

1  
2  
3 Aos trinta dias do mês de julho do ano de dois mil e nove, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, 4ª  
4 Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças  
5 dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Alfredo Boa  
6 Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, José Carlos Raimundo Brito, Kátia Nunes Barreto de Brito, Stela dos Santos Souza,  
7 e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, Raul Molina Moreira Barrios, José Raimundo Mota de Jesus, Gisélia Santana Souza  
8 e Telma Dantas Teixeira de Oliveira. Às 14h30min, havendo número legal, O Senhor Coordenador declarou aberta a sessão  
9 com o único ponto de pauta da Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS: **1.1 Critérios e**  
10 **Parâmetros da Programação Pactuada e Integrada – PPI 2009.** O Senhor Coordenador passou a palavra para a Senhora  
11 Nanci Nunes Sampaio Salles, a qual esclareceu que houve um problema na gravação da última reunião e não foi possível  
12 recuperar as fitas e a proposta feita foi que se fizesse um resumo da reunião e posterior análise dos membros da CIB para  
13 aprovação, estando todos os presentes de acordo. O Senhor Coordenador passou a palavra para o Senhor Maximiliano Terra  
14 Costa, mas antes explicou que na reunião do Conselho Estadual de Saúde – CES, o MORHAN – Movimento de Reintegração  
15 de pessoas acometidas por Hanseníase, foi representado pelo Conselheiro Nacional e presidente do MORHAN, Senhor Artur,  
16 e o mesmo pediu que se abrisse o espaço na reunião da CIB para que o representante da associação falasse da proposta e  
17 para que os secretários municipais que tenham interesse possam se comunicar posteriormente. O Senhor Maximiliano Costa,  
18 informou que é enfermeiro do município de Teixeira de Freitas e o representante do MORHAN no extremo-sul baiano. Informou  
19 que o MORHAN juntamente com a NOVARTIS tem um programa de uma campanha contra hanseníase e há uma carreta que  
20 está em São Paulo para manutenção e posteriormente estará em curso para o Piauí que está em primeiro lugar a nível  
21 nacional. Informou que o Brasil está em primeiro lugar a nível mundial em índice de hanseníase, sendo que o extremo sul é  
22 considerado quarto lugar em relação ao Brasil, e um projeto foi desenvolvido, onde uma carreta vai sair de São Paulo, rumo a  
23 Maceió e depois no Piauí. Informou que haverá uma parada no município de Teixeira de Freitas, onde haverá uma campanha,  
24 houve um interesse também do município de Porto Seguro e Eunápolis que houve uma conversa e informou que está sendo  
25 feita uma relação de cidades com a identificação dos Secretários de Saúde que estejam interessados em participar. Informou  
26 que a rota da carreta será São Paulo, Teixeira de Freitas e posteriormente irá para o litoral baiano seguindo para Maceió. Para  
27 aderir a essa campanha há um Termo de Compromisso que deve ser assinado pelo Secretário de Saúde. Informou que o  
28 projeto deve ser feito pelo município e o que está sendo oferecido é a carreta, relatou que já inaugurou o Projeto de Teixeira de  
29 Freitas e se alguém se interessar era para entrar em contato através do e-mail: [materracosta@yahoo.com.br](mailto:materracosta@yahoo.com.br) e/ou celular (73)  
30 8823-2995. O Senhor Coordenador passou a palavra para a Senhora Conceição Benigno que iniciou a apresentação  
31 agradecendo ao grupo de trabalho do COSEMS que trabalhou intensivamente juntamente com a equipe da DICON e da  
32 DIREG, toda a equipe da Superintendência de Regulação. Comentou que iria fazer uma revisão do que já havia sido proposto  
33 e aprovado e iniciou a apresentação: RELEMBRANDO AS RESOLUÇÕES DA CIB Política de Gestão da Rede de Atenção  
34 Especializada Desenho de redes hierarquizadas, regionalizadas, integradas, acessíveis e eficientes Metodologia de elaboração  
35 da PPI Sistema de acompanhamento, regulação, avaliação, controle e revisão da PPI, com contratualização de hospitais  
36 estratégicos Parâmetros ambulatoriais Agregados Áreas estratégicas Parâmetros de internação Percentuais de internação  
37 Destaques hospitalares Calendário. O QUE JÁ OCORREU Reunião da CIB 22.01 – Cronograma Reuniões do GT (28  
38 municípios + SESAB) 04.02, 27.02, 22.05 e 29.05 Oficina das Áreas Estratégicas 13 a 17.04 (MS, SESAB e COSEMS)  
39 Reunião extraordinária da CIB 22.04 – Política de Gestão da Rede de Atenção Especializada (e PPI) Reunião na Mostra  
40 Estadual de Saúde da Família 06.05 – Política de Gestão da Rede e Validação do CNES Videoconferências e reuniões dos  
41 CGMR 18.05 – Política de Gestão da Rede e Validação do CNES Reuniões da Comissão (9 municípios + SESAB) 22.05,  
42 29.05, 10.06, 18.06, 29.06, 08.07, 22.07 e 29.09 Reunião da CIB 30.06 – Parâmetros e novo cronograma. SÍNTESE DOS  
43 CONSENSOS  
44  
45

- **Agregados**

- Programação
- Abrangência

- **Internação de MC**

- Programação
- Abrangência

- **Alta Complexidade**

- Programação
- Abrangência

- **UTI**

- Programação
- Abrangência

- **Reserva técnica**

- **Agenda**

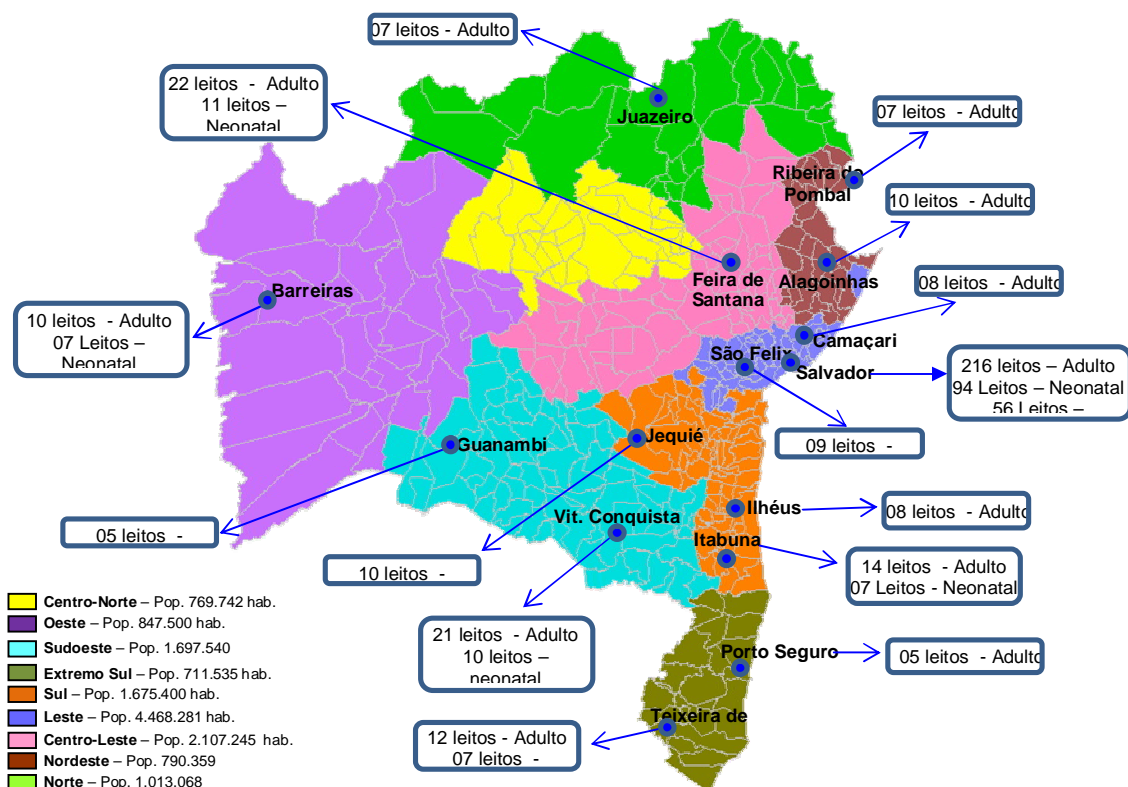
46 CONSENSOS – AGREGADOS AMBULATORIAIS Ampliar os destaques de acordo com as sugestões do LACEN;  
47 Programação dos agregados: Adotar o sugerido pelas Áreas Estratégicas, corrigindo distorções; Reduzir a cobertura da  
48 população estimada (de 70% para 20%) nas ações de Saúde do Trabalhador-LER/DORT; Reduzir a quantidade (de 4 para  
49 1/mês) de *Atendimentos de fisioterapia*. Informou que esta movimentação foi um momento muito rico, pois, teve o apoio efetivo  
50 da Atenção Especializada e outras áreas técnicas da SESAB. Informou que a Senhora Rosane Will esteve no dia anterior no  
51 Grupo de Trabalho – GT para junto com a equipe tomar algumas decisões sobre os procedimentos do LACEN e houve uma  
52 preocupação com relação ao financiamento do LACEN para que o mesmo fosse garantido sem prejuízo na oferta de serviços  
53 nos municípios. Informou que as áreas técnicas se debruçaram sobre os parâmetros sinalizados pelo Ministério, citou como  
54 exemplo a questão do pré-natal, com relação à quantidade de consultas médicas, ou seja, a programação para garantir a linha  
55 de cuidado nessa área. Comentou que o Ministério recomenda um procedimento, a área técnica da SESAB analisou, discutiu,  
56 avaliou a produção existente no Estado, sugestão esta que foi reavaliada no GT e acatada em alguns casos e em outros não,  
57 por não haver financiamento, capacidade, produção ou coerência com o que foi preenchido no Pacto. Informou que na última  
58 reunião foi feito o mesmo exercício que o Ministério fez com o Estado, ou seja, as planilhas das áreas estratégicas foram  
59 montadas e entregues para todos os diretores de DIRES para serem disponibilizadas para todos os municípios para que estes  
60 já fossem analisando os parâmetros das áreas estratégicas. Informou que foi dado um prazo para os municípios que tivessem  
61 interesse de recomendar outros parâmetros além dos recomendados pelo Ministério o fizessem juntamente com uma  
62 justificativa técnica. Informou que apenas três municípios deram retorno e informou que novamente vai se colocar a disposição  
63 e que seria interessante que todos os municípios fizessem este exercício do preenchimento das planilhas e este é o avanço  
64 desta nova PPI, há uma preocupação com uma produção de linha de cuidado. Informou que não poderia deixar que os  
65 municípios chegassem no dia da rodada municipal sem entender esse processo e mais uma vez dilatária o prazo, solicitou aos  
66 presentes que divulgassem o site da DIPRO ([www.saude.ba.gov.br/dipro](http://www.saude.ba.gov.br/dipro)) que contém todas as informações e um fórum de  
67 perguntas e respostas. Informou que, com relação à Saúde do Trabalhador, a produção é de dezesseis milhões em  
68 procedimentos específicos para essa área, e a área estratégica programou que se tivesse um aumento de 100% e ao entender  
69 que não se tem capacidade instalada e a rede desenhada, seria complexo alocar estes recursos para uma área, pois o recurso  
70 ficaria retido. Informou que outro nó crítico é a questão da lógica de fisioterapia que não está atendendo a necessidade da  
71 população e não se tem uma demanda significativa. CONSENSOS – AGREGADOS AMBULATORIAIS Abrangência: Dar  
72 abrangência aos agregados que pertençam à Rede Estadual de Laboratório e Redes Temáticas; Dar abrangência aos  
73 agregados que gerem um valor total de mais de mil reais (R\$ 1.000,00); Dar abrangência aos agregados que apresentam  
74 produção menor de 4095 procedimentos/ano; Obedecer preferencialmente o PDR. Informou que na PPI passada esta questão  
75 foi resolvida na divisão dos procedimentos ambulatoriais M1, M2 e M3, mas esta questão nem sempre era condizente com a  
76 realidade do município, e ao longo do tempo foi se criando uma barreira de acesso. Logo foi se pensado essa lógica por  
77 valores para favorecer a assistência íntegra do serviço, e não serviços isolados como se havia feito anteriormente. Relatou com  
78 relação ao ponto sobre obedecer ao PDR, pois existem vários serviços que não são ofertados em todos os pólos de  
79 microrregional e todos os pólos de macrorregional a exemplo da alta complexidade que se fosse respeitar o PDR haveria  
80 sobrecarga. LACEN: Zerar a programação dos agregados de exames de saúde pública Criar reserva técnica a ser alocada no  
81 teto do fundo estadual para financiar o LACEN; A reserva técnica a ser criada corresponderá ao financiamento da FPO cheia  
82 do LACEN (considerando também o FINLACEN). CAPS: Zerar o agregado dos CAPS; Criar reserva técnica para garantir  
83 financiamento dos CAPS, a ser alocada nos respectivos tetos financeiros, de acordo com custo determinado em portaria  
84 ministerial; Alocar recurso para os CAPS recém habilitados; Acompanhar (SESAB e municípios) a produção dos CAPS e rever  
85 a reserva técnica quando da revisão da PPI. CONSENSOS – INTERNAÇÃO DE MC: Tirar os destaques dos  
86 leitos/especialidade: Cirúrgicos: Gastroenterologia Clínicos: Cardiologia (Cirurgia vascular) e pneumologia Clínicos Pediátricos:  
87 Pneumologia; Rever as internações por leito e especialidade na revisão da PPI com 6 meses; À exceção dos leitos de  
88 especialidade geral, os demais serão por abrangência; Obedecer preferencialmente o PDR. Informou que o Estado daria  
89 abrangência a tudo que a oferta fosse menor que a demanda e tudo que tivesse alto custo, como uma forma de proteger e  
90 garantir o acesso. CONSENSOS – ALTA COMPLEXIDADE: Programação da AC – adotar propostas das Câmaras Técnicas e  
91 Áreas Estratégicas; TRS: ampliação da programação física em torno de 10%; Procedimentos com finalidade diagnóstica:  
92 ampliação da programação física em torno de 20%; Oncologia (MAC e FAEC): ampliação da programação física em torno de  
93 50%; Manter a programação: Litotripsia, Saúde auditiva, Bolsas para ostomizados, Cirurgia por radiologia intervencionista e  
94 Reabilitação motora. Informou que não quer dizer que estes procedimentos não precisam ser ampliados, mas não se têm um  
95 novo financiamento para estas áreas. Cardiologia: Serão 09 serviços no Estado (com produção mínima equivalente a 11  
96 serviços) Área técnica acompanhará o acesso às unidades executoras; Para alimentação do SisPPI será utilizada a seguinte  
97 abrangência: Itabuna – macro Sul, Vitória da Conquista – macro Sudoeste, Feira de Santana – macro Centro-Leste, Teixeira de  
98 Freitas – macro Extremo-Sul, Salvador (05 serviços) – macros Centro-Norte, Leste, Nordeste, Norte e Oeste entendendo que  
99 este é o PDR atual. Relatou que o grupo da DAE vem trabalhando em desenhar a rede e o pessoal do operacional está  
100 trabalhando para abrir os hospitais e a abertura dos serviços junto com a saúde complementar através das Santas Casas que  
101 estão abrindo alguns serviços novos a exemplo da Santa Casa de Feira de Santana e Vitória da Conquista. Relatou que  
102 também não adiantaria abrir esses serviços e não garantir o financiamento de uma forma lógica, e não só pela produção.  
103 Relatou que assim que a PPI rodar e o credenciamento do hospital Dom Pedro estiver 100%, entra no Teto do município de  
104 Feira de Santana os trezentos mil por mês. Informou que os hospitais de Salvador referentes a estes serviços são Santa Isabel,  
105 Ana Nery, HUPES, Português e Espanhol. A Senhora Stela Souza lembrou que os serviços de Salvador são cinco que  
106 equivalem a sete. A Senhora Conceição Benigno informou que o município de Teixeira de Freitas tem setecentos mil  
107 habitantes e não seria justo deixar Teixeira de Freitas só com a macrorregião extremo sul e a proposta da área técnica é que  
108 este processo fique sob gestão Estadual, fila única, publicizada e direcionando para onde tiver vaga no serviço. O Senhor  
109 Coordenador questionou sobre a oferta dos serviços, que não seriam necessariamente no mesmo quantitativo, pois se poderia  
110 ter um serviço que vai ofertar muito mais do que outro e ao se programar o pacote implica que todos os serviços teriam que ter  
111 o mesmo quantitativo contratado. A Senhora Conceição Benigno informou que nenhum serviço poderia oferecer menos do que  
112 as quinze cirurgias/mês e o que o pacote mínimo que a portaria prega. O Senhor Coordenador informou que se tem um

113 planejamento para dois mil e nove e dois mil e dez para outros serviços onde entrarão Jequié, Barreiras, Juazeiro e espera  
114 entregar o Governo mais próximo da necessidade. O Senhor José Brito, secretário de saúde do município de Salvador  
115 questionou sobre o quantitativo mencionado pela Senhora Conceição Benigno era fechado, uma vez que o mesmo depende do  
116 perfil do paciente, há determinado mês que há muitas complicações na cirurgia cardíaca, a UTI está lotada, logo há vezes que  
117 não dá para fechar com quinze cirurgias mês. A Senhora Conceição Benigno informou que foi considerando isso que a área  
118 técnica não considerou meramente a produção da tabela SUS do serviço e sim um pacote, pois foi feito um estudo de quanto,  
119 minimamente, esse serviço necessitaria para produzir as quinze cirurgias. O Senhor Coordenador informou que este pacote é  
120 um pacote de recursos programados para um serviço para o fundo do serviço. A Senhora Conceição informou que não se deve  
121 abrir o precedente de abrir menos porque aqueles que estão produzindo mais, Ana Nery, e Santa Isabel já estão financiados  
122 com o valor para trinta e não quinze. Informou que já existe um processo regulatório nessa área onde o Estado tem usado o  
123 TFD para encaminhar crianças pela CNRAC tentando diminuir essa fila. E informou que foi passado para Rosa Ceci que não  
124 seria responsável inaugurar serviços novos com cirurgia pediátrica e inclusive não é a recomendação da área técnica. Informou  
125 que o Teto de quarenta e três milhões vai ser garantido na rodada final da PPI entendendo que há um vazio assistencial nessa  
126 área, e deve se concentrar nessa área de baixos indicadores e a necessidade da população. Orto-traumatologia: Proposta de  
127 abrangência: Salvador (09 serviços) – macrorregiões: Centro-Norte, Centro-Leste-Oeste, Leste (microrregiões de Camaçari e  
128 Salvador), Nordeste e Sudoeste (microrregiões de Brumado, Guanambi e Vitória da Conquista) Juazeiro (interestadual) –  
129 macrorregião Norte Teixeira de Freitas – macrorregiões Extremo Sul, Sul e Sudoeste (microrregião de Itapetinga) Santo  
130 Antônio de Jesus – microrregiões de Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus. Relatou que o Senhor Antonio Vieira poderia  
131 dar alguma contribuição já que o mesmo era dono de uma clínica de ortopedia e poderia resolver o problema da macrorregião  
132 sul e o mesmo informou que seu município está preparado para isto. A Senhora Conceição informou que não tem produção na  
133 cidade, e o serviço tem que estar habilitado, credenciado, qualificado, produzindo e recebendo. O Senhor Antonio Vieira  
134 informou que tem especialista em várias áreas e era possível credenciar a clínica da cidade, mas a Senhora Conceição  
135 lembrou que a portaria de alta complexidade é extremamente exigente, pois exige porta aberta de urgência, atendimento vinte  
136 e quatro horas, leito de UTI, todo o pré-requisito para integralidade da assistência e o primeiro serviço que seja solicitado para  
137 a Diretoria de Controle a habilitação e o credenciamento nessa área o Secretário pode se pronunciar a respeito da  
138 necessidade. O Senhor Coordenador informou que essa discussão era importante e merecia uma outra discussão mais  
139 específica sobre a questão de ortopedia no Estado e acrescentou a informação de que Salvador foi mostrado com nove  
140 serviços, mas a produção era tão insuficiente que foi feito a contratação de um mutirão de cirurgias por fora da tabela SUS,  
141 envolvendo hospitais que nunca haviam sido credenciados pelo SUS, como Hospital da Cidade, Hospital Salvador, Agenor  
142 Paiva, Jorge Valente, totalizando mais de quinhentas cirurgias e não deu conta do que estava represado na cidade e já está  
143 sendo feito um segundo mutirão de cirurgias e não era só coluna, quadril, bacia, era úmero, rádio, fêmur entre outros. O  
144 Senhor Antonio Vieira informou que cerca de 70% do atendimento do Hospital de Base é de municípios circunvizinhos, que  
145 vêm do extremo sul, de Conquista e de Jequié. A Senhora Conceição Benigno esclareceu que dentre os nove serviços  
146 existentes em Salvador, só há produção no HGE, Roberto Santos, Ernesto Simões, Manoel Vitorino, e com os filantrópicos só  
147 no Santa Isabel com oferta muito pequena sem porta aberta de Urgência, o HUPES com muita dificuldade e só referenciada o  
148 Espanhol mas a maior parte da produção é para Roberto Santos e Manoel Vitorino. O Senhor Coordenador reforçou a  
149 necessidade de uma discussão específica porque no caso da cirurgia ortopédica não é só a chamada cirurgia ortopédica de  
150 alta complexidade, pois há problemas com a média complexidade também, pois há uma quantidade muito grande de pacientes  
151 que ficam aguardando cirurgias muitas vezes infectando um procedimento que não o era para ter sido infectado em função do  
152 déficit de oferta e por isso merecia uma discussão separada, não só sobre a questão da Alta Complexidade em ortopedia, mas  
153 em toda a questão de oferta de cirurgia ortopédica. A Senhora Conceição Benigno informou que há uma câmara técnica com o  
154 Senhor Ricardo Cotias, que é o Coordenador na área da Senhora Umbelina e Dr. Paulo de Tarso que vêm se debruçando  
155 sobre esse assunto, e inclusive a área técnica já estudou a necessidade de financiamento para esta rede. A Senhora Stela  
156 Souza informou que Salvador além de tudo tinha o Hospital Sara que precisa ser discutido e está na rede e o Martagão que é a  
157 referência pediátrica. Reforçou a necessidade de se discutir novas redes, mas lembrou da necessidade de se conformar o que  
158 se tem e não se pode não saber para onde mandar o paciente. Dando continuidade passou a apresentação: Nefrologia: Alocar  
159 de acordo com existência de UTI e, preferencialmente, TRS Serviços novos: Brumado e Senhor do Bonfim; Oftalmologia:  
160 Somente serão considerados como executores aqueles municípios que já apresentem produção e estejam na Rede de AC de  
161 Oftalmologia; Serão revistos os municípios executores no momento de revisão da PPI; O financiamento da rede será  
162 complementado por meio de reserva técnica. Neurocirurgia: Para financiar minimamente os serviços hoje existentes são  
163 necessários R\$ 68 milhões O cálculo do impacto gerado para financiamento desses serviços será calculado a partir do valor  
164 efetivamente hoje gasto no Estado para pagamento desses serviços. Proposta de Abrangência: Barreiras – macrorregião  
165 Oeste, Feira de Santana – macrorregiões Centro-Leste e Centro-Norte, Itabuna – macrorregião Sul, Jequié – macrorregião Sul,  
166 Ilhéus – macrorregião Sul, Juazeiro – macrorregião Norte, Salvador (07 serviços) – macrorregiões Leste e Nordeste, Santo  
167 Antônio de Jesus – macrorregião Leste, Teixeira de Freitas – macrorregião Extremo Sul, Vitória da Conquista – macrorregião  
168 Sudoeste. Oncologia: Serão necessários aproximadamente R\$ 86,7 milhões para financiamento de todos os serviços  
169 existentes, existindo hoje no teto aproximadamente R\$ 71,6 milhões; Abrangência: preferencialmente o PDR; Reabilitação  
170 Motora: Permanecem os serviços já habilitados; Será realizada uma avaliação dos serviços já habilitados de forma a definir a  
171 quantidade de recursos necessários para sua viabilização; Abrangência será definida pela área técnica; Saúde Auditiva:  
172 Permanecem os serviços já habilitados; Será realizada uma avaliação dos serviços já habilitados de forma a definir a  
173 quantidade de recursos necessários para sua viabilização; Abrangência será definida pela área técnica Salvador (02 serviços,  
174 os únicos de AC) – abrangência para todo o Estado; Bolsas de Ostomizados: Criar reserva técnica a ser alocada no Fundo  
175 Estadual (CEPREDE); Zerar a programação em AC de Bolsas de Ostomizados. Abrangência da AC: Todo acesso à internação  
176 de AC no Estado, com rede aprovada, será realizado por fila única estadual publicizada, organizada pela Regulação estadual e  
177 em co-gestão com os pólos macrorregionais que realizem regulação de AC quando da implantação da PPI; CONSENSOS UTI:  
178 Financiar 100% das UTI habilitadas, utilizando a taxa de ocupação de 80% (adotada pelo MS) Garantir, portanto, o  
179 financiamento de aproximadamente R\$ 79 milhões; Utilizar reserva técnica para financiamento de leitos de UTI em

180 funcionamento, mas ainda não habilitados, prioritariamente 100% SUS; Abrangência das UTI; Utilizar lógica semelhante à da  
 181 abrangência da AC; Utilizar prioritariamente o PDR; Reforçar o papel da Regulação na garantia do acesso aos leitos.  
 182 CONSENSOS – RESERVA TÉCNICA: As demais discussões serão realizadas dentro das Reservas Técnicas, a saber:  
 183 Contratualização; TFD; Recursos das Redes de AC; Ajustes da PPI; Recursos para Urgência; Credenciamentos de AC; Leitos  
 184 de UTI não habilitados Solicitações dos Agregados e Áreas Estratégicas – CAPS, Saúde Indígena, LRPD, LACEN, dentre  
 185 outros; e Incentivos. Hospital do município de Santo Antônio de Jesus: Reservar recursos na PPI para financiamento do  
 186 hospital de acordo com o edital de licitação (tabela SUS); Garantir recursos para financiamento do hospital após fechamento do  
 187 teto do município, em caso de não pactuação de toda a capacidade instalada do hospital, até reposição do teto pelo MS;  
 188 Ampliar o papel da Comissão da PPI para discutir e formular propostas sobre a Política Estadual de Regulação e a  
 189 Contratualização (Rede Pública, Filantrópica e Privada): Solicitações de credenciamento; Os serviços de MC que solicitaram  
 190 credenciamento até a rodada da PPI, e que tiverem suas pendências resolvidas até o momento da pactuação intermunicipal,  
 191 poderão ofertar serviços nas pactuações, desde que comprovem capacidade de execução dos serviços pactuados; Os novos  
 192 credenciamentos de MC só poderão ser realizados após o término da PPI Os credenciamentos da AC solicitados até a rodada  
 193 da PPI serão realizados por meio de reserva técnica. A Senhora Stela Souza informou que a data mencionada não era mais  
 194 coerente e havia sido pactuada outra data de acordo a alocação e necessidade. CRONOGRAMA  
 195

Atividade	Local	Data
Rodadas de encontros das macrorregiões	Salvador	10 a 14/08
Capacitação de multiplicadores no SisPPI	Salvador	17 a 21/08
Capacitação de técnicos dos municípios	Microrregiões	24 a 28/08
Alimentação das bases municipais	Municípios	29/08 a 13/09
Rodadas de pactuação	CGMR	14/09 a 23/10
Consolidação das bases dos municípios	Salvador	26/10 a 06/11
CIB para aprovação da PPI	Salvador	12/11

196 Realizar esforços no sentido de reduzir o prazo para as pactuações, e concluir a PPI antes de 25 de outubro; Próxima reunião  
 197 da Comissão da PPI: 21.08, sexta-feira, 9h, no auditório da SUREGS. Informou que este será um grande movimento de  
 198 socialização das definições que haviam sido definidos e a clientela será: secretários municipais, diretores de Dires, técnicos  
 199 das secretarias municipais, e informou que houve um pedido para que se antecipe este cronograma e estava com dificuldades  
 200 operacionais para esta antecipação informou que a equipe da DIPRO era uma equipe pequena e que tinha pedido ajuda para o  
 201 DMA para a capacitação. Em seguida informou que a Senhora Cláudia Almeida iria fazer uma apresentação sobre os leitos de  
 202 UTI, conforme segue: DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HABILITADOS NO ESTADO DA BAHIA  
 203  
 204



Informou que este quadro mostra como estão localizados os leitos de UTI no Estado e que é visto a necessidade com relação à pediatria e depois do neo-natal.

#### PROJEÇÃO DE NOVOS LEITOS DE UTI NO ESTADO DA BAHIA JULHO/2009

UNIDADES	LEITOS UTI			SEMI-INTENSIVA ADULTO	SEMI-INTENSIVA PEDIAT.	TOTAL DE LEITOS
	ADULTO	PED.	CARD.			
HOSPITAL DA CRIANÇA		30	10		30	70
HOSPITAL R. DO RECÔNCAVO - S.A.JESUS	20	10				30
HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO	20					20
HOSPITAL DO SUBÚRBIO	20	10		20	10	60
HOSPITAL OTÁVIO MANGABEIRA	7					7
HOSPITAL ROBERTO SANTOS					10	10
HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES F.	4	5				9
HOSPITAL MENANDRO DE FARIAS				5		5
HOSPITAL IRECÊ	20					20
HOSPITAL CRUZ DAS ALMAS	10					10
HOSPITAL BASE ITABUNA		10				10
HOSPITAL SÃO JOSÉ/ STA. CASA- ILHÉUS	6					6
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>65</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>257</b>

Fonte: Diretora de Gestão da Rede Própria (15/05/09)

Serão Habilitados 96 leitos de UTI correspondendo a um incremento de 17% na Rede do Estado

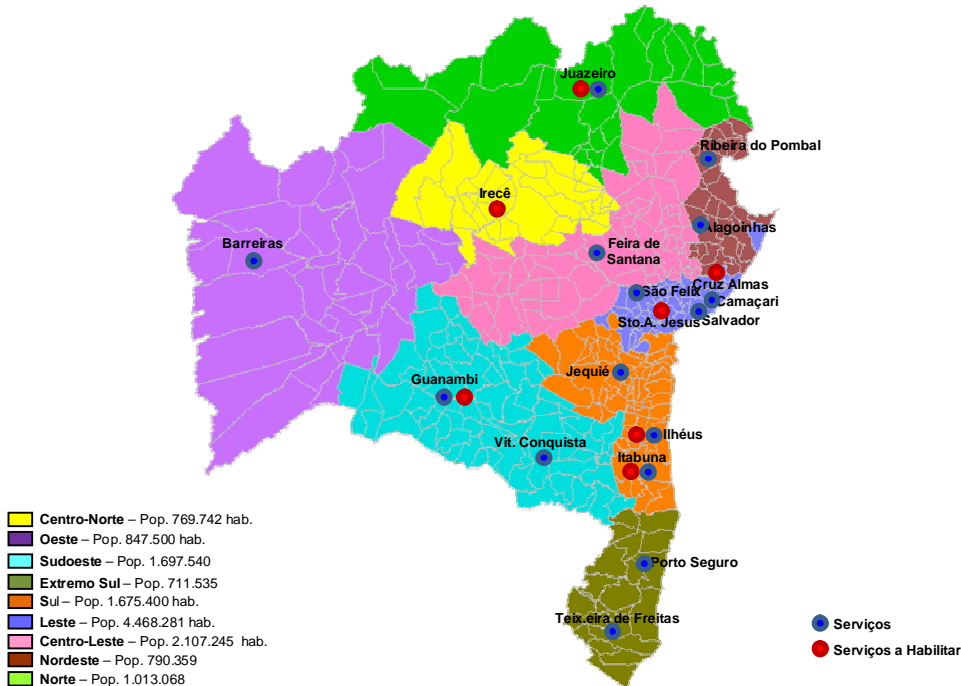
#### LEGENDA

● UTI A SER INAUGURADA, NÃO EXISTIA

O Senhor Antonio Vieira informou que iria pleitear mais dez leitos para pediatria no seu município. A Senhora Stela Souza relatou que há um déficit de mil e seiscentos leitos de UTI no Estado e nessa conta surgem noventa e seis leitos que corresponde a um déficit financeiro de quarenta milhões para os serviços que já existem e com esses noventa e seis vai para mais de vinte e sete milhões junto com os quarenta milhões citados anteriormente perfazendo cerca de sessenta e sete milhões e cada serviço que vai se incrementando é mais recurso que se necessita. Informou que foi dado prioridade a UTI. O Senhor Alfredo Boa Sorte informou que estava faltando mais cinco leitos para o hospital de Guanambi. O Senhor Coordenador informou que efetivamente funcionando havia os seis leitos de Ilhéus e os vinte de Juazeiro e os demais é compromisso de colocar em funcionamento nos próximos meses.

#### DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DE UTI NO ESTADO COM NOVAS HABILITAÇÕES



243  
244245  
246

247  
248  
249  
250  
251  
252  
253  
254  
255  
256  
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

A secretaria de saúde do município de Ilhéus, Senhora Marleide questionou se haveria possibilidade de aumentar os leitos de seis para dez e haveria após habilitação possibilidade de ampliação ainda para o mês de dezembro, a qual foi respondida que se houvesse espaço sim, uma vez que seriam habilitados os seis que foram pleiteados antes e posteriormente os quatro novos. Voltando a apresentação informou que o mapa de leitos ficaria da forma como estava sendo projetado, conforme quadro acima. O Senhor Josafá do município de Candeias comentou sobre a questão do município pactuar aquele que tiver credenciado e que anteriormente ficou acertado que o cadastro e a própria validação do cadastro seria um critério que possibilitaria o município tendo um serviço existente, cadastrado e não necessariamente credenciado no município possibilitaria a adesão a PPI logo o termo correto não seria credenciamento e sim cadastramento no CNES. O Senhor Geraldo Magela informou que o que havia sido acordado em CIB foi que a data seria dia trinta ou de credenciamento ou que tivesse dado entrada, habilitado até o prazo da PPI, ou seja, novembro e os outros casos da PPI seriam na revisão depois de seis meses. A Senhora Conceição Benigno informou que todas as informações estariam disponíveis no site da DIPRO, [www.saude.ba.gov.br/dipro](http://www.saude.ba.gov.br/dipro). O Senhor José Carlos Raimundo Brito propôs uma mudança no texto, da forma original: Abrangência da AC: Todo acesso à internação de AC no Estado, com rede aprovada, será realizado por fila única estadual publicizada, organizada pela Regulação estadual e em co-gestão com os pólos macrorregionais que realizem regulação de AC quando da implantação da PPI, para Abrangência da AC; Todo acesso à internação de AC no Estado, com rede aprovada, será realizado por fila única estadual publicizada, organizada pela Regulação Estadual e em co-gestão, até que os municípios pólos tenham plena condição de assumir a regulação. A Senhora Conceição Benigno informou que houve muita discussão pela manhã, foi colocada essa sugestão, e a mesma informou que não poderia colocar essa condição, pois seria uma resposta do grupo mas sinalizou que a regulação da AC sempre deverá ser feita em co-gestão. O Senhor José Carlos Raimundo Brito informou que seria uma ação conjunta onde os municípios iriam regular assim como o Estado. O Senhor Geraldo Magela informou que a proposta seria que todo pólo de macrorregião tenha uma Central de Regulação. E a questão da rede publicizada devido à informação de que toda rede de Alta tem as suas referências e se tem abrangência estadual o Estado tem que estar presente. A Senhora Marleide questionou quanto aos municípios que são sede de microrregião e que tem os serviços de AC se também iriam ser regulados pela sede do pólo. A Senhora Conceição fez referência a portaria 1571 que diz informa que todo gestor é responsável pelo acesso aos serviços de saúde de sua população própria e a população referenciada nas pactuações e o gestor não precisa ser necessariamente de um município pólo de microrregião ou macrorregião ou pleno. E o pólo de microrregião irá regular até a sua capacidade de oferta, e se não conseguir atender a demanda deve buscar apoio em outras sedes de microrregião e macrorregião. Reforçou que a política prega vinte e oito centrais microrregionais e o financiamento do Projeto Saúde Bahia liberou recursos para os pólos de microrregião. A Senhora Marleide também questionou com relação à questão dos parâmetros que cada município ficou de justificar a necessidade de ampliação e havia a informação de que arcaíam com esse aumento de Teto a qual foi respondida que sim através do tesouro municipal ou outra fonte que não a MAC. E questionou também sobre a diferença do percentual de internação aprovada na última reunião se seria colocada na Média e Alta Complexidade ou Atenção Básica. A Senhora Conceição Benigno informou que quando houver redução de internação esse recursos devem ser alocados de acordo com as prioridades. A Senhora Marleide questionou também se esses parâmetros seriam necessários por indicadores e porque não remanejar para essa necessidade de que cada município sinalize de aumento dos parâmetros e esta foi uma colocação do CGMR de Ilhéus que será formalizada e encaminhada posteriormente. A Senhora Conceição Benigno informou que quando foram feitos os cálculos de recurso da Alta Complexidade foram feitos já pensando na demanda da Média Complexidade. Informou que nenhum

285 processo que está proposto financiamento novo para Alta Complexidade foi pensando minimamente no que demandariam da  
286 Média Complexidade. O Senhor Coordenador reforçou que por este motivo estava programado mais do que o que o Ministério  
287 da Saúde programa. A Senhora Marleide questionou também com relação a fala sobre ampliação de Oncologia se a mesma  
288 abrangia a parte de radioterapia, quimioterapia e cirurgia de Alta Complexidade também para os municípios que não tem esse  
289 recurso alocado, a qual foi respondida que não, pois havia uma planilha da rede de Oncologia que foi bastante discutida e a  
290 área técnica reenviou um documento ao INCA porque ao tratar de financiamento da PPI na rede de oncologia foram  
291 encontradas algumas dificuldades a exemplo de Ilhéus, que tem novecentos mil alocados para área de Oncologia, o serviço  
292 está isolado, seria programado como UNACON sem radioterapia, mas a área estratégica sinaliza que aplicando o parâmetro  
293 nacional Ilhéus jamais chegaria a mil casos, no máximo a trezentos casos, mas a área de financiamento de oncologia é muito  
294 amarrada pelo INCA e essa ampliação é para quem está estourando o teto, especificamente o município de Salvador e Feira  
295 de Santana. O Senhor Raul Molina informou que as questões técnicas deveriam ser vista com as áreas técnicas. A Secretária  
296 Marleide relatou que o seu questionamento não havia sido respondido, mas a Senhora Conceição Benigno informou que os  
297 seus questionamentos seriam respondidos pela área estratégica junto com o INCA. O Senhor Andrés Castro iniciou sua fala  
298 parabenizando toda a equipe do GT da PPI que havia construído esse trabalho juntamente com a equipe da DIPRO por estar  
299 coordenando esse processo junto com a Senhora Cristiane Macedo e Estevão, pois tem sido um processo extremamente  
300 desgastante, o pessoal estava trabalhando até muito tarde e não estava sendo fácil conduzir esse processo no prazo e na  
301 competência que o mesmo tem sido feito. Comentou também sobre a necessidade de não se criar debates sobre interesses  
302 específicos de municípios, porque o que se está sendo discutido é o projeto mais macro e que os questionamentos sejam feitos  
303 com todo o conjunto de questionamentos que se tem a fazer e que a equipe técnica se pronunciasse depois dessas rodadas  
304 para poder sistematizar melhor esses processos. Informou que existe uma ponderação a ser feita com relação à dificuldade  
305 que o duplo comando tem criado em várias circunstâncias e achava que uma Resolução dessa natureza deixa aberto para que  
306 situações de duplo comando se dê em diversos territórios e ao discutir esse processo paralelamente tem que ser discutido e  
307 garantir a questão da contratualização, e da gestão propriamente dita dos processos. Colocou também que não havia condição  
308 do Estado assumir o processo de regulação sem ter gestão, uma vez que o Estado só tem assumido os problemas, e sem  
309 ferramentas efetivas para dar respostas às situações. Comentou que dava pra se conduzir dessa forma desde que se  
310 apresente uma diretriz para o processo de contratualização dentro deste consenso e propôs o encaminhamento de que dentro  
311 da lógica do que havia sido proposto, as referências macrorregionais e estaduais sejam ao tempo em que são reguladas pelo  
312 Estado, sejam contratualizadas e fiquem sob gestão Estadual. O Senhor Paulo, do município de Candeias, questionou sobre o  
313 prazo de trinta e um de maio para poder ofertar serviços na PPI e teve o termo de certificação e validação do cadastramento,  
314 onde o município de Salvador pediu mais sessenta dias para poder se organizar, e os outros municípios montaram suas  
315 equipes para fazer todo o cadastramento para validação dos cadastros e o referido termo. Informou que este termo perdeu a  
316 validade, e seria agora um termo de credenciamento já que os cadastramentos com o termo dos municípios que tem serviços  
317 cadastrados para ofertar na PPI não vão poder, porque só vão ter credenciados, e questionou se o termo de validação tinha  
318 essa finalidade ou não. O Senhor Heron, Secretário de Saúde do município de Teodoro Sampaio informou que esteve em  
319 Salvador para tentar credenciar alguns serviços e a informação que teve dos técnicos foi que estava suspenso os  
320 credenciamentos e os mesmos seriam feitos com a PPI. Relatou que mais uma vez os pequenos municípios ficaram de fora, e  
321 que deveria ser feito uma forma de possibilitar os credenciamentos dos pequenos municípios e inclusive o seu município já  
322 estava com a documentação pronta. Relatou que estava difícil comparecer nas reuniões da CIB devido ao problema do espaço  
323 físico e a questão do horário que estava difícil ficar no final da reunião. A Senhora Cláudia Almeida respondeu que a  
324 necessidade de fazer uma reavaliação no cadastramento do CNES era justamente devido às inconsistências, pois foi dito que  
325 era inviável, após a atualização dos cadastros, se credenciar alguns serviços e inclusive foi disponibilizada a informação de que  
326 a PPI seria reavaliada após seis meses, justamente para ver as possibilidades dos serviços que foram habilitados, cadastrados  
327 e a viabilidade de credenciamento. Informou que existem alguns municípios que solicitaram credenciamentos, mas estão com  
328 algumas pendências e informou ao Senhor Heron que o mesmo retornasse a DICON para que o seu caso fosse reavaliado.  
329 Explanou também que um dos problemas graves que está sendo enfrentado é que a grande maioria dos municípios que  
330 atualizou e encaminhou a planilha para a DICON, a planilha está com uma informação e o CNES com outra. O Senhor Geraldo  
331 Magela informou que a idéia era tentar limpar a pauta de quem já tinha dois ou três anos com processos parados e que a idéia  
332 era que os novos dessem entrada nos processos e assim que a PPI acabasse nos seis meses seguintes já se faria o sistema,  
333 porque seria injusto com quem já tinha entrado com processos anteriores não tivesse julgamento. A Senhora Kátia Nunes  
334 relatou sobre o ponto da regulação, que foi discutido de forma exaustiva e se precisa realmente definir a questão da regulação  
335 da Alta e lembrou no que ficou definido no item: Ampliar o papel da Comissão da PPI para discutir e formular propostas sobre a  
336 Política Estadual de Regulação e a Contratualização (Rede Pública, Filantrópica e Privada), pois essa mesma comissão  
337 poderia discutir para no futuro já apresentar a proposta da Política Estadual de Regulação e também a contratualização.  
338 Relatou que a dificuldade que se tem enquanto gestores é entender a regulação que o Estado e os municípios tentam fazer,  
339 mas também há a questão do poder que muitos diretores de hospitais têm sobre os leitos e que quanto menor o município mais  
340 difícil fica o acesso, pois muitos leitos ficam atrelados à direção do Hospital e que não chegam a central de regulação. A  
341 Senhora Stela Souza relatou que este GT foi um aprendizado e que se está buscando o melhor para todos os municípios e  
342 quem participou das reuniões ouviu a fala de que a mesma estava representando todos os municípios. Informou que essa  
343 questão da regulação é o próximo ponto de pauta da reunião, pois o que se está buscando é que os municípios pequenos  
344 tenham acessos aos serviços pactuados e que o Estado tenha realmente o controle da situação. Reforçou que alguns  
345 hospitais, principalmente filantrópicos, estão realmente fazendo o que querem e tem que se acabar com isso. O Senhor  
346 Coordenador informou que quem regula é quem tem a gestão e que às vezes tem que se fazer um contrato em paralelo para  
347 poder conseguir vagas e internar o paciente e que o momento da PPI é um momento especial onde os processos de  
348 contratualização e gestão tem que estar com essa mesma filosofia. Informou da dificuldade de uma central de regulação  
349 viabilizar a oferta de leitos de um hospital quando não passa por ela o processo de contratação e pagamento e é fundamental a  
350 função de autorizar internação, e esse é um aspecto importante que precisa ser revisado. Comentou também sobre a questão  
351 da Alta Complexidade que define fila única e o Ministério Público tem cobrado a democratização e a transparência das filas de

352 cirurgias cardíacas e deveria ser colocado como meta para se tentar chegar ao final do ano com a fila da cirurgia cardíaca  
353 estabelecida e organizada. Explanou também sobre a necessidade de se definir parâmetros para os serviços que vão estar  
354 nesse âmbito, para se poder casar regulação, contratação e gestão. Informou também, comentou sobre a questão da  
355 contratualização que teve a oportunidade de discutir na reunião passada a questão do TCEP e queria voltar a registrar que no  
356 estágio atual é inviável manter os hospitais com um instrumento como o TCEP, pois os hospitais próprios do Estado, no  
357 processo de construção da PPI, já poderiam fazer a contratualização e a alocação já passando para o gestor estadual com a  
358 programação definida e não o termo como o TCEP que hoje não tem mais validade. O Senhor José Carlos Raimundo Brito,  
359 informou que a contratualização do jeito que foi proposto não está atendendo as expectativas, e informou que o município vai  
360 rever toda a contratualização com os hospitais filantrópicos e está aberto a uma discussão para elaborar uma proposta com o  
361 Estado, mas quem iria contratualizar era o município. E essa contratualização vai na linha de exigir do hospital leitos para o  
362 SUS regulados, indo ao encontro do que foi apresentado por doutora Itana Viana no auditório da AGERBA. Informou que daria  
363 no mesmo o Estado ou o município fazer a contratualização, pois o município não iria abrir mão desta questão contanto que  
364 saia um modelo de contratualização que atenda ao que está sendo colocado e está sendo discutido. E não concordava com a  
365 contratualização ser Estadual e esta atitude seria dar um passo para trás, pois se está discutindo para se avançar nesse  
366 processo. Reforçou que nesse momento a contratualização com os Hospitais Filantrópicos não está atendendo a ninguém, e  
367 se está concordando com essa questão, e o ideal seria rever todos os contratos e voltou a dizer que iria discutir com a SESAB  
368 um modelo que atenda ambas as partes, pois o leito tem que ser do SUS. O Senhor Raul Molina informou que pela manhã esta  
369 questão foi discutida e houve um consenso. Informou que nenhuma macrorregião está regulando, e quando se falou da  
370 contratualização foi resgatada a Resolução que foi aprovada com relação aos TCEP's e se colocou uma pauta de que tem  
371 especificidades às discussões e as mesmas não podem ser tratadas de uma forma única. Relatou que a princípio poderiam se  
372 utilizar as duas propostas para Salvador e para as outras macrorregiões, que não há problemas, o problema já estava resolvido  
373 o caso. Com relação a Salvador já existe uma negociação avançada e que poderia se ampliar a discussão com a comissão que  
374 está envolvida com a PPI juntamente com a contribuição dos municípios. O Senhor Coordenador informou que se está tendo  
375 uma interlocução do município de Salvador com o Estado, mas pelo peso da oferta, por ser capital, o COSEMS tem que  
376 acompanhar de perto, não sendo uma interlocução capital e Estado. O Senhor Andrés Castro relatou que já há um diálogo  
377 estabelecido com o município de Salvador, esse diálogo vem acontecendo e há um avanço no processo de discussão, e esse  
378 avanço deixa tranqüilo a proposição que foi feita dentro desse processo, assim como para deixar o município de Salvador  
379 como exceção para a Resolução, da contratualização das referências regionais e estaduais para deixar a macro-leste de fora e  
380 não especificamente o município de Salvador e remeter essa discussão para a comissão do COSEMS assim com estender  
381 para um grupo que já foi estabelecido na ocasião da vinda do Ministério da Saúde com a incorporação do mesmo nesse  
382 processo de discussão. O Senhor Coordenador informou que nessa ocasião o COSEMS aonde não tinha sido incorporado na  
383 discussão, o que foi respondido pelo Senhor Andrés que o COSEMS se incorporaria no momento e dentro desse debate se  
384 discutiria e procuraria o consenso. O Senhor Coordenador informou que tentaria fechar essa questão e resgatou que a  
385 proposta do Senhor Raul Molina seria que para todos os demais municípios com exceção de Salvador, que ficaria para uma  
386 discussão posterior entre o estado, o município e o COSEMS, a questão dos hospitais Estaduais sairia do TCEP para passar a  
387 Gestão Estadual, e a questão da regulação das referências, estando essas questões já acordadas, ficando pendente o  
388 município de Salvador para uma discussão envolvendo o Estado, o município e o COSEMS, e questionou se era esse o  
389 encaminhamento. O Senhor Andrés Castro relatou que a contratualização, a regulação e o TCEP das unidades, sejam elas de  
390 natureza filantrópica, privada ou pública ficariam contratualizadas com o Estado, reguladas, garantindo o comando de um ente  
391 só sobre esse processo. O Senhor José Brito informou que não iria discutir essa situação no momento, que não concordava  
392 com a fala do Senhor Andrés Castro, mas esta discussão seria para um outro momento. O Senhor Alfredo Boa Sorte informou  
393 que este era um momento ímpar de fazer a primeira PPI participativa, de reformar todo esse processo dos serviços da Média e  
394 Alta Complexidade, e evidentemente que quando se colocam essas propostas deveria ter em aberto não um engessamento de  
395 um debate de princípios, mas buscar o entendimento entre os entes no sentido de garantir e pactuar quais os serviços que  
396 podem ser contratados pelo Estado e outros pelos municípios, e essa questão pode avançar bastante e chegar a um  
397 entendimento e era esta a intenção do Estado, não havendo intenção de retirar de Salvador a sua responsabilidade e por  
398 outro lado ser solidário como tem sido não só na questão da Média e Alta Complexidade, mas principalmente com a questão  
399 da Atenção Primária da saúde que o município de Salvador precisa avançar e o Estado está a disposição juntamente com o  
400 Ministério para avançar na questão da cobertura da Atenção Primária da saúde e eventualmente as partes terão que ceder  
401 alguma coisa e fazer uma composição para atender a todos. A Senhora Conceição Benigno informou que manteria o  
402 cronograma e lembrou que há uma agenda de dez a quatorze, tem agenda do treinamento da PPI, que é esse grande  
403 movimento, e sinalizou que pela importância dos assuntos discutidos se faria uma **Resolução específica com todos os**  
404 **consensos da PPI e uma Resolução específica da contratualização.** O Senhor Coordenador informou que teve uma  
405 reunião com o pessoal da CHESF, hospital Nair Alves de Souza, de Paulo Afonso e eles estão programando para dezembro a  
406 inauguração de 10 UTI de adulto e 01 UTI neo-natal. **O Senhor Raul Molina explanou que seriam criadas duas resoluções,**  
407 **sendo uma relacionada aos critérios gerais da PPI e outra abordando a questão da contratualização, sendo que, com**  
408 **relação à contratualização foram feitas considerações diferentes, mas se está chegando a um entendimento.** Informou  
409 que houve consenso com relação as oito macrorregiões e a de Salvador se trata de acordo a proposta que o secretário José  
410 Brito havia colocado junto com o Ministério e com a participação do COSEMS. **A Senhora Stela Souza questionou sobre a**  
411 **Resolução se a mesma abrangeria a questão das oito macrorregiões, do término do TCEP, da gestão e gerenciamento**  
412 **do Estado, dos contratualizados, da rede filantrópica, rede particular.** O Senhor Coordenador informou que não seriam  
413 as oito macrorregiões e sim os municípios plenos com exceção da capital, porque foi entendido que se incluiria  
414 Camaçari, Lauro de Freitas, e outros municípios da região metropolitana e questionou se, com relação ao que foi  
415 apresentado dos critérios da PPI, havia alguma questão, não havendo manifestação em contrário foi considerado  
416 aprovado. Com relação a proposta feita pelo Senhor Raul Molina de estabelecer a superação do TCEP, a questão da  
417 contratualização da gestão para os demais municípios com exceção da capital que depois fará o processo de debate com  
418 Salvador e o COSEMS, o qual foi aprovado. O Senhor Andrés Castro informou que a proposta era que a contratualização, a



419 regulação e a gestão das unidades que são referências regionais e estaduais ficarão sob a competência do Estado, à exceção  
420 do município de Salvador, o qual será remetido à comissão e o Ministério da Saúde, ficando claro que entidades de qualquer  
421 natureza. O Senhor Coordenador informou que esta movimentação não impediria as negociações do envolvimento da gestão  
422 municipal. Esclareceu para senhora Marleide, sobre a questão do TCEP, que foi um instrumento criado na época em que não  
423 havia o pacto de gestão, quando não era possível dividir responsabilidades, mas atualmente não se precisa mais do TCEP,  
424 pois uma unidade pode ficar sob gestão do Estado e o mesmo pactuar com Ilhéus as funções que vão ficar com a Secretaria  
425 Municipal de Saúde em relação à auditoria da rede, regulação da rede entre outros, pois antes não podia fazer isso, mas agora  
426 com o pacto pode-se definir que uma unidade está sob gestão do Estado, mas as funções de gestão do sistema, como  
427 auditoria, controle e acompanhamento estão com o município, o que não era possível de ser feito antes. O Senhor Raul Molina  
428 informou que para poder chegar até o fim da PPI, por volta de outubro, e não deixe para o próximo ano, alguns esforços estão  
429 sendo feitos, entre eles a mostra da Fundação Estatal, que convoca os prefeitos e secretários para estarem juntos e poderem  
430 fazer as duas coisas, a PPI e a Fundação Estatal e a proposta é que na mostra da Fundação estatal estejam os prefeitos e os  
431 coordenadores da Atenção Básica e os secretários municipais de saúde se dedicassem à PPI que é o que mais interessa aos  
432 municípios. O Senhor Coordenador informou que a agenda da PPI não iria ser alterada, pois estava aprovada, mas a agenda  
433 da Fundação Estatal pode ser readequada, pois a mesma ainda não estava confirmada, mas tentaria ser feita no mesmo  
434 período e se houver necessidade haverá a tentativa de remanejamento. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou  
435 encerrada a sessão e confirmou a próxima reunião ordinária para o dia 20 de agosto de 2009 no Auditório João Fontes Torres.  
436 Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores  
437 Membros, após lida e aprovada. Salvador, 30 de julho de 2009.

438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450

Jorge José Santos Pereira Solla \_\_\_\_\_

Suplente: Amauri Santos Teixeira \_\_\_\_\_

Suplente: Raul Molina Moreira Barrios \_\_\_\_\_

Suplente: José Raimundo Mota de Jesus \_\_\_\_\_

Alfredo Boa Sorte Júnior \_\_\_\_\_

Suplente: Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_

Andrés Castro Alonso Filho \_\_\_\_\_

Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira \_\_\_\_\_

José Carlos Raimundo Brito \_\_\_\_\_

Kátia Nunes Barreto de Brito \_\_\_\_\_

Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_