

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**  
2 **ATA DA 5ª REUNIÃO DO ANO 2016**

3 Aos vinte e cinco dias do mês de abril do ano de dois mil e dezesseis, no Auditório Valdir  
4 Arcoverde, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, em Fortaleza, realizou-se a quinta  
5 Reunião Ordinária do ano de dois mil e dezesseis da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema  
6 Único Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representado o Componente  
7 Estadual: Henrique Jorge Javi de Sousa, Secretário da Saúde do Estado e Presidente da CIB/CE;  
8 Lilian Alves Amorim Beltrão, Secretária Executiva da Saúde; Francisco Ivan Rodrigues Mendes  
9 Junior, Coordenador de Políticas e Atenção à Saúde; Alexandre José Mont'Alverne Silva,  
10 Coordenador de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Márcio Henrique Garcia,  
11 Coordenador de Promoção da Saúde; Nágela Maria dos Reis Norões, Técnica da CORES; Vera  
12 Maria Câmara Coelho, Assessora Técnica da Secretaria Executiva, Secretária Executiva da CIB;  
13 Representando o Componente Municipal: Josete Malheiro Tavares, Presidente do COSEMS,  
14 Vice Presidente da CIB/CE e Secretário Municipal de Saúde de Horizonte; Wilames Freire  
15 Bezerra, Vice Presidente do COSEMS e Secretário Municipal de Saúde de Aquiraz; Arnaldo  
16 Ribeiro Costa Lima, Assessor Técnico da Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e  
17 Auditoria das Ações e Serviços de Saúde – SMS Fortaleza; Mônica Souza Lima, Secretária da  
18 Saúde de Sobral; Tereza Cristina Mota de Souza Alves, Secretário da Saúde de Morada Nova;  
19 Margarida Marleuda Gonçalves, Secretária da Saúde de Acopiara; e Lúcia Cavalcante  
20 Gonçalves, Secretária da Saúde de Solonopole. Presentes, outros Secretários Municipais de  
21 Saúde, técnicos responsáveis por Coordenadorias e Núcleos da SESA, Coordenadores Regionais  
22 da SESA, profissionais das Secretarias Municipais de Saúde e do COSEMS e demais pessoas  
23 interessadas, com registro em listas de presença de convidados. Antes de entrar nos itens de  
24 pauta e aguardando a chegada do Secretário de Estado, a Secretária Executiva Vera Coêlho,  
25 cumprimentou a todos e passou a palavra para o **Dr. Josete**, presidente do COSEMS, para os  
26 informes de interesse da plenária, que iniciou com a leitura do Ofício Nº. 110/2016 do Prefeito  
27 de Várzea Alegre, Sr. Francisco Vanderlei de Sousa Freire, datado de 22 de abril de 2016, que foi  
28 protocolado ao Gabinete do Secretário Estadual da Saúde, relatando os conflitos institucionais  
29 advindos da Coordenadoria Regional de Saúde- CRES do Crato para com o Município de Várzea  
30 Alegre. Relatou que, após várias tentativas para cessar os ataques sofridos ao município  
31 perpetrados pela Coordenadora Regional, que por seguidas vezes tem se utilizado de meios  
32 escusos para atacar a gestão municipal, quebrando assim a possibilidade de qualquer  
33 reaproximação pelas vias diplomáticas. E diante das tentativas infrutíferas de solução para esse  
34 desgaste, comunicou que a partir desta data o município rompe em caráter formal com qualquer  
35 tipo de relação institucional com a CRES do Crato, por não se sentir mais acolhido pela  
36 representação do Estado naquele espaço de pactuação. E que a mesma não respeita a autonomia  
37 do município e não prima pela gestão solidária do SUS. Solicitou a desautorização imediata de  
38 qualquer utilização de dados ou outro tipo de informação sobre o município emanado pela atual  
39 Coordenadora Regional, por não traduzir o que pensa, nem muito menos a forma de agir. O  
40 gestor municipal se diz consciente de que se trata de uma medida extrema, mas necessária,  
41 contudo, primará sempre pelo bom e duradouro relacionamento e boa acolhida exercida pelo  
42 Gabinete do Secretário Estadual da Saúde. Em seguida **Vera** apresentou os informes da pauta:  
43 **Informe 2.1. Declarações de Incentivo ao PACS e PSF pendentes na CIB por falta de**  
44 **assinatura dos Secretários de Saúde:** Arneiroz, Pedra Branca, São Gonçalo do Amarante,  
45 Várzea Alegre. **Informe 2.2. Divulgação do TAS (Termo de Ajuste Sanitário) Nº. 386 para**  
46 **conhecimento e acompanhamento de sua celebração pela CIB-CE, conforme estabelecido**  
47 **no Art. 9º da Portaria GM/MS Nº. 2.046/2009, alterado pelo Art.1º. da 768/2011:** Foi  
48 firmado um TAS entre o Ministério da Saúde e o Município de Jardim/CE, no valor de R\$  
49 402.844,52, a ser pago com recursos próprios ou do Tesouro Municipal. Esse TAS é referente ao  
50 Processo 25000.124194/2015-53, publicado no Diário Oficial da União, Seção 3, Nº. 60,  
51 30/03/2016, página 134, com vigência de até 17 (dezessete) meses contados da data de sua  
52 publicação. O mesmo foi firmado com a finalidade de corrigir as impropriedades registradas no

53 Relatório de Demandas Externas nº 00206.001407/2011-17-CGU, decorrentes do  
54 descumprimento de obrigações previstas em normativos do Ministério da Saúde relativas à  
55 gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. **Informe 2.3. Ordens de Serviços e Atestados de**  
56 **Conclusão de Edificações encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, para**  
57 **conhecimento, conforme estabelecido na Portaria GM/MS Nº. 1.401, de 15 de junho de**  
58 **2011 e nas Portarias GM/MS Nº. 339 340 e 341 de 04 de março de 2013:** - Atestado de  
59 Conclusão de Construção de UBSF: 01 em Camocim, 01 em Pacajus e 01 em Tururu; - Atestado  
60 de Conclusão de Ampliação de UBSF: 01 em Pacatuba e 01 em Pacajus; - Atestado de  
61 Conclusão de Reforma de UBS: 01 em Cedro; - Mudança de Endereço da Construção da  
62 Unidade Básica de Saúde, contrato de número 2004.06.16.03 do município de Juazeiro do  
63 Norte/CE, com endereço na Rua João Dias de Oliveira, s/n – Bairro Aeroporto – Sede, para Rua  
64 Luiz Silva Soares - Bairro São José – Sede e mudança de empresa responsável pela construção  
65 da obra. Em seguida, a técnica do CESAU, Thays Mariana de Oliveira Lavor, apresentou o  
66 **Informe 2.4 Abertura das Inscrições para o Curso de Comunicação e Informação de Redes**  
67 **Sociais para Conselheiros Municipais de Saúde, que será promovido pelo CESAU.** Vera  
68 informou ainda que a representação dos Municípios nesta Comissão se encontra completa e a do  
69 Estado está faltando um membro, que deverá ser indicado pelo Secretário de Estado para  
70 completar a representação do governo estadual e relaciona os Membros Titulares do Estado:  
71 Henrique Jorge Javi de Sousa, Presidente da CIB e Secretário da Saúde do Estado; Lilian Alves  
72 Amorim Beltrão, Secretária Executiva da Saúde; Francisco Ivan Rodrigues Mendes Junior,  
73 Coordenador de Políticas e Atenção à Saúde; Alexandre José Mont’Alverne Silva, Coordenador  
74 de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Márcio Henrique Garcia, Coordenador de  
75 Promoção da Saúde; José Policarpo de Araújo Barbosa, Coordenador da Coordenadoria das  
76 Regionais de Saúde; Salustiano Gomes de Pinho Pessoa, Superintendente da Escola de Saúde  
77 Pública do Ceará. E os membros Suplentes: Marcos Antônio Gadelha Maia, Secretário Adjunto  
78 da Saúde do Estado; Pedro Leão de Queiroz Neto, Superintendente de Apoio à Gestão da Rede  
79 de Unidades da Saúde; Mariluce Dantas Soares, Supervisora do Núcleo de Atenção Primária;  
80 Roberta de Paula Oliveira, Supervisora do Núcleo de Controle de Vetores; Nágela Maria dos  
81 Reis Norões, Técnica da CORES e Vera Maria Câmara Coelho, Assessora Técnica da Secretaria  
82 Executiva e Secretária Executiva da CIB. Vera prossegue informando que a Proposta de Revisão  
83 do Limite Financeiro da MAC do Ceará que foi apresentada na reunião anterior da CIB, tinha  
84 ficado acordado que se os problemas apontados pelos membros fossem solucionados, poderia ser  
85 emitida a resolução formalizando a aprovação. Os problemas levantados por algumas secretárias  
86 municipais e assessores foram: (1) os ajustes propostos na programação de referência não eram  
87 de conhecimento dos mesmos; e (2) os valores registrados no Quadro IV não estavam  
88 compatíveis com os valores pré-fixados do PCEP firmado entre os gestores da SMS de Fortaleza  
89 e da SESA. Esses dois problemas foram solucionados dado que o Supervisor do  
90 NUICS/CORAC, Dr. Alexandre Nogueira apresentou as planilhas de alteração de programação  
91 de referência todas com autorização dos gestores municipais e que no Quadro IV do Limite  
92 Financeiro da MAC foram lançados os valores pré-fixados, totalizando R\$ 157.321.038,78.  
93 Solucionados estes problemas foi emitida a Resolução Nº. 38/2016 da CIB/CE, datada de 18 de  
94 abril de 2016, e entregue pelo Governador do Estado ao Ministro da Saúde. **Aparecida**  
95 **Cavalcante**, Assessora da SMS de Fortaleza, pediu que a CIB revisasse o fluxo atual de revisão  
96 da PPI de Referência para evitar os problemas que hoje estão ocorrendo, como por exemplo: do  
97 gestor do município que oferta só tomar conhecimento das alterações depois de divulgada  
98 resolução da CIR. **Josete** indagou aos técnicos do NUAEM/COPAS sobre o andamento do  
99 processo de qualificação e requalificação das UPAs no Estado, pois a agenda de visita dos  
100 técnicos do MS para avaliação não foi cumprida, e manifestou preocupação sobre a manutenção  
101 dos recursos. **Eva Baia**, Técnica do NUAEM/COPAS respondeu dizendo que o município  
102 deverá aguardar a visita da Equipe do MS e de que o mesmo não sofrerá perda de recursos  
103 federais já alocados, por conta da demora da avaliação do serviço pelo MS. **Josete** informou  
104 ainda sobre o XXII Congresso do CONASEMS, no período de 01 a 04 de junho/2016 a ser

105 realizado no centro de Eventos, e as inscrições dos secretários municipais foram isentas de  
106 pagamento pela Diretoria do CONASEMS. E que está na expectativa de que o Estado autorize o  
107 convênio com o COSEM /CE, o que permitirá dar como contrapartida um número X de  
108 inscrições para que a SESA possa distribuir, notadamente para as Coordenadorias Regionais. A  
109 inscrição feita por ente municipal é de R\$ 300,00 e por outros Órgão é R\$ 400,00. O Secretário  
110 Estadual, Henrique Javi, tomou assento para dar início aos assuntos das pactuações/deliberações,  
111 cumprimentou a todos os presentes e disse está feliz pelo fato dos gestores municipais estarem  
112 sentindo a sua falta nas reuniões da CIB. Acresceu que valoriza o papel dos secretários  
113 municipais de saúde, em especial porque só quem vivência o drama de ser gestor num sistema  
114 municipal, dado a insuficiência de recursos e a pressão diária da demanda, sem muitas vezes ter  
115 condições de tomar as decisões que gostaria, pelo atual contexto sócio econômico, é uma  
116 profissão perigo. E a amálgama da Comissão Intergestores é fortalecer os gestores, pois sozinho  
117 o secretário não tem valor. Esse espaço é super importante para o fortalecimento do SUS,  
118 independente da participação de um secretário isoladamente. **Vera** passou a palavra para a **Kelly**  
119 **Leitão de Castro**, Supervisora do NUMES/COASF para apresentar o assunto constante do **Item**  
120 **1.1 – Assistência Farmacêutica (a) Prestação de contas de todos os recursos da Assistência**  
121 **Farmacêutica Básica, referente ao exercício de 2015** **Kelly** fez um breve relato sobre o  
122 financiamento das três esferas de governo para a Assistência Farmacêutica Básica, descrito na  
123 Resolução Nº 17/2015: Federal R\$ 5,10 (para compra de medicamentos), Estadual R\$ 2,36 (R\$  
124 2,00 para compra de medicamentos, R\$ 0,18 para estruturação dos serviços municípios e R\$ 0,18  
125 para estruturação do serviço estadual), e Municipal R\$ 2,36 (R\$ 1,80 para compra de  
126 medicamentos, R\$ 0,20 para compras de seringas e agulhas, e R\$ 0,36 para estruturação do  
127 serviço de AF). O total per capita para a aquisição de medicamentos (compra centralizada) é de  
128 R\$ 8,90. Para cálculo do valor a programa será utilizada a população IBGE estimativa 2009 ou  
129 2011 a que for maior. Os municípios que não aderiram a compra centralizada não repassam  
130 recursos para o estado, e o valor do financiamento estadual será repassado em medicamentos  
131 após prestarem contas através de notas fiscais dos medicamentos adquiridos. Todos os 184  
132 municípios aderiram à Política de AFB e apenas os municípios de Fortaleza e Sobral não  
133 aderiram à compra centralizada. Dos 182 municípios que fizeram adesão à compra centralizada  
134 de medicamentos da Atenção Básica em 2015, 33 municípios terminaram o ano com o status de  
135 inadimplentes em relação aos compromissos firmados com o Estado, conforme seguem: 2ª.  
136 CRES (município de Apuiarés: meses de outubro a novembro); 3ª. CRES (município de  
137 Palmácia: mês de julho); 5ª. CRES (municípios de Canindé: agosto a dezembro; Itatira:  
138 dezembro e Madalena: abril, maio, julho, agosto e dezembro); 6ª. CRES (município de Fortim:  
139 dezembro); 8ª. CRES (municípios de Quixadá: novembro e dezembro e Senador Pompeu:  
140 outubro, novembro e dezembro); 10ª. CRES (municípios de Alto Santo: junho a novembro;  
141 Limoeiro do Norte: novembro e dezembro e Quixeré: outubro); 11ª. CRES (municípios de  
142 Coreaú: dezembro; Forquilha: setembro a dezembro; Hidrolândia: outubro e dezembro e Pacujá:  
143 setembro a dezembro); 12ª. CRES (municípios de Cruz: outubro e Marco: agosto e setembro);  
144 14ª. CRES (municípios de Aiuaba: setembro a novembro e Arneiróz: junho e agosto); 15ª. CRES  
145 (município de Novo Oriente: agosto a novembro); 16ª. CRES (município de Martinópole:  
146 setembro); 17ª. CRES (município de Ipaumirim: dezembro); 18ª. CRES (municípios de Cariús:  
147 agosto, setembro e novembro; Quixelô: outubro, novembro e dezembro e Saboeiro: dezembro);  
148 19ª. CRES (municípios de Abaiara: abril, a dezembro e Aurora: dezembro); 20ª. CRES  
149 (municípios de Altaneira: abril, maio e outubro; Assaré: outubro; Crato: dezembro; Potengi:  
150 junho e julho e Tarrafas: junho, setembro e outubro); e a 22ª. CRES (município de Chorozinho:  
151 outubro). Em relação a entrega de medicamentos pelo Estado aos municípios, 172 municípios  
152 receberam medicamentos correspondentes ao valor creditado e 12 municípios não receberam os  
153 medicamentos por não terem retornado as planilhas para o Estado. Destacou que todos os  
154 municípios das 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 12ª, 13ª, 17ª, 18ª e 22ª CRES fecharam as prestações  
155 de contas, e os 12 municípios que não retornaram as planilhas e por esta razão, não receberam  
156 todas as cotas de medicamentos são: 10ª CRES (município de Limoeiro do Norte: R\$ 9.971,72),

157 11ª CRES (município de Irauçuba: R\$ 8.000,27), 14ª CRES (município de Aiuaba: R\$ 13.624,44  
158 e município de Arneiroz: R\$ 5.384,84); 15ª CRES (município de Ipaporanga: R\$ 16.799,82), 16ª  
159 CRES (município de Barroquinha: R\$ 2.268,60), 19ª CRES (municípios de Brejo Santo: R\$  
160 7.893,45 e o município de Milagres: R\$ 41.956,68), 20ª CRES (municípios de Araripe: R\$  
161 3.039,83; o município de Salitre: R\$ 7.559,07 e o município de Tarrafas: R\$ 3.271,21) e 21ª  
162 CRES (o município de Missão Velha: R\$ 44.519,82). Do total de recursos programados R\$  
163 58.339.067,73, foram pagos R\$ 54.877.026,02, e entregue em medicamentos R\$ 54.712.706,11,  
164 restando um saldo de R\$ 164.319,95 correspondentes aos medicamentos não distribuídos para os  
165 12 municípios acima referidos. Do valor pago pelos municípios, foi entregue em medicamentos  
166 99,70% deste valor, o saldo representa apenas 0,30% do valor pago. **Dr. Henrique Javi** lembrou  
167 que no ano passado foi acordado que a programação de medicamentos fosse feita no final do  
168 exercício, para que a licitação pudesse ser realizada no início do ano seguinte, evitando o atraso  
169 na entrega de medicamentos. Fizemos o que foi acordado, no entanto estamos enfrentando o  
170 drama da taxa de reajuste dos preços de medicamentos, pois se abre uma licitação e as empresas  
171 ficam segurando os processos de empenho esperando o reajuste a partir de abril. Esse fato fez  
172 com que praticamente todos os esforços que foram feitos para iniciar o processo de licitação no  
173 início do ano fossem perdidos. A saída é pactuar que a programação seja elaborada mais cedo,  
174 evitando atrasos na entrega de alguns itens de medicamentos no 1º trimestre. **Kelly** reforçou a  
175 fala do Secretário dizendo que a distribuidora da insulina lantus pegou o empenho e prometeu  
176 fazer a entrega no dia 06 de abril e depois cancelou o empenho para aguardar o reajuste de preço.  
177 Seguiu informando que o relatório de percentual de atendimento está no SISMED e que os  
178 secretários de saúde devem fazer a solicitação da senha através do email  
179 [aline.alves@saude.ce.gov.br](mailto:aline.alves@saude.ce.gov.br) e informar o nome completo, CPF, email e o município que  
180 gerencia, para ter acesso ao Sistema. Mas esclareceu que a COASF continuará enviando os  
181 relatórios em cada final de atendimento do trimestre, para que os gestores possam acompanhar a  
182 situação de cada item. **(b) Compra centralizada da Assistência Farmacêutica: Atualização dos**  
183 **créditos de PPI 2015 e cronograma de entrega de medicamentos do componente secundário** Essa  
184 Política foi definida apenas no Estado do Ceará, e surgiu em decorrência dos frequentes  
185 expedientes administrativos e judiciais, tanto das secretarias municipais como da Secretaria  
186 Estadual, bem como dos agravos que não possuem cobertura farmacoterapêutica que se  
187 enquadram na definição dos componentes de financiamento da AF definidos pelo SUS. O  
188 financiamento da Assistência Farmacêutica Secundária está formalizado através da Resolução da  
189 CIB Nº16/2015, com um total per capita para aquisição de medicamentos de R\$ 2,00, sendo R\$  
190 1,00 do Estado e R\$ 1,00 dos Municípios. Para o cálculo do limite financeiro da programação foi  
191 utilizada a população estimada pelo IBGE para 2009 ou 2011 a que for maior. E em seguida  
192 apresentou o relatório de prestação de contas dos recursos da PPI da AFS 2015, onde 55  
193 municípios já receberam as cotas de medicamentos, e 129 municípios faltam receber alguns itens  
194 de medicamentos: 1ª CRES: Aquiraz R\$ 34.938,66, Eusébio R\$ 23.283,05, Fortaleza R\$  
195 300.000,15 e Itaitinga R\$ 16.831,26; 2ª CRES Caucaia R\$ 21.404,90, Paracuru R\$ 7.743,66,  
196 Paraipaba R\$ 13.939,62, Pentecoste R\$ 10.019,39 e São Gonçalo do Amarante R\$ 11.798,52; 3ª  
197 CRES Barreira R\$ 118,05, Guaiúba R\$ 315,91, Maracanaú R\$ 85.193,28, Maranguape R\$  
198 63.037,81, Pacatuba R\$ 35.552,18 e Redenção R\$ 10.579,95; 5ª CRES Boa Viagem R\$  
199 38.813,34, Canindé R\$ 11.698,63, Caridade R\$ 11.512,84 e Itatira R\$ 1.255,62; 6ª CRES  
200 Amontada R\$ 20.321,92, Itapipoca R\$ 74.672,48, Trairi R\$ 29.708,32, Tururu R\$ 12.217,97,  
201 Umirim R\$ 5.794,72 e Uruburetama R\$ 14.490,57; 7ª CRES Aracati R\$ 15.021,60, Fortim R\$  
202 5.886,16 e Icapuí R\$ 2.933,04; 8ª CRES Choro R\$ 9.386,50, Pedra Branca R\$ 24.831,82,  
203 Quixadá R\$ 21.984,14 e Quixeramobim R\$ 14.960,61; 9ª CRES Jaguaratama R\$ 11.127,65,  
204 Jaguaruana R\$ 14.361,06, Morada Nova R\$ 6.651,16 e Russas R\$ 43.764,08; 10ª CRES Alto  
205 Santo R\$ 16.215,49, Iracema R\$ 6.001,70, Jaguaribara R\$ 526,61, Jaguaribe R\$ 15.107,42,  
206 Limoeiro do Norte R\$ 54.768,64, Pereiro R\$ 7.742,59 e Quixeré R\$ 4.190,20; 11ª CRES  
207 Catunda R\$ 7.584,47, Frecheirinha R\$ 3.435,13, Graça R\$ 7.798,19, Hidrolândia R\$ 7.699,67,  
208 Ipu R\$ 22.307,32, Irauçuba R\$ 13.667,00, Massapê R\$ 11.476,16, Meruóca R\$ 12.843,62,

209 Mucambo R\$ 8.820,49, Reriutaba R\$ 12.622,19, Santana do Acaraú R\$ 22.442,83, Santa  
210 Quitéria R\$ 9.334,66, Sobral R\$ 46.122,22 e Varjota R\$ 11.884,45; 12ª CRES Acaraú R\$  
211 16.405,55, Bela Cruz R\$ 2.355,91, Cruz R\$ 12.188,57, Itarema R\$ 19.943,05, Marco R\$  
212 9.368,94 e Morrinhos R\$ 16.735,36; 13ª CRES Croatá R\$ 11.727,08, Guaraciaba do Norte R\$  
213 20.289,51, Ibiapina R\$ 16.296,89, São Benedito R\$ 26.801,53, Tianguá R\$ 27.271,91, Ubajara  
214 R\$ 19.619,04 e Viçosa do Ceará R\$ 19.937,49; 14ª CRES Aiuaba R\$ 10.731,17, Arneiroz R\$  
215 9.268,83 Parambu R\$ 27.160,47 e Tauá R\$ 49.579,71; 15ª CRES Ararendá R\$ 6.559,68, Crateús  
216 R\$ 12.668,26, Ipaporanga R\$ 4.412,17, Ipueiras R\$ 24.498,36, Monsenhor Tabosa R\$ 9.881,15,  
217 Nova Russas R\$ 12.321,02, Quiterianópolis R\$ 4.727,20 e Tamboril R\$ 14.747,19; 16ª CRES  
218 Barroquinha R\$ 7.606,95, Camocim R\$ 33.317,54, Chaval R\$ 7.794,45 e Granja R\$ 16.267,27;  
219 17ª CRES Baixio R\$ 757,96, Cedro R\$ 5.690,98, Icó R\$ 13.495,53, Ipaumirim R\$ 6.680,13,  
220 Lavras da Mangabeira R\$ 17.788,14, Orós R\$ 6.155,16 e Umari R\$ 1.078,95; 18ª CRES  
221 Acopiara R\$ 26.288,71, Catarina R\$ 7.234,81, Deputado Irapuan Pinheiro R\$ 7.192,91, Iguatu  
222 R\$ 34.443,23, Jucás R\$ 7.929,86, Piquet Carneiro R\$ 9.103,68 e Saboeiro R\$ 12.179,10; 19ª  
223 CRES Aurora R\$ 7.641,02, Barro R\$ 10.797,06, Brejo Santo R\$ 32.656,85, Mauriti R\$  
224 23.877,69, Milagres R\$ 16.178,72, Penaforte R\$ 974,96 e Porteiras R\$ 5.991,74; 20ª CRES  
225 Araripe R\$ 10.392,42, Assaré R\$ 10.603,91, Campos Sales R\$ 13.123,70, Crato R\$ 77.287,95,  
226 Farias Brito R\$ 9.758,51, Potengi R\$ 4.639,15, Salitre R\$ 11.203,89, Santana do Cariri R\$  
227 5.524,43, Tarrafas R\$ 3.366,63 e Várzea Alegre R\$ 23.125,42; 21ª CRES Barbalha R\$  
228 25.315,09, Caririçu R\$ 12.464,48, Juazeiro do Norte R\$ 51.923,43 e Missão Velha R\$  
229 25.994,63; 22ª CRES Beberibe R\$ 23.987,67, Cascavel R\$ 42.219,41, Chorozinho R\$ 9.331,54,  
230 Horizonte R\$ 25.024,00, Ocara R\$ 17.947,07, Pacajús R\$ 40.134,41 e Pindoretama R\$ 9.401,68.  
231 Destacou que 37 municípios se encontram com o status de inadimplente junto a SESA, assim  
232 distribuídos: 2ª CRES Apuiarés: dezembro, 3ª CRES Barreira: dezembro, 4ª CRES Palmácia:  
233 abril, maio, junho, agosto e setembro e Baturité: dezembro, 5ª CRES Canindé: agosto e  
234 dezembro; Itatira: dezembro; Madalena: abril, maio, agosto e dezembro e Paramoti: dezembro, 7ª  
235 CRES Fortim: dezembro, 8ª CRES Choró: novembro, Quixadá: setembro e novembro e Senador  
236 Pompeu: outubro, novembro e dezembro, 10ª CRES Jaguaribara: dezembro e Quixeré: setembro,  
237 outubro e dezembro, 11ª CRES Coreaú: dezembro, Forquilha: abril, maio, junho, setembro,  
238 outubro, novembro e dezembro, Pacujá: novembro, Reriutaba: julho e Uruoca: novembro, 12ª  
239 CRES Cruz: novembro e dezembro e Marco: setembro e dezembro, 13ª CRES Carnaubal: abril,  
240 maio, julho, agosto, setembro outubro, novembro e dezembro, 14ª CRES Aiuaba: setembro e  
241 novembro, 15ª CRES Independência: julho, setembro, outubro e novembro, Ipaporanga: outubro  
242 e Novo Oriente: julho, agosto, setembro, outubro e novembro, 16ª CRES Martinópole: setembro,  
243 outubro e novembro, 17ª CRES Cedro: agosto e Ipaumirim: dezembro, 18ª CRES Cariús:  
244 setembro, outubro e dezembro; Jucás: dezembro e Quixelô: novembro e dezembro, 19ª CRES  
245 Abaiara: abril a dezembro e Aurora: dezembro, 20ª CRES Assaré: dezembro e Tarrafas: abril,  
246 maio, setembro e outubro, e da 22ª CRES Chorozinho: setembro e outubro. Do total de recursos  
247 programados R\$ 14.594.390,26, foram pagos R\$ 13.753.768,98, entregues em medicamentos R\$  
248 11.247.610,59, restando um saldo de R\$ 2.506.158,42 correspondentes aos medicamentos não  
249 distribuídos para 129 municípios. Do valor pago pelos municípios, foi entregue em  
250 medicamentos 81,78% do valor pago, o saldo representa 18,22% do valor pago. A falta de itens  
251 de medicamentos secundários ocorreu em decorrência dos problemas na aquisição gerados pelo  
252 reajuste de preços solicitados pelos fornecedores. E prestou as seguintes informações: (1) A  
253 entrega da insulina lantus esta prevista para o dia 27 de abril; (2) A programação da PPI 2016  
254 terá como base o recebimento do que foi programado em 2015; (3) Os municípios de Acarape e  
255 Catunda devem reenviar os termos dos 15% para Estruturação AFB/ 2015; e (4) Os 15% dos  
256 recursos do Tesouro Estadual, no valor de R\$1.556.153,82 destinados a estruturação da COASF:  
257 renovação da frota de veículos, aquisição de máquinas e equipamentos e a modernização dos  
258 sistemas e tecnologias de suporte à gestão, foi aberto o processo nº 2389973/2016 e enviado para  
259 a Secretaria Executiva da SESA; (c) Relatório físico-financeiro, aquisições e cronograma de  
260 distribuição de medicamentos da PPI 2016 Os Termos de Adesão-2016 dos municípios de

261 Madalena, Quixeré, Catunda, Reriutaba, Guaraciaba, Independência, Poranga, Barroquinha,  
262 Chaval, Quixelô, Mombaça, Saboeiro e Potengi se encontram com problemas. E foi acordada na  
263 Câmara Técnica a Agenda da PPI 2016 que o sistema de programação ficará aberto até 29 de  
264 abril/2016, o agendamento poderá ser feito no período de 09 a 13 de maio/2016, e a distribuição  
265 terá início em 16 de maio/2016. **Josete** aproveitou a oportunidade para falar sobre as discussões  
266 que ocorrerão na CT, apesar dos problemas defendemos a continuidade dessa política, e destacou  
267 alguns dados apresentados na prestação de contas feita pela Kelly: - Em relação aos recursos da  
268 Assistência Farmacêutica Básica- AFB apenas 0,30% dos municípios não repassaram todos os  
269 recursos, percentual irrisório; - Com R\$ 54.877mil se conseguiu comprar medicamentos para  
270 abastecer 184 municípios, com dificuldades mais o medicamento chega. E perguntou qual a  
271 política de Estado que tem esse alcance? Ficou uma dúvida quanto desse valor é da União, do  
272 Estado e dos municípios? Outro fato relevante foi que conseguimos que o Estado liberasse os  
273 recursos de investimentos da AFB dos anos que se encontravam em atrasos. **Aproveitou a**  
274 **oportunidade para solicitar ao Secretário para que os assuntos da Assistência**  
275 **Farmacêutica sejam tratados no seu Gabinete.** Por último destacou que além do problema  
276 gerado pelos reajustes dos preços de medicamentos em abril, se convive com o dilema do recuo  
277 da execução dos orçamentos a partir de outubro, começa a limitar tudo que é despesa, pois  
278 precisa concluir o ano sem débito. **Se considerar que temos um saldo financeiro que seja feita**  
279 **uma aquisição extra para evitar a falta de medicamentos nos primeiros meses do ano. Item**  
280 **1.2 - Repasse automático da 1ª parcela dos recursos federais da 12ª Etapa do Projeto de**  
281 **Cirurgias Eletivas sob gerenciamento SESA, conforme Resolução CIB Nº. 10/2016; Art. 3º,**  
282 **Parágrafo 1º.** Alex antes de apresentar o relatório do repasse da 1ª parcela da 12ª Etapa,  
283 colocou que o entendimento dele e do secretário Henrique é de que os municípios que receberam  
284 recursos da 11ª Etapa e não apresentaram produção no sistema, não receberiam a 1ª parcela da  
285 12ª Etapa. Destacou alguns pontos que considera relevante: 1º o grande número de pessoas com  
286 fraturas fechadas na fila de espera aguardando cirurgia; 2º alguns serviços como o de cirurgia  
287 cardiovascular do Hospital do Coração de Barbalha e do Hospital do Coração de Sobral têm  
288 solicitados frequentemente pagamentos administrativos, e às vezes param atendimento por falta  
289 de condições por não receberem os recursos. E que poderiam ser incluídas as fraturas fechadas e  
290 as cirurgias de Alto Custo- AC em cardiologia, neurologia, oncologia dentre outras, conforme a  
291 necessidade da população e a repactuação entre os gestores. Para isso acontecer se faz necessário  
292 o entendimento que a execução poderá ser feita em municípios de outras regiões. **Josete** colocou  
293 que em relação a inclusão de procedimentos de AC no elenco das cirurgias eletivas para que os  
294 municípios programassem esses procedimentos, entende que Fortaleza também poderá fazer. O  
295 que não se pode perder de vista é a necessidade de programação macrorregional dos  
296 procedimentos de AC que ficou a cargo do Estado. Nesse caso estamos abrindo mão de 6  
297 milhões de reais, saldo de recursos da 11ª Etapa não repassados aos municípios, mais 6 milhões  
298 de reais da programação da 11ª Etapa do Estado, e mais 6 milhões de reais da programação da  
299 12ª Etapa do Estado, totalizando 18 milhões de reais para programação da AC nos anos de 2015  
300 e 2016. **Dra. Lilian** esclareceu que hoje pela manhã na reunião ampliada do COSEMS prestou  
301 contas dos recursos da 11ª Etapa com execução a cargo do Estado e que havia informado que o  
302 saldo dos recursos dos municípios só seria possível conhecê-lo a partir de março/2016, e que  
303 tínhamos combinado que o saldo existente ia ser destinado para a Traumatologia. A parcela do  
304 Estado foi prestada conta, sim. O que se precisa agora é acordar a utilização dos recursos de  
305 2016, pois são poucos os municípios que receberam a 1ª parcela da 12ª Etapa até agora. **Josete**  
306 rebateu dizendo que entendeu que a prestação de contas feita pela Dra. Lilian se referia aos 30%  
307 dos recursos da 11ª Etapa, a cargo do Estado. No entanto, ficou pendente os 6 milhões de reais  
308 saldo de recursos da 11ª Etapa não repassados aos municípios e os recursos do Estado, 4 milhões  
309 de reais de saldo 2015 mais 6 milhões de reais de 2016, para programarem em procedimentos de  
310 AC. **Alex** chamou atenção do Josete dizendo que não existe saldo da parcela do Estado de 2015 e  
311 que a Dra Lilian apresentou as contas num valor bem superior aos 30%, e que só o pagamento  
312 dos valores adicionais da TRS, que estão incluídos nesse montante, foram 8 milhões de reais.

313 Então estamos é com a conta negativa, não vamos ter os 4 milhões de reais de saldo. Acrescentou  
314 que várias CIR já pactuaram a distribuição dos recursos da 12ª Etapa e as solicitações foram  
315 encaminhadas para pagamento, só que não foi passada a informação dos municípios que não  
316 poderão ser liberada a 1ª parcela, por se encontrarem com recursos da 11ª Etapa em caixa.  
317 Aproveitou para dizer que foi elaborado um estudo onde mostra que o valor per capita de  
318 execução por procedência do paciente é bastante diferente do valor per capita definido para  
319 distribuição dos recursos. Partimos de um per capita igual para todos, mas em decorrências de  
320 algumas dificuldades de acesso, constata-se que em alguns municípios cearenses a população  
321 não teve acesso a nenhuma cirurgia eletiva, fato que demonstra desigualdade no acesso  
322 assistencial. Depois dessas discussões Alex apresentou as planilhas de programação versus  
323 repasse financeiro da 1ª parcela da 12ª Etapa de Cirurgias eletivas, destacando que foram  
324 recebidas pela CORAC as programações pactuadas pelas CIR de Caucaia, Maracanaú, Baturité,  
325 Aracati, Quixadá, Russas, Limoeiro do Norte, Sobral, Tianguá, Tauá, Icó, Crato e Juazeiro do  
326 Norte e enviadas as solicitações para pagamento junto à COAFI/SESA. **Aparecida Cavalcante**,  
327 Assessora da SMS de Fortaleza, chamou atenção de que na planilha consta que o município de  
328 Alto Santo está referenciando pacientes para Fortaleza, sem conhecimento prévio da Secretaria.  
329 E solicitou que os municípios que fizeram programações de cirurgias para Fortaleza, antes de  
330 serem encaminhadas para a CORAC/SESA deverão ser enviadas para a apreciação da Secretaria  
331 de Saúde de Fortaleza. E lembrou que já tinha sido acordado em reunião anterior da CIB que os  
332 municípios poderiam utilizar os recursos repassados da 11ª Etapa até março de 2016. **Helmo**,  
333 Coordenador Regional de Limoeiro do Norte, destacou que a situação do fluxo comentada pela  
334 Aparecida é uma questão que deve ser vista, pois quando foram programar os procedimentos de  
335 cirurgias eletivas enfrentaram dificuldades por não dispor de oferta na Região de alguns  
336 procedimentos. Fato que tem levado os gestores a procurarem oferta em outras regiões, e citou  
337 que o caso de Alto Santo foi a Justiça quem determinou que fosse feito um procedimento  
338 cirúrgico que não é ofertado na Região e o gestor entrou em contato com o prestador em  
339 Fortaleza, sem manter contato prévio com a Secretária de Saúde de Fortaleza. Isso tem  
340 atrapalhado o processo de pactuação. **Alex** esclareceu que na planilha apresentada a programação  
341 de referência de Alto Santo para Fortaleza se encontra destacada na cor verde, isso significa que  
342 não está pactuada ainda. **Vera** ressaltou que vários municípios estão querendo programar  
343 cirurgias para Fortaleza por não disporem de capacidade de oferta. E concorda com a Aparecida  
344 de que a Secretaria de Saúde de Fortaleza deve tomar conhecimento e analisar a possibilidade de  
345 atender ou não essas demandas antes de serem incluídas nas resoluções da CIR. **Josete** solicitou  
346 que a SESA providenciasse os repasses da 1ª parcela dos recursos da 12ª Etapa para os  
347 municípios, pois não deve-se criar barreiras para efetua-los. Pois do jeito que tem município que  
348 recebeu recursos da 11ª Etapa e não fez nada, tem município que fez muito mais do que o valor  
349 creditado. E propôs que a CIB acompanhasse e agilizasse o andamento desses repasses junto ao  
350 Gabinete do Secretário, pois só poderão ser feitos até o dia 02 de junho/2016, por conta do  
351 período de proibição eleitoral. **Alex** rebateu dizendo que deve ser acelerado não só os repasses  
352 dos recursos, mas também o acesso dos pacientes aos procedimentos cirúrgicos. **Wilames**  
353 destacou que a presença do Secretário Estadual é relevante para enriquecer o debate nesse  
354 Colegiado. E colocou que em relação às Cirurgias Eletivas, quando imaginamos esse Programa,  
355 foi com o objetivo de alocar parte dos novos recursos federais para ampliação do acesso da  
356 população as cirurgias de média complexidade, dado o grande número de pessoas em fila de  
357 espera. A importância deste Programa é muito grande, pois possibilitou o funcionamento de  
358 vários centros cirúrgicos, bem como a formação de equipes nos hospitais municipais. A  
359 preocupação é de que as equipes se desmontam quando há descontinuidade no repasse desses  
360 recursos por um ou outro fator. E nesse momento Dr. Henrique destinar parte dos recursos das  
361 cirurgias eletivas de Média para a Alta Complexidade, está se criando um precedente sério, pois  
362 esses recursos não são suficientes nem para atender a demanda por cirurgias de Média  
363 Complexidade. Por fim propôs que fosse feito um estudo sobre as necessidades da população e a  
364 oferta de serviços de Alta Complexidade no estado. **Dr. Henrique** se manifestou dizendo que na

365 semana passada esteve reunido com o Ministro da Saúde para discutir a questão do  
366 financiamento, que é bem peculiar do sistema de saúde, onde o mesmo fantasma do ano passado  
367 “de não se ter recursos para pagamento da Atenção Básica, da Assistência Farmacêutica, da  
368 MAC até o final do ano”, esse mesmo fantasma continuou em 2016. Só que agora mais forte,  
369 vamos começar a ter medo do 2º semestre, o ano começou com o bicho na nuca, é muito  
370 complicado. E queria que todos compreendessem essa situação: “estamos num cenário onde nada  
371 é garantido”. A conjuntura política, econômica e social do país deve se arrastar por alguns dias  
372 nessa situação e você não tem ninguém no MS para lhe ajudar. Tem muitos municípios cearenses  
373 com recursos tecnicamente aprovados, mas sem valor financeiro federal para alocar 60 mil reais  
374 /mensal em qualquer serviço, valor bem pequeno. É muito grave a situação, é um orçamento que  
375 já nasceu deficitário e não tem expectativa de suplementação orçamentária. Para nós a CIB em  
376 qualquer Estado é a instância para reavaliar e repensar os caminhos que estão aí. E em relação a  
377 proposta que o Alex apresentou, uma coisa tem que ser colocada, já tinha dito para o Josete, é a  
378 desburocratização desse processo. O Ministério Público ano passado solicitou que o Estado  
379 apresentasse a demanda por cirurgia eletiva, dado que um Organismo Não Governamental  
380 apresentou um relatório mostrando que milhares e milhares de pessoas precisavam de uma  
381 cirurgia; não estou dizendo que é falso nem verdadeiro, mas ao solicitar aos secretários  
382 municipais as suas demandas tivemos dificuldades de compor esse mapa porque tinha cidadão  
383 que estava em 03 relatórios ao mesmo tempo, pelo fato dessa pessoa ficar batendo em todas as  
384 portas em busca de atendimento. Considerou a intervenção do Wilimes importante, mas propõe  
385 que cada secretário tenha em mente a importância de planejar, identificando qual a sua demanda,  
386 para que não se trate de maneira igual a todos. Valor per capita para base de cálculo é  
387 interessante, mas os recursos do Programa de Cirurgias Eletivas estão congelados desde que foi  
388 criado, é muito pouco para distribuir para todos os municípios. Não tem jeito, tem que ter  
389 complementação dos recursos. No entanto é muito complicado para o secretário municipal se ele  
390 não tiver um plano específico para fazer a AC e ficar fazendo por judicialização, por favor, e por  
391 pressão de qualquer maneira. É uma porta que se abre e que cada gestor pactua o que acha que  
392 tem necessidade, se o município achar que não tem necessidade de pactuar a AC, coloca todo o  
393 recurso na MC, porém se o município tem uma demanda específica e achar que tem que colocar  
394 na AC, também usufrua da liberdade de colocar o recurso onde há mais necessidade. É óbvio que  
395 o dinheiro é pouco, mas é o que temos hoje para alocar para atender as necessidades da  
396 população. Para essa situação se não juntar os esforços para fechar essa conta não dá, e colocou  
397 que talvez a saída seja não dividir os recursos de Cirurgias Eletivas em etapas e sim ter execução  
398 contínua, e a medida que for executando as cirurgias irá recebendo os recursos. O município que  
399 passar um ano sem prestar contas os seus recursos serão distribuídos com os outros, porque os  
400 municípios que estão executando estão atendendo a população dos municípios vizinhos. Ou a  
401 gente pensa numa maneira diferente de fazer ou vamos ficar esperando por novos recursos para  
402 atender cada necessidade, assim as dificuldades são muitas. O Alex se comprometeu que durante  
403 esse ano irão discutir uma proposta para a distribuição dos recursos de 2017. E quando se trata  
404 da Traumatologia me preocupo mais ainda, pois 100mil reais, 150mil reais, ou 200mil reais  
405 mensais, dá pra fazer o que? Não dá pra fazer nada. Se não for feito aqui o que foi feito em São  
406 Paulo, uma legislação de trânsito mais rígida, como por exemplo: proibição de garupa na moto.  
407 Começar a fazer ações para evitar os acidentes de trânsito, pois depois que quebra não tem jeito,  
408 quebra o doente, quebra o município, quebra o estado junto, porque não tem recursos para o  
409 volume de acidentes que temos hoje. Então vocês podem está pensando que estou reforçando a  
410 lógica de apertar o cinto, mais é porque as dificuldades são reais, são prementes e não tem jeito.  
411 E dirigindo se ao Josete falou que tem que ficar uma porteira aberta para toda hora está sentando  
412 e discutindo, o COSEMS nunca se sinta inoportuno, é a representação dos secretários  
413 municipais, as nossas ações acontecem através de vocês, se é assim nós precisamos que essa  
414 conversa não fique igual a cantiga de grilo, porque nós temos que discutir isso o tempo inteiro.  
415 Agora com toda a transparência e franqueza no sentido de quais são os resultados dos recursos  
416 que estamos alocamos para isso. Em relação à agilidade solicitada para pagamento, vou



417 responder para vocês que não temos como estabelecer prioridade de pagamento, pois a toda hora  
418 chega ação judicial, que os recursos tem que ser retirado de algum local do orçamento para  
419 pagar. E quando a demanda é judicial, nenhum de nós pode dizer "não tenho dinheiro porque o  
420 dinheiro é da cirurgia eletiva, e não posso mexer". Como não? Quem de nós vai contrariar uma  
421 decisão judicial? Agora é muito complicado para nós que executamos e assinamos despesas sem  
422 que fossem planejadas, não tem limite de recursos. Nós já passamos do montante de recursos  
423 gastos em 2015(160milhões) e no 1º quadrimestre de 2016 já aponta que iremos ter de 20 a 30 %  
424 a mais do que 2015. Essa cobrança tem que acontecer, não tenha constrangimentos. No entanto  
425 entendam nunca vai ser má vontade, vocês têm apoio integral para tudo que tem que ser feito.  
426 Mas tem um problema muito sério, se nessa instância não tivermos unidos para fortalecer a  
427 estrutura do SUS, nós vamos ter momentos em que a coisa não precisa de mais nenhum de nós,  
428 pois o juiz resolve tudo por lá, sem nenhuma crítica, estou apresentando um fato nesse contexto.  
429 **Mônica** colocou que o objetivo do Programa de Cirurgias Eletivas é atender as necessidades do  
430 paciente, na realidade de Sobral o maior problema não é financeiro é a falta de estrutura, pois a  
431 santa Casa não tem mais leito e nem espaço para realizar mais cirurgias do que já faz. Enquanto  
432 nós temos o Hospital Regional Norte-HRN precisando de mais recursos para realizar cirurgias.  
433 Entende que o valor da cirurgia feita no HRN não é o mesmo da tabela SUS. E indaga qual a  
434 possibilidade de pactuar parte dos recursos de Cirurgias Eletivas para o HRN realizar as  
435 cirurgias? Dando como exemplo a área de otorrino, que tem fila de espera e não dispomos de  
436 prestador que atenda pelo preço de tabela do SUS, e o HRN está com uma equipe disposta a  
437 operar falta só os recursos. O mesmo caso é o da ortopedia de MC. O que precisa é vê junto a  
438 Diretoria do HRN se eles fariam os atendimentos. Acrescentou que Sobral está disposto a  
439 levantar o custo desses serviços e alocar parte dos seus recursos para programar para o HRN,  
440 pois tem como propósito atender os pacientes, e consultaria os outros municípios da Região para  
441 vê quem tem interesse. **Arnaldo** colocou que pela Portaria GM/MS 3410/2013 existe a  
442 possibilidade do município contratualizar os serviços localizados no seu território geridos por  
443 uma OS legalmente existe essa possibilidade. **Josete** esclareceu que algumas demandas  
444 apresentadas pelo COSEMS foram feitas em decorrência do nível de stress dos secretários  
445 municipais, é como se fossem carrapichos os problemas que eles têm que enfrentarem. Esse da  
446 judicialização é um deles, pelo menos três vezes mais do que a Assistência Farmacêutica do  
447 estado. Uma das razões de estar neste Colegiado é está trazendo para a agenda o que é de  
448 interesse dos municípios, isso porque o que conseguimos pactuar/executar favorece os pacientes  
449 do Interior. E quando algum município deixou de executar dentro do prazo, passa a imagem  
450 como se não estivesse sendo feito nada, é preciso entender que quando isso acontece é por conta  
451 das dificuldades da gestão municipal. A constante mudança de gestores municipais retarda o  
452 andamento dos processos na gestão municipal. Por isso que esse Programa tem que ser  
453 acompanhado, avaliado e ajustado frequentemente. **Teresa** manifestou a preocupação com os  
454 pacientes idosos com co-morbidades visto que os hospitais polo não dispõem de leitos de UTI  
455 que são retaguarda para os procedimentos cirúrgicos. E propõe que seja identificado prestador  
456 para atender essa demanda. Após as discussões **Vera** apresentou os pontos que foram  
457 **acordados: (1º) A primeira parcela dos recursos da 12ª Etapa serão repassados para os**  
458 **municípios que fizeram utilização dos recursos creditados referentes a 11ª Etapa; (2º) Os**  
459 **municípios diante do quadro de necessidades de sua população tem a liberdade de**  
460 **programar procedimentos cirúrgicos de MC e de AC, desde que tenha prestador para**  
461 **ofertar; (3º) Os municípios poderão utilizar os recursos repassados da 11ª Etapa até**  
462 **31/03/2016; e (4º) Os municípios poderão prestar contas dos recursos repassados da**  
463 **11ª Etapa até 30/06/2016. Item 1.3 – Pactuação das atribuições da Regulação Médica das**  
464 **Urgências e Emergências** Dr. Felipe Soares, Supervisor do NUAEM/COPAS, deu início à  
465 apresentação tomando como base: (1) A Portaria GM/MS Nº 2.048/2002, que aprova o  
466 Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, no seu Capítulo II – A  
467 Regulação Médica das Urgências e Emergências e Item 1 – Atribuições da Regulação Médica  
468 das Urgências e Emergências e no Capítulo VI – Transferência e Transporte Inter-Hospitalar;

469 Item 3.2: Responsabilidades/ Atribuições para a Central de Regulação/Médico Regulador, alínea  
470 b: utilizar o conceito de “vaga zero”, definido no Capítulo II deste Regulamento também nos  
471 casos de regulações inter-hospitalares, quando da avaliação do estado clínico do paciente e da  
472 disponibilidade de recursos loco regionais o tornem imperativo; (2) A Portaria GM/MS Nº  
473 2.657/2004, que estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o  
474 dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.  
475 Salientou que, em seu anexo, nos casos em que a solicitação seja oriunda de um serviço de saúde  
476 que não possui a hierarquia técnica requerida pelo caso, ainda que o paciente já tenha recebido  
477 um atendimento inicial, consideramos que este paciente ainda se encontra em situação de  
478 urgência; nesse caso ele deverá ser adequadamente acolhido e priorizado pela Central de  
479 Regulação de Urgências, como se fosse um atendimento em domicílio ou em via pública; e (3) A  
480 Portaria GM/MS Nº 1.600/2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e  
481 institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Abordou as  
482 normativas, esclarecendo que são funções da gestão, decidir os destinos hospitalares não  
483 aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a  
484 melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o  
485 atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação  
486 de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente  
487 baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações  
488 periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência,  
489 exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional,  
490 comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência; o médico regulador de  
491 urgências regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa  
492 que envolverá a regulação médica das transferências inter-hospitalares, bem como das  
493 internações. Diante do exposto acima, a Coordenação do NUAEM/COPAS propôs as seguintes  
494 medidas: **a)** Todas as solicitações de transferências entre unidades de saúde em que o quadro  
495 clínico do paciente se caracterize fora do perfil de atendimento da unidade de origem, com  
496 necessidade de atendimento de complexidade além da pactuada, serão consideradas como  
497 regulação primária, devendo ser regulada pela Central de Regulação de Urgências do SAMU 192  
498 Ceará, com o médico regulador utilizando-se, se necessário, do princípio de vaga-zero; **b)** IAM  
499 diagnosticado dentro da chamada “janela terapêutica”; **c)** AVC agudo que preenche critérios para  
500 trombólise; **d)** Vítimas de politraumatismo atendidas em UPAs ou HPPs, urgências obstétricas  
501 em UPAs; **e)** Vítimas de perfurações por arma branca ou arma de fogo que apresentem risco  
502 iminente de morte. Informou que essas medidas foram encaminhadas via memorando circular  
503 Nº01/2016, datado de 04 de janeiro de 2016, para SAMU Ceará, SRU, CRIFOR, CRESUS e  
504 Coordenadorias Regionais de Saúde. **Alex** colocou que está plenamente de acordo, pois essa é  
505 uma questão que foi debatida com o Felipe e com a coordenação do SAMU Ceará. Mas advertiu  
506 que tem que ser feita a transição da lógica que vem sendo implantada que é pela origem do  
507 paciente para a análise do quadro clínico. E entende que sempre que o paciente está num  
508 ambiente de uma unidade de saúde, tanto a normatização que foi apresentada quanto a política  
509 nacional de regulação é clara, se o paciente estiver em situação de emergência e a unidade não  
510 tiver os recursos necessários ao seu cuidado deve ser transferido pelo SAMU, é como se  
511 estivesse no seu domicílio ou em via pública. Citou o exemplo de uma paciente vítima de uma  
512 agressão por arma de fogo em Limoeiro do Norte, que primeiro foi solicitada vaga ao IJF através  
513 da CRESUS, que por se tratar de uma situação de urgência tinha que ter sido feita pela Central  
514 do SAMU, segundo tiro no abdômen é secundário se não tiver suspeita de lesão vascular ou  
515 neurológica tem que ser encaminhado para o hospital pólo. Acontece que o hospital de Limoeiro  
516 do Norte está fechado, então o paciente deveria ir para Russas para avaliação do cirurgião ou  
517 para qualquer outro hospital localizado no trajeto, como não existe nenhum, o paciente tem que  
518 vir para o Frotinha. Alertou que como se encontrava de plantão no IJF, recebeu ligações da  
519 CRESUS e da Central do SAMU, e este é um caso de urgência e deveria ser regulado pela  
520 Central do SAMU. Esse paciente não precisava de leito e sim de centro cirúrgico. É fundamental

521 esse entendimento para evitar o óbito do paciente, e destacou a importância de se fazer essa  
522 transição com responsabilidade, e que o paciente possa ser regulado pela Central do SAMU.  
523 **Marília Andrade**, médica coordenadora da Central de Regulação SAMU Ceará, agradeceu a  
524 oportunidade de está participando dessa reunião com os gestores municipais para tratar sobre a  
525 regulação de pacientes em caso de urgência. Nesta situação não tem que discutir quem deve  
526 regular, este papel é do médico regulador do SAMU. O Felipe foi muito claro na sua explanação,  
527 mas temos que fazer alguns destaques: primeiro quando o médico solicitante de uma unidade  
528 hospitalar liga para a Central de Regulação do SAMU e diz que tem um paciente com infarto e é  
529 vaga zero, portanto quer que seja regulado para o Hospital de Messejana. Não é assim, só enviar  
530 a ambulância para fazer a transferência do paciente para o hospital. Vaga zero não significa  
531 recurso zero, esse paciente precisa de oxigênio, hemodinâmica, e de outros recursos, o hospital  
532 pode até não ter leito, mais precisa dispor destes recursos; segundo o médico regulador entende a  
533 necessidade do paciente e o conceito vaga zero, mas o médico solicitante e o gestor do município  
534 têm que entender a visão geral do sistema, como foi dito aqui a situação da saúde está muito  
535 difícil. Então temos muitas complicações na saúde e levar o paciente em vaga zero não significa  
536 levar o paciente em recurso zero. Regular um paciente com AVC que se encontra na janela, com  
537 menos de 4 horas e meia, tem que ser analisado o tempo de deslocamento. E se o paciente teve  
538 crise convulsiva não adianta encaminhar para o HGF, pois ele vai voltar para o hospital  
539 municipal, pois não se faz trombolítico num paciente assim. Então esses detalhes têm que ser  
540 vistos, para que o paciente não sofra. E solicitou que os gestores repassem para os médicos dos  
541 hospitais essas informações e que compreendessem essa situação. **Felipe** colocou que em relação  
542 a fala da Marília, o NUAEM normatizou que a regulação do paciente deverá ser feita pela  
543 Central de Regulação das Urgências. De início o grande problema era saber quem regula o que,  
544 mas agora é saber se a regulação irá transferir o paciente, e isso dependerá muito de como se  
545 encontra a rede. **Josete** colocou que nesta atual gestão é a primeira vez que é apresentada uma  
546 proposta técnica da SESA para reordenar a regulação do acesso. Fico feliz de saber que tem uma  
547 equipe técnica concentrada nessa temática, que é uma aflição para todos nós. E sempre faço um  
548 esforço para entender se a proposta apresentada busca resolver os problemas dos pacientes ou se  
549 trata de um protocolo puramente administrativo. Todos nós sabemos das inúmeras barreiras e  
550 dificuldades nessa área. E fez as seguintes perguntas: 1ª. Se toda a normatização elaborada tinha  
551 sido feita com o propósito de resolver os problemas do fluxo de acesso dos pacientes em situação  
552 de urgência? 2ª Se essa proposta foi conversada com os dirigentes e profissionais das centrais de  
553 regulação e com a direção dos hospitais? Em seguida justificou que fez essas perguntas por que  
554 no seu município uma pessoa sofreu um acidente e a uma ambulância do SAMU estava  
555 estacionada a 03 quadras do local do acidente, tudo foi regulado para o SAMU, no entanto a  
556 vítima passou 45 minutos estendida no chão, porque a ambulância do município não podia fazer  
557 o transporte por se tratar de um procedimento inerente ao socorrista do SAMU, e a ambulância  
558 do SAMU só podia vir quando da autorização formal da Central, resultado os moradores  
559 colocaram a vítima encima de uma porta e levaram para UPA. Destacou que se trata de uma boa  
560 proposta mais tem que ser informada para todos os atores que atuam no sistema, pois não se deve  
561 achar que apenas com um protocolo se resolverá uma questão tão complexa. E propôs que após  
562 90 dias da sua aprovação seja apresentado um relatório de acompanhamento do processo de  
563 implantação para que as correções necessárias sejam feitas. **Teresa Cristina** colocou que o  
564 protocolo é simples mais muito complexo. O protocolo é esse OK. E indagou: como vamos  
565 aplicar protocolos em vidas humanas? Se nesse momento não tem só o paciente e o médico, tem  
566 toda a família, amigos e políticos e a rádio local dizendo que o paciente vai morrer a míngua e a  
567 culpa é do município. Recentemente um paciente de Morada Nova com AVC, pela demora no  
568 trânsito, perdeu a janela e ao chegar ao HGF não foi atendido, e a família ficou perguntando por  
569 que o paciente tinha voltado. A população já sabe que existe um medicamento que no caso de  
570 AVC o paciente tem que tomar nas 4 horas e meia, e fica indagando porque o hospital não dar  
571 esse medicamento para o paciente. Então essa fala tem que ficar na porta de entrada dos hospitais  
572 pólio. O SAMU é um serviço excelente. Já salvou quantas vidas? Mas também quantas vidas

573 esses protocolos já tiraram da terra? Os protocolos têm que ser vistos de forma mais humanizada.  
574 As centrais de regulação não se comunicam, e muitas vezes o gestor municipal tem que colocar o  
575 paciente na ambulância municipal e enviar mesmo sem regulação. Propôs que seja feito um  
576 fórum com os médicos das emergências dos hospitais e das UPAs para divulgar esses protocolos  
577 e unificar as condutas. **Mozart Ney**, gerente da Central de Regulação de Fortaleza, parabenizou  
578 o Felipe pela proposta e destacou alguns pontos da fala do Josete, dizendo que quando se fala de  
579 regulação logo se trás a tona o paciente que deixou de ser transferido ou não foi atendido porque  
580 faltou recurso, porque se achava que era vaga zero. Quando se analisa o que acontece com a rede  
581 observa-se no caso do IJF que no domingo amanhece em média 170 pacientes, dos quais 60% a  
582 70% são pacientes de perfil de atendimento secundário. Então a rede tem que ter regulação em  
583 todos os pontos de atenção. No HGCC de 50 gestantes vindas do Interior, a grande maioria é  
584 para parto de risco habitual, e se fala de uma gestante com eclampsia que não conseguiu chegar  
585 neste hospital. O hospital terciário fica com capacidade limitada para fazer atendimentos  
586 terciários. Mas é um fato que a rede secundária vem sofrendo desestruturação não só na Capital,  
587 mas a Capital é o fim de linha, temos que atender. Se não começarmos a transferir os casos mais  
588 graves para os hospitais terciários não tem recursos que dê conta. O mais difícil para o SAMU  
589 não é trazer o paciente em vaga zero, ruim é que ninguém gosta de levar um não. O Felipe do  
590 NUAEM está assumindo uma grande responsabilidade em definir quais as responsabilidades da  
591 CRESUS e da Central de Regulação do SAMU, a quem os gestores devem cobrar essas  
592 responsabilidades do tempo dependente. A Rede eu credito que hoje está destruída, sucateada,  
593 faltam profissionais, faltam recursos e aí é só colocando para frente. O simples está lotando e o  
594 grave está morrendo. Então é assim, regular não é só a parte do recurso mais complicado, a vaga  
595 zero muitas vezes ela tem que ser feita quando o recurso entra para fazer a diferença na vida do  
596 paciente. O Josete falou sobre a alta permanência de pacientes nas UPAs aguardando  
597 transferência, tem que se trabalhar com protocolos para saber o que tem que ser transferido. Todo  
598 dia se recebe ação judicial para transferir pacientes que já se encontram em fase terminal, é  
599 muito complexo. E pede um pouco de sensibilidade dos gestores, os casos que deveriam ir e não  
600 vão chocam, mas quantos casos não deveriam está chegando aos hospitais terciários? **Marília**  
601 **Andrade** respondendo a Teresa, disse que em relação ao protocolo de AVC foram feitas reuniões  
602 informativas em todos os hospitais localizados na área de abrangência do SAMU Ceará,  
603 destacando todos os pontos relevantes deste protocolo. E sabemos que a família está junto do  
604 paciente, mas temos que ser firme e os médicos devem explicar que não faz diferença para o  
605 paciente se ele chegar fora da janela. Colocar o paciente numa ambulância sem estrutura não é  
606 heroísmo é irresponsabilidade. Transferir o paciente com o SAMU é muito mais responsável. É  
607 mais trabalhoso e mais oneroso esperar uma regulação, mas é muito mais responsável. Com  
608 relação ao SAMU a regulação é muitas vezes difícil, porque temos uma grande dificuldade de  
609 contato com os hospitais terciários, principalmente com a chefia da equipe, o faz com que a  
610 Regulação do SAMU transfira o paciente sem esse contato prévio, dado que as ambulâncias  
611 dispõem de recursos básicos para transportar o paciente com segurança. **Após as discussões, o**  
612 **Protocolo apresentado pelo NUAEM foi pactuado, bem como as propostas sugeridas pelo**  
613 **Presidente do COSEMS de que sua divulgação seja feita junto a todos os atores que atuam**  
614 **no Sistema e de que a Chefia do NUAEM/COPAS, após 90 dias da data de sua aprovação,**  
615 **apresente a esta Comissão relatório de acompanhamento do processo de sua implantação.**  
616 **Item 1.4 – Pactuação dos Indicadores e Diretrizes para elaboração do Plano Estadual de**  
617 **Atenção Oncológica,** de acordo com a organização da Rede de Atenção às Pessoas com  
618 Doenças Crônicas (RAPDC), conforme Portaria SAS/MS Nº 140/2014 e Portaria SAS/MS Nº  
619 181/2016. Ivonete Pereira Cavalcante Vieira, técnica do NUAP/COPAS pediu para apresentar a  
620 proposta na próxima reunião e o assunto saiu de pauta. **Item 1.5 – Homologação do contrato**  
621 **firmado entre o gestor municipal de Barbalha e a Fundação Otília Correia Saraiva,**  
622 mantenedora do Hospital do Coração do Cariri, conforme Política Nacional de Atenção  
623 Hospitalar (PNHOSP), de acordo com a Portaria GM/MS Nº. 3.410/2013. **A CIB homologou o**  
624 **referido Contrato. Item 1.6 – Solicitação de Credenciamento/Habilitação de 01 (um) leito**

625 **da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II do Hospital Geral Dr. Waldemar**  
626 **Alcântara - HGWA, município de Fortaleza. (NUAEM/COPAS).** Vera apresentou a proposta,  
627 **que foi aprovada pela CIB. Item 1.7- Homologação das propostas cadastradas no FNS, de**  
628 **Emendas Parlamentares** apresentadas pelos municípios referentes à aquisição de equipamentos  
629 e material permanente, conforme Portaria MS Nº. 3.134, de 17 de dezembro de 2013. A  
630 **Comissão Intergestores Bipartite, após ouvir os pareceres e as informações sobre os pleitos**  
631 **dos municípios de Aquiraz, Farias Brito, Jati, Missão Velha, Pacatuba, Penaforte e Salitre**  
632 **aprovou as solicitações de cadastramento. Item 1.8 – Prestação de contas dos recursos**  
633 **federais destinados para as atividades de Educação Permanente em Saúde a cargo da ESP-**  
634 **Ce.** A Dra. Fátima Elias, técnica da ESP, solicitou a retirada deste assunto da pauta, e que será  
635 discutido na próxima reunião da CIB/CE. **Item 1.9 – Formalização da Resolução Nº. 40-**  
636 **A/2016 da CIB/CE, datada de 22 de abril de 2016,** emitida por ad referendum, que trata da  
637 solicitação de aumento do limite financeiro do bloco de MAC no valor mensal de R\$  
638 5.342.097,50 (cinco milhões, trezentos e quarenta e dois mil, noventa e sete reais e cinquenta  
639 centavos) com repercussão anualizada de R\$ 64.105.170,00 (sessenta e quatro milhões, cento e  
640 cinco mil e cento e setenta reais), sendo que no mínimo metade deste valor, seja repassado ainda  
641 este ano, sob gestão estadual. **Item 1.10 – Relatório sobre o abastecimento dos insumos para**  
642 **realização do teste do pezinho.** Ricardo Carvalho de Azevedo e Sá, técnico do LACEN,  
643 afirmou que o Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN tem cobertura nos 184  
644 municípios do Estado, e faz a triagem neonatal através do teste do pezinho, já está com a  
645 situação dos insumos regularizada e que os municípios já podem encaminhar as amostras de  
646 sangue ao LACEN para a realização dos testes. Antes de finalizar esta reunião **Wilames pediu a**  
647 **palavra para relatar a situação atual da 1ª CRES,** colocando que os municípios da Região de  
648 Saúde de Fortaleza se encontram com muitos problemas e é vergonhoso o que está acontecendo,  
649 desmancharam a 1ª CRES e não deram nenhuma satisfação aos municípios participantes. Os  
650 gestores municipais não têm a quem recorrer e não se tem explicação do que irá acontecer.  
651 Ressaltou que já temos problemas na CRES do Crato, no entanto o Estado virou as costas para os  
652 municípios, obrigando os prefeitos a bater na porta do Governador para resolver um problema  
653 meramente administrativo; tem problemas na nomeação dos coordenadores regionais, dos  
654 técnicos; desmancharam a 1ª CRES e ainda não fizeram nenhuma discussão com os municípios  
655 para dizer como ficará a situação; e a 22ª Região de Saúde se encontra sem Coordenação  
656 Regional. Falou para a Dra. Lilian que está na hora da SESA reunir os gestores municipais para  
657 buscarem solução para os inúmeros problemas existentes. Acrescentou que estamos vivendo no  
658 Ceará, estado modelo de regionalização no país, o fechamento a mais de 60 dias da 1ª CRES e os  
659 gestores municipais não foram convocados pela SESA para participar de nenhuma reunião para  
660 tratar dessa situação. Se a SESA pretende agrupar regionais de saúde, vamos discutir esse  
661 processo. Não estamos contra nenhuma proposta, estamos contra o desmonte. Não sei onde  
662 iremos chegar, dado as inúmeras dificuldades de relacionamento entre coordenadores regionais,  
663 secretários e técnicos municipais. **Nágela Norões** respondeu dizendo que a Ana Girão será  
664 nomeada Coordenadora Regional da 1ª CRES- Fortaleza e irá coordenar as Regionais de Saúde  
665 de Fortaleza e Cascavel. E que foi solicitado ao Secretário Estadual a criação da 22ª  
666 Coordenadoria Regional de Saúde, os processos devem ser encaminhados para a CORES que  
667 provisoriamente está sendo a sede da 1ª CRES. A Ana Girão irá encaminhar ofício para os  
668 secretários municipais prestando esclarecimentos sobre os novos fluxos. Dra. Lilian esclareceu  
669 que o prédio onde funcionava a 1ª CRES na Rua Olavo Bilac se encontrava com problemas  
670 estruturais, ia cair. E que está sendo feita uma reforma na área onde funcionava o restaurante da  
671 SESA para instalar a 1ª CRES. E a coordenação como a Nágela falou será assumida pela Ana  
672 Girão. Nada mais havendo a tratar, a plenária da Comissão Intergestores Bipartite deu por  
673 encerrada a 5ª reunião de 2016 do referido Colegiado, cuja Ata foi lavrada por mim, Vera  
674 Coêlho, e assinada em folha de frequência pelos membros titulares e suplentes que  
675 compareceram. Fortaleza vinte e cinco dias do mês de abril do ano de dois mil e dezesseis.