

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2012**

3 Aos três dias do mês de fevereiro de dois mil e doze, no Auditório Valdir Arcoverde, da
4 Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, em Fortaleza, realizou-se a segunda Reunião Ordinária
5 do ano de dois mil e doze da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único Saúde do Ceará,
6 com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, os Titulares: Raimundo José
7 Arruda Bastos, Secretário da Saúde, e Presidente da CIB/CE; Vera Maria Câmara Coelho,
8 Coordenadora da COPAS; Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora de Regulação, Controle,
9 Avaliação e Auditoria; José Policarpo de Araújo Barbosa, Coordenador das Coordenadorias
10 Regionais de Saúde e os **Suplentes**, Haroldo Jorge de Carvalho Pontes, Secretário Adjunto da
11 Saúde; Ana Virgínia de Castro da Justa, Supervisora do Núcleo de Atenção Primária; Alexandre
12 José Mont'alverne Silva, Supervisor do Núcleo de Urgência e Emergência, e Ana Paula Girão
13 Lessa, Ouvidora da SESA. **Representado os Municípios**, compareceram os Secretários
14 Municipais de Saúde, membros **Titulares**, Wilames Freire Ribeiro, de Morada Nova, Presidente
15 do COSEMS e Vice-Presidente da CIB/CE; Carlos Hilton Albuquerque Soares, de Sobral; Jaime
16 Ribeiro do Nascimento, de Horizonte e Valéria Maria Viana Barbosa, de Pindoretama, e os
17 **Suplentes**, Francisco Pedro da Silva Filho, da SMS de Cruz; Tereza Cristina Mota de Sousa
18 Alves, da SMS de Acopiara; João Paulo Furtado, da SMS de Mauriti; Alexandre Almino de
19 Alencar da SMS de Araripe e Maria do Carmo Xavier de Queiroz da SMS de Iracema. Presentes
20 outros Secretários Municipais de Saúde, técnicos responsáveis por Coordenadorias e Núcleos da
21 SESA, Orientadores de Células Regionais da SESA, outros profissionais das Secretarias
22 Municipais de Saúde e do COSEMS e demais pessoas interessadas, com registro em listas de
23 presença. A Assembléia foi aberta pela Coordenadora de Políticas de Saúde e Secretária
24 Executiva da CIB/CE, **Vera Coelho**, que cumprimentou os presentes e, verificando a existência
25 de quorum iniciou os trabalhos com a apresentação do **Item 1. Apresentação, discussão e**
26 **homologação dos Planos de Ação Regionais da Rede Cegonha**. Antes de iniciar a exposição
27 da proposta, **Vera** falou sobre o processo de elaboração dos 17 Planos de Ação Regionais da
28 Rede Cegonha. Agradeceu aos técnicos do NUESP pela participação na elaboração do trabalho
29 ora apresentado e disse que o objetivo maior da Rede Cegonha é possibilitar resultados que
30 garantam a redução da mortalidade materna e infantil mediante o pré-natal, assistência ao parto e
31 nascimento e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança até 2 anos e
32 acompanhamento da puérpera. Na sequência, passou a apresentar os slides, mostrando a
33 tendência decrescente da taxa de mortalidade infantil pós-neonatal desde 2009, e destacando que
34 61,3% dos óbitos infantis ocorreram por causas perinatais, e por isso a importância da
35 estruturação dessas Redes para garantir a resolutividade e mudar a realidade do Ceará em relação
36 a esses resultados. Destaca ainda as regiões que apresentaram resultados preocupantes sobre este
37 indicador, assim como em relação à taxa de mortalidade neonatal e à razão da mortalidade
38 materna no Ceará, afirmando que esse indicador é preocupante vez que em 2009, dos óbitos
39 maternos registrados no Ceará, 97,2 % foram classificados como evitáveis. Falou sobre o Plano
40 Estadual da Rede Cegonha, citando a legislação que constitui a base de orientação normativa
41 para a implantação da rede e enfatizando a importância de se analisar as condições de
42 operacionalização dessa estratégia. Explica que a base da organização da Rede são os Planos de
43 Ação Municipais e os Planos de Ação Regionais que subsidiaram a elaboração do Plano de Ação
44 Estadual. Explicou que após envio da homologação dessa proposta pela CIB/CE, ao Ministério
45 da Saúde, os municípios receberiam as informações da proposta e passariam a digitalizar o Plano
46 de Ação Municipal no Sistema. Mostra a estrutura necessária aos componentes organizativos da
47 rede, envolvendo os cuidados com o pré-natal e o parto de risco habitual, bem como o pré-natal e
48 parto de alto risco e diz que a estruturação da rede deve ocorrer no período de 2012 a 2014 e que
49 a perspectiva é de que esteja totalmente implantada no último ano. Diz que o número esperado
50 de gestantes para atendimento na rede é de 47.000, e que para esse dado foram consideradas as
51 informações sobre a população de nascidos vivos acrescida de 10% e também da população SUS
52 Dependente (dado da ANS) segundo a qual em dezembro de 2011 a população SUS Dependente

53 no Ceará era 87,2%. Prosseguiu mostrando a inserção dos municípios na rede, os serviços, as
54 responsabilidades, o total de capacidade de oferta e os parâmetros identificados pelo Ministério
55 da Saúde e afirmou que muitas vezes os municípios apresentam capacidade de oferta maior que
56 os parâmetros definidos pelo MS, o que pode gerar dificuldade na avaliação do Plano, e, portanto
57 necessitando de se proceder a algumas justificativas. Em seguida mostrou o quadro dos
58 investimentos propostos para a estruturação, no que se refere a obras, as quais estão vinculadas
59 ao tipo de serviço que o município irá prestar na rede. Informou que foi retirado o investimento
60 para ambiência solicitado por municípios que não se propõe a realizar na rede os partos de risco
61 habitual, como exemplo cita os municípios de Mulungu e Guaramiranga. Mostra o detalhamento
62 das unidades que vão integrar a rede, destacando na Rede de Fortaleza a inclusão do Hospital da
63 Mulher e do Hospital da Polícia Militar. Mostra o quadro com as unidades que vão se beneficiar
64 com a aquisição de equipamentos e obras e diz que o investimento total para a estruturação da
65 Rede é de R\$ 108.877.776,00 (cento e oito milhões quinhentos e setenta e sete mil e quarenta
66 reais). **Lilian** estranha a não inserção do Hospital Fernandes Távora na proposta de Fortaleza,
67 afirmando que o hospital tem todas as condições de estar na Rede, pois além da melhoria na
68 estrutura do atendimento materno infantil, implantou leitos de UTI neonatal com recursos
69 federais e que estes leitos estão sem funcionar. Acrescentou ainda que os hospitais César Cals e
70 HGF já estão superlotados, e sugere a revisão da proposta para a inclusão do Hospital Fernandes
71 Távora. **Haroldo** concorda com Lilian afirmando ter sido essa a posição da SESA, mas ressalta
72 que como a questão resultou de pactuação, diz que o Secretário Estadual deverá conversar sobre
73 o assunto com a Secretária de Saúde de Fortaleza. **Alex** lembra que o convenio com a UTI
74 Neonatal do Hospital Fernandes Távora foi autorizado pela Secretaria de Saúde de Fortaleza e,
75 portanto constituiu uma decisão institucional que precisa ser resgatada. Informa que há duas
76 unidades em Fortaleza, o Hospital N. Sra. das Graças e o Hospital Juvenal de Carvalho, que
77 continuam produzindo recém-nascidos deficientes, com sequelas muitas vezes neurológicas
78 decorrentes da falta de condições de atendimento na sala de parto. Informa também que no César
79 Cals há mulheres parindo em macas e até no chão por falta de leitos. Diz que essa situação não
80 pode continuar, e que embora a entrada do Hospital da Mulher venha melhorar a situação, é
81 importante e necessária a entrada do Hospital Fernandes Távora e que a CIB/CE pode decidir
82 sobre essa questão. **Haroldo** mantém a posição anterior sobre o encaminhamento da questão.
83 **Vera** informa que os hospitais citados pelo Alex não estão na composição da Rede Cegonha e diz
84 que devido à ausência da Secretária de Fortaleza, por motivo de saúde, e de sua suplente, que
85 está viajando, a CIB poderia decidir por adiar a pactuação dos Planos da Rede Cegonha ou fazer
86 a pactuação da situação posta por Fortaleza e colocar a proposta de inclusão do HFT na conversa
87 do Secretário Estadual com a Secretária de Fortaleza. Passou a palavra para a Adriana, técnica da
88 SMS de Fortaleza, integrante do grupo de elaboração da Rede Cegonha no Ceará. **Adriana**
89 informa que a questão não está fechada. Acha que após a conversa do Arruda com a Secretária de
90 Fortaleza é possível a inserção do Hospital Fernandes Távora na Rede, entendendo que, embora
91 não esteja havendo crise de UTI Neonatal, sabe que os Hospitais estaduais estão com taxa de
92 ocupação superior a 150%. Entretanto diz que não se deve atrasar o processo, mas homologar as
93 17 redes, pois a inclusão do Fernandes Távora poderá ser feita num segundo momento. **Wilames**
94 concorda com a homologação e propõe deixar Fortaleza decidir se inclui ou não o HFT.
95 **Olímpia**, de Aratuba não discorda da homologação, mas chama a atenção para as ausências da
96 Secretária de Fortaleza na CIB/CE e trás à responsabilidade desse Colegiado a decisão sobre essa
97 e outras questões que atingem o Sistema como um todo, considerando as más condições de
98 atendimento à população não só da capital, mas também do interior, enquanto um hospital que
99 recebeu recursos públicos e dispõe de condições de atendimento fica fora da Rede por
100 dificuldade na pactuação em Fortaleza. **Wilames** endossa as palavras da Olímpia quanto às
101 ausências da representação de Fortaleza nas discussões da CIB/CE e lembra que na última
102 reunião o Messias impôs a pactuação da Rede de Urgência da Região Metropolitana, ao
103 responsabilizar o COSEMS por um possível prejuízo que Fortaleza viesse sofrer caso não
104 houvesse a aprovação naquela reunião. Disse que ficara revoltado com essa forma de pressão e

105 que ainda iria falar com a Secretária e com o próprio Messias, pois o COSEMS tem a missão de
106 defender os interesses do menor município à Capital e dela não se afasta. **Vera** deu continuidade
107 à apresentação das 17 Redes, mostrando os componentes em cada unidade, com destaque para o
108 pré-natal e o parto de alto risco. Destaca a situação da capacidade de oferta e o parâmetro
109 definido pelo MS e afirma que será feito um refinamento da proposta em relação à situação de
110 UTI adulto existente na rede de urgência, para definir com clareza que unidade da rede cegonha
111 deve ou não implantar UTI. Mostrou todas as redes com as informações de cada uma delas, com
112 suas capacidades de oferta, investimentos, dificuldades e total de investimento proposto para a
113 rede como um todo que é de 108 milhões. Concluída a apresentação, **Wilames** parabenizou as
114 Coordenadorias Regionais e todos os técnicos que participaram desse trabalho e propõe ao
115 estado o financiamento de 20% do custeio dos leitos de gestante de alto risco. **Haroldo** diz que
116 o secretário Arruda afirmara que precisava conversar mais sobre o assunto, e sobre o montante e
117 não poderia dar uma resposta nessa reunião e sugere que seja feito o levantamento dos valores.
118 **Vera** diz que só pode levantar o custeio dos leitos novos se a proposta das 17 redes for aprovada
119 pois não pode correr o risco de fazer um trabalho enorme e ser necessário refazê-lo. Sem outras
120 manifestações, a **CIB/CE** homologou a proposta das 17 Redes Regionais da Rede Cegonha com
121 as seguintes pendências: a) definição da responsabilidade do financiamento dos 20% de custeio
122 dos leitos de gestante de alto risco; b) definição do hospital que vai ser referência da rede de
123 Camocim. **Wilames** diz que se o Estado não atender esse co-financiamento, deve ficar claro para
124 os municípios que estão pleiteando a implantação de leitos de alto custo, que a responsabilidade
125 com os 20% do custeio será deles próprios. **Item 2. Proposta de distribuição dos exames de**
126 **HIV/Aids em laboratórios que realizam contagem de linfócitos T CD 4+/CD8 e**
127 **quantificação de Carga Viral do HIV, conforme Portaria SAS nº 334, de 08 de junho de**
128 **2007.** **Telma** da COPROM apresentou a proposta de distribuição dos exames CD4+CD8 e Carga
129 Viral do HIV entre as unidades vinculadas à Rede de Laboratórios Centrais (LACEN) do Estado,
130 localizados em Fortaleza, Juazeiro do Norte, Sobral que recebem pacientes do Estado. Pede aos
131 municípios que apoiem os pacientes na ida ao laboratório para a realização desses exames que
132 tem um custo elevado e não podem ficar ociosos, e fossem para Juazeiro do Norte em vez de se
133 deslocarem para Fortaleza. A **CIB/CE** aprovou a distribuição dos exames de HIV no Ceará.
134 conforme segue: **A) Unidades vinculadas ao LACEN-CE** totalizam 1.410 exames de
135 CD4+CD8 e 1660 exames de Carga Viral, distribuídos nas seguinte unidades: ▪Hospital São
136 José de Doenças Infecciosas; ▪Hospital Geral de Fortaleza; Hospital Infantil Albert Sabin;
137 ▪Hospital das Clínicas; ▪Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana; ▪ Hospital NS da
138 Conceição; ▪Centro de Especialidades Médicas José de Alencar; ▪ Hospital Distrital Gonzaga
139 Mota José Walter; ▪NAMI, em Fortaleza; CRFLC, em Sobral; Hospital Municipal de Maracanaú;
140 SAE de Caucaia; SAE de Aracati; SAE de Quixadá; SAE de Russas; AMAI -NASF de Brejo
141 Santo; **B) Unidades vinculadas ao Laboratório de Saúde Pública de Fortaleza:** 250 Exames
142 de CD4+CD8 distribuídos para o Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana; Hospital Nossa
143 Senhora da Conceição; Centro de Especialidades Médicas José de Alencar; Hospital Distrital
144 Gonzaga Mota do José Walter; Núcleo de Atendimento Materno Infantil – NAMI da UNIFOR.
145 **C) LACEN - Juazeiro do Norte:** 100 Exames de CD4 +CD8 e 100 exames de Carga Viral, para o
146 Centro de Infectologia – Serviço Ambulatorial Especializado em Juazeiro do Norte. Na
147 sequência, Isabel Letícia do LACEN responde questionamento do COSEMS informando que
148 ficara definido que os exames de HIV em gestantes seriam realizados em 5 laboratórios do
149 Estado, atendendo os 184 municípios, mas o VDRL ficaria a cargo dos municípios. Disse que
150 não pode utilizar o FILACEN em sorologia de gestantes mas em casos suspeitos de AIDS.
151 **Wilames** diz que os municípios não têm onde fazer esses exames, e que está preocupado com a
152 situação e com o que pode acontecer, e pede uma discussão sobre o assunto. **Haroldo** propõe que
153 o assunto seja tratado na próxima reunião já que o mesmo não estava em pauta. Acatada a
154 sugestão, passou a palavra para o **Alex** para este apresentar o **Item 5. Apreciação do Plano de**
155 **Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará.** **Alex** iniciou a apresentação dos
156 slides dizendo que a estruturação da Rede de Urgência constitui um momento histórico

157 importante da organização do Sistema de Saúde simultaneamente à estruturação da Rede
158 Cegonha, com recursos financeiros adicionais. Afirma que a estruturação da Rede de Atenção às
159 Urgência depende da organização de um sistema capaz de salvar vidas, incluindo nesse aspecto,
160 tanto a prevenção de acidentes e outras violências, como a promoção da saúde e diz que, para
161 isso é importante reforçar a estrutura assistencial existente, a partir da implementação dos Polos
162 Microrregionais, que asseguram resolução no nível secundário nas áreas de Clínica médica,
163 Cirurgia geral, Gineco-obstetrícia, Pediatria com neonatologia e Traumatologia, que funcionarão
164 como Porta Hospitalar de Entrada; dos Polos Estaduais do Serviço de Atendimento Móvel de
165 Urgência – SAMU 192, que estão sendo implantados; as UPA, as Salas de Estabilização e os
166 Serviços de Atenção Domiciliar, que constituem os componentes da Rede de Atenção às
167 Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Fez uma
168 abordagem sobre as fases normativas do processo de estruturação da Rede, desde a adesão,
169 enfatizando a fase de elaboração do Plano de Ação Regional e sua pactuação nos Colegiados
170 Regionais, e destacando nesse processo, o envolvimento e empenho das Coordenadorias
171 Regionais e suas Comissões Intergestores, citando ainda a participação da CORAC através da
172 Coordenadora, Lilian Beltrão e dos técnicos do NUAEM que não mediram esforços na
173 elaboração e formatação da proposta discutida e aprovada nas Comissões Intergestores
174 Regionais, que passa a expor: **I - Componente Hospitalar - Porta de Entrada – A) 1ª**
175 **Proposição:** Indicados pelo Ministério da Saúde como Porta de Entrada por atenderem os
176 critérios da Portaria: 1. Instituto Dr. José Frota, 2. Hospital Geral de Fortaleza, 3. Hospital
177 Infantil Albert Sabin, 4. Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes em Fortaleza, 5. Hospital
178 Maternidade São Vicente de Paulo, de Barbalha, 6. Hospital e Maternidade Santo Antônio, de
179 Barbalha, 7. Hospital São Raimundo, do Crato, 8. Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 9.
180 Hospital São Vicente de Paula, de Itapipoca, 10. Hospital de Referência São Lucas, de Crateús e
181 11. Hospital e Maternidade São Lucas, de Juazeiro do Norte. **A CIB/CE acatou a proposição do**
182 **MS que contempla os 11 hospitais acima citados, como Porta de Entrada. B) 2ª Proposição:**
183 Acrescidos mais 9 (nove) hospitais de uma lista de 11(onze), apresentada pelo grupo da SESA
184 em reunião com técnicos do MS, que propuseram a escolha de apenas um hospital de Fortaleza,
185 dentre os três (1. Hospital Infantil Luiz de França da SOPAI, 2. Hospital Distrital. N. Sra. da
186 Conceição; 3. Hospital Distrital Edmilson B. de Oliveira); 4. Hospital Municipal Abelardo
187 Gadelha em Caucaia; 5. Hospital Municipal João Elísio de Holanda, em Maracanaú, 6. Hospital
188 e Maternidade Regional São Francisco, de Canindé. 7. Hospital e Maternidade Jesus Maria José,
189 de Quixadá; 8. Hospital e Casa de Saúde de Russas; 9. Hospital Regional do Iguatu; 10. Hospital
190 Geral do Brejo Santo e 11. Hospital e Maternidade São Francisco de Assis, no Crato. Após
191 discussão e apresentação das razões que justificam a participação dos 3 hospitais de Fortaleza na
192 Rede de Atenção às Urgências, e considerando que a escolha de apenas 1 hospital dentre os três
193 de Fortaleza não era uma proposta oficial do MS, a plenária da Bipartite decidiu incluir, além dos
194 8 hospitais já aprovados pelos técnicos do Ministério, os três do município de Fortaleza. **Assim,**
195 **a CIB/CE, aprovou a inclusão dos 11 municípios relacionados na 2ª proposição, com as**
196 **justificativas inerentes a situação de cada unidade e mostrando sua importância no**
197 **funcionamento da Rede de Atenção às Urgências. C) 3ª Proposição:** As Comissões
198 Intergestores Regionais aprovaram a inclusão de todos os Hospitais Polos do Estado do Ceará,
199 sem levar em conta os requisitos exigidos pelo MS. Entretanto, após discussão e enquadramento
200 de cada hospital nos critérios (número de leitos e percentual de referência), que os identificasse
201 como estabelecimento de atendimento regional, e ainda considerando a importância da unidade
202 no sistema de urgência do Estado e na estratégia do atendimento no período da Copa do Mundo
203 de 2014, a CIB/CE **decidiu incluir, como Porta de Entrada, com justificativas, os seguintes**
204 **hospitais Polo:** 1. Hospital José Pinto do Carmo, de Baturité; 2. Hospital Santa Isabel, de
205 Aracoiaba; 3. Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias, de Aracati; 4. Hospital Eudásio Barroso, de
206 Quixadá; 5. Hospital Regional Dr. Pontes Neto, de Quixeramobim; 6. Santa Casa de Morada
207 Nova; 7. Hospital Municipal Deoclécio Lima Verde, em Limoeiro do Norte; 8. Hospital do
208 Coração, de Sobral; 9. Hospital Madalena Nunes, de Tianguá; 10. Hospital e Maternidade Dr.

209 Alberto Feitosa Lima, de Tauá; **11.** Hospital Murilo Aguiar, de Camocim; **12.** Hospital Regional
210 Deputado Oriel Guimarães Nunes, de Icó; **13.** Hospital Infantil Menino Jesus, de Brejo Santo;
211 **14.** Hospital. Distrital Maria José Barros de Oliveira, de Parangaba, e **15.** Hospital Distrital
212 Evandro Aires de Moura de Antônio Bezerra. Quanto ao Hospital Regional do Cariri que
213 constava nesse rol de aprovação, concluiu-se que o mesmo não seria incluído para fins de
214 financiamento porque já havia sido contemplado com recursos estabelecidos pela Portaria
215 GM/MS nº 2.828/2011 de 29 de novembro de 2011, alocados no teto financeiro do Estado. **II)**
216 **Componente Sala de Estabilização (SE) – Alex** informa que pelo critério populacional o Ceará
217 teria direito a 40 Salas de Estabilização, mas o pleito apresentado fora de 128 propostas todas
218 aprovadas pelos Colegiados Regionais, e diz que destas apenas duas não atendem os critérios das
219 Portarias do MS. Afirma que foi mencionada, na reunião com os técnicos do MS, a possibilidade
220 de ser aprovada uma SE para todos os HPP que não estejam em área de UPA, totalizando 60 SE,
221 porém entende que esse critério excluiria os municípios com população entre 30mil a 50 mil
222 habitantes e outros abaixo de 30 mil que não aderiram à Política de HPP. Assim, trabalhando na
223 possibilidade do MS não aprovar as 128 propostas, a plenária passou a discutir critérios de
224 seleção de modo a garantir um processo justo de inclusão. **Alex** propôs ranquear as propostas
225 classificando-as por ordem de prioridade ou atribuição de pontos baseados em um conjunto de
226 critérios que seriam estabelecidos por um grupo de trabalho a ser instituído. **Haroldo** colocou a
227 decisão para o COSEMS já que se tratava de uma questão própria dos municípios. **Wilames**
228 acatou a proposta do Alex e assim, a **Plenária da Bipartite acordou que as propostas de SE**
229 **seriam ranqueadas através da classificação de prioridades definidas por critérios,**
230 **encaminhadas para a aprovação do Ministério da Saúde.** Não houve consenso quanto à
231 implantação de SE no município de Morada Nova por fugir dos critérios, principalmente em
232 razão do município ter sido contemplado com uma UPA. Em meio à discussão o gestor de
233 Morada Nova desistiu do pleito em questão, sendo a referida proposta retirada do elenco das SE
234 do Ceará. **III – Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA)** – A discussão sobre as
235 UPA se concentrou nas situações conflito que não foram discutidas e apreciadas nos Colegiados
236 Intergestores Regionais. Inicialmente, **Alex** informou que o Ceará tem 48 UPA programadas,
237 tendo recursos assegurados, as 3(três) aprovadas em 2008, as 21 das 32 aprovadas na CIB/CE
238 nos anos de 2009 e 2010, as 3 aprovadas pelo PAC II de 2011 e as 16 colocadas pelo PAC II de
239 2012. A gestora de Guaramiranga, Lady Diana questionou a forma como as UPA foram
240 distribuídas e perguntou que critérios são utilizados na seleção. **Alex** informou que a proposta
241 das 16 (dezesesseis) últimas foi decidida pela Casa Civil da Presidência da República, que sem
242 considerar os Planos Regionais, teria oferecido UPA para 14 (quatorze) municípios, alguns dos
243 quais não quiseram aderir, mas outros foram favoráveis à proposta do governo. São estes os
244 municípios que aceitaram: Acaraú, Acopiara, Camocim, Crato, Granja, Icó, Maracanaú,
245 Pacatuba, Tianguá, Trairi, Morada Nova, Boa Viagem, Limoeiro do Norte, com uma UPA cada, e
246 Fortaleza com 3(três) dessas Unidades. Informou ainda que a cobertura ao PSF é uma exigência,
247 sendo 70% para UPA e 50% para Sala de Estabilização, e afirmou que os municípios que não
248 atingiram esses índices de cobertura, mesmo contemplados pela Casa Civil podem ter os pleitos
249 indeferidos pelo Ministério da Saúde. Em seguida passou a apresentar cada situação de conflito
250 com vista a se chegar a uma decisão em relação às UPA. Iniciou por **Fortaleza** que pelo critério
251 populacional pode ter até 8 UPA tipo 3, e está sendo contemplado com mais 3 novas, das quais,
252 uma seria destinada ao bairro de Vila Velha, na SER I, porém não fora pactuada pelo Colegiado,
253 e por isso a SER I seria a única Regional da Capital que ficaria sem UPA. Em vista disso, foi
254 sugerido na CIR que o Secretário Estadual conversasse com a Secretária de Fortaleza sobre a
255 adesão, já que se trata de uma questão da esfera municipal. **Baturité** já está em consórcio de
256 UPA com Aracoíaba, portanto não se enquadra nos critérios. Tem uma UMPA (Unidade
257 Municipal de Pronto Atendimento), para a qual solicita co-financiamento do Estado, mas
258 segundo informações da SESA não há orçamento para custeio desse serviço ambulatorial. Sobre
259 **Itapajé** disse que o município não atende o critério populacional, já que tem menos de 50.000
260 habitantes e todos os municípios vizinhos pleiteiam SE, mas pela posição geográfica precisaria

261 de uma UPA ou de uma SE em função dos acidentes que sempre ocorrem nas proximidades. Para
262 **São Gonçalo do Amarante** foi habilitada uma UPA tipo II em consórcio com Paracuru e
263 Paraipaba em 2009. O governo decidiu deslocar a UPA para o Porto do Pecém, mas os
264 municípios envolvidos não aceitaram. **São Gonçalo** pleiteia transformar a UPA tipo II em tipo I e
265 concorrer a uma outra tipo I para o consórcio. **Alex** diz que o MS não se posicionou sobre essa
266 solicitação, mas há posição favorável da CIR. Outra situação de conflito seria a de **Quixadá e**
267 **Quixeramobim**. Este último teve uma UPA I habilitada pelo MS em 2010, mas em 2011 a
268 CIB/CE decide pela mudança da localização da Unidade para Quixadá em virtude da construção
269 do Hospital Regional em Quixeramobim. Diz que a transferência de localização foi solicitada ao
270 MS que precisa autorizar a mudança de destinação dos recursos de Quixeramobim para Quixadá.
271 **Alex** afirma que a proposta aprovada no Colegiado Regional é de que Quixeramobim seja
272 contemplado com uma UPA, vez que ambos atendem os critérios definidos nas Portarias. O
273 consórcio **Horizonte e Pacajus** também apresenta problema, pois Pacajus pretende se manter no
274 consórcio com Horizonte mas quer que a UPA 2 homologada para Horizonte seja alterada para
275 UPA tipo 1 para que Pacajus possa implantar uma UPA no seu território também do tipo 1. A
276 **CIR** concorda, pois os dois municípios tem mais de 50.000 habitantes, cada. **Jijoca de**
277 **Jericoacoara** constava em proposta de consórcio com Cruz e Bela Cruz, em 2010. Estes últimos
278 não aceitaram o consórcio por ser contra-fluxo de pacientes. O Colegiado entende ser importante
279 manter uma UPA em Jericoacoara em virtude da existência naquele município, de população
280 flutuante de aproximadamente 50.000 pessoas/mês. **Ubajara** está renunciando ao consórcio com
281 São Benedito e se consorciando com Tianguá. **Ipu**, contava com o conjunto de municípios que
282 somados atenderiam o critério populacional, mas os municípios não quiseram aderir e o
283 município sozinho não teria população suficiente. **Iguatu**: o município tem uma UPA habilitada
284 em 2010 por isso não tem população suficiente para mais uma unidade, mas poderá atingir os
285 100.000 habitantes em 2014. **Mombaça** não é elegível nem há outro município para se
286 consorciar. **Mauriti e Milagres** tem proposta de consórcio com sede em Mauriti. Há um
287 problema em relação à localização da UPA, vez que o Estado estabeleceu a sede em Mauriti,
288 mas há pressão política para Milagres sediar a Unidade, e não houve decisão da CIR para definir
289 a localização. **Wilames** critica a forma como o Governo Federal definiu as 16 UPAS e diz que o
290 COSEMS não abre mão da possibilidade de aprovar UPA para os municípios, cuja proposta
291 ainda está em aberto. **Alex** disse que todos os Colegiados encaminharam os Planos de Ação
292 Regional, mas que algumas contrariam à normatização, como a do Ipu, e outros, cujo pleito não
293 tem ainda posicionamento do MS que é o caso de São Gonçalo do Amarante e do consórcio
294 Horizonte em que Pacajus, já relatados, além da situação de Mauriti e Milagres que o Colegiado
295 não tem condição de decidir. Ao final da discussão, a **Comissão Intergestores Bipartite do**
296 **Ceará – CIB/CE** acordou as seguintes decisões quanto à implantação de UPA: **Situação A:**
297 Aprovadas as 16 UPA selecionadas pela Casa Civil para os municípios de: **Acaraú, Acopiara,**
298 **Camocim, Crato, Granja, Icó, Maracanaú, Pacatuba, Tianguá, Trairi, Morada Nova, Boa**
299 **Viagem e Limoeiro do Norte**, com uma UPA cada município, e **Fortaleza** com 3 (três)
300 Unidades; **Situação B:** Pleitos aprovados para municípios que atendem os critérios e/ou que
301 apresentam requisitos importantes que justificam a implantação de UPA: **Jijoca de**
302 **Jericoacoara: uma UPA tipo 1** - em virtude do município registrar população flutuante de
303 50.000 pessoas ao mês; **Quixadá: uma UPA tipo 1**, por atender os critérios; está aguardando a
304 autorização do MS para mudança do recurso. **Quixeramobim: uma UPA tipo 1** - atende os
305 critérios, já tinha uma UPA habilitada cuja localização foi alterada para Quixadá; **Iguatu: uma**
306 **UPA tipo 1** - aprovação condicionada ao critério populacional que deverá ser atendido até 2014 ;
307 **Consórcio Horizonte – Pacajus: alteração da UPA tipo 2 para tipo 1** - dependendo de
308 decisão do MS; **Pacajus:** teria aprovada uma **UPA tipo 1 para 2014** já que o município tem
309 mais de 50.000 habitantes (com alteração da UPA de Horizonte). **São Gonçalo do Amarante:** -
310 implantação da uma UPA tipo 1 na sede de **São Gonçalo do Amarante** com abrangência para
311 Paracuru e Paraipaba, dependendo da **alteração UPA tipo 2, já habilitada, para UPA tipo 1).**
312 **Situação C:** A CIB/CE não teve condição de decidir sobre a localização da UPA do consórcio

313 Mauriti - Milagres devido à situação política. Para **Itapajé** ficou decidido que seria aprovada
314 para 2014 quando o município deverá atingir o número de 50.000 habitantes. **Situação D:** Não
315 aprovadas as propostas dos municípios de **Jaguaribe** em consórcio com **Pereiro e de Baturité,**
316 **Ipu,** e **Mombaça,** que não se enquadram nos critérios nem apresentam situação que justifique a
317 implantação de UPA. **Alex** diz que vai analisar a situação de **Jucás** que pode ser um ponto de
318 apoio à rede devido a grande área de abrangência do município, e que as sugestões
319 encaminhadas serão analisadas. **Sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU**
320 **192** disse que não colocou esse componente em pauta porque os Polos Estaduais do SAMU já
321 foram aprovados pela CIB/CE e pelo MS, não demandando discussão política nesse momento,
322 mas apenas a resolução de algumas questões técnicas. **Quanto ao Serviço de Atenção**
323 **Domiciliar – SAD,** informou que não há conflitos na inclusão de Serviços de Atenção
324 Domiciliar e que cada projeto proposto será avaliado e colocado para aprovação da Comissão
325 Intergestores Bipartite. Findas as discussões e deliberações desse ponto, a reunião prosseguiu
326 com a colocação, dos demais itens de pauta pela Secretária Executiva, conforme segue: **Item 3.**
327 **Construção de Unidades Básicas de Saúde: a) Crateús solicita alteração de endereço da**
328 **UBSF referente à proposta nº 07982.036000/1090-01 cadastrada no FNS.** Vera colocou o
329 pedido do gestor de Crateús referente à mudança de endereço de construção de uma UBSF,
330 financiada com recursos federais, considerando que a Portaria GM/MS nº 2026/2009 permite a
331 referida alteração desde que a obra não tenha sido iniciada, nem o município tenha recebido a 2ª
332 parcela, e que a CIB acate o pleito. Estando de acordo com a legislação, a CIB/CE acatou o
333 pleito em questão do município de Crateús, que muda o endereço da UBSF para a Rua Gustavo
334 Barroso, s/n, Lote III – Bairro Maratoan na Sede do município. **b) Ratificação de Ordem de**
335 **Serviço do município de Lavras da Mangabeira e Atestado de Conclusão de Edificação de**
336 **Acaraú.** O Colegiado Bipartite ratificou a Ordem de Serviço de Lavras da Mangabeira para
337 recebimento da 2ª parcela e o Atestado de Conclusão de Edificação de Acaraú, para recebimento
338 da 3ª parcela da construção de UBSF. **Item 4. Solicitação de credenciamentos na Estratégia**
339 **Saúde da Família.** Após apresentação dos pleitos a CIB/CE aprovou os seguintes
340 credenciamentos na Estratégia Saúde da Família: **a) Agentes Comunitários de Saúde:** 02 (dois)
341 para Madalena; 3 (três) para Boa Viagem; 02 (dois) para Marco; 51 (cinquenta e um) para
342 Horizonte; 02 (dois) para Nova Olinda; 1(um) para Bela Cruz e 06 (seis) para Itapiúna.
343 **b) Equipe de Saúde da Família:** 07 (sete) na modalidade II para Mauriti e 1 (uma) na
344 modalidade II para Pacatuba; **c) Equipe de Saúde Bucal:** 4 (quatro) na modalidade I para
345 Mauriti e Mudança de Modalidade de I para II de 2 (duas) ESB de Paraipaba. **d) Núcleo de**
346 **Apoio à Saúde da Família:** Um NASF tipo 1 para Ipuéiras e um NASF tipo 2 para Paraipaba.
347 **Item 6. Pré-Propostas de Ampliação de UBSF-** Vera informou que no Anexo da Resolução da
348 CIB/CE que aprovou as propostas de ampliação de UBSF iria consta a relação dos municípios
349 que enviaram pré-propostas ao MS, mas não as encaminharam à CIB. Pede que os municípios os
350 envie com a maior brevidade, pois iria comunicar ao DAB para não liberar o recurso dos
351 faltosos, de forma a não colocar a direção da CIB em situação difícil perante as auditorias. Cita
352 os municípios: A plenária da CIB/CE aprovou as propostas de ampliação de UBSF e a medida a
353 ser adotada para os faltosos. Vera informa ainda que o município de Aurora perdeu as propostas
354 de ampliação por não as ter priorizado junto ao Departamento de Atenção Básica. Nada mais
355 havendo a Bipartite encerrou a Assembléia, tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a presente Ata que
356 vai assinada em folha de presença pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite que
357 compareceram. Fortaleza, três de fevereiro de dois mil e doze.