
460 investimento para o próprio tesouro. Elucidou que Teixeira de Freitas se propôs a implantar o serviço, tem capacidade
461 instalada, tem sete leitos de UTI e a equipe que tem é a mesma de Eunápolis. Falou que se for pensando em termos que
462 terá que ser trabalhado o plano diretor de investimento do estado da Bahia, esse recurso poderia ser direcionado para outra
463 finalidade. O Senhor Coordenador disse que concorda com o que a Dr. Suzana Cristina tinha colocado e que reforça esse
464 caminho, no sentido de que o Luís Viana Filho pudesse ficar com o UNACON com os mil casos, como referência da
465 extremo sul. Ponderou que a rede estadual de hospitais, na proposta, precisará fazer grandes investimentos em
466 Alagoinhas, Juazeiro e Barreiras. Disse que atualmente não existem serviços viabilizados. Dr. Lúcio França, secretário
467 municipal de saúde de Itabela, disse que Dr. Galvão, o oncologista da região que fica no extremo sul, fez um levantamento
468 apontando mil quatrocentos e cinqüenta e nove casos na extremo sul, em várias especialidades. Mencionou que considera
469 uma grande importância a manutenção de um serviço na extremo sul. Pontuou que seria preciso que fosse feita uma
470 avaliação melhor quanto à questão de deslocamento. Disse que todos os vinte e um municípios da extremo sul mandam
471 pacientes para Itabuna para alta complexidade. Mencionou que, a região de Eunápolis voltar para Teixeira para depois
472 voltar para Itabuna, seria acrescentar um percurso de cerca de quatrocentos quilômetros. Ponderou que é preciso fazer um
473 estudo sobre isso, para que seja visto qual dos dois municípios ficaria numa situação mais adequada para poder ter o
474 serviço e que ficasse em um ponto mais estratégico. Proferiu que todos os municípios que tem algum serviço melhor, estão
475 sendo sobrecarregados e que é preciso que seja feito um estudo sobre o que Eunápolis está deixando de fazer, porque
476 acaba gerando uma sobrecarga em outros municípios. Dra. Marta Rejane ponderou que inicialmente na proposta, teria algo
477 em torno de treze mil casos novos, que resultaria em treze UNACON. Elucidou que na proposta transitória, fica em torno de
478 doze mil e que não foi colocado o serviço isolado de Vitória da Conquista, porque no momento não é possível dimensionar
479 qual a capacidade. Esclareceu que na proposta do futuro, já seriam dezessete mil casos novos, que resultaria num
480 incremento de vinte e quatro por cento. Mencionou que vinte e quatro por cento para uma proposta de médio prazo, era
481 algo razoável. Dra. Suzana Cristina perguntou se poderia ser encaminhado, considerando as propostas que foram feitas
482 para serem agregadas em relação à composição da rede. Disse que existiu a proposta de alteração, feita pelo Senhor
483 Coordenador, que garantia o UNACON em Ilhéus. Ponderou que também foi proposto que fosse colocado no desenho da
484 rede, a princípio, que esse suporte seria dado para a extremo sul, até o momento dessa região se organizar. Esclareceu
485 que era muito importante que fosse considerado que essas pendências fossem registradas. Citou que a proposta ficou clara
486 de ser encaminhada ao MS, e que o cronograma precisava ser definido e colocado em um horizonte. Dra. Denise
487 Mascarenhas esclareceu que foram colocados todos os serviços isolados, mas que São Félix tem serviço isolado e que não
488 tinha sido visto na proposta. Ponderou que era importante que fosse discutido na CIB, a questão de prazos, para que as
489 coisas fossem discutidas em tempo hábil. Dra. Marta Rejane falou que eram dezenove isolados na situação atual, que
490 sairiam com a exceção do de Vitória da Conquista e alguns do de Salvador. Perguntou qual era a proposta para os
491 pacientes existentes atualmente. Informou que os serviços isolados, segundo a portaria, não poderiam receber pacientes
492 novos a partir da data de trinta e um de agosto. O Senhor Coordenador disse que foi proposto o Luís Viana, mas que se a
493 Santa Casa estiver funcionando bem e se propuser para funcionar o UNACON nela, não existe nenhuma objeção. Arrazoou
494 que a questão era Ilhéus e a relação sul e extremo sul. Esclareceu que o paciente sair do extremo sul, para ir para Vitória
495 da Conquista para fazer uma assistência oncológica, seria extremamente longe. Perguntou se já que existe o serviço em
496 Ilhéus, o que justificaria. Disse que a informação que foi dada, foi o número de casos, mas que foi observado que justificaria
497 a manutenção dessa assistência. Explicou que por isso que estava sendo proposto que ficasse no Luis Viana, mas que não
498 tinha nenhuma objeção. Dra. Eliene Oliveira proferiu que já existe o serviço no São José, que existe uma busca para manter
499 esse serviço e que se houver essa possibilidade, seria muito mais prático. Dra. Suzana Cristina ponderou que seria
500 garantido em Ilhéus a princípio, mesmo que seja na proposta transitória. Esclareceu que não seria retirado da extremo sul
501 para Ilhéus, e que a extremo sul daria um suporte no momento. O Senhor Coordenador disse que a grande dificuldade que
502 se tem para a formulação da rede, era de que não estava se partindo do zero e planejando de forma ideal um recorte de
503 referência populacional para construir uma rede. Mencionou que está sendo trabalhado um conjunto de serviços, que foi
504 viabilizado sem nenhum processo de planejamento, sem nenhum dimensionamento populacional e que em gestão
505 anteriores foram credenciados serviços isolados de quimioterapia à revelia do MS. Pontuou que existem serviços de
506 quimioterapia na Bahia, que estão ilegalmente atendendo pelo SUS. Esclareceu que a gestão estadual do governo passado
507 desconheceu a normatização do MS, desconheceu a assessoria técnica do INCA, desconheceu todas as normas da
508 oncologia estabelecidas no SUS e credenciou serviço de quimioterapia e radioterapia em diversos locais no estado.
509 Ponderou que não conseguirá resolver esse problema sem algum ônus, seja transitório, seja assistência ou político. Disse
510 que já colocou em reunião anterior na CIB, que era contrário a pedir adiamento do prazo. Proferiu que seria encaminhada
511 uma proposta, que possivelmente no futuro poderá precisar de correções. Arrazoou que ou se movimentava agora ou não se
512 irá chegar a lugar algum. Citou que a proposta é que com o adendo da questão de Ilhéus, no recorte atual; com o adendo

513 da mudança de Vitória da Conquista para CACON ao invés de UNACON; com o adendo das questões que foram feitas de
514 mudança de não chamar credenciamento temporário, e que na seqüência seria dado continuidade para que o grupo
515 continuasse trabalhando para dimensionar as necessidades de recursos financeiros para garantir esse desenho mais
516 imediato, para estabelecer um cronograma e atividades que necessitam a viabilização. Ponderou que isso é uma
517 responsabilidade que quem chega depois, tem que assumir. Proferiu que a população de Ilhéus será mobilizada, que o
518 prestador com certeza irá procurar os meios de comunicação para dizer que o governo do estado encontrou uma excelente
519 rede de oncologia e que resolveu fechar criminosamente a assistência oncológica quimioterápica em Eunápolis. Arrazoou
520 que ou fica decidido que esse ônus será assumido ou que ficará na inércia. Dr. Lúcio França, secretário municipal de saúde
521 de Itabela, disse que em relação à extremo sul, seria só pedir à garantia de um serviço, definindo se seria Teixeira de
522 Freitas ou Porto Seguro. Informou que a distância entre alguns municípios chega até seiscentos quilômetros. Dr. Renan
523 Araújo proferiu que vem sendo discutido em relação a Salvador, o papel do CICAN e qual seria o hospital que estaria ligado
524 ao CICAN para dar a resposta. Elucidou que a proposta que tinha sido discutida, é que o hospital da rede que pode dar
525 conta disso é o Roberto Santos. Disse que foi falado no Centro Estadual, mas que ficou vago. Pontuou que é preciso
526 pensar em investimentos no CICAN e pensar no seu papel, além de projetar o Roberto Santos como essa alternativa. Dra.
527 Suzana Cristina ponderou que nesse encaminhamento para o MS, era preciso informar um cronograma. Citou que pode ser
528 estabelecido um prazo com o MS, de um ano, mas se comprometendo que isso acontecerá. Proferiu que a extremo sul tem
529 que ter um serviço, que isso está claro e que não precisa nem ser discutido. O Senhor Coordenador perguntou o que
530 precisava para o desenho mais imediato da rede ser operacionalizado. Mencionou que o Centro Estadual de Oncologia
531 pode ser no primeiro momento viabilizado, com uma parceira CICAN/Roberto Santos. Disse que São Rafael não tem
532 nenhum problema, que o Dom Pedro de Alcântara é só querer funcionar, porque está pronto. Falou que terá até dezembro
533 de prazo, para Feira de Santana colocar a UTI, cirurgia e quimioterapia para funcionar dentro do HDPA. Esclareceu que o
534 Manoel Novaes não precisa de prazo nenhum e que em Vitória da Conquista, qualquer um dos dois ou os dois funcionarão
535 como hospital de base, mas que os dois não chegaram a um acordo. Disse que a proposta é trabalhar o mesmo prazo de
536 Feira de Santana para Vitória da Conquista. Disse que se não for resolvido isso com os dois prestadores, a SESAB
537 assumirá a responsabilidade de montar o serviço de quimioterapia dentro do hospital de base e descredenciará os dois. Foi
538 dito que o prazo até dezembro era muito. O Senhor Coordenador deu um prazo até setembro para dar tempo de preparar o
539 serviço próprio. Dra. Suzana Cristina disse que Feira de Santana é o que se encontra mais avançado e que Vitória da
540 Conquista, por causa dos dois prestadores, não tem acordo e que isso não pode ficar acontecendo. Mencionou que o prazo
541 deveria ser de trinta dias. O Senhor Coordenador pontuou que o prazo seria de trinta dias para chegar um acordo,
542 formalizar o documento e que para funcionar o prazo seria até dezembro. Dr. Amauri Teixeira colocou que em trinta dias
543 não tem como o Estado colocar um serviço alternativo. Dra. Suzana Cristina falou que a gestão estará colocando para os
544 prestadores que eles têm trinta dias para se entenderem e se posicionarem. O Senhor Coordenador disse que Ilhéus
545 mantém a Santa Casa, comprovando os requisitos. Disse que a questão principal é a extremo sul e que era preciso definir o
546 prazo para Teixeira de Freitas começar a funcionar. Dr. Geraldo Mazela disse que foi solicitada a elaboração da planta e
547 que já estava sendo negociado. Disse que no final de outubro era um prazo razoável. O Senhor Coordenador citou que
548 Barreiras, Irecê e o Clériston Andrade podem ser discutidos mais para frente. Dr. Amauri Teixeira ponderou que todos
549 sabem que existem deficiências na Santa Casa Ilhéus e que existem restrições técnicas. O Senhor Coordenador sugeriu
550 que caso algum desses hospitais não cumpra esses requisitos, será suspenso e terá que ser discutido da CIB. Pontuou que
551 isso se aplica para todos. Proferiu que existem vários serviços de quimioterapia que não estão habilitados no MS e que
552 quando alguns municípios entraram em plena, essa responsabilidade passou para esses municípios, mas que, quem
553 decidiu foi o Estado em gestão anterior. Dr. Andrés Castro informou que existe um hospital na rede, o qual tem uma baixa
554 taxa de ocupação, que funciona muito mais como abrigo do que necessariamente como uma unidade assistência de alta
555 complexidade. Elucidou que o Hospital Otávio Mangabeira tem um potencial que está sendo sub-aproveitado dentro da
556 rede. Proferiu que a partir da avaliação, poderia ser considerada a possibilidade, a depender dos estudos, de que poderia
557 ser agregada toda estrutura do CICAN e um estrutura hospitalar, se tornando um grande centro de referência. Propôs que o
558 centro estadual fosse colocado como pendência, como unidade estadual a se definir e colocar duas unidades a depender
559 do que o estudo da Secretaria apontar. O Senhor Coordenador perguntou qual seria o prazo para isso. Dr. Andrés Castro
560 salientou que poderia ser de trinta dias. O Senhor Coordenador perguntou se havia mais alguma observação. Não houve
561 nenhuma observação. Passou para a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, para falar sobre a contratualização dos
562 hospitais filantrópicos de Salvador. Foi informado que o São Rafael, o Hospital Espanhol e o Hospital Português estão na
563 etapa de ajustes do plano operativo. Disse que a Fundação Colombus Pino, no Hospital Santa Luzia, já tem um plano
564 operativo acordado e está sendo finalizado o contrato. Proferiu que o Hospital Sagrada Família já está com o seu plano
565 operativo acordado e que a procuradoria do município já se encontra finalizando o contrato. Arrazoou que o Hospital
566 Martagão Gesteira já tem a portaria do MS homologando a contratualização. Ponderou que esse é o conjunto de
567 filantrópicos que estão em contratualização, aderindo ao programa de reestruturação do MS. O Senhor Coordenador
568 colocou em discussão. Dr. Emerson Garcia perguntou sobre a questão dos valores, que não estavam salientadas. O
569 Senhor Coordenador mencionou que era por causa das mudanças que ainda poderiam ser feitas. Sugeriu que depois a
570 SMS de Salvador encaminhasse as planilhas fechadas para o COSEMS, para o MS e para a CIB. Dra. Rafaela, da SMS de
571 Salvador proferiu que está preparando isso. Dra. Suzana Cristina arrazoou que essas planilhas deveriam ser fechadas,
572 porque estava considerando importante ter os valores. Dra. Suzana Ribeiro disse que não via problema nenhum em
573 encaminhar a aprovação com essa pendência e o registro dos valores também, até porque uma gr
574 ande grita dos Conselhos, dos municípios de um modo geral e da região metropolitana é acesso aos hospitais filantrópicos,
575 então é preciso saber quais os valores que estão sendo alocados, aportados a estes hospitais. Rafaela informou que logo
576 após a posse do município, foi montada uma força tarefa e publicada uma portaria sobre a criação de uma Comissão

577 Intergestora da Regulação e que tem como primeira missão fechar esta contratualização, num âmbito de um espaço
 578 intergestor com oito membros sendo quatro da SESAB e quatro da SMS, com o objetivo de fechar a pactuação dos planos
 579 operativos, levando em conta todas as necessidades da regulação, as dificuldades para conseguir internação nos hospitais,
 580 e partindo de um reconhecimento de que assumimos a gestão plena e por tanto temos uma gestão financeira do fundo e da
 581 média e alta complexidade, contratualizamos com o ente filantrópico e com os demais entes porque assumimos a gestão
 582 plena, mas ainda não assumimos a gestão dos leitos e para negociarmos com os hospitais teríamos que ver junto com o
 583 Estado que hoje é quem regula as internações de urgências e eletivas, por isso criamos esta comissão, a fim de discutir as
 584 necessidades de saúde a serem contratualizadas com estes hospitais, estamos negociando com os filantrópicos as metas
 585 em relação a essas demandas reprimidas que a Central de Regulação tem e por isso não temos os valores finais para
 586 apresentar neste momento. Dr. Andrés Alonso registrou que o tempo que a equipe formada teve para trabalhar foi
 587 relativamente curto, considerando que houve um vácuo na gestão do município de Salvador por um período aproximado de
 588 quarenta e cinco a sessenta dias e que inviabilizou uma série de ações da gestão, dentre elas a questão da
 589 contratualização do hospital filantrópico que apresentou um prazo que teríamos que cumprir. Por conta disso, reconheceu
 590 que há uma responsabilidade compartilhada dentro do processo e o Estado resolveu disponibilizar um número considerável
 591 de pessoas que estão na equipe fazendo esta força tarefa juntamente com o município. afirmou que Rafaela não trouxe
 592 realmente todos os dados que seriam pertinentes para apresentação neste momento, justamente por conta do pouco tempo
 593 para consolidação destes dados e para conversar com cada instituição, mas estas conversas já estão avançadas e o
 594 importante neste momento é que Salvador não perca o prazo e possa garantir o recurso da contratualização dessas
 595 instituições. Nesse sentido foi que o Estado resolveu compartilhar essa responsabilidade, compartilhando também todas as
 596 outras e dando o apoio que Salvador necessitar nessa e em outras ações que forem necessárias. Dr. Emerson Garcia
 597 considerou importante colocar o Plano Operativo mais os valores, porque já vimos aqui na CIB e no CES a situação de
 598 hospitais filantrópicos cobrando uma postura do gestor de financiamento excessivo e sabíamos que não era verdade, então
 599 é preciso que fique tudo muito claro para que possamos cobrar dos gestores hospitalares o papel deles. Dra. Suzana
 600 Ribeiro enfatizou que o COSEMS não teria nenhum problema em aprovar agora, considerando apenas a questão de
 601 encaminhar o fechamento das planilhas depois com os valores devidos de cada hospital filantrópico para conhecimento do
 602 COSEMS, posterior encaminhamento para o MS e conhecimento dos municípios. Dr. Raul Molina lembrou que na CIB
 603 passada foi aprovado ad referendum o encaminhamento das planilhas e o Plano Operativo, então estamos voltando a
 604 discutir uma coisa que já foi resolvida. Dando prosseguimento à pauta, o Senhor Coordenador convidou Dr. Humberto
 605 Torreão para apresentar o Plano Diretor de Regionalização 2007, que esclareceu que faria a apresentação da proposta de
 606 revisão territorial do PDR que foi construída pelo grupo de trabalho eleito nesta CIB. "Plano Diretor de Regionalização –
 607 PDR. Revisão dos Territórios Regionais. 1. Avaliando a Regionalização no Estado: a) Muitos Pólos com baixa capacidade
 608 resolutive das necessidades de saúde de sua microrregião; b) Pólos com baixa capacidade de expansão da rede
 609 assistencial; c) Ausência de PDI – Estado não teve capacidade de investir em todas as microrregiões que criou; d)
 610 Incipiência da Gestão Regional da Saúde. 2. Objetivos: a) Contribuir para o desenvolvimento de Regiões Sanitárias com
 611 maior grau de autonomia e maior resolutividade; b) Integrar Regiões Sanitárias e Regiões Administrativas; c) Contribuir para
 612 construção da integralidade das ações e serviços de saúde na região. 3. Construindo nova proposta de Territórios
 613 Regionais de Saúde no Estado – Conceitos: a) Economia de escala: a.1) Ocorre quando os custos médios de longo prazo
 614 diminuem, à medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número
 615 dessas atividades; a.2) são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis
 616 de produção, o que é comum nos serviços de saúde; a.3) Quando a concentração da oferta de serviços para determinadas
 617 necessidades de saúde que demandam uma organização do processo de trabalho e de gestão que se beneficiam de uma
 618 otimização da relação custo x resolutividade. b) Economia de escopo: b.1) ocorre quando uma determinada unidade de
 619 saúde ou quando um município de referência aumenta a variedade dos serviços que oferece. c) Capacidade de
 620 Investimento: Refere-se à capacidade do estado de garantir investimento para os municípios de referência, de forma a
 621 construir a integralidade da atenção à saúde. Varia em função do estágio de desenvolvimento sócio-econômico do estado e
 622 dos municípios. d) Sustentabilidade econômica: Refere-se à capacidade do município de sustentar uma ampliação da rede
 623 atual ou futura de maneira a não limitar a economia de escopo. e) Acesso: Refere-se à distância e ao trajeto que os
 624 usuários devem percorrer até o município de referência. Deve compatibilizar a economia de escala com uma distância e
 625 trajeto de deslocamento que não prejudique o usuário. f) Capacidade Instalada: Calculada em função da capacidade física
 626 disponível no município mensurada pelo número de unidades assistenciais públicas, pelo número de leitos, pelo número de
 627 leitos de UTI. Serão priorizados os municípios com maior capacidade instalada pública. 4. Construindo nova proposta de
 628 Territórios Regionais de Saúde no Estado - Aplicando os Conceitos na Construção de Critérios:

CONCEITOS	CRITÉRIOS
Economia de escala	Definição de uma média de habitantes para compor a microrregião = 150.000 a 300.000 habitantes
Economia de escopo Sustentabilidade econômica	Definição de número mínimo de 70.000 habitantes para o município ser referência de microrregião - Memória de Cálculo
Acesso	Raio máximo de deslocamento de 100 km dos municípios até o município de referência.

629 5. Relação Entre os Conceitos: a) Economia de escala x Acesso: Numa área de baixa densidade demográfica, a escala
 630 trabalha dificultando o acesso. Prioriza-se o acesso. b) Economia de escala x Acesso x Capacidade de investimento:
 631 Quando o acesso for priorizado em relação á escala, deve-se incluir a variável capacidade de investimento na análise do

632 caso. Um número elevado de microrregiões pode limitar a construção da integralidade por diluir mais os investimentos. 6.
 633 Memória de Cálculo: a) Considerando uma microrregião com população média variando de 150.000 a 300.000 habitantes;
 634 b) Considerando 8% o parâmetro de necessidades de internações para o estado em função do número de habitantes; c)
 635 Considerando que a necessidade de internamento para um município de referência corresponde a, no mínimo, 4% da
 636 população da microrregião; d) Considerando que o município de referência, portanto, deve ter capacidade de 6.000 a
 637 12.000 internações por ano (150.000 x 4% e 300.000 x 4%). Isto equivale a uma referência para municípios com
 638 populações variando de 70.000 a 150.000 habitantes. 7. Critérios para um novo PDR do Estado: a) Base populacional
 639 média de uma microrregião: 150.000 a 300.000 hab; b) Número mínimo de habitantes para um Município Referência de
 640 Microrregião (MRM) = 70.000 hab; c) Raio máximo = 100Km (distância entre municípios e o MRM); d) Capacidade
 641 Instalada*. 8. Relações Entre os Critérios: a) Nas microrregiões em que o número de habitantes for superior a 600.000,
 642 divide-se a microrregião em duas, sendo a referência o município de maior número de habitantes; b) Nos vazios territoriais
 643 de raio maior que 100 km admite-se a construção de microrregião partindo do município de maior número de habitantes; c)
 644 Se numa micro houver mais de um município com população superior a 70.000 hab, prevalece o maior; d) Nos casos
 645 referidos acima, quando a diferença de população entre os municípios maiores for inferior a 10.000 habitantes, considera-se
 646 como MR o que tiver a maior capacidade instalada. 9. Diretrizes para um novo PDR do Estado - Relação Municípios com
 647 número de habitantes maior ou igual a 70.000 habitantes:

MUNICÍPIO	Pop 2006	MUNICÍPIO	Pop 2006
SALVADOR	2.714.018	BARREIRAS	138.037
FEIRA DE SANTANA	535.820	TEIXEIRA DE FREITAS	123.557
VITÓRIA DA CONQUISTA	290.042	SIMÕES FILHO	109.930
ILHÉUS	220.932	PAULO AFONSO	103.776
JUAZEIRO	208.299	<i>EUNÁPOLIS</i>	94.118
ITABUNA	205.070	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	86.970
CAMAÇARI	197.144	VALENÇA	85.300
JEQUIÉ	148.992	CANDEIAS	83.295
LAURO DE FREITAS	146.150	JACOBINA	76.473
<i>PORTO SEGURO</i>	<i>140.692</i>	GUANAMBI	76.247
ALAGOINHAS	139.818	SERRINHA	75.544

648 9. Ensaio de novo desenho do PDR:

MUNICÍPIO	POP 2006 (1)	QTD LEITOS SUS					PRODUÇÃO AIH 2006
			UTI	TOTAL			
			Nº LEITOS	Nº LEITOS	TOH = 48%	TOH = 80%	
Ibotirama	24.796	52	2	52	1.521	2.535	2.371
Oliveira dos Brejinhos	22.086	27	0	27	790	1.316	
Paratinga	30.255	38	1	38	1.111	1.852	
Senhor do Bonfim	56.161	196	0	196	5.733	9.555	7.366
Monte Santo	56.962	60	0	60	1.755	2.925	
Campo Formoso	61.823	116	5	116	3.393	5.655	
Ribeira do Pombal	49.040	89	7	89	2.603	4.339	3.331
Euclides da Cunha	55.412	107	0	107	3.130	5.216	3271
Tucano	54.137	83	0	83	2.428	4.046	

Municípios BA	ESFERA ADMINISTRATIVA			Total
	ESTADUAL	MUNICIPAL	PRIVADA	
291070 Euclides da Cunha	0	69	38	107
292660 Ribeira do Pombal	89	0	0	89
Total	89	69	38	196

673 Fonte: TABWIN/CNES – Dados dezembro/2006

674
675
676
677
678
679
680
681

682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745

10. Capacidade Instalada:

MUNICÍPIO	POP 2006 (1)	QTD LEITOS SUS	UTI	Capacidade de Internação por Leito			PRODUÇÃO AIH 2006
				TOTAL			
				Nº LEITOS	Nº LEITOS	TOH = 48%	
Ibotirama	24.796	52	2	54	1.579	2.632	2.371
Paratinga	30.255	38	1	39	1.141	1.901	1.946
Oliveira dos Brejinhos	22.086	27	0	27	790	1.316	-
Senhor do Bonfim	56.161	196	0	196	5.733	9.555	7.366
Campo Formoso	61.823	116	5	121	3.539	5.898	4.612
Monte Santo	56.962	60	0	60	1.755	2.925	3.531
Euclides da Cunha	55.412	107	0	107	3.130	5.216	3.271
Ribeira do Pombal	49.040	89	7	96	2.808	4.680	3.331
Tucano	54.137	83	0	83	2.428	4.046	2.333
Eunápolis	94.118	157	0	157	4.592	7.653	6.915
Porto Seguro	140.692	155	26	181	5.294	8.823	9.744

Municípios BA	ESFERA ADMINISTRATIVA			Total
	ESTADUAL	MUNICIPAL	PRIVADA	
Ribeira do Pombal	89	0	0	89
Euclides da Cunha	0	69	38	107
Total	89	69	38	196
Eunápolis	0	72	85	157
Porto Seguro	125	30	0	155
Total	125	102	85	312

A Microrregião de Feira de Santana ficou com mais de um milhão de habitantes, então a proposta seria dividir essa microrregião em duas pelo município com maior número de habitantes depois de Feira que é Ipirá, o município maior depois de Ipirá é menor do que ele no número maior do que dez mil habitantes, então não precisariam desempatar com capacidade instalada e ficaria sendo Ipirá o pólo da segunda microrregião. Salvador também obviamente, com a microrregião grande, a proposta também é dividir em duas, ficando Camaçari como segundo pólo de microrregião. No recôncavo também, mais de seiscentos mil habitantes, o pólo seria Santo Antônio de Jesus, dividindo, o segundo município maior da microrregião é Cruz das Almas que ficaria como mais uma microrregião. A Micro de Vitória da Conquista também estava com mais de seiscentos mil habitantes, dividindo em duas, fica a segunda microrregião com Itapetinga como pólo de micro. Esclareceu que não havia a pretensão de que na divisão as microrregiões ficassem todas com menos de seiscentos mil habitantes, até porque só Salvador tem dois milhões, só Feira de Santana tem quinhentos mil, e Vitória da Conquista também como terceiro pólo não daria para chegar a menos de seiscentos mil na divisão. Feira de Santana fica com oitocentos e trinta e dois mil, Ipirá com cento e oitenta e cinco mil, Salvador com três milhões, Camaçari com quinhentos mil, Cruz das Almas com trezentos e quatro, Santo Antônio de Jesus com trezentos e setenta e oito, Vitória da Conquista com seiscentos e noventa e cinco, e Itapetinga com duzentos e um mil habitantes. Apresentou um demonstrativo das microrregiões, onde na Macro Centro, Seabra como pólo de microrregião e na própria Seabra tem uma Dires; na microrregião de Irecê já tem uma Dires em Irecê, igualmente na micro de Itaberaba. Na Macro Centro-Leste fica Jacobina que já tem uma Dires, Serrinha que já tem uma Dires, Feira de Santana como pólo de micro também já tem uma Dires, Ipirá como pólo de micro a Dires responsável por essa região está localizada em Mundo Novo, Porto Seguro como pólo de micro a Dires responsável está localizada em Eunápolis, Teixeira de Freitas tem a Dires lá mesmo, Salvador também, na micro de Camaçari não tem Dires, a de Salvador pelo tamanho suporta as duas microrregiões, Cruz das Almas tem a Dires lá mesmo, Santo Antônio de Jesus tem Dires lá mesmo e em Amargosa, onde poderia ser feita uma divisão de funções das Dires nessa microrregião. Ribeira do Pombal a Dires fica em Cícero Dantas, Alagoinhas tem a Dires lá mesmo. Nessa proposta se oficializa que a Macro Nordeste funciona como duas, criamos a Macro Leste compostas pelas micros de Salvador, Camaçari, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus e a Macro Nordeste ficando com as micros de Ribeira do Pombal e Alagoinhas. A Macro Norte fica com Senhor do Bonfim, Juazeiro, Paulo Afonso que têm as Dires lá mesmo. A Macro Oeste com Ibotirama e Barreiras que têm as Dires lá mesmo, e Bom Jesus da Lapa que pelo número de habitantes fica como pólo de micro de região e as Dires que vão dividir as funções são Santa Maria da Vitória e Boquira. Na Macro Sudoeste, Brumado e Guanambi que têm as Dires lá mesmo, e mais uma Dires para dividir função em Caetitê, Vitória da Conquista e Itapetinga também com as Dires lá mesmo. Na Macro Sul há uma micro em Valença com uma Dires responsável pela microrregião em Gandú, Itabuna, Jequié e Ilhéus que têm as Dires lá mesmo. Finalizou a

746 apresentação mostrando o ensaio da proposta do novo desenho do PDR - Municípios de Referência de Microrregião – 29:
747 Salvador, Camaçari, Cruz das Almas e Santo Antonio de Jesus compoendo a Macro Leste, sendo Salvador o pólo da
748 macrorregião. Alagoinhas e Ribeira do Pombal compoendo a Macro Nordeste, sendo Alagoinhas o pólo da macrorregião.
749 Feira de Santana, Jacobina, Ipirá e Serrinha compoendo a Macro Centro-Leste, sendo Feira de Santana o pólo da
750 macrorregião. Itabuna, Valença, Ilhéus e Jequié compoendo a Macro Sul, sendo Itabuna o pólo da macrorregião. Vitória da
751 Conquista, Itapetinga, Brumado e Guanambi compoendo a Macro Sudoeste, sendo Vitória da Conquista o pólo da
752 macrorregião. Barreiras, Bom Jesus da Lapa e Ibotirama compoendo a Macro Oeste, sendo Barreiras o pólo da
753 macrorregião. Irecê, Seabra e Itaberaba compoendo a Macro Centro, sendo Irecê o pólo da macrorregião. Juazeiro, Senhor
754 do Bonfim e Paulo Afonso compoendo a Macro Norte, sendo Juazeiro o pólo da macrorregião. Teixeira de Freitas e Porto
755 Seguro compoendo a Macro Extremo-Sul, sendo Teixeira de Freitas o pólo da macrorregião. “ Após a apresentação, o
756 Senhor Coordenador elogiou toda a equipe que conseguiu viabilizar a proposta de construção do PDR com critérios
757 técnicos baseados em conceitos que são essenciais para a idéia de regionalização e operacionalização destes conceitos de
758 forma adequada e em seguida colocou em discussão. Dr. José Carlos Almeida colocou que na Macro Sul eram seis
759 microrregiões - Valença, Ipiaú, Jequié, Itapetinga, Ilhéus e Itabuna, totalizando setenta e oito municípios e pela distância
760 geográfica de um município para o outro e conforme sugerido na proposta feita anteriormente quando da primeira
761 discussão, caberia mais Valença ir para a Macro Leste e Jequié ir para a Sudoeste. Dra. Denise Mascarenhas parabenizou
762 Dr. Humberto pela apresentação, mas achou necessário um tempo maior para que todos possam analisar melhor a
763 proposta e sugeriu que fosse a colocado para aprovação na próxima reunião ordinária. A Secretária Municipal de Saúde de
764 Jequié, Stela Souza, concordou com a sugestão pois em particular o seu município está tendo muita dificuldade na questão
765 geográfica e de estrada mesmo para Itabuna, pois Vitória da Conquista fica muito mais próximo de Jequié do que Itabuna.
766 Dra. Marta Rejane Montenegro observou que não houve nenhuma colocação quanto à hierarquização da assistência e
767 argumentou que nenhum PDR fica pronto apenas com critérios físicos, é preciso ver como vai se conformar a Rede, da
768 assistência ambulatorial e hospitalar de média complexidade e a capacidade resolutive dos municípios atualmente e que
769 imagem objetiva queremos para essa microrregião, quem vai fazer o que na assistência para quem, e é importante também
770 aliar isto à questão da PPI e considerou que mereceria um estudo de PPI, produção atual, capacidade instalada, potencial
771 pública e privada, para cada um destes municípios da microrregião. Questionou que quando se tratou da questão só de
772 cem quilômetros, se foi levado em consideração o fluxo natural da população, o estudo de malha viária que é
773 importantíssimo para a questão do acesso, já que às vezes mesmo estando a trinta quilômetros não tem estrada asfaltada,
774 são ruins as condições das nossas rodovias aqui no Estado e as vezes até é preciso passar por dentro de outra micro ou de
775 pólo de micro para alcançar o município de referência. Observou ainda que o parâmetro usado foi o leito x 8% e questionou
776 se a questão do ambulatório não foi levada em consideração nessas discussões; lembrou que na PPI anterior trabalhava
777 com 7% e mais meio que foi alocado na questão da urgência e emergência como ajuste e afirmou que gostaria de ter
778 acesso a este material para que pudesse melhor avaliar e fazer sugestões a fim de acrescentar e contribuir no que for
779 preciso. Dr. Wilson Mendes enfatizou que hoje estava sendo discutida a lógica da distribuição, da divisão, da assistência e a
780 lógica populacional. Dra. Suzana Ribeiro lembrou de toda a polêmica do início da reunião e que ficou muito claro que seria
781 feita a apresentação e seria remetido para uma discussão no COSEMS, portanto, a diretoria terá acesso ao material, a
782 SESAB será convidada para apresentar na próxima reunião de diretoria do COSEMS para fazermos um debate, e se
783 houver tempo hábil será feita uma reunião prévia antes da reunião do COSEMS com a SESAB, inclusive convidando os
784 vice regionais para participarem do processo de discussão. Parabenizou o trabalho da equipe técnica e observou que desde
785 o primeiro momento houve um avanço substancial e não tem como se pensar que para fazer uma proposta dessa não se
786 considerou fluxo populacional, acesso e malha viária, porque pelo desenho posto, dá para perceber de antemão que isso foi
787 respeitado. Quanto à colocação de se estudar a PPI, fica preocupada pois a PPI de 2003 foi direcionada, a região Sudoeste
788 foi vítima desse processo, inclusive alguns municípios se recusaram a assinar a PPI, outros fizeram um documento
789 encaminhando à SESAB a alteração de suas referências porque não se sentiam contemplados, inclusive para definir PDR,
790 a exemplo da região de Itapetinga que fazia parte da Sudoeste e na época o município ainda não era pleno, houve um
791 empate técnico em relação ao fluxo de AIH e há de se pensar que o PDR anterior assim como a PPI foi todo montado em
792 cima de um fluxo de AIH, para caracterizar o PDR anterior a AIH teve um peso imenso e isso foi colocado para a equipe
793 técnica, não dá para considerar fluxo de AIH porque esse fluxo é manipulado, principalmente na época em que as AIHS não
794 estavam na mão dos municípios, então havia aqueles municípios que não eram plenos e quem fazia o controle disso era o
795 Estado através das regionais, então dentro da Sudoeste houve uma descaracterização completa do fluxo e por conta disso
796 a macrorregião Sudoeste afundou literalmente, porque sua referência de pólo não deu conta, já que a PPI foi construída em
797 cima de um PDR que não correspondia à realidade, por conta do fluxo que foi alterado, inclusive das AIHS, para garantir
798 que alguns municípios fossem redesenhados na sua referência e isso antes de 2003, e quando houve a PPI em 2003 foi um
799 horror porque descaracterizou, trabalhou o fluxo de AIH, perdeu-se a referência e a resposta disso foi um déficit imenso que
800 os municípios de referência passaram a ter por conta da alteração do fluxo, por consequência da pactuação e obviamente o
801 déficit financeiro enorme, porque essa população continuou a ter acesso, ela seguiu seu fluxo natural, continuou a acessar
802 o serviço e a entrar pela porta da urgência e criar mecanismos para conseguir garantir o acesso ao serviço. Acha que o
803 estudo de PPI hoje não garante uma resposta ao fluxo populacional, porque uma coisa é o que foi pactuado por força de um
804 PDR que foi distorcido e se este PDR anterior estivesse correspondendo à realidade dos municípios teríamos uma PPI mais
805 justa, e é isso que precisamos resgatar agora para todas as regiões. Os municípios pólos sofreram um comprometimento
806 grave na sua oferta de serviço com um déficit financeiro, exatamente por conta de um PDR que não correspondia à
807 realidade da sua região. Isso é extremamente importante e está sendo considerado inclusive na discussão interna no
808 COSEMS junto com os vices regionais que são as pessoas que estão em suas regiões, atentos à demanda dos municípios.
809 Considerou a proposta positiva, pois contempla muitas questões e está aberta a discussão, podendo inclusive melhorar no

810 sentido de respeitar as necessidades específicas de alguns municípios. Infelizmente não houve tempo hábil de fazer uma
811 discussão junto às regiões, devido aos prazos para estabelecimento das redes assistenciais que estão em discussão, e o
812 PDR é vital para que isso possa se sustentar. Dr. Amauri Teixeira lembrou que houve consenso para apresentação da
813 proposta e foi feito um trabalho com qualidade. Parabenizou a equipe e a proposta que precisará de ajustes sim, mas foi
814 fundamental a apresentação para que os atores tomem conhecimento de forma qualificada, isso propicia sugestões
815 também qualificadas; não há direcionamento nem favorecimento a nenhum pólo ou município. Dr. José Raimundo
816 mencionou que o material poderia ser pego e disponibilizado no SITE, para que pudesse haver contribuição das pessoas,
817 desde que essa contribuição fosse embasada. Dr. Alfredo Boa Sorte mencionou que há muito tempo que na Bahia existe
818 um desenho do PDR, mas que o fato de haver o desenho, não significava que a regionalização aconteceu. Ponderou que
819 era fundamental a garantia de que todas as regiões e todos os municípios fossem contemplados com o objetivo que existe.
820 Proferiu que o Estado tem a responsabilidade de fazer a saúde da Bahia andar de maneira mais séria e mais rápida, com a
821 participação de todos. Arrazouo que qualquer proposta que seja montada, implica em avaliação e supervisão para que seja
822 visto se é correta do ponto de vista prático. Dr. Raul Molina proferiu que a PPI tem que ser realizada, mas não da maneira
823 que estavam querendo colocar, de última hora. Cobrou da SESAB que fosse feito isso de forma clara e não de última hora.
824 Disse que era preciso que houvesse mais conhecimento do PDR e que não iria aceitar que fosse feito da forma que estava.
825 Dra. Marta Rejane mencionou que fez perguntas a Dr. Humberto Torreão, sobre esclarecimentos por não ter tido acesso ao
826 produto do trabalho do grupo. Colocou que isso é um direito. Pontuou que o COSEMS são os quatrocentos e dezessete
827 municípios, que tem uma diretoria eleita por menos de doze por cento dos municípios, para representar formalmente
828 perante as instituições. Falou que em uma das reuniões que foi feita neste ano, colocou como sugestão para a diretoria,
829 que todos os processos deveriam ser democratizados do ponto de vista da construção. Disse que se o grupo estivesse
830 passando todas as informações para o resto dos municípios, no momento daria para aprovar o PDR, mas que como isso
831 não foi feito, não estava sendo possível. Citou ainda que membros da CIB estavam vendo essa proposta pela primeira vez
832 e que por isso estavam solicitando para analisar. Ponderou que era preciso haver questões mais esclarecidas. Dr.
833 Humberto Torreão salientou que pincelava a fala de que o processo de regionalização tem que ser garantido através de
834 responsabilidades tripartites. Citou que era importante alinhar o que estava sendo chamado de plano diretor de
835 regionalização e que o que foi apresentado, foi uma proposta de redesenho das regiões sanitárias dos territórios e que era
836 um componente do PDR. Pontuou que embora isso seja chamado de PDR, não era o PDR. Mencionou que o PDR inclui a
837 definição dos desenhos das regiões, inclui todo o processo de definição de como irá acontecer a programação pactuada
838 integrada, o plano de regulação das regiões e o plano diretor de investimentos. Proferiu que era por isso que concordava
839 com a Dra. Marta Rejane quando a mesma afirmou que não era possível existir PDR sem hierarquização da assistência.
840 Citou que essa proposta irá viabilizar a discussão de todas as redes assistenciais do Estado e a discussão da
841 hierarquização da assistência. Arrazouo que também irá permitir a discussão de todos os critérios de macro e micro
842 alocação da PPI. Falou que o estudo de mapa viário foi feito, lembrando que o mapa que foi apresentado, foi o mapa
843 rodoviário. Disse que essa proposta consolida uma proposta do desenho das regiões, partindo dos municípios pólos de
844 microrregião. Esclareceu que era preciso haver uma discussão sobre quais os municípios que irão estar agregados na
845 microrregião. Sobre a questão da capacidade instalada, perguntou o porque de não ambulatório e sim hospital. Falou que
846 estava sendo falado de municípios de referência de região e que relacionaria a capacidade instalada com a capacidade
847 investimento no Estado. Indagou sobre quanto custaria a mais ao Estado investir em um município referência de região,
848 respondendo em seguida que seria um hospital. Proferiu que a capacidade de investimento fez a relação com o critério de
849 capacidade instalada e que por isso foi optado por esses. Dra. Suzana Cristina salientou que quanto à questão do PDR,
850 haveria a oportunidade de ser discutido mais detalhadamente. Mencionou que poderia ser remetida a questão do PDR, para
851 a reunião de diretoria do COSEMS e que poderia ser agendada uma reunião extraordinária do COSEMS, convidando a
852 SESAB para participar. Informou que a discussão da portaria das especificidades regionais, que o Dr. Heider Pinto
853 apresentou na semana anterior e não foi definido. Disse que a preocupação era o prazo, já que a proposta era que até o dia
854 vinte e quatro fosse encaminhada. Ponderou que se possível, fosse colocado para ser debatido e fosse retirado um
855 encaminhamento. Dra. Denise Mascarenhas salientou que como existia um prazo, deveria ser aprovado ad referendum e
856 fosse estudado todo o conjunto de propostas que foram feitas, para que o referido prazo não fosse perdido. Dr. Wilson
857 Mendes informou que existe o consenso para que seja tomada uma atitude urgente, para que o dinheiro possa chegar.
858 Proferiu que era preciso haver uma junção dos critérios que foram discutidos pela manhã e que há o consenso de que o
859 recurso precisa chegar imediatamente. Elucidou que era precisa haver fundamento para que a fundação pudesse começar
860 com uma parte desse recurso e que a outra parte deveria ir para o município. Falou que dos critérios que foram discutidos,
861 só não estava concordando com relação ao PSF, porque todos os benefícios seriam sempre dados a quem estava com
862 baixa cobertura. Disse que também não concordava com o critério da questão do contemplado do Saúde Bahia. Dra. Marta
863 Rejane sugeriu que deveriam permanecer os sete critérios, mas que retirando os cinquenta por cento, não iria sobrar para
864 colocar no fundo estadual de saúde. Citou que na primeira versão, ficaria cinquenta e três vírgula oito por cento dos
865 recursos com os municípios e quarenta e seis vírgula dezenove por cento dos recursos para o fundo estadual de saúde.
866 Ponderou que se fosse retirada a cobertura inferior a cinquenta por cento, iria pegar praticamente quase todos os
867 municípios. Mencionou que o IDH é abaixo de sete, que por isso foi que se inclui no zero vírgula nove e mesmo que o IDH
868 seja abaixado, pegaria somente os oitenta e seis municípios que já estavam. O Senhor Coordenador falou que a reunião
869 estava se estendendo muito, que teria uma audiência logo após e que era preciso haver uma decisão. Dr. Raul Molina disse
870 que estava sendo encaminhado de uma forma consensual que fosse colocado cinquenta por cento para o fundo de reserva
871 da fundação e cinquenta por cento para os municípios. Citou que os critérios que Dr. Marta Rejane salientou que estavam
872 todos de acordo na sua grande maioria. Ponderou que poderia ser aprovado ad referendum, e seria construído dentro das
873 duas propostas e seria entregue no dia vinte e quatro. O Senhor Coordenador perguntou se a proposta era para o cinquenta

874 por cento para o fundo para a construção da Fundação Estatal e os outros cinquenta por cento seria dividido entre
875 municípios e que não se sabe quais eram os critérios. Mencionou que era preciso definir esses critérios e que se houvesse
876 consenso na comissão que estaria se reunindo no dia posterior a essa reunião, a CIB estava delegando para a comissão
877 esse consenso. Lembrou que ainda havia um ponto, que era a homologação da proposta de pactuação entre os municípios
878 de Araçás, Pedrão e a SESAB, referente à Portaria SAS, sobre o cadastro do gestor. Falou que mais dois estariam sendo
879 aprovados e perguntou se estava tudo "OK". Ninguém se manifestou. Dr. Amauri Teixeira ponderou que a base do
880 consenso era cinquenta por cento para a Fundação Estatal e cinquenta por cento para os municípios. Mencionou que
881 saindo disso, não haveria consenso e que o que estava sendo delegado eram os critérios. O Senhor Coordenador deixou
882 claro que a proposta do Fundo ficar no Fundo Estadual, seria do ponto de vista de gerenciamento, mas que a finalidade do
883 recurso era de cem por cento dos municípios. Citou que o que estava se propondo era que fosse carimbado que cinquenta
884 por cento já estava apontando na construção desse fundo para a construção da Fundação. Dr. Heider Pinto proferiu que era
885 que todo dinheiro estava sendo para as redes municipais da Bahia, que cinquenta por cento, imediatamente, conforme os
886 critérios iriam para expandir e qualificar a atenção básica nos municípios, que a outra parte, fisicamente viria para o Fundo
887 Estadual de Saúde, mas que a finalidade era a instituição da Fundação Estatal que é feita para os municípios. Disse que
888 não havia divergência, mas que era para ficar claro que estava sendo reservado esses cinquenta por cento, fisicamente
889 para o Fundo Estadual de Saúde, com a finalidade de instituir a Fundação Saúde da Família. Dra. Marta Rejane elucidou
890 que quando é colocado numa resolução da CIB, para Fundação Estatal, não deixa claro quanto irá custar a implantação.
891 Disse que se fosse colocado no Fundo para a atenção básica, caso houvesse uma sobra, poderia colocar em outras
892 questões que não fossem só que Fundação Estatal. Salientou que não era contra a proposta, mas que achava que poderia
893 ser feita de uma forma mais ampla. O Senhor Coordenador esclareceu que já havia sido feita a proposta que não teria
894 como haver consenso. Mencionou que seria destinado cinquenta por cento para o fundo estadual da atenção básica, com a
895 finalidade de apoiar a constituição da Fundação Estatal. Dr. Andrés Alonso disse que com relação às reuniões das CIB
896 macro, que estaria sendo apresentado nessa reunião, ficou resolvido de não ser feito, porque depende da resolução do
897 PDR e que considerando isso, seria aguardada a decisão do PDR e seria apresentada na próxima reunião da CIB. Em
898 seguida, o Senhor Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima
899 reunião ordinária para o dia 20 de setembro de 2007 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu,
900 Candice de Almeida Rocha Lêdo, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada.
901 Salvador, 22 de agosto de 2007.

902
903 Jorge José Santos Pereira Solla _____
904 Suplente: Amauri Santos Teixeira _____
905 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
906 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____
907 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____
908 Alfredo Boa Sorte Júnior _____
909 Suplente: Gisélia Santana Souza _____
910 Andrés Castro Alonso Filho _____
911 Suplentes: Isabela Cardoso de Matos Pinto _____
912 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____
913 Kátia Nunes Barreto de Brito _____
914 Denise Lima Mascarenhas _____
915 Suplente: Wilson Martins Mendes _____
916 Suplente: José Carlos Almeida _____
917