

Aos vinte e dois dias do mês de abril do ano de dois mil e nove, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, 4ª Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dra. Suzana Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Lorene Louise Silva Pinto, Alfredo Boa Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto, José Carlos Raimundo Brito, Stela dos Santos Souza, Angeli Santos Matos e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, José Raimundo Mota de Jesus, Gisélia Santana Souza, Sara Cristina Carvalho Cerqueira e Emerson Gomes Garcia. Às 14h30min, havendo número legal, O Senhor Coordenador declarou aberta a sessão com o único ponto de pauta da Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS: **1. Critérios da nova Programação Pactuada e Integrada – PPI.** Apresentação Silvio Medina. “1. Sistematização da 1ª Rodada de Produção da Política de Gestão da Rede de Atenção Especializada – Pré-requisitos para a elaboração e efetivação da PPI num processo de regionalização viva e solidária. Versão Preliminar, 22.04.09. 1.1 Problemas aparentes: a) Hospitais maiores superlotados e subfinanciados x Hospitais menores com baixa ocupação, qualidade, resolatividade e ineficientes; b) Pouca diversificação do perfil dos estabelecimentos assistenciais para os municípios pequenos (Conformação de Redes); c) Oferta de leitos pulverizada, pouco resolutive e ineficiente - 635 hospitais existentes, 538 (85%) atendem ao SUS. Hospitais Não SUS: 96% < 100 leitos; 81% < 30 leitos. Hospitais SUS: 93% < 100 leitos; 75% < 50 leitos; 48% < 30 leitos. d) Hospitais resolutivos e os de alta complexidade concentrados em Salvador e Macro-regiões (duas sem alta complexidade); e) Baixa oferta e racionalidade da produção ambulatorial especializada. 1.2 Oportunidade: a) Econômica: - PPI - Oportunidade de realocação de 1,7 Bilhões; - Possibilidades de Recursos Federais extra-teto (SE, UPA, HPP, CEO, CAPS, CEREST, NASF...); - Reservas Federais – Investimentos Federais (FPM, PAC); b) Política: - Momento Político Nacional e Estadual - Meio da gestão; - Municípios em início de gestão; - Vontade Política (Colegiado da SESAB, COSEMS); c) Técnica: - Acumulação de proposições em diversas áreas. 1.3 Desafios: a) Econômicos: - Sub-financiamento da Saúde nos Países em Desenvolvimento; - Crise: Estado da Bahia sofre mais com a queda das commodities (pólo petroquímico e agro-exportação); b) Políticos: - Tempo de Gestão Curto; - Técnicos; c) Fragmentação na formulação de políticas para a atenção especializada em âmbito nacional, estadual e municipal; - Lógicas Conflitantes: PPI, financiamento por produção x Contratualização, Pacto pela Saúde. **2. Política de Gestão da Rede de Atenção Especializada** – Pré-requisitos para a elaboração e efetivação da PPI num processo de regionalização viva e solidária. Versão Preliminar (Reunião com COSEMS), 22.04.09. 2.1 Objetivo: Qualificar a gestão da rede de atenção especializada de modo a produzir uma Regionalização Viva e Solidária que garanta o maior acesso possível, necessário e equânime dos cidadãos ao conjunto de serviços da atenção especializada de forma resolutive, eficiente e sustentável. 2.2 Regionalização Viva e Solidária: a) Gestão Regionalizada do SUS (CGMR); b) Política de Gestão da Rede de Atenção Especializada – PPI: **I. Desenho de redes hierarquizadas, regionalizadas, integradas, acessíveis e eficientes** – DIPRO, DIREG, CER, DICON, DAE, DGC, SAFTEC, DAB, DGRP (apoio de Alcindo Ferla e Emerson Canonicc); **II. Elaboração da PPI** – DIPRO (coordenação); **III. Sistema de Acompanhamento, regulação, avaliação, controle e revisão da PPI (POAs e FPOs) e contratualização de hospitais estratégicos** – SUREGS, DAE, DGRP, DMA (apoio de Alcindo Ferla e Emerson Canonicc). **I. Desenho de redes hierarquizadas, regionalizadas, integradas, acessíveis e eficientes – Visão de Conjunto (1/2): a) Classificação, Hierarquização e qualificação da Rede Hospitalar:** - Fortalecer as referências estadual, macrorregional e microrregional; - Definir os complementares de micro para garantir acessibilidade geográfica e complementar a necessidade de leitos cirúrgicos; - Qualificar a rede de atenção especializada loco-regional com alternativas assistenciais e econômicas mais adequadas para os “hospitais pequenos” – Hospitais Locais; - Desenvolver estudos econômicos das alternativas assistenciais; - Qualificar a implementação da Política de HPP - Maio; - Programa Estadual de Contra-Referência/Retaguarda – Maio. **I. Desenho de redes hierarquizadas, regionalizadas, integradas, acessíveis e eficientes – Visão de Conjunto (2/2): a) “Tracejando” Linhas de Cuidado:** - Definição da Política/Rede Estadual de Atenção à Atenção às Urgências – incluindo o financiamento; - Definição da Política/Rede Estadual de Atenção à Mamãe e ao Bebê (gestação e 1 ano de vida, Materno-Infantil) – Maio; - Definição da Política/Rede Estadual de Atenção à Saúde Mental – Maio; - Hierarquização dos serviços para procedimentos ambulatoriais de atenção especializada (Política de Credenciamento) – Maio; - Fortalecimento das Redes Temáticas (Nefrologia, Cardiologia, Oncologia, Neurologia...), Articulação das “Áreas Estratégicas” e Projeto de Linhas de Cuidado na Atenção Básica – Maio. **b) Definição de diretrizes para o PDI** – Construção, reforma, adequação e equipamentos (recursos). **I. Desenho de redes hierarquizadas, regionalizadas, integradas, acessíveis e eficientes – Agenda de Curto Prazo:** a) Oficina na Sexta-Feira com DIPRO, DICON, DIREG, CER, DAE, DGRP-GD, DAB, DGC e SAFTEC: - Manhã: conclusão do exercício de conformação da Rede de Atenção às Urgências da Microrregião de Juazeiro, - Tarde: elaboração de PROPOSTAS para a Classificação e Hierarquização da Rede Hospitalar e indicação de alternativas para os hospitais pequenos. b) Desenvolvimento de Estudos Econômicos para alternativas para os Hospitais pequenos; c) Estudos de gastos e receitas dos Hospitais Pequenos, SE e UPA – Sexta; d) Outras alternativas (maternidade primária, CAPS, CEO, NASF, CEREST, NUSAT, Leitos Psiquiátricos e de Retaguarda) – Maio. **II. Metodologia de elaboração da PPI – Visão de Conjunto: a) Etapa Estadual (Abril/Maio):** - Definição preliminar de Parâmetros de necessidades/oferta de serviços de saúde; - Alimentação preliminar do SISPPPI; - Definição do esqueleto da metodologia da PPI integrada com um plano de trabalho para o conjunto das frentes (foco nas tarefas dos municípios) - Menos recursos para procedimentos, mais para incentivos/reserva técnica (Lógica da contratualização e indução de mudanças na conformação da rede); - Simulações financeiras; - Ajustes dos parâmetros e simulações em função do avanço da Frente I – Maio; - Rodada de CGMR (Discussão da metodologia da PPI) – Maio; - Aprovação na CIB – Maio; - Alimentação do SISPPPI – Maio; - Elaboração do Manual da PPI 2009 – Maio. **II. Metodologia de elaboração da PPI – Visão de Conjunto: a) Etapa Municipal (Maio/Junho):** - Treinamento dos Técnicos Municipais; - Rodadas de CGMR em Seminários Macrorregionais (começando pelas macrorregiões com mais vazios assistenciais, em seguida a Macrorregião Interestadual de Juazeiro e por fim a Macro Leste; - Ajustes inter-macrorregionais; - Alimentação do SISPPPI; - Consolidação dos dados e geração de relatórios; - Aprovação do resultado da PPI na CIB; - Assinatura dos Termos de Garantia de Acesso. **II. Metodologia de elaboração da PPI – Proposta para DEBATE hoje: a) Etapa Estadual (Abril/Maio):** - Proposta de esqueleto da metodologia da PPI integrada com um plano de

trabalho para o conjunto das frentes (Tarefas do Estado e dos municípios); - Alimentação preliminar do SISPP. **III. Sistema de contratualização, acompanhamento, regulação, avaliação, controle e revisão da PPI, POA e FPOs – Visão de Conjunto:**

a) Pactuação no mesmo momento de pactuação da PPI (legitimidade e transparência); **b) Qualificação das Informações:** - **Atualização do CNES/BA;** - **Cadastro dos hospitais da Rede Própria;** **c) Contratualização – Até Junho:** - Apoiar Chamamento Público: transparência, acesso, qualidade e economicidade (economia de escala e escopo); **d) Regulação – Até Junho:** - Modelo de Regulação (concepção); - Sistemas de Regulação (software e logística); **e) Sistema de Acompanhamento, Avaliação e Controle da PPI, POA e FPO – Até Junho.**

III. Sistema de acompanhamento, regulação, avaliação, controle e revisão da PPI – Agenda de Curto Prazo: **a) Fortalecimento dos CGMR:** - Elaboração de sugestão de adequação do Regimento da CIB – Extinção das CIB – Macrorregionais; - Pactuação com COSEMS em CIB; - EP para membros efetivos, Apoio Integrado e DIRES. **b) Proposta emergencial de Atualização do CNES – BA e do Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde:** 1. Apresentação: A Portaria Estadual nº 1766/2003 define a responsabilidade do gestor municipal quanto ao cadastramento e atualização dos dados no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, independente do nível de gestão. As inconsistências identificadas no Sistema têm sido um agravante na reordenação dos serviços de saúde, interferindo nas decisões de alocação de recursos e impactando em comprometimento dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS, no Estado da Bahia, com reflexos na Programação Pactuada Integrada – PPI. Esta situação remete a uma nova estratégia de sensibilização e responsabilização junto aos gestores municipais para a importância das informações e de sua atualização permanente para os avanços das Políticas de Saúde no Estado. 2. Objetivo Geral: Garantir a atualização e monitoramento constante do Sistema Informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde das unidades de saúde sob a responsabilidade de cada gestor. 3. Objetivos Específicos: a) Oficializar instrumento de validação dos registros das informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde junto ao gestor municipal; b) Formalizar o compromisso do gestor municipal pela fidedignidade das informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde; c) Fortalecer e viabilizar o processo de Programação Pactuada Integrada – PPI; d) Garantir que a alocação de recursos no município seja efetivamente de acordo com a capacidade instalada real. **4. Metodologia/Instrumentos:** a) Elaboração do Termo de Validação para as informações do CNES; b) Elaboração do Termo de Compromisso do gestor municipal pela fidedignidade dos dados informados e atualização, onde deverá constar que a informação fidedigna dos dados é condição para a manutenção dos recursos alocados no município pela PPI; c) Resolução da CIB sobre comprometimento e responsabilização relacionadas à qualidade do cadastro firmado no Termo de Compromisso; d) Elaboração do material de orientação (Manual Digital) para atualização do cadastro pelos gestores municipais. Modelo do Termo de validação dos dados cadastrados no CNES:

TERMO DE VALIDAÇÃO DOS DADOS CADASTRADOS NO CNES

Eu, _____ RG: _____, CPF: _____, Secretário(o) Municipal de Saúde de _____, Bahia, responsável pelo dados cadastrados no SCNES deste, declaro que os dados constantes no CNES atualizado até a data _____, conforme consta nas planilhas anexas são verídicos e fidedignos.

Declaro ainda estar ciente que:

1. Caso sejam identificadas divergências nas informações contidas no documento em questão, os recursos referentes a estes dados serão remanejados automaticamente para municípios que possam atender a estas necessidades, após deliberação no CGMR e homologação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB/BA.

Fica o Colegiado de Gestão da Microrregional _____ como fórum legítimo para ratificação deste termo que será validado na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

_____, _____ de _____ de 2009

Secretário Municipal de Saúde de _____

Testemunhas:

_____: RG.: _____

Coordenador do CGMR

_____: RG.: _____

Vice-coordenador do CGMR

5. Cronograma:

	ATIVIDADES	ABR	MAI	JUN
1	APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA AO COSEMS	22		
2	APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA À CIB/EXTRAORDINÁRIA	22		
3	DISPONIBILIZAÇÃO DO MATERIAL DE ORIENTAÇÃO (MANUAL DIGITAL) PARA ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO PARA GESTORES		04	
4	ATUALIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS DO CNES DA REDE PRÓPRIA COM EQUIPE CNES/DICON-SUREGS	27	12	
5	APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA NO CGMR - EVENTO SIMULTÂNEO (JUNTO COM A MOSTRA ESTADUAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA)		06	
6	VIDEOCONFERÊNCIA SIMULTÂNEA DE REUNIÕES DO CGMR PAUTA: PPI		18/19	
7	HOMOLOGAÇÃO NA CIB EXTRAORDINÁRIA DA ASSINATURA TERMO DE VALIDAÇÃO DOS DADOS CADASTRADOS NO CNES PELOS GESTORES MUNICIPAIS		21 e 22	
8	VALIDAÇÃO DAS BASES DE DADOS DO SCENS PELO DATASUS			01
9	DISPONIBILIZAÇÃO DOS DADOS CADASTRADOS NO CNES VALIDADOS PELOS GESTORES MUNICIPAIS PARA A PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA -PPI			X

6. Encaminhamentos: a) Diretrizes da política; b) Extinção das CIB-Macrorregionais; c) Esqueleto da PPI; d) Parâmetros; e) Cronograma emergencial de atualização do CNES: - Incluir os instrumentos propostos?; - Nova data para as reuniões dos CGMR. **7. Proposta de Esqueleto da PPI:** a) Reservas Técnicas Indutoras da Qualificação da rede de atenção especializada: Ajustes – CIB e Contratualização: Incentivo à rede hospitalar de maior complexidade (Referências Estadual, Macrorregional e Microrregional); Incentivo às Linhas de Cuidado (Atenção às Urgência, à Mamãe e ao Bebê, Saúde Mental, Saúde Bucal...) – Custeio, reforma, adequação e equipamentos para ampliação da oferta – Contrapartidas Federal, Estadual e Municipal; Incentivo aos Hospitais Públicos; Incentivo ao Programa de Contra-Referência/Retaguarda Hospitalar. b) Incentivos; c) Área Hospitalar; d) Área Ambulatorial; e) Áreas estratégicas. **8. Parâmetros Utilizados:** a) Valor média da AIH por município, corrigindo distorções; b) Período: Janeiro a outubro; c) Percentual por microrregião, corrigindo distorções; d) Percentual entre as clínicas por microrregião - Estudos para depois da PPI sobre as internações de Pediatria e Obstetria; e) Parâmetros ambulatoriais nas áreas estratégicas - Encaminhamento para o COSEMS para conhecimento para debater os pontos mais problemáticos em reunião do GT; f) Parâmetros para os agregados - SESAB que vai elaborar proposta até quinta (30/04), enviar por e-mail e debater com o GT, 06/05; g) GT: Marta, Suzana, Magela, Emerson, Stela, Joseane, Brito e Odilon." Dr. Silvio Medina finalizou a apresentação, colocando-se à disposição para possíveis esclarecimentos. Dra. Cláudia Almeida acrescentou que as planilhas serão colocadas por município com tudo que tem atualmente no CNES e vai caber a cada gestor dizer sim ou não para essa estrutura; a planilha virá em quatro blocos avaliando a questão da atenção básica, da média complexidade, da alta complexidade e de serviços de alto custo e informou que o material será entregue em CD para que cada gestor possa imprimir, assinar e encaminhar junto com o Termo de Validação. Dra. Suzana Ribeiro ressaltou que o CONER é uma representação regional do COSEMS que tem que estar presente nos processos de pactuação de sua microrregião que se dá através do Colegiado de Gestão Microrregional que é a instância deliberativa, portanto, este processo não pode ser remetido ao CONER. Relatou que na reunião do COSEMS pela manhã, foram discutidas as propostas apresentadas a fim de fechar os critérios para alocação e a partir daí se desdobrar. Houve também discussão sobre a melhor competência e foi resgatada a discussão da tabela unificada que tem um prejuízo muito grande no prazo de janeiro a maio, no entanto, acabamos pactuando de janeiro a outubro por sugestão do Ministério à área técnica da SESAB, mas isso não invalida a possibilidade de discussão a fim de identificar um outro período que seja mais legítimo do ponto de vista de referência, para que não haja prejuízo para o Estado nem para os municípios. O Senhor Coordenador parabenizou a todos que participaram da construção dessa proposta, especialmente à equipe da SUREGS que tem feito um esforço concentrado nas últimas semanas para construir a metodologia adequada aos nossos principais desafios. Chamou atenção quanto ao grande peso da atualização do CNES, que pode parecer uma questão secundária, mas não é, e relatou que o nosso cadastro de estabelecimentos de saúde está completamente furado, com problemas dos mais diversos, o que compromete todo o processo de planejamento de programação, ou seja, não temos como efetivar uma programação adequada se não conseguirmos atualizar este cadastro. Lembrou quando houve no ano passado um aumento na tabela dos valores de leitos de UTI, e chamou sua atenção na apresentação a Maternidade José Maria de Magalhães Neto que teria um aumento ridículo frente à produção, já que trata-se da principal maternidade de referência para gravidez de risco, que mesmo com um serviço terceirizado com a Santa Casa de Misericórdia, está produzindo em média até 120% das metas negociadas, no entanto, quando o Ministério da Saúde fez a alocação dos recursos de aumento dos valores da tabela que era proporcional à produção e estava baixíssimo.

222 Assim, questionou como pode uma maternidade que tem quarenta leitos de UTI Neonatal, que tem uma concentração enorme
223 de gravidez de risco ter um reajuste tão baixo. Na ocasião, como o MS reiterava que a programação estava correta, solicitou à
224 Auditoria do Estado que fizesse uma avaliação desses principais serviços de UTI para ver onde estava o problema e com o
225 trabalho concluído verificou-se que o problema é do cadastro; a maternidade de referência estadual teve no ano passado 60%
226 das suas AIHs glosadas, ou seja, somente 40% da produção foi registrada e o problema estava de um lado no CNES e do
227 outro lado na FPO, alguns causas estavam por inadequação do cadastro e outras da ficha de programação orçamentária.
228 Reiterou essas duas questões fundamentais, uma que é a priorização do processo de atualização do cadastro na medida em
229 que tem muitos serviços que existem, mas não estão cadastrados, e outra é a adequação da programação com o cadastro,
230 pois, não tem sentido, por exemplo, serviços que estão contratualizados ou mesmo serviços que estão com a relação no TCEP
231 terem produção glosada porque a FPO não contempla incorporar ou porque o cadastro não previa aquele serviço, e com isso
232 causa distorções enormes. Enfatizou que temos um Estado como a Bahia, que já tem um déficit de serviços mais resolutivo,
233 um déficit de oferta de maior complexidade, e ainda nos darmos ao luxo de permitir que nas bases de dados não apareçam
234 registros de procedimentos importantes como internações em UTI Neonatal e procedimentos cirúrgicos mais complexos, é
235 realmente bastante complicado. Pediu que possamos tentar cumprir este cronograma e fazer um esforço concentrado para que
236 possamos viabilizar a atualização do CNES e a adequação, pois este é o primeiro grande esforço para viabilizar uma
237 Programação Pactuada Integrada mais adequada à realidade da nossa rede. Dra. Lorene Pinto estendeu este compromisso
238 para os demais sistemas de informação, enfatizando que quando fazemos qualquer tentativa como tentamos agora, no
239 planejamento da oferta para os casos de Dengue no Estado, não conseguimos porque os sistemas não nos permitem isso, não
240 apenas o CNES, mas também SIA, SIH, e até o SINAN que é o Sistema de Notificação, pois ao mesmo tempo em que
241 recebíamos demanda de apoio para que ajudássemos a implantar as salas de hidratação, alocar equipamento, material e
242 pessoal, não havia uma notificação de caso no sistema, e aí fica realmente desproporcional o investimento. Outra coisa
243 abordada por Dra. Suzana foi sobre a questão do CONER que é uma ferramenta importante para acompanhar toda a
244 pactuação por ser uma instância dos gestores municipais para acompanhar tudo o que pactuam entre si, claro que uma coisa
245 não interfere na outra, mas fortalecer não deixa de ser uma fiscalização importante para quem pactuou com municípios
246 vizinhos e isso fortalece inclusive os critérios da pactuação. Dr. Alfredo Boa Sorte considerou que esta CIB extraordinária de
247 certa forma dispara o processo da PPI mais intensivamente, e reforça que o cronograma que foi colocado desde o início da
248 parte interna que tinha sido programado, que vai de janeiro até junho, pouca coisa está em atraso, na verdade estamos quase
249 cumprindo todo aquele cronograma programado com a responsabilidade dos municípios, do COSEMS e da SESAB e dos
250 diversos órgãos. Pari passo a isso estamos também discutindo as questões dos CGRM além de algumas discussões que
251 estamos tendo como, por exemplo, na macrorregião norte, quando estamos discutindo a rede interestadual Bahia e
252 Pernambuco, tendo com Juazeiro e Petrolina, essa primeira experiência de rede interestadual com o apoio do MS. Ressaltou
253 que além dos vários processos que estão em curso, temos ainda que dar conta de uma epidemia de Dengue, dos problemas
254 de urgência e emergência, e dos atendimentos e problemas do dia a dia que cada Secretário Municipal de Saúde, a SESAB e
255 o Ministério da Saúde tem tido. Na oportunidade, anunciou a constituição do Conselho Curador da Fundação Estatal de Saúde
256 da Família, com setenta municípios que já aprovaram suas leis e outros duzentos municípios que já assinaram e estão
257 assinando o Pacto de adesão à Fundação Estatal de Saúde da Família, mas ainda não aprovaram suas leis nas respectivas
258 Câmaras de Vereadores. Alertou ainda que não podemos confundir e achar que a PPI vai resolver todos os problemas do SUS
259 da Bahia, primeiro porque estamos num momento de contensão de recursos por conta da crise financeira, até hoje não temos
260 a regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29 que poderia dar um aporte de recursos maior para o Ministério da Saúde,
261 Estados e municípios, felizmente o Presidente Lula manteve a FPM de 2008 sem alteração em 2009 diminuindo o sofrimento
262 dos municípios para este ano em que haveria um corte em torno de 19% e isso de certa forma não sobrecarrega tanto os
263 municípios. Enfatizou que a PPI é uma coisa e trabalhar em rede é outra coisa e colocou que este é um debate que também
264 está sendo feito em Juazeiro e Petrolina porque existe essa impressão de que resolvendo o problema da PPI estaremos
265 também resolvendo todos os problemas de saúde do Estado, então vamos conviver com essa PPI, vamos observar o quanto
266 estruturalmente o SUS da Bahia como um todo ainda está em dívida com as nossas necessidades, tanto na capacidade
267 instalada vide o que foi dito aqui tanto do CNES, quanto na incongruência que existe entre o que está instalado e o que está
268 noticiado, o que se faz e o que se deixa de fazer por conta do que é anunciado neste CNES. Sugeriu que ao trabalhar a PPI
269 deveríamos ao mesmo tempo começar a trabalhar a questão da rede, a questão da solidariedade entre os entes públicos
270 conveniados, no caso Ministério, Estado e Municípios, porque na hora de fechar a questão da PPI vamos ver que não temos os
271 recursos que estamos sonhando como se fossemos fazer uma PPI com recursos ilimitados, os recursos são finitos, os
272 problemas são quase infinitos e nós temos que ter a capacidade de pactuar esta possibilidade solidária desta rede, para que
273 possamos atender a todas as necessidades e chamar também para este processo da PPI, a participação solidária do Ministério
274 da saúde que tem mais condições de nos ajudar neste momento do que o próprio Estado, num momento em que temos
275 contingenciamento de recursos. Enfatizou que é preciso colocar os pés no chão para com o dinheiro que temos e o que
276 pudermos ampliar tanto do ponto de vista de instalações físicas, quanto de compra de equipamentos, para que possamos
277 programar melhor os recursos a fim de dar uma solução melhor para a saúde do nosso Estado. Dra. Gisélia Souza registrou
278 que este é um momento muito importante, pois estamos fazendo um esforço para cumprimento do cronograma já aprovado
279 anteriormente nesta CIB e considerou a PPI como uma ferramenta de gestão importante para o processo de pactuação e
280 alocação de recursos, portanto, a sua configuração deve vir à luz do que se define para a política de saúde do Estado.
281 Argumentou que na verdade temos como centro da nossa política o processo de regionalização solidária e ao mesmo tempo
282 de configuração de redes assistenciais, hierarquizada que busca a integralidade da atenção e isso vinculado à política também
283 de fortalecimento da atenção primária à saúde, então essa composição do que se refere à política estadual de saúde, ela tem
284 que se refletir na PPI que por sua vez tem que servir a isso, à caracterização de uma rede verdadeiramente integrada, com
285 referência e contra referência, com fortalecimento da capacidade e utilização da escala da capacidade instalada das
286 macrorregiões. Ponderou que é preciso aproveitar esse momento da PPI para configurar e mudar também o modelo de
287 atenção, configurar realmente um modelo de saúde o mais equânime possível, então quando se fala na macro alocação de
288 recursos tem que ser à luz destes princípios, destas diretrizes e desta política, e a PPI tem que servir a isso junto com outros

289 movimentos de descentralização, temos que sair da discussão pequena, estreita, muito umbilical de cada município, pois nós
290 enquanto estado, temos que pensar no sistema estadual como um todo, temos que ter a responsabilidade sobre o conjunto do
291 sistema de saúde do Estado da Bahia e é nesse sentido que a PPI tem que vir, para ajudar a configurar esse sistema de
292 acordo com os princípios do SUS, portanto, neste momento precisamos pensar no que é melhor para o sistema, mesmo que
293 localmente às vezes tenhamos que contrariar determinadas lógicas já arraigadas naqueles sistemas locais. Citou como
294 exemplo a própria configuração desses hospitais de pequeno porte que é algo que devemos refletir, sobre a capacidade
295 ociosa, a questão da pouca resolutividade, é preciso pensar até em reconfigurar estes hospitais em um novo processo de
296 perfil, para ser uma policlínica ou um pronto-atendimento, algo que seja diferente e não esses hospitais que não resolvem os
297 problemas e tem um grande contingente de leitos que não são utilizados e precisamos discutir isso de forma mais global.
298 Essas questões estão na mesa no momento da PPI e do Pacto e no processo geral que estamos tratando da regionalização,
299 processo para fortalecimento do SUS no Estado da Bahia, no seu componente de regionalização solidária e de percebermos
300 também de que a lógica do financiamento do sistema ainda é por capacidade instalada e por procedimento, por isso não
301 podemos abstrair a necessidade de registrar tudo o que nós fazemos, porque com isso o Estado perde dinheiro e até porque
302 do ponto de vista nacional dá a dimensão da complexidade do nosso sistema. A Secretária Municipal de Saúde de Ilhéus,
303 Marleide Figueiredo, concordou com as colocações referentes ao CNES e FPO, e considerou a planilha apresentada com uma
304 didática ideal para avaliar os serviços realmente prestados e a capacidade instalada de cada município, mas questionou como
305 irá se dar a dinâmica do cruzamento das informações das planilhas com o período analisado de produção se for definido de
306 janeiro a outubro, sabendo que existe uma queda de produção dos períodos anterior e posterior da nova tabela, porque na
307 configuração dos procedimentos houve alguns que ficaram fora dessa FPO e alguns municípios levaram um tempo para fazer
308 essas correções. Levantou também um questionamento sobre a tabela diferenciada que é uma realidade de boa parte dos
309 municípios e como será analisada essa situação. Sugeriu que neste processo de encaminhamento da PPI houvesse algum tipo
310 de fórum onde os municípios pudessem tirar suas dúvidas e levar seus problemas, tipo uma Comissão, para que pudesse
311 analisar e responder aos questionamentos. O Vice-Presidente do CONER Sudoeste e do CGMR da Microrregião de Vitória da
312 Conquista, Gerald Saraiva, colocou que os municípios têm manifestado dúvidas em relação aos recursos que hoje estão nos
313 pólos de microrregião e que a maioria deles estão pactuados fora dos municípios, cerca de 90% dos municípios não têm nada
314 cadastrado muito menos credenciado, aí surge a dúvida que se permanecer este critério, claro que com a PPI muito melhor
315 organizada, os municípios pequenos não terão a possibilidade de ter um acréscimo nesses serviços ou de tê-los nesse
316 município, porque vai estar alocado em outro que tem o cadastro no CNES e o credenciamento é baseado neste critério, que
317 se permanecer, não vai poder realocar para ele, ou seja, o recurso que está lá não pode vir à população que receberia esse
318 serviço no seu município. Usou como exemplo a ultra-sonografia, que na região sudoeste 100% dos municípios estão
319 pactuados com Vitória da Conquista, Guanambi, Brumado ou Itapetinga. Então, o que vai acontecer com esses serviços caso o
320 município não tiver credenciado, que 99% não estão, muito menos nesse período, é que vai ter uma série histórica e não vai
321 mudar nada, então tudo o que vem sendo discutido a dois anos infelizmente vai permanecer da mesma forma. Em Anagé, por
322 exemplo, é um sofrimento muito grande para pagar exame laboratorial, e tem pactuado mensal, trinta e quatro mil reais em
323 Vitória da Conquista. Isso não pode continuar e estes casos específicos precisam ser pensados, porque não adianta pagar dez
324 a doze mil por mês sendo que tem trinta e quatro em outro município. É um recurso muito grande no município e ele tem
325 capacidade instalada, mas não vai ter série histórica por que a FPO dele é do hospital, de quatro mil e seiscentos reais.
326 Considerou ainda que se este critério continuar, não adianta nada assinar um Termo de Validação se lá não está dando a
327 opção de colocar o serviço que o município pode realizar ou que já está realizando. A Sra. Marleide Figueiredo pediu
328 novamente a palavra e questionou com relação à alta complexidade, sobre os serviços que ainda não estão credenciados e
329 que caso venham a ser credenciados como a parte de cirurgia em oncologia, por exemplo, se eles estarão sendo
330 contemplados na alocação de recursos dessa programação. Dra. Conceição Benigno ressaltou a importância desse momento
331 e agradeceu a viabilização desta CIB extraordinária. Concordeu que a PPI não resolve todos os problemas do SUS como as
332 questões do subfinanciamento, do modelo, as questões institucionalizadas organizacionais e todas as dificuldades de
333 conquistas da reforma sanitária e da construção do SUS que todos nós queremos, mas ponderou que a PPI em si é um
334 instrumento indutor importante que passa e temos que aproveitar este momento, mesmo não resolvendo tudo, mas trazendo
335 para discussão e reflexão muitas coisas e tentar melhorar. Enfatizou que não teremos uma PPI 100%, mas a que for possível
336 ser feita, com o recurso que for possível e mesmo assim provavelmente alguns municípios ainda continuarão com dificuldades.
337 Esclareceu que está sendo utilizada a ferramenta do Ministério que é a SISPP e que acabamos de concluir o preenchimento
338 do módulo estadual juntamente com o COSEMS. Ressaltou que essa ferramenta traz uma questão muito importante sobre o
339 que fazer frente à questão dos procedimentos que a tabela SUS não paga e nós temos que pactuar, e o que se resolve para
340 dentro do meu município, mas não se resolve para fora, isso não está definido ainda e precisamos resolver antes de junho.
341 Para isso, a ferramenta permite uma coisa importante, o financiamento MAC que estamos mostrando aqui tem a parte do
342 Governo Federal das transferências fundo a fundo, temos que dar visibilidade na hora do preenchimento da PPI e
343 programarmos os serviços colocando a contrapartida do estado e a contrapartida dos municípios, ou seja, que recursos
344 próprios estamos utilizando para pagar a tabela, procedimentos fora de tabela, porque só podemos fazer isso com recurso
345 municipal, que ampliações de serviço nós estamos fazendo ou manutenção de serviços de unidades para garantir a produção
346 ou ampliar essa produção. Exemplificou que o estado nestes últimos seis meses veio fazendo mutirão de cirurgias de alta
347 complexidade nas áreas de cardiologia, ortopedia, neurocirurgia, e sequer tivemos capacidade de registrar porque foi fora da
348 tabela e legalmente temos que usar recursos próprios do Estado e não do Governo federal; assim ficamos inviabilizados pelo
349 sistema de informação, então são várias coisas que nesse momento não vão ser todas resolvidas, mas existem possibilidades
350 novas que ainda não estamos totalmente familiarizados, mas ao final do preenchimento desse módulo estadual e até chegar às
351 rodadas municipais, o MS poderá enxergar tudo isso com recurso próprio. Respondendo a pergunta de Gerald sobre o que vai
352 acontecer com o serviço novo que não vai estar validado neste CNES, mas já está sendo feito há tanto tempo e não tem
353 dinheiro novo para a PPI, aí é que entra a possibilidade da PPI ser viva e solidária e de deliberações e decisões
354 regionalizadas, pois, não há possibilidade de discutirmos pactos de responsabilidade sanitária, de alocação de recursos
355 meramente no nível central da SESAB por planilhas em papel como era a proposição e assim não conseguimos, porque assim

356 não havia possibilidade, de forma centralizada, daí a importância dos CGMR, que amanhã será feita uma rápida avaliação de
357 que situação nós estamos. Citou que hoje já surgiu a possibilidade de garantirmos estes espaços e discutir quem mais poderá
358 validar o que o município faz ou não faz, não só o CNES, é a responsabilidade sanitária porque infelizmente ainda trabalhamos
359 com compra e vendas de serviços de saúde, o município diz que tem a capacidade, que realiza, manda para SESAB as
360 planilhas, preenche no sistema, mas quem vai validar isso? Questiona se somos nós, os técnicos do nível central, que vamos
361 dar conhecimento dos quatrocentos e dezesseite municípios do estado ou se são aqueles que estão em blocos mais próximos,
362 trazendo para discussão e ajudando, apoiando e coordenando? Reforça também a importância da Auditoria também
363 cumprindo o seu papel no processo de fiscalização, o controle. Mas para isso destaca que temos que mudar essa lógica, a
364 divisão de responsabilidades nesse momento é de todos, não adianta ficarmos passivos vendo o município do lado com uma
365 série de queixas, e por mais que sejamos eficientes e eficazes no nível central, não temos condições de efetivar esse controle,
366 precisamos descentralizar esse acompanhamento e monitoramento, PPI sem perspectiva de monitoramento e
367 acompanhamento não muda, porque o município pode abrir um serviço hoje, e se tem uma proposta de fazer revalidação de
368 três em três meses, nas rodadas dos colegiados, se criou uma série histórica, três meses depois pode mostrar no seu
369 colegiado e provar que produziu e aí fazer proposições de mudança como acontece no estado de Minas Gerais, que isso é
370 automático, dinâmico e permanente, essa é a nossa proposta. O Sr. Paulo Macedo, do município de Candeias, colocou que o
371 maior problema dos municípios é referente à capacidade de mão de obra qualificada, o que se reflete nos problemas dos
372 diversos sistemas de saúde, informatizados ou não. Quanto ao problema do cadastro, muitos não sabem nem como começar a
373 fazer, assim os dados ficam defasados muitas vezes por falta de conhecimento porque não é só fazer de acordo com o
374 manual, é preciso outros conhecimentos de saúde, tem médico que faz trinta consultas, trabalhando um turno de oito horas, e
375 vai trabalhar na outra especialidade mais dezesseis horas, então existe um desconhecimento na maioria das vezes. Além
376 disso, reforça que os setores de pessoal de algumas secretarias municipais não conhecem nem o sistema de cadastro porque
377 os profissionais entram na rede, mas não entram no sistema e quando vão atualizar já está defasado há um tempo, sem falar
378 no que os municípios fazem e não está no cadastro, aí passa pelo processo do registro, da informatização e é preciso um
379 técnico que tenha conhecimento para fazer a atualização do sistema, a versão nova do sistema, que entenda dessa lógica da
380 capacitação. Elogiou a proposta das vídeos-conferências que é a única forma de atingir um estado tão grande, como já teve
381 em outras áreas, inclusive na TFD no ano passado e que avançou bastante com as questões. Reafirmou que os municípios
382 não possuem técnicos capacitados e lembrou que houve também a mudança dos gestores e alguns desconhecem
383 completamente o sistema de saúde pública, há uma grande dificuldade dos próprios profissionais que gerenciam as unidades
384 de saúde, da compreensão e atualização do cadastro e o que se precisa agora é um apoio da SESAB para a capacitação da
385 mão de obra. Lembrou que certa vez Dr. Alfredo Boa Sorte colocou que o SUS também é feito de Recursos Humanos, e ao
386 seu ver, não adianta a unidade de saúde estar perfeitamente equipada e organizada se não houver recursos humanos
387 satisfeitos para produzir o serviço de saúde, isso tudo faz parte de uma capacitação e treinamento, desde o problema crítico da
388 atenção básica até o problema da média complexidade, quando um município quer colocar um serviço sendo que necessita de
389 outro porque há vários interesses em jogo, então essa é uma questão que os municípios precisam se organizar através da
390 microrregião. Exemplificou que Candeias lutou e conseguiu entrar na rede de média complexidade, já está para assinar o
391 Termo de Compromisso, mas há uma preocupação muito grande com esse problema da qualificação da mão de obra, inclusive
392 já está agendado um trabalho com o pessoal da DIPRO. Finalizou sugerindo que o Estado dê um apoio neste sentido,
393 principalmente aos municípios menores onde a mão de obra é muito difícil de entender e processar o cadastro. Dr. Amauri
394 Teixeira pediu a palavra e justificou a situação das instalações do Auditório que tem estado cada dia mais cheio e argumentou
395 que aqui na SESAB havia um critério onde observamos que o terceiro andar é maravilhoso, o segundo andar é mais ou menos,
396 o primeiro andar já vai se deteriorando e o subsolo que é onde está localizado nosso auditório tem as piores instalações; esta
397 era uma concepção de administração, pois os servidores nem chegavam a ter acesso ao terceiro andar, mas isso será
398 revertido, apesar de que dificilmente este ano, com a crise financeira que estamos vivendo, vamos ter alguma obra
399 administrativa. Não é só o Estado que vivencia esta crise, todos os gestores municipais estão passando pela mesma
400 dificuldade e a pretensão do Senhor Secretário era construir ainda este ano o anexo, mas o governador está colocando o pé no
401 freio face às dificuldades em que todos nos encontramos. Quanto ao assunto em pauta, comentou que quando alguns
402 municípios nos procuram e negociam conosco individualmente e até coletivamente, sempre buscam a solução do seu
403 problema, seja instalar um equipamento o melhor possível, quando sabemos que individualmente poucos municípios têm
404 condição de assumir determinadas complexidades. É preciso entender que na rede cada um tem um papel, ou alocamos bem
405 aquele que pode desenvolver o melhor papel, e aí na PPI fortalecemos os pólos microrregionais na média complexidade, pois
406 a alta complexidade somente poucos municípios têm condição de responder e não adianta cada município achar que vai puxar
407 isso para si porque não tem resolutividade. Relatou que outro dia um município pediu determinados equipamentos de Neonatal
408 e não tinha profissional nem estrutura para isso; também são construídos postos de saúde com equipamentos muito mais
409 básicos e que ficam abandonados, isso é dispersão de recurso, é desperdício de recurso público e que não podemos num país
410 como o nosso e num estado nordestino como o nosso, nos dar ao luxo de fazer isso. Em sua opinião não dá para discutir a PPI
411 achando que o todo vai ser resolvido pelos entes maiores, estado e união, e que os problemas particulares vão ser resolvidos
412 pelos entes menores, uma rede tem que ser vista como algo de todos, tanto os problemas maiores quanto os menores tem que
413 ser resolvidos por todos, e mesmo o município de Salvador se só pensar nele e achar que tem todos os equipamentos para
414 atender, vai todo mundo migrar para cá e terminar penalizando os municípios de Salvador, assim, é preciso criar anteparos da
415 média e alta complexidade para que não venham todos para Salvador. Elogiou a equipe lembrando que nenhum plano nasce
416 pronto, vamos experimentar a PPI por um tempo e temos uma perspectiva de revisão; sugeriu um prazo de seis meses para
417 uma nova avaliação da PPI e analisar se tudo está funcionando a contento, ou seja, precisamos ter uma construção
418 consensual, não achar que ela está acabada, nem achar que ele merece revisões pontuais, merece sim revisões pontuais, é
419 claro que este fórum poderá em qualquer momento fazer revisões pontuais, mas temos que ter uma revisão maior, uma
420 revisão macro, com uma perspectiva de prazo para sentarmos novamente e rever essa pactuação, já que essa pactuação é a
421 formalização da solidariedade entre os entes federativos, pois dentro da saúde não há outra perspectiva, ou pactuamos,
422 formalizamos este pacto e praticamos aquilo que está formalizado, ou estamos fazendo de conta. Chamou atenção de um

423 ponto importante na PPI que é a regulação, ou garantimos uma regulação efetiva ou vamos estar brincando de fazer pacto, se
424 continuarmos enviando para os outros municípios aquilo que foi pactuado para nós, para determinados pólos de microrregião
425 ou para determinados pólos de macro e eles não atendem e mandam para Salvador ou mandam para o estado sem regular, aí
426 estaremos apenas cumprindo apenas uma formalidade, não estaremos seriamente fazendo um pacto para nos ajudar a
427 atender melhor a população. Dr. Andrés Alonso colocou que pela primeira vez começamos a abrir o debate a respeito do
428 financiamento do sistema, na medida em que fazemos a discussão do modelo de contratualização que vamos incluir no debate
429 da PPI, discutindo e reconhecendo a necessidade dos incentivos que trabalham o sistema sob a lógica do custeio e da
430 ampliação de novos serviços. Sobre a questão da tabela SUS e da tabela não SUS colocada por Dra. Conceição, do que o
431 SUS não custeia, temos que ver e tratar de formas diferentes já que são duas situações distintas, uma é a dos procedimentos
432 que existem na tabela SUS e que não cobrem o custeio real do procedimento, tendo dificuldade real da contratação de
433 prestador, ou da prestação de serviço pelo próprio sistema público, e o outro são os serviços que são oriundos ou de
434 procedimentos já indicados formalmente e que são praticados no dia a dia e que não são contemplados na tabela SUS e
435 daqueles procedimentos que vem em função da judicialização do processo. Com relação às colocações do Sr. Paulo, de
436 Candeias, informou que no ano passado foram capacitados dois mil técnicos para o CNES, e que nos dias de 27 a 30 deste
437 mês estamos capacitando mais quinze municípios com duas vagas para cada um. Entretanto, temos tido problemas de fato,
438 inclusive na alta rotatividade dos profissionais que estão no CNES, na questão da terceirização que implica numa rotatividade
439 maior e numa falta de qualificação dentro dos critérios de contratação desses profissionais que incorporam o processo, mas
440 ainda assim temos fóruns para discutir a exemplo do próprio site da SESAB, a exemplo dos e-mail institucionais que estão aí
441 para dar apoio e a exemplo do próprio contato da equipe que está disponibilizado não só para qualificar, mas também para
442 orientar toda a equipe com relação ao CNES. Esclareceu ainda em relação à questão da PPI e da regulação colocada por Dr.
443 Amauri, que a PPI é realmente estratégica para a regulação, mas mais estratégico ainda para a regulação é a formação das
444 redes de alta complexidade, para que se crie as referências; a PPI dentro desse processo organiza e financia as redes,
445 contribui na organização e no financiamento das redes, mas de fato as redes precisam estar organizadas para que o processo
446 regulatório possa de fato estar cumprindo o seu papel. Chamou atenção de que não podemos perder de vista a necessidade
447 dos encaminhamentos, o que terminou ficando um pouco disperso no processo, e enfatizou que existem quatro questões
448 estratégicas iniciais, além das outras que são complementares: a aprovação do termo de Validação do CNES, assumindo
449 inclusive um compromisso com o calendário da atualização do CNES que está posto e é estratégico; a aprovação da extinção
450 das CIB macrorregionais; a aprovação da competência referente à série histórica que está colocada e ao calendário dos
451 CGMR através da vídeo conferência. É preciso começar a pautar estes itens, por que se não for encaminhado, vamos ficar
452 discutindo aqui situações em que essa programação que está dada aí, vão ser os fóruns adequados para discutirmos essas
453 questões com mais profundidade do que foram colocadas aqui. Dra. Suzana Ribeiro concordou com a necessidade dos
454 encaminhamentos e considerou a discussão bastante rica em relação ao cadastro, ao formato, aos valores médios de AIH, a
455 referência dos municípios, a correção das distorções por microrregião, depois trabalhar com valores ambulatoriais que foi
456 proposto aqui já que 40% desses recursos como foi colocado de manhã pela DIPRO, estão em ações estratégicas e os 60% é
457 o que vamos alocar inclusive em valores agregados. Relatou que após profunda discussão na reunião do COSEMS pela
458 manhã, ficou fechado rever uma comissão já que anteriormente tinha vinte e três municípios e na verdade só participavam
459 quatro ou cinco, e foi montada nova comissão com sete gestores municipais e já acontecerá uma reunião no próximo dia 06,
460 no dia da Mostra Estadual de Saúde da Família, junto com a equipe da DIPRO e antes disso a equipe técnica já se
461 comprometeu a estar trabalhando. Paralelamente à Mostra e também à discussão do CNES, à tarde se for preciso então,
462 podemos estar avançando para garantir inclusive o cumprimento do cronograma. No momento houve a solicitação da inclusão
463 na comissão do gestor municipal de Salvador que não estava presente pela manhã. Na oportunidade, Dra. Suzana informou
464 que o Congresso do CONASEMS acontecerá nos dias 11 a 14 de maio e contará com a presença de boa parte dos gestores
465 municipais, da Diretoria do COSEMS e grande parte dos Membros da CIB e sugeriu caso seja necessário uma nova CIB
466 extraordinária para o dia 22 junto com a CIB Ordinária do dia 21 de maio. Considerou que pelas falas anteriores não houve
467 discordância em relação ao conteúdo apresentado e à estratégia, mas talvez algumas questões possam ser repensadas a
468 exemplo da questão colocada pelo Sr. Gerald Saraiva, e ponderou que se dermos conta de estar sensibilizando os municípios
469 para estarem atualizando seus cadastros e alimentando o cadastro dos estabelecimentos, que também é um papel nosso, e
470 fazemos o controle e avaliação por dentro do CGMR, aí teremos uma oportunidade ímpar de nós gestores municipais
471 fortalecermos o Colegiado de Gestão como espaço deliberativo e de pactuação, para que possamos efetivamente começar a
472 pensar o Sistema Único de Saúde a partir da nossa realidade. Ponderou que muitas vezes a ausência dos secretários na CIB
473 Estadual cria alguns vazios, alguns acham que não foram contemplados, não foram ouvidos, ou que as coisas aconteceram
474 muitas vezes, o que não é verdade, mas que parece ser que é sempre de cima para baixo. Na verdade, precisamos garantir
475 uma participação maior e o CONER tem um papel de mobilizar os gestores municipais para participarem do Colegiado de
476 Gestão, que tem possibilidades infindas, e se nós enquanto CGMR discutirmos até a proposição de um consórcio
477 intermunicipal para atender uma ou outra situação, por exemplo, a microrregião de Vitória da Conquista não dá conta de
478 assistir a população toda e quer fazer um consórcio, aí sentamos no CGMR para discutir com três ou quatro municípios, com o
479 acompanhamento do Estado e envolvendo a área técnica direto do nível central e começamos a amadurecer algumas
480 questões. Ressaltou que não é suficiente e nem interessante que tudo isso se concentre num único município, porque isso
481 enfraquece; quando um dos municípios deixa de cumprir a pactuação compromete a rede toda e só vamos conseguir avançar
482 com a proposta da regionalização solidária, quando cada um de nós entender e utilizar o CGMR como um espaço efetivo de
483 tencionamento, de discussão e principalmente de pactuação e de proposição, pois o que vier de lá, inclusive para acompanhar
484 e monitorar a PPI, é o que vai ser mais possível porque não dá para ficarmos à distância imaginando o que está acontecendo
485 nas microrregiões, enfim, se cada um de nós não assumir a parte que nos cabe nesse imenso latifúndio que é o SUS da Bahia,
486 teremos mais dificuldade e se nos responsabilizarmos e potencializarmos nosso CGMR, com certeza a nossa PPI vai poder a
487 cada três meses estar sendo reestruturada, repensada e redesenhada, inclusive no sentido de fortalecer os municípios e
488 principalmente as microrregiões. É importante se agarrar a isso como uma possibilidade real da gestão municipal sair
489 fortalecida, de realmente fazermos nosso papel e não deixar que terceiros definam por nós o que precisamos fazer o que é um

490 papel nosso, para depois não ficarmos responsabilizando outros espaços que na verdade não tem tanta responsabilidade
491 assim, muitas vezes pecamos mais por omissão, porque não temos acompanhado o processo. Ressaltou que temos a
492 condição de começar a fazer a experiência já aprofundando e atualizando o cadastro, que é o que vai servir de espelho e
493 deferência para a área técnica trabalhar e avançar com a discussão, inclusive da alocação de recurso. Dr. José Carlos Brito,
494 Secretário Municipal de Saúde de Salvador e Membro da CIB, afirmou ter gostado do conceito da formação da rede e do
495 fortalecimento do CGMR que considerou inovações muito interessantes, no entanto, isso seria fantástico se essa rede já
496 estivesse fortalecida e sabemos que não está. Quanto ao financiamento da rede, questionou quem vai bancar o começo neste
497 fortalecimento de rede, pois, existem municípios com uma condição econômica muito precária e quanto a recursos humanos,
498 questionou também quem vai bancar isso na realocação desses recursos para apoio dessas redes, porque é um
499 remanejamento de recursos, ressaltando ser uma preocupação e não um pensamento pequeno. Questionou ainda se Salvador
500 vai continuar sendo o centro de referência e bancando a formação dessa rede. O Senhor Coordenador reiterou os elogios
501 iniciais à equipe da SUREGS e lembrou ter comentado numa reunião anterior com a equipe que seria necessário um esforço
502 metodológico e um esforço técnico de elaboração muito grandes, porque toda a metodologia da PPI cumpriu um papel
503 importante no estágio do SUS que ela foi desenvolvida; era um período que tínhamos uma rede herdada do antigo INAMPS e
504 queríamos reconfigurar essa rede. Observou que a metodologia cumpriu esse papel de redistribuição de recursos, de ter uma
505 lógica de incorporar bases populacionais na relação com a distribuição dos recursos federais, só que de quando a PPI foi
506 iniciada a sua elaboração para cá o SUS mudou muito, apesar de acharmos que o tempo é pouco, de lá para cá passamos a
507 ter os hospitais universitários contratualizados, já estamos com quase quarenta hospitais de pequeno porte contratualizados
508 somando os últimos que foram aprovados agora em março, temos quase cinquenta ou mais filantrópicos contratualizados,
509 temos uma série de serviços que foram implantados com outra lógica de financiamento tipo CEO, SAMU, etc., ou seja, muita
510 coisa mudou mesmo e não podemos continuar com a mesma metodologia utilizada anteriormente, desconhecendo esse
511 processo, as redes de alta complexidade também começaram a se configurar depois da elaboração dessa metodologia da PPI,
512 então, tudo isso precisa ser incorporado e adequado ao processo. Argumentou que precisamos enfrentar de forma ao mesmo
513 tempo tranqüila, sabendo que é difícil fazer a reversão desse quadro, mas ou enfrentamos ou não vamos superar a situação.
514 Não podemos nos dar ao luxo de fazer uma PPI para pulverizar ainda mais os poucos recursos que temos, de um lado não
515 podemos dispersar recursos, mas de outro lado precisamos fazer com que haja uma desconcentração de serviços que hoje
516 estão muitas vezes sendo realizados apenas na capital do Estado, temos que construir um processo que dê conta dessas duas
517 realidades. Exemplificou com a rede de alta complexidade e lembrando que é um processo que estamos fazendo desde 2007,
518 pegou o exemplo da neurocirurgia que hoje conta com equipes em Teixeira de Freitas, Barreiras, Ilhéus, Vitória da Conquista,
519 Jequié (que vai entrar na rede), Feira de Santana, há um processo de desconcentração de alguns procedimentos para os pólos
520 regionais, mas isso tem que ser feito de forma programada, porque não dá para pensar que vai ter neurocirurgia em qualquer
521 município, nós podemos e devemos fazer um processo de planejamento para que a neurocirurgia não seja só em Salvador,
522 para que ela vá para os pólos regionais, mas tem que criar possibilidade e pulverizar isso para que a oferta se desconcentre de
523 tal forma que se inviabilize. Do outro lado transplante de órgãos, não temos hoje a menor condição de pensar a programação
524 para realizar transplantes nos pólos regionais porque o nosso déficit é tão grande que precisamos investir aqui em Salvador
525 para aumentar a oferta, mas para essa oferta aumentar inclusive na capital é preciso fazer o que estamos fazendo, que é
526 investir nos pólos de macrorregião para fazer a identificação de doadores e a captação dos órgãos, então precisa ter uma rede
527 programada para que cada pólo regional, cada município, cada micro ou macrorregião tenha a escala adequada de
528 descentralização, não podemos entrar na lógica da atomização do sistema de um lado, nem do outro lado manter a
529 concentração excessiva, isso é fundamental. Chamou atenção de que ao se esvaziar financeiramente os serviços de referência
530 na verdade todo mundo perde, e relatou um fato que aconteceu numa determinada região mais se aplica a qualquer uma do
531 Estado, uma reunião com prefeitos criticando que um determinado hospital estava cheio de pacientes e que quando
532 mandavam pacientes para lá a emergência estava sempre lotada, e nessa microrregião esse é o único hospital que tem a
533 capacidade instalada toda ocupada, os demais hospitais tem de 15% a 20% de ocupação, o que não é por acaso, porque
534 nesse hospital é onde tem resolutividade e equipe eficiente, os outros estão esvaziados do ponto de vista de ocupação de
535 pacientes porque não possuem capacidade de resolver os problemas. Precisamos fazer com que as unidades resolutivas não
536 se desfinanciem de um lado e do outro lado melhorar a resolutividade da rede como um todo, o que não significa todo mundo
537 fazer a mesma coisa, significa que algumas coisas muitos vão fazer e outras coisas poucos vão fazer, para todos, essa é a
538 lógica fundamental e é por isso que está escrito na Constituição que o Sistema é regionalizado e hierarquizado, não é por
539 acaso e sim para garantir a economia de escala e a viabilidade que não é só financeira. Relatou que só temos cinquenta
540 neurocirurgiões na Bahia, então ou concentra ou não adianta, questionou quantos oncologistas e patologistas nós temos.
541 Então, considerou isso é algo concreto, precisamos potencializar os recursos financeiros, os recursos humanos e nossa
542 capacidade instalada de serviço, este é o grande desafio colocado aqui, descentralizar sem perder a capacidade de oferta e
543 estamos num caminho muito interessante e devemos fazer com que esse cronograma seja bem executado. Dra. Suzana
544 Ribeiro confirmou a alteração de datas no cronograma, a vídeo-conferência para os dia 18 e 19 que anteriormente estava
545 posta para os dias 14 e 15 e a reunião extraordinária para homologação no dia 22, um dia após a reunião ordinária da CIB e
546 ressaltou que garantindo essas datas dá para manter a programação anterior do cronograma inicial. Dr. Silvio Medina registrou
547 a alteração a pedido do COSEMS da ordem de prioridade das Linhas de Cuidado que ficou da seguinte forma: "Tracejando"
548 Linhas de Cuidado: Ordem de prioridade: Linha de cuidado de Atenção às Urgências, Linha de cuidado Materno-Infantil,
549 Mulher, criança, idoso, saúde mental". Isso não quer dizer que daremos conta da produção dessas linhas de cuidado da PPI,
550 trata-se apenas da ordem de prioridade. Lembrou ainda que no dia 06 os municípios deverão levar seus técnicos que estão
551 relacionados com a questão do Cadastro. Em seguida o Senhor Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou
552 encerrada a sessão, marcando uma reunião extraordinária para o dia 22 de maio e confirmando a próxima reunião ordinária
553 para o dia 21 de maio de 2009 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio
554 Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 22 de abril de 2009.
555

556 Jorge José Santos Pereira Solla _____
557 Suplente: Amauri Santos Teixeira _____
558 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
559 Lorene Louise Silva Pinto _____
560 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____
561 Alfredo Boa Sorte Júnior _____
562 Suplente: Gisélia Santana Souza _____
563 Andrés Castro Alonso Filho _____
564 Washington Luis Silva Couto _____
565 José Carlos Raimundo Brito _____
566 Suplente: Sara Cristina Carvalho Cerqueira _____
567 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____
568 Stela dos Santos Souza _____
569 Angeli Santos Matos _____