

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 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 atenderas 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 estar 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.