

1  
2  
3 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**  
4 **ATA DA 13ª REUNIÃO DO ANO 2018**

5 Aos oito do mês de novembro do ano de dois mil e dezoito, no Remanso Hotel de Serra –  
6 Município de Guaramiranga, realizou-se a décima terceira Reunião Ordinária do ano de dois mil  
7 e dezoito da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único Saúde do Ceará, com a presença  
8 dos seguintes membros: Representado o Componente Estadual: Lilian Alves Amorim Beltrão,  
9 Secretária Executiva da Saúde, Isabel Cristina Cavalcanti Carlos, Secretária Adjunta da Saúde;  
10 Antônio Eusébio Teixeira Rocha, Coordenador de Regulação, Controle, Avaliação e  
11 Auditoria/SESA; Sílvia Maria Negreiros Bonfim Silva, Coordenadora do CGEPS/SESA e;  
12 Representando o Componente Municipal: Josete Malheiro Tavares, Presidente do COSEMS,  
13 Vice-Presidente da CIB/CE e Secretário Municipal de Saúde de Guaiúba; Sayonara Moura de  
14 Oliveira Cidade, Vice Presidente do COSEMS e Secretária da Saúde de Aracati, Alessandra  
15 Pimentel de Sousa, Coordenadora de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria/SMS Fortaleza;  
16 Francimones Rolim de Albuquerque, Secretária da Saúde de Juazeiro do Norte, Antônio  
17 Williams Vieira Vaz, Secretário Municipal de Saúde Boa Viagem; Francisco José Cavalcante  
18 Lima, Secretário Municipal de Saúde de Itapiúna; Sharliane Monteiro da Rocha, Secretária  
19 Municipal de Saúde de Pindoretama, Zuila Maria Maciel de Melo Peixoto, Secretária de Saúde  
20 de Orós e José Afrânio Pinho Pinheiro Júnior, Secretário Municipal de Saúde de Umirim.  
21 Presentes, outros Secretários Municipais de Saúde, técnicos responsáveis por Coordenadorias e  
22 Núcleos da SESA, Coordenadores Regionais da SESA, profissionais das Secretarias Municipais  
23 de Saúde e do COSEMS e demais pessoas interessadas com registro em listas de presença de  
24 convidados. A Assembléia foi aberta pela **Dra. Isabel Cristina** Cavalcanti Carlos, Secretária  
25 Adjunta da Saúde, que cumprimentou e deu boas vindas a todos os presentes. E informou sobre  
26 a ocorrência de encontros regionais preparatórios para o 8º Simpósio Nacional de Inovação  
27 Tecnológica da Assistência Farmacêutica para a 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Josete**  
28 solicitou que a Dra. Lilian informasse aos presentes sobre o andamento do processo de  
29 Planejamento Regional Integrado – PRI no Ceará, as perspectivas da transição da PPI para a  
30 PGASS/ PAMAC e a implantação do CMD. **Dra. Lilian** parabenizou o COSEMS pela iniciativa  
31 de descentralização dos Ciclo Temáticos com repasse de informações preciosas para gestores e  
32 técnicos municipais diante das mudanças que estão por vir, e principalmente pelo significativo  
33 número de novos gestores. Com relação ao Plano Regional Integrado(PRI) já foram feitas  
34 algumas etapas com a participação dos municípios e coordenação das Coordenadorias Regionais  
35 de Saúde. Ressaltou que desde 1998 iniciou-se nesta Região de Saúde o processo de  
36 regionalização, na época chamado de microrregiões de saúde, que constou de várias reuniões  
37 realizadas inclusive aqui em Guaramiranga, onde se trabalhou os processos de planejamento  
38 assistencial, fluxo, referência, vigilância sanitária, assistência farmacêutica, em várias oficinas  
39 tendo como resultado a microrregionalização de saúde. O Estado foi dividido em 22microrregiões  
40 de saúde que foram transformadas mais tarde em regiões de saúde com a chegada da NOAS-  
41 Norma Operacional de Assistência a Saúde que trouxe as normas sobre regionalização. Porém  
42 como o Ceará já havia se antecipado, pois desde 1998vinha trabalhando a regionalização, não  
43 teve dificuldades para atender as normaspostas pela NOAS. Em seguida o Decreto 7.508/2011  
44 traz o COAP que trabalhou a integração entre Estados e municípios com foco no planejamento e  
45 possibilitou ter o diagnóstico da oferta que não existia oficialmente no SUS, e daí passamos a  
46 ter. O PRI não é muito diferente do COAP, veio aprimorar o processo de trabalho de revisão do  
47 CNES, da PPI dos municípios e da alimentação do sistema a afim de justificar o recurso MAC  
48 que cada um recebe. Se sabe que os municípios fazem muito em prol da saúde da população,  
49 porém infelizmente não registram tudo o que fazem e quando não se registra é como se não  
50 fizessem nada. Então é preciso internalizar a cultura de alimentação dos sistemas de informações  
51 do SUS. Com relação a PGASS informou que o Ceará vem trabalhando, desenvolveu um sistema  
próprio, porque o sistema previsto pelo MS até hoje não veio. Lembrou que o sistema construído  
pela SESA foi aprovado na CIB realizada em Crato, juntamente com as Linhas de Cuidados

52 escolhidas para serem trabalhadas e que todos os municípios deveriam programar  
53 obrigatoriamente para garantir assistência a sua população local. Foram definidas em torno de  
54 19 Linhas de Cuidado e todos os procedimentos dessas áreas já foram parametrizados. Existia  
55 procedimentos que não estavam incluídos em nenhuma Linha de Cuidados mas que precisam ser  
56 programados, dando como exemplo o exame de glicemia de jejum em caso de cirurgia de  
57 vesícula. Ficou pactuado então que os procedimentos que não estavam parametrizados em  
58 Linhas de Cuidados seria utilizado a série histórica de 2017, para ver o que foi produzido por  
59 cada município e informado nos sistemas de produção e fazer a parametrização, que aliás já foi  
60 feita e isso vale para outros procedimentos hospitalares e ambulatoriais que não foram  
61 parametrizados. Disse que a área ambulatorial está toda pronta em relação ao valor dos  
62 procedimentos a serem programados, e a programação local de cada município de acordo com  
63 sua capacidade de oferta já foi resolvida, como também algumas Regiões já fizeram suas  
64 programações de referências. Resta fazer a programação de referência macrorregional e entre as  
65 regiões de saúde, pois ainda não foi resolvido os valores dos procedimentos de internação.  
66 Esclareceu que não pode ser adotado o valor médio de internação por município, porque em  
67 alguns procedimentos cada município tem um valor, então tem que programar de acordo com o  
68 valor médio do Estado pra ser um valor único. Houve uma reunião da Câmara Técnica de  
69 Regulação, Controle e Avaliação da CIB onde foi discutida essa questão em relação aos grandes  
70 municípios como Fortaleza, Sobral, Barbalha que tem procedimentos de maior complexidade  
71 (embora a programação que está em processo de elaboração é de média complexidade) existem  
72 procedimentos que se elevou o valor da AIH, como por exemplo a internação em UTI, porque  
73 todo hospital quem tem UTI recebe o valor da internação mais um recurso para pagar as diárias  
74 que funciona assim: na hora que se habilita 10 leitos de UTI, o impacto financeiro é publicado  
75 em portaria do MS. Então, quando se cobra uma AIH que tem diária de UTI, apresenta-se a AIH  
76 e na hora da crítica o sistema aciona o CNES que confere se tem leito de UTI habilitado. Se a  
77 unidade dispõe de 10 leitos habilitados pode gerar até 300 diárias. Na hora que o sistema aceita  
78 essas diárias significa que irá ser pago ao prestador o valor de R\$800,00 por diária se o mesmo  
79 estiver habilitado na Rede Nascir no Ceará, antes Rede Cegonha, caso não esteja habilitado  
80 receberá o valor de R\$478,30, sendo que esse é um valor extra que não faz parte do  
81 procedimento porém agrega o valor da AIH. Conversamos de UTI na tentativa de equilibrar o  
82 valor médio da AIH, retirando esses procedimentos das unidades de maior complexidade como  
83 no caso dos hospitais de gerência estadual. Esclareceu que a SESA está trabalhando com o valor  
84 do limite financeiro dos municípios referente a 10ª parcela 2018 implantado no sistema de  
85 programação da PGASS, onde o município poderá visualizar o recurso que terá para programar.  
86 A SESA vai recomençar esse processo a passos largos porque existe um prazo dado pela juíza  
87 federal da 6ª vara que é primeiro de maio/2019, data estabelecida para o Estado trabalhar com  
88 câmara de compensação, utilizando a ficha de referência pra que a unidade executante que  
89 recebe o paciente, registre de forma correta a sua procedência. Então, até que se tenha a câmara  
90 de compensação os pacientes com procedimento eletivo a unidade pode se negar a atender se ele  
91 não tiver programação em PPI, se for um procedimento de urgência e emergência ele será  
92 obrigado a atender sob pena de responder por omissão de socorro. A ficha de referência servirá  
93 para o prestador registrar a procedência real do paciente para que em caso futuro esse prestador  
94 possa mostrar quanto atende de cada município e com isso poder cobrar se o município tiver  
95 mandado pacientes a mais do que foi programado. Se até 1º de maio/2019 a PGSS não estiver  
96 funcionando com tudo pactuado a nível de município, regiões e macrorregiões a partir do dia 2  
97 de maio/2019 será rodada a primeira câmara de compensação com o critério: se encaminhou e  
98 não programou será descontado do limite do município de residência do paciente, esse critério  
99 trará um grande prejuízo dado que teremos municípios que ficarão devedores. Daí a importância  
100 de registrar até 2 de maio/2019 tudo que será produzido. Ressaltou que o MS cobra dos gestores  
101 a comprovação do uso de recurso MAC através do desempenho, foi dessa forma que o MS  
102 provou à Justiça Federal que o desempenho do Ceará foi de 60 e poucos % e não se teve como

103 contra argumentar dado a falta de registro nos sistemas de informações. Encerrou sua fala,  
104 solicitando o empenho dos gestores no sentido de concluir a PGASS/PAMAC até o início ou  
105 meados de abril/2019, de modo que não seja necessário rodar uma câmara de compensação nos  
106 moldes que a Juíza está propondo. **Josete** lembrou todo o processo de discussão que a SESA e  
107 o COSEMS vem tendo com a Juíza sobre a revisão da programação da assistência (PPI/PAMAC),  
108 câmara de compensação, reuniões, audiências e por fim o prazo estabelecido para rodar a câmara  
109 de compensação. Falou que foi criado um Grupo Condutor do processo de elaboração da  
110 PGASS/PAMAC e o coordenador é o Dr. **Ivan Júnior**, Coordenador da COPAS. Disse ainda que  
111 gostaria de saber se já tem agenda de reuniões desse Grupo. Finalizou dizendo que saiu o  
112 resultado do edital nº 01 que trata de mais acesso, cuidado, informação, respeito e a saúde das  
113 mulheres, que os municípios cearenses com menos de 100.000 habitantes serão contemplados  
114 com R\$ 100.000,00: Russas, Chorozinho, Horizonte, Amontada, Mombaça, Quixeré, Cascavel e  
115 Catarina e os municípios com população acima de 100.000 habitantes: Juazeiro do Norte e  
116 Sobral receberão R\$150.000,00. **Angelo Luis Leite Nobrega**, Secretário de Saúde de Jijoca de  
117 Jerioacara perguntou a Dra Lilian o que a Secretaria de Saúde do Estado está planejando para  
118 ajudar aos municípios a mostrarem que a produção não é só de 60%. **Dra Lilian** respondeu que a  
119 forma do Estado ajudar é o município registrar a produção, e a outra seria os municípios dizerem  
120 para o Estado o que está acontecendo, porque não é possível o Estado responder por 184  
121 municípios. E exemplificou se a dificuldade foi na alimentação do sistema o município precisa  
122 informar que tipo de dificuldade foi e citou o caso de Guarimiranga que a limitação foi no SIA  
123 que tinha um (x) nos meses que não apresentou e depois de 3 meses seguidos foi bloqueado e  
124 sabemos que para o SIA e SIH o MS diz que o não registro da produção por 2 meses  
125 consecutivos ou 3 meses alternados no período de 1 ano, ele bloqueia recursos. Porém isso nunca  
126 aconteceu apesar de estar escrito na portaria. Explicou que não tem como o Estado fazer essa  
127 alimentação porque não tem o transmissor de conexão com o DATA SUS e para pegar essa  
128 informação é preciso entrar na base do DATA SUS e baixar toda a produção dos 184 municípios,  
129 por isso os municípios precisam alimentar esses sistemas ou monitorarem e informarem o que  
130 aconteceu para que se possa ajudar a corrigir os erros. **Angelo** contestou dizendo que acha essa  
131 ajuda do Estado muito simplória, que é preciso haver capacitação, descer aos municípios porque  
132 são eles que formam o Estado, e que a produção informada é a produção deles lá na ponta e que  
133 o Estado precisa fazer um plano com urgência para sanar esses problemas que são antigos. E  
134 destacou que os municípios estão fazendo o possível para corrigir as falhas, e que o COSEMS  
135 tem chamado os municípios para se capacitarem, mas o Estado tem que ajudar mais descendo  
136 aos municípios e regionais de saúde e juntamente com as centrais municipais resolver os  
137 problemas e não jogar para os municípios resolverem sozinhos. **Lilian** colocou que essa  
138 demanda de capacitação pode vir para o Estado e que já viu municípios trazerem a CPU para a  
139 SESA quando tem problema, porém existem outros problemas como a rotatividade dos  
140 profissionais nos municípios e que não há problema em agendar essa capacitação na SESA,  
141 precisa apenas que essa demanda chegue na SESA. **Josete** entrevistou pedindo para resumirem as  
142 falas em virtude da pauta ser extensa. Falou que não é objetivo do COSEMS exaurir essa  
143 discussão de máxima importância para todos, e que a questão de cobrar apoio do Estado através  
144 das Coordenadorias Regionais de Saúde também é um discurso do COSEMS, que tem  
145 trabalhado fortemente esse tema, já foram feitas 3 oficinas e tem mas 7 até o fim do ano sobre  
146 esse assunto, chamando a responsabilidade dos municípios no sentido de enviarem técnicos de  
147 nível superior e médio que estejam antenados com essa agenda para serem capacitados. Relatou  
148 que pela manhã de hoje na apresentação do SIOPS os resultados de desempenho no Brasil em  
149 2017, 100% dos municípios cearenses alimentaram integralmente o sistema e porque não se pode  
150 melhorar o desempenho no SIA/SIH? Concordou com o Angelo que os municípios sozinhos não  
151 irão conseguir melhorar o registro de produção, é preciso fazer uma força tarefa, dar uma mexida  
152 nos municípios, nas equipes das Coordenadorias Regionais de Saúde e estabelecer um  
153 cronograma detalhado por macrorregião para elaboração do processo de programação local e de

154 referência, sem falar nas dificuldades dos municípios decorrente da mudança de gestão. Teremos  
155 muito trabalho pela frente, então é preciso somar esforços senão não iremos dar conta. **Rayner**  
156 **Lima Martins**, Secretário de Saúde de Tamboril reforçou a necessidade das Coordenadorias  
157 Regionais de Saúde descerem aos municípios e reclamou que atualmente só sabem mandar e-  
158 mail. Disse que ano passado foram cobrados para fazerem a prestação de contas, porém não  
159 tiveram qualquer ajuda. Considera importante que esses movimentos de construção sejam  
160 dialogados entre municípios e Coordenadorias Regionais pois do contrário ficam largados sem  
161 saber fazer as coisas corretamente, chegando ao ponto de terem que pagar a terceiros para  
162 executarem as tarefas com alto custo pra os municípios, então os municípios precisam de apoio.  
163 **Maria da Paz Monteiro**, Técnica do NEMS Ceará destacou que foi feita uma avaliação pelo  
164 DERAC de todos os municípios pra ver quais os mais problemáticos e fazer uma força tarefa, no  
165 sentindo de apoiar tecnicamente as equipes municipais. Sugeriu trazer a Dra. **Neide Gloria** do  
166 DERAC para fazer uma oficina com esses municípios que estão com maior dificuldade, em  
167 parceria com o Comitê de RAS que poderia ser o mesmo que vai discutir na Câmara Técnica e  
168 para tanto os municípios precisam encaminhar as demandas, os pontos nevrálgicos pra serem o  
169 foco da capacitação. Sugeriu como encaminhamentos: o levantamento dos municípios com  
170 maior dificuldade de execução; e quais as demandas de capacitação para os técnicos e gestores.  
171 **Josete** fez uma observação quanto ao nível da representatividade nesta reunião, sendo 47  
172 secretários municipais, gestores da SESA, e representantes do MS e do CESAU que foram  
173 convidados a participar das discussões sobre PGASS/PAMAC no nosso Estado. **Alex de Castro**,  
174 Secretário de Saúde de Marco concordou com a fala dos demais secretários e confirmou a  
175 necessidade de capacitação a nível regional e municipal, especialmente para os municípios de  
176 pequeno porte. **Silvana Soares de Souza**, Secretária de Saúde de Guaramiranga confirmou a  
177 necessidade de capacitação e mais interação com as Coordenadorias Regionais de Saúde,  
178 reconheceu inclusive a carência de técnicos nas equipes municipais. **Fatima Ferreira de Oliveira**,  
179 Coordenadora Regional de Baturité, colocou que a Coordenadoria Regional tem trabalhado na  
180 medida do possível com os municípios que se deslocam para a sua sede onde são feitos  
181 exercícios com cada um deles e mesmo assim alguns municípios têm muitas dificuldades em  
182 relação a PPI. **Silvia Bonfim** informou que tem um ponto de pauta nesta reunião sobre educação  
183 permanente onde estão sendo identificadas as demandas de capacitação através de visitas as  
184 Coordenadorias Regionais de Saúde sede das macrorregiões, que contou com a participação dos  
185 municípios que inclusive receberam recursos para o desenvolvimento do processo de  
186 capacitação. **Dra Lilian** colocou que registrou a necessidade de elaborar a agenda de reuniões  
187 do Grupo Condutor da PGASS/PAMAC a fim de que em 1º de maio/2019 esse processo será  
188 concluído. O COSEMS fará contato com Dr. Ivan para a fazer o cronograma e ainda rever e  
189 discutir as necessidades de capacitação dos municípios priorizando os recursos para a  
190 necessidade mais urgente como manuseio do sistema e manter a alimentação desses dados.  
191 **APRESENTAÇÕES: Item 1.1. Situação do QualificaAPSUS e seus resultados de impacto.**  
192 Dra **Carmem Cemires**, Supervisora do NUAP/ COPAS/SESA iniciou sua apresentação com o  
193 slogan do Projeto “A garantia do Acesso a uma APS efetiva resolvida e de qualidade”. O Projeto  
194 encontra-se em fase de conclusão, no 3º ano, em 2016, ano da sua implantação, contou com a  
195 adesão de 90 municípios localizados em 12 Regiões de Saúde, em 2017 teve a adesão de 166  
196 municípios localizados em 20 Regiões de Saúde, e 2018 fizeram adesão 174 municípios  
197 localizados 21 Regiões de Saúde e em 2018 houve o bronzeamento das unidades de saúde  
198 certificadas com o SELO BRONZE. Na área de educação permanente em saúde ocorreu a  
199 capacitação de 1.300 profissionais “facilitadores” de 174 municípios com envolvimento de  
200 profissionais de nível central, regional e municipal, totalizando ao final da cadeia do Qualifica,  
201 em torno de 14 mil trabalhadores da atenção primária a saúde, demonstrando que o Projeto é de  
202 larga escala em termos de qualificação. Mostrou que em se tratando de capacitações  
203 complementares a nível regional destacam-se as demandas nas áreas de assistência farmacêutica,  
204 saúde bucal, saúde mental e saúde da pessoa idosa. Esclareceu que as demandas das áreas

205 materno infantil, hipertensão e diabetes serão identificadas quando da implantação do Projeto  
206 Nascer no Ceará e do Projeto de Hipertensão e Diabetes, integrante da Reforma Setor Saúde  
207 (BID). Sobre o Selo Bronze de Qualidade disse que o Projeto trabalha com a concessão de três  
208 selos, numa proposta de certificação de UBS, e que o primeiro foi o selo bronze de qualidade  
209 “Não existe segurança 100%. Segurança é *Risco* tendendo a zero” e tem foco no gerenciamento  
210 de risco para garantia da segurança do cidadão e da equipe. Ressaltou que o primeiro  
211 chamamento ocorreu em março de 2018 e por conta dos critérios adotados das 21 Regiões de  
212 Saúde duas não conseguiram participar porque não haviam concluído a 4ª Oficina e nem passado  
213 pelo processo de avaliação e exposição que são disciplinas obrigatórias para receber o selo de  
214 qualidade. Lembrou que o selo bronze traz sempre seis questões referentes aos atributos da  
215 atenção primária com destaque para o eixo de gestão. Nesta primeira edição do selo, foram  
216 trabalhados 23 itens (R) considerados de grande relevância porque demandavam atuação do  
217 nível estadual no sentido da elaboração, validação e publicação de diretrizes clínicas e  
218 capacitação das equipes visando a incorporação dessas práticas na cultura organizacional da  
219 APS. Em se tratando de resultados, dos 184 municípios, 99 inscreveram pelo menos 1 (uma)  
220 unidade de saúde, representando 54% dos municípios do Estado e dos 99 municípios inscritos 88  
221 municípios conseguiram certificar no mínimo 1 unidade básica de saúde, resultado considerado  
222 muito bom para uma primeira edição. As macrorregiões de Sobral, Litoral Leste e Cariri  
223 conseguiram certificar 100% das unidades básicas de saúde em alguns municípios, citando  
224 Mucambo em Sobral, Itaiçaba no Litoral Leste Jaguaribe e Orós e Farias Brito no Cariri. Quanto  
225 ao atributo da longitudinalidade que é o acompanhamento ao longo da vida, algumas equipes  
226 obtiveram um percentual baixo de 70% que seria o mínimo para certificação. Em relação a  
227 Integralidade que inclui a estratificação de risco destaque pra a área materno infantil onde boa  
228 parte das equipes preferiram não responder o item referente a garantia do pré natal de alto risco  
229 para suas gestantes; Na coordenação do cuidado destacamos a resolutividade da APS que está  
230 em média de 63% e sabemos que a APS tem condições de resolver de 85 a 90% dos problemas  
231 de saúde mais frequentes da população, no entanto quando avaliamos o monitoramento das  
232 internações por condições sensíveis a atenção primária observa-se que quase 53% das equipes  
233 não fazem o monitoramento que é muito importante no planejamento das ações de saúde. São  
234 raras as caderneta da criança, ao longo do tempo resumiu-se ao cartão de vacinação, bem como a  
235 caderneta da gestante que contém poucas informações. Na centralização na família observa-se  
236 que acaba-se direcionando as ações para os indivíduos isoladamente deixando de reconhecer a  
237 família como o sujeito da atenção assim como a classificação de risco da família que ainda não é  
238 uma prática na agenda do qualifica APSUS. A orientação comunitária foi bem avaliada, porém  
239 observa-se que muitas unidades não dispõem de conselhos locais e nem participação no conselho  
240 municipal dificultando a realização de trabalhos intersetoriais em articulação com outras  
241 instituições ligadas a comunidade. Em virtude do adiamento da hora, mostrou rapidamente os  
242 resultados por macrorregião, ilustrando a situação da gestante e criança menor de 2 anos onde  
243 fica visível que ainda não se conseguiu comprovar a estratificação de risco e o devido  
244 acompanhamento conforme os extratos de risco. Encerrou falando da vacinação que mesmo  
245 apresentando altos percentuais, se precisa aprimorar esta atividade na garantia de que todas as  
246 crianças do nosso território estejam devidamente vacinadas. Informou que participou de uma  
247 reunião junto ao MS e um dos questionamentos feito foi saber porque as Equipes de Saúde da  
248 Família que receberam o selo bronze, não conseguiram um bom conceito no PMAQ, aí se  
249 explica porque são metodologias diferentes com o mesmo objetivo, grandes estratégias de  
250 indução da qualidade, no ciclo do PMAQ é um atesto e no selo bronze se trabalha um processo  
251 de qualificação. Foi feito o cruzamento de 207 equipes com selo bronze de qualidade e 2.314  
252 equipes no 2º ciclo do PMAQ e obteve-se como resultados que 17 equipes que participaram do  
253 selo bronze não estavam no 3º ciclo do PMAQ, mas as que conseguiram a certificação do selo  
254 bronze, 27 equipes foram conceituadas como regular ou ruim no 3º ciclo, mas a grande maioria  
255 tiveram conceito de boa a ótimo; das 30 equipes que não conseguiram o selo bronze, 14 equipes

256 conseguiram o conceito de muito e boas no PMAQ e 15 receberam o conceito de regular e ruim.  
257 Então, os questionamento do MS são legítimos o exercício foi para entender a causalidade, e  
258 lembrou que dos 106 itens que estão no selo bronze, apenas 46 tem correlação com o PMAQ e  
259 muitos itens que estão no selo bronze não estão no PMAQ e o selo bronze trabalha com  
260 gerenciamento de processos que são bem mais complexos. Com relação a agenda do nível  
261 central e regional, informou que houve uma parada por conta do período eleitoral e que em  
262 dezembro o ano será finalizado com o lançamento do guia de gestão da atenção primaria que  
263 orienta sobre a parte normativa jurídica e todos os temas de interesse da APS, o lançamento se  
264 dará em um encontro estadual nos dias 3 e 4 de dezembro que contará com a presença do MS e a  
265 colaboração do COSEMS em local a ser confirmado posteriormente. Finalizou com a agenda  
266 para 2019 que vai discutir a questão da clinica integrada com a regulação assistencial, o papel da  
267 APS nas redes de atenção e discussão sobre a operacionalização dos conceitos que trata da  
268 integração da APS com a vigilância em saúde. **Josete** informou que nos dias 10 e 11 de  
269 dezembro o CONASS realizará um seminário sobre avaliação da planificação em Brasília.  
270 Foram escolhidos dois municípios cearenses que foram certificados com o selo bronze para  
271 compor a delegação do Ceará em nome do COSEMS. Alertou aos municípios que o prazo final  
272 para carimbar o recurso do MAC emendas parlamentares pra o próximo ano é 26 de novembro  
273 do ano em curso. E perguntou a Dra. Lilian e Dra. Isabel se o recurso das arboviroses ainda sai  
274 esse ano. **Emerson Gomes**, Secretário de Saúde de Itaiçaba disse que o qualifica SUS chegou  
275 num momento oportuno, porém acelerado e ocorrido, com uma metodologia diferente do  
276 PMAQ, gerando uma duplicidade de trabalho dos profissionais da APS e que até hoje questiona  
277 sobre qual metodologia a seguir diante das avaliações externas. E indagou como o Qualifica  
278 APSUS vai articular os dois métodos diante das dificuldades de alguns municípios em relação ao  
279 seu processo de trabalho. **Alex de Castro** colocou que os secretários da sua Região discutiram e  
280 resolveram não aderir ao Qualifica APSUS porque acharam que iriam tirar as equipes de dentro  
281 das unidades, fato que teria um peso dentro dos municípios. E indagou se essa atitude trará  
282 algum prejuízo para os que não aderiram a metodologia. **Zuleide Amorim**, Secretária de Saúde  
283 de Jaguaribe colocou que consida o Qualifica SUS como um grande desafio para os municípios e  
284 agradeceu ao Estado pois houve um impacto positivo na população após a implantação do  
285 método de forma continua que tornou-se rotina no processo de trabalho, não houve dificuldade,  
286 suas equipes ganharam o selo bronze e já prepararam o edital para ganhar o selo prata. **Reginaldo**  
287 **Alves**, Secretário de Saúde de Icapuí disse que o Qualifica ajudou bastante aos municípios na  
288 melhoria dos dados das equipes do PSF, e considera importante que o Estado pense em uma  
289 ajuda pratica, tipo premiação para as UBS, visto que quase todas conseguiram o selo bronze e  
290 que esse selo teve um impacto incalculável na vida das pessoas através da melhoria dos  
291 processos de trabalho de todas as formas desde a estrutura física, capacitação dos profissionais  
292 entre outros benefícios. **Carmem** respondeu ao Emerson dizendo que por serem duas  
293 metodologias diferentes, pretende-se realizar oficinas de validação visando cada vez mais  
294 aperfeiçoar o Qualifica SUS. O PMAQ fez uma mudança nos conceitos no 2º e 3º ciclo tornando  
295 o método pouco transparente de acordo com depoimentos de secretários e trabalhadores. O  
296 CONASEMS e o CONASS reconheceram e constituíram um Grupo de Trabalho(GT) em  
297 Brasília para em dezembro/2018 ou janeiro/2019 se reunir e pensar numa proposta para  
298 apresentar ao Governo Federal uma nova roupagem para o PMAQ e para isso estão solicitando  
299 ao Ceará e ao Paraná que levem para esse GT a experiência do selo de qualidade na APS para  
300 agregar valor ao PMAQ, facilitando o seu entendimento. Disse que a razão do processo ter sido  
301 acelerado foi por causa do período eleitoral, onde não se poderia fazer esse chamamento público.  
302 Quanto aos 10 municípios que não aderiram (1 na região de Caucaia, 2 na região do Crato e  
303 todos da região de Acaraú) afirmou que não haverá qualquer prejuízo ou punição, a adesão é  
304 voluntária pois trata-se de um termo de cooperação técnica entre a SESA e as prefeituras  
305 municipais. Discordou sobre a questão colocada pelo Alex de retirar as equipes das UBS por  
306 muito tempo, lembrando que o encontro do Qualifica é de apenas 8h/mês ou seja 1 dia que as

307 equipes precisam sair das UBS em 30 dias, pois a maioria dos trabalhos ocorrem dentro das  
308 UBS com os tutores. Portanto, a equipe permanece em seu território. Disse ainda que em 2016  
309 126 municípios aderiram, mas só 90 permaneceram no Projeto o restante desistiu e tivemos que  
310 respeitar a decisão dos municípios, em 2017 aderiram 166 e pretendemos fechar os 184 em 2018.  
311 Sobre a solicitação do Reginaldo, Carmem considerou pertinente e legítima, inclusive lembrou  
312 que o governador Camilo Santana no dia da certificação perguntou o que o Estado estava dando  
313 para os municípios e respondeu que estávamos entregando o certificado, o selo bronze de  
314 qualidade, visto que o Qualifica deve ser como realização pessoal e profissional de qualificação e  
315 melhoria contínuas. Por fim disse que está questão da premiação esta sendo pensada para as UBS  
316 da 1ª e 2ª edição no 1º semestre de 2019 e para a 1ª edição prata no segundo semestre de 2019.  
317 **Dra. Isabel** falou que esse Projeto realmente mexeu com o Governador a ponto dele não  
318 participar da procissão de Santo Antonio em Barbalha para prestigiar a solenidade de entrega dos  
319 certificados do selo bronze aos municípios, ocasião em que sugeriu que seja pensado para as  
320 próximas edições uma premiação para as UBS, em reconhecimento pelo belo trabalho. **Luis**  
321 **Carlos do Nascimento**, Secretário de Saúde de Cascavel discordou da Carmem quando ela  
322 colocou que a avaliação do PMAQ deixou a desejar, afirmando que as duas deixaram a desejar,  
323 pois Cascavel também entrou na repescagem para o 2º momento do Qualifica, quando chegaram  
324 3 avaliadores e um dos itens existia para dois e não existia para o terceiro e ele não entendeu pois  
325 o prédio era o mesmo, apenas ficaram em salas diferentes, equipe 1,2,3 e havia para 2  
326 avaliadores um item chave que desclassificou uma equipe e acha que o problema foi na  
327 interpretação ou visão ótica. Relatou que em alguns momentos houve dificuldade no diálogo  
328 com a coordenadora, porém parabeniza pelo esforço mútuo, pois há uma cobrança política no  
329 sentido de aderir aos projetos, sem falar na pressão psicológica para os profissionais por terem  
330 que passar por 2 modalidades de avaliação. **Josete** disse que ficou impressionado com a  
331 disposição do Governador naquele evento, mesmo estando num período eleitoral e motivou as  
332 duas partes que se empolgaram com a abrangência da solenidade, que culminou com o grande  
333 encontro do governador Camilo com o setor saúde no seu primeiro mandato, dentro de uma  
334 visão municipalista, foi o marco que ficará para a história. Sobre as dificuldades na execução do  
335 PMAQ, destacou a percepção nítida da morosidade proposital do MS em não realizar porque  
336 implicaria em acréscimo financeiro para os municípios. Segundo dados do secretário Rilson,  
337 houve um aporte de 36% no recurso de incentivo do PMAQ de 2017 do 2º para o 3º ciclo no  
338 Ceará, saindo de 8 milhões para quase 12 milhões para os municípios e a maioria recebeu. É  
339 importante avaliar, relatar as dificuldades e se preparar para no próximo ciclo não que lidar com  
340 as contradições, porém no final temos que celebrar porque é uma conquista importante, registrar  
341 nas atas da CIB. Lembrou que em 2017 o Ceará foi o único Estado que conseguiu boa cobertura  
342 na vacinação de rotina no Brasil e faz 6 meses que o COSEMS pediu a CIB, a gestão estadual  
343 uma cartinha, um ofício, um bilhete, uma assinaturazinha do secretário Javi, com assinatura da  
344 APRECE, com o governador, registrando esse feito. **Dra. Isabel** informou sobre os encontros  
345 regionais preparatórios para o 8º Simpósio Nacional de Inovação Tecnológica da Assistência  
346 Farmacêutica na FIOCRUZ, ocasião em que será construída a proposta nacional de  
347 medicamentos e Assistência Farmacêutica para a 16ª Conferência Nacional de Saúde. Falou  
348 sobre a intenção do secretário de governo Elcio de agendar um evento para repassar os recursos  
349 da arbovirose, já liberado pela Procuradoria Geral do Estado(PGE) após consulta da SESA, ato  
350 que provavelmente ainda ocorrerá nesse ano, a depender da agenda do Governador.  
351 Amanhã(09/11) estarão na Agência de Desenvolvimento do Ceará(ADESC) junto com a  
352 FIOCRUZ discutindo o projeto para o mosquito inoculado, definir a área que irá até São Gonçalo  
353 do Amarante, com a consultoria de técnicos da Austrália, no intuito de extinguir o mosquito, uma  
354 vez que já deu certo em Niterói e no Paraná. **Pedro Alves de Araújo Filho**, Presidente do  
355 CESAU perguntou se algum município recebeu esse recurso da Arbovirose. **Dra Llian**  
356 respondeu que não tem agora como informar sobre os repasses, mas sabe que alguns municípios  
357 já receberam. **Pedro** disse que foi difícil receber esse recurso porque um dos critérios exigidos

358 no edital era que o município elaborasse um plano municipal de combate as arboviroses e tivesse  
359 a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, através de resolução. E ocorreu que muitos  
360 municípios não cumpriram essa etapa e aí tiveram que convencer os conselheiros a liberarem os  
361 recursos e passarem a acompanhar a execução do plano em relação a aplicação dos recursos e só  
362 depois desse acordo, receberam os recursos. **Item 1.2. Processo de construção do Plano**  
363 **Cearense de Educação Permanente do SUS.** Dra. Silvia Bonfim iniciou relatando sobre o  
364 processo de construção do plano que foi gerado a partir das demandas dos municípios na área de  
365 educação permanente e das necessidades da gestão. Participaram desse processo os  
366 representantes do quadrilátero: CIB, instituições de ensino, controle social e os profissionais de  
367 saúde como referências da educação permanente. O mesmo teve início em novembro de 2017  
368 tendo como referencial o Plano Estadual de Saúde 2014/2017 que foi discutido em todas as  
369 Regiões de Saúde e apontou ao final uma lista de cursos para o Sistema Único de Saúde na  
370 formação de gestores, profissionais, e representantes do controle social. Em novembro de 2017  
371 surge o PROEXSUS e o MS convidou os Estados e municípios para aderirem a esse processo e  
372 em função dessa adesão surgiu a possibilidade de construir os planos estadual e municipais com  
373 recursos federais assegurados. O Ceará fez ano passado uma discussão com consultores externos  
374 no sentido da Reforma do Sistema de Saúde do Ceará para o Século 21, através da implantação  
375 de 9 projetos estratégicos direcionados para o SUS, e um desses projetos foi a qualificação de  
376 gestores e líderes. As demandas de educação permanente vindas dos municípios foram  
377 denominadas de demanda de curto prazo. O município de Fortaleza elaborou o seu plano para o  
378 período de 2018 a 2021. Na construção do Plano do Ceará se procurou fortalecer e implantar as  
379 CIES que mobilizaram todo o processo de educação permanente dentro da política nacional. As  
380 CIES foram implantadas nas 5 macrorregionais do Estado. Em novembro de 2017 o Ceará e 183  
381 municípios aderiram ao PROEPS/SUS, as ações iniciaram em abril de 2018 com o repasse dos  
382 recursos para a SESA e foi dado início a construção desse Plano que possui seis eixos  
383 prioritários: 1. Construir e consolidar o sistema saúde escola; 2. Desenvolvimento científico e  
384 tecnológico; 3. Inovações metodológicas de educação na saúde; 4. Desenvolvimento de gestores  
385 e lideranças no SUS/CE; 5. Integração ensino serviço e comunidade; e 6. Tecnologias da atenção  
386 integral a saúde. Dentre as atividades realizadas, destacou a pactuação entre a SESA e COSEMS  
387 em relação a adesão ao PROEPS SUS; a integração da pesquisa desenvolvida pela ESP; a  
388 realização das oficinas temáticas dos eixos 1 e 5 nas Macro Sobral com 63 participantes, Macro  
389 Cariri com 103, Macro Fortaleza com 60 e Macro Litoral Leste com 68 participantes; e a  
390 implantação da comissão de acompanhamento da construção do plano. Destacou que o  
391 financiamento não está definido, o MS só repassou os recursos para a construção do plano, para  
392 a SESA o valor proporcional ao número de regiões de saúde do estado e para os municípios o  
393 valor proporcional ao número de equipes da família. Finalizou citando os compromissos até  
394 dezembro de 2018: 1. Oficinas nas macrorregionais para elaboração do plano cearense de ESP;  
395 2. Integração da pesquisa desenvolvida pela ESP com todo processo de construção do plano; 3.  
396 Apreciação e aprovação nas CIES Macrorregionais e estadual; 4 Apreciação e aprovação no  
397 CESAU; e 5. Encaminhamento do plano para o MS. **Dra Isabel** disse queo CONASS através da  
398 Câmara Técnica vem acompanhando as diretrizes das políticas de saúde e que o Dr. Haroldo  
399 esteve aqui em uma das oficinas e fez esclarecimentos sobre as residências médicas e multi que  
400 deverão ser normatizadas pelos Estados e municípios. **2. PACTUAÇÕES /DELIBERAÇÕES**  
401 **Item 2.1. Proposta de Revisão da Programação Pactuada Integrada da Assistência**  
402 **Farmacêutica para 2019.** Dra. Fernanda Cabral, Coordenadora da COASF iniciou dizendo que  
403 atualmente são pactuados 136 itens de medicamentos da AFB e 50 itens na AFS. Relembrou as  
404 dificuldades enfrentadas pela COASF decorrentes do desabastecimento em junho/2018, onde  
405 58% dos itens de medicamentos tiveram problemas na aquisição em relação aos registros de atas,  
406 falta de pontualidade na entrega dos medicamentos pelos fornecedores, capacidade instalada  
407 insuficiente das CAFS sem possibilidade de aumento dos itens pactuados, dificuldades no  
408 cumprimento dos pagamentos dos municípios e duplicidade dos pagamentos, e atraso no repasse

409 dos recursos, dentre outras. Ressaltou a insatisfação dos gestores municipais independente dos  
410 percentuais de atingimento apresentados por trimestre , a exemplo do resultado alcançado no 2º  
411 trimestre de 2018 onde foram atendidos quase 90% dos itens da AFB e 93,5% da AFS. Na  
412 tentativa de melhorar a logística da assistência farmacêutica a COASF realizou várias ações  
413 dentre as quais reunião com os fornecedores realizada no dia 8 de maio de 2018 com a  
414 participação de representante do COSEMS(Cacau) e da Dra. Isabel Cristina; reunião com o  
415 NUPLAC para verificar os entraves no processo de compra, onde foi identificado o problema  
416 com a pesquisa de preço que estava dando deserto porque levaram em consideração os preços da  
417 Região Sudeste e Sul. Na busca de solução consultamos a PGE sobre a possibilidade da  
418 convocação do 2º lugar, dado que naquele momento não estava previsto, possibilidade  
419 oficializada posteriormente através da edição do Decreto Estadual n.32.824; reunião realizada  
420 com os fornecedores com a participação do Ministério Público na pessoa da Dra. Isabel Porto, do  
421 COSEMS Sayonara e Cacau, na ocasião foi pedida a lista dos fornecedores inadimplentes, com a  
422 dívida de cada um e foi dado um prazo de 15 dias para entrega e dessa forma se conseguiu  
423 reverter a situação em aproximadamente 90% dos itens não entregues; e a celebração do contrato  
424 com o laboratório oficial FURP onde a COASF conseguiu comprar diversos itens que estavam  
425 em falta desde fevereiro/2018 e frisou que novo contrato será assinado para o próximo ano. Em  
426 relação ao cenário nacional, informou que apenas o Ceará realiza a compra centralizada e apenas  
427 os municípios de Fortaleza e Sobral não participam deste processo; no Paraná a aquisição é feita  
428 através do consórcio intergestores Paraná Saúde e também dois municípios do Estado não  
429 aderiram ao processo; e o estado de São Paulo realiza o gerenciamento de parte do recurso  
430 federal e estadual, ficando a contra partida municipal sob o gerenciamento dos municípios que  
431 poderão realizar a aquisição através da RENAME. Em seguida apresentou a análise do processo  
432 de PPI da Assistência Farmacêutica Básica no Estado, com a alocação orçamentária e financeira  
433 de quase R\$75 milhões, resultado do valor per capita de R\$5,58 recursos federal, R\$ 2,30  
434 estadual e R\$2,50 ou R\$3,00 dos municípios , em relação a estratificação por curva A B C dos  
435 136 itens pactuados, 54 itens consomem 75% dos recursos financeiros( R\$56 milhões), 30 itens  
436 consomem 15% dos recursos e 52 itens consomem apenas 10% (R\$7.400 mil). Os valores  
437 federal e estadual são suficientes para comprar todos os 54 itens de medicamentos da curva A,  
438 que quando faltam a população reclama muito. Na PPI da Assistência Farmacêutica Secundária  
439 são 50 itens, totalizando o valor de R\$ 22.517 mil oriundos do valor per capita estadual de  
440 R\$1,00 e do valor per capita municipal que varia de R\$ 2,00 a R\$2,50 , quando se estratifica por  
441 curva 75% dos recursos são gastos com apenas 23 itens , 12 itens consomem 16% dos recursos e  
442 15 itens consomem apenas 9% dos recursos. A coordenação da COASF apresentou a direção da  
443 SESA duas propostas para reajuste do valor per capita estadual para 2019 de R\$2,80 e R\$3,00,  
444 sendo aprovado o valor de R\$3,00. E o resultado da aplicação desse valor já foi incluído no  
445 orçamento da COASF, gerando uma incremento de 27% em relação a 2018. Com essa decisão o  
446 novo cenário tripartite dos valores per capita ficará assim: R\$5,58 federal, R\$ 3,00 estadual e R\$  
447 3,00 municipal, totalizando um valor per capita de R\$ 11,58. O próximo passo da coordenação  
448 da COASF foi fazer a seleção dos medicamentos a serem ofertados na PPI de 2019, que seguiu  
449 os critérios do uso racional com oferta de medicamentos de qualidade, contribuindo para a  
450 racionalidade de prescrição, sem esquecer os critérios epidemiológicos, econômicos e as linhas  
451 de cuidados prioritários do Estado que são: hipertensão, diabetes, materno infantil e saúde  
452 mental. Informou que essas propostas foram discutidas em duas reuniões da Câmara Técnica da  
453 Assistência Farmacêutica da CIB; e com especialistas da área de atenção de cada linha de cuidado  
454 sempre focando na organização e oferta dos serviços, evidências científicas, objetividade,  
455 segurança e eficácia. Os critérios utilizados para a proposta de elenco foram: 1º. Se o item deveria  
456 está contemplado dentro das 4 linhas de cuidado; 2º. Manter numa concentração por principio  
457 ativo com exceção de doses distantes; 3º. Facilidade na aquisição; 4º. Sugestão da Câmara  
458 Técnica de não retirar o timolol colírio e medicamentos para a saúde do homem; 5º.  
459 Medicamentos utilizados na pediatria; 6º. Excluir itens de uso hospitalar visando o uso racional

460 na Atenção Primária , a exemplo do diazepam injetável, soro, dipirona injetável. A reação dos  
461 secretários foi imediata para a permanência desses itens nas UBS. Após a reunião da Câmara  
462 Técnica da Assistência Farmacêutica ficou decidido que ficariam 89 itens o elenco da AFB e 36  
463 itens no elenco da AFS. A proposta da SESA para a PPI 2019 em relação a AFB é de que o  
464 Estado gerencie os recursos federal e estadual, assumindo a responsabilidade de aquisição de  
465 89 itens pactuados e o aumento do valor per capita estadual de R\$2,36 para R\$3,00 e que os  
466 municípios gerenciem os recursos do tesouro municipal e assumam o processo de aquisição de  
467 medicamentos; Em relação a AFS que a SESA gerencie os recursos estadual, sendo responsável  
468 pela aquisição de 36 itens pactuados, e os municípios fiquem responsáveis pelo gerenciamento  
469 de sua contra partida municipal, e prestem contas junto aos Conselhos Municipais de Saúde  
470 conforme determina a Lei Complementar 141/2012, e realizem prestação de contas  
471 quadrimestrais junto as Câmaras de Vereadores, eliminando dessa forma o controle financeiro  
472 hoje realizado pela COASF, evitando o envio para o COSEMS da lista dos municípios que não  
473 pagaram a contra partida, liberando automaticamente os medicamentos adquiridos com as  
474 contrapartidas federal e estadual. Outra vantagem seria uma redução na quantidade de itens  
475 pactuados possibilitando o melhor acompanhamento do processo licitatório e maior garantia de  
476 estabilidade nas centrais de atendimento e ainda a redução no estoque eliminando o problema de  
477 capacidade instalada nos CAFS. Essa foi a proposta trazida aqui para a CIB, para discussão. **Dra**  
478 **Lilian** disse que concorda com a decisão de manter no elenco a dipirona injetável e o soro  
479 fisiológico nas UBS, porém questionou se esse item deve ser pactuado para compra  
480 descentralizada, pois na Câmara Técnica ficou decidido que o município deveria adquirir esses  
481 dois itens com recursos próprios visto que seria um volume bem menor. **Reginaldo Alves**  
482 discordou totalmente da Proposta apresentada pela SESA, disse que a PPI está defasada  
483 financeiramente, há muito tempo, os medicamentos aumentaram de valor, a inflação da saúde é  
484 de 12% ano e os valores não foram reajustados, e desde criação dessa política só viu redução na  
485 quantidade de medicamento, nos itens do elenco e nos valores pactuados. Disse ainda que  
486 acredita que se colocar qualquer percentual para os municípios comprarem, as dificuldades serão  
487 maiores do que as relatadas pela COASF, vão ser 184 dificuldades, porque todos temos  
488 dificuldades de fazer licitação e de receber os medicamentos. Destacou que o Estado retirou a  
489 corrupção da compra de medicamentos da atenção básica e isso não é pouca coisa, não tem mais  
490 bônus para os Prefeitos, não tem mais 10%, não tem mais casadinha, não tem mais nada e agora  
491 vamos colocar de novo para os municípios uma política que está sendo acertada. Alertou que não  
492 está chamando ninguém de ladrão, está dizendo que hoje não existe a possibilidade no Ceará de  
493 Prefeito fazer casadinha com distribuidora de medicamentos graças a essa política. E que essa  
494 política acertadíssima feita pelo Ceará precisa ser reforçada e colocou um adendo nesta  
495 distribuição: podem ampliar em questão opcional o valor per capita dos municípios e citou que o  
496 município de Icapui tem disponibilidade de aumentar de R\$3,00 para até R\$5,00. Em seguida  
497 apresentou a seguinte contra proposta: Manter o elenco ou discutir tecnicamente com as  
498 Coordenações de Assistência Farmacêuticas a parte da Atenção Básica quais itens serão  
499 necessários; Aumentar a possibilidade do município fazer compra; Não reduzir a quantidade  
500 apresentada na proposta da SESA. Encerrou dizendo que as dificuldades da COASF são  
501 multiplicadas para os municípios e findou com a frase: “O filho é de vocês, recebam, tratem ele  
502 bem, nós ajudaremos vocês, o processo é doloroso para todo mundo e mais ainda para nós que  
503 vivemos com o Ministério Público, rádio e Vereadores na porta. E defendo a PPI de  
504 medicamentos com ampliação de recursos e de elenco”. **Alex de Castro** concordou com a  
505 proposta do Reginaldo no sentido dos municípios aumentarem o valor per capita de R\$3,00 para  
506 R\$5,00 e que muitos municípios farão adesão pelo fato do preço do medicamento comprado pela  
507 COASF ser infinitamente menor, dado a quantidade ser muito maior, e ser mais capacitada para  
508 lidar com as indústrias de medicamentos se comparado com os municípios, principalmente os de  
509 pequeno e médio porte. Acrescentou que com exceção de Fortaleza e Sobral, todos os municípios  
510 dependem da COASF nessa política e queremos continuar pois seria uma responsabilidade muito

511 grande para os municípios assumirem essa compra. Elogiou a transparência e legitimidade da  
512 COASF nesse processo. **Rilson Andrade**, Secretário de Saúde de Quixelô colocou que essa não  
513 é a melhor solução para os municípios, nem para o estado que precisa continuar com essa  
514 política e não caminhar pra trás e acha viável a proposta do Reginaldo de ampliar o valor  
515 percapita municipal de R\$3,00 para R\$5,00, mesmo que alguns municípios não consigam, essa  
516 seria uma adição possível, mas que essa proposta seja discutida na Câmara Técnica e nas  
517 Coordenadorias Regionais de Saúde. **Angelo Nobrega**, perguntou se essa Proposta foi discutida  
518 na Câmara Técnica. **Dra Lilian** respondeu que sim e hoje veio para ser pactuada aqui na CIB.  
519 **Angelo Nobrega** insistiu em dizer que os municípios não aceitarão essa Proposta e lembrou que  
520 a SESA no passado chamava os problemas para si e resolvia, infelizmente hoje vemos a SESA  
521 saindo dos problemas e jogando para os municípios que hoje estão se sentindo órfãos a cada dia  
522 que passa. **Alessandra Pimentel** colocou que apesar de Fortaleza não fazer parte dessa política,  
523 acha importante para os municípios e quer saber diante dessa Proposta o que foi discutido para  
524 Fortaleza e Sobral já que hoje a parte do financiamento federal e estadual é repassado para  
525 Fortaleza. **Francisco José Cavalcante Lima Melo**, Secretário de Saúde Itapiuna questionou o  
526 fato dos municípios passarem a trabalhar com as linhas de cuidado e a garantia dos  
527 medicamentos, pois hoje a realidade é que as vezes não temos o medicamento no município e  
528 precisamos pedir socorro ao município vizinho. A pressão da população é grande por conta da  
529 fragmentação de uns conseguirem e outros não e aí vem as questões técnicas, jurídicas e que não  
530 se deve abrir esse precedente de compra descentralizada, por isso é contra a proposta. **Josete** fez  
531 uma retrospectiva dessa política de assistência farmacêutica que já dura seis anos, das situações  
532 complicadas que foram enfrentadas e destacou o enorme desafio e a coragem da Dra.Lilian que  
533 comprou a briga e assumiu pessoalmente, junto com o COSEMS, a sua reorganização dado que  
534 praticamente não funcionava e havia descrédito até mesmo de alguns secretários estaduais. Nesse  
535 momento houve um grande movimento de pressão dos municípios para saírem da política e  
536 fazerem como Sobral e Fortaleza. Após alguns anos a COASF foi totalmente reestruturada,  
537 avançando no processo apesar de muitas dificuldades e nestes 2 últimos anos conseguiram um  
538 fato inédito na história dessa política que foi uma alta inadimplência dos municípios cearenses ao  
539 processo. Destacou a estrutura da Câmara Técnica da Assistência Farmacêutica como a que  
540 melhor funcionou na gestão da CIB. Neste mandato do Governador, seja pela condição da SESA  
541 constatou-se algumas limitações. Quanto a revisão de itens achou razoável e saudável e lembrou  
542 que já é obrigatório desde dezembro de 2017 o registro no banco de preços em saúde (BPS) que  
543 os municípios não estão cumprindo perante o MS e citou como exemplo dois municípios  
544 vizinhos comprando o mesmo medicamento com licitações distintas, o preço obtido foi de duas  
545 ou três vezes maior para o mesmo medicamento, se for visto o Estado como um todo a  
546 disparidade de preço será enorme. Lembrou também a dificuldade de lidar com fornecedores de  
547 medicamentos e a sazonalidade das doenças. Outro aspecto importante é que o COSEMS vem  
548 tentando é que no processo de licitação do Estado seja incluído no edital a possibilidade dos  
549 municípios fazerem adesão as ATAS vigentes para compra suplementar, isso precisa ser  
550 formalizado, pois dessa forma quem assina o contrato fica sabendo que na ATA foi aceita essa  
551 medida. Porque do contrário o fornecedor simplesmente recusa, porque é mais cômodo vender  
552 tudo para o Estado. Solicitou ainda que os processos de dispensa de licitação ou inegibilidade de  
553 licitação que a PGE faz para os laboratórios oficiais, possam também serem disponibilizados  
554 para adesão dos municípios. Finalmente falou que a proposta precisa ser mais discutida em  
555 vários aspectos, mas o sentimento dos municípios é de manter a compra centralizada. **Sayonara**  
556 referiu-se ao estudo feito pela COASF com 2 cenários: 1º. Que o Estado faria a gestão dos  
557 recursos federal e estadual e encaminharia para os municípios; 2º. Permaneceria a compra da  
558 mesma forma, mais teria um elenco reduzido. Disse que essa política iniciou com 76 itens da  
559 AFB e não tinha atenção secundária e havia mais facilidade de fazer a compra pelas Linhas de  
560 Cuidado que tinha de ser cumpridas na época, sua posição enquanto COSEMS é contra a  
561 proposta de descentralização para os municípios por todos os motivos elencados hoje nesta CIB.

562 No entanto concordou em fazer uma discussão sobre o elenco que aumenta a cada ano. Disse  
563 ainda que o Estado não avançou na melhoria da CAF e que a logística chegou na situação atual  
564 revelada dado a capacidade instalada insuficiente da COASF. Sugeriu que a pactuação seja feita  
565 no ano anterior para que anteceda todo o trabalho para que os municípios não fiquem  
566 trabalhando no ano seguinte, conseguindo pegar o primeiro lote de medicamento lá para o mês  
567 de maio. **Rayner Lima Martins** lembrou que no ano passado em dezembro, o Estado anunciou  
568 para os municípios o aumento no repasse de recursos e hoje traz essa proposta que considerou  
569 como uma bomba. E que Tamboril é um município do Sertão do Crateús com uma população de  
570 27 mil habitantes cuja renda é na maioria de aposentadorias rurais e do bolsa família havendo  
571 portanto grande dependência dos serviços municipais, especialmente da saúde. Mostrou  
572 preocupação com a retirada de itens de medicamentos que são utilizados pela população. Disse  
573 que o prefeito não se recusa de fazer a contribuição que for necessária e que gostaria que essa  
574 proposta fosse recusada. **Albanizo Fernandes**, Secretário de Saúde de Tururu colocou-se contra  
575 a proposta que considerou um retrocesso e que o Estado tem melhor estrutura e deve continuar  
576 com a compra centralizada. **Kelly Costa**, Supervisora da COASF lembrou que chegou na  
577 COASF em outubro/2015 no auge da derrota. Grandes dificuldades até a chegada do laboratório  
578 da FURP que melhorou a situação. Referiu-se a capacidade instalada reduzida que não permite  
579 aumentar o valor percapita hoje pois a estrutura da COASF parou na década de 1990; o problema  
580 com os pagamentos, precisa rever o termo de adesão que é bilateral, uma cooperação entre os  
581 entes estadual e municipal que se esforçam para comprar medicamentos para o cidadão e que  
582 muitas vezes ocorrem falhas por conta das empresas que não entregam os medicamentos em  
583 tempo hábil. A COASF vem trabalhando no sentido de minimizar a situação e espera que todos  
584 entendam; informou que na semana passada a COASF forneceu 85% do sulfato ferroso pactuado  
585 e os 15% não foi entregue pela empresa e alguns municípios ligam querendo saber dos 100% o  
586 que é impossível por conta dos laboratórios que não dão conta, pelo volume que a COASF  
587 compra para todo o Estado então espera que entendam que a COASF está batalhando mesmo  
588 sabendo das críticas que vem sofrendo, o que desgasta o trabalho da equipe; outro ponto é quanto  
589 ao pagamento, transferência fundo a fundo, pois na COASF só tem 1 servidor na área financeira  
590 (e não é banco) os problemas que surgem não são de responsabilidade da COASF, os próprios  
591 municípios podem resolver com o Banco do Brasil, porque inclusive isso está bem claro no  
592 termo de adesão e o papel da COASF é repassar para o setor financeiro da SESA os documentos  
593 que os municípios enviam para COASF para que seja feito o desconto, então muitos municípios  
594 telefonam para a COASF para reclamar que o pagamento não está sendo feito e culpando a  
595 COASF. E lembrou mais uma vez que existe um termo de cooperação e se os municípios não  
596 resolverem algumas situações dentro de seus territórios, fica muitodifícil para a COASF que fica  
597 com um nível de stress muito alto, portanto irão refazer os termos de adesão para deixar bem  
598 claro o papel de cada ente, porque o Estado tem que gerir 182 municípios. Esclareceu que a nota  
599 fiscal é disponibilizada 72 h antes e hoje isso está sendo cumprido exceto uma vez que houve  
600 problema com o SISMED onde os farmacêuticos tem livre acesso, acontece que nem todos os  
601 municípios tem esse profissional de acordo com exigência da Portaria Nº 344. Reconheceu que  
602 atualmente o sistema está falho porque antes só agendava com o CRF e nome do profissional.  
603 Pediram para incluir esses dados no sistema e não foram atendidos e isso será um impeditivo  
604 para fazer o agendamento e se não tiver o Farmacêutico não tem condição de estar com uma  
605 farmácia de Atenção Básica aberta, então é indispensável a presença do Farmacêutico. **Dra**  
606 **Isabel** lembrou que em 1996, foi criada a Central de Medicamentos (CEME) ligada diretamente  
607 a Presidência da República que comprava medicamentos para o Brasil todo e somente 10 anos  
608 depois foi extinta a CEME e os recursos foram descentralizados para os Estados e iniciou-se a  
609 pactuação da compra centralizada. Em 2002 aconteceu um movimento nacional forte de criação  
610 dos genéricos, os laboratórios oficiais se disponibilizaram para o fornecimento de medicamentos  
611 e foi criada nesse momento a farmácia básica no Ceará. Lamentou o desmonte da equipe da  
612 COASF e elogiou a equipe sob o comando da Fernanda que mesmo com muitas dificuldades tem

613 apresentado resultados positivos neste processo junto aos municípios. Informou que está  
614 responsável pelo acompanhamento técnico administrativo de três Coordenadorias da SESA:  
615 COASF, COVIG e CGTES. Sobre o elenco falou que quantidade não significa efetividade e que  
616 São Paulo trabalha com 60 e poucos itens. Referiu-se ao desmonte de vários laboratórios oficiais,  
617 ficando disponível apenas a FURP. Em seguida respondeu ao Angelo que essa proposta é do  
618 Estado e não foi consensuada em Câmara Técnica por várias razões entre as quais uma reunião  
619 ocorrida em Tauá sobre o Projeto Nascer no Sertão, onde o Secretário Javi esteve presente entre  
620 outras autoridades regionais e municipais e ouviu alguém dizer que o aumento do número de  
621 diabéticos e hipertensos se deu porque a COASF deixou de enviar medicamentos e que só  
622 mandava medicamentos vencidos. Disse ainda que participou de uma reunião social com  
623 Presidente da FIEC quando um secretário ex-prefeito de um município falou que toda reunião  
624 que participou como prefeito o secretário de saúde se queixava da COASF. Isso contribuiu para  
625 que o Estado fizesse essa proposta. Informou que em toda reunião do CONASS há queixa dos  
626 estados brasileiros com o mercado de medicamentos no país. Citou o caso da penicilina que  
627 depende da matéria prima que vem da China e por isso sempre está em falta, portanto comprar  
628 hoje não é fácil. Afirmou que tem outra proposta que é reduzir o elenco e manter a compra  
629 centralizada e pediu que os ônus e os bônus fossem dividido para continuar a compra como está,  
630 e que a relação da SESA com os municípios sempre foi de parceria, colaboração etc. Finalizou  
631 falando sobre o processo de seleção dos medicamentos que obedeceu a critérios e orientação de  
632 especialistas das áreas médicas, critérios epidemiológicos, econômicos e discussões com  
633 Farmacêuticos da Câmara Técnica. **Alex de Castro** se comprometeu em mobilizar os Prefeitos  
634 para fazerem pressão política quanto as melhorias necessárias na estrutura física da COASF para  
635 melhorar seu funcionamento. **Dra Isabel** falou que a reforma da COASF está prevista na  
636 proposta do PROEXMAIS com recursos do Banco Mundial, e que para a melhoria na área de  
637 RH existe uma proposta prevista no Plano Estadual e pediu aos secretários uma força junto ao  
638 Governador Camilo. **Dra Lilian** afirmou que houve aqui um consenso contra a proposta  
639 apresentada pelo Estado e que considera essencial a revisão do elenco porque não adianta deixar  
640 itens que se sabe que não serão comprados e nem programados muitas vezes porque são pouco  
641 utilizados, e nestes casos pontuais, cada município pode resolver com recursos próprios e se  
642 preocupar com o que vai impactar na grande maioria da população. Propôs retirar a proposta de  
643 pauta e agendar urgentemente nova reunião da Câmara Técnica para fechar o elenco e resolver  
644 como vai ser a compra, se será mesmo centralizada e isso precisa ser o mais urgente possível  
645 para não ter risco de desabastecido no início do próximo ano. **Item 2.2. Solicitação de**  
646 **acréscimo ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade – MAC do Município**  
647 **de Itarema.** Dra Lilian relatou que o gestor do município de Itarema se articulou com o M.S no  
648 intuito de ampliar o seu Limite Financeiro da MAC, e que o mesmo havia respondido que para  
649 liberar esses recursos, precisaria de uma resolução da CIB. Diante das dificuldades financeiras  
650 que passam todos os municípios, ficou difícil para a área técnica da CORAC/SESA, emitir um  
651 parecer sabendo que existem mais de 100 municípios na mesma condição. Diante disso a  
652 CORAC deu o parecer afirmando que o Limite Financeiro da MAC anual dos municípios é de R\$  
653 1.629.696,00, e apresenta um desempenho no período de maio de 2017 a abril de 2018 de 63%  
654 na área hospitalar e de 108% na área ambulatorial, deduzido os recursos de incentivo da saúde  
655 mental. Nesse período apresentou um déficit na área ambulatorial de R\$ 63.488,48. Com relação  
656 ao que o município referencia para outros municípios está programado R\$ 498.480,22 para a  
657 assistência hospitalar e os atendimentos no período acima referido foi de R\$1.878.838,12,  
658 registrando um déficit anual na sua programação hospitalar de referência no valor de  
659 R\$1.380.357,90, na área ambulatorial o município alocou na PPI de referência para outros  
660 municípios o valor de R\$174.444,60 e constatou-se que os atendimentos de sua população  
661 realizados em outros municípios foi no valor de R\$323.408,74, totalizando um déficit global nas  
662 referências para outros municípios de R\$1.529.322,04. Quando se faz o somatório dos déficits  
663 da assistência hospitalar de referência, da assistência ambulatorial de referência e da assistência

664 ambulatorial local, totaliza R\$ 1.592.810,52. Pode se afirmar que o município de Itarema  
665 programou menos recursos na PPI de Referência para garantia de acesso dos seus pacientes aos  
666 serviços localizados em outros municípios (Acará, Fortaleza, Itapipoca e Sobral), ou seja, manda  
667 mais do que o programado. Dra Lilian finalizou dizendo que essa foi a análise feita pela Equipe  
668 da CORAC que emitiu parecer favorável ao acréscimo de recursos federais da MAC no valor de  
669 R\$ 1.592.810,52 para cobrir os déficits relacionados acima. Desse modo então só deverão ser  
670 incluídos no Limite MAC de Itarema o valor anual de R\$ 63.488,48 e para os municípios de  
671 Acará, Fortaleza, Itapipoca e Sobral o valor anual de R\$, para cobrir os déficit de programação.  
672 Em seguida o Josete fez a proposta de que os recursos federais negociados diretamente pelo  
673 gestor do município de Itarema com o MS no valor R\$ 1.529.322,04, seja destinado 40% desse  
674 valor para acréscimo da programação local e 60% para a programação de referência. E destacou  
675 que acha importante que essa proposta seja pactuada, porque serve de jurisprudência para outros  
676 gestores municipais. A CIB pactuou a Proposta apresentada pelo Josete. **Item 2.3. Proposta de**  
677 **aquisição de uma mesa ginecológica para pacientes portadores de deficiência, para o Posto**  
678 **de Saúde da Cirolândia, localizado no município de Barbalha, cadastrada no FNS sob o N°**  
679 **11740.887000/1180-02, no valor de R\$ 13.500,00.** A CIB/CE aprovou a Proposta apresentada  
680 pelo município de Barbalha, referente à aquisição de Equipamentos e Material Permanente, no  
681 valor total de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), que será financiada com recursos  
682 financeiros do Fundo Nacional de Saúde. **Item 2.4. Proposta de Credenciamento/Habilitação**  
683 **do Hospital Regional Unimed Fortaleza – HRU, localizado no município de Fortaleza, para**  
684 **realização do serviço de Transplante Renal, junto ao Sistema Nacional de Transplantes –**  
685 **SNT/MS.** A CIB/CE com base no parecer da Central de Transplantes da SESA aprovou o  
686 credenciamento/habilitação do Hospital Regional Unimed Fortaleza - HRU, com registro no  
687 CNPJ sob N° 05.868.278/0002-80 e CNES N° 3242587, localizado no município de  
688 Fortaleza/CE, para a realização do serviço de transplantes renal, junto ao Sistema Nacional de  
689 Transplantes – SNT/MS, somente para a rede privada. **Item 2.5. Solicitação de alteração na**  
690 **representação das Câmaras Técnicas de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria e da**  
691 **Atenção Básica.** A CIB/CE com base nas solicitação da Diretoria do COSEMS /CE alterou a  
692 composição da Câmara Técnica da Atenção Básica excluindo Raimundo Ribeiro Lopes Neto e  
693 da solitação da Secretária Executiva da SESA alterou a composição da Câmara Técnica de  
694 Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria incluindo Antônio Eusébio Teixeira Rocha. **Item 2.6.**  
695 **Formalização da Resolução N°. 127/2018 da CIB, datada de 18/10/2018, que homologa as**  
696 **Resoluções das Comissões Intergestores Regionais – CIR, referentes à programação das**  
697 **Cirurgias Eletivas de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, a serem realizadas**  
698 **pelos municípios, para execução no período de agosto a dezembro de 2018, no valor de R\$**  
699 **10.872.211,60 (dez milhões, oitocentos e setenta e dois mil, duzentos e onze reais e sessenta**  
700 **centavos).** A CIB /CE homologou as Resoluções das Comissões Intergestores Regionais - CIR,  
701 de acordo com o Parágrafo 1º da Resolução N°. 126/2018 da CIB, a seguir relacionadas: CIR  
702 Fortaleza N°. 14/2017, CIR Caucaia N°. 15/2018, CIR Maracanaú N° 25/2018, CIR Baturité N°.  
703 21/2018, CIR Canindé N°. 11/2018, CIR Itapipoca N°. 10/2018, CIR Aracati N°. 12/2018, CIR  
704 Quixadá N°. 026/2018, CIR Russas N°. 15/2018, CIR Limoeiro do Norte N°. 61/2018, CIR  
705 Sobral N°. 10/2018, CIR Acará N°. 27/2018, CIR Tianguá N°. 51, 52, e 53/2018, CIR Tauá N°.  
706 10/2018, CIR Crateús N°. 21/2018, CIR Camocim N°. 008/2018, CIR Icó N°. 05/2018, CIR  
707 Iguatú N°. 13/2018, CIR Brejo Santo N°. 15 e 16/2018, CIR Crato N°. 21/2018, CIR Juazeiro do  
708 Norte N°. 16/2018, e CIR Cascavel, N°. 12/2017, 009/2018 e 010/2018, que aprovam a  
709 programação das Cirurgias Eletivas de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, a ser  
710 realizada pelos municípios, em conformidade com as planilhas pactuadas nestas Comissões, com  
711 execução no período de agosto a dezembro de 2018, no valor total de R\$ 10.872.211,60 (dez  
712 milhões, oitocentos e setenta e dois mil, duzentos e onze reais e sessenta centavos). **Item 2.7.**  
713 **Formalização da Resolução N°. 128/2018 da CIB, datada de 25/10/2018, que aprova os**  
714 **Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade dos municípios do**

715 **Estado do Ceará, para vigência correspondente a 12ª parcela de 2018.** A plenária da CIB/CE  
716 acatou a Resolução CIB Nº 128/2018 que aprova a Revisão dos Limites Financeiros da  
717 Assistência de Média e Alta Complexidade dos municípios do Estado do Ceará, para vigência  
718 correspondente a 12ª parcela de 2018. **Item 2.8. Formalização da Resolução Nº. 129/2018 da**  
719 **CIB, datada de 26/10/2018, que aprova a Instituição do Grupo de Coordenação da**  
720 **Programação da Assistência da Média e Alta Complexidade no Estado do Ceará.** A plenária  
721 da CIB/CE acatou a Resolução CIB Nº. 129/2018 que institui o Grupo de Coordenação da  
722 Programação da Assistência da Média e Alta Complexidade no Estado do Ceará, composto pelos  
723 representantes da SESA: Moacir Tavares Martins Filho e Tereza Cristina Mota de Souza Alves  
724 (Coordenadoria das Regionais de Saúde – CORES), Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior e  
725 Luciene Alice da Silva(Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde – COPAS), Antônio  
726 Eusébio Teixeira Rocha, Joseana Lima dos Santos Nobres e Francisco Alexandre Monteiro  
727 Nogueira(Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria – CORAC); pelos  
728 representantes Municipais: Josete Malheiro Tavares e Letícia Reichel dos Santos  
729 (COSEMS/CE), Alessandra Pimentel de Sousa e Mozart Ney Rolim Teixeira Henderson (SMS  
730 de Fortaleza). Esse Grupo assumirá as responsabilidades no tocante à aprovação do Sistema  
731 Eletrônico de Programação, a elaboração do cronograma de continuidade da Programação, e  
732 Coordenação e Elaboração da Programação de Alta Complexidade. **Dra Lilian** disse que esse  
733 Grupo fará a coordenação e o acompanhamento do processo de elaboração da PGASS/PAMAC,  
734 para que até dia 1º de maio de 2019 esteja implantada e funcionando. E disse ainda que o Dr.  
735 Ivan ficará responsável pela elaboração da agenda e as convocações das reuniões de trabalho  
736 desse Grupo, a fim de que se cumpra o prazo que foi determinado pela Juíza Federal Dra Cíntia  
737 Brunetta. **Item 2.9. Solicitação de utilização de saldos remanescentes e dos rendimentos das**  
738 **aplicações financeiras referentes à proposta cadastrada no Fundo Nacional de Saúde – FNS**  
739 **para aquisição de equipamentos e materiais de uso permanente, de Emenda Parlamentar,**  
740 **do município de Quixelô, no Valor Total de R\$ 154.074,52.** A CIB/CE aprovou a utilização  
741 dos saldos remanescentes e rendimentos das aplicações financeiras referente à proposta  
742 cadastrada no Fundo Nacional de Saúde – FNS Nº. 11406.224000/1150-01, do município de  
743 Quixelô, para aquisição de equipamentos e materiais de uso permanente para o Hospital  
744 Municipal de Quixelô, de Emenda Parlamentar, o valor total de R\$ 154.074,52 (cento e  
745 cinquenta e quatro mil, setenta e quatro reais e cinquenta e dois centavos), conforme  
746 detalhamento: 04 Ar condicionados (R\$ 10.000,00), 05 Armários (R\$ 3.500,00), 05 Armários  
747 vitrine (R\$ 7.750,00), 05 Arquivos gaveta, fichário, 02 Bebedouros Elétrico (R\$ 1.520,00), 20  
748 Cadeiras (R\$ 1.800,00), 02 Cadeiras de rodas adulto (R\$ 2.200,00), 11 Camas hospitalar adulto  
749 (sem movimento fawler) (R\$ 19.800,00), 01 Centrífuga de roupas (capacidade até 20 Kg) (R\$  
750 20.074,52), 05 Computadores (desktop-básico) (R\$ 17.500,00), 05 Esfigmomanômetros de  
751 Pedestal (R\$ 2.750,00), 02 Geladeiras/Refrigeradores (R\$ 2.900,00), 03 Impressoras laser  
752 (comum)(R\$ 6.000,00), 05 Mesas de escritório(R\$1.800,00), 05 Mesas para computador (R\$  
753 2.500,00), 02 Televisores (R\$ 3.200,00), 02 Eletrocardiógrafos (R\$ 21.000,00), 02 Cadeiras para  
754 coleta de sangue (R\$ 1.140,00), e 06 Ventiladores de teto/parede (R\$1.800,00). **Item 2.10.**  
755 **Credenciamento/Habilitação na Estratégia Saúde da Família.** Com base no parecer do  
756 NUAP/COPAS a CIB/CE aprovou o credenciamento/habilitação na Estratégia Saúde da Família:  
757 Equipe de Saúde Bucal-ESB - 02 Mod. I para Alcântaras, 01 Mod. I para Caridade, 03 Mod. I  
758 para Chorozinho, 01 Mod. I para Ibaretama, 01 Mod. I para Varjota e 03 Mod. I para Várzea  
759 Alegre; Equipe Saúde da Família-ESF - 01 Mod. I para Camocim, 02 Mod. I para Morada Nova  
760 e 01 Mod. I para Varjota; Agente Comunitário de Saúde-ACS - 08 Banabuiú, 15 Barbalha, 04  
761 Marco e 30 Tianguá; NASF 1 - Granja 01 Equipe e Mucambo 01 Equipe; NASF – Mudança de  
762 modalidade Tipo 2 para 1 - Frecheirinha; e UOM – Marco 01 ESB. **EXTRA PAUTA- Item 2.11.**  
763 **Aprova a implantação do Centro Especializado em Reabilitação Tipo IV com instrutivo de**  
764 **reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual no município de Aracati-CE, na Rede de**  
765 **Cuidados à Pessoa com Deficiência.** **Dra Lilian** colocou que esse item não estava na pauta e

766 trata-se de uma demanda do município de Aracati de construção de um CER IV, cujo processo  
767 não veio para a CIB, mas logo que tiver parecer da área técnica da COPAS/SESA, será emitida  
768 resolução. **3. INFORMES. Informe 3.1.** Proposta cadastrada no FNS N° 11267.917000/1180-  
769 04, referente à aquisição de equipamentos e materiais de uso permanente para a Unidade Básica  
770 de Saúde Santo Antônio, do município de Caridade, no valor de R\$ 13.500,00, conforme  
771 exigência da Portaria N° 3.134 de 17 de dezembro de 2013. **Informe 3.2.** A Coordenadora da 13ª  
772 CRES – Tianguá, informa através da Ata da 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores  
773 Regional – CIR, datada de 30/08/2018, que o município de São Benedito retirou a proposta de  
774 implantação de uma Clínica de Nefrologia em seu município, sendo favorável à proposta de  
775 implantação no município de Tianguá. **Informe 3.3.** Ordens de Serviços e Atestados de  
776 Conclusão de Edificações encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, para conhecimento,  
777 conforme estabelecido na Portaria GM/MS N°. 1.401, de 15 de junho de 2011 e nas Portarias  
778 GM/MS N°. 339, 340 e 341 de 04 de março de 2013: Ordem de Serviço de construção de UBS:  
779 01 em Jaguaribe, 01 em Redenção e 01 em Várzea Alegre; Ordem de Serviço de construção de  
780 CAPS: 01 em Várzea Alegre; Atestado de Conclusão de Construção de UBS: 01 em Aiuaba, 01  
781 em Fortaleza, 01 em Itaitinga, 01 em Icapuí, 01 em Iguatu, 01 em Maracanaú, 01 em Mombaça,  
782 01 em São Gonçalo do Amarante; Atestado de Conclusão de Reforma de UBS: 01 em Cascavel e  
783 Atestado de Conclusão de Construção de Academia da Saúde: 01 em Aiuaba. Dra **Lilian**  
784 informou que foi aprovado na última reunião da CIT de 2018 os recursos do FAEC sem limite  
785 para TRS para o mês de dezembro. O que será feito com a diferença de janeiro a novembro/2018  
786 não se sabe, hoje existe um déficit bem menor em torno de 1 milhão e pouco. Informou ainda  
787 que o MS está revendo as portarias e ajustando os limites com base na produção daqui pra frente,  
788 mas o que ficou pra trás não tem garantia de pagamento. Josete informou que o NUTEP está  
789 voltando pacientes especiais residentes em municípios da região metropolitana que se  
790 encontravam em atendimento de longa data e pede que na próxima CIB ou na Câmara Técnica  
791 seja feita uma discussão sobre isso. Lilian encerrou a reunião agradecendo a participação de  
792 todos. Nada mais havendo a tratar, a plenária da Comissão Intergestores Bipartite deu por  
793 encerrada a **13ª reunião de 2018 do referido Colegiado**, cuja Ata foi lavrada por mim, Vera  
794 Coêlho e assinada em folha de frequência pelos membros titulares e suplentes que  
795 compareceram. Fortaleza **oito do mês de novembro** do ano de dois mil e dezoito.



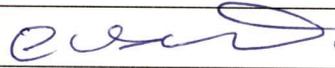
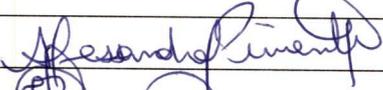
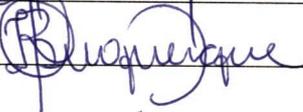
GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

13ª. REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Data: 08/11/2018

Horário: 16hs

Local: Remanso Hotel de Serra –  
Município de Guaramiranga

NOME	REPRESENTAÇÃO	ASSINATURA
Henrique Jorge Javi de Sousa		Presidente da CIB Secretário da Saúde do Estado
Marcos Antônio Gadelha Maia		Secretário Adjunto da Saúde do Estado
Lilian Alves Amorim Beltrão		Secretária Executiva da Saúde
Isabel Cristina Cavalcanti Carlos		Secretária Adjunta da Saúde do Estado
Francisco Ivan Rodrigues Mendes		Coordenador de Políticas e Atenção à Saúde
Luciene Alice da Silva		Supervisora do Núcleo de Atenção Especializada
Antônio Eusébio Teixeira Rocha		Coordenador de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.
Ana Paula Lopes Moreira		Supervisora da Central Integrada de Regulação - CIR
Daniele Rocha Queiroz Lemos		Coordenadora de Promoção da Saúde
Roberta de Paula Oliveira		Supervisora do Núcleo de Controle de Vetores - NUVET
Moacir Tavares Martins Filho		Coordenador da CORES
Silvia Maria Negreiros Bonfim Silva		Coordenadora da CGEPS
Salustiano Gomes de Pinho Pessoa		Superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará.
Vera Maria Câmara Coêlho		Assessora Técnica da Secretaria Executiva SESA/Secretária Executiva da CIB
Josete Malheiro Tavares		Presidente do COSEMS; Vice – Presidente da CIB/CE; Secretário de Saúde de Guaiúba
Sayonara Moura de Oliveira Cidade		Vice Presidente do COSEMS; Secretária da saúde de Aracati
Joana Angélica Paiva Maciel		Secretária da Saúde de Fortaleza
Alessandra Pimentel de Sousa		Coordenadora de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria/ SMS Fortaleza
Francimones Rolim de Albuquerque		Secretária da Saúde de Juazeiro do Norte
Gerardo Cristino Filho		Secretário da Saúde de Sobral
Liduína Fátima Freitas dos Santos		Secretária da Saúde de Acaraú
Fernando Wilson Fernandes		Secretário da Saúde de Camocim
Antônio Williams Vieira Vaz		Secretário da Saúde de Boa Viagem
Karla Geanny Saraiva Costa		Secretária da Saúde de Tabuleiro do Norte
Francisco José Cavalcante Lima Melo		Secretário da Saúde de Itapiúna
Sharliane Monteiro da Rocha		Secretária da Saúde de Pindoretama
Zuila Maria Maciel de Melo Peixoto		Secretária da Saúde de Orós
José Afrânio Pinho Pinheiro Júnior		Secretário da Saúde de Umirim



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

13ª. REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Data: 08/11/2018

Horário: 16hs

Local: Remanso Hotel de Serra -  
Município de Guaramiranga

Folha de Presença - SECRETÁRIOS / CONVIDADOS

NOME	REPRESENTAÇÃO	ASSINATURA
Ana Karoline B do Nascimento	SMS Guaiuba	Ana Karoline B do Nascimento
Elmilda Moura	SMS Pindoretama	Elmilda Moura
Heldivania O dos Santos	SMS Pindoretama	
Emerson de Oliveira Gomes	SMS. Itaihera	
Ana Virginia E. Mendonça	NEMS - SEINSF	
Ranuelete de Almeida	NEMS - SEINSF	
REGINALDO ARAUJO	SEC I CAPU	
Maria Ondina Moura	SMS Govern. Sampaio	uff.
Condita Sampaio de Lota Neto	SMS Açoque	
Lucas Martins Custódio	SMS Capistrano	Lucas Custódio
Pauli Martins de Oliveira	4º CRES/Baturité	
Nathalia Roberta dos S. Bezerra	4º CRES/Baturité	
Michellyn Hugo Vaz	SMS BOA VIAGEM	Michellyn
Leonee da Silva Lima	SMS - Maracanguepe.	Leonee
Antonio Pereira Lima	SMS. Guaramiranga	Antonio
Priscilla de Oliveira	PORANGA SECT.	
Luizene de Shuler J. Sales	General Sampaio	Sales.
LENISA HOLANDA BEZERRA	CAPISTRANO	
LAYSAM FONSECA TAVARES BEITO	PACAJUS	
Yara Maria Gerardo Martins	Senador Pompeu	
Darmem Amores B. Cavalcante	SESA	
Kaia Zulide Amorim	JAGUARIBE	
LEONILDO DOS SANTOS BARROS	ATATUBA	
Luiza Carla Martins de Sousa	Atatuba	
Maria Amélia de Sousa	Sec. Ovario	
Ana Claudia de Farias Peres	Horizonte	
Solange de Andrade Braga	SESA/CIB	Solange Braga
Rebecca Almeida de Araujo	CESEU	
J. L. I. I. I. I.	COREMS / Jogos de 1000000	J. L. I. I. I. I.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

13ª. REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB		
Data: 08/11/2018	Horário: 16hs	Local: Remanso Hotel de Serra - Município de Guaramiranga

Folha de Presença – SECRETÁRIOS / CONVIDADOS

NOME	REPRESENTAÇÃO	ASSINATURA
cláudia Ricarte	SMS - Baturité	
Maire Fátima Fereidolli	4º CRES / Sesc Baturité	
Samantha Araújo Oliveira Rodas	SMS - Limoeiro do Norte	
João Valdir Rodrigues	SMS - PALHANO	
RILSON, ANDRADE	SMS SOUTO	
Valéria Sousa	S.M.S. P. Caminho	
Fernanda Franca Cabral	COASFI/SESA	
Guadalupe Costa	COASFI/SESA	
M <sup>te</sup> Leide Chaves	CIB - Ce	
Danieli Andrade Costa	Jaguaripe	
ALEX DE CASTRO	MARCO	
Albano Fernando de Sousa	TURMUN	
F <sup>co</sup> Nelson Cavalcanti Filho	MARCO	
Vynq M <sup>te</sup> Cruz Leite	SEINF/SEMS/CE	
Maria da Paz A. Monteiro	SEMS/CE/SEINF	
Thayssa A. Melo Pires	39 CRTS / Maracanaú	
Thayssa Pires	SMS Fortaleza (Secretaria)	
Eladria Lorna de Sousa	SMS PALMÁCIA	
Luise Myrella Santos de Sousa	SMS Palmácia	
Jose de Arimateia Silva JR.	SMS Palmácia	
Caro Carmine Dias Barros	SMS Palmácia	
Luís Carlos do Nascimento	SMS - CASCAVEL-CE	
Pedro Alves dos Santos Junior	SMS - Ipaumirim	
Dayna M. Duarte Sales	SMS - Pacoti	
Thereska M. Faria	SMS - PACOTI	
Ana Geice Chaves Fontenele	SMS - Itapiúna	
Maria Glicia Romalho de Jesus	SMS - Engêbio	
Almeida Bruna	SMS - Guaiuba	
Carlos Romário Mateus	SMS - Guaiuba	