

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA
3
4

5 Aos quatorze dias do mês de janeiro do ano dois mil, às nove horas, na sala de
6 reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida Almirante
7 Barroso, 600, nesta capital, Fortaleza, realizou-se a Primeira Reunião Ordinária
8 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará – CIB/Ce.
9 Estiveram participando os seguintes membros: Evaldo Sales Campos,
10 SMDS/PMF, Antônio Ericson Sampaio, Vice - Presidente do COSEMS, Vera
11 Maria Câmara Coêlho, APC/SESA, Maria Imaculada Fonseca, DETEC/SESA,
12 Francisco Evandro Teixeira Lima, DCR/SESA, Maria Neide Alves Teixeira,
13 DECAS/SESA, Moacir Sousa Soares, Presidente do COSEMS, Jurandi Frutuoso
14 Silva, Secretário da Saúde de Pedra Branca, Socorro Martins, Chefe de
15 Gabinete/SESA, Francisco Celso C. Secundino, Secretário da Saúde de Icapuí.
16 Como convidado: José Wellington Lima, FUNASA, Murilo Alves Amaral, SMS -
17 Caucaia, Airton Gurgel Barreto, SMS – Apuiaré, Francisco de Assis F. Maia,
18 SMS de Aracati, Luiz Cardoso Neto, SMS de Cascavel, Cícera Borges de Moura,
19 DEEPI/SESA, Marilac Meireles Barbosa, DEEPI/SESA, Márcia Andréa F.
20 Meneses, SMS de Aquiraz, Rui Darlan Gonçalves, FNS, Maria Amélia Leite,
21 Associação Missão Tremembé – AMITI, Céres Lêda J. Menezes, Neto Nunes,
22 Prefeito de Icó, Norma Grangeiro L.Lima, SMS de Icó, Maria Rúbia P Amâncio,
23 SMS de Icó, Júlia Maria Bastos Aires, SMS de Icó, Dina Côrtez Lima,
24 DEEPI/SESA, Tomaz Martins Júnior, SMS de Sobral, Leni Lúcia Leal Nobre,
25 SMS de Maracanaú, Maria Dalvani Lima Maia, SMS de Limoeiro do Norte. A
26 reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho, a qual deu início à mesma pelo
27 Item 1 da Pauta - Habilitação do Município de Aiuaba, conforme NOB/96. Nos
28 apresentamos no ano passado a solicitação do pleito do município de Aiuaba,
29 último município cearense apresentar solicitação de habilitação segundo a
30 NOB-96, esse município em relação aos recursos da Atenção Básica nos
31 meses de janeiro e fevereiro de 2000 não receberá mais recursos de produção
32 de Atenção Básica nem o Estado poderá receber pois o pleito do Estado
33 deverá ser apreciado pela Tripartite possivelmente em Fevereiro/2000. E o
34 município vai ficar sem receber os recursos de Atenção Básica que vinha
35 recebendo por produção nos meses de janeiro e fevereiro/2000. Nos
36 apreciamos as documentação do município de Aiuaba e verificamos em relação
37 a responsabilidades de Gestão uma fragilidade muito grande. Percebemos a
38 Área de epidemiologia no município encontra-se totalmente descoberta
39 apresentando uma situação de responsabilidade bastante fragilizada, pois o
40 mesmo não está conseguido enviar as informações, nem fazer o monitoramento

41 dos dados disponíveis no sistema local. A outra Área é da Assistência , o
42 município está com baixa cobertura assistencial notadamente na área de
43 atendimento médico – odontológico. Então a Bipartite resolveu não aprovar a
44 habilitação do município sem antes fazer uma discussão com o Poder Executivo
45 Municipal sobre as responsabilidades a serem assumidas nesse nível de
46 gestão. A direção da SESA fez por duas vezes solicitação ao Senhor Prefeito
47 para comparecimento no sentido de discutir todas as questões pendentes em
48 relação a habilitação do município. Ontem mesmo estiveram reunidos o Doutor
49 Anastácio e o Prefeito e ficou acordado que nesta Reunião a Bipartite iria ouvir
50 do representante do município as providencias que o mesmo esta adotando no
51 sentido de assumir as responsabilidades de gestão, para que essa habilitação
52 não represente so lado burocrata de captação de recursos federal, mais sim
53 num momento de melhorias das condições de prestações de serviços de saúde
54 no município. O município de Aiuaba já estava habilitado conforme a NOB-93 na
55 Gestão Incipiente e está pleiteando a Atenção Básica O município tinha PSF,
56 mas pelo fato de não se habilitar conforme a NOB – 96, perdeu os incentivos , e
57 ainda não recebe os recursos dos incentivo de carências nutricional e vigilância
58 sanitária , o único incentivo quer recebe o da assistência farmacêutica porque é
59 liberado para o Estado. Aiuaba é um município muito carente e se faz preciso
60 todo o envolvimento das autoridades Estaduais e Municipais na busca de
61 reverter o quadro atual de saúde do mesmo. Nos vimos também que esse
62 município tem uma taxa de mortalidade infantil muito elevada, não poderia ser
63 diferente já que o município não tem nenhum tipo de assistência permanente e
64 nenhuma estruturação para enfrentamento dos problemas de saúde da
65 população. Estamos contando com a participação da Sra. Rejane Vice – Prefeita
66 do Município de Aiuaba na qual afirma o interesse em assumir as
67 responsabilidades de Gestão da Plena da Atenção Básica. A Vice Prefeita disse
68 ter desativado o PSF por falta de profissional médico, fez um apelo aos
69 membros da CIB-Ce para identificar um médico que queira morar na cidade,
70 pois as dificuldades são grandes. Mas a população vem sendo atendida no
71 hospital e o paciente ao receber alta vai buscar os medicamentos em sua
72 residência. **Moacir** afirma que se faz necessária uma pactuação com o Prefeito
73 e o Secretário de Saúde no sentido da habilitação do município pois o mesmo
74 não pode concordar com a forma atual de assistência prestada no município,
75 com vinculação do paciente ao Prefeito E que considerando as condições
76 insatisfatórias do município, não podemos habilita-lo sem que seja apresentado
77 compromisso do gestor municipal. **Ericson** como o município tem muita
78 dificuldade de recursos humanos, sugere que a SESA se desloque para o
79 município , treine pessoal e ao mesmo tempo promova sua habilitação. **Tomás**
80 – acha que o município está investindo mal e que o DERES tem que se

81 responsabilizar pela assistência neste município. **Imaculada** o município tem
82 que ter maior flexibilidade dos gestores para aceitar as orientações técnica.
83 **Evandro** a atenção primária tem que ser organizada desde o PACS, é
84 importante ter o compromisso formal do Prefeito, pois o mesmo se apresenta
85 resistente as orientações do DERES. Após discussão sobre as dificuldades
86 financeiras que o município vem enfrentando por não esta habilitado segundo a
87 NOB-96 a CIB decidiu habilitar o município de Aiuaba na Gestão Plena da
88 Atenção Básica, mas com o compromisso da SESA de assegurar o suporte
89 técnico para que o município supere as suas dificuldades técnica e
90 administrativas e assuma as responsabilidade de gestão. Item 2 da Pauta -
91 Discussão e Apreciação da Proposta Elaborada pela Coordenação Regional da
92 FUNASA - Ce dos Incentivos para Assistência Ambulatorial e Hospitalar para as
93 Unidades de Atendimento a População Indígena. A Bipartite já promoveu
94 discussão com participação de técnicos da Fundação onde tivemos
95 oportunidade de conhecer a política de atenção as populações indígenas. E
96 identificamos a necessidade do Estado de estruturar o sistema de atendimento
97 hospitalar para essa população lembramos que as Unidades hospitalares
98 dependendo do nível de atendimento terão incentivos diferenciados neste
99 momento deverá ser discutido a Proposta que foi elaborada pela Equipe Técnica
100 da FUNASA com o apoio da SESA e dos municípios envolvidos . A **Ceres** fez
101 inicialmente a distribuição da Portaria no. 1163 de 14.09.1999 e destacou os
102 art.7º e 8º. **Art.7º** - Cria fator de incentivos para assistência ambulatorial,
103 hospitalar e de apoio e diagnostico para unidade com atendimento a população
104 indígena e **Art.8º** - Define que o fator de incentivo que trata o artigo anterior
105 incidirá sobre os procedimentos pagos através do SIH, em percentuais
106 proporcionais a oferta de serviços prestados pelo estabelecimento as
107 populações indígenas, no limite de até 30% da produção das AIH aprovadas.
108 Com base nesta normatização entramos em contato com as Secretarias
109 Municipais de Saúde, com Direção dos Hospitais para que eles fornecessem
110 informações sobre os serviços prestados e se os mesmo tinham interesse de se
111 organizarem para prestar assistência as populações indígenas. Entramos
112 também em contato com os representantes da população e todos, concordaram
113 com a seguinte proposta: **no nível primário:** **Itarema** – com 1400 índios, fará
114 referencia para o Hospital Municipal Natércia Júnior Rios em Itarema-Ce;
115 **Acaraú** - com 100 índios, fará referencia para o Hospital Monsenhor Sabino –
116 Fundação Domingos Fonte em Acaraú-Ce; **Maracanaú** - com 700 índios, fará
117 referência para o Hospital Geral de Maracanaú em Maracanaú-Ce . **Pacatuba**
118 - com 200 índios, fará referência para Unidade Mista Dr. Edmar da Costa
119 Barroso em Pacatuba - Ce; **Caucaia** - com 2.600 índios, fará referência para o
120 Hospital Municipal Alberto Gadelha da Rocha em Caucaia – Ce e **Aquiraz** -

121 com 220 índios, fará referência para o Hospital Geral Manoel A Pires em
122 Aquiraz-Ce. Nos **níveis secundário e terciários** obedece a organização micro
123 e macrorregiões do Estado indicado, os hospitais de **média e alta**
124 **complexidade**: Santa Casa de Misericórdia de Sobral com referência para de
125 Itarema e Acaraú. E para os municípios de Maracanaú, Pacatuba, Caucaia e
126 Aquiraz foram indicados: Hospital Infantil Albert Sabin em Fortaleza - Ce,
127 Hospital Geral de Fortaleza em Fortaleza - Ce, Hospital de Messejana em
128 Fortaleza - Ce. Para as referência de **altíssima complexidade**: os Hospitais
129 Universitários: Hospital das Clínicas Walter Cantídio e Maternidade Escola Assis
130 Chateaubriand, Hospital de Messejana, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital
131 Infantil Albert Sabin todos localizados em Fortaleza. Sendo que os hospitais
132 Universitários foram considerados pela FNS/SAS/MS como de referência
133 obrigatória desta forma não poderão receber os incentivos específicos. **Vera**
134 acha que o Estado tem que assumir a responsabilidade de garantir que esta
135 população possa ter um atendimento de qualidade e adequado aos seus
136 costumes e que estas unidades hospitalares terão que oferecer condições de
137 atendimento adequado para atender as exigências desta Portaria. **Evandro** tem
138 que ser feito um trabalho de informação e sensibilização para as Unidades com
139 respeito os hábitos e costumes indígenas. Indica a necessidade de incluir o IJF.
140 **Amélia** deu exemplo de um paciente indígena que está interno e que não se
141 alimenta de carne, não toma leite e nem chocolate. E que as Unidades precisam
142 ser incentivadas para prestar atendimento diferenciado. O índio anida não sabe
143 dizer onde quer ser atendido. **Leni** – A cultura indígena exige uma prestação de
144 serviço diferenciado. **Wellington** há uma necessidade de mudança da lógica de
145 atendimento com o apoio de antropologista, e deve ser promovido treinamentos
146 para os recursos humanos que trabalhar nestas Unidades. **Neide** discorda da
147 escolha do Hospital Monsenhor Sabino, pois considera que o mesmo não tem
148 resolutividade, o outro Hospital localizado no município é mais resolutivo.
149 **CERES** afirma que a escolha do hospital foi da SMS. Após apreciação e
150 discussão da Proposta de identificação dos Serviços de Assistência Hospitalar
151 para Atenção à Saúde Indígena a CIB tomou as seguintes decisões: 1ª - Aprovar
152 a Proposta com a inclusão do Hospital Mental de Fortaleza e Instituto José Frola
153 em Fortaleza para atendimento de média e/ou alta complexidade. 2ª -
154 Desenvolver um processo de informação e sensibilização junto aos Recursos
155 Humanos das Unidades para atendimento a população indígena, contando com
156 o apoio de um antropólogo. Item 3 da Pauta - Apreciação da Proposta de
157 descentralização da FUNASA – Ce. Na reunião do dia 28/12/99 tivemos um
158 item de pauta Programação Pactuada Integrada – PPI da área de Epidemiologia
159 no qual foi feita uma leitura e discussão sobre a Portaria 1399, de 05/12/99 na
160 qual a CIB decidiu Constituir uma Comissão para estudo e elaboração de

161 proposta para Descentralização das Ações de Controle de Doenças
162 Transmitidas por Vetores contudo, com representantes: da SESA (Francisco
163 Evandro T. Lima, Antônio Carlile Lavor e Luiza de Marilac M. Barbosa),
164 COSEMS (Moacir Sousa Soares e Antônio Ericson A Sampaio) e FUNASA (
165 José Wellington de O Lima, Osvaldo Freire de Farias Filho e Maria José Menese
166 Timbó). Hoje esta Comissão apresentará seus primeiros resultados, a palavra foi
167 dada ao Evandro que iniciou a leitura da Portaria da SESA N.º 61/00 de
168 05/01/00 - Comissão de Descentralização das Ações de Controle de Doenças
169 Transmitidas por Vetores atendendo a Portaria do Ministério da Saúde de No.
170 1.399 de 15/12/1999, sugere que, tendo em vista a complexidade das ações de
171 controle de endemias no Estado do Ceará, se faz necessário, caráter transitório,
172 que essas ações sejam descentralizadas para o nível estadual representante
173 pelos níveis central e de Microrregional da SESA. Esta sugestão se justifica
174 pela estrutura logística hoje existente não permitir a plena e imediata
175 municipalização, por implicar na possibilidade de risco no controle das doenças
176 transmitidas por vetores. Dentro desse ponto de vista propõe-se: 1) A lotação
177 dos servidores da FUNASA em Nível Central e das Microrregião de Saúde. 2)
178 O funcionamento imediato da Célula de Controle das Doenças Transmitida por
179 Vetores, já existente no novo organograma da SESA, com a lotação de técnicos
180 da FUNASA e do Serviço de Controle de Zoonoses da SESA. 3) A manutenção,
181 de forma transitória, da estrutura dos três Distritos da FUNASA, adequando-a à
182 estratégia das Macrorregiões de Saúde. 4) Que as Coordenadorias
183 Microrregionais de Saúde sejam responsáveis pela coordenação das ações de
184 controle de endemias no nível microrregional. Entende-se por coordenação do
185 nível microrregional, o poder decisório dessa instância, respaldado em bases
186 técnicas, de definir as operações referentes à mobilização de recursos humanos
187 e tecnológicos necessárias para o controle das endemias transmitidas por
188 vetores. 5) Que o processo de municipalização seja implementado de forma
189 gradativa, na proporção em que os municípios recebam capacitação técnica,
190 possuam estrutura física e operacional, bem como cumpram requisitos definidos
191 na Portaria do MS 1.399. 6.) A transferência de bens móveis e imóveis para a
192 SESA que deverá ser responsável por sua manutenção em nível central e
193 microrregional. Posteriormente, transferência de bens para os municípios
194 conforme o item 5 acima, após a pactuação microrregional. Conforme
195 estabelecido, esta Comissão apresentará cronograma de descentralização das
196 atividades, no prazo de até 90 dias após a criação da Portaria no. 061/2000 da
197 SESA, para aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite. **Evandro** disse
198 ainda há necessidade de uma decisão política sobre a Proposta, daí a razão de
199 trazer para apreciação da CIB-Ce esta Proposta para apreciação. **Ericson** a
200 Proposta esta coerente com o modelo de atenção do Estado. **Vera** é importante

201 que os representantes do COSEMS-Ce no intervalo das reuniões da Comissão ,
202 façam discussões sobre o assunto com os SMS na busca de informações e de
203 definição de alternativas. **Wellington** a Comissão se reuniu apenas duas vezes
204 e já produziu muito. E concorda com a estratégias apontada pela Vera, de ouvir
205 os municípios. **Moacir** informou que irá desenvolver esta metodologia, estava
206 aguardando que a Comissão tivesse proposta para discutir com os Secretários
207 Municipais. Temos que avaliar esta proposta em conjunto coma a PPI da
208 Epidemiologia. Uma questão a ser bastante discutida e a distribuição dos
209 Recursos Humanos da FUNASA, destacado no o item 5. **Tomaz** é preocupante
210 a interiorização deste trabalho. É que devem existir Fóruns Regionais sob a
211 responsabilidades da SESA. **Socorro** concorda com a Proposta do Tomaz e
212 ressalta a necessidade de que a Proposta política devia ser apreciada
213 inicialmente pelos municípios citou ainda que o Estado firmou Convênio Global
214 com o MS para receber os recursos destinados ao controle das Endemias de
215 Chagas e Leishmaniose no valor R\$ 1.300.000,00 . Após leitura e discussão
216 sobre a proposta elaborada pela Comissão para Descentralização das Ações de
217 Controle de Doenças Transmitidas por Vetores a CIB tomou as seguintes
218 decisões: 1º - Aprovação da Proposta, com a necessidade de definir as diretrizes
219 políticas para subsidiar a PPI na área de Epidemiologia; 2º - Divulgação dos
220 dados epidemiológicos dos municípios que integram as Microrregiões. **Marilac** a
221 PPI – Epidemiologia irá utilizar a base epidemiológica das doenças, estamos
222 aguardando o envio da Proposta Final pelo MS. Item 4 da Pauta - Apresentação
223 dos Projetos para Financiamento junto ao REFORSUS e Estabelecimento de
224 Prioridades. Estamos apresentando as demanda que os municípios
225 encaminharam a CIB, MICRORREGIÃO DE ACARAÚ – Itarema, Bela Cruz e
226 Acaraú; MICRORREGIÃO ARACATI – Cascavel, Pindoretama, Aracati e
227 Beberibe, MICRORREGIÃO BARURITÉ – Baturité, Aracoiaba e Capistrano;
228 MICRORREGIÃO BREJO SANTO – Abaiara, Jati e Penaforte; MICRORREGIÃO
229 CAMOCIM – Martinópole; MICRORREGIÃO CANINDÉ – Madalena e Canindé;
230 MICRORREGIÃO CAUCAIA – Itapajé, Tejuçuoca, Apuiarés, Paraipaba e
231 Paracuru; MICRORREGIÃO CRATEÚS – Monsenhor Tabosa, Crateús,
232 Hidrolândia e Poranga; MICRORREGIÃO CRATO – Crato, Potengi, Araripe e
233 Nova Olinda; MICRORREGIÃO FORTALEZA – Horizonte e Fortaleza;
234 MICRORREGIÃO ICÓ – Cedro, Ipaumirim e Icó; MICRORREGIÃO IGUATÚ –
235 Dep. Irapuan Pinheiro, Iguatú, Piquet Carneiro e Mombaça; MICRORREGIÃO
236 ITAPIPOCA – Trairi, Tururu, Amontada e Itapipoca, MICRORREGIÃO
237 JUAZEIRO DO NORTE – Granjeiro; MICRORREGIÃO LIMOEIRO DO NORTE –
238 Iracema, Jaguaribe e Tabuleiro do Norte; MICRORREGIÃO MARACANAÚ –
239 Palmácia e Pacatuba; MICRORREGIÃO QUIXADÁ – Quixeramobim, Banabuiú,
240 Milhã, Choró, Pedra Branca; MICRORREGIÃO RUSSAS – Russas;

241 MICRORREGIÃO SOBRAL – Freicheirinha, Cariré, Santa Quitéria, Massapê,
242 Pacujá , Ipu, Senador Sá Sobral e Mucambo; MICRORREGIÃO TAUÁ – Tauá,
243 Parambu e Arneiros; MICRORREGIÃO TIANGUÁ – Carnaubal, Croatá, Tianguá,
244 Viçosa do Ceará, Guaraciaba do Norte e São Benedito. E que as demandas não
245 estão coerente com os critérios elaborado pela SESA e COSEMS e divulgamos
246 em reunião na ESP no dia 11/09/99. **Assis** disse que houve dificuldades no
247 processo, o DERES se omitiu, não participando faltando pois o suporte técnico .
248 **Ericson** – quanto as prioridades microrregionais fica muito difícil o seu
249 estabelecimento, pois não existe estrutura organizacional na microrregiões de
250 saúde. **Socorro Martins** não existe recursos para atender estas demandas o
251 que existe e a decisão de buscar os recursos não utilizados pelo Estados junto
252 ao REFORSUS e por está razão a proposta deverá ser coerente com a política
253 de reorganização dos serviços, para que se possa obter êxito nas negociações
254 com o Governo Federal. **Moacir** disse que houve ampla discussão e divulgação
255 dos Critérios por parte do COSEMS. **Jurandi** lembra o compromisso assumido
256 pelo Dr. Anastácio em apresentar as demandas para negociação junto ao
257 Coordenador do REFORSUS. **Tomás** reforça a fala do Dr. Assis e destaca que o
258 DERES não teve interesse de coordenar este processo. **Marcos** diz haver falha
259 na informação, no apoio do nível central e na mobilização dos SMS. **Airton** disse
260 que ate o momento não sabe quando terminou os DERES e começou o
261 Coordenadoria de Micro. **Evandro** se manifesta dizendo que devemos retornar
262 os Projetos para os DERES para que sejam promovidas as discussões e
263 estabelecimento das prioridades. Após discussão a CIB decidiu que os (1)
264 projetos aqui relacionados retornassem aos DERES para discussão e definição
265 das prioridades; (2) fosse promovida uma reunião com os Vice Presidentes do
266 COSEMS e Gerentes Microrregionais na Escola de Saúde Pública no dia
267 26/01/00, com Evandro – DCR e Vera - APC; e uma reunião de orientação para
268 os técnicos da SESA lotados nas Microrregionais na Sala de Reunião do CESAU
269 com Ismênia e Cléa da APC no sentido de fortalecer a assessoraria aos
270 municípios na elaboração dos projetos; (3) aprovar os projetos da Microrregião
271 de Aracati – Equipar Hospital Municipal Eduardo Dias do município de Aracati
272 no valor de 342.625,00 (trezentos e quarenta e dois mil e seiscentos e vinte e
273 cinco reais) e da Microrregional de Baturité – Equipamento para o Hospital
274 Maternidade Santa Isabel do município de Aracoiaba no valor de R\$ 253.334,24
275 (duzentos e cinquenta e três mil, trezentos e trinta e quatro reais e vinte e quatro
276 centavos) por apresentarem coerentes com os critérios definidos por esta
277 Comissão. Item 5 da Pauta - Solicitação de Cadastramento de Equipes do PSF
278 para os Municípios: Solicitação de Cadastramento de equipes do PSF junto ao
279 SIA/SUS para os municípios de Limoeiro do Norte (05), Boa Viagem (02),
280 Tabuleiro do Norte (01), Quixeramobim (03), Pentecostes (03), Quixadá (02) e

281 Aquiraz (01). Todas as solicitações foram aprovadas pela CIB. Item 6 da Pauta -
282 Normas Operacionais do PSF. Vera comunica que a Norma Operacional do PSF
283 revisada pela CIB em 14/01/00 foi homologada pelo Gestor Estadual com
284 exceção do cadastramento do profissional sem a identificação dos mesmos. A
285 CIB concordou com o Veto do Secretário Estadual e decidiu estabelecer a
286 vigência a partir de 1º de janeiro do corrente ano. Item 7 da Pauta - Informe: Item
287 7.1 –Apresentação da Proposta do Grupo Técnico para Elaboração PPI –
288 Epidemiologia quanto aos Critérios para Constituição da Equipe Mínima
289 Municipal. O produto das discussões do Grupo Técnico para Elaboração da PPI
290 da Epidemiologia sobre a equipe mínima em nível municipal para
291 desenvolvimentos das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças foi obtido
292 através das reuniões realizadas nos dias 5 e 12 de janeiro de 2000 na SESA,
293 com a participação dos técnicos da SESA, SMDS de Fortaleza, FUNASA e
294 COSEMS. A proposta é de que a equipe mínima de Epidemiologia e Controle de
295 Doenças, seja parte ou a própria equipe de Vigilância à Saúde, compreendendo
296 a Vigilância Epidemiológica, a Ambiental e o Sistema de Informação. Que se
297 integre a essa equipe a Vigilância Sanitária. Que no momento, a equipe seja
298 composta de um três profissionais de nível superior em tempo integral,
299 dependendo do porte populacional do município, preferentemente, da área da
300 saúde, com qualificação e ou experiência em saúde pública. Se o referido
301 profissional ainda não for dotado dessa qualificação, deverá no prazo máximo de
302 dois anos, capacitar-se pelo menos nos Curso Básico de Vigilância
303 Epidemiológica, Curso Básico de Vigilância Ambiental e no Curso Básico de
304 Sistema de informação, cada qual com carga horária de 40 horas. Proposta da
305 equipe mínima de Epidemiologia: município com população até 50 mil
306 habitantes (165 municípios no Estado que representam 89,8%) 1 (um)
307 profissional de nível superior; municípios acima de 50 mil até 100 mil habitantes
308 (14 municípios que representam 7,6%) 2 (dois) profissionais de nível superior;
309 municípios mais de 100 mil habitantes (5 municípios que representam 2,7%) 3
310 (três) profissionais de nível superior. A equipe conta com pelo menos um
311 profissional de nível médio, tendo o mesmo papel de auxiliar de epidemiologia,
312 capacitado no Curso Básico de Vigilância Epidemiológica e no Curso Básico de
313 Vigilância Ambiental no prazo máximo de dois anos. Em nível de Microrregião da
314 Saúde, deverão haver profissionais da Equipe de Vigilância à Saúde com o
315 Curso de Especialização em Vigilância Epidemiológica e o Curso de
316 Especialização em Vigilância Ambiental. Ambos os cursos estão previstos pelo
317 Projeto VIGISUS, sob a Coordenação da Escola de Saúde Pública do Estado do
318 Ceará. Os técnicos da equipe de Epidemiologia dos níveis Microrregional e
319 Municipal deverão também capacitarem – se em Controle de Doenças
320 Transmitidas por Vetores, através de Curso Básico a ser ainda elaborado por

321 técnicos da FUNASA em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará.
322 Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando
323 que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a
324 presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
325 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, quatorze de
326 janeiro de dois .

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Aos catorze dias do mês de fevereiro do ano de 2000, às quinze horas, na sala de reunião do Conselho Estadual de Saúde – CESAU/SESA, realizou-se a Segunda Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado – CIB-Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Evaldo Sales Costa – SMDS/PMF, Francisco Celso Secundino – Secretário da Saúde do Município de Icapuí, Jurandi Frutuoso – Secretário da Saúde do Município de Pedra Branca, Alexandre Mont’Alverne – DECAS/SESA, Moacir Sousa Soares – Presidente do COSEMS, Maria Vilauva Lopes – Secretária da Saúde do Município de Aratuba, Vera Maria Câmara Coêlho – APC/SESA, Maria Neide Alves Teixeira – DECAS/SESA, José Patriarca Neto – Secretário da Saúde do Município de Maracanaú, Socorro Martins – Chefe de Gabinete/SESA, Francisco Evandro Lima – DCR/SESA, Jocileide Campos – DIS/SESA. Como convidados: Valdênia Maria Paiva – Groaíras, Virgínia Adélia Carvalho – Maranguape, Antônio Tadeu Marques – Nova Russas, Joaquim Leite Neto – Assaré, Júlia Maria Bastos Aires – Icó, Sayonara Moura – Crato, Francisca Marlene Ribeiro, Jaqueline Araújo – Brejo Santo, Rejane Maria Pereira – Santana do Acaraú, Ana Lúcia Torres Alexandre – Itaitinga, Maria Georgina – Chorozinho, Ivanilde Bertulino Muniz – Chorozinho, Carlos Ribeiro Mota Almeida – Quixeramobim, Airton Gurgel Barreto – Apuiarés, José Cavalcante – Quixelô. A reunião foi aberta e presidida por Dra. Vera Coêlho, a qual deu início à mesma pelo item 4 da pauta: Informes: 4.1. Portarias MS/SAS nº4/2000 e nº 9/2000. Foi feita a distribuição das Portarias contendo os seguintes dados: Portaria nº 4/2000, de 06 de janeiro de 2000 – Art. 1º - Determinar que as alterações nos tetos financeiros de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decididas pela respectiva Comissão Intergestores Bipartite – CIB, deverão ser informadas à Secretaria de Assistência à Saúde pela Secretaria Estadual de Saúde, mediante ofício, devidamente assinado pelo seu titular, em que conste: a- número e data da Resolução da CIB que altera o(s) teto(s) financeiro(s); b- o(s) município(s) que teve (tiveram) seu(s) teto(s) alterado(s) e os respectivos valores; c- a data do início da vigência do(s) novo(s) teto(s). § 1º - A informação de que trata este Artigo deverá ser enviada à Secretaria de Assistência à Saúde até o último dia útil do mês anterior à competência em que vigorará o novo teto. § 2º - Não serão realizadas alterações de tetos financeiros retroativos em relação ao prazo estabelecido no parágrafo 1º deste Artigo. Art. 2º - Estabelecer que as alterações de tetos financeiros, cumpridos os trâmites e prazos estabelecidos no Artigo 1º desta Portaria, entrarão em vigor a partir de sua publicação, por intermédio de Portaria desta Secretaria de Assistência à Saúde. Art. 3º - Definir que mudanças operacionais/gerenciais adotadas por Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde

41 ou ainda por Comissões Intergestores Bipartite, que impliquem as alterações nos tetos
42 financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, anteriores à
43 publicação a que se refere o Artigo 2º desta Portaria, serão de exclusiva
44 responsabilidade do Gestor do SUS que as adotar, cabendo a ele, tão-somente,
45 honrar compromissos administrativos/financeiros decorrentes destas mudanças frente
46 aos demais gestores e prestadores de serviços. Art. 4º - Excetuar do cumprimento dos
47 prazos estabelecidos nesta Portaria, apenas na competência janeiro, alterações de
48 tetos decorrentes de ajustes a serem feitos em função da Portaria Conjunta SE/SAS
49 nº 01, de janeiro de 2000 que recompõe os tetos financeiros dos estados e do Distrito
50 Federal, em virtude da inclusão dos Medicamentos Excepcionais no Fundo de Ações
51 Estratégicas e Compensação – FAEC. Em seguida Vera apresentou a solicitação do
52 município de Missão Velha, de mudança das referências dos procedimentos
53 Traumato-Ortopedia ambulatorial e de internação, do Hospital de Fraturas do Cariri
54 para o Hospital São Vicente de Barbalha. Acrescentou que esta demanda gera
55 mudança no teto de dois municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal: o Teto
56 de Juazeiro do Norte e Barbalha. Acrescentou que havia um pedido de mudança do
57 Crato, de que as referências dos procedimentos de tomografia computadorizada que
58 estão incluídos no teto de Barbalha, sejam transferidas para o município do Crato.
59 Após apresentação a CIB aprovou as alterações nos tetos financeiros mensais da
60 área programática: Teto Livre municípios de Barbalha, Crato e Juazeiro do Norte,
61 passando os mesmos para R\$ 305.836,00 (trezentos e cinco mil, oitocentos e trinta e
62 seis reais), R\$ 558.233,00 (quinhentos e cinquenta e oito mil, duzentos e trinta e três
63 reais) e R\$ 569.573,00 (quinhentos e sessenta e nove mil, quinhentos e setenta e três
64 reais) respectivamente. Portaria nº 9, de 13 de janeiro de 2000: Art. 1º - Determinar
65 que, a contar da competência fevereiro de 2000, o conjunto de procedimentos que
66 compõe a Atenção Básica, na tabela do SIA/SUS, passe a vigorar como referência de
67 código e nomenclatura de procedimentos, preservando sua estrutura e consistências,
68 sem fixação de valor. § 1º - Os municípios que necessitem comprar, em caráter
69 complementar, serviços de terceiros para ampliação da oferta de procedimentos que
70 compõem o PAB, deverão definir, de acordo com a legislação em vigor: a) a
71 programação físico-financeira dos serviços a serem comprados; b) as normas, rotinas
72 e mecanismos de controle e avaliação dos serviços prestados, bem como as
73 referências e contra-referências destes serviços; e c) a forma de pagamento dos
74 serviços. § 2º – A forma de pagamento de que trata a alínea “c”, do parágrafo 1º
75 deste Artigo, poderá ser, dentre outras: a) pagamento global a ser repassado a cada
76 prestador de serviços deverá ser definido pelo próprio gestor, de acordo com os
77 critérios que venha a estabelecer; b) remuneração por produção de serviços – neste
78 caso, o gestor deverá estabelecer o valor da remuneração para cada procedimento
79 que compõe o conjunto de procedimentos de Atenção Básica, de acordo com os
80 códigos e as nomenclaturas estabelecidos na Tabela do SIA/SUS. § 3º - As definições

81 objetos dos parágrafos 1º e 2º deste Artigo, deverão ser aprovadas pelo respectivo
82 Conselho Municipal de Saúde. § 4º - Os municípios, que assim desejarem, poderão
83 processar o pagamento da compra de serviços definida na alínea "b", do parágrafo 2º
84 deste Artigo, com seus respectivos valores, por meio do sistema disponibilizado pelo
85 Departamento de Informática do SUS-DATASUS, na forma usual de processamento.
86 Art. 2º - Determinar que os municípios que não disponham em seu território de oferta ,
87 própria ou de terceiros, de serviços capazes de absorver a demanda por ações
88 previstas no PAB e necessários ao pleno atendimento da comunidade, definam, junto
89 ao(s) gestor(es) de outro(s) município(s), a forma de atendimento e encaminhamento
90 de seus pacientes, bem como a forma de repasse dos recursos correspondentes a
91 estes serviços. Art. 3º - Manter a obrigatoriedade do registro dos procedimentos do
92 PAB no Boletim de Produção Ambulatorial – BPA. § 1º - Os gestores deverão
93 alimentar, mensalmente, com as respectivas informações, o Banco de Dados Nacional
94 do SIA/SUS. § 2º - A não alimentação do Banco de Dados Nacional, implicará na
95 suspensão dos repasses de recursos financeiros. Art. 4º - Autorizar que, a contar da
96 competência fevereiro de 2000, as Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde que
97 estejam habilitadas na condição de Gestão Plena do Sistema alterem, de acordo com
98 sua realidade local, os valores de remuneração da totalidade dos procedimentos
99 ambulatoriais constantes na Tabela do SIA/SUS, exceto os procedimentos
100 financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC. § 1º - Os
101 pagamentos da produção ambulatorial continuarão sendo processados pelo sistema
102 disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS. § 2º - As
103 alterações autorizadas neste Artigo, devidamente aprovadas pelo respectivo Conselho
104 de Saúde, deverão levar em conta que os valores de remuneração em vigor na atual
105 tabela do SIA/SUS são referenciais mínimos. § 3º - Deverão ser mantidos os códigos
106 de procedimentos, a nomenclatura, a estrutura e a consistência da Tabela do
107 SIA/SUS. Dra. Socorro Martins propôs que a CIB constituísse um Grupo de Trabalho
108 para apresentar alternativas, através de uma Minuta, para apreciação do Conselho
109 Estadual de Saúde em relação à Normatização complementar a esta Portaria. Após
110 discussão, o grupo ficou assim definido: COSEMS – membros da CIB e
111 representantes da SESA. Item 4.2.: INCA – Instituto Nacional do Câncer – RJ –
112 Convênio Vigilância de Câncer e os Fatores de Risco no Ceará. Dr. Alex informou que
113 será implantado o Registro de Câncer de base hospitalar nos hospitais da rede que
114 tenham SIPAC , e a SESA deverá orientar, coordenar e integrar as informações. Item
115 3 da pauta: Apreciação de solicitação de cadastramento de equipes junto ao SIA/SUS.
116 Foram apresentadas as solicitações de cadastramento de Equipes do PSF dos
117 seguintes municípios: Barreira – 02 (duas) equipes, Chorozinho – 02 (duas) equipes,
118 Viçosa do Ceará – 01 (uma) equipe, Baturité – 02 (duas) equipes, Horizonte – 02
119 (duas) equipes, Palmácia – 01 (uma) equipe, Santa Quitéria – 04 (quatro) equipes,
120 Itaitinga – 01 (uma) equipe, Mucambo – 01 (uma) equipe, Russas – 01 (uma) equipe,

121 Tamboril – 02 (duas) equipes, Brejo Santo – 03 (três) equipes, Jardim – 02 (duas)
122 equipes, Aracoiaba – 01 (uma) equipe, Abaiara – 01 (uma) equipe, Umari – 01 (uma)
123 equipe, Juazeiro do Norte – 03 (três) equipes, Caucaia – 05 (cinco) equipes, todas
124 aprovadas pela CIB. Item 1 da pauta: Definição de estratégias para operacionalização
125 da PPI – 1999-2000. Dra. Vera informou que foi feito a Programação de Ambulatório
126 Especializado em 182 municípios do Estado, e que os municípios de Sobral e
127 Fortaleza não elaboram programação local de assistência ambulatorial. Foram
128 apresentadas 3 Situações para discussão: Situação I – Considerar as programações
129 dos 182 municípios e destinar recursos para Sobral e Fortaleza com base no critério
130 per capita: Recurso SIA/FAE (A) = R\$ 5.990.983,89 (cinco milhões, novecentos e
131 noventa mil, novecentos e oitenta e três reais e oitenta e nove centavos),
132 Programação (182) (B) = R\$ 3.694.908,00 (três milhões, seiscentos e noventa e
133 quatro mil, novecentos e oito reais), Recursos Sobral e Fortaleza (C) = R\$
134 2.296.540,11 (dois milhões, duzentos e noventa e seis mil, quinhentos e quarenta
135 reais e onze centavos). (B) + (C) = R\$ 5.991.448,11 (cinco milhões, novecentos e
136 noventa e um mil, quatrocentos e quarenta e oito reais e onze centavos). (A) – (B + C)
137 = R\$ 464,22 (quatrocentos e sessenta e quatro reais e vinte e dois centavos) (déficit).
138 Situação II – Considerar as programações dos municípios de plena de atenção básica
139 (156) e os tetos atuais dos municípios de plena de sistema municipal: Recursos
140 SIA/FAE (A) = R\$ 5.990.983,89 (cinco milhões, novecentos e noventa mil, novecentos
141 e oitenta e três reais e oitenta e nove centavos), Programação (156 Municípios da
142 Atenção Básica) (B) = R\$ 2.048.934,00 (dois milhões, quarenta e oito mil, novecentos
143 e trinta e quatro reais), Programação (28 Municípios do Sistema Municipal) (C) = R\$
144 5.276.222,00 (cinco milhões, duzentos e setenta e seis mil, duzentos e vinte e dois
145 reais). (B) + (C) = R\$ 7.325.156,00 (sete milhões, trezentos e vinte e cinco mil, cento e
146 cinquenta e seis reais). (A) - (B + C) = R\$ 1.334.172,11 (um milhão, trezentos e trinta
147 e quatro mil, cento e setenta e dois reais e onze centavos) (déficit). Situação III –
148 Considerar as programações dos 182 municípios e Teto Anual de Sobral e Fortaleza:
149 Recurso SIA/FAE (A) = R\$ 5.990.983,89 (cinco milhões, novecentos e noventa mil,
150 novecentos e oitenta e três reais e oitenta e nove centavos), Programação (182) (B) =
151 R\$ 3.694.908,00 (três milhões, seiscentos e noventa e quatro mil, novecentos e oito
152 reais), Teto Sobral e Fortaleza (C) = R\$ 3.924.289,00 (três milhões, novecentos e
153 vinte e quatro mil, duzentos e oitenta e nove reais). (B) + (C) = R\$ 7.619.197,00 (sete
154 milhões, seiscentos e dezenove mil, cento e noventa e sete reais). (A) – (B + C) = R\$
155 1.628.213,11 (um milhão, seiscentos e vinte e oito mil, duzentos e treze reais e onze
156 centavos) (déficit). Programação de Internação - 184 municípios, os quais estão
157 incluídos os municípios de Sobral e Fortaleza, dos R\$ 147.748.000,00 (cento e
158 quarenta e sete milhões, setecentos e quarenta e oito mil reais) só foi programado R\$
159 123.365.000,00 (cento e vinte e três milhões, trezentos e sessenta e cinco mil reais),
160 com o acréscimo de 10% de reajuste da tabela, a orçamentação passa para R\$

161 137.072.222,20 (cento e trinta e sete milhões, setenta e dois mil, duzentos e vinte e
162 dois reais e vinte centavos), a diferença de R\$ 10.675.777,80 (dez milhões, seiscentos
163 e setenta e cinco mil, setecentos e setenta e sete reais e oitenta centavos),
164 corresponde aos incentivos de ensino e pesquisa. Dr. Moacir sugeriu formar uma
165 Comissão de aprofundamento com a representação de 6 municípios de Plena do
166 Sistema Municipal que perdem na Situação II, Fortaleza, Sobral e SESA. Sugestão
167 Aprovada pela CIB. Item 2 da pauta: Distorções apontadas pelo DECAS/SESA na
168 Gestão de Fortaleza. Dr. Alex apresentou as distorções em relação à gestão do
169 município de Fortaleza: Gestão SIH – Processamento das AIH's feito por firma
170 particular; - Metas de internação com uma redução de 10% do valor estabelecido,
171 mesmo com o aumento da nova Tabela, gerando um recurso não aplicado na ordem
172 de R\$ 400.000,00. Gestão SIA – Estabelecimento de um período de apuração da
173 produção de 1º a 30 de cada mês, enquanto todos os demais municípios obedecem a
174 orientação do Estado, que vai dia 21 a 20 do mês subsequente; - Continua o
175 relacionamento Gestor Municipal x Unidades (Estado e Filantrópicos), com base em
176 produção de serviço; - Atraso no repasse do PAB, para a SESA (produção de serviços
177 das unidades próprias) de aproximadamente um mês depois do recebimento. O
178 representante do município de Fortaleza Dr. Evaldo prestou esclarecimento sobre os
179 pontos abordados pelo Dr. Alex, e disse que a CIB/Ce tem que considerar o momento
180 de transição em que passa a SMDS, pois a mesma assumiu recentemente a gestão
181 plena de sistema municipal, e isto exige uma mudança significativa na estruturação
182 interna da Secretaria, bem como cautela para utilização plena dos recursos. Foi com
183 essa base que resolvemos não fazer uso da totalidade dos recursos repassados no
184 mês. Dentre alguns dias estas questões serão sanadas. A CIB/CE entendeu a posição
185 de Gestão de Fortaleza, mas reforçou a necessidade de que estas questões sejam
186 enfrentadas com seriedade, e que as decisões do Gestor de Fortaleza sejam sempre
187 pautadas nas normas do SUS no Estado. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por
188 encerrada a reunião, determinando que eu, Ana Lídia Lima Solon, servindo como
189 secretária, lavrasse a presente Ata que vai por assinada e pelos membros da
190 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado. Fortaleza, quatorze de
191 fevereiro do ano dois mil.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

2 ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA

3
4
5 Aos dez dias do mês de março de 2000, às nove horas, na sala de reunião do
6 Conselho Estadual de Saúde – CESAU/SESA, realizou-se a terceira Reunião
7 Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado – CIB-Ce.
8 Estiveram participando os seguintes membros: Evaldo Sales Costa – SMDS/PMF,
9 Jurandi Frutuoso – Secretário da Saúde do Município de Pedra Branca, Alexandre
10 Mont'Alverne – COPOS/SESA, Maria Vilauva Lopes – Secretária da Saúde do
11 Município de Aratuba, Paola Colares de Borba – CODAS/SESA, Vera Maria Câmara
12 Coêlho – Célula de Política e Planejamento/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão -
13 COVAC/SESA, Francisco Evandro T. Lima – COMIRES/SESA, Socorro Martins –
14 Chefe de Gabinete/SESA, Diana Carmem Oliveira – COVAC/SESA. Como
15 convidados: Olga Cordeiro Botelho Vasconcelos – Ibiapina, Lúcia Helena Gondim –
16 Jaguaribe, Elizabete Xavier – Itaitinga, Nivia Vasconcelos Portela – Itaitinga, Ana
17 Lucia Tavares – Itaitinga, Ítalo Bezerra Paulino – Iguatu, Mário Lúcio Matildes –
18 Pindoretama, Ir. Blanca de Queiroz – Canindé, Maria Terezinha Albuquerque – Cedro,
19 Albenice Oliveira – Amontada, Maria do Rosário Rodrigues – Acaraú. A reunião foi
20 aberta e presidida por Vera Coêlho a qual deu início pelo item 9. Informes: 9.5. Nova
21 Composição da CIB – Nova Estrutura. Informou que a CIB está com nova composição
22 devido à mudança da Estrutura Organizacional da SESA. A seguir fez a apresentação
23 dos novos componentes: Membro Efetivo e Presidente da CIB – Anastácio de Queiroz
24 Sousa – Secretário da Saúde do Estado, Suplente – Socorro Martins – Chefe de
25 Gabinete/SESA; Efetivo – Alexandre Mont'Alverne Silva – Coordenador de Políticas
26 em Saúde/SESA, Suplente – Luiza de Marilac Meireles Barbosa – Coordenadora de
27 Políticas em Saúde/SESA; Efetivo – Lilian Alves Amorim Beltrão – Coordenadora de
28 Vigilância, Avaliação e Controle/SESA, Suplente – Diana Carmem Almeida de Oliveira
29 – Coordenadora de Vigilância, Controle e Avaliação/SESA; Efetivo – Paola Colares de
30 Borba – Coordenadora de Desenvolvimento, Apoio e Atenção à Saúde, Suplente –
31 Maria Imaculada Fonseca – Gerente da Célula de Apoio e Organização do Nível de
32 Atenção Primária; Efetivo – Francisco Evandro Lima – Coordenador das Microrregiões
33 de Saúde, Suplente – Nágela Maria dos Reis Norões – Assistente Técnica das
34 Microrregiões de Saúde; Efetivo – Moacir Sousa Soares – Presidente do COSEMS,
35 Suplente – Antônio Ericson Sampaio – Vice - Presidente do COSEMS; Efetivo - Luis
36 Odorico Andrade – Secretário da Saúde de Sobral, Suplente – José Patriarca Neto –
37 Secretário da Saúde de Maracanaú; Efetivo – Jurandi Frutuoso Silva – Secretário da
38 Saúde de Pedra Branca, Suplente – Joab Soares de Lima – Secretário da Saúde de
39 Iguatu; Efetivo – Francisco Celso Secundino – Secretário da Saúde de Icapuí,
40 Suplente – Maria Vilauva Lopes – Secretária da Saúde de Aratuba; Rose Mary Freitas

41 Maciel – Secretária Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS/PMF, Suplente –
42 Evaldo Sales Costa – Coordenador da Saúde da Secretaria Municipal de
43 Desenvolvimento Social/PMF. Após apresentação Vera abordou a necessidade da
44 ampliação da representatividade da CIB com mais um membro da SESA, o qual seria
45 ocupado pela Gerência da Célula de Política e Planejamento Estratégico – Vera
46 Coêlho, e da representação dos municípios, até que haja uma definição quanto à
47 responsabilidade conjunta em relação à secretaria executiva do Conselho Estadual e
48 da CIB. A seguir foi apresentado o item 5 da pauta: Relatório da Auditoria do DECAS
49 – Município de Itaitinga. De acordo com a Auditoria foi identificado que a forma de
50 registro no atendimento não estava de acordo com as normas do PSF. As assinaturas
51 das fichas de registro de atendimento ocorria quando as pessoas estavam
52 aguardando atendimento. E a justificativa era a falta de funcionários e economia de
53 tempo. O outro ponto colocado como crítico foi o registro do atendimento coletivo.
54 Segundo a Auditoria foi confirmada, através de visita domiciliar, o atendimento da
55 grande maioria dos registrados. A conclusão, é que estes registros foram feitos e
56 alguns deles não estavam compatíveis com a atividade notadamente no que se refere
57 ao atendimento coletivo. A conclusão final, é que houvesse uma identificação, para a
58 coordenação do PSF, no sentido do conhecimento de toda essa situação apontada,
59 na busca de trabalhar com o município na estruturação desse serviço, inclusive dos
60 instrumentos de registro de atendimento nessas unidades, notadamente de
61 atendimento ao PSF. Encaminhar este processo para ser apreciado pelo próprio
62 Conselho Municipal em termos de conduta que estava sendo adotada pelo próprio
63 sistema. Item 6 da pauta: Apreciação dos Subprojeto-s a serem financiados pelo
64 REFORSUS. Inicialmente Vera colocou alguns informes gerais do REFORSUS: 1.
65 Encontra-se em negociação com os agentes financiadores do REFORSUS, o BIRD e
66 o BID, a possibilidade de prorrogação dos prazos de vigência previstos para execução
67 dos projetos financiados com recursos provenientes do REFORSUS (BID: Max./ 2001
68 e BIRD: Dez./ 2000) . A mesma Comissão Nacional que discute a prorrogação do uso
69 dos recursos do REFORSUS, negocia, também, novos repasses financeiros
70 correspondentes a 20% do valor do contrato global em vigor. Entretanto, há
71 resistência por parte da direção dos bancos, tendo em vista o fato de estar havendo
72 lentidão e atrasos no processo de prestação de contas dos recursos já liberados 2.
73 Todos os estados brasileiros deverão estar encaminhando, até o dia 20 de março,
74 para a Coordenação Nacional do REFORSUS, um relatório sobre o andamento dos
75 projetos financiados pelo REFORSUS. Assim todos os municípios que se encontram
76 em atraso com sua prestação de contas, deverão fazê-lo, impreterivelmente, até a
77 data estabelecida sob pena de estar prejudicando as negociações nacionais em
78 curso. No Estado do Ceará os municípios que estão com pendência em sua prestação
79 de contas: Umirim, São Luis do Curu, Itaitinga, Capistrano, Madalena, Maranguape,
80 Morada Nova, Nova Olinda, Ocara, Penaforte, Pereiro, Quixadá, Solonópole , Tauá,

81 Bela Cruz, Banabuiú, Morrinhos, Abaiara, Caucaia e Gen. Sampaio. Com relação ao
82 município de Fortaleza: Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Gentil Barreira, Hospital
83 de Messejana, Hospital Pontes Neto, Hemoce e Centro Integrado de Diabetes e
84 Hipertensão. 3. Saldo do Estado do Ceará, em 18 de fevereiro, dos recursos
85 REFORSUS era de R\$ 1.760.000,00 (um milhão, setecentos e sessenta mil reais).
86 Este recurso total será utilizado para financiar os Subprojeto-s provenientes das
87 microrregiões de saúde aprovados pela CIB/Ce segundo critérios pactuados
88 anteriormente (Subprojeto-s com impacto microrregional, que possibilitem a
89 organização da atenção secundária em nível hospitalar). Foram apreciados um total
90 de 38 Subprojeto-s compreendendo um valor global de R\$ 9.209.832,00 (nove
91 milhões, duzentos e nove mil, oitocentos e trinta e dois reais). A seguir informação
92 sobre a situação dos Subprojeto-s apreciados, por microrregião: MICRO - Fortaleza;
93 Municípios: Chorozinho e Horizonte; Parecer da CIB: Unidades hospitalares sem
94 perfil/ potencial para atendimento secundário; MICRO - Caucaia; Municípios: Itapajé,
95 Caucaia e Paraipaba; Parecer da CIB: Apenas a unidade de Caucaia (pública
96 municipal) apresenta o perfil / potencial / aprovado; Proj. / Valor Aprovado: R\$
97 141.506,00 (cento e quarenta e um mil, quinhentos e seis reais). MICRO: Itapipoca;
98 Municípios: Amontada, Trairi e Itapipoca; Parecer da CIB: todas as unidades sem
99 perfil. MICRO: Acaraú; Municípios: Itarema , Cruz, Acaraú e Bela Cruz; Parecer da
100 CIB: Todas as unidades sem perfil. MICRO: Russas; Município: Russas; Parecer da
101 CIB: Com perfil. / filantrópica / aprovado com revisão dos equipamentos; Proj. / Valor
102 Aprovado : R\$ 435.500,00 (quatrocentos e trinta e cinco mil quinhentos reais).
103 MICRO: Iguatu; Município: Iguatu; Parecer da CIB: Hospital Regional: Subprojeto -
104 aprovado com revisão de equipamentos. Hospital Agenor Araújo / filantrópico: Embora
105 com perfil, não houve aprovação do objeto do projeto (implementação da área
106 materno - infantil) pelo fato do Hospital Regional já estar cadastrado como unidade de
107 atendimento a gestante de alto risco. Proj. / Valor Aprovado: Hospital Regional: área
108 de urg. / emergência R\$ 303.536,00 (trezentos e três mil, quinhentos e trinta e seis
109 reais). MICRO: Maracanaú; Municípios: Maranguape e Redenção; Parecer da CIB:
110 Apenas o Subprojeto de Maranguape foi aprovado (Hosp. Gov. Gonzaga Mota); Proj. /
111 Valor Aprov. : R\$ 145.960,00 (cento e quarenta e cinco mil, novecentos e sessenta
112 reais) MICRO: Camocim; Municípios: Martinópolis e Camocim; Parecer da CIB:
113 Unidade Martinópolis sem perfil. Hospital Dep. Murilo Aguiar, Camocim, com perfil /
114 filantrópico / aprovado mediante pacto com o Secretário de Saúde para funcionamento
115 da unidade no que se refere a garantia de recursos humanos . Proj. / Valor Aprovado:
116 Área urg. / emerg. , pediatria / obstetrícia. R\$ 241.273,00 (duzentos e quarenta e um
117 mil, duzentos e setenta e três reais). MICRO: Baturité ; Municípios: Baturité e
118 Aracoiaba ; Parecer da CIB: Hosp. José Pinto do Carmo (Baturité): aprovado
119 parcialmente, tendo sido retirado os equipamentos do centro cirúrgico e do laboratório.
120 As demais áreas foram aprovadas com revisão dos equipamentos. Hospital Santa

121 Isabel (Aracoiaba): aprovado; Proj. / Valor Aprovado: Hospital José Pinto do Carmo:
122 centro obstétrico (a ser compatibilizado com projeto gestante de risco) e pediatria.
123 Hospital Santa Isabel: área urg. / emergência- R\$ 301.839,00 (trezentos e um mil,
124 oitocentos e trinta e nove reais). MICRO: Quixadá; Municípios: Banabuiú e Pedra
125 Branca; Parecer da CIB: Ambas unidades sem perfil. A micro poderá se reunir e
126 apresentar um novo Subprojeto-. MICRO: Canindé; Municípios: Canindé e Madalena;
127 Parecer da CIB: Canindé: embora com perfil, não houve aprovação (proj. com
128 componente de obras). Poderá ser reapresentado caso haja prorrogação do contrato
129 do REFORSUS. Madalena: Unidade sem perfil. MICRO: Crato; Município: Araripe;
130 Parecer da CIB: Unidade sem perfil. MICRO: Juazeiro do Norte; Município: Barbalha;
131 Parecer da CIB: Hospital São Vicente de Paula: com perfil. / aprovado com revisão de
132 equipamentos: Proj. / Valor Aprovado: Área: Oncologia- R\$ 824.670,00 (oitocentos e
133 vinte e quatro mil, seiscentos e setenta reais). MICRO: Icó; Municípios: Cedro e Icó;
134 Parecer da CIB: Discussão adiada dos dois Subprojetos. Aguardando conclusão do
135 estudo realizado por uma comissão da SESA. Proj. / Valor Aprovado: Cedro: centro
136 cirúrgico / ag. / transfusional – R\$ 106.986,00 (cento e seis mil, novecentos e oitenta e
137 seis reais) . Icó: urg. / emergência- R\$ 319.340,00 (trezentos e dezenove mil,
138 trezentos e quarenta reais). MICRO: Limoeiro do Norte; Município: Limoeiro do Norte;
139 Parecer da CIB: Hospital Regional - aprovado , necessitando ser refeito (inclusão de
140 um mamógrafo) ; Proj. / Valor Aprovado: urg. / emerg. – R\$ 133.890,00 (cento e trinta
141 e três mil, oitocentos e noventa reais). MICRO- Tianguá; Parecer da CIB. Projeto
142 deverá ser refeito. MICRO: Crateús; Município: Crateús e Nova Russas; Parecer da
143 CIB: Nova Russas sem perfil. Crateús aprovado com revisão dos serviços (perfil) e
144 equipamentos; Proj. / Valor Aprovado: urg./ emerg. – R\$ 432.000,00 (quatrocentos e
145 trinta e dois mil reais). MICRO: Sobral; municípios: Catunda, Frecheirinha, Ipu,
146 Hidrolândia, Santa Quitéria, Senador Sá; Parecer da CIB: Com exceção da unidade
147 do Ipu, todas as demais não apresentam perfil. Ipu: aprovado com revisão do projeto e
148 pactuação dos Secretários de Saúde que em potencial poderiam enviar pac. para o
149 Ipu; Proj. / Valor Aprovado: R\$ 238.770,00 (duzentos e trinta e oito mil, setecentos e
150 setenta reais). A CIB decidiu que a SESA irá convocar os Secretários de Saúde dos
151 Municípios com os sub - projetos aprovados para adequação dos mesmos, e na
152 próxima reunião deverá discutir sobre os critérios que nortearão a escolha dos sub -
153 projetos aprovados que serão considerados prioritários para recebimento dos recursos
154 do saldo financeiro do REFORSUS. Os que não forem selecionados como prioritários
155 deverão aguardar a finalização das negociações de prorrogação da vigência do
156 contrato do REFORSUS. Item 1 da pauta: Apresentação de solicitação de Incentivo
157 para o Hospital Geral de Crateús- Sistema de Referência Gestante de Alto Risco. Na
158 microrregião de Crateús o Hospital que foi selecionado para atendimento à gestante
159 de Alto Risco foi o Hospital Geral de Crateús, e um hospital privado, está em nível de
160 atenção secundária, e isso representa a necessidade de incorporar ao teto de Crateús

161 a importância de R\$ 8.168,63 (oito mil, cento e sessenta e oito reais e sessenta e três
162 centavos) correspondente a orçamentação deste incentivo. A CIB aprovou e
163 recomendou que fosse feita uma revisão dos valores dos incentivos já concedidos a
164 outros municípios. Item 2 da pauta: Termo de Compromisso da Sociedade Hospitalar
165 São Francisco de Canindé - atendimento de Urgência e Emergência a 100% da
166 população SUS. A CIB decidiu que a Sociedade Hospitalar São Francisco de Canindé
167 prestará assistência médica de urgência e emergência a 100% da população do SUS
168 - Sistema Único de Saúde, estando a mesma ciente da devolução dos equipamentos
169 a serem adquiridos com recursos do REFORSUS à Secretaria de Saúde do Estado
170 em caso de rescisão de Convênio com o SUS. Item 3 da pauta: Apreciação de
171 solicitações de credenciamento da UCI – Unidade de Cuidados Intermediários para os
172 Hospitais de Médio Risco Neonatal: 1. Hospital Infantil Albert Sabin - 24 leitos; 2.
173 Hospital Distrital Gonzaga Mota - Barra do Ceará - 7 leitos. Ambos os Hospitais
174 tiveram suas solicitações aprovadas: Hospital Infantil Albert Sabin - R\$ 50.400,00
175 (cinquenta mil e quatrocentos reais) e Hospital Distrital Gonzaga Mota- R\$ 14.700,00
176 (Catorze mil e setecentos reais). Quanto ao recebimento dos recursos adicionais,
177 será procedida uma discussão posteriormente. Item 4 da pauta: Solicitação de
178 Cadastramento de Equipes do PSF junto ao SIA/SUS. Foram apresentadas as
179 solicitações de cadastramento de Equipes do PSF dos seguintes municípios: Jijoca
180 Jericoacoara - 01 (uma) equipe, Mucambo - 01 (uma) equipe, São Benedito - 03 (três)
181 equipes, Juazeiro do Norte - 04 (quatro) equipes e Martinópolis - 01 (uma) equipe.
182 Todas aprovadas pela CIB. Item 7 da pauta: Apreciação do Sub - projeto do Bloco
183 Cirúrgico- HUWC. A CIB apreciou e aprovou a solicitação de Aditivo ao Sub - projeto
184 nº 2304400043 - Conclusão do Bloco Cirúrgico do Hospital Universitário Walter
185 Cantídio da UFC/Ce, sendo financiado pelo REFORSUS o valor de R\$ 897.688,00 e a
186 contrapartida no valor de R\$ 158.416,00 ficando a cargo da Universidade Federal do
187 Ceará. Item 9 da pauta: Informes: 9.1. 12º DERES - Informando os novos
188 componentes da CIB - Microrregional. A Microrregião de Tianguá enviou a
189 composição da CIB - Microrregional, visto que houve mudança de alguns
190 representantes da mesma: Município de Pequeno Porte: Efetivo: Maria Waldilene
191 Martins Ferreira - Carnaubal; Suplente: Sônia Maria Farias - Croatá. Representantes
192 do COSEMS: Efetivo: Olga Cordeiro Botelho Vasconcelos - Ibiapina; Suplente:
193 Antônio Camelo Matos - São Benedito. Município de Médio Porte: Efetivo: José
194 Expedito Ximenes Mendonça - Guaraciaba; Suplente: Silvana Maria Carneiro
195 Fontenele - Viçosa. Representantes do Estado: Diretora Regional 12ª Microrregião:
196 Maria da Conceição Furtado de Souza; Diretor do Hospital Maternidade Madalena
197 Nunes: José Edilson Pinto; Chefia Técnica 12ª Microrregião: Maria das Graças Silva
198 da Rocha. Item 9.2. da pauta: CIB- Comunicando aos integrantes da CIB- que o
199 Núcleo de Auditoria e Avaliação dos Serviços de Saúde da SESA, emitiu parecer
200 desfavorável à solicitação na Gestão Plena do Sistema Municipal para o Município de

201 Acaraú. Dra. Vera informou que foram identificados problemas de ordem técnica
202 operacional, gerencial e administrativa, que por este motivo não foi aprovado a
203 solicitação na Gestão Plena do Sistema Municipal. Item 9.3. da pauta: Solicitação de
204 Plano de Trabalho- Emenda Parlamentar da P.M. de Assaré- Equipamento- retorno do
205 Processo/ 99. O Plano de Trabalho de Assaré foi considerado fora dos critérios. Será
206 encaminhado para o município. Item 9.4. da pauta: Ofício nº 10 /00 – Coordenadoria
207 de Microrregiões de Saúde- COMIRE- Considerando que os municípios de Cascavel e
208 Pindoretama (pertencente à microrregião de Aracati) e Itaitinga (pertencente à
209 microrregião de Maracanaú), questionaram suas localizações nas referidas
210 microrregiões e solicitam transferência de Microrregião para Fortaleza. Os processos
211 de solicitação para mudança destes municípios para a microrregião de Fortaleza
212 tiveram o parecer favorável por parte do Dr. Evandro / SESA. Entretanto, com relação
213 aos municípios de Pindoretama e Cascavel, tal solicitação será apreciada ainda, pelo
214 Conselho Gestor da SESA. Quanto ao município de Itaitinga, será encaminhada para
215 apreciação e deliberação do CESAU. Item 8 da pauta: Ajuste do Teto de Sobral. A
216 CIB aprovou a alteração no teto financeiro mensal da área programática: Teto Livre do
217 Município de Sobral passando o mesmo para R\$ 1.849.300,00. O valor adicional
218 incorporado ao teto livre no valor de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) se destina ao
219 pagamento dos atendimentos referenciados para a Irmandade de Santa Casa de
220 Misericórdia de Sobral não previstos nas programações de 17 municípios. Este valor
221 deverá ser repassado apenas no mês de março do corrente ano. Em abril do corrente
222 ano o valor mensal será de R\$ 1.769.300,00. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu
223 por encerrada a reunião, determinando que eu, Ana Lídia Lima Solon, servindo como
224 secretária, lavrasse a presente Ata, que vai por mim assinada e pelos membros da
225 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado. Fortaleza, dez de março do
226 ano 2000.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA
3
4

5 Aos dezessete dias do mês de março do ano dois mil, às nove horas, na sala de
6 reunião da Coordenadoria de Vigilância, Avaliação e Controle – COVAC/SESA, à
7 Avenida Almirante Barroso, 600, nesta capital, Fortaleza, realizou-se a quarta
8 Reunião em caráter Extraordinário da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
9 Estado do Ceará – CIB-Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Maria
10 Vilauva Lopes – Secretária da Saúde do Município de Aratuba, Evaldo Sales Costa –
11 COSAU/SMDS – Fortaleza, Antônio Ericson Sampaio – Vice - Presidente do
12 COSEMS, Vera Maria Câmara Coêlho – Gerente da Célula de Política e
13 Planejamento/SESA, Francisco Evandro Lima – COMIRE/SESA, Luiza de Marilac
14 Barbosa – COPOS/SESA, Paola Colares de Borba – CODAS/SESA, José Patriarca
15 Neto – Secretário da Saúde do Município de Maracanaú, Lilian Alves Amorim Beltrão
16 – COVAC/SESA, Socorro Martins – Chefe de Gabinete/SESA, Alexandre
17 Mont’Alverne – COPOS/SESA. Como convidados: Carmem Lúcia Silva – Célula da
18 Criança – Imunização, Neuza Goya – COSEMS, Edvar Ximenes – Canindé, Sayonara
19 Cidade – Crato, Antonio Filho – Crato, Dina Cortez – NUEPI/CEVIGI/SESA, José
20 Wellington – FNS, Robério Lima Cavalcante – Baturité, Ernani Wilson Carneiro – FNS,
21 Sara Barroso – Epidemiologia/SESA. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho
22 a qual deu início à mesma pelo **item 4 da pauta: Informes: 4.1. Encontro das CIB’s**
23 **da Macrorregião Nordeste nos dias 23 e 24/03 em Natal – RN.** Vera informou que
24 este Encontro não está com data confirmada, em função de algumas dificuldades com
25 o Ministério, o qual está passando por mudança organizacional. Neste Encontro serão
26 enfocados: Atenção Básica (já com a proposta da criação do PAB Ampliado), Redes
27 Assistenciais Regionais, Controle e Avaliação, Planejamento e Programação. A CIB-
28 Ce será representada por Moacir e Ericson (COSEMS) e Vera e Alex (SESA). **Item**
29 **4.2. da pauta: MS/SPS – Documento preliminar “Subsídios para a Revisão da**
30 **NOB 01/96”.** Foi entregue ao COSEMS o documento para conhecimento e
31 aprofundamento destes Subsídios. **Item 4.3. da pauta: Reunião do CONASS dias 30**
32 **e 31/03 – Fortaleza.** No primeiro dia será apresentado o Processo de Instrumento de
33 Programação Pactuada Integrada do Estado do Ceará, Desafio da Integralidade das
34 Ações de Saúde e a PPI como Instrumento de Planejamento e Modelo de Atenção.
35 No segundo dia haverá reunião das Câmaras e a eleição do novo presidente do
36 CONASS. **Item 1 da pauta: Apreciação da Programação da Área de**
37 **Epidemiologia e Controle de Doenças e a Descentralização da FUNASA.** O
38 produto da discussão do Grupo Técnico para Elaboração da PPI da Epidemiologia
39 sobre a equipe mínima em nível municipal para as ações de Epidemiologia e Controle
40 de Doenças, em reunião realizadas em 5 e 12 de janeiro de 2000 na Secretaria da

41 Saúde do Estado do Ceará. Participantes: técnicos da SESA/CE, SMDS de Fortaleza,
42 da FUNASA/CE e representantes do COSEMS/CE. Proposta: Critérios para
43 Certificação dos municípios. EQUIPE MÍNIMA: Define-se para o Ceará, que a equipe
44 mínima de Epidemiologia e Controle de Doenças, referida na Portaria do Ministério da
45 Saúde de nº 1.399 de 15/12/99, a depender do porte populacional do município, seja
46 parte ou a própria equipe de Vigilância à Saúde, compreendendo a Vigilância
47 Epidemiológica, a Ambiental e o Sistema de Informação. Que se integre a essa equipe
48 a Vigilância Sanitária. Que no mínimo, a equipe seja composta de um a três
49 profissionais de nível superior com uma carga horária dependendo do porte
50 populacional do município, preferentemente, da área da saúde, com qualificação e ou
51 experiência em saúde pública. Se o referido profissional ainda não for dotado dessa
52 qualificação, deverá no prazo máximo de dois anos, capacitar-se pelo menos no
53 Curso Básico de Vigilância Epidemiológica, no Curso Básico de Vigilância Ambiental e
54 no Curso Básico de Sistema de Informação, cada qual com 40 horas. Proposta para a
55 equipe mínima de Epidemiologia: Porte populacional do município (nº de habitantes) –
56 Até 19 mil – Nº e % de municípios – 99 (53,8%) – Nº de profissionais de nível superior
57 – 1 (20 horas semanais); Nº de habitantes-19 mil a 50 mil, Nº e % de municípios-
58 66(35,9%), Nº de profissionais de nível superior-1(40 horas semanais); Nº de
59 habitantes –Acima de 50 mil até 100 mil, Nº e % de municípios 14(7,6%), Nº de
60 profissionais nível superior-2; Nº de habitantes- Mais que 100 mil, Nº e % de
61 municípios 5(2,7%), Nº de profissionais de nível superior. Que a equipe conte pelo
62 menos com um profissional de nível médio, tendo o papel de auxiliar de
63 epidemiologia, capacitado no Curso Básico de Vigilância Epidemiológica e no Curso
64 Básico de Vigilância Ambiental no prazo máximo de dois anos.(Termo de
65 compromisso). Em nível de Microrregião da Saúde, deve haver profissionais da
66 Equipe de Vigilância à Saúde com o Curso de Especialização em Vigilância
67 Epidemiológica e o Curso de Especialização em Vigilância Ambiental. Ambos os
68 cursos estão previstos pelos Projeto VIGISUS, sob a coordenação da Escola de
69 Saúde Pública do Estado do Ceará. Os técnicos da equipe de Epidemiologia dos
70 níveis Microrregional e Municipal deverão também capacitarem-se em controle de
71 doenças transmitidas por vetores , através de cursos básicos a serem ainda
72 elaborados por técnicos da FUNASA em parceria com a Escola de Saúde Pública do
73 Ceará. Infra – estrutura mínima proposta para certificação do município na área de
74 Epidemiologia e Controle de Doenças: Sala - Mobiliário de escritório; 1
75 microcomputador, disponibilizado para alimentar os sistemas de informação da área
76 de Epidemiologia e Controle de Doenças; 1 impressora; 1 canal de acesso à Internet;
77 1 linha telefônica; 1 aparelho de fax; 1 veículo acessível. A única ressalva é de que, o
78 acesso à Internet e o Veículo estarão acessíveis, não necessariamente serão
79 exclusivos do serviço. Programação da Área de Epidemiologia e Controle de Doenças
80 - Proposta: Metodologia- Fórum Informativo para os Municípios em nível

81 macrorregional. Um dia de exposição informativa com debates para esclarecimentos
82 das planilhas com as metas propostas de cada município. – Cronograma sugerido dos
83 fóruns: Macrorregião do Cariri: 17 de Abril; Macrorregião de Fortaleza (parte norte): 19
84 de abril; Macrorregião de Fortaleza (parte sul), na cidade de Quixadá: 19 de abril;
85 Macrorregião de Sobral: 17 de abril. Os municípios poderão solicitar revisão de metas
86 a partir do dia 5 de maio. Clientela: Secretário de Saúde - 1(um) Assessor Técnico,
87 preferencialmente da área de epidemiologia. Antes destes fóruns, será realizado um
88 Encontro com os Gerentes Microrregionais, onde será entregue toda a documentação
89 aos Secretários para retirada de dúvidas. Estes fóruns contemplarão não só a área de
90 Epidemiologia, mas também as Áreas de Assistência Farmacêutica, Vigilância
91 Sanitária e o Termo de Compromisso da Atenção Básica. Parâmetros de
92 Programação para Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. A Epidemiologia
93 fez uma estrutura por porte de Município. As metas poderão ser modificadas de
94 acordo com as condições operacionais do Município. Em outro momento a
95 Epidemiologia identificará as metas que não poderão ser alteradas. – A programação
96 será padronizada segundo o porte do município, e foi apresentada como modelo a do
97 Município de ACARAU. 1- Notificação- Meningite – Parâmetro - Coeficiente médio de
98 notificação para cada Região, considerando o estado mais consistente, nos anos 96,
99 97 e 98 - Meta- 8,86; Paralisias flácidas agudas - Coeficiente de detecção esperada
100 de PFA na América latina – Meta - 0,00. Difteria – Parâmetro - Coeficiente médio de
101 notificação de casos em cada estado, nos anos 97, 98 e 99 – Meta- 0,00 (base de
102 dado Indicador 5 TC). Coqueluche – Parâmetro - Coeficiente médio de notificação de
103 casos em cada Região, nos anos 97, 98 e 99. Meta - 0,09 (base de dado Indicador 5
104 TC). Doenças exantemáticas – Parâmetro - Coeficiente médio de notificação de casos
105 na Região, nos anos 97, 98 e 99, em cada estado - Meta -15,15. Cólera – Parâmetro -
106 Coeficiente médio de detecção nos últimos 4 anos em cada estado, nos anos 95,
107 96,97 e 98 - Meta- 2,13. Notificação negativa de PFA – Parâmetro - Proporção de
108 unidades notificando negativamente por semana, em cada estado – Meta - 80%.
109 Notificação negativa de Sarampo - Parâmetro - Proporção de unidades notificando
110 negativamente por semana, em cada estado - Meta- 80% (base de dado Indicador 13
111 TC). Hanseníase – Parâmetro - Coeficiente de detecção de casos de Hanseníase –
112 Meta - 13,64. Tuberculose – Parâmetro - Coeficiente de incidência em 1998 – Meta -
113 10,19 (base de dados Indicador 10 TC). DST/AIDS (Sífilis congênita) - Parâmetro-
114 Coeficiente de incidência de sífilis congênita – Meta - 0,62 (base de dados Indicador
115 15 TC). DST/AIDS (Infecção por HIV em gestantes) – Parâmetro - Prevalência de
116 infecção por HIV em gestantes . DST/AIDS (Coeficiente em gestantes) – Parâmetro -
117 Prevalência de sífilis em gestantes – Meta -- DST/AIDS (Coeficiente em gestantes) -
118 Prevalência de sífilis em gestantes. 2. Investigação - Investigação dos casos de DNC
119 – Parâmetro - Proporção de casos investigados/ notificados – Meta - 100%. Obs:
120 Metas não possíveis de alteração.* 3. Diagnóstico laboratorial de confirmação de

121 casos de doença de notificação compulsória - Diagnóstico laboratorial de Doenças de
122 Notificação Compulsória, exceto coqueluche e tétano – Parâmetro - Concluir
123 investigação dos casos de DNC notificados por meio de exame laboratorial – Meta -
124 80%. Investigação de casos de meningite bacteriana - Parâmetro - Proporção de
125 casos diagnosticados através de cultura – Meta - 30%. 4. Vigilância ambiental -
126 Fatores não biológicos. 4.1. Cadastramento das fontes de abastecimento de água.
127 Cadastramento das fontes de abastecimento de água dos municípios – Parâmetro -
128 Municípios que tenham registrado, no ano de 1997, pelo menos 1 óbito por cólera,
129 diarreia, gastroenterite de presumível origem infecciosa, febre tifóide e paratifóide ou
130 outras doenças diarreicas e infecciosas intestinais - Metas- 100%. 4.2. Coleta e
131 análise de amostras de água. Implantar coleta e análise de amostras da água
132 consumida pela população nos municípios para avaliação da potabilidade –
133 Parâmetro - Municípios que tenham registrado pelo menos 1 óbito em crianças ate 5
134 anos, por cólera, diarreia e gastroenterite de presumível origem infecciosa, febre
135 tifóide e paratifóide ou outras doenças diarreicas e infecciosas intestinais – Meta -
136 100%. 5. Vigilância ambiental - Fatores biológicos-5.1. Vigilância entomologica -
137 Realizar pesquisa de triatomíneos em domicílios (doença de Chagas) - Parâmetro -
138 Pesquisas programadas em 1995 – Meta - 9.468. Realizar classificação/Exame de
139 triatomíneos (doenças de Chagas) – Parâmetro - Triatomíneos capturados em 1995 –
140 Meta – 30. Vigilância de triatomíneos através de Postos de Informação de
141 Triatomíneos (PIT'S) (doença de Chagas) – Parâmetro - Número estimado de PIT'S
142 (doença de Chagas) – Parâmetro - Número estimado de PIT'S a instalar - Meta-0.
143 Realizar coleta de pulicídeos (peste) – Parâmetro - Coletas realizadas em 1997.
144 Identificação e eliminação de criadouros do Aedes aegypti em imóveis (dengue) –
145 Parâmetro - Visitas para inspeção de imóveis existentes nos municípios infestados em
146 1999 – Meta - 39.312 visitas domiciliares. Vigilância de pontos estratégicos (dengue) –
147 Parâmetro - Números de visitas estimadas a pontos estratégicos em 1999 – Meta -
148 288 visitas a pontos estratégicos. Vigilância do Aedes aegypti através de ovitrampas
149 (dengue) – Parâmetro - Número de visita estimadas a ovitrampas/larvitrampas – Meta
150 - 8322 visitas estimadas. 5.2. Vigilância de hospedeiros e reservatórios. Realizar
151 pesquisa malacológica em coleções hídras(esquistossomose) – Parâmetro -
152 Pesquisas realizadas em 1995 – Meta – 0. Realizar captura de roedores para
153 vigilância de peste – Parâmetro - Capturas realizadas em 1997 – Meta – 0. Coleta de
154 material de carnívoros e roedores para sorologia de peste – Parâmetro - Coletas
155 realizadas em 1997 – Meta – 0. Realizar sorologia de material coletado em carnívoros
156 e roedores para detecção de circulação de peste – Parâmetro - Reações sorológicas
157 realizadas em 1997 – Meta – 0. 5.3. Controle químico, biológico e outros. Realizar
158 borrifação em domicílios para controle de triatomíneos (doença de Chagas) –
159 Parâmetro - Borrifações programadas em 1995 – Meta – 0. Realizar borrifação
160 domiciliar para controle de flebotomíneos (calazar) – Parâmetro - Borrifações

161 realizadas em 1996 - Meta - 0. Realizar borrifação intradomiciliar para controle da
162 malária (seletivo) – Parâmetro - Borrifações realizadas em 1995 – Meta – 0. Realizar
163 tratamento de focos do Aedes aegypti (dengue) – Parâmetro - Imóveis tratados em
164 1998 – Meta - 66.054 tratamentos a imóveis. Realizar aplicação de inseticida residual
165 em pontos estratégicos (dengue) –Parâmetro - Número de tratamentos a realizar –
166 Meta - 58 tratamentos a pontos estratégicos. Realizar aplicação espacial de inseticida
167 a Ultra Baixo Volume (dengue) – Parâmetro - Área a ser tratada (hectares) – Meta - 70
168 hectares a tratar. 5.4. Imunização de reservatórios(cães e gatos). Campanha de
169 vacinação anti-rábica em cães – Parâmetro - Cães: 10% pop. Humana – Meta - 3.619.
170 Campanha de vacinação anti-rábica em gatos – Parâmetro - Gatos: 20% pop. Canina
171 – Meta – 905. Vacinação de rotina em cães apreendidos – Parâmetro - 30% da Pop.
172 Canina apreendida – Meta – 905. Bloqueio de foco – Parâmetro - Bloqueio de foco de
173 raiva animal realizado em 1998. 5.5. Vigilância e controle de população animal:
174 hospedeiros e reservatórios. Coletar sangue canino para diagnóstico sorológico de
175 calazar – Parâmetro - Coletas realizadas em 1996 – Meta – 0. Realizar exame
176 sorológico para diagnóstico de calazar em cães – Parâmetro - Exames realizados em
177 1996 – Meta – 0. 5.6. Captura e apreensão de cães errantes. Captura e apreensão de
178 cães errantes – Parâmetro - Capturar cães errantes, estimados em 20% da população
179 canina – Meta – 271. Eutanásia de cães (calazar) – Parâmetro - Eutanásias realizadas
180 em 1996. Eutanásia de cães (raiva) – Parâmetro - 0,2% da pop. Canina – 217. 6.
181 Controle de doenças transmitidas por vetores- 6.1. Diagnóstico e tratamento. Realizar
182 exames coproscópicos para controle de esquistossomose e outras helmintoses –
183 Parâmetro - Exames realizados em 1995. Realizar tratamento de casos de
184 esquistossomose – Parâmetro - Melhor desempenho em número de tratamentos
185 realizados no período 1995 a 1999 – Meta – 0. Realizar coleta de material para
186 diagnóstico de filariose - Parâmetro - Coletas realizadas em 1997 (PE e PA) e 1998
187 (AL). Realizar exame para diagnóstico de filariose – Parâmetro - Exames realizados
188 em 1997 (PE e PA) e 1998 (AL). Realizar tratamento de portadores de filariose –
189 Parâmetro - Tratamentos realizados em 1997 (PE e PA) e 1998 (AL). Realizar
190 tratamento de portadores de oncocercose – Parâmetro - Tratamento em massa de
191 população identificada em área endêmica. Realizar coleta de sangue para
192 diagnóstico de malária – Parâmetro - Coletas estimadas em 1999 – Meta - 772
193 coletas. Realizar exame para diagnóstico de malária – Parâmetro - Exames
194 estimados em 1999 – Meta - 772 exames. Realizar tratamento de doentes de malária
195 – Parâmetro - Tratamentos estimados em 1999 – Meta - 1 tratamento. 7.
196 Imunizações- 7.1. Vacinação de rotina - População na faixa etária a ser vacinada.
197 Vacina oral contra a poliomielite (SABIN) – Parâmetro - < de 1 ano – Meta - 3.822.
198 Vacina contra a difteria, o tétano e a coqueluche (DTP) – Parâmetro - < de 1 ano –
199 Meta - 3.822 (base de dado p/ cálculo Indicador 5 TC Anexo 1). Vacina contra a
200 tuberculose - formas graves (BCG) – Parâmetro - < de 1 ano – Meta - 1.274. Vacina

201 contra o sarampo – Parâmetro - < de 1 ano – Meta - 1.274. Vacina contra a hepatite B
202 – Parâmetro - < de 1 ano em áreas não endêmicas – Meta - 3.822 – Parâmetro - < de
203 15 anos em áreas endêmicas. Vacina contra o sarampo, a caxumba e a rubéola
204 (Tríplice Viral) – Parâmetro - 1 ano – Meta - 1.319. Vacina contra a febre amarela –
205 Parâmetro - < de 1 ano em áreas não endêmicas e não epizooticas – Meta - 1.274 –
206 Parâmetro - 6 meses e +. Vacina contra Haemophilus tipo b – Parâmetro - < de 1 ano
207 – Meta - 3.822. 7.2. Vacinação de campanha - população na faixa etária a ser
208 vacinada. Realizar campanha anual (em duas etapas) contra poliomielite em < de 5
209 anos – Parâmetro - < 5 anos – Meta - 12.636. Realizar uma campanha anual contra
210 gripe nos idosos (60 anos e +) – Parâmetro - 60 anos e mais – Meta - 3.535 (base
211 dado para o Indicador 6 T.C. Realizar campanha de seguimento contra o sarampo –
212 Parâmetro - 1 ano a < 12 anos. Realizar campanha de seguimento contra o sarampo
213 – Parâmetro - 1 ano a < 5 anos – Meta - 5.044. Realizar campanha de seguimento
214 contra o sarampo – Parâmetro - < 1 ano – Meta – 319. 7.3. Vigilância de eventos
215 adversos. Implantação e implementação da notificação de eventos adversos –
216 Parâmetro - Municípios com notificação de eventos adversos – Meta - 100% dos
217 casos conforme normas do manual de Eventos Adversos. Investigação dos eventos
218 adversos – Parâmetro - Investigação em casos notificados – Meta - 100%
219 investigação nos casos notificados. 8. Monitorização de agravos de relevância
220 epidemiológica. Monitorização das doenças diarréicas agudas - Parâmetro - 1.
221 Município menor de 30.000 habitantes/ uma unidade de saúde notificada. 2. Município
222 com população de 30.000 a 200.000 habitantes/ uma unidade de saúde a cada 30.000
223 habitantes/ excedentes. 3. Município acima de 200.000 habitantes/ todas as unidades.
224 Meta - 2 unidades. Vigilância epidemiológica de doenças transmitidas por alimentos –
225 Parâmetro - Vigilância da DTA implantada na SES e na SMS da capital. Investigação
226 de óbitos de menores de 1 ano e óbitos maternos – Parâmetro - Investigação dos
227 eventos registrados, tomando por estimativa a média de ocorrência do período 1996 a
228 1998 no SIM. 9. Divulgação de informações epidemiológicas. Elaboração de informes
229 epidemiológicos com dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos
230 vivos – Parâmetro - Publicações/ ano. 10. Elaboração de estudos e pesquisas em
231 epidemiologia. Análise da situação de saúde – Parâmetro - Análise anual publicada.
232 Avaliação de ações programática. 11. Alimentação e Manutenção de Sistemas de
233 Informação. 11.1. SIM. Coleta – Parâmetro - 6,5 óbitos por 1.000 hab. – Meta -
234 Registro de 95% dos óbitos estimados (base de dado Indicador 7 TC).
235 Retroalimentação – Parâmetro - Relatório mensal – Meta - 4 bancos de dados
236 enviados regularmente. 11.2. SINASC. Coleta - Parâmetro 20 nascidos vivos por
237 1.000 hab.- Meta - Registro de 90% dos nascimentos estimados. Retroalimentação –
238 Parâmetro - Relatório mensal – Meta - 12 relatórios. Envio regular de dados -
239 Parâmetro - Remessa trimestral de banco de dados – Meta - 4 bancos de dados
240 enviados regularmente. 11.3. SINAN - Envio regular de dados - Parâmetro - Remessa

241 a cada 15 dias de banco de dados – Meta - 26 bancos de dados enviados
242 regularmente. Retroalimentação – Parâmetro - Relatório mensal – Meta - 12
243 relatórios. 11.4. SI- API. Retroalimentação – Parâmetro - Relatório mensal – Meta - 12
244 relatórios. Envio regular de dados – Parâmetro - Remessa mensal de banco de dados
245 – Meta - 12 bancos de dados enviados regularmente. 11.5. SISMAL. Envio regular
246 de dados – Parâmetro - Remessa mensal de banco de dados – Meta - 12 bancos de
247 dados enviados regularmente. 11.6 FAD. Envio regular de dados – Parâmetro -
248 Remessa mensal de banco de dados – Meta - 12 bancos de dados enviados
249 regularmente. Discriminação das atividades e tarefas a serem executadas para
250 vigilância e controle das Endemias no Município e na Microrregião. MALÁRIA -
251 MUNICÍPIO: Vigilância/ detecção/ notificação de casos; Coleta de amostras de
252 sangue/ Preparo de esfregaços; Tratamento específico; Operações de inseticida,
253 Eliminação de criadouros, Obras de saneamento, Atividades de educação sanitária-
254 MICRORREGIÃO: Exame parasitológico - DENGUE E FEBRE AMARELA -
255 MUNICÍPIO: Vigilância/ detecção/ notificação de casos suspeitos, Conservação e
256 aplicação da vacina antiamarílica, Vigilância entomológica, Inspeção de criadouros de
257 Aedes aegypti, Coleta de larvas, Aplicação de larvicidas químicos, Eliminação física
258 de criadouros, Controle biológico, Atividades de educação sanitária -
259 MICRORREGIÃO: Classificação de larvas, Borrifação espacial à UBV. DOENÇAS DE
260 CHAGAS – MUNICÍPIO: Atenção ao paciente chagástico, Inquérito sorológico(coleta),
261 Borrifação de unidade domiciliar, Manejo ambiental, Captura de triatomíneos,
262 Atividades de educação sanitária- MICRORREGIÃO: Classificação de triatomíneos e
263 pesquisa de T. cruzi. ESQUISTOSSOMOSE - MUNICÍPIO: Atenção aos casos
264 humanos, Coleta de amostras de fezes, Quimioterapia de portadores, Pesquisa
265 malacológica, Aplicação de moluscidas, Saneamento, Atividades de educação
266 sanitária. MICRORREGIÃO: Exame laboratorial de caramujos, Exame parasitológico.
267 LEISHMANIOSE (LV/LTA) - MUNICÍPIO: Vigilância/ detecção/ notificação de casos
268 humanos, Tratamento, Inquérito canino, Coleta de amostras, Sacrifício de cães,
269 Captura de flebotomos, Operações de inseticida, Atividade de educação sanitária.
270 MICRORREGIÃO: Classificação de flebotomíneos. PESTE - MUNICÍPIO: Vigilância/
271 detecção/ notificação de casos suspeitos, Tratamento e quimioprofilaxia, Captura de
272 roedores e pulgas, Coleta de amostras de sangue humano para exame laboratorial,
273 Desratização, Anti - ratização, Despulização, Atividades de educação sanitária.
274 MICRORREGIÃO: Exame laboratorial (bacteriológico/sorológico). TRACOMA -
275 MUNICÍPIO: Exame ocular, Tratamento de portadores. BÓCIO ENDÊMICO-
276 MUNICÍPIO: Assistência ao processo de enriquecimento do sal mediante aplicação de
277 iodo - Coleta de amostras de sal (nas empresas, no comércio, nos domicílios, em
278 escolas), Atividades de educação sanitária- MICRORREGIÃO: Exame das amostras
279 colhidas. RAIVA - MUNICÍPIO: Vigilância/ detecção/ notificação de casos humanos
280 suspeitos, Vigilância/detecção/notificação de Raiva animal, Vacinoterapia,

281 Soroterapia, Coleta de amostras para exame virológico, Vacinação anti-rábica de cães
282 e gatos, Atividades de educação sanitária. RECURSOS DO NÍVEL CENTRAL
283 ESTADUAL NECESSÁRIOS PARA ASSUMIR AS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E
284 CONTROLE DE DOENÇAS CEARÁ. A CIB decidiu em relação ao TFECD - repasse
285 federal, que 40% irá permanecer sobre a gestão do Estado, e 60% se destinará a
286 esfera municipal. Não sendo pois obedecida o que determina a Portaria (todo
287 município no mínimo deverá ficar com 60% dos recursos do Teto Financeiro de
288 Epidemiologia e Controle das Doenças para garantia do custeio dessas ações) pois a
289 mesma inviabilizaria a continuidade das ações de controle no Estado. A FUNASA
290 levantou toda situação epidemiológica dessas doenças nos municípios, e calculou
291 com base nestas o custo operacional. A partir deste estudo foi definido o teto para
292 cada município. Os recursos correspondentes a parcela de 40% sob gerenciamento
293 do Estado será destinada a: - Aquisição de equipamentos de aspersão - R\$
294 400.000,00; Aquisição de equipamentos e de material permanente - R\$ 300.000,00;
295 Aquisição de veículos - R\$ 2.005.000,00; Combustíveis e lubrificantes - R\$
296 559.514,00; Controle d Raiva - R\$ 400.000,00, Imunizações - R\$ 476.873,00;
297 Convênio global de epidemiologia - R\$ 200.000,00; Coordenação e supervisão - R\$
298 150.000,00; Equipamento de proteção individual do pessoal da FUNASA - R\$
299 215.732,00; Equipamento de proteção individual do pessoal do LACEN - R\$
300 18.710,00; Estimativa de Kit laboratorial para investigação de HIV para gestantes - R\$
301 1.000.000,00; Impressos para vacinação - Valor- R\$ 30.000,00; Manutenção de
302 veículos - R\$ 111.902,00; Manutenção de equipamentos de aspersão – Valor - R\$
303 17.000,00; Medicamentos para as doenças transmitidas por vetores - R\$ 632.088,00;
304 Óleo de soja - R\$ 248.400,00; Seringas e agulhas para vacinação - R\$ 690.000,00;
305 Contratação de pessoal - R\$ 588.120,00 (1 Téc. P/ Micro e 1 téc. na NC), IEC- R\$
306 262.890,00; TOTAL - R\$ 8.306.229,00. A CIB/Ce aprovou os critérios para certificação
307 dos municípios (RH e infraestrutura), divisão de responsabilidades de controle das
308 Endemias, e alocação dos recursos do TFECD. E ainda o Plano de aplicação dos
309 40% do TFECD sob responsabilidade do ESTADO e o instrumento de programação.
310 **Item 2 da pauta: Apreciação dos Planos Municipais de Carências Nutricioanis:**
311 Foram apresentados os Planos Municipais de Carências Nutricionais dos municípios
312 de: Ererê, Camocim, Itaiçaba, Brejo Santo, Caucaia, Juazeiro do Norte, Milagres,
313 Itapiuna, Várzea Alegre, Palmácia, Iguatú, Cedro, Morada Nova, Solonópole,
314 Beberibe, Palhano, Pedra Branca, Chaval, Santa Quitéria, Ibicuitinga, Ibareta,
315 Varjota, Tururu, São Gonçalo do Amarante, Mauriti, Ibiapina, Quixeré, Jucás, Antonina
316 do Norte, Paraipaba, Alto Santo, Cariús, Boa Viagem, Pereiro, Araripe, Quixeramobim,
317 Massapê, Jaguaratama, Ipaporanga, Forquilha, Sobral, Trairi, Pentecoste, Altaneira,
318 Apuiarés, Monselhor Tabosa, Tamboril, Aracoiaba, Jaguaribara, Jaguaribe, Iracema,
319 Piquet Carneiro, Banabuiú, Icapuí e Tauá. Todos aprovados pela CIB. Em seguida
320 Dra. Inês informou que até o final de março, deverá ser apresentado a Atualização do

321 Plano de Combate às Carências Nutricionais dos municípios. Item 3 da pauta:
322 Análise do uso dos recursos adicionais alocados nos meses de dez./99, jan. e
323 fev./2000 nos tetos dos municípios: Barbalha, Baturité, Brejo Santo, Canindé,
324 Crateús, Crato, Juazeiro do Norte, Quixeramobim e Sobral. Dra. Vera informou
325 que estes municípios tiveram um acréscimo de teto mensal, no mês de Nov./99, por
326 determinação desta Comissão, dado a necessidade de cobrir parte das internações
327 realizadas e não pagas pelo SUS nas Unidades Hospitalares de maior resolatividade
328 localizadas neste municípios, com exceção de Sobral, todos receberam estes
329 recursos até o mês de fevereiro/2000 incorporados aos tetos. E de acordo com
330 informações das Unidades Hospitalares, estes recursos não estavam sendo
331 destinados ao pagamento das internações apresentadas e não pagas no período de
332 Jan. à Jun. 99. Por este motivo a CIB decidiu ouvir os gestores sobre este assunto.
333 Dr. Alex acrescentou que comunicou alguns gestores que este valor correspondia a
334 15% dos valores das internações das Unidades Secundárias e 20% das Unidades
335 Terciárias. Após esclarecimentos ficou assim decidido: Sobral repassou o mês que
336 recebeu, Quixeramobim é um Hospital Público e a SMS vem repassando os recursos,
337 Juazeiro do Norte e Crateús não temos informações, Crato e Brejo Santo receberão
338 comunicado da SESA sobre os valores a serem repassados, e informaram que irão
339 repassar os recursos bem como Baturité, Canindé o Secretário informou que
340 regularizou os pagamentos e que não resta mais internações realizadas e não pagas,
341 no caso de Barbalha a situação é mais complicada, pois o Secretário informou que
342 desconhecia a recomendação da SESA quanto à destinação destes recursos para o
343 Hospital São Vicente de Paulo – HSVP e que no primeiro mês fez a seguinte divisão
344 83% para o mesmo e 17% para o Hospital Santo Antônio – HSA. Pelo fato do MS ter
345 publicado Portaria incluindo estes recursos no seu teto, levou a questão para o CMS
346 que decidiu distribuí-los de conformidade com o que já havia sido acordo
347 anteriormente 53% dos recursos destinados para Internação do HSVP e 47% HSA. E
348 que deste modo só poderá ajustar esta situação na competência fev./00. O Dr. Alex
349 lembra que a decisão do CMS de distribuir previamente os recursos de Internação
350 entre as Unidades Hospitalares não deve ser mantido pois a mesma é incoerente com
351 a normatização federal, quando a mesma prever que o Gestor Municipal (ou Estadual)
352 assumirá plenamente a responsabilidade de acompanhamento e controle das
353 internações e assegure o financiamento das internações autorizadas. O Dr. Ericson
354 se comprometeu em rever esta situação no seu município. Nada mais havendo a
355 tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Ana Lúcia Lima
356 Solon, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata, que vai por mim assinada e
357 pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado. Fortaleza,
358 dezessete de março do ano dois mil.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA
3

4 Aos vinte e quatro do mês de março do ano dois mil, às nove horas, na sala de
5 reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU à Avenida Almirante Barroso, 600,
6 nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a Quarta Reunião em caráter Ordinário da
7 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará – CIB-Ce. Estiveram
8 participando os seguintes membros: Evaldo Sales Costa , COSAU/SMADS –
9 Fortaleza, Nágela Maria dos Reis Norões, COMIRES/SESA, Antônio Ericson
10 Sampaio, Vice - Presidente COSEMS, Vera Maria Câmara Coêlho , CEPPE/SESA,
11 Jurandi Frutuoso, Secretário Municipal de Pedra Branca, Diana Carmem Almeida N.
12 de Oliveira, COVAC/SESA, Maria Imaculada Fonsêca, CEOAP/SESA, Francisco
13 Celso C. Secundino, Secretário Municipal de Icapuí, Maria do Perpetua do Socorro
14 Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA, José Patriaca Neto, Secretário Municipal
15 de Maracanaú, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Alexandre José
16 Mont'Alverne Silva – COPOS/SESA. Como convidados: Neuza Goya – COSEMS,
17 Sylvana Moraes, NAF/SMDS, Isabel Cristina Cavalcante Carlos, NUASF/SESA, Lúcia
18 de Fátima Silva Costa, NUASF/SESA, Ir. Blanda de Queiróz, CESAU. A reunião foi
19 aberta e presidida por Vera Coêlho a qual comunica que à mesma se dará em dois
20 períodos: pela manhã e tarde por volta da 16 horas será reiniciada para a CIB analisar
21 os dois pontos que ficaram pendentes de aprofundamento na programação da
22 epidemiologia pela Comissão de Epidemiologia. 1º Ponto – a divisão de
23 responsabilidade sobre as questões de controle de endemias no estado e 2º Ponto –
24 Critérios de alocação dos recursos federais que serão aprofundados pela Comissão
25 Constituída com representação dos municípios e do estado. **Item 1 da Pauta -**
26 **Discussão e Apreciação da Programação e Pactuação da Área de Assistência**
27 **Farmacêutica – 2000** . No ano passado foi feito um pacto baseado numa proposta
28 elaborada tecnicamente por uma Comissão formada com representante de municípios
29 e SESA. Esta proposta veio para a CIB que fez uma apreciação e aprovou enviando-o
30 posteriormente para o CESAU. Desse pacto originou – se toda a programação da
31 assistência farmacêutica para 1999. Agora o MS está solicitando novo pacto para o
32 ano 2000. Foi feito então pela Assistência Farmacêutica uma avaliação do pacto
33 firmado em 99, tendo sido feitas algumas recomendações e está apresentando uma
34 proposta de pactuação para o ano 2000. O documento foi distribuído entre os
35 membros da CIB, cujo conteúdo foi apresentado pela Dra. Isabel. Antes porém Dra.
36 Isabel fez algumas considerações sobre a Nova Estrutura da SESA, segundo sua
37 visão a Assistência Farmacêutica deveria ter ficado na Coordenadoria de Políticas de
38 Saúde e não como apoio conforme decidido. O Núcleo de Assistência Farmacêutica
39 ficou com uma administração colegiada constituído por 3 células e seu papel será
40 muito mais de articulação do que operacionalização ou seja, na definição das

41 estratégias e condução da política de assistência farmacêutica. Depois da
42 apresentação e explicação do documento a Dra. Isabel fez um comentário sobre a
43 situação de Fortaleza que também comprovou a sua compra através de notas fiscais,
44 porem não houve o repasse dos medicamentos por parte do Estado para a rede
45 municipal, porque a quantidade de medicamentos que a SESA enviou para os
46 centros de saúde e farmácias ambulatoriais dos hospitais próprios, ultrapassou o valor
47 pactuado com Fortaleza que seria de R\$ 1.200.000,00/ano o que daria R\$ 100.000,00
48 / mês em medicamentos, o custo de medicamentos para estas unidades chega a
49 quase R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais), o que ocorre é que as unidades de
50 referência ainda fazem atenção primária, por tanto, necessitam desses
51 medicamentos. Exemplo disso são os pacientes que estão cadastrados tanto no
52 Centro de Diabetes quanto no HGF, 70% poderiam estar sendo atendidas pela
53 atenção primária no município de Fortaleza. Esses dados foram dado pela Célula do
54 Adulto e do Idoso após avaliação, cujo discussão se dará no sentido de ver como
55 ficarão as unidades da SESA que estão no município de Fortaleza e que continuam
56 fazendo atenção primária .Existiram algumas dificuldades no recebimento dos
57 medicamentos por parte dos laboratórios , tendo em vista que 90% da aquisição foi
58 em laboratórios oficiais, além disso há uma limitação no valor da aquisição pela SESA
59 que é de R\$ 634.000,00 (seiscentos e trinta e quatro mil reais), se for necessário
60 uma compra maior que envolva a Comissão Central de Licitação, a demora é de no
61 mínimo 120 a 180 dias. A outra dificuldade tem sido o repasse dos recursos na SESA.
62 No cômputo geral os resultados positivos suplantaram os negativos. No final da
63 apresentação a Vera tomou a palavra e colocou alguns pontos que deverão ser
64 profundados com relação a avaliação do pacto/99. 1º Ponto – há necessidade de
65 sensibilização aos Prefeitos para que não se conviva com essa realidade que foi
66 apresentada de inadimplência ou de não estar pagando a contrapartida no tempo
67 devido. Neste caso os termos de compromisso deverão ser assinados pelos Prefeitos
68 e não so pelos Secretários de Saúde, firmando dessa forma um compromisso efetivo
69 da pessoa jurídica – Prefeito / Estado. 2º Ponto – A SESA terá que rever o
70 cronograma de repasse das contrapartida, pois ocorre que os Prefeitos repassavam a
71 1ª e a 2ª contrapartida de recursos e não recebia os medicamentos, isso acarretou
72 um desgaste e descrédito no processo. 3º Ponto – E o fluxo em relação ao
73 cronograma porque o setor de contabilidade dos prefeitos tinham dificuldade na
74 identificação que foi em parte corrigido, mas ainda não está com fluxo adequado,
75 precisamos rever este fluxo. 4º Ponto - E a necessidade dos Secretários fazerem um
76 trabalho interno de reorganizar os serviços na busca do uso desses medicamentos
77 através da própria Comissão de Assistência Farmacêutica. Essa articulação poderá
78 ser feita pelo COSEMS em forma de fórum ou linha direta entre os Secretários para
79 ativar estas Comissões que deverão orientar a compra e racionalização do uso
80 desses medicamentos, trazendo economia de escala para os cofres públicos

81 municipais . A Dra. Lúcia Sales continuou a com apresentação do documento,
82 falando um pouco sobre os Critérios de Pactuação para os municípios por níveis de
83 gestão: **1º Critério - Mecanismo do Repasse Financeiro:** a) Para os municípios de
84 **Plena de Atenção Básica:** - **Os recursos federais** serão repassados diretamente ao
85 FUNDES no valor de R\$ 1,00 hab/ano, - **O Estado** destinara sua contrapartida no
86 valor de 0,60 por hab/ano em medicamento. - **Os municípios** destinarão sua
87 contrapartida no valor de R\$ 1,00 ao FUNDES/ denominação Assistência
88 Farmacêutica Básica, Banco do Brasil, Agência 008-6, conta 58040-6 b) Para os
89 municípios do **Plena do Sistema Municipal:** - **Os recursos federais** serão
90 transferidos diretamente para o Fundo Municipal de Saúde, no valor de 1,00 hab/ano,
91 exceto os municípios que optarem por tratamento semelhante ao nível de Gestão
92 Plena de Atenção Básica; - **O Estado** destinará sua contrapartida no valor de 0,60 por
93 hab/ano em medicamento, através de programação anual elaborada pelo município;
94 - **O município** terá que depositar o valor de R\$ 1,00 hab/ano no Fundo Municipal de
95 Saúde oriundo dos seus recursos próprios, para aquisição de medicamentos. OBS.:
96 os municípios que optaram por tratamento semelhante aos plena de atenção básica,
97 deverão depositar no FUNDES, o correspondente a R\$ 1,00 hab/ano do nível federal
98 mais R\$ 1,00 hab/ano da contrapartida do município. **2º Critério - Aquisição de**
99 **Medicamentos:** a) Para os municípios de Plena da Atenção Básica: - O **Processo**
100 **de aquisição** de medicamentos será restrita ao elenco da RESME – Relação
101 Estadual de Medicamentos utilizados na atenção primária, aprovado na CIB. –
102 **Operacionalização** da compra será feita pela Secretaria da Saúde do Estado, através
103 da CELIF – Célula de Desenvolvimento e Logística de Insumos Farmacêuticos/
104 Núcleo de Assistência Farmacêutica (NUASF), mediante consolidação das
105 programações anuais elaboradas pelos municípios, aprovado pelo Conselho Municipal
106 de Saúde. b) Para os municípios do **Plena do Sistema Municipal:** - **A aquisição de**
107 **medicamentos** será restrita ao elenco da RESME – Relação Estadual de
108 Medicamentos utilizados na atenção primária à saúde. – Será feita pela Secretária
109 Municipal de Saúde, através dos recursos federais e municipais. A contrapartida do
110 Estado será em itens de medicamentos definidos pelo município. – Exceção: os
111 municípios que optarem pela aquisição centralizada no NUASF, obedecendo os
112 mesmos critérios de atenção básica. **3º Critério – Distribuição de Medicamentos:**
113 a) Para os municípios de **Plena de Atenção Básica:** - Será efetuada trimestralmente
114 aos municípios, de acordo com a programação anual, por eles elaborados, mediante a
115 comprovação de depósitos na conta FUNDES/Assistência Farmacêutica Básica, até o
116 dia 20 do mês subseqüente ao trimestre. b) Para os municípios de **Plena do Sistema**
117 **Municipal:** - Será efetuada trimestralmente através do NUASF, de acordo com a
118 programação anual de cada município a depender da prestação de conta dos
119 medicamentos que o município adquiriu com os recursos Federais e Municipais. **4º**
120 **Critério – Acompanhamento e Avaliação:** a) Para os municípios habilitados nos

121 níveis de gestão **Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal** : - O
122 processo é o mesmo, os municípios serão acompanhados e avaliados pelo NUASF,
123 quanto ao cumprimento dos requisitos de Assistência Farmacêutica exigidos quando
124 da habilitação nesse nível de gestão, assim como as atividades de gerência de
125 Assistência Farmacêutica e todo o processo de logística de medicamentos. OSB. 1-
126 Os gestores municipais de Plena de Sistema Municipal poderão solicitar a CIB –
127 Comissão Intergestores Bipartite, mudanças no mecanismo de repasse financeiro,
128 mediante justificativa e aprovação do Conselho Municipal de Saúde. 2 – Quando
129 identificado pelo NUASF o não cumprimento das responsabilidades acordadas pelos
130 gestores municipais, poderão ser suspenso os recursos e / ou medicamentos, através
131 da CIB. Após a apresentação e discussão a CIB aprovou o pacto da Assistência
132 Farmacêutica - Básica, tendo processado alteração na relação dos itens de
133 medicamentos básicos. **Item 2 da Pauta - Apreciação dos Planos de Atualização**
134 **do Combate as Carências Nutricionais:** Foram apresentados os Planos de
135 Atualização do Combate as Carências Nutricionais para os seguintes municípios:
136 Paracuru, Porteiras, Senador Sá, Horizonte, Pacatuba, Aquiráz, Arneiróz, Abaiara,
137 Alcântara, Barreira, Barbalha, Baixio, Caririaçu, Canindé, Campos Sales, Caridade,
138 Carire , Chorozinho, Eusébio, Farias Brito, Freicheirinha, Guaramiranga, Guaraciaba
139 do Norte, Itaitinga, Independência, Jardim, Maranguape, Maracanaú, Mulungu,
140 Miraíma, Martinopole, Marco, Mucambo, Pacoti, Redenção, Russas, São João do
141 jaguaribe, Ubajara, Viçosa do Ceará. Irauçuba, Hidrolândia, Ipaumirim, Barroquinha,
142 Orós, Parambu, Tejuçuoca, Amontada, Madalena, Jaguaruana, Aiuaba, Poranga,
143 Pindoretama, Itapipoca, Penaforte, Aracati, Quiterianopoles, Novo Oriente, Jijoca,
144 Fortim, Morrinhos, Ipueiras, Jati, Choró, Guaiúba, Ararendá, Missão Velha,
145 Ico , Acarape, Assaré , Meruoca, Cruz, Carnaubal, Granjeiro, Coreaú, Itarema,
146 Quixelô, Saboeiro, Barro, Santana do Acaraú, Crateús. Todos os planos foram
147 aprovados pela CIB. **Item 3 da Pauta - Apreciação de solicitação de**
148 **cadastro de equipe do PSF junto ao SIA para os municípios:** Foram
149 apresentadas as solicitações de cadastramento de Equipes do PSF dos seguintes
150 municípios: Aracoiaba (01) equipe, Jijoca de Jericoacoara (01) equipe, Catunda (02)
151 equipes, Senador Sá (01) equipe, Tururu (01) equipe, Nova Olinda (01) equipe, Sobral
152 (02) equipes, Paracuru (02) equipes, Cariús (02) equipes, Itapipoca (04) equipes.
153 Todas as solicitações foram aprovadas pela CIB. **Item 4 da Pauta -Apreciação da**
154 **Solicitação de Remanejamento de AIH's da Direção do Hospital Santa Clara –**
155 **Maracanaú** – Vera coloca para o Secretário de Saúde de Maracanaú – Dr. Patriarca
156 que causa estranheza esse tipo de solicitação para a CIB, principalmente quando se
157 trata de município de Gestão Plena do Sistema Municipal e que o assunto só foi
158 colocado em pauta para que lhe fosse entregue oficialmente e de certa forma
159 lembrar o que foi dito pelo Dr. Alex na reunião passada, ou seja, a SESA não tem
160 condições de trabalhar com fixação de cota por hospital ou seja por AIH (quando há

161 mais de 01 (um) hospital no município. O hospital Santa Clara solicita com a máxima
162 urgência a revisão do remanejamento de AIH's de obstetria dentro do município de
163 Maracanaú. Este processo foi dado entrada na SESA, e o Controle e Avaliação está
164 pedindo que a CIB reveja a atual distribuição das internações no município de
165 Maracanaú, que ainda se encontra trabalhando com definição de cotas de AIH's por
166 hospital. A Dra. Lilian fez algumas considerações sobre o problema dizendo que a
167 direção do Hospital Santa Clara discorda da forma como o município fez, ou seja,
168 retirou tudo do seu hospital e alocou na ABENP, quando ele tem capacidade instalada
169 e resolutive no mesmo nível da ABENP. Este fato desencadeou um processo de
170 auditoria com ida de pessoal ao município, e o Controle e Avaliação da SESA está
171 pedindo para a CIB se posicionar. Após ampla discussão a CIB acordou que o
172 município de Maracanaú deveria fazer um trabalho de reorganização dos serviços
173 locais, programando internações, obedecendo as orientações da NOB/96 que coloca
174 o setor público como prioridade, depois o setor filantrópico e por último o setor
175 privado. **Item 5 da pauta - Apreciação das Propostas para Programação da Área**
176 **de Epidemiologia e Controle de Endemias.** Ficou a cargo da Comissão formada na
177 reunião anterior o aprofundamento dos dois assuntos: 1º assunto - diz respeito ao
178 elenco de responsabilidades a cargo do Município e do Estado através das
179 microrregionais, em relação ao controle de endemias nos municípios. 2º assunto – são
180 os critérios de alocação de recursos para os Municípios e Estado em relação a fonte
181 federal, tendo em vista que esses critérios irão fazer parte da proposta de
182 programação municipal em epidemiologia. O Dr. Ericson tomou a palavra e disse que
183 em relação ao 1º assunto as responsabilidades do Estado e Municípios, ficou
184 aprovada a proposta apresentada na reunião anterior da CIB, na íntegra ou seja não
185 foi modificado nenhum ponto, ressaltando que o inquérito sorológico para Chagas fica
186 a cargo do Estado, e em relação ao Bócio Endêmico a assistência será do município
187 através do processo de enriquecimento de iodo no sal, só para os municípios
188 produtores de sal como Icapuí, Chaval e Aracati. Com relação ao 2º assunto –
189 Alocação de recursos federais a Portaria determina que no mínimo 60% dos recursos
190 será para cada município, ficando o restante, 40% para o Estado. Um estudo
191 realizado no Estado, mostrou que os recursos programados com base nos critérios
192 estabelecido pela Portaria do Ministério da Saúde apresenta defasagem em relação
193 às necessidades levantadas para manter o controle das doenças endêmicas em cinco
194 municípios de Estado, incluindo Fortaleza que precisa de R\$ 8.149.000,00 (oito
195 milhões, cento e quarenta e nove mil reais), e deverá receber somente R\$
196 6.021.000,00 (seis milhões e vinte e um mil reais) incluindo a contrapartida e mais os
197 municípios de Aquiraz, Horizonte, Palhano e Senador Sá. Em seguida Dr. Ernani
198 informou que serão passados para os municípios 1000 servidores da FNS podendo
199 esse número ser crescido para os municípios que estão com defasagem de pessoal
200 para realizar as ações, especialmente em Fortaleza, e para resolver a defasagem

201 observada, poderia se aumentar o repasse dos recursos federais, objetivando cobrir o
202 déficit destes municípios. Dra. Vera fez uso da palavra lembrou que dos dois pontos
203 de aprofundamento discutidos, ficou claro que no 1º ponto – divisão de
204 responsabilidades dos Municípios e do Estado – foi acrescido mais 2 agravos para
205 controle: o bócio endêmico e a raiva, os recursos para controle da raiva foram
206 descentralizados para a SESA; o 2º ponto de aprofundamento – alocação de recursos,
207 identificou que em cinco municípios do Estado os recursos alocados era menor do que
208 a necessidade sendo eles: Senador Sá, Palhano, Horizonte, Aquiraz e Fortaleza,
209 desses Fortaleza é o que apresenta maior defasagem entre a receita e a despesa de
210 aproximadamente 2 milhões . Mesmo com o remanejamento de pessoal do FNS, a
211 defasagem ainda fica em torno de 1,5 milhão de reais . Nossa proposta é trabalhar a
212 programação com o teto para o município de acordo com o que foi estimado para que
213 ele possa manter esses agravos sob controle, para isso a CIB deverá encaminhar
214 para o CENEPE/MS a sugestão de modificação do critério de alocação de recursos
215 permitindo que os 60% fiquem assegurados para a esfera municipal, podendo os
216 recursos serem alocados de acordo com a necessidade de manter esses agravos sob
217 controle. A outra sugestão apontada é que no 1º ano temos expectativa de que
218 apenas 30% dos nossos municípios sejam certificados e como o Estado irá gerir os
219 recursos, que ele utilize-os de acordo com a programação. Dra. Vera ainda informou
220 que a SESA está elaborando a PPI do Estado e para isso estão acontecendo Fórum
221 de Discussão Microrregionais para a orientação da Programação, inclusive a de
222 Epidemiologia, onde se tem detectado algumas distorções em relação aos recursos
223 previstos para o financiamento destas ações. Após ampla discussão sobre os dois
224 pontos citados a CIB decidiu: 1. Aprovar a Programação da Área de Epidemiologia e
225 Controle de Doenças e a Descentralização da FUNASA no Estado do Ceará; 2.
226 Aprovar os Critérios para Certificação dos Municípios referentes a Equipe e Infra –
227 Estrutura Mínima, Divisão de Responsabilidades das Atividades a Serem Executadas
228 na Vigilância e Controle das Endemias por esfera de Governo, Instrumento de
229 Programação, e Critério de Distribuição dos Recursos Federais; 3. Aprovar a proposta
230 de distribuição dos Recursos Federais alocados no TFECED o percentual de 60% para
231 a esfera Municipal e 40% para o Estado. A distribuição entre os municípios será
232 baseada no critérios epidemiológico. Estas decisões serão registradas em Resolução
233 desta Comissão. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião
234 determinando que eu, Joana D´ Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária,
235 lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
236 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, vinte e quatro de
237 março do ano dois mil.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA
3
4

5 Aos quatorze dias do mês de abril do ano dois mil, às quinze horas, na sala de
6 reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU à Avenida Almirante Barroso,
7 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a Sexta Reunião Ordinária da Comissão
8 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará – CIB-Ce. Estiveram
9 participando os seguintes membros: Evaldo Sales Costa - COSAU/SMDs-
10 Fortaleza, Maria Vilauva Lopes - Secretária Municipal de Saúde do Município de
11 Aratuba, Moacir de Sousa Soares - Presidente do COSEMS, Vera Maria Câmara
12 Coêlho - CEPPE/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão - COVAC/SESA, , Alexandre
13 José Mont 'Alverne e Silva - COPOS/SESA, Joaquim Clementino Ferreira -
14 Secretário Municipal de Maracanaú, Socorro Martins - Chefe de Gabinete/SESA.
15 Como convidados: Neuza Goya – COSEMS, Leni Lúcia Leal Nobre – MR III de
16 Maracanaú, Lúcia Andrade - Maracanaú, Regina Figueiredo - SMS de Mulungu,
17 Rejane Amaral Corrêa - CAPS de Sobral, Elimany Nazaré Oliveira - UVA/SOBRAL,
18 Raimundo Afonso B. de Aquino - Saúde Mental/SESA., Carlos Eduardo - CAPS de
19 Icó, Fernando Henrique Meneses - Santa Casa de Paracuru, Edvar Ximenes -
20 Canindé , Paulo Martins - SMS de Quixadá. A reunião foi aberta e presidida por Dra.
21 Vera Coêlho a qual deu início pelo **item 1 da pauta - Discussão sobre a situação**
22 **dos CAPS no Ceará.** Informou que recebeu um ofício dirigido ao Secretário pelo
23 Presidente do COSEMS onde ele pede informações sobre o andamento dos
24 recursos do MS sobre o Projeto voltado a aquisição de equipamentos para
25 viabilização das oficinas terapêuticas em 5 (cinco) municípios cearenses. Baseado
26 nesta solicitação foi elaborado um documento o qual foi distribuído aos membros:
27 Situação das Propostas de Fortalecimento dos CAPS: **1)** Convênio Global – MS -
28 Aquisição de Equipamentos para 5 (cinco) CAPS – Crateús, Barbalha, Morada
29 Nova, Fortaleza e Itapipoca no valor total de R\$ 166.666,67 (cento e sessenta e
30 seis mil, seiscentos e sessenta e seis reais e sessenta e sete centavos), valor por
31 Centro R\$ 33.333,33 (trinta e três mil, trezentos e trinta e três reais e trinta e três
32 centavos). Este projeto já foi aprovado e existe um convênio assinado em 1999,
33 está faltando apenas o MS liberar os recursos. **2)** Recursos do Tesouro do Estado
34 – Orçamento para ano 2000 Projeto/Atividade - 61.094 no valor de R\$ 1.200.000,00
35 (hum milhão e duzentos mil reais) para Implantação e Implementação de 20 CAPS.
36 O Governo Estadual não fixou os recursos alocados no Orçamento-1999 destinados
37 a aquisição de equipamentos para os CAPS, mesmo tendo sido executado todos os
38 processos administrativos, os empenhos das despesas não foram efetivados. Por
39 esta razão se fez necessário reformular o Orçamento-2000 – Projeto/Atividade
40 61.094, distribuindo os recursos de forma tal que fossem assegurados os

41 pagamentos destes equipamentos, bem como de Equipamentos para os novos
42 CAPS, destinados as Oficinas de Terapeutas ou outros equipamentos que fossem
43 necessários para desenvolvimento do trabalho. No Plano Operativo – 2000 foram
44 alocados – R\$ 381.480,00 (trezentos e oitenta e um mil, quatrocentos e oitenta
45 reais), sendo destinado para aquisição de equipamentos para os CAPS 6 (seis) -
46 Canindé, Iguatú, Quixadá, Aracati, Cascavel e Icó que estava com os recursos
47 assegurado em 1999 e não se efetivou, e usamos o valor R\$ 114.590,00 (cento e
48 quatorze mil, quinhentos e noventa reais) em média R\$ 19.098,30 (dezenove mil,
49 noventa e oito reais e trinta centavos) para cada CAPS. E o Departamento de
50 Compras da SESA já esta providenciando a compra e entrega dos mesmos durante
51 este mês de abril. Para a Implementação de CAPS nas Microrregiões será
52 destinado o valor de R\$ 266.890,00 (duzentos e sessenta e seis mil, oitocentos e
53 noventa reais) cabendo à CIB definir. Dr. Aquino propôs uma reunião com os SMS
54 dos municípios de Aracati, Barbalha, Canindé, Cascavel, Crateús, Icó, Iguatú,
55 Itapipoca, Juazeiro do Norte, Morada Nova, Quixadá, Sobral e Fortaleza no dia 26
56 de abril para fazer um estudo de distribuição destes recursos, no sentido de que
57 todos possam ter participação na proposta. 3) O COSEMS solicitou a possibilidade
58 de discutir uma proposta que venha viabilizar os custeios destas unidades, inclusive
59 ver a possibilidade da utilização de gasto em internação psiquiátrica para a área
60 ambulatorial. Foi elaborada uma planilha em cima do programado e aprovado no
61 período de jan. à out.99 para os municípios: **Aracati** – PAB programado R\$
62 1.207,36 e produção R\$ 127,74 dando percentual de 10,58%; SIA/FAE
63 programado R\$ 19.225,31 e produção R\$ 13.117,00 com percentual de 68,23%
64 com um TOTAL programado R\$ 20.432,67 e produção R\$ 13.244,74 com
65 percentual de 64,82%; **Barbalha** PAB programado valor R\$ 961,75 e produção R\$
66 348,86 dando percentual de 36,27%; SIA/FAE programado R\$ 11.409,16 e
67 produção R\$ 1.660,96 com percentual de 14,56% com um TOTAL programado R\$
68 12.370,91 e produção R\$ 2.009,82 com percentual de 16,25%; **Canindé** – PAB
69 (nada); SIA/FAE programado R\$ 20.067,46 e produção R\$ 16.567,82 com
70 percentual de 82,56% com um TOTAL programado R\$ 20.067,46 e produção R\$
71 16.567,82 com percentual de 82,56%; **Cascavel** - PAB programado valor R\$
72 1.127,98 e produção R\$ 226,10 dando percentual de 20,04%; SIA/FAE programado
73 R\$ 21.180,99 e produção R\$ 6.246,00 com percentual de 29,49% com um TOTAL
74 programado R\$ 22.308,97 e produção R\$ 6.472,10 com percentual de 29,01%;
75 **Crateús** – PAB programado R\$ 842,61 ; SIA/FAE programado R\$ 11.549,92
76 ,TOTAL programado R\$ 12.392,52, nada produzido ; **Icó** - PAB programado valor
77 R\$ 2.432,88 e produção R\$ 2.187,19 dando percentual de 89,90%; SIA/FAE
78 programado R\$ 16.653,98 e produção R\$ 16.323,54 com percentual de 98,02%
79 com um TOTAL programado R\$ 19.086,86 e produção R\$ 18.510,73 com
80 percentual de 96,98%; **Iguatú** - PAB programado valor R\$ 84,40, nada produzido

81 em PAB; SIA/FAE programado R\$16.353,30 e produção R\$ 13.779,27 com
82 percentual de 84,26% com um TOTAL programado R\$ 16.442,70 e produção R\$
83 13.779,27 com percentual de 83,80%; **Itapipoca** - PAB programado valor R\$
84 1.005,60 e produção R\$ 267,30 dando percentual de 26,58%; SIA/FAE
85 programado R\$ 11.409,16 e produção R\$ 9.507,63 com percentual de 83,33% com
86 um TOTAL programado R\$ 12.414,76 e produção R\$ 9.774,93 com percentual de
87 78,74%; **Juazeiro do Norte** – Nada programado nem produzido no PAB; SIA/FAE
88 programado R\$ 16.968,91 e produção R\$ 16.760,98 com percentual de 98,77%
89 com um TOTAL programado R\$ 16.968,91 e produção R\$ 16.760,98 com
90 percentual de 98,77%; **Morada Nova** - PAB programado valor R\$ 532,82 e
91 produção R\$ 20,00 dando percentual de 3,75%; SIA/FAE programado R\$ 5.704,58
92 e produção R\$ 5,61 com percentual de 0,10% com um TOTAL programado R\$
93 6.237,40 e produção R\$ 25,61 com percentual de 0,41%; **Quixadá** - PAB
94 programado valor R\$ 1.793,49 e produção R\$ 1.579,60 dando percentual de
95 88,07%; SIA/FAE programado R\$ 24.751,37 e produção R\$ 3.002,47 com
96 percentual de 12,13% com um TOTAL programado R\$ 26.544,86 e produção R\$
97 4.582,07 com percentual de 17,26%; **Sobral** - PAB programado valor R\$ 2.456,16 e
98 produção R\$ 196,13 dando percentual de 7,99%; Nada programado nem produzido
99 SIA/FAE com um TOTAL programado R\$ 2.456,16 e produção R\$ 196,13 com
100 percentual de 7,99%; **Fortaleza** - PAB programado valor R\$ 406,93; SIA/FAE
101 programado R\$ 3.922,92 e produção R\$ 62,44 com percentual de 1,59% com um
102 TOTAL programado R\$ 4.329,85 e produção R\$ 62,44 com percentual de 1,44%.
103 Com um **Total Geral** de PAB programado valor R\$ 12.851,98 e produção R\$
104 4.952,92 dando percentual de 38,53%; SIA/FAE programado R\$ 179.197,06 e
105 produção R\$ 97.033,72 com percentual de 54,14% com um TOTAL programado
106 R\$ 192.054,03 e produção R\$ 101.986,64 com percentual de 53,10%. Dr. Alex
107 informou que desde quando foi tomada a decisão de remanejar recursos de
108 internação para os CAPS, que tem sido feito, no Controle e Avaliação, um estudo
109 das internações em psiquiatria de todos os municípios onde os CAPS venham a
110 funcionar. E conforme autorização de cada município na época é retirado um
111 percentual das internações e alocados para o ambulatorial. Na maioria das vezes
112 esses recursos não são suficientes para sustentar os CAPS. Porém vem
113 acontecendo um problema muito sério, esses recursos são alocados em
114 Ambulatório mas não sai de SIH, porque a internação em psiquiatria tem uma
115 irregularidade, é a única que é paga como diária. Um Hospital com 100 leitos
116 poderá ter 300 diárias, alguns hospitais chegaram criminosamente a aumentar a
117 média de permanência de pacientes para garantir seus leitos ocupados todo o mês.
118 Isto ocorreu de fato, um dos casos foi comprovado por uma Comissão de Auditores
119 e Psiquiatras. O gasto com estas internações começaram a diminuir em Fortaleza
120 quando começou a funcionar a Central de Leitos, houve também redução em

121 alguns município e outros chegaram até aumentar. Outro ponto é a medicação –
122 estamos recebendo em abril uma cota de medicamentos para assistência
123 psiquiátrica no valor de R\$ 7.000,00 (sete mil reais) para cada um dos CAPS. Dr.
124 Alex fez uma proposta: reduzir 15% das internações em Psiquiatria, com a redução
125 de 15% dos leitos do setor privado. Dra. Vera sugeriu que cada um apresente
126 levantamento da receita e do custo operacional e apresente para a diretoria da
127 SESA, o valor que necessita para garantir o equilíbrio entre a receita e a despesa,
128 para apreciação. O remanejamento dos recursos de internação para ambulatório
129 será colocado também como pauta de discussão. Após apresentação dos pontos
130 solicitados pelo COSEMS a CIB decidiu: 1ª. Secretário Estadual da Saúde negociar
131 junto ao Secretário Executivo do Ministério da Saúde para a liberação dos recursos
132 previstos no Convênio; 2ª. Em relação aos recursos do Tesouro Estadual destinar
133 uma Complementação para os 6 (seis) CAPS – Elaborar proposta de aplicação dos
134 recursos a partir do levantamento da necessidade de equipamentos para estes
135 Centros, e o saldo restante será programação de equipamentos para os novos
136 CAPS sob a coordenação do Dr. Aquino; e 3ª. Uma proposta de redução de 15%
137 das Internações em Psiquiatria com redução de 15% dos Leitos no Setor Privado,
138 objetivando viabilizar o financiamento dos CAPS. **Item – 2 da pauta - Apreciação**
139 **de solicitação de cadastramento de equipes do PSF junto ao SIA/SUS:**
140 Solicitações de cadastramento de equipe do PSF junto ao SIA/SUS para os
141 seguintes municípios: Acarape 01 (uma) equipe, Redenção 01 (uma) equipe,
142 Aracoiaba 01 (uma) equipe, Mauriti 03 (três) equipes, Catarina 01 (uma) equipe,
143 Cariús 01 (uma) equipe, Mucambo 01 (uma) equipe, Sobral 01 (uma) equipe,
144 Senador Pompeu 01 (uma) equipe, Aiuaba 02 (duas) equipes, Umirim 01 (uma)
145 equipe e Santana do Acaraú 01 (uma) equipe. Todas as solicitações foram
146 aprovadas pela CIB. **Item 3 da pauta - Apreciação dos Planos Municipais de**
147 **Carências Nutricionais.** Estamos apresentando as Atualizações dos Planos de
148 Combate as Carências Nutricionais dos seguintes municípios: Potengi, Nova
149 Olinda, Granja Tianguá, Ocara, Nova Russas, Acaraú, Cascavel, Senador Pompeu,
150 Quixadá, Umirim, Uruoca, Bela Cruz, Capistrano, Uruburetama, Deputado Irapuan
151 Pinheiro, São Luiz do Curu, Limoeiro do Norte, Aratuba, Croatá, Graça e Paramoti.
152 Todas as Atualizações dos Planos de Combate as Carências Nutricionais foram
153 aprovadas pela CIB. **Item 5 da pauta - Apreciação do Relatório de Avaliação do**
154 **Polo de Capacitação da Saúde da Família – ESP/Ce – Dra. Sílvia Mamede – Dra.**
155 **Vera lembrou à Bipartite, que o Pólo de Capacitação do Programa da Saúde da**
156 **Família no Ceará foi constituído por iniciativa do Ministério da Saúde em relação a**
157 **alocação de recursos do Projeto REFORSUS. A proposta foi discutida e aprovada**
158 **por esta Comissão e o Ministério da Saúde classificou a Escola de Saúde Pública –**
159 **Ce, como Pólo de Capacitação em Saúde da Família. A palavra foi dada à Dra.**
160 **Silvia Mamede da ESP/Ce e Dra. Neyle , Diretora do Núcleo de Desenvolvimento**

161 Educacional da Faculdade de Medicina e representante da UFC no Pólo. Dra. Sílvia
162 iniciou fazendo referência ao objetivo geral do Poló que é contribuir para
163 implantação do Programa da Saúde da Família no Ceará através de formação de
164 recursos humanos, tendo como objetivos específicos - explicitados no Projeto
165 original do Pólo / 96 – capacitar os dirigentes dos SILOS para que organize o
166 sistema local de saúde com base na lógica de Programa da Saúde da Família;
167 capacitar as Equipes da Saúde da Família que já estão em funcionamento no
168 desenvolvimento de suas funções; promover uma gradual adequação dos
169 programas de graduação para que venha formar os profissionais de acordo com o
170 perfil necessário para a Saúde da Família; e também tem o objetivo interno de
171 aprimorar a capacitação do corpo docente. No sentido de alcançar estes objetivos o
172 Polo atuará em 3 (três) grande áreas: 1ª Educação dos profissionais da Saúde da
173 Família; 2ª Onde estão envolvidos todos os programas de treinamentos; e 3ª A
174 produção de conhecimento da Saúde da Família, onde se articula uma experiência
175 piloto de construção de uma Unidade Modelo de Saúde da Família no município de
176 Iguatu, numa parceria da ESP/Ce com a Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu,
177 onde está elaborado um manual de protocolo de condutas. E ainda o
178 desenvolvimento de uma proposta educacional através da capacitação dos
179 docentes no desenvolvimento de novas metodologia de ensino – aprendizagem. As
180 diretrizes para a área de educação também já foram aprovadas na Bipartite, diz
181 respeito à orientação dos currículos, na forma de planejar os currículos de modo
182 que o planejamento dos cursos passe pela análise dos problemas da comunidade e
183 da necessidade do serviço; e na utilização da metodologia de ensino e na –
184 aprendizagem voltado para o aluno. Os programas que o Pólo desenvolve hoje na
185 área de educação em relação a graduação e formação de profissionais de saúde,
186 são a reforma do ensino de graduação e os cursos de formação de auxiliar de
187 enfermagem que é membro da Equipe do PSF. No último ano incluímos também o
188 curso técnico de higiene dental que é financiado com recursos do FAT. Para a área
189 de treinamento vocacional que é o treinamento de forma que o profissional faça
190 especialização dentro do exercício de suas funções, o Pólo oferece 2 (dois) cursos :
191 Gestão do Sistema Local de Saúde e Especialização em Saúde da Família que é
192 destinado aos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. A Residência
193 Médica foi iniciado em março do corrente ano. E na área de educação permanente
194 para saúde da família, o Curso Introdutório da Saúde da Família e o Curso sobre o
195 Desenvolvimento de Conduta que é um curso voltado para os protocolos. O Pólo de
196 Formação, Capacitação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a
197 Saúde da Família no Estado do Ceará foi concebido, inicialmente , a partir de uma
198 parceria entre a Escola de Saúde Pública - ESP, Universidade Federal do Ceará -
199 UFC, Secretaria Estadual de Saúde – SESA e Conselho Municipal de Secretários
200 Municipais de Saúde – COSEMS, atualmente o Colegiado de Coordenação do Pólo

201 já é composto por representante de todas as Instituições de Ensino Superior do
202 Estado, além dos representante da SESA e do COSEMS , mantendo reunião
203 regulares para o planejamento e monitoramento das ações do Pólo. Em relação a
204 gestão do Pólo os recursos são oriundos do REFORSUS administrados pela
205 ESP/Ce, e destinam-se à estruturação e desenvolvimento do Pólo de Formação,
206 Capacitação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da
207 Família do Ceará. A partir da assinatura de convênio entre o Ministério da Saúde e a
208 Escola de Saúde Pública – Ce, Convênio N°. 588/97, e posteriormente, Termo
209 Aditivo N°. 176/98, vêm sendo implementadas, desde nov/97, ações consideradas
210 estratégias para desenvolvimento da proposta de Saúde da Família no Estado. Dra.
211 Silvia ressaltou as flexibilidades na aplicação dos recursos dado as possibilidades
212 de ajustes dos planos de aplicação ao longo do convênio. No entanto enfrentou
213 grandes dificuldades com a demora na assinatura do Termo Aditivo ao Convênio
214 original que permitirá a continuidade do financiamento das atividades e,
215 subseqüentemente , o atraso na liberação dos recursos já programados,
216 comprometeu a realização de inúmeras atividades previstas. Em muitos casos, a
217 manutenção dos programas já iniciados foi possível apenas através da alocação de
218 recursos próprios do Tesouro Estadual pela Secretaria Estadual, tornando
219 impossível a ampliação de ações, devido à carência de recursos. De modo geral, as
220 metas estabelecidas no planejamento do Pólo para 1999 foram cumpridas, tendo
221 sido ampliadas algumas modalidades de capacitação em relação aos objetivos
222 iniciais, devido o rápido aumento do número de equipes de Saúde da Família no
223 Estado, aumentando assim a demanda por capacitação básica. E ainda em 1999
224 foram financiados com os recursos do REFORSUS os Cursos de Especialização
225 em Saúde da Família na ESP 96 profissionais; de Especialização em Saúde da
226 Família na UFC 30 profissionais; Básico em Saúde da Família com a meta prevista
227 de 400 profissionais, realizamos uma meta de 1.215 profissionais onde 454 (37,4%)
228 foram médicos, 692 (56,9%) enfermeiros e apenas 69 (5,7%) outros profissionais
229 (assistente social, dentista, farmacêutico, nutricionista, entre outros); Curso para
230 adoção de Protocolos Clínicos acima da meta prevista 89 profissionais: Curso de
231 Especialização em Gestão de SILOS acima da meta prevista 57 profissionais: Curso
232 de Capacitação em Agente de Saúde 72 profissionais; Curso de Formação sobre
233 PBL 30 profissionais e outros. No ano 2000 foram programados: realização de
234 pesquisas, publicações, participação das equipes em cursos externos e projetos a
235 serem executados: Curso de Especialização em Saúde da Família para médicos e
236 enfermeiros com 80 vagas no período de março a dezembro/2000; Curso
237 Introdutório em Saúde da Família com 700 vagas para médicos e enfermeiros no
238 período de março a dezembro/2000; Curso Básico para Adoção/Desenvolvimento
239 de linhas diretivas para a Saúde da Família com 580 vagas para médicos e
240 enfermeiro no período de março a dezembro/2000; Curso de Especialização em

241 Saúde da Família para Agentes de Saúde com 500 vagas no período de março a
242 dezembro/2000 esta meta será complementada com financiamento do FAT; Curso
243 de Especialização em Gestão de Sistema Locais de Saúde para Gestores com 50
244 vagas no período de março a dezembro/2000; Curso sobre a Metodologia
245 Educacional para Instrutores e Docentes das Instituições envolvidas (UECE, UVA,
246 URCA, ESP, EFC e UNIFOR) com 320 vagas no período de março a
247 dezembro/2000; Desenvolvimento de uma Unidade Experimental de Saúde da
248 Família para definição de um modelo de organização do serviço ; Desenvolvimento
249 de uma Unidade integrada de ensino – serviço – comunidade vinculada à Faculdade
250 de Medicina / UFC; Elaboração da proposta de reforma curricular da Faculdade de
251 Medicina da UFC com base no Planejamento Estratégico; Curso de
252 Aperfeiçoamento em metodologia de ensino – aprendizagem; Contratação de
253 consultorias na área de Educação de Profissionais de Saúde; Elaboração de
254 Material Educativo; Curso de Formação Técnico de Higiene Dental – THD; Curso
255 AIDPI – Atenção Integral às doenças prevalentes na infância. Com um custo de R\$
256 836.515,00 (oitocentos e trinta e seis mil e quinhentos e quinze reais). Dra. Silvia
257 passou a palavra para Neyle falar sobre os Centros de Graduação e das Reformas
258 Curriculares. Neyle afirma que mesmo antes da criação do Pólo já havia iniciado as
259 discussões sobre a reforma curricular, pois este processo se dar de uma forma lenta
260 e amadurecida, bem trabalhada , articulando com a comunidade externa e interna,
261 procurando envolver os estudantes, porque não se faz mudança curricular apenas
262 com técnicas. Em linhas gerais se precisa de profissional com formação generalista
263 e sólida, que seja treinado nos três níveis de atenção, uma coisa diferente do que
264 se tem hoje, basicamente o profissional é treinamento dentro do hospital.
265 Precisamos do profissional que seja comprometido com a transformação da
266 sociedade, nosso profissional é formado alienado da sociedade, é preciso que ele
267 se insira na comunidade, que trabalhe com a comunidade para que esse
268 compromisso surja, isso não é implantado, um profissional comprometido com a
269 defesa da vida, com o princípio ético da profissão, uma coisa que está sendo
270 esquecido no exercício de várias profissões, um profissional com capacidade
271 analítica e criatividade é preciso, um profissional que saiba trabalhar com as
272 dificuldades e encontre soluções diante do acúmulo de conhecimento e da
273 renovação de conhecimento. Não podemos ter mais um profissional que tenha
274 apenas informações, necessitamos de um profissional que tenha iniciativa e
275 capacidade de decisão, que seja cooperativo, que saiba trabalhar em equipe e que
276 reconheça o trabalho de outros profissionais, inclusive de outros profissionais da
277 área da saúde ou não. Um profissional desenvolvido, com auto desenvolvimento
278 diante do desafio de que não adianta ter mais informações, porque as informações
279 caducam no dia seguinte, o importante é saber aonde buscar as informações e
280 aonde encontra-las. Analisando este perfil comparativamente com o currículo atual

281 (currículo tradicional) constata-se a dificuldade desse currículo em proporcionar a
282 formação de um profissional com este perfil. Daí a grande dificuldade: como formar
283 este profissional? O processo tem sido bastante lento, porque a mudança na grade
284 curricular é muito grande para que esse profissional possa ter este perfil. Os
285 trabalhos estão sendo realizados em oficinas, nos finais de semana contando com
286 20 ou 30 professores na definição das diretrizes para elaboração da nova proposta
287 curricular antes de trabalhar no modelo. Em relação ao conteúdo a ser ministrado
288 no curso deve-se levar em conta o perfil epidemiológico do Estado e dos municípios
289 e principalmente do ponto de vista dinâmico e não um conteúdo cristalizado, mas
290 que possa incorporar novos conteúdos que atenda às necessidades da sociedade;
291 um conteúdo que permita a incorporação de novos conhecimentos e que trabalhe
292 de forma integrada e não de forma desassociada, que é a grande dificuldade que se
293 tem no currículo atual, a separação do conteúdo ensinado em relação à
294 metodologia. Foi visto a necessidade que esta metodologia fosse centrada no aluno,
295 que o aluno tivesse um papel ativo, para que ele possa se desenvolver, superando o
296 papel passivo de receber as informações, simplesmente absolvendo as informações
297 do professor. Esta metodologia permite a inserção do aluno na comunidade. Este
298 trabalho está começando a ganhar adesão, a medida que a Prefeitura está se
299 dispondo a fazer um trabalho articulado com a Faculdade na Regional III,
300 possibilitando a inserção dos estudantes na Comunidade, já no início do curso, logo
301 a partir do primeiro semestre. Esta metodologia permite um trabalho multidisciplinar
302 integrando as disciplinas e também possibilita o desenvolvimento de um trabalho de
303 equipe, se contrapondo a metodologia atual que é individualizada e estimula uma
304 competição muito cerrada, com nota, classificação, com as bolsas, estágios em
305 hospitais. etc. A metodologia proposta prepara o aluno através de uma educação
306 continuada, permanente ao longo da vida, que é o ponto fundamental. Então em
307 termos de conteúdo e metodologia a mudança é de extrema importância. Há
308 necessidades também de espaço e de oportunidade de treinamento. A reforma
309 curricular envolve outras coisas além da grade curricular simplesmente, por exemplo
310 a relação entre os professores e estudantes precisa ser fortalecida, hoje em dia
311 cada um vive numa fragilidade muito grande. Estudantes e professores devem ser
312 comprometidos com a sociedade com o compromisso ético e moral, que o aluno
313 seja avaliado considerando não apenas o aspecto produtivo, mais também no
314 efetivo e social, que seja avaliado de uma forma geral, não apenas em relação ao
315 conhecimento, mas por suas habilidades e atitudes. E que o professor mude um
316 pouco seu papel, saindo do papel de ministrador de curso e assuma o papel de
317 instrutor e de parceiro do estudante. É preciso que trabalhe um pouco no sistema
318 de avaliação que avalie não apenas o aluno no aspecto positivo que é basicamente
319 o que temos hoje, mais um sistema que avalie os docentes envolvidos, um sistema
320 periódico de avaliação. Foram estas as diretrizes da nova reforma curricular

321 apresentadas para discussão na comunidade, numa oficina com a participação de
322 cinquenta professores, foi apresentado também o modelo curricular, a metodologia
323 que estruturou o currículo de forma modular, em que os módulos são trabalhados de
324 uma maneira interdisciplinar. Foram programados módulos sequenciais, alguns
325 módulos com conteúdo essenciais, que serão obrigatórios para todos os alunos. Os
326 módulos serão organizados por sistema. Esses módulos serão desenvolvidos
327 sequencialmente ou simultaneamente no máximo dois módulos serão trabalhados.
328 Esses módulos permitem a divisão dos alunos em turma de vinte alunos que até aí
329 podem ser subdividido, ou ainda mais com quarenta alunos no círculo profissional
330 o que permite a subdivisão de turma. Estão previstos módulos eletivos de
331 desenvolvimento pessoal e de atenção primária. Depois das exposições da Dra.
332 Sílvia e da Dra. Neyle, os membros da CIB ressaltaram a importância desta parceria
333 para a Saúde Pública no Ceará e depois de alguns esclarecimentos solicitados
334 aprovaram o Relatório de Avaliação do Pólo. **Item 4 da pauta - Apreciação da**
335 **Proposta de Constituição do Programa Integrado de Residência Médica e de**
336 **Enfermagem em Saúde da Família – ESP/Ce e UFC – Dra. Sílvia Mamede** .
337 Estabelecimento de Consórcio para desenvolvimento das Residência em Saúde da
338 Família do Estado do Ceará, envolvendo a ESP/Ce e UFC/Ce. Do objeto : 1 -
339 Consórcio terá por objeto o desenvolvimento (programação, organização e
340 realização) de Residências em Saúde da Família, para profissionais de saúde, em
341 especial médicos e enfermeiros, voltados à prática em unidades básicas de saúde,
342 sob a Estratégia de Saúde da Família. 2- Ao se reunirem em Consórcio, as
343 Promitentes Consorciadas buscam alcançar reforço de recursos humanos e
344 financeiros, bem como melhoria técnica na prestação de seus serviços, sem
345 qualquer intenção de limitarem ou dificultarem a leal concorrência de outros
346 participantes. A ESP/Ce será líder do Consórcio para todos os fins previstos no
347 inciso II e no parágrafo 1º do inciso V do artigo 33 já referida Lei 8.666/93 e
348 modificações posteriores. O Consórcio ESP/Ce e UFC/Ce durará pelo prazo
349 necessário à total consecução do Contrato a ser celebrado com o Ministério da
350 Saúde. Obrigam-se as Promitentes Consorciadas: a) - a darem-se a mútua e
351 recíproca colaboração técnica, trocando as informações necessárias ao fiel
352 desempenho das atividades atribuídas a cada uma, segundo este instrumento, à
353 coordenação e a integração dos respectivos serviços, bem como, ao cumprimento
354 das obrigações dos contratos a serem firmados com o Ministério da Saúde
355 mantendo uma a outra, a par de todos os assuntos relacionados com o Consórcio;
356 b) – atenderem as respectivas exigências de ordem fiscal tributária, administrativa e
357 legal, relativas as atividades desenvolvidas em razão do Projeto de Reforma do
358 Setor de Saúde – REFORSUS, segundo o já referido Edital de Concorrência
359 Internacional no. 03/2000, até a conclusão do projeto. c) – a promoverem a
360 constituição e registro do Consórcio antes da celebração do Contrato para a

361 execução dos serviços mencionados no objeto. d) – a permanecerem no Consócio e
362 implementar seu objeto, na hipótese de alguma das Consorciadas vir a ser
363 impugnada pelo MS. e) a apresentarem os documentos necessários ao
364 cumprimento das obrigações previstas no contrato. As Promitentes Consorciadas
365 terão responsabilidade solidária pelos atos praticados em consórcio, tanto na fase
366 de licitação quanto na execução do contrato que dela resultar. As contribuições de
367 cada consorciada: a) - Sem prejuízo da solidariedade assumida e, tampouco, da
368 coordenação de suas atividades, cada Promitente Consorciada contribuirá com seus
369 conhecimentos técnicos e meios próprios, consoante sua especialização, para a
370 execução do objeto do Consórcio, sempre observada a liderança da ESP/CE; b) –
371 Compete às Promitentes Consorciadas a prestação dos serviços, na proporção
372 exigida pelo andamento do Projeto, sempre visando à otimização dos recursos, a
373 melhoria da qualidade dos serviços e a racionalização dos custos, tudo segundo o
374 Plano a ser elaborado pelo Comitê Executivo e sob a liderança da ESP/Ce. Em
375 relação as Receitas e Despesas do Consórcio: 1- Constituirão receitas do Consórcio
376 ESP/Ce/UFC os recursos repassados pelo Ministério da Saúde para execução do
377 projeto; 2- Constituirão despesas do Consórcio ESP/Ce/UFC todas as despesas
378 decorrentes da execução das atividades, objeto do projeto; 3- A administração
379 financeira do Consórcio ESP/CE/UFC, observadas disposições acima, competirão à
380 Empresa Líder, que prestará contas diretamente ao financiador, do valor dos
381 serviços que constituem objeto do consórcio. As consorciadas reuni-se-ão
382 bimensalmente, ou de forma extraordinária, mediante solicitação justificada de
383 qualquer uma delas, para decidir sobre assuntos de interesse comum. Nenhuma
384 reunião poderá instalar-se sem a adequada representação das Consorciadas. As
385 decisões serão tomadas pelo voto das Consorciadas, valendo, excepcionalmente, o
386 voto confirmado por transmissão facsimile. A representação do Consórcio competirá
387 à ESP/Ce, bem como sua administração, que será exercida através do Comitê
388 Executivo, que terá a seguinte composição: o Comitê Executivo será composto por
389 04 (quatro) membros, sendo: dois indicados pela ESP/Ce e dois pela UFC. As
390 Consorciadas decidirão de comum acordo os assuntos de interesse comum relativos
391 as obrigações e aos compromissos a serem assumidos na execução do projeto que
392 constitui o objeto do Consórcio, e a coordenarem e organizarem de comum acordo
393 as respectivas atividades, ficando estabelecido que, a par das deliberações
394 adotadas no âmbito das reuniões das Consorciadas, as decisões do Comitê de
395 Execução serão válidas quando aprovadas pela metade, mais um dos membros.
396 Fica estabelecido que , na vigência deste instrumento, e por todo o prazo de
397 duração do Consórcio a ser constituído, nenhum da Promitentes Consorciadas
398 poderá integrar outro consórcio. O Consórcio terá sua capacidade técnica e
399 financeira definida pela reunião das capacidades das Promitentes Consorciadas. A
400 CIB-Ce após as discussões sobre o assunto, aprovou a proposta de constituição do

401 Consórcio, por entender que a mesma contribui para o fortalecimento das ações de
402 desenvolvimento de recursos humanos no SUS-Ce. **Item 6 da pauta - Alteração do**
403 **Teto do Município de Fortaleza – Mudança de Referência de Mamografia do**
404 **Município de Maracanaú.** Por solicitação da SMS - Maracanaú, este item foi
405 retirado da pauta, pois manteve contato com a Direção da MEAC que se
406 comprometeu em realizar os exames, não sendo necessário transferir para o ICC.
407 **Item 7 da pauta – Informes – 7.1. COSEMS – Comunicando os novos membros**
408 **que irão ampliar a representação municipal : Murilo Alves Amaral – SMS de**
409 **Caucaia e João Urânio N. Ferreira – SMS de Horizonte. 7.2. Encontros**
410 **Macrorregionais para Discussão das Programações e Pactuações das Áreas**
411 **de Epidemiologia. 7.3. COSEMS – Comunica que o senhor Joaquim Cletino**
412 **Ferreira – Substituirá o Dr. Patriarca na representação da CIB.** Nada mais
413 havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião determinando que eu, Joana D´
414 Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai
415 por mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde
416 do Estado do Ceará. Fortaleza, quatorze dias do mês de abril do ano dois mil.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Aos nove dias do mês de maio do ano dois mil, às nove horas, na sala de reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a Sétima Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará - CIB-Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Murilo Aguiar, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Evaldo Sales Campos, SMDS/PMF, Moacir Sousa Soares, Presidente do COSEMS, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC,/SESA, Nágela Norões, COMIRES/SESA, Paola de Borba, CODAS/SESA, Joaquim Clemetino, Secretário Municipal de Maracanaú, Antônio Ericson, Vice – Presidente do COSEMS, Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA Como convidados: Maria Eunice Passos, CAPS de Iguatú, Raimundo Mauro B. de Aquino, Coordenador da Saúde Mental/Ce, Neuza Goya, COSEMS, Sílvia Mamede, ESP/Ce, Júlio Penaforte, ESP/Ce, Francisco Henrique M. Costa, Santa Casa de Paracuru, Sandra Dias Costa, CAPS de Aracati, Geraldo P. de Sousa, SMS de Aracati, Francisco das Chagas, SMS de Cascavel, Nilton Pinheiro, SMS de Itapipoca. A reunião foi aberta e presidida por Dra. Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 9 da Pauta – Informes: 1. Ofício do COSEMS 099/00** – Comunica o representante suplente dos municípios de grande porte Dr. Joaquim Clemetino Ferreira – SMS de Maracanaú em Substituição ao Dr. Patriaca, ex – secretário do mesmo município. **2.Ofício – Circular no. 5 da CIT** - Comunicando que o Secretário Executivo Dr. Barjas Negri foi designado Coordenador da CIT, conforme Portaria Ministerial no. 168 de 22/02/00. **3. I Oficina de Saúde Mental de Sobral** – O município de Sobral comunica aos participantes a Oficina de Saúde Mental a realizar em seu município no dias 26 e 27/05 do corrente. **Item 2 da Pauta – Apreciação da Proposta Operacional do PSF do Centro de Educação em Atenção Ambulatorial do Meireles, Conforme Acordo na 13ª Reunião da CIB/99.** Dra. Vera leu a Ata em que esse assunto foi discutido e passou a palavra para o Dr. Júlio Penaforte que iniciou sua fala se dizendo surpreso com o rompimento do acordo por parte da Dra. Rosemary da proposta já aprovada pela CIB quando a própria leu o documento, elogiou a proposta dizendo que todos estavam ganhando e que fechava integralmente com o acordo. A partir disso foram tomadas as providências para implantação do acordo, foi feito um concurso público pela ESP/Ce onde foram selecionados 20 (vinte) Candidatos à Residência, sendo 10 (dez) médicos e 10 (dez) enfermeiros. A Residência iniciou em 10/03, toda a estrutura foi montada em cima desse acordo feito com a Prefeitura Municipal de Fortaleza. No entanto no final de maio a ESP/Ce recebeu um telefonema da Coordenação da SER II, dizendo que

41 estava tudo mudado e que a Prefeitura não mais ia cumprir com o acordo e que se
42 a ESP/Ce quisesse fosse trabalhar nos Postos do Município. Então foi marcada uma
43 reunião na Prefeitura com o Dr. Evaldo e Dra. Sílvia que foram bastante receptivos
44 ao diálogo, mas claramente se percebia que havia uma posição acima deles de que
45 o acordo deveria ser desfeito. Ficou claro para nós que o temor era de que a
46 Prefeitura perdesse o Controle da Região. Nessa ocasião deixamos bem claro que o
47 único interesse da ESP/Ce era educacional, e que estávamos apostando num
48 Projeto de formação e de capacitação de médicos e enfermeiros de família, para
49 gerar um padrão desses profissionais que hoje não se tem. Deixamos muito claro
50 que não nos interessava capitalizar resultados políticos dessa ação e que o
51 município poderia utilizar todos os resultados e todas as informações gerados pelo
52 trabalho dos Residentes. Fizemos então uma proposta no sentido de que todos os
53 passos a serem desenvolvidos pelos residentes teriam a participação da equipe do
54 município no sentido de que o controle da área jamais saíssem de suas mãos.
55 Voltamos mais uma vez a nos reunir desta vez com a presença da Senhora
56 Secretária Rosemary que disse claramente que o acordo estava desfeito pois
57 entendera errado e fechou questão, como se nada importassem trabalho prévio de
58 estruturação, de comprometimento da vida profissional de 10 médicos e 10
59 enfermeiros e dotarem o Projeto Educacional exatamente importante para Fortaleza
60 e todo o Estado do Ceará, como se não importassem em última instância uma
61 decisão tomada em reunião da CIB. Não entendemos uma ruptura nesses termos. É
62 uma questão inclusive de nosso caráter enquanto pessoa, pois se estamos aqui e
63 dizemos sim olhando nos olhos uns dos outros hoje, e amanhã dizemos não. Com
64 que base vamos nos relacionar daqui para frente? Como se vai dizer para as
65 pessoas que representamos em nossa comunidade que nós somos gestores de um
66 sistema, quando não somos capazes de assumir os compromissos que firmamos,
67 mesmos enquanto profissionais e enquanto pessoas? E em última instância a
68 seriedade e a razão de ser desta Comissão Bipartite está em jogo, pois as decisões
69 aqui podem ser tomadas hoje e amanhã revogadas ao bel sabor dos votos políticos
70 partidários. Isso aqui é uma farsa, nós somos farsantes e nada do que fizemos aqui
71 tem qualquer consequência ou seriedade. A CIB tem o dever de obrigar a Prefeitura
72 Municipal de Fortaleza a cumprir com o acordo firmado, sob pena de qualquer
73 acordo ou decisão tomada daqui pra frente, possa ser desrespeitado a qualquer
74 momento e por qualquer motivo. Não se pode ocultar esse comportamento como
75 normal sob pena de inviabilizar nossa sociedade. Dr. Evaldo – SMDS/PMF pediu a
76 palavra e em nome da SMDS falou nesses termos: eu acredito primeiramente que a
77 Prefeitura Municipal de Fortaleza na pessoa da Dra. Rosemary em nenhum
78 momento naquele dia quis dizer que o que nos acordamos aqui na 13ª Reunião da
79 CIB ou o que foi planejado e desenvolvido na ESP/Ce constitui alguma coisa como
80 se nada importasse. Acredita prontamente também que a Dra. Rosemary não tenha

81 realmente compreendido ou apreendido que o programa de residência em saúde da
82 família significasse integralmente a cobertura de uma zona de abrangência, como se
83 uma unidade básica de saúde da família de Fortaleza fosse. E o que ela apresentou
84 em nossa última reunião foi a compreensão e a não aceitação de que esta zona de
85 abrangência fique gerenciada pela ESP/Ce em matéria de saúde da família. Afirmar
86 que ela não aceita que essa ação seja desenvolvida através dessa metodologia é
87 certo, mas dizer se quiser ocupe os nossos Postos de Saúde, não. Ela deixou a
88 negociação por nossa conta, pois como todos sabem ela está passando por
89 momentos sentimentalmente difíceis e até porque esse assunto foi conduzido a
90 nível de Coordenadoria de Saúde por ocasião das três reuniões ocorridas.
91 Continuou dizendo que a posição da PMF é dar continuidade ao que foi acordado
92 naquela 13ª Reunião/99 que seria de uma cobertura de 1000 famílias até porque os
93 seis ACS garante a cobertura de 1000 famílias e em termos de residentes eles
94 poderiam ficar com uma equipe de 500 famílias, o que equivaleria uma equipe do
95 município de Fortaleza, dentro de uma unidade básica do município naquela área de
96 proximidade da ESP/Ce, isto não foi informado à Dra. Rosemary. Portanto a posição
97 da PMF é dar continuidade ao que foi acordado, a negociação não está
98 integralmente encerrada. Dr. Vera fez o resumo da proposta que seria de uma
99 equipe de 500 famílias (2.000 pessoas) sob a responsabilidade da ESP/Ce e uma
100 equipe de 500 famílias para SMDS/Fortaleza. Neste caso Dra. Vera sugere fazer o
101 mapeamento da área de abrangência, identificando claramente as
102 responsabilidades de cada equipe, porque não dá para ficar a mesma área
103 geográfica tendo um trabalho parcial de duas equipes. É importante que a
104 população não sinta dificuldades de identificar quem tem a responsabilidade pelas
105 decisões sobre seus problemas de saúde. A cada unidade de saúde pode ser
106 vinculada mais de uma equipe de PSF, com divisão de território de trabalho.
107 Portanto, o que precisa ser definido é a responsabilidade da equipe da residência e
108 da equipe do município. Dra. Sílvia Mamede – ESP/Ce fez uma intervenção sobre o
109 modelo do Centro de Educação em Atenção Primária relatando como seria seu
110 funcionamento e gestão. Em seguida concordou com a palavra da Dra. Vera em
111 relação à necessidade de ter uma área geográfica delimitada. Dra. Nágela sugere
112 um modelo de gestão colegiada. Dr. Evaldo sugere que a discussão seja deslocada
113 para o CESAU, enquanto a maioria não concorda. Dr. Ericson indagou se a
114 SMDS/PMF não aceita o cadastramento das equipes de saúde do Centro de
115 Educação, ao que foi respondido afirmativamente pelo Dr. Evaldo. Dra. Vera
116 esclareceu que a gestão dos serviços de Atenção Básica no Município de Fortaleza
117 já é assumida plenamente ou seja, não há divisão de responsabilidade de gestão
118 na área de atenção básica. O município de Fortaleza já vem participando do
119 planejamento operacional desta unidade como a definição do financiamento e do
120 acompanhamento. E que todo o sistema de informação é coordenado pelo

121 município, ou seja, toda a gestão destas áreas já é do Município e que a Proposta
122 não fere a autoridade municipal. Não é espaço de gestão e sim espaço operacional.
123 Finalmente a Vera encerrou o assunto sugerindo a ampliação da Comissão para
124 discussão da proposta operacional com representante dos municípios do interior e
125 todos concordaram. Então a CIB decidiu constituiu uma Comissão formada pelos
126 representantes : SMDS (2), ESP/Ce (1), SESA (1), COSEMS (2) o Ericson e
127 Celso para apresentar uma proposta definitiva na próxima reunião dia 29/05/00.
128 **Item 5 da pauta – Apreciação das Proposta de Ajuda Financeira para os CAPS.**
129 Dra. Vera iniciou dizendo que não foram encaminhadas as informações de Crateús,
130 Itapipoca, Quixadá, Fortaleza e Capistrano relativo ao retorno do trabalho que foi
131 feito pela Comissão constituída pela CIB para estudo do uso dos recursos que
132 estava no orçamento do Estado e do estudo que foi feito em cada município da
133 necessidade de recursos para garantia da sustentabilidade financeira dos CAPS.
134 Essa Comissão foi formada por representante dos 12 municípios que tem CAPS.
135 Recebemos os estudos feitos por Aracati, Barbalha, Canindé, Cascavel, Icó, Iguatú,
136 Morada Nova e Sobral. 1º Apresentamos um estudo das necessidades financeiras
137 dos oito CAPS que enviaram as propostas : **Aracati** – na situação atual o custo
138 operacional é R\$ 14.925,00 , sua receita R\$ 17.499,84, com um e superavit de
139 R\$ 2.574,84; já a Proposta de Expansão eleva o custo operacional para
140 R\$ 35.556,00, mantendo a receita R\$ 17.499,84, déficit R\$ 18.056,16; **Barbalha** –
141 com proposta dos custos de R\$ 19.867,00, receita zero, déficit R\$ 19.867,00;
142 **Canindé** – com a proposta de expansão o custo operacional é de R\$ 30.714,00,a
143 receita R\$ 17.415,87 , déficit R\$ 13.297,13; **Cascavel** – com proposta de expansão
144 o custo operacional é R\$ 20.068,86, receita R\$ 12.168,94, déficit R\$ 7.899,92; **Icó** –
145 com a proposta de expansão o custo operacional é R\$ 30.900,00, receita R\$
146 16.003,31, déficit R\$ 14.896,69; **Iguatú** - com proposta de expansão o custo
147 operacional é R\$ 23.912,48, receita R\$ 16.347,50, déficit R\$ 7.564,98; **Morada**
148 **Nova** – na situação atual o custo operacional é R\$ 11.990,00, receita R\$ 9.224,66,
149 déficit R\$ 2.765,34; com a proposta de expansão o custo operacional passa para
150 R\$ 26.440,00 , receita R\$ 9.224,66 e déficit de R\$ 17.215,34; **Sobral** - na situação
151 atual o custo operacional é de R\$ 20.601,90, receita R\$ 4.438,66,deficit
152 R\$ 16.163,24, e com a proposta de expansão o custo operacional passa para
153 R\$ 26.259.33, receita R\$ 4.438,66, déficit R\$ 21.821,67. Com um custo total de
154 R\$ 213.727,67 e R\$ 120.617,89 de déficit dos CAPS. 2º Proposta de uso dos
155 recursos do Tesouro: - garantir a complementação dos equipamentos solicitados
156 pelos municípios de: Canindé, Iguatú, Quixadá, Aracoiaba, Cascavel e Icó, obtido
157 entre o Teto Fixado para cada CAPS (R\$ 30.000,00) deduzido os valores dos
158 equipamentos já licitados pela SESA; - As Unidades de Capistrano e Sobral
159 apresentar relação de equipamento – R\$ 30 mil /cada; - O Restante R\$ 148.480,00
160 dividir para os 13 CAPS ficando R\$ 10.883,07 para cada. Pode ser incluído veículo.

161 Data para entrega 19/05/00. A CIB decidiu: 1) Estudar a possibilidade de alocação
162 de recursos federais obtido através do ajuste de programação de internação; e 2)
163 Negociação com o Governo Estadual para alocar recursos no período de junho a
164 Dezembro/00 no valor de R\$ 844.325,23. Concluir o estudo de necessidade
165 financeira para Custeio - incorporando os dados dos municípios: Crateús, Itapipoca,
166 Quixadá, Fortaleza e Capistrano, que deixaram de encaminhar suas informações.
167 **Item 1 da Pauta - Revisão dos Incentivos Hospitalares para a Atenção da**
168 **Saúde Indígena.** Dra. Vera lembrou à CIB que na reunião de 29/10/99 foi dado
169 conhecimento da política de atendimento a população indígena pelos técnicos da
170 FUNASA o Dr. Wellington e Dra. Meyre. Nessa reunião a CIB decidiu que a
171 Comissão iria elaborar a programação para garantia de pagamento de incentivos as
172 Unidades Hospitalares que farão o atendimento a esta população. No dia
173 14.01.2000 foi apresentada a proposta que foi apreciada e aprovada pela CIB e
174 encaminhada ao MS. A Meyre comunica que recebeu recentemente uma
175 correspondência do MS pedido para reavaliar esta proposta, então foi distribuído
176 entre os Conselheiros o Ofício Circular N° 037/2000 do GAB/DEOPE/FUNASA,
177 encaminhando em anexo, planilha com os valores do incentivo hospitalar anual. Os
178 valores foram calculados conforme previsto no ofício circular no. 33, de 15/9/1999,
179 com base em informações enviadas por esta Coordenação. Conforme se pode
180 observar em alguns municípios os valores são pequenos, embora compatíveis com
181 a população a ser atendida. O Diretor Geral do DEOPE, Dr. Ubiratan Pedrosa
182 Moreira, solicita, em caráter de urgência, uma reanálise da questão, verificando a
183 possibilidade de concentração dos incentivos hospitalar, se possível. Para tanto
184 solicita enviar nova planilha redefinido a população por hospital. A razão principal
185 para uma reanálise da situação proposta originalmente é que o pequeno valor do
186 incentivo pode não ser estimulante para o hospital aderir a proposta. Caso seja
187 indispensável manter os incentivos para todos os hospitais, se faz necessário
188 encontrar outras alternativas para incentivá-lo melhor. Tendo em vista o atraso na
189 implantação do incentivo solicito resposta até o dia 28/4/2000. A Proposta de
190 distribuição para os municípios do Estado do Ceará é a seguinte: **Itarema** com uma
191 população indígena de 1.400 índios referencia para o Hospital Municipal Natércia
192 Júnior Rios, com o valor do incentivo anual de R\$ 39.200,00; **Acarauá** com uma
193 população indígena de 100 índios referência para o Hospital Monsenhor Sabino,
194 com valor de incentivo anual de R\$ 2.800,00 ; **Maracanaú** com uma população
195 indígena de 700 índios referencia para o Hospital Geral de Maracanaú, com valor de
196 incentivo anual de R\$ 19.600,00; **Pacatuba** com uma população indígena de 200
197 índios referencia para a Unidade Mista Dr. Edmar Barroso da Costa, com valor de
198 incentivo anual de R\$ 5.800,00; **Caucaia** com uma população indígena de 2.600
199 índios referencia para o Hospital Municipal Alberto da Rocha, no valor de incentivo
200 anual de R\$ 72.800,00; **Aquiraz** com uma população indígena de 220 índios

201 referencia para Hospital Geral Manoel Pires, no valor de incentivo anual de R\$
202 6.160,00; **Sobral** atende uma população indígena de 420 índios referenciada para
203 Santa Casa de Sobral, com incentivo anual de R\$ 25.200,00; e **Fortaleza** atende
204 uma população indígena de 1.146 índios referenciados para o Hospital Geral de
205 Fortaleza com incentivo anual de R\$ 68.760,00. O total dos incentivos para o Estado
206 será de R\$ 240.320,00 para uma população de 5.220 índios. A discussão se
207 concentrou na questão de definir quantos hospitais iriam receber os incentivos. A
208 proposta do Dr. Ubiratan é de que o Hospital Geral de Fortaleza realize o
209 atendimento hospitalar, já que o recurso é muito pequeno (R\$ 5.730,00) para diluir
210 com várias unidades não vai fazer diferença. Outra razão para o incentivo ficar no
211 HGF seria as especialidades que ele atende como pediatria, cardiologia, neurologia
212 .etc. e não seria necessário diluir esse recurso com mais 4 unidades. A CIB aprovou
213 a proposta sugerida pelo nível federal - O HGF ficará responsável pelo atendimento
214 a população indígena referenciada pelos municípios. **Item 3 da Pauta – Apreciação**
215 **do Cadastramento do Laboratório de Análises Clínicas – CDL junto ao SUS de**
216 **Sobral.** Dra. Vera sugeriu que o município fizesse uma avaliação de como se
217 encontra a cobertura de exames de patologia clínica no município, porque sabemos
218 que o município de Sobral já está com a prestação de serviço acima do seu teto
219 financeiro, ou seja, não tem disponibilidade financeira federal para incluir mais
220 serviços. Até outubro/99 o município já tinha em produção de serviço 35% a mais do
221 teto estabelecido. Lembrou também a CIB a Portaria no. 91 do MS de 20/1/99 que
222 diz que a entrada de novos prestadores no SUS mesmo para os município de plena
223 do sistema não é mais um ato isolado do gestor municipal pois as solicitações
224 deverão ser submetidas à CIB. Após a apreciação a CIB aprovou a solicitação
225 mediante justificativa da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral quanto ao
226 cadastramento do Laboratório – CDL no SIA/SUS. **Item 4 da Pauta – Apreciação**
227 **das Proposta do REFORSUS após Avaliação da SESA.** Foi apresentado quadro
228 com os municípios que encaminharam as proposta para a CIB e farão parte do 1º
229 Bloco. São os seguintes: Aracoiaba – Hospital Santa Isabel – Aquisição de
230 Equipamentos para o Centro Cirúrgico, Maranguape – Hospital Gonzaga Mota –
231 Aquisição de Equipamentos para o Serviço de Urgência e Emergência, Iguatú –
232 Hospital Regional de Iguatú – Aquisição de Equipamentos – Centro Cirúrgico ,
233 Urgência e Emergência , Expansão de Enfermaria, Caucaia – Hospital Municipal Dr.
234 Abelardo Gadelha da Rocha – Aquisição de Equipamentos Urgência e Emergência
235 e Limoeiro do Norte – Hospital Municipal Dr. Deoclécio Lima Verde – Aquisição de
236 Equipamentos Urgência e Emergência , Centro Cirúrgico e Setor de Imagem. Os
237 municípios que não retornaram com as propostas para a CIB: Russas , Camocim,
238 Baturité, Barbalha, Icó, Ipú, e Tianguá, e dado que o Dr. Gabriel deu um prazo até o
239 dia 31/05/00 para que o Estado enviasse todas as Propostas, se faz necessário que
240 a CIB tome conhecimento e decida sobre o assunto. A CIB decidiu não mandar para

241 o MS os municípios do 1º Bloco, e definiu o prazo até o dia 26/05/00 para que estes
242 municípios apresentem os seus Projetos com as devidas correções e que o
243 estabelecimento de prioridades se fará dia 29/05 na próxima reunião da CIB. Dra.
244 Vera colocou ainda a questão da Santa Casa de Paracuru que deu entrada na CIB
245 recentemente do seu Projeto. O Dr. Fernando Costa e Silva – Diretor do Hospital da
246 Santa Casa interessado no projeto, alegou que não teve acesso ao Fórum
247 Microrregional para discussão das prioridades na época, quando foi selecionado o
248 Projeto do município de Caucaia. A CIB apreciou e decidiu que não seria viável o
249 projeto ser encaminhado na relação das demandas , tendo em vista que na micro
250 foram apresentados outros projetos que não foram selecionados por esta Comissão,
251 e que não havia mais tempo para retomar as discussões na Microrregião. **Item 6 da**
252 **Pauta – Solicitação de Cadastramento de Equipe do PSF junto ao SIA para os**
253 **Municípios:** Foram apresentadas as solicitações de cadastramento de equipes
254 junto ao SIA para os seguintes municípios: Ipú – 02 (duas) equipes, Tejuçuoca – 01
255 (uma) equipe, Itapajé - 02 (duas) equipes e Carnaubal - 01 (uma) equipe. Todas as
256 solicitações foram aprovadas pela CIB. **Item 7 da Pauta – Solicitação de Planos**
257 **de Atualização de Combate as Carências Nutricionais.** Foram apresentados 06
258 (seis) Planos de Atualização de Combate as Carências Nutricionais dos municípios:
259 Catarina, Catunda, Fortaleza, Itatira, Lavras da Mangabeira e Tabuleiro do Norte.
260 Todos os Planos foram aprovados pela CIB. A CIB informa que 174 municípios do
261 Estado apresentaram planos e apenas 10 estão faltando apresentar. Esses
262 municípios poderão encaminhar até o dia 29/05 para a próxima reunião. **Item 8 da**
263 **Pauta – Solicitação de Pagamento para o Laboratório Evandro Chagas de**
264 **Procedimentos de PSA junto ao FAEC.** Solicitação de pagamento para o
265 Laboratório Evandro Chagas de Procedimento de PSA junto ao FAEC pela
266 SMDS/Fortaleza. A CIB apreciou e decidiu que SMDS/Fortaleza reapresentasse no
267 Sistema de Dados de Produção para efeito de pagamento junto ao FAEC, tendo em
268 vista que o prestador realizou o serviço, por solicitação do Sistema. Nada mais
269 havendo a tratar , a CIB deu por encerrada a reunião , determinando que eu, Maria
270 Cleide S. Chave, servindo como secretária , lavrasse a presente Ata, que vai por
271 mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
272 Estado. Fortaleza nove de maio do ano dois mil.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA
3
4

5 Aos trinta dias do mês de maio do ano dois mil, às quinze horas, na sala de
6 reunião da Coordenadoria de Vigilância, Avaliação e Controle –
7 COVAC/SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital,
8 Fortaleza, realizou-se a oitava Reunião Ordinária da Comissão Intergestores
9 Bipartite da Saúde do Estado do Ceará – CIB-Ce. Estiveram participando os
10 seguintes membros: Evaldo Sales Costa – SMDS/PMF, Francisco Evandro
11 T. Lima – COMIRES/SESA, Paola Colares de Borba – CODAS/SESA, Vera
12 Maria Câmara Coêlho – CEPPE/SESA, Maria Vilauva Lopes – Secretária da
13 Saúde do Município de Aratuba, Jurandi Frutuoso Silva – Secretário da
14 Saúde do Município de Pedra Branca, Antônio Ericson Sampaio – Vice -
15 Presidente do COSEMS, Moacir Sousa Soares – Presidente do COSEMS,
16 Luiz Odorico Andrade – Secretário da Saúde do Município de Sobral,
17 Socorro Martins – Chefe de Gabinete/SESA, Francisco Celso Secundino –
18 Secretário da Saúde do Município de Icapuí, Alexandre Mont’Alverne –
19 COPOS/SESA. Como convidados: Virgínia Costa – CEADOL/SESA,
20 Erisvaldo Moura – Aracati, Antônio Correia Saraiva – Barbalha, Francisca
21 Mendonça, Lúcia de Fátima Alencar – 17º MR, Maria Neila – 11º MR. A
22 reunião foi aberta e presidida por Dra. Vera Coêlho, a qual deu início à
23 mesma pelo **item 1 da pauta: Exposição do Projeto Espaço Jovem e**
24 **apreciação do Plano de Trabalho para captar recursos junto ao**
25 **Ministério da Saúde.** A palavra foi dada à Dra. Virgínia Costa para
26 apresentação do Projeto Espaço Jovem. A mesma informou que este Projeto
27 tem como base a proposta do Ministério da Saúde de criação de “Espaços
28 Jovens”, definido como: “um lugar estratégico para construção da cidadania
29 onde os jovens possam participar, solicitar informações e orientação sobre as
30 diferentes necessidades de saúde, educação, lazer, esporte, cultura e junto as
31 instituições que desenvolvem atividades integrais e intersetoriais, no âmbito
32 comunitário, garantindo a melhoria do atendimento integral na promoção da
33 saúde, a inclusão na escola, em cursos profissionalizantes e no emprego,
34 hábitos saudáveis e redução de riscos como gravidez na adolescência,
35 exploração sexual, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e o uso
36 indevido de drogas”. Deve ser também um Espaço de convivência que
37 facilite o acesso e a produção de cultura, que valorize a expressão da
38 criatividade e espontaneidade do jovem, tornando-o protagonista de sua
39 própria história (MS, mimeo, 1999). Este Projeto tem como objetivo a
40 implantação de 10 Espaços Jovens, sendo 05 para o ano 2000 e 05 para o

41 ano 2001. A cidade de Fortaleza foi priorizada para implantação do Espaço
42 Jovem, tendo em vista o êxodo rural. O presente Projeto tem caráter
43 intersetorial e integral e será coordenado pela Secretaria da Saúde do Estado
44 em parceria efetiva com as Secretarias Estaduais de Educação Básica
45 (SEDUC), Trabalho e Ação Social (SETAS), Cultura e Desportos
46 (SECULT). Terá atuação direta junto à população alvo, e desenvolverá
47 atividades educativas nas Escolas, Centro Comunitários, ABC's (Projeto
48 Aprender, Brincar e Crescer) e Vilas Olímpicas nos bairros selecionados. O
49 valor do Projeto para manter 05 Espaços Jovens no município de Fortaleza,
50 foi orçado em R\$ 137.500,00 (cento e trinta e sete mil e quinhentos reais),
51 sendo financiado pelo Ministério da Saúde R\$ 125.000,00 (cento e vinte e
52 cinco mil reais), e a contrapartida R\$ 12.500,00 (doze mil e quinhentos
53 reais) ficando a cargo do Tesouro Estadual. Após apresentação, Dr. Odorico
54 solicitou que fosse expandido o Projeto para outros municípios,
55 independente de recursos do Ministério da Saúde. Dra. Socorro lembrou a
56 necessidade de articulação com o Projeto Escola Viva. O Projeto Espaço
57 Jovem foi aprovado pela CIB. **Item 2 da pauta: Apreciação da solicitação**
58 **de credenciamento da Clínica de Olhos de Sobral – COS, Clínic**
59 **Pimentel Gomes e Sobral Clínica Ltda junto ao SIA.** Dra. Vera informou
60 que os recursos serão obtidos através de remanejamento. Em seguida expôs
61 sua preocupação, que esses serviços não representem uma diluição de metas
62 dentro do próprio município reduzindo a capacidade de financiamento
63 desses serviços e que os mesmos passem a ter dificuldade de manter a
64 qualidade da assistência que vinham prestando anteriormente. A palavra foi
65 dada ao Dr. Odorico, o qual informou que a Santa Casa oferta o serviço de
66 imagem (ultrassonografia) através de terceirização e com a Central de
67 Marcação de Consulta foi identificado uma grande demanda reprimida e que
68 a Secretaria da Saúde de Sobral resolveu fazer contratação Oficial deste
69 serviço. No caso da Oftalmologia, fez contato com outros serviços e
70 acordaram com a entrada de uma nova clínica. Após apreciação a CIB
71 autorizou o credenciamento destes serviços. **Item 3 da pauta:**
72 **Apresentação e apreciação das Estratégias Operacionais do Centro de**
73 **Educação em Atenção Ambulatorial do Meireles – Grupo de Trabalho.**
74 Dr. Celso fez abordagem sobre as reuniões realizadas pelo Grupo: na 1ª
75 reunião (10/05/00) – O Grupo se reuniu tendo como idéia central a Gestão
76 Compartilhada da Residência da Saúde da Família e de que o Centro seria
77 vinculado à Escola de Saúde Pública. Bem como a busca de convencimento
78 da Secretária da SMDS e do Prefeito; na 2ª reunião (17/05/00) – A
79 Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS/PMF apresentou
80 a proposta de vinculação dos residentes às Unidades Básicas do Município

81 existente na área. Diante da inviabilidade da Escola de Saúde Pública
82 implementar um curso de Residência Descentralizado, com prejuízo para o
83 suporte tecnológico e de preceptoria, se chegou a um impasse em relação ao
84 que foi decidido pela CIB-Ce. Dr. César acrescentou que na reunião com Dr.
85 Evaldo e Dra. Silvia Bonfim fez a proposta de que o Centro de Saúde do
86 Meireles fosse vinculado administrativamente à Escola de Saúde Pública, e a
87 SMDS/PMF não aceitou a proposta. E sugere que: (1º) O projeto tem que
88 continuar; (2º) Aos residentes tem que ser assegurado o direito de prática na
89 atenção básica. Dr. Ericson abordou que não há impedimento técnico e sim
90 político, e concorda com as decisões do Dr. César. Dr. Evaldo informou que
91 a SMDS/PMF só não concorda com a cessão do território, mas que também
92 existe a dificuldade política. Dr. Odorico sugeriu que o COSEMS-Ce
93 agendasse reunião com o Prefeito e a Secretária de Saúde de Fortaleza. Dra.
94 Socorro colocou que a proposta deve ser mantida, e as negociações devem
95 ser efetivadas. Após prolongadas discussões, a CIB fez os seguintes
96 encaminhamentos: 1- A Pactuação de setembro/99 deverá ser mantida; 2-
97 Agendar a reunião com a Dra. Rose Mary e representantes do
98 COSEMS/SESA/SMDS/CIB-Ce, com o objetivo de sensibilizá-la sobre a
99 importância de manutenção do pacto já firmado nesta Comissão; 3 - A
100 operacionalização da Residência deverá continuar. **Item 4 da pauta:**
101 **Habilitação e Definição do Teto Financeiro da Assistência do Município**
102 **– (TFAM) de Trairi.** Município habilitado na Gestão Plena de Atenção
103 Básica pleiteante à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal,
104 segundo a NOB/ SUS nº 01/96. Aprovado pela CIB a mudança de Gestão e a
105 alteração do Teto Financeiro Global do município de Trairi: PAB Fixo: R\$
106 403.730,00 (quatrocentos e três mil e setecentos e trinta reais); Assistência
107 Ambulatorial e Hospital Geral: R\$ 763.291,00 (setecentos e sessenta e três
108 mil e duzentos e noventa e um reais); Assistência Hospitalar e Ambulatorial
109 (MAC. Livre): R\$ 763.291,00 (setecentos e sessenta e três mil e duzentos e
110 noventa e um reais); Teto Financeiro (PAB + Assistência Geral): R\$
111 1.167.021,00 (um milhão, cento e sessenta e sete mil e vinte e um reais).
112 **Item 5 da pauta: Apreciação de Cadastramento de Equipes do PSF**
113 **junto ao SIA/SUS.** Foram apreciadas as solicitações de cadastramento de
114 Equipes do PSF dos seguintes municípios: Sobral – 01 (uma) equipe,
115 Independência – 01 (uma) equipe, Aracati – 01 (uma) equipe, Solonópole –
116 01 (uma) equipe, Milhã – 01 (uma) equipe, e Granja – 01 (uma) equipe,
117 todas aprovadas pela CIB. **Item 6 da pauta: Exposição e apreciação dos**
118 **Indicadores de Alerta estabelecida pela SESA.** A CIB aprovou os
119 Indicadores de Alerta, os quais deverão ser divulgados a cada 3 meses.
120 Indicadores de Atenção Básica em Saúde – Indicadores de Alerta: ♦

121 Número de casos confirmados de Sarampo por local de residência →
122 Número de casos confirmados de sarampo – SINAN; ♦ Percentual de
123 recém-nascidos com baixo peso ao nascer → Número de recém-nascidos
124 com menos de 2.500 g / total de recém-nascidos x 100 – SINASC; ♦
125 Coeficiente de hospitalização por IRA de crianças menores de 5 anos, por
126 local de residência → Número de internações de menores de 5 anos por IRA
127 / população menores de 5 anos x 1000. CID9-460 a 466, 480 a 487; CID10-
128 J00 a J227 – SIH-SUS/IBGE; ♦ Coeficiente de hospitalização de diabetes
129 mellitus, por local de residência → Número internações por diabetes
130 mellitus da população residente / total da população residente x 10.000.
131 CID9-230; CID10-E14 – SIH-SUS/IBGE; ♦ Coeficiente de mortalidade
132 infantil → Número de óbitos menor que 1 ano/número de nascidos vivos x
133 1.000 – SIM/SINASC; ♦ Coeficiente de mortalidade materna → Número de
134 óbitos maternos (diretos e indiretos) / número de nascidos vivos x 100.000 –
135 SIM/SINASC; ♦ Coeficiente de internação por eclâmpsia e/ou pré -
136 eclâmpsia → Número de internações por eclâmpsia e pré - eclâmpsia / nº
137 nascidos vivos x 100.000 – SIH-SUS/IBGE; ♦ Coeficiente de internação por
138 diarreia em adulto → nº de internações em adultos / pop. na mesma faixa
139 etária – SIH/SUS/IBGE; ♦ Coeficiente de internação por infecção do parto e
140 puerpério → Nº de internações por infecção do parto e puerpério / nascidos
141 vivos x 100.000 – SIH/SUS/IBGE; ♦ Câncer de Colo uterino avançados →
142 Nº de pacientes em radioterapia por Ca de colo uterino / pop. feminina > 10
143 anos – SIA/SUS – APAC. **Item 7 da pauta: Apreciação dos Planos de**
144 **Atualização ao Combate de Carências Nutricionais.** Foram apresentados
145 os Planos Municipais de Carências Nutricionais dos municípios de: Ipu,
146 Aurora, Catunda, Reriutaba, Pacujá, Pires Ferreira, Acopiara, Tarrafas e
147 Baturité, todos os planos foram aprovados pela CIB. **Item 8 da pauta:**
148 **Apreciação dos Projetos de Ensino da Rede de Hemocentros.** A CIB
149 apreciou e aprovou os Projetos de Ensino da Rede de Hemocentros:
150 Treinamento de Profissionais das Agências Transfusionais dos Municípios
151 atendidos pelo HEMOCE; Treinamento de Profissionais das Agências
152 Transfusionais dos Hospitais de Fortaleza atendimento pelo HEMOCE;
153 Curso de Capacitação em Controle de Qualidade de Hemocomponentes;
154 Cursos de Reciclagem em Imunohematologia em Iguatú; Capacitação em
155 Imunohematologia em Crato; Treinamento Teórico - Prática em
156 Imunohematologia em Sobral, no valor de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais),
157 sendo financiado pelo Ministério da Saúde R\$ 35.999,92 (trinta e cinco
158 mil, novecentos e noventa e nove reais e noventa e dois centavos), e a
159 contrapartida de R\$ 4.000,08 (quatro mil reais e oito centavos), ficando a

160 cargo do Tesouro Estadual. **Item 9 da pauta: Solicitação de**
161 **Cadastramento do CEDIMAGEM – Barbalha do Serviço**
162 **Hemodinâmico.** A CIB após prolongada discussão, decidiu adiar para a
163 próxima reunião a apreciação de Cadastramento do CEDIMAGEM, no
164 momento que será discutido as alterações dos TFAM do município de
165 Barbalha. **Item 10 da pauta: Informes: 10.1. - PM de Barro – Convênio**
166 **com a Associação Comunitária de Iara para administrar o Hospital**
167 **Municipal Santo Antônio.** A CIB apreciou o presente Processo e decidiu
168 encaminhá-lo para o Gerente Microrregional da SESA, para que o mesmo
169 informasse ao Município sobre a necessidade de regularizar a situação
170 estabelecida no Convênio nº 003/97, tendo como base as orientações
171 prestadas pela Assessoria Jurídica da SESA. **Item 10.2. da pauta: 4º**
172 **Congresso de SMS em João Pessoa – 7 a 9 de julho/00 e solicita**
173 **adiamento dos Fóruns Microrregionais. Item 10.3 da pauta:**
174 **REFORSUS – Investimento Adicional.** A SESA em função das proibições
175 de assinatura de Convênios com os Municípios dado o período eleitoral
176 decidiu, após contato com o Dr. Gabriel, Coordenador Nacional do
177 REFORSUS, enviar todos os Projetos sem que a CIB-Ce colocasse em
178 ordem de prioridade. É importante lembrar que todos os Projetos se destinam
179 à melhoria dos serviços hospitalares prestados pelas Unidades de Apoio
180 Micro e Macro Regionais, sendo pois: **1) Hospital Deputado Murilo**
181 **Aguiar em Camocim** no valor de R\$ 241.273,00 (REFORSUS R\$
182 205.082,05 e Contrapartida R\$ 36.190,95); **2) Hospital Municipal Dr.**
183 **Eduardo Dias em Aracati** no valor de R\$ 292.198,00 (REFORSUS R\$
184 248.268,30 e Contrapartida R\$ 43.829,70); **3) Hospital Maternidade**
185 **Madalene Nunes em Tianguá** no valor de R\$ 174.896,00 (REFORSUS R\$
186 148.661,10 e Contrapartida R\$ 26.234,40); **4) Hospital e Maternidade**
187 **João Pinto do Carmo em Baturité** no valor de R\$ 450.798,00
188 (REFORSUS R\$ 383.178,30 e Contrapartida R\$ 67.619,70), **5) Hospital**
189 **Santa Isabel em Aracoiaba** no valor de R\$ 301.839,00 (REFORSUS R\$
190 256.563,15 e Contrapartida R\$ 45.275,85); **6) Hospital e Casa de Saúde de**
191 **Russas** no valor de R\$ 416.540,00 (REFORSUS R\$ 354.059,00 e a
192 Contrapartida R\$ 62.481,00); **7) Maternidade Regional Dr. Alberto**
193 **Feitosa em Tauá** no valor de R\$ 204.742,00 (REFORSUS R\$ 174.030,70 e
194 a Contrapartida R\$ 30.711,30); **8) Hospital Regional de Iguatú** no valor de
195 R\$ 300.072,00 (REFORSUS R\$ 255.061,20 e a Contrapartida R\$
196 45.010,80); **9) Hospital Regional em Icó** no valor de R\$ 987.047,86
197 (REFORSUS R\$ 838.990,68 e a Contrapartida R\$ 148.057,18); **10)**
198 **Hospital Municipal Dr. Clécio Lima Verde em Limoeiro do Norte** no
199 valor de R\$ 259.477,00 (REFORSUS R\$ 220.555,45 e a Contrapartida R\$

200 38.921,55); **11) Hospital Regional do Município de Ipú** no valor de R\$
201 238.770,00 (REFORSUS R\$ 202.954,50 e a Contrapartida R\$ 35.815,50);
202 **12) Hospital Dr. Eudásio Barroso em Quixadá** no valor de R\$
203 138.206,00 (REFORSUS R\$ 117.475,10 e a Contrapartida R\$ 20.530,90);
204 **13) Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadêlha Rocha em Caucaia** no
205 valor de R\$ 126.082,00 (REFORSUS R\$ 107.169,70 e a Contrapartida R\$
206 18.912,30); **14) Hospital Governador Gonzaga Mota em Maranguape** no
207 valor de R\$ 159.450,00 (REFORSUS R\$ 135.532,50 e a Contrapartida de
208 R\$ 23.917,50); **15) Hospital Maternidade S. Vicente de Paula em**
209 **Barbalha** no valor de R\$ 1.022.670,00 (REFORSUS R\$ 869.269,50 e a
210 Contrapartida R\$ 153.400,50); **16) Hospital César Cals em Fortaleza** no
211 valor de R\$ 690.000,00 (REFORSUS R\$ 586.500,00 e a Contrapartida R\$
212 103.500,00); **17) Hospital Geral de Fortaleza** no valor de R\$ 1.628.970,75
213 (REFORSUS R\$ 1.384.625,14 e a Contrapartida R\$ 244.345,61). **Valor**
214 **Total** das Demandas encaminhadas a Coordenadoria do REFORSUS no
215 valor de R\$ 7.633.031,61 (sete milhões, seiscentos e trinta e três mil, trinta e
216 um reais e sessenta e um centavos) REFORSUS R\$ 6.488.076,37 (seis
217 milhões, quatrocentos e oitenta e oito mil, setenta e seis reais e trinta e sete
218 centavos) e a Contrapartida R\$ 1.144.754,74 (um milhão, cento e quarenta e
219 quatro mil, setecentos e cinqüenta e quatro reais e setenta e quatro centavos).
220 Nada mais havendo a tratar , a CIB deu por encerrada a reunião ,
221 determinando que eu, Ana Lúcia Lima Solon, servindo como secretária ,
222 lavrasse a presente Ata, que vai por mim assinada e pelos membros da
223 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado. Fortaleza, trinta de
224 maio do ano dois mil.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

2 ATA DA 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA

3
4
5
6 Aos dezesseis dias do mês de junho do ano dois mil, às nove horas, na sala de
7 reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida Almirante Barroso,
8 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a Nonagésima Reunião Ordinária da
9 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará - CIB-Ce.
10 Estiveram participando os seguintes membros: Evaldo Sales Campos, SMDS/PMF,
11 Francisco Celso C. Secundino, Secretário Municipal de Saúde de Icapuí, Nágela
12 Maria Reis Norões, COMIRES/SESA, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Vera
13 Maria Câmara Coêlho, CEPPE, Maria Imaculada Fonseca, CEOAP/SESA, Diana,
14 Carmen Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Luiz Odorico M. de Andrade,
15 Secretário Municipal de Saúde de Sobral, Alexandre José Mont' Alverne Silva,
16 COPOS/SESA Como convidados: Claudia Alves Leite, SMS de Brejo Santo,
17 Jaqueline G. Araujo, SMS de Brejo, Neuza Goya, COSEMS, Eliane Nazaré Oliveira,
18 UVA – Sobral, Geison, Sobral, Manoel Moacir Bitu, COVAC/SESA, Gerardo Cristino,
19 Sta. Casa de Sobral, Inês Amaral, SMS de Maracanaú, Ivana Barreto, SMS de
20 Sobral, Paulo Antônio Martins, SMS de Quixadá. A reunião foi aberta e presidida por
21 Dra. Vera Coêlho, a qual deu início pelo Item 2 da pauta - Apresentação da
22 situação atual das demandas enviadas a Coordenação Nacional do
23 REFORSUS e apreciação da proposta da Prefeitura Municipal de Bela Cruz –
24 Aquisição de equipamento. Vera comunica que as Demandas encaminhadas
25 para financiamento junto ao REFORSUS para aquisição de equipamentos foram: **1.**
26 **Hospital Deputado Murilo Aguiar em Camocim** no valor de R\$ 241.273,00
27 (duzentos e quarenta um mil, duzentos e setenta e três reais) sendo financiado pelo
28 REFORSUS R\$ 205.082,05 (duzentos e cinco mil, oitenta e dois reais e cinco
29 centavos) e a contrapartida R\$ 36.190,95 (trinta e seis mil, cento e noventa reais e
30 noventa e cinco centavos); **2. Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias em Aracati** no
31 valor de R\$ 292.198,00 (duzentos e noventa e dois mil, cento e noventa e oito
32 reais) sendo financiado pelo REFORSUS R\$ 248.368,30 (duzentos e quarenta e oito
33 mil, trezentos e sessenta e oito reais e trinta centavos) e a contrapartida de R\$
34 43.829,70 (quarenta e três reais, oitocentos e vinte e nove reais e setenta centavos);
35 **3. Hospital Maternidade Madalena Nunes em Tianguá** no valor de R\$ 174.896,00
36 (cento e setenta e quatro mil, oitocentos e noventa e seis reais) sendo financiado
37 pelo REFORSUS R\$ 148.661,10 (cento e quarenta e oito mil, seiscentos e sessenta
38 e um reais e dez centavos) e a contrapartida de R\$ 26.234,40 (vinte e seis mil,
39 duzentos e trinta e quatro reais e quarenta centavos); **4. Hospital Maternidade**
40 **José Pinto do Carmo em Baturité** no valor de R\$ 450.798,00 (quatrocentos e

41 cinqüenta mil, setecentos e noventa e oito reais) sendo financiado pelo REFORSUS
42 R\$ 383.178,30 (trezentos e oitenta e três mil, cento e setenta e oito reais e trinta
43 centavos) e a contrapartida de R\$ 67.619,70 (sessenta e sete mil, seiscentos e
44 dezenove reais e setenta centavos); **5. Hospital Santa Isabel em Aracoiaba** no
45 valor de R\$ 301.839,00 (trezentos e um mil, oitocentos e trinta e nove reais) sendo
46 financiado pelo REFORSUS R\$ 256.563,15 (duzentos e cinqüenta e seis mil,
47 quinhentos e sessenta e três reais e quinze centavos) e a contrapartida R\$
48 45.275,85 (quarenta e cinco mil, duzentos e setenta e cinco reais e oitenta e cinco
49 centavos); **6. Hospital e Casa de Saúde de Russas** no valor de R\$ 416.540,00
50 (quatrocentos e dezesseis mil, quinhentos e quarenta reais) sendo financiada pelo
51 REFORSUS R\$ 354.059,00 (trezentos e cinqüenta e quatro mil e cinqüenta e nove
52 reais) e a contrapartida de R\$ 62.481,00 (sessenta e dois mil, quatrocentos e oitenta
53 e um reais); **7. Maternidade Regional Dr. Alberto Feitosa em Tauá** no valor de
54 R\$ 204.742,00 (duzentos e quatro mil, setecentos e quarenta e dois reais) sendo
55 financiado pelo REFORSUS R\$ 174.030,70 (cento e setenta e quatro mil, trinta
56 reais e setenta centavos) e a contrapartida de R\$ 30.711,30 (trinta mil, setecentos
57 e onze reais e trinta centavos); **8. Hospital Regional de Iguatú** no valor de R\$
58 300.072,00 (trezentos mil e setenta e dois reais) sendo financiado pelo REFORSUS
59 de R\$ 255.061,20 (duzentos e cinqüenta e cinco mil, sessenta e um reais e vinte
60 centavos) e a contrapartida de R\$ 45.010,80 (quarenta e cinco reais, dez reais e
61 oitenta centavos); **9. Hospital Regional de Icó** em Icó no valor de R\$ 987.047,86
62 (novecentos e oitenta e sete mil, quarenta sete reais e oitenta seis centavos) sendo
63 financiado pelo REFORSUS R\$ 838.990,68 (oitocentos e trinta e oito mil,
64 novecentos e noventa reais e sessenta e oito centavos) e a contrapartida de R\$
65 148.057,18 (cento e quarenta e oito mil, cinqüenta e sete reais e dezoito centavos);
66 **10. Hospital Municipal Dr. Clécio Lima Verde em Limoeiro do Norte** no valor de
67 R\$ 259.477,00 (duzentos e cinqüenta e nove mil, quatrocentos e setenta e sete
68 reais) sendo financiado pelo REFORSUS R\$ 220.555,45 (duzentos e vinte mil,
69 quinhentos e cinqüenta e cinco reais e quarenta e cinco centavos) e a contrapartida
70 de R\$ 38.921,55 (trinta e oito mil, novecentos e vinte e um reais e cinqüenta e cinco
71 centavos); **11. Hospital Regional do Município de Ipú** no valor de R\$ 238.770,00
72 (duzentos e trinta, oito mil e setecentos e setenta reais) sendo financiado pelo
73 REFORSUS R\$ 202.954,50 (duzentos e dois mil, novecentos e cinqüenta e quatro
74 reais e cinqüenta centavos) e a contrapartida de R\$ 35.815,50 (trinta e cinco mil,
75 oitocentos e quinze reais e cinqüenta centavos); **12. Hospital Dr. Eudásio**
76 **Barroso em Quixadá** no valor de R\$ 138.206,00 (cento e trinta e oito mil, duzentos
77 e seis reais) sendo financiado pelo REFORSUS R\$ 117.475,10 (cento e dezessete
78 mil, quatrocentos e setenta e cinco reais e dez centavos) e a contrapartida de R\$
79 20.530,90 (vinte mil, quinhentos e trinta reais e noventa centavos); **13. Hospital**
80 **Municipal Dr. Abelardo Gadêlha Rocha em Caucaia** no valor de R\$ 126.082,00

81 (cento e vinte e seis mil, oitenta e dois reais) sendo financiado pelo REFORSUS R\$
82 107.169,70 (cento e sete mil, cento e sessenta e nove reais e setenta centavos) e a
83 contrapartida de R\$ 18.912,30 (dezoito mil, novecentos e doze reais e trinta
84 centavos); **14. Hospital Governador Gonzaga Mota em Maranguape** no valor de
85 R\$ 159.450,00 (cento e cinquenta e nove mil, quatrocentos e cinquenta reais)
86 sendo financiado pelo REFORSUS R\$ 135.532,50 (cento e trinta e cinco mil,
87 quinhentos e trinta e dois reais e cinquenta centavos) e a contrapartida de R\$
88 23.917,50 (vinte e três mil, novecentos e dezessete reais e cinquenta centavos); **15.**
89 **Hospital Maternidade S. Vicente de Paula em Barbalha** no valor de R\$
90 1.022.670,00 (um milhão, vinte e dois mil e seiscentos e setenta reais) sendo
91 financiado pelo REFORSUS R\$ 869.269,50 (oitocentos e sessenta e nove mil,
92 duzentos e sessenta e nove reais e cinquenta centavos) e a contrapartida de R\$
93 153.400,50 (cento e cinquenta e três mil, quatrocentos reais e cinquenta centavos);
94 **16. Hospital César Cals em Fortaleza** no valor de R\$ 690.000,00 (seiscentos e
95 noventa mil reais) sendo financiado pelo REFORSUS R\$ 586.500,00 (quinhentos e
96 oitenta e seis mil, quinhentos reais) e a contrapartida de R\$ 103.500,00 (cento e
97 três mil e quinhentos reais); **17. Hospital Geral de Fortaleza** no valor de R\$
98 1.628.970,75 (um milhão, seiscentos e vinte e oito mil, novecentos e setenta reais e
99 setenta e cinco centavos) sendo financiado pelo REFORSUS R\$ 586.500,00
100 (quinhentos e oitenta e seis mil e quinhentos reais) e a contrapartida R\$ 103.500,00
101 (cento e três mil, quinhentos reais). Valor total das demandas encaminhadas a
102 Coordenadoria do REFORSUS R\$ 7.633.031,61 (sete milhões, seiscentos e trinta e
103 três mil, trinta e um reais e sessenta e um centavos) sendo financiado pelo
104 REFORSUS R\$ 6.488.076,37 (seis milhões, quatrocentos e oitenta e oito mil,
105 setenta e seis reais e trinta e sete centavos) e a contrapartida R\$ 1.144.754,74 (um
106 milhão, cento e quarenta e quatro mil, setecentos e cinquenta e quatro reais e
107 setenta e quatro centavos). E em seguida apresenta uma solicitação de recursos
108 complementares para aquisição de equipamentos para a **Unidade Mista de Saúde**
109 **de Bela Cruz**, atinente ao **Projeto Reforço à Reorganização do SUS/REFORSUS**
110 no valor de R\$ 56.206,00 (cinquenta e seis mil e duzentos reais). A CIB-Ce decidiu
111 enviar o processo para a Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção e
112 dos Serviços, para que a mesma emita parecer técnico sobre a relação de
113 equipamentos solicitados. **Item 4 da pauta - Apresentação do Curso de**
114 **Capacitação em Saúde da Família – PSF pela Secretaria de Saúde e**
115 **Assistência Social de Sobral**. A palavra foi dada a Dra. Ivana Cristina de Holanda
116 Cunha Barreto, Coordenadora do Núcleo de Ensino da Secretaria de Saúde e
117 Assistência Social de Sobral, a qual fez a seguinte apresentação: O Curso de pós
118 graduação para formação de médicos e enfermeiros especialista em Saúde da
119 Família, caracterizado por treinamento em serviço sob a supervisão de profissionais
120 de elevada qualificação ética e profissional, organizado a partir de uma parceria da

121 Prefeitura Municipal de Sobral, com a Universidade do Vale do Acaraú e o Pólo de
122 Capacitação do PSF no Estado do Ceará. O objetivo é geral formar os profissionais
123 de saúde, médicos e enfermeiros, para atuar ao nível da estratégia de Saúde da
124 Família adequando-os para o novo modelo de atenção proposto. A proposta visa
125 formar profissionais com a capacidade de: - Refletir sobre o processo saúde /
126 doença, sua evolução histórica e sua influência sobre os modelos assistenciais; -
127 Analisar o conceito de família e compreender suas dimensões históricas culturais e
128 sociais; - Compreender os fundamentos básicos da organização do Sistema Único
129 de Saúde e da estratégia de Saúde Familiar no Brasil; - Realizar diagnóstico de
130 saúde do território, cadastramento das famílias e identificar microáreas de risco; -
131 Elaborar em conjunto com a equipe e a comunidade o plano de ação para o território
132 – população da área de abrangência de sua Unidade de Saúde (US); - Gerenciar
133 unidade(s) de saúde de seu território - população, planejando e solicitando os
134 equipamentos e insumos necessários para o bom atendimento aos usuários; -
135 Resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, dos diversos grupos
136 etários da comunidade (mulheres, crianças adolescentes, adultos, idosos , etc) onde
137 trabalham e vivem, abordando-os de forma integral; - Manejar adequadamente os
138 agravos transmissíveis, os não transmissíveis e os crônicos que acometem os
139 diversos grupos etários , utilizando-se para isto de protocolos clínicos adotados pelo
140 serviço, tendo sempre como meta uma melhoria do quadro epidemiológico; -
141 Compreender e utilizar as abordagens e procedimentos adequados para
142 organização e execução de visitas e internações domiciliares; - Criar situações de
143 melhora de acesso da população ao serviço, da forma de organização do serviço e
144 do processo de trabalho; - Usar o sistema de referencia e contra – referência na
145 rede de serviços de saúde , utilizando enfoque assistencial e gerencial; - Coletar,
146 processar, analisar e divulgar as informações em saúde na área de abrangência,
147 realizando ações de vigilância à saúde; compreender conceitos fundamentais e
148 utilizar abordagens, métodos e técnicas apropriadas para planejar e realizar ações
149 de educação em saúde junto às famílias e à comunidade de sua área de
150 abrangência; - Compreender os conceitos fundamentais e utilizar as abordagens e
151 métodos adequados para desenvolver ações destinadas à organização comunitária
152 em sua área de abrangência; - Identificar, articular e negociar com diferentes atores
153 sociais, equipamentos sociais do território, diferentes níveis decisórios da rede de
154 serviços de saúde; - Atuar na equipe de saúde da família tendo em vista a
155 complementaridade da intervenção interdisciplinar. O curso tem um conteúdo
156 programático modular composto : Educação popular em saúde; O processo de
157 construção do SUS e do PSF; Família, Saúde e Comunidade; Promoção da Saúde;
158 Metodologia do Trabalho Científico; Epidemiologia e Bio - Estatística; Vigilância à
159 Saúde e Sistema de Informação em Saúde; Famílias em Situações Especiais;
160 Planejamento e Gerenciamento em PSF; Metodologia do Ensino Superior; Processo

161 Monográfico. O Ambulatório no Contexto do PSF é desenvolvido pelos: Problemas
162 da mulher; Problemas da criança; Proteção à saúde do adulto; Problemas crônicos;
163 Problemas infecciosos; Problemas de pele; Saúde mental; Urgências e Emergências
164 e Procedimentos cirúrgicos. Já foram ministrados os seguintes módulos: Famílias e
165 Saúde Comunitária pelo Prof. Adalberto Barreto – Doutor em Psiquiatria e
166 Antropologia; Educação Popular em Saúde pelo Prof. Eymard Vasconcelos Doutor
167 em Educação Popular; O Processo de Construção do SUS e do PSF pelo Prof. .
168 Luiz Odorico Andrade - Mestre em Saúde Pública; Epidemiologia e Bio – Estatística
169 pela Professora Sara – Mestre em Saúde Pública e Planejamento e Gerenciamento
170 em PSF pelo Prof. Alcides Miranda – Mestrado em Saúde Pública. Atividades
171 previstas: Treinamento em serviços sob supervisão – Prática em serviços
172 ambulatoriais nas próprias unidades do PSF. Acompanhamento por membros do
173 grupo de preceptoría – (ex. atendimentos individuais e de grupos, visitas
174 domiciliares, internações domiciliares, etc.). Acompanhamento e / ou Monitoramento
175 de usuário de sua área de abrangência quando em trânsito pelo sistema
176 (internações hospitalares , consultas, especializadas, etc.). Sessões de discussão
177 de casos em serviço – carga horária de 3.168hs e Plantões em serviços de nível
178 secundário do município (2º ano) – carga horária de 576 hs. Conteúdo teórico :
179 Módulo teórico–práticos (20 a 60 hs) com aulas expositivas, aprendizado baseado
180 em problemas , seminários, oficinas , sessões clínicas e ou de óbitos com carga
181 horária de 380 hs. Aulas teóricas, oficinas, sessões clínicas e ou de óbito de
182 periodicidade semanal e com conteúdo clínicos específicos com carga horária de
183 336 hs. Reuniões de avaliação e gerenciamento de serviços de periodicidade
184 semanal com carga horária de 226 hs. Prática em Ambulatório – Médico
185 (cardiologia, neurologia e clínica médica) , Enfermeiro (prevenção do câncer,
186 vigilância à saúde , enfermagem cirúrgica e enfermagem clínica) e Dermatologia
187 Sanitária – Saúde Mental – CAPS – DST/AIDS. Os membros da CIB/Ce e
188 Convidados após apresentação da Dra. Ivana solicitaram esclarecimentos sobre
189 alguns pontos abordados e posteriormente todos manifestaram apoio e elogios a
190 iniciativa da Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sobral. A CIB/Ce decidiu
191 enviar correspondência para o Ministério da Saúde solicitando agilização do
192 processo de liberação dos recursos programados para operacionalização desta
193 Proposta. **Item 1 de pauta - Solicitação de cadastramento de equipe do PSF**
194 **junto ao SIA:** Foram apreciadas as solicitações de cadastramento de Equipe do
195 PSF dos seguintes municípios: Maracanaú 02 (duas) equipes, Trairi 02(duas)
196 equipes, Altaneira 01 (uma) equipe, Missão Velha 02(duas) equipes, Tianguá
197 02(duas) equipes, todas aprovadas pela CIB . **Item 5 da pauta - Apreciação da**
198 **proposta de reajuste dos TFAM de municípios em Plena do Sistema Municipal**
199 **: Barbalha, Brejo Santo, Baturité, Canindé, Capistrano, Crateús, Fortaleza,**
200 **Iguatú, Quixadá, Quixeramobim e Sobral.** A CIB no uso de suas competências e

201 atribuições conferidas pelas Portarias do MS N°s 545/93 e 2.203/96 e o seu
202 Regimento Interno; e Considerando que a Portaria SAS/MS N° 04/2000, que
203 regulamenta as alterações nos tetos financeiros de municípios em Gestão Plena do
204 Sistema Municipal; Considerando que a Política de Reorganização da Atenção e
205 dos Serviços do Estado do Ceará na área de saúde mental define como prioridade o
206 fortalecimento dos Centros de Atenção Psico - Social – CAPS; Considerando que no
207 final do ano – 1999 foi autorizado por esta Comissão em caráter excepcional
208 recursos adicionais ao Teto Livre dos municípios de Baturité, Brejo Santo, Canindé,
209 Crateús e Quixeramobim, para cobrir gastos com internações e que deverão ser
210 excluídos; Considerando que foram concedidos Incentivos para Atendimento
211 Hospitalar a Gestante de Risco para Hospitais localizados nos municípios de Brejo
212 Santo, Canindé e Iguatú ; Considerando a implantação do Serviço de
213 Hemodinâmica na Macrorregião do Cariri, localizado no Hospital Santo Antônio em
214 Barbalha; e Considerando as solicitações de referências dos municípios de Crateús,
215 Quixadá, Quixeramobim e Morada Nova para o município de Fortaleza de exames
216 de anatopatologia. E resolve aprovar as alterações nos tetos financeiros mensais
217 da área programática – Teto Livre, passando os mesmos para os valores : **Barbalha**
218 - sendo (R\$ 305.386 + Inc. CAPS R\$ 19.867 + exames Hemodinâmicos R\$ 23.519 =
219 R\$ 349.222); **Brejo Santo** - sendo (R\$ 197.999 – Acres. Inter.R\$ 19.285 + Inc.
220 Gest. R\$ 3.397 = R\$ 182.111); **Baturité** - sendo (R\$ 108.187 – Acrés. Intern. R\$
221 8.804 – Ref. Frot. R\$ 252 = R\$ 99.131); **Canindé** - sendo (R\$ 207.715 – Acres.
222 Intern. R\$ 14.714 + Inc. Gest. R\$ 6.589 + Inc. CAPS R\$ 13.297 = R\$ 212.887);
223 **Capistrano** - sendo (R\$ 24.102 + Inc. CAPS R\$ 26.501 = R\$ 50.603); **Crateús** -
224 sendo (R\$ 268.122 – Acres. Intern. R\$ 22.082 – Ref. Fort. R\$ 166 + Inc. CAPS R\$
225 19.292 = R\$ 265.166); **Fortaleza** - sendo (R\$ 6.890.797 + Ref. Crateús R\$ 166 +
226 Ref. Morada Nova R\$ 185 + Ref. Tauá R\$ 278 + Ref. Quixeramobim R\$ 185 + Ref.
227 Quixadá R\$ 277 + Ref. Baturité R\$ 252 – Redução Internação Psiquiátrica R\$
228 35.697 = R\$ 6.856.443); **Iguatú** - sendo (R\$ 362 + 462+ Inc. CAPS R\$ 7.565 + Inc.
229 Gest. R\$ 4.862 = R\$ 374.889); **Quixadá** – sendo (R\$ 234.753 – Ref. Fort. R\$ 277 =
230 R\$ 234.476); **Quixeramobim** - sendo (R\$ 157.099 – Acres. Intern. R\$ 5.044 – Ref.
231 Fort R\$ 185 = R\$ 151.870); e **Sobral** - sendo R\$ 1.791.120 + Inc. CAPS R\$
232 21.820= R\$ 1.791.120) para ter vigência a partir de 1° de junho do corrente ano.
233 Esta decisão será registrada em Resolução desta Comissão (Resolução no.
234 05/2000). **Item 3 da pauta - Solicitação de tratamento fora domicílio – Amapá –**
235 **para os pacientes João Queiroz de Carvalho e Airton Pinheiro Campos**. Vera
236 informa que não dispomos na rede estadual unidade que realize os procedimentos
237 solicitados. A Unidade que poderia receber os pacientes encontra – se sob gestão
238 do município de Fortaleza. Este assunto foi objeto de discussão e por solicitação
239 desta Comissão o representante da SMDS/Fortaleza Dr. Evaldo Sales Costa
240 concordou em prestar o atendimento, sem que o mesmo estivesse vinculado ao

241 aumento do seu TFAM. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a
242 reunião, determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo como
243 secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
244 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza,
245 dezesseis de junho de dois .

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA
3
4
5

6 Aos trinta dias do mês de junho do ano dois mil, às dez horas e trinta
7 minutos, na Sala de Reunião do Gabinete da SESA, à Avenida Almirante
8 Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a décima Reunião
9 Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará
10 – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros : Lilian Alves
11 Amorim Beltrão – COVAC/SESA, Diana Carmem Almeida de Oliveira –
12 COVAC/SESA, Francisco Evandro T. Lima – COMIRES/SESA, João
13 Urânio Ferreira – Secretário da Saúde do Município de Horizonte, Francisco
14 Celso Secundino – Secretário da Saúde do Município de Icapuí, Vera Maria
15 Câmara Coêlho – CEPPE/COPOS/SESA , Alexandre José Mont'Alverne e
16 Silva – COPOS/SESA, Maria do Perpétuo do Socorro Parente Martins –
17 Chefe de Gabinete/SESA, Maria Imaculada Fonseca –
18 CEOAP/CODAS/SESA. Como convidados: Lúcia de Fátima Sales –
19 NUASF/CODAS/SESA, Neuza Goya – COSEMS, Sílvia Mamede –
20 ESP/CE, Manoel Moacir Bitú – COVAC/SESA. A reunião foi aberta e
21 presidida por Vera Coêlho, a qual deu início à mesma pelo **Item 1 da pauta**
22 **Apresentação e discussão do Curso de Especialização em Vigilância**
23 **Sanitária – Diana Carmem.** A palavra foi dada à Dra. Diana para
24 apresentação do respectivo Curso, que tem como objetivo desenvolver nos
25 participantes os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o
26 gerenciamento e operacionalização das ações de vigilância sanitária,
27 propondo-se torná-los aptos a: 1. Compreender os fundamentos, a evolução
28 histórica e as perspectivas da Reforma Sanitária e do Sistema Único de
29 Saúde no Brasil; 2. Analisar a origem e a evolução da vigilância sanitária ,
30 bem como os aspectos da conjuntura sócio – econômica e mecanismos de
31 financiamento relacionados às suas ações; 3. Identificar estratégias de
32 promoção à saúde em vigilância sanitária, principais métodos de
33 comunicação utilizados para educação em saúde ; 4. Desenvolver
34 habilidades em comunicação oral e técnicas de abordagem ao público; 5.
35 Compreender o processo de planejamento das ações de vigilância sanitária
36 de modo a assegurar a promoção da saúde e o atendimento das necessidades
37 da população; 6. Desenvolver habilidades necessárias para realizar ações de
38 inspeção sanitária relacionadas ao controle do meio – ambiente e saúde do
39 trabalhador, bens e serviços relacionados à saúde; 7. Desenvolver
40 habilidades para realizar ações de vigilância sanitária de forma ética, técnica

41 e legalmente corretas; 8. Proceder corretamente a coleta de amostras para
42 análise laboratoriais; 9. Coordenar e organizar processos de trabalho em
43 equipes nas ações de vigilância sanitária. Dentre as Metas/Resultados para o
44 Nível Central: • Estruturação dos serviços e modelo gerencial implantado; •
45 Sistema de avaliação, acompanhamento e supervisão definidos; • Realização
46 de 100% de metas de inspeção sanitária acordadas; • Atender prazos de
47 execução de concessão de registro e de autorização de funcionamento; •
48 Programa de gerenciamento de qualidade implantado para realização de
49 análises físicas e toxicovigilância na rede laboratorial; • Programa de
50 desenvolvimento de RH implantado (Programa de Capacitação e Quadro de
51 RH); • Garantir o desenvolvimento de pesquisas sobre contaminantes em
52 alimentos; • Implantar plano de informação, educação e comunicação.
53 Justificativas da Proposta de Capacitação: • É uma das metas do termo de
54 ajuste; • A situação avançada da descentralização dos serviços; • Ausência
55 de programas de capacitação na área; • A abrangência das ações de
56 vigilância sanitária. Financiamento das ações de VISA para o ano 2000: •
57 Convênio - Pró – VISA (R\$ 810.000,00); • Recursos do Tesouro –
58 Plurianual (R\$ 473.000,00); • Termo de Ajuste – Contrato de Metas - a
59 definir. A Proposta de Capacitação de Recursos Humanos para o Sistema
60 Estadual de Vigilância Sanitária: 1. Cursos Básico em Vigilância Sanitária -
61 objetivos noções introdutórias para planejamento de VISA, com a Clientela
62 – equipes de município em gestão , carga horária de 40 horas , vagas de 03
63 turmas de 40 participantes no período de agosto à dezembro/2000); 2. Curso
64 de Especialização em Vigilância Sanitária : objetivos - gestão de ações de
65 VISA , clientela municípios gestão plena de sistema municipal com
66 população > 50.000 hab. Microrregionais com carga horária de 460 horas –
67 modular (40h/mês) , vagas de 40 participantes com início 1ª turma em
68 agosto/2000. 3. Curso sobre Uso Racional de Medicamento (Genérico) – Foi
69 sugerido a mudança do Curso para Curso de Política de Medicamento
70 Genéricos com objetivos capacitação de médicos do PSF, o Projeto piloto
71 (01 microrregional) : 1 . avaliação da situação atual, 2. Capacitação (Curso
72 curta duração), 3. Avaliação de resultados + revisão/extensão, em parceria
73 SESA/ESP/GPUIM . Após apresentação a CIB aprovou o Curso de
74 Especialização em Vigilância Sanitária e tomou a seguinte decisão: que as
75 inscrições sejam abertas e que sejam utilizados os critérios de seleção caso
76 número de candidatos selecionados sejam maior que o número de vagas
77 voltar para a CIB estabelecer as prioridades. **Item 2 da pauta -**
78 **Apresentação e discussão da Programação Pactuada Integrada – 2000 –**
79 **Área Programática: Assistência Farmacêutica – Lúcia de Fátima. A**

80 palavra foi dada à Dra. Lúcia Fátima para apresentação da respectiva
81 Programação no qual 183 municípios pactuaram com exceção de Milagres.
82 Os Critérios de Pactuação Estadual: **1. MECANISMO DO REPASSE**
83 **FINANCEIRO: Plena de Atenção Básica:** os recursos federal serão
84 repassados diretamente ao FUNDES no valor de R\$ 1,00 hab/ano; o Estado
85 destinará sua contrapartida no valor de 0,60 hab/ano em medicamentos; os
86 municípios destinarão sua contrapartida ao FUNDES /denominação
87 Assistência Farmacêutica Básica, Banco do Brasil, Agência 008-6, conta
88 58040-6. **Plena do Sistema Municipal:** os recursos federais serão
89 transferidos diretamente para o Fundo Municipal de Saúde , no valor de 1,00
90 hab/ano, exceto os municípios que optarem por tratamento semelhante ao
91 nível de Gestão Plena de Atenção Básica; o Estado destinará sua
92 contrapartida no valor R\$ 0,60 hab/ano em medicamentos através
93 programação anual efetuada pelo município; o município terá que depositar
94 o valor de R\$ 1,00 hab/ano no fundo municipal de saúde de recursos
95 próprios, para aquisição de medicamentos. **2 – AQUISIÇÃO DE**
96 **MEDICAMENTOS: Plena de Atenção Básica:** A aquisição de
97 medicamentos será restrita ao elenco da RESME – Relação Estadual de
98 Medicamentos Essenciais utilizados na atenção primária, aprovado na CIB
99 (Comissão Intergestora Bipartite); A operacionalização da compra será feita
100 pela Secretaria da Saúde , através da CELIF – Célula de Desenvolvimento e
101 Logística de Insumos Farmacêuticas/ Núcleo de Assistência Farmacêutica
102 (NUASF), mediante consolidação das programações anuais elaboradas pelos
103 municípios, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde. **Plena do Sistema**
104 **Municipal:** A aquisição de medicamentos terá que ser restrita ao elenco da
105 RESME – Relação Estadual de Medicamentos Essenciais utilizados na
106 atenção primária à saúde; Será feita pela Secretaria Municipal de Saúde,
107 através dos recursos federal e municipais; A contrapartida do Estado será em
108 itens de medicamentos definidos pelo município; Exceção os municípios que
109 optarem pela aquisição centralizada no NUSAF, obedecendo os mesmos
110 critérios da atenção básica; Obs.: os municípios que optaram por tratamento
111 semelhante aos plena de atenção básica, deverão depositar no FUNDES , o
112 correspondente a R\$ 1,00 hab./ano do nível federal mais R\$ 1,00 hab./ano da
113 contrapartida do município. **3. DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS:**
114 **Plena de Atenção Básica** – será efetuada trimestralmente , aos municípios,
115 de acordo com a programação anual, por eles depósitos mensais na conta,
116 FUNDES/Assistência Farmacêutica Básica, com possibilidade de quitação
117 até o dia 20 do mês subseqüente ao trimestre. **Plena do Sistema Municipal:**
118 será efetuada trimestralmente através do NUSAF, de acordo com a
119 programação anual de cada município a depender da prestação de contas do

120 que o municípios adquiriu com recursos Federais e Municipal.4.
121 **ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO : Plena de Atenção Básica e**
122 **Plena de Sistema Municipal** – serão acompanhados e avaliados pelo
123 NUASF, quanto ao cumprimento dos requisitos de Assistência
124 Farmacêutica que o habilitaram nesse nível de gestão, assim como as
125 atividades de gerência de Assistência Farmacêutica e todo o processo de
126 logística de medicamentos. Temos duas obs.: 1. Os gestores municipais
127 poderão solicitar a CIB, mudanças no mecanismo de repasse financeiro,
128 mediante justificativa e aprovação do Conselho Municipal de Saúde ; e 2.
129 Quando identificado pelo NUASF o não cumprimento das responsabilidades
130 acordadas pelos gestores municipais, poderá ser suspenso repasse dos
131 recursos e/ou medicamentos, através da CIB. Em relação aos Recursos
132 Financeiros Pactuados no ano 2000 por esfera de governo e nível de gestão :
133 **Federal** (R\$ 1.00 hab/ano) : **Básica** (R\$ 3.624.540,60) , **Plena** (R\$
134 3.482.064,40) e **Total** (R\$ 7.106.605,00); **Municipal** (R\$ 1.00 hab/ano):
135 **Básica** (R\$ 3.624.540,60), **Plena** (R\$ 3.482.064,40) e **Total** (R\$
136 7.106.605,00); **Estadual** (R\$ 0,60 hab/ano): **Básica** (R\$ 2.174.727,90),
137 **Plena** (R\$ 2.089.238,60) e **Total** (R\$ 4.263.963,00); e **TOTAL GERAL**
138 (R\$ 18.477.173,00) . A população geral do Ceará – 7.106.605 hab , sendo
139 em Nível de Gestão Plena de Atenção Básica – 3.624.540 hab e Nível de
140 Gestão Plena do Sistema Municipal – 3.482.064 hab . O gerenciamento dos
141 Recursos para Aquisição dos Medicamentos para PPI no Nível de Gestão
142 Plena de Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal que optaram pela
143 aquisição através da SESA – os recursos gerenciados pela SESA na
144 aquisição: Federal (R\$ 3.624.540,60; Municipal : **Básica** (R\$ 3.624.540,60),
145 **Plena/Básica** (R\$ 627.428,00) e **Total** (R\$ 4.251.968,60); **Estadual** (R\$
146 4.263.963,00) **Total Geral** (R\$ 12.140.472,20) . Após apresentação da Dra.
147 Lúcia sobre a Programação Pactuada Integrada – 2000 – Área Programática
148 Assistência Farmacêutica a CIB aprovou e decidiu encaminha-la ao CESAU
149 para homologação. Foi apresentado e discutido ainda o Relatório de
150 Acompanhamento da Programação Pactuada Integrada - Situação dos
151 municípios em nível de gestão plena de atenção básica , por microrregional -
152 quanto ao desembolso da contrapartida pactuada no 1º Trimestre (março,
153 abril e maio) do ano 2000. A CIB tomou as seguintes decisões em relação as
154 inadimplências dos municípios: 1º - O Gerente do COMIRES - Dr. Evandro
155 deveria fazer um comunicado aos Gerentes Microrregionais para entrar em
156 contatos com os Secretários Municipais de Saúde dos municípios
157 inadimplentes no sentido de sensibiliza-los quanto a liberação dos recursos
158 de contrapartida do Tesouro Municipal ; 2º - Os recursos federais liberados
159 para o 1º Trimestre (mar., abr. e maio) serão repassados em medicamentos

160 no valor creditado pelo MS . 3° - Só serão repassados os medicamentos
161 adquiridos com os recursos estadual se o município depositar a
162 contrapartida (jun., jul., ago.); 4° - O Secretário Estadual de Saúde deverá
163 enviar ofício para os Prefeitos informando-os sobre a importância de cumprir
164 a pactuação. **Item 3 da pauta - Apresentação e Discussão do Termo de**
165 **Compromisso de Atenção Básica de Saúde do Estado – Alex e**
166 **Imaculada.** A palavra foi dada à Dr. Alex para apresentação do respectivo
167 Termo que deu início pelo **Indicadores para Avaliação da Atenção Básica**
168 **do Estado do Ceará para o ano – 2000:** 1. Visita por domicílio – meta
169 (6,5), 2. Consulta nas especialidades básicas – meta (1,2), 3. Cobertura
170 populacional de procedimentos odontológicos coletivos na população de 0 a
171 14 anos – meta (40%), 4. Unidade de Saúde com inalação/nebulização –
172 meta (1,0), 5. Cobertura vacinal de rotina por DPT – meta (100%), 6.
173 Cobertura vacinal contra influenza em idoso - meta (85%), 7. Mortalidade
174 proporcional de crianças menores de 1 ano – meta (9%), 8. Ocorrência de
175 gravidez na adolescência – meta (24%), 9. Percentual de parturientes com
176 cobertura de 4 ou + consulta de pré-natal – meta (85%), 10. Percentual de
177 pacientes portadores de tuberculose curados – meta (85%), 11. Taxa de
178 internações por acidente vascular cerebral na faixa etária de 30 a 59 anos –
179 meta (0,4%), 12. Cobertura de Coleta de material para exames papanicolau
180 na faixa etária de 25 a 60 anos – meta (35%), 13. Percentual de casos
181 suspeitos de sarampo investigados em 48 horas após a notificação – meta
182 (90%), 14. Número de casos confirmados de tétano Neonatal (TNN) – meta
183 (0), 15. Taxa de incidência de sífilis congênita – meta (0,5%). **Indicadores**
184 **para o município com Programa da Saúde da Família - PSF :** 1.
185 Percentual da população coberta pelo programa – meta (49%), 2. Percentual
186 de equipes com informação completa no período (informando todos os
187 meses) – meta (100%), 3. Percentual de crianças menores de 1 ano com o
188 esquema vacinal básico em dia – meta (90%), 4 Percentual de crianças
189 menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo – meta (65%), 5.
190 Prevalência de desnutrição em menores de 2 anos – meta (12%), 6.
191 Percentual de cobertura de pré – natal – meta (100%), 7. Taxa de
192 hospitalização por pneumonia em menores de 5 anos – meta (35%), 8. Taxa
193 de hospitalização por desidratação em menores de 5 anos – meta (25%), 9.
194 Taxa de mortalidade infantil por diarreia, e 10. Visitação domiciliar do ACS
195 por família cadastrada – meta 1/mês. **Indicadores para município com**
196 **Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS:** 1. Percentual da
197 população pelo programa – meta (), 2. Percentual de microáreas com
198 informação completa no período (informando todos os meses) – meta (), 3.
199 Percentual de criança menores de 1 ano com o esquema vacinal básico em

200 dia – meta (80%), 4. Percentual de crianças menores de 4 meses com
201 aleitamento exclusivo – meta (60%), 5. Taxa de mortalidade infantil por
202 diarreia - meta (6,0%), 6. Visita domiciliar do ACS por família
203 cadastrada – meta (1). Após apresentação e discussão a CIB aprovou as
204 metas. **Item 4 da pauta - Apreciação do Relatório de Auditoria de**
205 **Gestão do Município de Hidrolândia – Lilian.** A palavra foi dada à Dra.
206 Lilian que fez o relato da Auditoria realizada pela Equipe da COVAC na
207 Secretaria Municipal de Saúde de Hidrolândia . **Objetivo da Auditoria de**
208 **Gestão:** Verificar “in loco “ a estrutura administrativa/gerencial da
209 Secretaria da Saúde do Município , com ênfase no setor de Farmácia e
210 Almoxarifado de Medicamentos. **Método de Trabalho:** - Análise da
211 documentação; - Entrevistas; - Visita as unidades de saúde da sede; -
212 Reunião com o Conselho Municipal de Saúde. **A Secretaria da Saúde**
213 **Municipal** foi criada por Lei Municipal, que aponta como diretrizes o
214 planejamento e execução da política municipal de saúde; a prestação de
215 assistência integrada à população; a promoção e execução de ações e
216 serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, de alimentação e nutrição e
217 de saúde do trabalhador e ainda, a administração do Fundo Municipal de
218 Saúde. Além do documento citado, e como exigência para enquadramento na
219 Gestão Plena de Atenção Básica , o município incluiu na sua estrutura
220 organizacional o componente de Auditoria e Avaliação dos Serviços de
221 Saúde. Ocorre, que na prática a Secretaria da Saúde não existe, pois funciona
222 numa reduzidíssima sala no prédio da Prefeitura Municipal, sem qualquer
223 condição de funcionamento para o que se propôs , não administra o Fundo
224 Municipal de Saúde – FMS, nem tampouco executa as ações compreendidas
225 na sua Estrutura e Regulamentação. Pelo que se observou, ela é apenas um
226 Departamento da Prefeitura Municipal, uma vez que a centralização de todos
227 os recursos, seja financeiro, humanos, físico, são de responsabilidade da
228 Prefeitura local. No que se refere ao serviço de Farmácia e Almoxarifado,
229 que por sinal fica ao lado do Gabinete do Prefeito, o nível de centralização é
230 bem evidente. O aviamento das receitas médicas se dar após a solicitação ao
231 usuário do título de eleitor e mais um comprovante de residência (COELCE)
232 para proceder a dispensação do medicamento. No caso da não apresentação
233 desses documentos, o medicamento “pode ou não “ ser entregue. O sistema
234 de entrega de medicamentos é tão rígido, que apesar de existir atendimento
235 médico ambulatorial somente no hospital local , e existe ainda uma Farmácia
236 nesse mesmo hospital, é flagrante o nível de desabastecimento da mesma.
237 Assim , o paciente tem que se dirigir a “Farmácia da Prefeitura “ que
238 funciona somente no turno da manhã, no horário de 7 às 13 horas. Segundo a
239 Secretária, a exigência dessa documentação é para evitar o fornecimento de

240 medicamentos para pacientes de outros municípios, entretanto, a mesma
241 informou ser insignificante a quantidade de pacientes de outros municípios
242 que procuram atendimento em Hidrolândia. No momento da nossa visita,
243 entrevistamos alguns clientes que ali se encontravam para recebimento de
244 medicamentos, e comprovamos a veracidade de denúncia de apresentação do
245 titulo de eleitor e comprovante de residência. Analisamos ainda, a
246 documentação relativa a movimentação mensal de estoque de medicamentos
247 do último trimestre/99 e numa visão preliminar, percebemos que os
248 Programas de Hipertensão , Diabetes, Saúde Mental, Assistência a Criança e
249 ao Adolescente, estão sem real acompanhamento, considerando o percentual
250 de medicamentos que vem sendo distribuído. Chama atenção ainda, o
251 estoque de sulfato ferroso comprimido (62.000) que permanece estocado e
252 sem distribuição. **Unidade de Saúde :** Hospital Municipal – unidade de
253 pequeno porte, com baixíssima resolutividade, concentra todo o atendimento
254 médico do município, seja ambulatorial ou hospitalar. Tem quatro médicos
255 que trabalham em regime de plantão, com rodízio nos finais de semana, duas
256 enfermeiras de 40 horas, um bioquímico às terças, quartas e sextas feiras. A
257 farmácia do hospital apresenta um pequeno estoque destinado ao uso de
258 pacientes internados. Chama a atenção o estoque de psicotrópicos, que é
259 muito reduzido. Centro de Saúde da Sede – unidade de fácil acesso, uma vez
260 que se localiza no centro da cidade, apresenta –se no momento, em péssima
261 condições físicas, com sérias infiltrações em toda a extensão do prédio,
262 necessitando de reparos urgentes. Não tem atendimento médico, nem
263 odontológicos. Segundo informações colhidas existe uma enfermeira com 16
264 horas semanais destinadas a atendimento à gestante. Tem também um
265 consultório destinado ao atendimento de tuberculose, porém não existe
266 microscópio para pesquisa de BAAR, uma vez que o mesmo está quebrado,
267 entretanto encontramos registrado acompanhamento até o dia 10.01.00.
268 Posto de Saúde da Sede – apresentam-se em razoáveis condições de
269 funcionamento, com atendimento odontológico e de enfermagem. Posto de
270 Saúde de Irajá – apesar de constar na FCA como sede de PSF , com
271 profissionais médico, enfermeiro, dentista e demais profissionais de nível
272 médio, na realidade conta apenas com o enfermeiro e segundo a Secretária
273 um dentista depois de 16 horas. Posto de Saúde de Conceição – na mesma
274 situação de Irajá, com o agravante de não ter nenhum profissional de nível
275 superior. Posto de Saúde de Betânia – situação idêntica a Irajá, conta
276 somente com um enfermeiro e profissionais de nível médio. **O Conselho**
277 **Municipal de Saúde** – legalmente constituído , criado pela Lei no. 318 de
278 10 de junho de 1991, e modificado pelas Leis nº s 380 de 20 de junho de
279 1995 e 405 de 06 de novembro de 1997. Porem os conselheiros necessitando

280 de capacitação. **Fundo Municipal de Saúde** – o funcionamento dos Fundos
281 municipais de Saúde , está amparado na Portaria no 3.925 de 13 de
282 novembro de 1998 do Ministério da Saúde. O anexo I, Item 5, dessa Portaria
283 que deixa claro a obrigatoriedade de aprovação dos recursos PAB/SUS pelo
284 CMS. **Conclusão** – diante do quadro encontrado no município, estamos
285 enfatizando alguns pontos que consideramos importantes para serem
286 implementados, e sugerimos que seja dado um prazo de sessenta dias para
287 que o município se adeqüe a essas exigências. Consideramos importante,
288 que este prazo haja retorno ao município para uma nova auditoria,
289 objetivando a comprovação das medidas sugeridas: - Mudança da Secretaria
290 da Saúde para um prédio apropriado, com condições de implementar os
291 serviços conforme diretrizes emanadas do documento de Estruturação e
292 Regulamentação da SSM; - Movimentação dos recursos do Fundo Municipal
293 de Saúde (FAE e PAB) em contas específicas, conforme determinação legal,
294 pela SSM, a fim de facilitar os procedimentos de controle e fiscalização; -
295 Adoção de medidas para que o Conselho Municipal de Saúde tenha estrutura
296 física e Assessoria necessárias ao desenvolvimento das suas atividades,
297 inclusive ao efetivo controle econômico/financeiro das políticas de saúde
298 municipal; - Apresentação mensal/ e ou quando necessário, do Plano de
299 Aplicação de Recursos da Secretaria Municipal de Saúde, ao Conselho
300 Municipal de Saúde, para liberação e aprovação; - Contratação de
301 profissionais para funcionamento das equipes de PSF; - Descentralização do
302 atendimento médico; - Atualização de todas as Fichas de Cadastro
303 Ambulatorial – FCA; - Elaboração dos Relatórios de Gestão anos 1998 e
304 1999; - Estruturação da equipe de supervisão e auditoria municipal, para que
305 possa cumprir os requisitos de enquadramento do município na gestão ora
306 contemplada; - A Secretária de Saúde seja a gestora do Fundo Municipal de
307 Saúde. Após apresentação do relatório e discussão sobre as irregularidades a
308 CIB decidiu que a COVAC deveria retornar ao município para avaliar os
309 aspectos abordados e se os mesmos foram corrigidos, garantido ao
310 município o direito de tomar conhecimento das incorreções e corrigi-las,
311 antes da decisão final deste Colegiado. **Item 5 da pauta - Apreciação de**
312 **solicitação de cadastramento de equipe do PSF junto ao SIA para os**
313 **municípios:** Solicitações de cadastramento de equipes do PSF dos seguintes
314 municípios: Sobral (01) uma equipe, Varjota (01) equipe e Chaval (01)
315 equipe. Todas as solicitações foram aprovadas pela CIB. Nada mais havendo
316 a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana
317 D’Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata
318 que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores

319 Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, trinta de junho de dois
320 mil.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 11ª REUNIÃO ORDINÁRIA
3
4

5 Aos vinte e oito de julho do ano dois mil, às nove horas, na Sala de Reunião do
6 Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta
7 Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Primeira Reunião Ordinária da
8 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará - CIB-Ce.
9 Estiveram participando os seguintes membros: Jurandi Frutuoso Silva,
10 Secretário Municipal de Saúde de Pedra Branca, Eliânia Maria de Oliveira
11 Tomáz Arcanjo, Secretária Municipal de Saúde de Santana do Acaraú, Evaldo
12 Sales Campos, Coordenador da SMDS/PMF, Alexandre José Mont" Alverne
13 Silva, COPOS/SESA, João Urânio N. Ferreira, Secretário Municipal de Saúde
14 de Horizonte, Francisco Celso C. Secundino, Secretário Municipal de Saúde de
15 Icapuí, Moacir Sousa Soares, Presidente do COSEMS, Vera Maria Câmara
16 Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Maria do Pérpertuo do Socorro Parente Martins,
17 Chefe de Gabinete/SESA. Como convidados: Carlile Holanda Lavor, Hospital
18 Santa Isabel – Jucás, Neuza Goya, COSEMS, Francisco Lopes de Oliveira,
19 Sobral, Geilson, Sobral, Graça Barbosa, CEOST, Cleide Chaves, CEEPE, José
20 Maria da Cunha, Jucás, Maria das Dores Ribeiro, SMS de Jucás, Maxloviçu
21 Holanda, Itapipoca. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho a qual deu
22 início a mesma pelo **Item 9. da Pauta : INFORMES : 1. COSEMS –**
23 **Comunicando a nova representação do COSEMS na CIB: João Urânio N.**
24 **Ferreira – SMS de Horizonte – efetivo substituí: Murilo Alves Amaral – SMS**
25 **de Caucaia, Eliânia Maria Oliveira Tomaz Arcanjo – SMS de Santana do**
26 **Acaraú suplente de João Urânio N. Ferreira – SMS de Horizonte e Paulo**
27 **Antônio Martins de Lima – SMS de Quixadá substituí Joab Soares Lima –**
28 **SMS de Iquatú.** **Item 7 de Pauta - Denúncias apresentadas a CIB/Ce: 7.1.**
29 **Presidente do Centro Social Monte Grave – Milhã – A SMS do município**
30 **não repassa os recursos do PAB desde fev/2000.** Retirado de pauta a pedido
31 das partes interessadas. **7.2. Hospital e Maternidade Santa Isabel – Jucás –**
32 **Solicitação de Intervenção da SESA junto a SMS de Jucás quanto ao uso**
33 **dos recursos do SUS.** Vera fala que algumas denúncias estão sendo feitas por
34 dirigentes de Instituições Privadas, principalmente as Filantrópicas, quanto ao
35 não cumprimento dos acordos firmados para prestação de serviços básicos de
36 saúde. Nesta reunião temos como ponto de pauta a denúncia da Direção do
37 Hospital e Maternidade Santa Isabel – de que a SMS de Jucás não está
38 repassando os recursos federais – PAB, destinados ao pagamento dos serviços
39 prestados pelo referido Hospital, conforme compromisso firmado através de
40 Convênio e Termo Aditivo. E ainda apresenta cópias de Balancetes Financeiros
41 Mensais que demonstram uso de recursos na área da saúde de forma
42 inadequada. Por fim solicita a intervenção da Secretaria da Saúde do Estado no
43 sentido de garantir o atendimento básico de saúde à população de Jucás,
44 preservando a correta aplicação dos recursos que estão sendo enviados pelo
45 Ministério da Saúde. Em seguida Vera passa a palavra para o Dr. Antônio Carlile
46 Holanda Lavor – Diretor Presidente do Hospital que se encontra afastado por
47 ser Candidato a Prefeito Municipal – que relata os fatos que levam o Hospital a

48 fazer essa solicitação: 1° - O município de Jucás, com 21.000 habitantes , tem
49 dado uma contribuição importante para o desenvolvimento do SUS ,
50 destacando-se a sua experiência pioneira com os Agentes de Saúde que se
51 estenderam por todo o Ceará e pelo Brasil; 2° - Em junho de 1994 foi
52 implantado o Programa de Saúde da Família – PSF, logo em seguida a Quixadá
53 e Beberibe, dando cobertura à toda a sua população com suas 4 equipes. O
54 programa funcionou bem até dezembro de 1996, contando inclusive com dois
55 professores cubanos que ajudaram no treinamento das equipes; 3° - O Hospital
56 e Maternidade Santa Izabel, fundado há mais de 30 anos pelo Padre João
57 Sticcec, foi dirigido por ele até a sua morte em 1993. O Hospital desenvolveu –
58 se com a ajuda de católicos alemães e posteriormente com a colaboração do
59 SUS. Presta valiosos serviços à comunidade, sendo o único local onde a
60 população encontra assistência médica e hospitalar a qualquer hora do dia ou
61 da noite, sem cobrar qualquer pagamento dos doentes; 4° - O Hospital tem sido
62 uma importante base de apoio à implantação e desenvolvimento do PSF,
63 colaborando para que a atenção à saúde das famílias mantenha as suas
64 características fundamentais de integralidade, continuidade e coordenação; 5° -
65 Com a municipalização do atendimento básico e implantação do PAB, em 1998,
66 foi firmado um Convênio entre a Prefeitura e o Hospital, para que se garantisse a
67 continuidade do PSF com as características acima mencionadas. Através do
68 Convênio renovado em 1999, anexado a esta solicitação, a Prefeitura assumiu a
69 responsabilidade na Cláusula Segunda de manter o plantão médico 24 horas
70 para o atendimento ambulatorial, aproveitando as instalações e o funcionamento
71 do Hospital; 6° - Voltou ao município a prática anterior ao SUS, do uso
72 clientelista e eleitoreiro dos medicamentos, exames complementares e
73 transportes da saúde, agravando-se à medida que se aproximam as eleições
74 municipais. 7° - O exame das prestações de contas anexas, encaminhadas ao
75 Conselho Municipal de Saúde, evidencia o desvio dos recursos da saúde das
76 suas verdadeiras finalidades. Como exemplo podem ser observados com
77 combustível nos meses de dezembro/1999 – R\$ 16.017,81 + R\$ 3.000,00,
78 Janeiro/2000 – R\$ 25.417,78 e Fevereiro/2000 – R\$ 45.581,52; 8° - O
79 Ministério da Saúde transfere regulamente para a Prefeitura recursos no valor
80 entre R\$ 60.000,00 e R\$ 70.000,00 mensais , em decorrência do processo de
81 municipalização: PAB, PSF, PACS, e Suplementação Alimentar. Após o relato
82 do Dr. Carlile os Membros se manifestam: **Vera** coloca algumas informações
83 adicionais em relação a este assunto: 1° - É que existe um Convênio legal, onde
84 estão registradas as responsabilidades assumidas pelo Gestor Municipal em
85 relação aos repasses dos recursos do Piso de Atenção Básica – PAB para o
86 Hospital Santa Isabel, e segundo a Direção este compromisso não esta sendo
87 assumido; 2° - Tem anexado a presente solicitação os Balancetes Financeiros ,
88 que é uma Prestação de Conta bastante resumida , não tem documento
89 contábil, mas tem um demonstrativo de Receita/Despesa efetuada pela
90 Prefeitura na Área da Saúde. Observando as prestação de contas referentes
91 aos meses de dez/99, jan/00 e fev/00 constata – se um aumento crescente das
92 despesas com combustível. 3° - A Direção do Hospital solicita que o Estado
93 cumpra o seu papel, fazendo com que o município preste Atenção Básica com
94 compromisso, que o Estado/CIB acompanhe e fiscalize estas questões e

95 considera que o Estado não pode deixar de assumir as Áreas de Políticas
96 Sociais: Saúde , Educação, Segurança e Justiça , principalmente nos
97 municípios de pequeno porte. **Alex** sugere que face a gravidade do fato que
98 seja encaminhada esta documentação para Auditoria do MS e Auditoria da
99 SESA e solicita a desabilitação do município. **Socorro** concorda com a opinião
100 do Alex, mas chama atenção quanto ao momento político e que se somam
101 outros fatores . Concorda que se temos a documentação que comprova o fato,
102 temos que agir. **Moacir** o município de Crateús tem um gasto médio de R\$
103 11.000,00 com combustível por mês, isto é corrupção mesmo. E sugere que a
104 documentação seja enviada ao MS. E resalta que os SMS tem atuação limitada
105 diante da autoridade do Prefeito. **Jurandi** diz que o município de Pedra Branca
106 tem um gasto médio de R\$ 8.000,00 com combustível por mês. É corrupção
107 mesmo. Mas concorda com a Socorro que deve ser feito uma avaliação para
108 que a CIB/Ce passa agir. O Prefeito deve ser comunicado que a CIB tomou
109 conhecimento da denúncia e que a documentação foi enviada ao MS. **Evaldo**
110 ficou preocupado e pergunta se está questão foi discutida no CMS? **Carlile** diz
111 que faz parte do CMS e que fez um esforço muito grande na defesa desta
112 Proposta (PSF assumindo plenamente a assistência básica à população e
113 envolvido inclusive com o Hospital). Mesmo com atraso o Hospital nunca deixa
114 de atender. O CMS aprovou integralmente este Convênio. E todas as
115 possibilidades foram esgotadas. **Evaldo** a CIB tem que fazer os CMS cientes de
116 que tem que atuar nestas questões. E que deve ser enviado ao CESAU
117 solicitação para desenvolver um processo de informação e sensibilização dos
118 CMS. **Celso** temos os casos dos municípios de Itatira e Hidrolândia que não
119 estão assumindo as responsabilidades de gestão e que seja comunicado ao MS
120 as decisões adotadas pela CIB e pede providências urgentes do Controle e
121 Avaliação da SESA. E sugere ainda que o Secretário Estadual convoque o
122 Prefeito e o SMS para informá-lo sob as responsabilidades de gestão. A CIB
123 tomou as seguintes decisões: 1ª - O encaminhamento da Documentação para
124 subsidiar a Auditoria Contábil pela Representação do MS no Estado , e a
125 Auditoria de Gestão pela SESA; 2ª - O Secretário Estadual de Saúde e o
126 Presidente do COSEMS – Ce deverão convocar o Prefeito e o Secretário
127 Municipal de Saúde de Jucás com o objetivo de informá – los sobre a situação
128 problema e buscar solucioná – la através do cumprimento das
129 responsabilidades descritas no Convênio e Termo Aditivo. Reunião agendada
130 para o dia 01/08/00, terça – feira às 10:00 horas na SESA; 3ª – Enviar
131 comunicado sobre esta situação para o CESAU e solicitar providências no
132 sentido de informar aos CMS da importância de se manter vigilante quanto as
133 responsabilidades assumidas pelos Gestores Municipais e sobre os usos dos
134 recursos e 4ª – Solicitar junto a CIT a desabilitação do município caso o
135 município não cumpra o acordo a ser firmado em reunião com o Secretário
136 Estadual de Saúde e o Presidente do COSEMS – Ce. Esta decisões foram
137 consensuadas pelos seguimentos da SESA e COSEMS – Ce, no entanto o Dr.
138 Alex fez questão de registrar que não concorda com as mesmas e mantém sua
139 proposta apresentada no início das discussões. **Item 1 de Pauta -**
140 **Apresentação do Documento: Regionalização da Assistência à Saúde:**
141 **Aprofundando a Descentralização com Garantia de Equidade no Acesso –**

142 **MS/SAS.** Vera coloca para os participantes informações sobre as mudanças
143 propostas pelo MS para a área da assistência e que no dia 02/08/00 haverá
144 uma reunião no CONASS para apreciar a última versão do documento que o
145 Ministério da Saúde está titulando: “Regionalização da Assistência à Saúde:
146 Aprofundando a Descentralização com Garantia de Equidade do Acesso”. Este
147 documento está sendo discutido por uma equipe técnica do CONASS e
148 assessoria técnica do CONASEMS. Neste Documento o MS faz uma
149 abordagem histórica sobre o processo de descentralização para os estados e
150 principalmente para os municípios, de responsabilidades e recursos para
151 operacionalização do SUS, assegurado com a implantação das Normas
152 Operacionais Básicas de 1993 e 1996. No entanto destaca alguns problemas
153 surgidos no processo de habilitação, no financiamento, e no planejamento e
154 organização do sistema. Na busca de superação destes problemas propõe uma
155 normatização para classificação na área da assistência. A Proposta amplia a
156 ênfase na regionalização e no incremento da equidade, buscando a organização
157 de sistema de saúde funcionais em todos os níveis de atenção, não
158 necessariamente configuradas aos territórios municipais e, portanto, sob
159 responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica político – administrativo
160 de delimitação dos sistemas de saúde considera para a definição do papel da
161 SES e das diversas SMS na gestão do sistema, as noções de territorialidade na
162 identificação de prioridades de enfrentamento de problemas de saúde e de
163 organização de redes de assistência regionalizadas, articuladas e resolutivas,
164 além das capacidades técnico - operacionais necessárias ao exercício das
165 funções de alocação de recursos, programação físico - financeira, regulação do
166 acesso, contratação de prestadores de serviços, controle e avaliação. Os
167 estados para se classificarem terão que elaborar um Plano de Regionalização
168 que apresente além da delimitação de regiões assistenciais, o planejamento das
169 ações e serviços de saúde com enfoque territorial – populacional, não
170 necessariamente restrito a abrangência municipal, que garanta níveis
171 adequados de resolução dos problemas prioritários de saúde. Estabelece
172 Contrato de Gestão entre o MS e os Estados como instrumento de
173 relacionamento entre o MS e os estados, visando o fortalecimento das SES nas
174 funções de coordenação do sistema funcional de saúde, e propiciando o MS
175 condições objetivas e negociadas para o acompanhamento e avaliação do
176 desempenho dos estados no exercício de suas atribuições. E define os pré –
177 requisitos mínimos para que o estado possa firmar o Contrato: 1. Plano de
178 regionalização; 2. Definição de tetos financeiros para todos os municípios do
179 estado, aprovados na CIB e compatível com o teto financeiro estadual vigente;
180 3. Explicitação dos pactos de gestão entre a SES e os municípios, com definição
181 das responsabilidades dos gestores estaduais e municipais por cada unidade
182 de saúde. Em relação a qualificação dos municípios mantém como pré –
183 condição a habilitação segundo a NOB 96 e a qualificação se fará de acordo
184 com a complexidade e a capacidade resolutiva da rede assistencial existente em
185 seu território, com seu compromisso de inserção na rede microrregional/estadual
186 de serviços e com o porte populacional do próprio município ou do conjunto de
187 município da área de abrangência para referências especializadas que receba.
188 São proposto quatro tipos de qualificação, correspondendo a distintos graus de

189 responsabilização pela garantia de acesso a ações e serviços no território
190 municipal, implicando ainda o estabelecimento de mecanismos de referência,
191 quando não for possível a oferta no próprio município : os municípios habilitados
192 GPAB poderão ser qualificados em Atenção Básica ou Atenção Básica
193 Resolutiva, de acordo com a oferta de serviços em seu território e com seu papel
194 assistencial na microrregião. Os municípios habilitados em GPSM, poderão
195 qualificar – se em Atenção de Média Complexidade ou Atenção de Alta
196 Complexidade, de acordo com a oferta de serviços em seu território e com o seu
197 papel na rede regional, macrorregional ou estadual. O processo de qualificação
198 deverá ser coordenado pelo estado, de acordo com seu plano de regionalização.
199 A interlocução do MS se dará com a instância da esfera estadual – SES e CIB,
200 evitando a fragmentação do processo de qualificação. Cada município deverá
201 ser avaliado pela CIB. A aprovação da qualificação deve se dar “em bloco” ou
202 estado que conforme uma rede assistencial funcional e resolutiva. Após
203 aprovado pela CIB e pelo CES, o processo de qualificação do bloco de
204 municípios deverá ser enviado para análise pela SAS/MS e posterior aprovação
205 pela CIT. A programação integra as ações e serviços de assistência
206 ambulatorial e hospitalar de complexidade básica, média e alta complexidade ,
207 conformando um instrumento assistencial de reorganização dos modelos de
208 atenção e de gestão do SUS, de alocação dos recursos entre municípios e de
209 explicitação da distribuição da competências entre as três esferas de governo.
210 Traduz as responsabilidades de cada gestor do sistema (SMS e SES) com a
211 garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pelo
212 encaminhamento a municípios – polo (sempre mediados por relações entre
213 gestores). Com a busca crescente da equidade da distribuição dos recursos e
214 com organização de uma rede regionalizada e resolutiva. Este documento se
215 encontra em análise pelos Representantes do CONASS e CONASEMS e
216 segundo técnicos do Departamento de Descentralização da Gestão da
217 Assistência da SAS, o mesmo terá vigência em janeiro de 2001. **Item 2 de**
218 **Pauta - Solicitação de Cadastramento de Equipe do PSF junto ao SIA para**
219 **os municípios:** Solicitação de cadastramento de equipe do PSF junto ao SIA
220 para os seguintes municípios: Ibiapina 01 (uma) equipe, Maranguape 04 (quatro)
221 equipes, Capistrano 01 (uma) equipe, Aracati 03 (três) equipes, Ocara 01 (uma)
222 equipe, Santana do Acaraú 01 (uma) equipe e Camocim 01 (uma) equipe.
223 Todas as solicitações foram aprovadas pela CIB. **Item 3 da Pauta - COVAC –**
224 **Portaria do MS no. 466 de 14/06/00 – vigência julho - Pacto para Redução**
225 **das Taxas de Cesariana no Estado do Ceará.** Vera faz um comentário sobre
226 o Pacto para redução de Parto Cesariano no Estado. Estamos baseado na
227 Portaria do MS no. 466 de 14/06/00 com vigência em julho do corrente em que
228 reduz a taxas de Cesariana. Em seguida passou a palavra para a Dra. Cleonice
229 representante do Controle e Avaliação – COVAC é responsável pela elaboração
230 deste Pacto. A taxa real do Estado é 22,76 % pelo SIH e foi definido para cada
231 unidade hospitalar uma taxa diferente. Esta taxa não reflete a realidade do
232 Estado, pois existe uma demanda reprimida onde muitas vezes chega – se a
233 um percentual bastante elevado com por exemplo de 42% na MEAC, HGF e
234 HGCC. A maior demanda reprimida encontra-se em Fortaleza e na região do
235 Cariri. Levando – se em consideração a demanda média do Estado o Proposto

236 é 25% e os critérios definição são: 1. Hospital de Referência, 2. Nível de
237 Assistência , 3. Média do SIH e 4. Demanda reprimida. O mérito da Proposta é o
238 escalonamento por nível de complexidade da unidade. E em seguida foi
239 apresentada a Proposta do Pacto para Redução das Taxas de Cesariana no
240 Estado do Ceará: - Estabelecer os limites percentuais máximos de partos
241 cirúrgicos em relação ao total de partos realizados no Estado para os :
242 **Município de Amontada** para Unidade Mista de SAÚDE com Taxa atual de
243 cesárea 6,87 e Taxa cesárea pactuada 7; **Município de Itapipoca** para a
244 BENEFCAMILIANA - Hospital São Vicente de Paulo com Taxa atual de
245 cesárea 25,77 e Taxa cesárea pactuada 30; **Município de Trairí** para a
246 Unidade Mista de Saúde com Taxa atual de cesárea 12,58 e Taxa cesárea
247 pactuada 14; **Município de Uruburetama** para o Hospital Municipal Dr. Antônio
248 Nery Filho com Taxa atual de cesárea 29,14 e Taxa cesárea pactuada 25;
249 **Município de Acaraú** para o Hospital Monsenhor Sabino com Taxa atual de
250 cesárea 15,38 e Taxa cesárea pactuada 16 e Hospital Maternidade Dr. Moura
251 Ferreira com Taxa atual de cesárea 30,62 e Taxa cesárea pactuada 30;
252 **Município de Cruz** para a Unidade Mista Maria Muniz com Taxa atual de
253 cesárea 13,90 e Taxa cesárea pactuada 14; **Município de Itarema** para
254 Fundação de Assistência a Maternidade e a Infância com Taxa atual de cesárea
255 2,91 e Taxa cesárea pactuada 3 e Hospital Municipal Natércia Júnior Rios com
256 Taxa atual de cesárea 10,93 e Taxa cesárea pactuada 11; **Município de**
257 **Marco** para a Unidade Mista de Saúde com Taxa atual de cesárea 8,27 e Taxa
258 cesárea pactuada 9; **Município de Caucaia** para – Hospital Maternidade Dr.
259 Paulo Sarasate com Taxa atual de cesárea 15,15 e Taxa cesárea pactuada 20
260 e Hospital Municipal Abelardo Gadelha Rocha com Taxa atual de cesárea 21,19
261 e Taxa cesárea pactuada 25; **Município de Itapajé** para o Hospital e
262 Maternidade João Ferreira Gomes com Taxa atual de cesárea 17,45 e Taxa
263 cesárea pactuada 20 e a Fundação Santo Antônio com Taxa atual de cesárea
264 25,49 e Taxa cesárea pactuada 25; **Município de Paracuru** para a Santa Casa
265 Paracuru com Taxa atual de cesárea 26,30 e Taxa cesárea pactuada 25;
266 **Município de Pentecoste** para Fundação de Saúde do Município com Taxa
267 atual de cesárea 34,19 e Taxa cesárea pactuada 30; **Município de São**
268 **Gonçalo do Amarante** para o Hospital Geral Luiza Alcântara e Silva com
269 Taxa atual de cesárea 5,57 e Taxa cesárea pactuada 6; **Município de**
270 **Aracoiaba** para o Hospital Maternidade Santa Isabel com Taxa atual de
271 cesárea 29,56 e Taxa cesárea pactuada 25; **Município de Baturité** para o
272 Hospital e Maternidade José Pinto do Carmo Taxa atual de cesárea 35,00 e
273 Taxa cesárea pactuada 35; **Município de Itapiuna** para o Hospital Maternidade
274 Prof. Valdemar Alcântara com Taxa atual de cesárea 6,36 e Taxa cesárea
275 pactuada 6; **Município de Maracanaú** para o Hospital Geral de Maracanaú com
276 Taxa atual de cesárea 13,23 e Taxa cesárea pactuada 25, Associação
277 Beneficente Medica de Pajuçara com Taxa atual de cesárea 34,85 e Taxa
278 cesárea pactuada 30; **Município de Maranguape** para o Hospital Albaniza
279 Sarasate com Taxa atual de cesárea 30,75 e Taxa cesárea pactuada 30 e
280 Hospital Maternidade Almir Pinto com Taxa atual de cesárea 32,98 e Taxa
281 cesárea pactuada 30; **Município de Redenção** para a Associação de Proteção
282 a Maternidade e a Infância. R H Mat. P Sarasate com Taxa atual de cesárea

283 23,89 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de Aracati** para o Hospital
284 Municipal com Taxa atual de cesárea 24,01 e Taxa cesárea pactuada 30 e
285 Hospital Santa Luiza de Marilac com Taxa atual de cesárea 19,02 e Taxa
286 cesárea pactuada 25; **Município de Beberibe** para a Sociedade Assistencial
287 com Taxa atual de cesárea 18,35 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de**
288 **Cascavel** para Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças com Taxa
289 atual de cesárea 17,26 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de Aquiraz**
290 para o Hospital Geral Manoel Assunção Pires com Taxa atual de cesárea 8,58 e
291 Taxa cesárea pactuada 10; **Município de Eusébio** para Unidade Mista com
292 Taxa atual de cesárea 34,69 e Taxa cesárea pactuada 30; **Município de**
293 **Fortaleza** para: Hospital Regional Governador Gonzaga Mota – Barra do Ceará
294 com Taxa atual de cesárea 28,67 e Taxa cesárea pactuada 30; Hospital Geral
295 César Cals com Taxa atual de cesárea 34,05 e Taxa cesárea pactuada 42;
296 Hospital Gonzaga Mota – José Walter com Taxa atual de cesárea 24,34 e Taxa
297 cesárea pactuada 30; Hospital Gonzaga Mota – Messejana com Taxa atual de
298 cesárea 15,42 e Taxa cesárea pactuada 25; Maternidade Escola Assis
299 Chateaubriand com Taxa atual de cesárea 34,01 e Taxa cesárea pactuada 42;
300 Hospital Batista Memorial com Taxa atual de cesárea 28,95 e Taxa cesárea
301 pactuada 30; Juvenal de Carvalho com Taxa atual de cesárea 34,36 e Taxa
302 cesárea pactuada 30; Clínica de Acidentes com Taxa atual de cesárea 36,45
303 e Taxa cesárea pactuada 30; H D F T I - Clínica de Fortaleza SC LTDA com
304 Taxa atual de cesárea 31,05 e Taxa cesárea pactuada 30; Casa de Saúde e
305 Mat. São Pedro com Taxa atual de cesárea 30,68 e Taxa cesárea pactuada 30;
306 Hospital e Maternidade do Sindicato dos A Fortaleza com Taxa atual de cesárea
307 34,29 e Taxa cesárea pactuada 30; Sociedade Med. C S S Limitada – Hospital
308 – ACB com Taxa atual de cesárea 23,18 e Taxa cesárea pactuada 25; Casa de
309 Saúde Nossa Sra. das Graças com Taxa atual de cesárea 34,49 e Taxa
310 cesárea pactuada 30; Hospital da Polícia Militar com Taxa atual de cesárea
311 33,33 e Taxa cesárea pactuada 30; Hospital Geral de Fortaleza com Taxa atual
312 de cesárea 32,25 e Taxa cesárea pactuada 42; Casa de Saude e Maternidade
313 J. Sacramentado LTDA com Taxa atual de cesárea 30,46 e Taxa cesárea
314 pactuada 25; Sociedade Medica C.D. Hermes Parahyba LTDA com Taxa atual
315 de cesárea 14,25 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de Pacajús** para
316 Associação Beneficente as Famílias Carentes de Pacajús com Taxa atual de
317 cesárea 25,20 e Taxa cesárea pactuada 25; **Município de Jaguaretama** para
318 Hospital e Maternidade Adolfo Bezerra de Menezes com Taxa atual de cesárea
319 24,40 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de Jaguaruana** para Hospital
320 Maternidade Expectação com Taxa atual de cesárea 19,82 e Taxa cesárea
321 pactuada 20; **Município de Morada Nova** para Sociedade de Proteção
322 Hospitalar Maternidade a Infância com Taxa atual de cesárea 29,65 e Taxa
323 cesárea pactuada 25; **Município de Russas** para Sociedade de Proteção a
324 Maternidade e a Infância com Taxa atual de cesárea 34,62 e Taxa cesárea
325 pactuada 30 e Hospital e Casa de Saúde de Russas com Taxa atual de cesárea
326 28,28 e Taxa cesárea pactuada 30; **Município de Alto Santo** para Hospital e
327 Maternidade Santa Rita com Taxa atual de cesárea 21,15 e Taxa cesárea
328 pactuada 20; **Município de Iracema** para Hospital e Maternidade Maria Roque
329 de Macedo com Taxa atual de cesárea 17,50 e Taxa cesárea pactuada 15;

330 **Município de Jaguaribara** para Hospital Municipal Santa Rosa de Lima com
331 Taxa atual de cesárea 3,30 e Taxa cesárea pactuada 5; **Município de**
332 **Jaguaribe** para Unidade Mista com Taxa atual de cesárea 28,74 e Taxa
333 cesárea pactuada 25; **Município de Limoeiro do Norte** para Beneficente
334 Camiliana – Hospital São Raimundo com Taxa atual de cesárea 25,00 e Taxa
335 cesárea pactuada 25, Clínica Dr. Gaspar LTDA com Taxa atual de cesárea
336 20,97 e Taxa cesárea pactuada 20, Hospital Municipal de Limoeiro do Norte
337 com Taxa atual de cesárea 26,78 e Taxa cesárea pactuada 30; **Município de**
338 **Pereiro** para Unidade Mista com Taxa atual de cesárea 19,55 e Taxa
339 cesárea pactuada 20; **Município de Tabuleiro do Norte** para Associação de
340 Proteção a Maternidade e a Infância com Taxa atual de cesárea 9,80 e Taxa
341 cesárea pactuada 10; **Município de Pedra Branca** para o Hospital Municipal
342 São Sebastião com Taxa atual de cesárea 21,96 e Taxa cesárea pactuada 20;
343 **Município de Quixadá** para Associação de Proteção a Maternidade e a Infância
344 – Hospital e Maternidade com Taxa atual de cesárea 19,89 e Taxa cesárea
345 pactuada 25; **Município de Quixeramobim** para Hospital Regional de
346 Quixeramobim com Taxa atual de cesárea 22,69 e Taxa cesárea pactuada 20;
347 **Município de Senador Pompeu** para Maternidade e Hospital Santa Isabel com
348 Taxa atual de cesárea 34,82 e Taxa cesárea pactuada 30; **Município de**
349 **Acopiara** para Casa Mãe – Hospital G. S. Gurgel do Vale com Taxa atual de
350 cesárea 27,00 e Taxa cesárea pactuada 25 e Hospital e Maternidade Júlia
351 Barreto com Taxa atual de cesárea 18,18 e Taxa de cesárea pactuada 20;
352 **Município de Carius** para Hospital Dr. Tadheu de Paulo Brito com Taxa atual de
353 cesárea 16,43 e Taxa cesárea pactuada 15; **Município de Iguatú** para
354 Hospital Santo Antônio dos Pobre com Taxa atual de cesárea 28,18 e Taxa
355 cesárea pactuada 25, Hospital e Maternidade Dr. Agenor Araújo com Taxa atual
356 de cesárea 26,19 e Taxa cesárea pactuada 25, Hospital Regional de Iguatu
357 com Taxa atual de cesárea 34,34 e Taxa cesárea pactuada 30; **Município de**
358 **Jucás** para Hospital Maternidade Santa Isabel com Taxa atual de cesárea
359 21,13 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de Mombaça** para Hospital e
360 Maternidade Antonina Aberaldo Castelo com Taxa atual de cesárea 26,75 e
361 Taxa cesárea pactuada 25; **Município de Saboeiro** para Unidade Mista com
362 Taxa atual de cesárea 14,46 e Taxa cesárea pactuada 15; **Município de**
363 **Carnaubal** para a Unidade Mista Nossa Senhora Auxiliadora com Taxa atual de
364 cesárea 4,66 e Taxa cesárea pactuada 5; **Município de Croata** para o Hospital
365 Monsenhor Antonino com Taxa atual de cesárea 9,55 e Taxa cesárea pactuada
366 10; **Município de Guaraciaba do Norte** para Hospital e Maternidade São José
367 com Taxa atual de cesárea 9,87 e Taxa cesárea pactuada 10; **Município de**
368 **Ibiapina** para Sociedade de Proteção a Maternidade e a Infância - Hospital e
369 Maternidade Francisca Gomes com Taxa atual de cesárea 22,22 e Taxa
370 cesárea pactuada 15 e Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças com
371 Taxa atual de cesárea 21,08 e Taxa cesárea pactuada 25; **Município de São**
372 **Benedito** para o Hospital Municipal com Taxa atual de cesárea 13,04 e Taxa
373 cesárea pactuada 15; **Município de Tianguá** para Hospital Maternidade
374 Madalena Nunes com Taxa atual de cesárea 4,99 e Taxa cesárea pactuada 20;
375 **Município de Ubajara** para Center Médica Ubajara LTDA com Taxa atual de
376 cesárea 16,85 e Taxa cesárea pactuada 15, Sociedade da Maternidade e a

377 Infância de Ubajara com Taxa atual de cesárea 23,25 e Taxa cesárea pactuada
378 20; **Município de Vicoso do Ceará** para o Hospital e Maternidade Municipal
379 com Taxa atual de cesárea 18,10 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de**
380 **Crateús** para Hospital Geral de Crateús com Taxa atual de cesárea 35,53 e
381 Taxa cesárea pactuada 35, Hospital Maternidade Gentil Barreira com Taxa atual
382 de cesárea 2,70 e Taxa cesárea pactuada 10 ; **Município de Independência**
383 para a Clínica Santa Maria com Taxa atual de cesárea 13,95 e Taxa cesárea
384 pactuada 10; **Município de Ipueiras** para Hospital e Maternidade Otacilio Mota
385 com Taxa atual de cesárea 17,15 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de**
386 **Monsenhor Tabosa** para Hospital Maternidade Francisquinha Farias Leitão
387 com Taxa atual de cesárea 26,69 e Taxa cesárea pactuada 25; **Município de**
388 **Nova Russas** para Fundação José Leite - Hospital Maternidade Sinhá Farias
389 com Taxa atual de cesárea 5,42 e Taxa cesárea pactuada 10 , Hospital
390 Municipal José Gonçalves Rosa com Taxa atual de cesárea 19,37 e Taxa
391 cesárea pactuada 20; **Município de Poranga** para Hospital Municipal com Taxa
392 atual de cesárea 16,83 e Taxa cesárea pactuada 15; **Município de Tamboril**
393 para Hospital Regional com Taxa atual de cesárea 23,30 e Taxa cesárea
394 pactuada 20; **Município de Aiua** para Hospital Municipal com Taxa atual de
395 cesárea 14,57 e Taxa cesárea pactuada 10; **Município de Parambu** para
396 Hospital Dr. Cícero Ferreira Filho com Taxa atual de cesárea 12,86 e Taxa
397 cesárea pactuada 15; **Município de Tauá** para Clínica e P. Socorro Dr. Alberto
398 Feitosa com Taxa atual de cesárea 30,42 e Taxa cesárea pactuada 20 e
399 Hospital e Maternidade Regional Dr. Alberto Feitosa Lima com Taxa atual de
400 cesárea 17,57 e Taxa cesárea pactuada 25; **Município de Boa Viagem** para
401 Casa de Saúde Maternidade com Taxa atual de cesárea 9,01 e Taxa cesárea
402 pactuada 10; **Município de Canindé** para Sociedade São Francisco de Canindé
403 com Taxa atual de cesárea 24,97 e Taxa cesárea pactuada 30; **Município de**
404 **Catunda** para Hospital Geral com Taxa atual de cesárea 2,20 e Taxa cesárea
405 pactuada 5; **Município de Coreau** para Hospital Municipal com Taxa atual de
406 cesárea 0,31 e Taxa cesárea pactuada 5; **Município de Ipu** para Casa de
407 Saúde São Sebastião com Taxa atual de cesárea 5,57 e Taxa cesárea
408 pactuada 10 e Sociedade de Proteção a Maternidade a Infância com Taxa atual
409 de cesárea 6,91 e Taxa cesárea pactuada 10; **Município de Santa Quitéria**
410 para o Hospital Maternidade A. Augusta Magalhães com Taxa atual de cesárea
411 14,47 e Taxa cesárea pactuada 15; Hospital Maternidade M. Parente com Taxa
412 atual de cesárea 17,73 e Taxa cesárea pactuada 20 e o Hospital Geral de Santa
413 Quitéria com Taxa atual de cesárea 13,28 e Taxa cesárea pactuada 15;
414 **Município de Santana do Acaraú** para Unidade Mista com Taxa atual de
415 cesárea 0,43 e Taxa cesárea pactuada 5; **Município de Sobral** para o
416 Hospital Dr. Estevão Ltda com Taxa atual de cesárea 29,80 e Taxa cesárea
417 pactuada 30, Santa Casa de Sobral com Taxa atual de cesárea 29,85 e Taxa
418 cesárea pactuada 40, Liga Sobralense de Proteção a Infância e a Maternidade
419 com Taxa atual de cesárea 3,31 e Taxa cesárea pactuada 5; **Município de**
420 **Camocim** para Hospital e Maternidade com Taxa atual de cesárea 25,24 e
421 Taxa cesárea pactuada 25; **Município de Chaval** para Clínica Municipal com
422 Taxa atual de cesárea 1,46 e Taxa cesárea pactuada 5; **Município de Campos**
423 **Sales** para Hospital Geral de Campos Sales com Taxa atual de cesárea 9,09 e

424 Taxa cesárea pactuada 10 , Associação Proteção a Maternidade a Infância Taxa
425 atual de cesárea 7,63 e Taxa cesárea pactuada 8; **Município de Crato** para
426 Maternidade do Crato com Taxa atual de cesárea 35,67 e Taxa cesárea
427 pactuada 30, Hospital Regional Manoel de Abreu Ltda com Taxa atual de
428 cesárea 35,59 e Taxa cesárea pactuada 30 e Casa de Saúde Joaquim B. de
429 Farias Ltda com Taxa atual de cesárea 27,75 e Taxa cesárea pactuada 30;
430 **Município de Farias Brito** para Unidade Mista com Taxa atual de cesárea
431 14,56 e Taxa cesárea pactuada 15; **Município de Várzea Alegre** para a
432 Sociedade de Medicina de V. Alegre – SAMIVA com Taxa atual de cesárea
433 15,86 e Taxa cesárea pactuada 15 e o Hospital Maternidade com Taxa atual de
434 cesárea 22,12 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de Barbalha** para o
435 Hospital Maternidade Antônio SC Ltda com Taxa atual de cesárea 28,47 e
436 Taxa cesárea pactuada 30 e Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo com
437 Taxa atual de cesárea 31,43 e Taxa cesárea pactuada 40; **Município de**
438 **Jardim** para Casa de Saúde e Maternidade Santo Antônio com Taxa atual de
439 cesárea 8,20 e Taxa cesárea pactuada 8; **Município de Juazeiro do Norte**
440 para o Hospital São Lucas com Taxa atual de cesárea 20,11 e Taxa cesárea
441 pactuada 20, Casa de Saúde Santo Inácio com Taxa atual de cesárea 22,48 e
442 Taxa cesárea pactuada 20; Policlínica de Juazeiro LTDA com Taxa atual de
443 cesárea 22,29 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de Missão Velha** para
444 Hospital Geral de Missão Velha com Taxa atual de cesárea 18,84 e Taxa
445 cesárea pactuada 18; **Município de Aurora** para Hospital Geral Igenes
446 Andreazza com Taxa atual de cesárea 27,67 e Taxa cesárea pactuada 25 ;
447 **Município de Barro** para Associação Comunitária Santo Antônio com Taxa
448 atual de cesárea 23,69 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de Brejo**
449 **Santo** para Casa de Nossa Senhora de Fátima com Taxa atual de cesárea
450 34,00 e Taxa cesárea pactuada 30, Hospital Maternidade Santa Luiza com Taxa
451 atual de cesárea 28,85 e Taxa cesárea pactuada 25 e Hospital Geral de Brejo
452 Santo com Taxa atual de cesárea 25,71 e Taxa cesárea pactuada 30;
453 **Município de Jati** para Hospital Geral de Jati com Taxa atual de cesárea
454 13,20 e Taxa cesárea pactuada 10, **Município de Mauriti** para Associação de
455 Proteção a Maternidade e a Infância - Hospital e Maternidade com Taxa atual de
456 cesárea 19,04 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de Milagres** para
457 Hospital e Maternidade Madre Rosa Gattorno com Taxa atual de cesárea 24,12
458 e Taxa cesárea pactuada 20 e Associação de Proteção e Assistência a
459 Maternidade e a Infância de Milagres com Taxa atual de cesárea 19,14 e Taxa
460 cesárea pactuada 20; **Município de Cedro** para Hospital Maternidade Eneas
461 Viana de Araujo com Taxa atual de cesárea 14,36 e Taxa cesárea pactuada
462 10, Hospital Maternidade Regional Zumira Sedrin de Aguiar com Taxa atual de
463 cesárea 17,94 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de Icó** para Sociedade
464 Beneficente Nossa Sra. de Lourdes com Taxa atual de cesárea 26,77 e Taxa
465 cesárea pactuada 25; **Município de Lavras da Mangabeira** para a Associação
466 Proteção a Maternidade e a Infância - Hospital Maternidade S. V. Ferrer com
467 Taxa atual de cesárea 20,40 e Taxa cesárea pactuada 20; **Município de Orós**
468 para Hospital e Maternidade Luiza Teodoro da Costa com Taxa atual de cesárea
469 17,20 e Taxa cesárea pactuada 20. No Estado a taxa atual média de cesárea é
470 22,66 e Taxa cesárea pactuada 24.1,41. As demais Unidades Hospitalares que

471 prestam serviços de obstetrícias terão Taxa de Cesária Zero. Este Pacto exigirá
472 do Estado um acompanhamento, avaliação e controle sistemático para o seu
473 cumprimento. Após apresentação do Pacto pela Dra. Cleonice – COVAC a CIB
474 decidiu: 1. Encaminhar a Proposta para conhecimento do CESAU com o objetivo
475 de obter apoio no desenvolvimento das ações de controle e avaliação no sentido
476 de reduzir os índices de cesarianas. 2. Encaminhar cópias do Pacto aos
477 Secretários Municipais de Saúde que possuem Unidades sediadas no
478 município. 3. Comunicar aos Diretores das Unidades Hospitalares informando a
479 nova taxa. 4. Encaminhar a Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento da
480 Atenção a Saúde – CODAS/SESA para conhecimento e 5. Enviar cópia para o
481 COSEMS. **Item 4 de Pauta - Solicitação de Cadastramento de um Centro**
482 **de Atenção Psicossocial – CAPS e Liberação dos Leitos para o Município**
483 **de Horizonte.** Recebemos da Prefeitura Municipal de Horizonte duas
484 solicitações: **1. Cadastramento de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS .**
485 Com relação aos CAPS , não existe nenhuma proibição em implantar CAPS
486 muito pelo contrário existe uma total aceitação da implantação de CAPS
487 municipal. Isto faz parte da Reforma Psiquiátrica do Estado. O único ponto que
488 precisa ser discutido é o seu financiamento, pois a Bipartite decidiu que os
489 CAPS já existentes (os pioneiros em termos da Reforma Psiquiátrica do Estado
490 como o caso do CAPS de Cascavel que não é sede de microrregião mas
491 anteriormente ele era sede de microrregião, hoje a sede de microrregião é
492 Aracati) deverá ser tratado dentro do Sistema como sendo uma Unidade com
493 direitos a todas as vantagens dos CAPS com abrangência Microrregional. Isso
494 significa que os CAPS que estão sendo implantado em município sede de
495 microrregião foi dado o direito de ter recursos adicional para programação.
496 Porém os CAPS de município que não é sede de microrregião não estar sendo
497 por determinação da Bipartite objeto de alocação de recursos adicional para
498 custeio. Este é o ponto para discussão. Essa solicitação se for compatibilizada
499 com o Teto Financeiro Atual do Município é uma decisão louvável. Devemos
500 futuramente incorpora – lo nas propostas de investimentos. Então pergunto ao
501 Secretário Municipal se tem condição de colocar o CAPS em programação com
502 o Teto atual do Município em FAE no valor de R\$ 19.000,00 que é o valor
503 necessário para implantação do mesmo. O Secretário Municipal de Horizonte -
504 Urânio justifica o fato do município já vir oferecendo atendimento em saúde
505 mental é o que levou à Prefeitura a vir propor ao Estado a ampliação destes
506 serviços. A exitosa experiência dos CAPS já implantados no Ceará serviu de
507 estímulo para que a Prefeitura tomasse essa decisão. Interessa-nos que este
508 serviço exerça uma grande influência na política de saúde , tanto no município
509 como na Microrregião I - Fortaleza, no sentido de que o sistema de saúde
510 capacite-se a responder adequadamente a todas as demandas das pessoas que
511 possuam algum transtorno mental manifesto, assim como possa apresentar a
512 toda a sociedade, ou construir conjuntamente com esta medidas de promoção
513 de saúde mental. Desse modo, romperíamos uma grande barreira à promoção
514 da saúde mental como um todo que é o fato das políticas públicas direcionadas
515 a este segmento trabalharem exclusivamente com a doença mental, excluindo
516 do contexto do planejamento , organização e avaliação do sistema público de
517 saúde os sujeitos que adoecem mentalmente e o meio que os circunda , que

518 seus ambiente familiares, a cultura , o emprego ou desemprego, e outros tantos
519 espaços sociais que determinam o nível de qualidade de vida de todos nós.
520 Finalmente, são estes os nossos pressupostos que gostaríamos de estar
521 transformando em ações municipais de saúde mental o mais breve possível. A
522 CIB apreciou e tomou as seguintes decisões: - Apoiar o município nesta
523 iniciativa, pela importância da mesma no fortalecimento da Reforma de Saúde
524 Mental no Estado, garantindo o remanejamento de recursos de INTERNAÇÃO
525 para custeio das atividades prestadas pelos CAPS; - Envio da proposta para
526 parecer técnico da Coordenação Estadual de Saúde Mental, antes de proceder o
527 Cadastramento; O processo de solicitação foi encaminhado a COPOS/CEADI
528 para conhecimento e as providências cabíveis. 2. Cadastramento dos Leitos
529 para o Projeto de Reforma e Ampliação do Hospital e Maternidade Venâncio
530 Raimundo de Sousa . A outra solicitação é o Cadastramento de Leitos no
531 Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa de Horizonte que
532 passou por uma reforma e ampliação iniciada em fev/1997, com o Projeto
533 aprovado pela CIB em 14/02/1997. Ressalta - se que para tanto, todos os
534 projetos arquitetônico foram avaliados e aprovados pelos órgãos competente da
535 SESA, como pode-se ver nas cópias das plantas anexadas ao Processo. Em
536 17/03/1997 foi encaminhado à Coordenação da UGP/REFORSUS na pessoa de
537 Dra. Ana Tereza da Silva Pereira desde então o mesmo passou por várias
538 alterações, sendo que nunca foi questionado a área física das enfermarias ou
539 solicitado que se fizesse alguma mudança que não tenha sido cumprida. O
540 referido Projeto foi aprovado de forma definitiva pelo Coordenador Geral do
541 Projeto REFORSUS, Sr. Gabriel Ferrato dos Santos em 13/02/1998 e com início
542 da obra em 08/1998. Salienta - se que foram realizadas duas supervisões por
543 Técnicos da Unidade de Apoio Técnico Regional – UATR II, Arquitetas Maria
544 Tereza e Roberta T. Albuquerque que não foi visto a necessidade de ampliação
545 das enfermarias para comportar quatro leitos. Conforme foi exposto , o referido
546 projeto foi aprovado pela SESA, REFORSUS e Ministério da Saúde, sempre se
547 colocando as enfermarias de Clínica Médica com (12 leitos) e Obstetrícia com (8
548 leitos) e a Pediatria com (5 leitos), perfazendo um total de (25 leitos) e tal fato
549 nunca foi contestado. Outrossim, informa – se que a supervisão da COVAC
550 realizada em fevereiro e maio do corrente ano fez recomendações e que foram
551 atendidas sem ressalva , ou seja , a compra de equipamentos e rouparias para
552 o bom funcionamento dos 25 leitos, como foi solicitado no processo No.
553 00006709-1 que tramita nesta SESA. O município solicitou o parecer da
554 Coordenação de Vigilância , Controle e Avaliação na certeza de que o mesmo
555 seria compatível com todas as supervisões realizadas anteriormente pelo
556 REFORSUS, Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado. A Equipe
557 de Auditoria da COVAC/SESA considerando a Portaria No. 1884/GM de
558 11/11/94 – Projeto Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, a qual
559 estabelece parâmetros de, dimensionamento de leitos por área física, identifica
560 inconsistência na área existente no Hospital para o número de leitos que estão
561 sendo solicitados credenciamento, e afirma que não tem autonomia para
562 cadastrar novos leitos em desacordo com a referida Portaria. Deste modo a
563 COVAC solicita apreciação e pronunciamento da CIB quanto ao problema
564 exposto. A CIB após ampla discussão aprovou por unanimidade o

565 Cadastramento dos Leitos solicitados pela SMS dado a ampliação da unidade
566 com recursos oriundos do REFORSUS. **Item 5 de Pauta - Descredenciamento**
567 **da Casa de Repouso Guararapes como Instituição Contratada para**
568 **Prestação de Serviços ao SUS – Sobral.** O próximo assunto da pauta é o
569 descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes como Instituição
570 Contratada para Prestação de Serviços ao SUS em Sobral. Conforme a Portaria
571 91/99 do MS que normatizou que toda entrada e saída de prestadores do
572 Sistema Único de Saúde nos municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal
573 deverá ser acordado pela Comissão Intergestores Bipartite. Deste modo o
574 descredenciamento não poderia ser efetivado sem autorização prévia da CIB. O
575 Dr. Odorico esta apresentando a Portaria No. 113, de 10/07/00 que estabelece
576 o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes mesmo antes de ouvir a
577 CIB. Esta decisão foi motivada pelo fato da conjuntura política na área da saúde
578 exigir uma ação imediata do Secretário, mas ele teve o cuidado de encaminhar
579 essa Portaria para conhecimento e apreciação da CIB. O Secretário está
580 propondo como parte da estratégia política de reorganização da assistência
581 psiquiátrica no município a estruturação de uma Residência Terapêutica,
582 conforme o estabelecido na Portaria do MS no. 106/00. No entanto está
583 Proposta deverá ser apreciada posteriormente pela CIB, para que a mesma
584 possa ser cadastrada no SUS. A Portaria faz referência aos serviços que
585 prestarão assistência em saúde mental no município para os pacientes locais e
586 os referenciados de outros municípios da microrregião: 1^a - Descredência a
587 Casa de Repouso Guararapes como instituição contratada para prestar serviços
588 ao SUS na área de assistência hospitalar em psiquiatria; 2^a - Estabelece que a
589 assistência Hospitalar às Urgências Psiquiátricas será prestado pelo Hospital
590 Dr. Estevão Ponte, sob supervisão da Equipe de Saúde Mental do Município; 3^a -
591 Estabelece que o seguimento ambulatorial dos pacientes psiquiátricos estarão a
592 cargo do CAPS de Sobral, no nível especializado, e do Programa de Saúde da
593 Família no nível da atenção básica , para os pacientes procedentes de Sobral e
594 a cargo do Ambulatório Especializado de Psiquiatria do Centro de
595 Especialidades Médicas, para os pacientes procedentes de outros municípios. A
596 Secretária de Saúde e Assistência Social de Sobral encampará as ações
597 desenvolvidas pelo Hospital – Dia cabendo – lhe desincumbir– se das
598 providências necessárias a sua implementação, providenciado sua estruturação
599 e o seu credenciamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). A equipe
600 interdisciplinar do Hospital – Dia será designada pelo Gestor do Sistema
601 Municipal de Saúde , estando operacionalmente subordinada a Coordenação
602 Municipal de Saúde Mental do Município , e integrando-se às ações
603 desenvolvidas pela rede assistencial de saúde mental de Sobral. Francisca
604 Lopes e Gilson representantes de Sobral apresentaram os problemas
605 enfrentadas na Casa de Saúde e deram alguns esclarecimento aos membros da
606 CIB no qual manifestaram elogios pela decisão da Secretaria Municipal de
607 Sobral na reorganização dos serviços. Dr. Alex afirmou que a Casa de Repouso
608 Guararapes não foi descredenciada antes da gestão municipal porque não
609 tínamos alternativas para viabilizar o tratamento em Sobral e para os municípios
610 da Microrregião. E ainda que a Bipartite solicite a Coordenação da Saúde
611 Mental da SESA a definição de critérios para descentralização da medicação de

612 alto custo. Após discussão sobre a Portaria No. 133/00 do Secretário Municipal
613 de Sobral a CIB homologou suas decisões. **Item 6 de Pauta - Plano de**
614 **Trabalho para o MS – Emenda Parlamentar – Reforma e Ampliação do**
615 **Hospital Municipal de Ocara – 12 Leito:** Solicitação do Município de Ocara “
616 Reforma e Ampliação do Hospital Municipal”, no valor de R\$ 129.386,83 (cento
617 e vinte e nove mil , trezentos e oitenta e seis reais e oitenta e três centavos)
618 sendo financiado pelo Ministério da Saúde R\$ 123.225,56 (cento e vinte e três
619 mil, duzentos e vinte e cinco reais e cinqüenta e seis centavos) e Contrapartida
620 R\$ 6.161,27 (seis mil, cento e sessenta e um reais e vinte e sete centavos). A
621 CEPPE/SESA fez análise do pleito, é um município de pequeno porte com uma
622 população de 20.569 habitantes, habilitado na gestão plena da atenção básica
623 pela NOB/96 em 30/06/98. A necessidade de internação é de 1.645,
624 internações/ano segundo parâmetros do CESAU, considerando 8% da
625 população. Os serviços ambulatoriais ofertados são fisioterapia, radiologia, ultra-
626 sonografia, urgência/emergência, traumatologia - ortopedia, cardiologia (diagnose). O
627 município conta com um pequeno hospital de 7 leitos dos quais 4 são de
628 obstetrícia e 3 para clínica médica. Solicita ampliação de mais 12 leitos,
629 perfazendo um total de 19 leitos. Segundo informações do SIH/SUS, os
630 procedimentos mais freqüentes realizados pela Unidade são : partos normais,
631 broncopneumonias , enterocolite - infecções e gastrites, podendo se concluir que os
632 serviços básicos de saúde não tem dado a resposta esperada pela estratégia de
633 reorganização da atenção primária (PSF) proposta pelo Estado. O município
634 conta com duas equipes do PSF, oferecendo uma cobertura de 33%. Pelos
635 dados levantados , sugere-se o fortalecimento da atenção primária de saúde
636 através de aumento das equipes do PSF, desenvolvendo ações básicas de
637 saúde voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, priorizando
638 a prevenção. Conforme o parecer do Grupo da CEPPE/SESA o
639 Projeto de reforma e ampliação do Hospital não está coerente com o modelo de
640 organização do Estado. A CIB não aprovou o Projeto e decidiu solicitar a
641 Secretária Municipal de Saúde de Ocara uma readequação da Proposta para
642 que o Hospital possa assegurar uma assistência obstétrica com resolutividade
643 no nível básico e assistência através de leitos de observação. **Item 8 de Pauta -**
644 **COSEMS – Solicita discussão sobre a Descentralização do repasse**
645 **financeiro dos recursos destinados a Campanha de Vacinação -** A
646 Presidência do COSEMS solicita a “Descentralização do repasse financeiro dos
647 recursos destinados a Campanha de Vacinação do Estado para os municípios. A
648 CIB decidiu encaminha-la para a COPOS/CEACRI para prestar informações e
649 providências cabíveis. **Item 9 da Pauta – INFORMES. 9.2. O Hospital Infantil**
650 **Albert Sabin – HIAS em parceria com Operation Smile Norfolk**
651 **Virgínia/USA, realizará no período de 07à 11/08 a 5ª Missão da Operação**
652 **Sorriso no Ceará.** O COSEMS solicita do HIAS a relação das crianças inscritas
653 para subsidiar os contatos com os Secretários Municipais de Saúde no sentido
654 cvde sensibiliza-los a custear o transporte e um auxilio para alimentação. **9.3. As**
655 **Novas Composição da CIB(s) Microrregionais de Aracati, Russas, Iquatú .**
656 Recebemos ofícios das microrregionais enviados a Bipartite comunicando suas
657 implantações. **9.4. Tribunal de Conta da União – Auditoria de Desempenho.**
658 Vera fez comentário e entrega da cópia do documento ao Presidente do

659 COSEMS do TC – 010.823/1999 – 9 (com 1 volume) - Tribunal de Conta da
660 União com natureza de Auditoria de Desempenho e as entidades envolvidas:
661 Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde e Coordenação do Programa
662 Nacional de Imunizações. O Estado do Ceará foi um dos Estado escolhidos
663 para a auditoria de desempenho. O relatório final apresenta recomendações
664 para os Secretários Estaduais de Saúde, as Coordenações Estaduais do
665 Programa Nacional de Imunizações e os Presidentes de Conselhos Municipais
666 de Saúde – COSEMS. No caso específico do COSEMS solicita que o mesmo
667 trabalhe no sentido de alertar os gestores municipais quanto à destinação
668 específicas dos insumos do PNI, sob pena de ser prejudicada a cobertura de
669 Vacinal de sua população, quanto a necessidade de serem as salas de
670 vacinação providas com aparelhos condicionadores de ar, para garantia da
671 qualidade dos imunobiológicos e divulgue este relatório junto aos respectivos
672 Secretários Municipais de Saúde ressaltando a importância de que eles
673 envidem esforços no sentido de garantir a adequada alocação de recursos
674 humanos e materiais ao Programa de Imunizações. **9.5. COMIRES –**
675 **Comunicando ausência dos representantes Francisco Evandro Teixeira por**
676 **encontra – se de férias e Nágela Maria dos Reis Norões em Crateús no**
677 **Curso de aperfeiçoamento de sistemas microrregionais de serviços de**
678 **saúde**. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião,
679 determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos, servindo como
680 secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros
681 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza,
682 vinte e oito de julho de dois mil.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 12ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Aos vinte e cinco de agosto do ano dois mil, às nove horas, na Sala de Reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Segunda Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará - CIB-Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Nágela Maria dos Reis Norões, COMIRES/SESA, Rose Mary Feitas Maciel, Secretária Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS - Fortaleza, Joaquim Clementino, Secretário da Saúde de Maracanaú, Paulo Antônio Martins de Lima, Secretário da Saúde de Quixadá, Maria Perpetuo do Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete / SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Alexandre José Mont'Alverne Silva, COPOS/SESA, Francisco Celso C. Secundino, Secretário da Saúde de Icapuí, Maria Imaculada Fonsêca, CEOAP/SESA. Como convidados: Neuza Goya, COSEMS, Alice Maria Ciarline, SMDS/PMF, Silvia Bonfim, SMDS/PMF, Cleide Chaves, CEEPE/SESA. A reunião foi presidida por Dr. Alex que deu início as discussões pelo **Item 2 da Pauta – Solicitação de cadastramento de equipe do PSF junto ao SIA para os municípios.** Solicitação de cadastramento de equipe no PSF junto ao SIA para os Municípios de Russas 01 (uma) equipe e Paraipaba 01 (uma) equipe. Ambas foram aprovada pela CIB. **Item 3 da Pauta – Projeto CARMEN – Dr. Alex.** O Projeto CARMEN está chegando aqui através da OPAS/MS é um projeto que já existe em alguns países. É um trabalho de grupo para redução de doenças não transmissíveis. O CARMEN é uma sigla que quer dizer – Conjunto de Ações de Enfermidades para a Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis. Todos sabem que no Estado do Ceará as três principais causas de morte são as Doenças Cardiovasculares, o Câncer e a Violência e não existe uma ação organizada e preventiva quanto ao conjunto destes três grupos de agravos. O Estado desde 1994/95 coloca no Plano de Governo a redução de morte precoce pelos os três grande grupos de causas e tem implementado algumas iniciativas como a urgência e emergência que se apoia no Programa do Governo Federal através da criação da rede de urgência e emergência. A prevenção do Tabagismo é uma ação prevista em alguns projetos específicos. O Projeto CARMEN propõem ser muito mais um articulador de iniciativa do que um projeto isolado com recursos assegurados com temos muitos outros projetos. Ele propõem atuar através identificação da redução da prevalência fatores de risco. Em seguida apresenta o referido Projeto, que foi elaborado para o Estado pelas técnicas da SESA: **Adriana Costa e Forti** – Representante do Comitê – Técnico Assessor ao Projeto CARMEN (CTAPC) / Membro do Comitê Técnico Científico de Assessoramento à Diabetes / Diretora do Centro Integrando de Diabetes e Hipertensão da SESA, **Maria Imaculada Ferreira da Fonseca** – Gerente da Célula de Apoio a Organização da Atenção Primária - Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção à Saúde, **Maria das Graças Barbosa Peixoto** – Gerente da Célula de Apoio a Organização da Atenção Secundária e Terciária/Coordenação de Apoio ao

48 Desenvolvimento da Atenção à Saúde, **Dina Cortez Feitosa Vilar** – Gerente da
49 Célula Vigilância Epidemiológica –Coordenadoria de Políticas em Saúde e
50 **Márcia Maria Macedo de Lucerna** – Gerente em Exercício da Análise de
51 Situações e Tendências em Saúde/Coordenadoria de Políticas em Saúde. Tem
52 como objetivo geral melhorar a saúde da população mediante a redução da
53 morbidade e mortalidade decorrente das principais doenças não transmissíveis e
54 outros agravos através de um conjunto de ações de intervenção intersetorial de
55 promoção à saúde e prevenção de enfermidades e agravos, e tratamento de
56 doenças e reabilitação. Como objetivos específicos: • Estabelecer prevalência
57 dos fatores de risco, na população relacionados com as doenças
58 cardiovasculares na área de demonstração (Maracanaú); • Estimar a
59 comunidade a utilizar os serviços de saúde para prevenção, diagnóstico precoce
60 e tratamento oportuno de hipertensão arterial, diabetes e doenças
61 cardiovasculares; • Implantar e ou implementar as ações do Programa Estadual
62 de Controle do Tabagismo; • Implantar e/ou implementar as ações de
63 prevenção, detecção e controle de diabetes, hipertensão, dislipidemia e
64 obesidade; • Implantar e ou implementar as ações de prevenção, diagnóstico
65 precoce e tratamento oportuno das neoplasia de mama, colo uterino , próstata e
66 estômago; • Implantar o Plano de Ação para prevenção e controle dos acidentes
67 de trânsito; • Definir um método para educação em saúde e material educativo a
68 ser utilizado na promoção da saúde, prevenção e controle das doenças não
69 transmissíveis e outros agravos dirigidos à população em geral; • Assegurar a
70 capacitação continuada dos profissionais de saúde da rede de atenção primária
71 de saúde para o desenvolvimento das ações do Projeto CARMEN; • Garantir a
72 adequação da estrutura física, medicamentos e insumos para melhoria da
73 qualidade do atendimento ao usuário – cidadão na prestação da assistência às
74 ENTs; • Elaborar método de avaliação e monitoramento dos indicadores visando
75 conferir a eficácia do programa; • Fomentar as pesquisas sobre a prevenção e o
76 controle das ENTs e outros agravos; • Estruturar um Sistema de Informação
77 para acompanhamento e avaliação do Projeto. • Promover ações de educação
78 em saúde; Monitorar e avaliar o Projeto. Suas metas são: • Realizar encontros
79 de sensibilização nas Microrregiões dirigidas aos profissionais, com
80 apresentação do Quadro Situacional dos municípios em relação ao serviço de
81 assistência nas áreas de Diabetes e Hipertensão; •Realizar o Lançamento do
82 Projeto CARMEN no município de Maracanaú – Contará com a participação de
83 representantes das demais microrregiões; • Capacitar equipes básicas de
84 multiplicadores no município de Maracanaú até abril de 2.000; • Realizar
85 levantamento da prevalência dos fatores de risco associados as ENTs no
86 município de Maracanaú, ate maio de 2.000; • Preparar e difundir conteúdos
87 educativos sobre condutas saudáveis, condutas de risco e diagnóstico precoce
88 das doenças, através dos meios de comunicação, falada ou escrita, existentes
89 no município de Maracanaú; • Realizar dois eventos/ano de mobilização da
90 população para combate ao sedentarismo, tabagismo e alcoolismo no município
91 de Maracanaú; • Elaborar plano de ação e controle dos acidentes de trânsito no
92 município; • Capacitar os profissionais de saúde das unidades básicas, nas

93 ações de prevenção diagnóstico e tratamento das enfermidades definidas no
94 Projeto. Estratégias propostas: • Implantar as ações de prevenção das
95 enfermidades não transmissíveis; • Estimular o acesso dos pacientes aos
96 serviços de Saúde; • Promover a divulgação e o desenvolvimento organizacional
97 intersectorial com : - Conselho Estadual de Saúde, - Comissão Intergestores
98 Bipartite, - COSEMS, - Secretarias Municipais da Saúde e – Instituições
99 Privadas. As ações e locais a serem desenvolvidas em alguma forma organizada
100 como: - Estabelecimento educacional; - Locais de trabalho; - Organizações
101 comunitárias; - Instituições públicas e privadas; - Espaços culturais; - Espaços
102 esportivos; - Na Comunidade. O CARMEN está estruturado da seguinte forma
103 com a Coordenação Estadual, o Grupo de Apoio Técnico, o Projeto Piloto e
104 Implantação/Implementação em todos os município do Estado. Sugestão para a
105 Coordenação Estadual do Projeto CARMEN será representadas pelas: 1.
106 Coordenadoria de Políticas em Saúde. 2. Coordenadoria das Microrregiões de
107 Saúde. 3. Coordenadoria da Organização da Rede de Unidades de Saúde. 4.
108 Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção à Saúde.
109 5.Universidade Estadual do Ceará. 6. Escola de Saúde Pública. Sugestão para a
110 Composição do Grupo de Apoio Técnico do Projeto CARMEN representados
111 pelos: 1. Núcleo de Normatização da Atenção. 2. Núcleo de Epidemiologia. 3.
112 Núcleo de Planejamento. 4. Coordenadoria das Microrregiões de Saúde. 5.
113 Núcleo de Apoio à Organização da Atenção. 6.Conselho dos Secretários
114 Municipais (COSEMS). 7.Universidade Federal do Ceará – Departamento de
115 Medicina Clínica. 8. Universidade Estadual do Ceará – Departamento de
116 Nutrição. 9. Universidade de Fortaleza – Centro de Ciências da Saúde –
117 Educação Física. 10. Escola de Saúde Pública – ESP. 11. Representante
118 Nacional do Projeto CARMEN. 12. Coordenadoria de Organização da Rede de
119 Unidades de Saúde. 13. Núcleo de Assistência Farmacêutica. 14. Assessoria de
120 Comunicação. Na 1º Reunião do Grupo de Apoio Técnico decidimos criar 04
121 (quatro) subgrupos com a coordenação técnica: 1. Pesquisa (Eni e Querubina).
122 2. De Doenças Cardiovasculares (Adriana Forti). 3. Violência e Causas Externa
123 (Algediva). 4. Câncer (Dina Cortez). Quanto ao Cronograma precisamos refaze -
124 lo por ter sido elaborado para o período de 1999 a 2003 com as Ações: 1.
125 Elaboração do Projeto. 2.Sensibilização dos Gestores. 3. Planejamento do
126 Diagnóstico. 4.Diagnóstico – Trabalho do Campo. 5. Diagnóstico – Análise e
127 divulgação. 6. Programação das ações. 7.Implantação das ações. 8.
128 Monitoramento . 9. Diagnóstico II. **O Projeto será Avaliado através de: a)**
129 **Indicadores de Produtos:** • Número de atividade educativas/ano; • Número de
130 pacientes diagnosticado/habitantes/ano; • Número de aferições de pressão
131 arterial/habitante/ano; • Número de lipidogramas /habitante/ano; • Número de
132 Glicemias /habitante/ano; • prevalência de baixo peso/faixa etária/sexo; •
133 Prevalência de obesidade/faixa etária/sexo; • Número de pessoas com hábito
134 alimentar saudável; • Número de pessoas que fazem atividades físicas
135 regularmente; • Número de fumantes. **b) Indicadores de Impacto:** Taxa de
136 mortalidade proporcional por doenças não transmissíveis. As atribuições para
137 execução das ações do Projeto será desenvolvidas pela: Secretaria Estadual de
138 Saúde – SESA, Secretarias Municipais de Saúde – SMS, Universidade/ESP,

139 OPAS e o Ministério da Saúde. Após apresentação e alguns comentários sobre
140 o referido Projeto a CIB decidiu apoiar a decisão do Conselho de Gestor da
141 SESA de ampliar o quadro de representantes para Coordenação Estadual do
142 Projeto CARMEN 02 (duas) vagas sendo uma para o COSEMS e a outra para a
143 Coordenadoria Nacional do Projeto CARMEN - Dra. Adriana Forti . E no Grupo
144 de Apoio Técnico do Projeto CARMEN 01 (uma) vaga para a Secretaria
145 Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS/PMF. **Item 5 da Pauta –**
146 **Reajuste do TFAM de Fortaleza e Quixadá.** Dr. Alex comenta que os
147 documentos de reajuste dos tetos de Fortaleza e Quixadá encontra – se com
148 Dra. Vera Coêlho que levou para fazer os cálculos. E que os municípios estão
149 em processo de reajuste da PPI. Os municípios de Itaitinga e Itaiçaba estão
150 referenciado exames de anatomia patológica para Fortaleza. E os municípios de
151 Choró, Ibaretama, solonopole, Milhã, Pedra Branca, Quixeramobim e Senador
152 Pompeu estão referenciado exames mamografia para Quixadá. A CIB decidiu
153 aprovar as referidas alterações através das Resoluções 08/00 , no uso de suas
154 competências e atribuições conferidas pelas Portarias do MS N° s 545/93 e
155 2.203/96 e o seu Regimento Interno; e Considerando que a Portaria SAS/MS N°
156 04/2000, que regulamenta as alterações nos tetos financeiros de municípios em
157 Gestão Plena do Sistema Municipal; Considerando que os gestores dos
158 municípios de Itaitinga e Itaiçaba procederam alterações nas programações
159 ambulatoriais, ajustando - as suas necessidades. Resolve: 1) aprovar a
160 alteração no teto financeiro mensal – Teto Livre do Município de Fortaleza
161 passando o mesmo para R\$ 6.856.841,18 (seis milhões, oitocentos e cinqüenta
162 e seis mil, oitocentos e quarenta e um reais e dezoito centavos). 2) O valor
163 acrescido ao Teto Livre Mensal corresponde as referências de Itaitinga (33
164 exames de Biópsias = R\$ 305,58) e Itaiçaba (10 exames de biópsias = R\$
165 92,60). E a Resolução no. 09/00 da CIB, considerando que a Microrregião de
166 Quixadá elaborou uma programação de referência (Ofício no. 156/00)
167 assegurando a realização de exames de mamografia no Hospital Jesus Maria
168 José. Resolve: 1) Aprovar a alteração no teto financeiro mensal do Teto Livre do
169 Município de Quixadá passando o mesmo para R\$ 235.167,00 (duzentos e trinta
170 e cinco mil e cento e sessenta e sete reais). 2) O valor acrescido ao Teto Livre
171 Mensal corresponde aos exames de mamografia a serem realizados para os
172 pacientes encaminhados pelos municípios de Choró (05), Ibaretama (02),
173 Solonopole (01), Milhã (02), Pedra Branca (06), Quixeramobim (03) e Senador
174 Pompeu (04). Estas Resoluções entrarão em vigor em 1º de setembro do
175 corrente ano. **Item 1 da Pauta – VIGISUS – Ismênia.** Dr. Alex passou a palavra
176 para a Ismênia técnica da CEPPE/SESA que faz um comentário que desde
177 1998 começamos as discussões para elaborar proposta de Vigilância a Saúde
178 no Estado. O Projeto VIGISUS foi aprovado pela CIB em 10/06/99 sendo
179 financiado pelo Ministério da Saúde e com recursos de contrapartida o Tesouro
180 do Estado, e distribuídas nas 03 (três) áreas programática, para a 1ª Fase no
181 período de 1999 a 2001: **1. Vigilância Epidemiológica:** Custeio - R\$
182 629.860,00 e Investimento (apenas para Equipamento) - R\$ 2.040.500,00. **2.**
183 **Vigilância Ambiental:** Custeio - R\$ 2.169.870,00 e Investimento (em Obras) -
184 R\$ 320.000,00 e em Equipamento - R\$ 2.129.030,00. **3. Saúde da População**
185 **Indígena:** Custeio – R\$ 27.008,00 e (Investimento (em Obras) – R\$ 126.000,00

186 e em Equipamento – R\$ 69.896,00. Com um total em Custeio – R\$
187 2.826.738,00 e Investimento em Obras – R\$ 446.000,00 e Equipamento – R\$
188 4.239.426,00. TOTAL GERAL R\$ 7.512.164,00. Atividades que irão contemplar
189 os municípios na **Vigilância Epidemiológica**: 1. Capacitação: • Vigilância
190 Epidemiológica está previsto a participação de 184 municípios com o Curso
191 Básico de Vigilância Epidemiológica e o Curso de Especialização de Vigilância
192 Epidemiológica, onde vai ter a participação das 21 microrregiões e os municípios
193 desta área de vigilância epidemiológica) - R\$ 96.000,00; • Sistema de
194 Informação (uma grande parte dos municípios foi capacitado com os recursos da
195 Rede Nacional de Informação de Saúde) – R\$ 64.000,00; • CID – 10 (é o
196 grande avanço do sistema de informação de mortalidade) – R\$ 32.000,00; •
197 Especialização em Vigilância Epidemiológica – R\$ 197.600,00. 2.
198 Equipamentos: • Informática para 113 município – R\$ 582.035,88; • Motos em
199 184 municípios – R\$ 625.419,68. 3. Reprodução de Material: • 2000 exemplares
200 sobre Vigilância Epidemiológica – R\$ 69.740,00. **Vigilância Ambiental**: 1.
201 Capacitação: • Vigilância Ambiental (Curso Básico Ambiental) – R\$ 153.600,00;
202 • Vigilância das Intoxicações por Agrotóxicos (para o cinturão verde de
203 Fortaleza, Ibiapina, e maciço de Baturité) – R\$ 61.345,00; • Treinar produtores
204 rurais cuidados e manejo ambiental – R\$ 84.076,50. 2. Equipamentos: • Audi –
205 visual (retroprojeter, Televisor, vídeo e outros para os municípios) – R\$
206 308.752,00; • Viaturas (as carrocinhas) para Fortaleza, Crateús, Sobral,
207 Baturité, Maracanaú e Maranguape – R\$ 180.000,00. 3. Reprodução de
208 Material: • 3000 exemplares educativos – R\$ 29.500,00; • 3000 exemplares de
209 Vigilância em Acidentes e Produtos Perigosos – R\$ 265.848,00. 4. Obras: •
210 Centro de Zoonose – Reforma em Iguatu – R\$ 20.000,00; • Construção em
211 Baturité e Crateús – R\$ 240.000,00; Ampliação em Fortaleza e Crato – R\$
212 60.000,00. **Saúde da População Indígena**: 1. Capacitação (Curso para Agente
213 Indígenas de Saúde) – R\$ 9.708,00. 2. Obras: • Construção de Posto de Saúde
214 Indígena em Aquiraz, Itarema e Maracanaú – R\$ 90.000,00; • Ampliação do
215 Posto de Saúde de Aratuba; • Construção de Poço Profundo em Aratuba e
216 Itarema. 3. Equipamento (equipamentos básicos para comunidade e incluindo
217 também um consultório odontológico em Aratuba) – R\$ 63.640,00 . Quadro
218 Demonstrativo dos Recursos de 1999 a 2001. Temos a posição atual do
219 Programado - Fonte do Tesouro do Estado para : • 1999 – R\$ 262.779,64, •
220 2000 – R\$ 219.058,00 e • 2001 – R\$ 158.228,34, Total – R\$ 640.065,98 e
221 Fonte do Ministério da Saúde: • 1999 – R\$1.037.302,08, • 2000 – R\$
222 2.175.920,90 e • 2001 – R\$ 2.547.370,92, Total – R\$ 5.760.593,80. A posição
223 atual pela Fonte do Ministério da Saúde: • 1999 – R\$1.037.302,08, • 2000 – R\$
224 324.700,00 com Total – R\$ 1.362.002,08. Os recursos encontra –se no Estado
225 porém a Secretaria da Fazenda, não efetivou a liberação. Estamos hoje pedindo
226 apoio da CIB quanto a liberação destes recursos, pois foi elaborado o Projeto de
227 Investimento e a solicitação da liberação das parcela de junho e julho e até o
228 momento a Secretaria da Fazenda não liberou os recursos para a SESA. Com
229 relação ao Centro de Zoonose o único recursos que foi liberado foi apenas R\$
230 25.000,00 para Iguatú. Em capacitação apenas R\$ 3.000,00 foi liberado. **Item**

231 **4 da Pauta – Denúncia apresentada pelo Hospital Geral Suzana Gurgel do**
232 **Vale em relação ao repasse dos recursos do SIH pela Secretaria Municipal**
233 **de Acopiara.** Dr. Alex passou a palavra a Dra. Lilian Gerente da COVAC que diz
234 ter recebido uma ligação telefônica do Hospital dizendo não está recebendo os
235 recursos, e que a mesma entrou em contato com SMS e foi informada que o
236 Prefeito estava viajando e que iria repassar os recursos. Como não houve mais
237 reclamação achou que estava tudo resolvido, porém chegou a denúncia que os
238 recursos não foram repassados. Então foi feito o levantamento dos repasses dos
239 recursos por parte do MS e conforme o cronograma, não houve atraso por parte
240 do MS, a competência dez/99 foi repassado em jan/00, jan/00 foi repassado em
241 fev/00, fev/00 foi repassado em mar/00, mar/00 foi repassado em abril/00, abr/00
242 foi repassado em maio/00, maio/00 foi repassado em jun/00, jun/00 foi
243 repassado em jul/00. Foi elaborado ainda o levantamento do que foi produzido
244 pelos 02 (dois) - Hospitais, a produção deles é uniforme em termos financeiro.
245 Foi repassado pelo DATASUS para o Hospital Gurgel do Vale em (jan/00 R\$
246 42.949,39), (em fev/00 R\$ 42.924,53), (mar/00 R\$ 42.913,86), (abril R\$
247 42.932,98), (maio/00 R\$ 42.921,15), (jun/00 R\$ 42.896,34), (jul/00 R\$ 43.734,65)
248 e para o Hospital Júlia Barreto em (jan/00 R\$ 27.515,85), (fev/00 R\$ 27.492,72),
249 (mar/00 R\$ 27.537,29), (abril/00 R\$ 24.454,35), (maio/00 R\$ 27.563,91), (jun/00
250 R\$ 26.900,56), (jul/00 R\$ 28.267,65). O município esta recebendo os créditos,
251 os hospitais estão apresentando as produções e não estão recebendo os
252 recursos. A CIB decidiu solicitar da SMS os extratos bancários dos três últimos
253 meses para ver se o município está repassando os recursos para os hospitais.
254 **Item 6 da Pauta – Informes. 6.1. Nova Composição da CIB(s)**
255 **Microrregionais de Baturité, Brejo Santo, Canindé e Iguatu.** Ofícios das
256 microrregionais enviados a Bipartite comunicando suas implantações com seus
257 respectivos representantes , exceção de Iguatú que está encaminhando a 2ª Ata
258 da reunião para conhecimento. **6.2. Manifesto pela PAZ – Dr. Alex.** O mundo
259 vive uma onda de violência. Preocupada com a situação , a Assembléia Geral da
260 Organização das Nações Unidas (ONU) proclamou o ano 2000 como o ano
261 Internacional Por uma Cultura de Paz e Não Violência . A Organização das
262 Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura - UNESCO é a
263 responsável por todas as atividades a serem desenvolvidas nos próximos
264 meses. A UNESCO quer criar um senso de responsabilidade social. Para isso ,
265 um grupo de prêmio Nobel da PAZ, reunido em Paris , redigiu o Manifesto 2000
266 – por uma Cultura de PAZ e Não – Violência, que tem como meta a coleta de
267 100 milhões de assinaturas a serem apresentadas à Assembléia Geral das
268 Nações Unidas em sua reunião de virada do milênio, em setembro próximo. A
269 adesão do Ceará ao Manifesto não será meramente simbólico. A Assembléia
270 Legislativa esta a frente como Fortaleza Capital da PAZ. O nosso desafio é
271 coletarmos 100 mil assinaturas. Alem disso, em parceria com diferentes
272 instituições da sociedade civil, desejamos realizar ou apoiar iniciativas e
273 eventos que possam contribuir para a construção desse novo começo. Estamos
274 propondo que os municípios que os municípios façam adesão a este manifesto.
275 Em seguida fez a leitura em conjunto do Manifesto/2000 - Reconhecendo a
276 minha cota de responsabilidade com o futuro da humanidade, especialmente
277 com as crianças de hoje e as gerações futuras , **eu me comprometo** – em

278 minha vida diária , na minha família , no meu trabalho, **na minha comunidade**,
279 no meu país e na minha região – a: **Respeitar a Vida** – respeitar a vida e a
280 dignidade de cada pessoa, sem discriminação ou preconceito; **Rejeitar a**
281 **Violência** – Praticar a Não – Violência , rejeitando a violência sob todas as suas
282 formas : física, sexual, psicológica, econômica e social, em particular contra
283 grupos mais desprovidos e vulneráveis como as crianças e os adolescentes; **Ser**
284 **Generoso** – Compartilhar o meu tempo e meus recursos materiais em um
285 espírito de generosidade visando o fim da exclusão, da injustiça e da opressão
286 política e econômica; **Ouvir para Compreender** – Defender a liberdade de
287 expressão e a diversidade, dando sempre preferência ao diálogo e á escuta que
288 ao fanatismo, a difamação e a rejeição do outro; **Preservar o Planeta** –
289 Promover um comportamento de consumo que seja responsável e práticas de
290 desenvolvimento que respeitem todas as formas de vida e preservem o equilíbrio
291 da natureza no planeta; e **Redescobrir a Solidariedade** – contribuir para o
292 desenvolvimento da minha comunidade, com a ampla participação da mulher e o
293 respeito pelos princípios democráticos, de modo a construir novas formas de
294 solidariedade. **6.3. Tabela dos Incentivos da Saúde Indígenas.** E sobre as
295 Portarias do MS que dispõe sobre as responsabilidades na prestação de
296 assistências a saúde dos povos indígenas: Portaria Conjunta no. 4 de 17 de
297 maio de 2000, Considerando a Portaria GM/MS no. 1.163 , de 14 de setembro
298 de 1999, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à
299 saúde dos povos indígenas e a Portaria GM/MS no. 124, de 18 de fevereiro de
300 2000 resolvem. Art. 1º Qualificar os municípios a receberem mensalmente os
301 incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados as ações e
302 procedimentos de Assistência Básica de Saúde: Itarema – R\$ 13.850,00,
303 Maracanaú – R\$ 6.850,00, Aquiraz – R\$ 150,00, Caucaia – R\$ 300,00 e Portaria
304 Conjunta no. 12, de 2 de junho de 2000 , Considerando a Portaria GM/MS no.
305 1.163, de 14, de setembro de 1999, cria o fator de Incentivo para Assistência
306 Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnostico a População total de AIH
307 aprovadas nas Unidades que prestam atendimento ao índio no valor mensal
308 para: Hospital Monsenhor Sabino – R\$ 1.000,00, Unidade Mista Dr. Edmar da
309 Costa Barroso – R\$ 1.000,00, Hospital Geral Manoel Assunção Pires – R\$
310 1.000,00, Hospital de Maracanaú – R\$ 1.633,00, Santa Casa de Sobral – R\$
311 2.100,00, Hospital Municipal Natércia Rios – R\$ 3.206,00, Hospital Geral de
312 Fortaleza – R\$ 5.730,00, Hospital Municipal de Abelardo Gadelha da Rocha –
313 R\$ 6.067,00. Dra. Rose Mary da SMDS/PMF informa a CIB que 40% dos
314 atendimentos realizados no Hospital Nossa Senhora da Conceição no Conjunto
315 Ceará são da população de Caucaia, inclusive com significativo número de
316 índios. E reivindica que a CIB solicite a FNS a reavaliação do incentivo da
317 saúde indígena do Hospital de Caucaia porque o município de Fortaleza através
318 do H.N.S.C está atendendo grande parte desta população. 6.4. Dra. Rose
319 Mary Feitas Maciel, Secretária Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS –
320 Fortaleza informa a CIB que foi vítima de calúnia pela imprensa local – suspeita
321 de fraude na licitação de medicamentos para o município e que tudo foi apurado
322 pelo TCM, tendo sido comprovado absoluta lisura no processo licitatório. Que a
323 SMDS está providenciando divulgação dos resultados nos veículos de
324 comunicação da cidade. 6.5 Ofício Circular no. 001/00 – Do Coordenador de

325 Estudo de Políticas Públicas – UNICAMP . Imaculada fala que recebeu um
326 documento referente a Pesquisa de Avaliação da Descentralização dos
327 Recursos do Ministério da Saúde para a Gestão Plena da Atenção Básica , que
328 esta sendo realizada pelo Núcleo de Estudos de Políticas (NEPP) da UNICAMP,
329 com o apoio do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
330 (CONASEMS) a pesquisa de avaliação da Descentralização dos Recursos do
331 Ministério. O objetivo é acompanhar e avaliar o processo de implementação e os
332 principais resultados do Piso de Atenção Básica, seus programas e incentivos –
333 dentre eles, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o
334 Programa de Saúde da Família (PSF). Nada mais havendo a tratar, a CIB deu
335 por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos,
336 servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e
337 pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do
338 Ceará. Fortaleza, vinte e cinco de agosto de dois mil.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 13ª REUNIÃO ORDINÁRIA
3
4

5 Aos vinte dias do mês de setembro do ano dois mil, às nove horas, na Sala
6 de Reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida Almirante
7 Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Terceira
8 Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado
9 do Ceará - CIB-Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Evaldo
10 Sales Costa - SMDS/PMF, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA,
11 Jurandi Frutuoso, Secretário da Saúde de Pedra Branca, Vera Maria Câmara
12 Coêlho, COPOS/CEPPE, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES/SESA,
13 Joaquim Clementino, Secretário da Saúde de Maracanaú, Maria Perpetuo do
14 Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete /SESA, Moacir Sousa Soares,
15 Presidente do COSEMS, Francisco Celso C. Secundino, Secretário da Saúde
16 de Icapuí, Maria Imaculada Fonsêca, CEOAP/SESA. Como convidados:
17 Neuza Goya, COSEMS, Maria das Graças Viana Bezerra, SMS de
18 Pindoretama, Ana Maria Pimentel, SMS de Ocara, Tomaz Martins Júnior,
19 SMS de Sobral, Rodrigo Carvalho Nogueira, SMS de Deputado Irapuam
20 Pinheiro, Cláudio Marcos da Silveira, GT – Sarampo – FUNASA/MS,
21 Valéria Freire, COPOS/CEVIGI, Dina Corte, COPOS/NUEPI. A reunião foi
22 presidida por Vera Coêlho que deu início a mesma pelo Item I da Pauta -
23 Apreciação da solicitação do credenciamento - 30 leitos para Unidade de
24 Cuidados Intermediários – Neonatal da Maternidade Escola Assis
25 Chateaubriand – A Maternidade Escola na época em que foi constituída a
26 normatização da garantia de incentivo, não tinha condições técnica de ser
27 classificada como Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal em relação
28 a Assistência Neonatal. Com o nova Direção da MEAC eles tiveram a
29 preocupação de reestruturar o serviço de assistência para que tivesse
30 oportunidade de se enquadrar na Portaria de no. 1081 , que é a portaria que
31 normatiza a concessão de incentivo. Nessa Portaria há uma identificação de
32 disponibilidade dentro do Teto do Estado que foi incorporado para a questão
33 de incentivo no valor de R\$ 633.570,00, esse e o incentivo com a situação
34 atual nós já consumimos de abril à agosto/00 o valor R\$ 263.987,50, sendo
35 um teto mensal de R\$ 52.797,50 por mês , hoje temos um saldo de R\$
36 14.507,50. Então chegou a vez da Maternidade que está com autorização de
37 capacidade de oferta para solicitar esse incentivo. Conforme o Relatório de
38 Vistoria da COVAC, a Maternidade Escola apresenta uma (capacidade de
39 oferta de 900 diárias/mês) x (R\$ 70,00 que é valor pago) dando (um total de
40 R\$ 63.000,00). Nos temos por conta do valor adicional ao Teto do Estado

41 para concessão desse incentivo um saldo de R\$14.507,50. Eis a grande
42 discussão nossa junto a CIB. Como proceder diante desta situação? O que
43 vamos fazer? O Secretário de Saúde de Estado na vinda o Ministro quase
44 dois meses atrás , solicitou um acréscimo ao Teto do Estado no elenco de
45 ações a seu beneficia com recursos adicional ao Estado, exatamente esta área
46 de concessão de incentivo para a MEAC, mas não houve nenhuma
47 sinalização de concessão. Colocando como Diretor da Unidade já fez todo o
48 investimento, já está funcionando com garantia de prestar a assistência, onde
49 está solicitando o incentivo. Mas a concessão desse incentivo é de R\$
50 63.000,00. Vamos ter que pegar quase R\$ 50.000,00 onde temos que reduzir
51 das internações normais para assumir a questão deste incentivo, pois não
52 temos de onde tirar mais recursos. Vera coloca a CIB para sugestões: Lilian
53 levando em consideração da solicitação de 30 leitos para Cuidados
54 Intermediários, pois é uma área muito carente no Estado, a parte
55 neonatologia e para dá suporte as Maternidades Secundárias, que não tem
56 condições de ficar com um recém nascidos pela Assistência da Unidade de
57 Intermediária Neonatal. Evando deste montante que estamos utilizando quais
58 são as unidades? Lilian são a César Cals e HIAS. Estamos apresentando
59 duas propostas: 1^a - Apresentadas por Jurandi, Evaldo e Joaquim – que seja
60 concedido o incentivo no valor do saldo existente de R\$ 14.507,50 e o
61 restante aguardará o acréscimo ao Teto Estadual. 2^a - Apresentada por
62 Evandro – que a proposta da parte da premissa de que as internações
63 existente são todas necessárias, o que não é verdade pois o PSF poderá
64 prestar uma assistência que reduziria as internações desnecessárias. Após
65 ampla discussão a CIB apreciou e a presente solicitação de Credenciamento
66 de 30 leitos da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal da MEAC e
67 aprovou a concessão de recursos financeiros federais no valor mensal de
68 (R\$ 14.507,50). Este valor corresponde ao Saldo existente em relação ao
69 valor do teto estadual fixado através da Portaria MS no. 1091/99, datada de
70 25.08.00. O processo encaminhado ao COVAC para conhecimento e
71 providências estabelecidas no Art. 3^o da Portaria citada. Item 2 da Pauta -
72 Apresentar a avaliação da participação da gestão municipal na erradicação
73 do sarampo no Ceará – Valéria/CEVIGI. – Vera passa a palavra a Dina –
74 Gerente da CEVIGI que apresenta Dr. Cláudio Marco da Silveira – Membro
75 da Comissão da Erradicação do Sarampo da FUNASA/MS e a Valéria –
76 Técnica da CEVIGI e representante da Erradicação do Sarampo do Ceará.
77 Dina diz que diz que o objetivo principal e divulgar a Proposta de
78 Erradicação do Sarampo em todo o estado. E em seguida passa a palavra ao
79 Dr. Marcos que agradece a oportunidade de falar da erradicação de uma
80 doença, quando ela já está na fase avançada como já estamos, torna – se

81 difícil para uma assembléia que tem mil problemas no cotidiano hoje para
82 ser resolvido. Isto é um ponto lembrado neste programa. Não podemos
83 parar, se não estamos sentido é porque estamos trabalhando bem e se
84 deixamo-nos de trabalhar a menos que pare de nascer crianças. Vamos ter
85 problema pois vais sempre nascer criança e o vírus do sarampo ainda está
86 circulando na maior parte dos Países. Importação de casos é uma evidência
87 nos meios de transporte atuais em que vivemos, este é o problema no Brasil.
88 Este programa que tem sido Coordenado pela Organização Pan Americana
89 de Saúde que é a Agência da Organização Mundial para os países
90 Americanos, tem sido sempre colocado entre nós como um programa que é
91 da Organização. Quero dizer aos senhores que este Programa de Erradicação
92 não é da Organização. Pela simples razão que a Organização não existe em
93 si. Ela é virtual. A Organização simplesmente representa os países. A
94 Organização como nós, por isso quero dizer ao senhores não so pelo fato
95 concreto da organização que somos nós, é que também hoje a Erradicação
96 do Sarampo a exemplo da pólio que esta em todos os países, exemplo dado
97 pelo Brasil. Então primeiro de tudo temos que pensar que a Erradicação do
98 Sarampo não é da Organização Pan Americana de Saúde é Brasileira. E o
99 Brasil como tal, também é virtual, pois é um conjunto de município, que é
100 um conjunto de pessoas. Quero dizer que cada um de nos precisamos
101 assumir a Erradicação do Sarampo, por isto é um luta nossa . Nesse
102 momento não nos atrapalha , mas é um problema se nos prevenir, porque vai
103 nascer criança e o vírus anda circulando. Exemplo disso o Brasil fez em
104 1992 uma grande Campanha de Vacinação contra o Sarampo. E em 1995 e
105 1996 quase não obtemos caso. Porém em 1997 aconteceu a importante
106 epidemia de sarampo com ocorrência da doença em todos os Estados,
107 registrando – se mais de 53.000 casos. Não podemos deixar de fazer o
108 monitoramento, para isso precisamos da manutenção de cobertura vacinais
109 homogêneas e elevadas e dá vigilância epidemiológica – precisão na
110 notificação dado que os profissionais não estão em alerta. E solicita o apoio
111 de todos para a Erradicação do Sarampo. Finaliza agradecendo a todos. Em
112 seguida a Valéria com a palavra que apresenta o relatório da cobertura
113 vacinal contra o sarampo nas faixas etárias menores de 1 ano e de 1 a 4 anos
114 nas rotina e campanhas , por município no período de 1999 a 2000. E
115 apresenta também a relação dos municípios que não notificaram casos
116 suspeitos de sarampo de janeiro a agosto de 2000 que são: Abaiara, Acarape,
117 Acopiara, Aiuaba, Alcântara, Alta Santo, Antonina do Norte, Ararendá,
118 Aurora, Banabuiu, Barbalha, Barro, Campo Sales, Capistrano, Caririaçu,
119 Carnaubal, Cascavel, Catunda, Choró, Chorozinho, Coreau, Cruz, Dep
120 Irapuan Pinheiro, Ererê, General Sampaio, Graça, Granjeiro, Groaíras ,

121 Guaiuba, Guaraciaba do Norte, Guarimiranga, Independência, Ipaumirim,
122 Ipu, Iracema, Irauçuba, Itatira, J. de Jericoacoara, Jaguaribara, Jaguaribe,
123 Jardim, Jati, Madalena, Marco, Massapê, Mauriti, Milhã, Miraima,
124 Morrinhos, Mucambo, Nova Olinda, Nova Russas, Pacajús, Palmácia,
125 Paracuru, Paraipaba, Penaforte, Pereiro, Pindoretama, Piquete Carneiro,
126 Pires Ferreira, Poranga, Porteiras, Potengi, Potiretama, Quiterianópolis,
127 Reriutaba, S.L. do Curu, Salitre, Santa Quitéria, Santana do Acaraú, São
128 João do Jaguaribe, Senador Sá, Solonopole, Tabuleiro do Norte, Tarrafas,
129 Tejuçuoca, Umirim, Uruburetama, Uruoca e Varjota com um total de 82
130 municípios. O Estado do Ceará empenha-se no cumprimento dessa meta,
131 intensificando as ações de vigilância epidemiológica, imunização e
132 laboratório para o que o sarampo não mais constitua causa de morbidade e
133 mortalidade em sua população. Todas essas ações são desenvolvidas de
134 forma contínua e descentralizada pelas Microrregionais de Saúde e as
135 Secretárias de Saúde dos Municípios. Portanto para conseguirmos erradicar
136 o sarampo torna-se necessário o apoio das autoridades políticas, em níveis
137 municipal, microrregional e estadual, de todos os profissionais da saúde de
138 todos os seguimentos da sociedade civil organizada, das instituições não
139 governamentais e da população em geral. Muitos avanços foram observados
140 em relação às ações de vigilância epidemiológica do sarampo, como
141 notificação e investigação oportuna de casos suspeitos, sensibilização e
142 capacitação de mais de 3 mil profissionais, melhoria nas coberturas vacinais.
143 No entanto observa-se a necessidade de suplementar as ações de imunização
144 para conseguir vacinação homogênea superior a 95% e melhorar com
145 urgência a qualidade da investigação epidemiológica e da informação. As
146 dificuldades encontradas nos dados : 1) Na qualidade da informação
147 insatisfatória; 2) Na cobertura vacinais não homogêneas; 3) Nos dados
148 populacionais estimados pelo IBGE em alguns municípios não permitem
149 uma análise real das coberturas vacinais; 4) Não sistematização da vacinação
150 dos grupos de risco para sarampo, por parte da maioria dos municípios.
151 Recomendamos aos municípios: 1) Identificação e vacinação de grupos
152 considerados de risco; 2) Análise sistemática em todos os níveis da cobertura
153 vacinal homogênea, da qualidade da investigação e do sistema de
154 informação; 3) Construção do indicador de cobertura vacinal, utilizando
155 outras informações para os denominadores como a população de nascido
156 vivos, número de crianças vacinadas com BCG e outras, que permitam de
157 alguma forma a análise mais próxima da realidade; 4) Manutenção da
158 divulgação do Plano de Erradicação do Sarampo especialmente no nível
159 municipal. Sugestão de espaço para essa divulgação no informe do
160 COSEMS, Linha Direta, além de implementar esse processo de

161 comunicação em outras diversas oportunidades. Após apresentação da
162 Valéria foi aberta para sugestões: Moacir e Evandro propõe que estas
163 informações sejam veiculadas nas Reuniões Técnicas da Organização
164 Microrregional. E que seja assunto de pauta de todas as Reuniões da CIB –
165 Microrregionais. Socorro Martins a maior questão é que os municípios de
166 baixa cobertura com raras exceções são ruins em outras áreas. Jurandi a
167 maior preocupação é com os 83 municípios silenciosas. Ítalo nos sete
168 primeiros meses do ano 99, houve desabastecimento de vacinas! Valéria
169 afirma que não houve , pois foi substituição de vacinas. Dr. Marcos fez
170 elogios ao Programa da Erradicação do Ceará e comentou que o Ceará está
171 em melhor situação no Brasil e agradece a oportunidade de está presente
172 neste Fórum. A CIB decidiu que seria assunto de pauta em todas as
173 Reuniões das Microrregionais de Saúde e Grupos de Reuniões Técnicas das
174 Microrregiões. Item 3 da Pauta - Apreciação do Financiamento do Polo de
175 Capacitação em Saúde da Família – Dra. Silvia Mamede/ESP- Em seguida
176 Vera passa a palavra a Silvia Mamede – Presidente da ESP/Ce que a
177 iniciativa de solicitar a Bipartite este assunto de pauta é para ter a
178 oportunidade de compartilhar a situação atual em relação ao funcionamento
179 e financiamento em consequência ao funcionamento do Polo de Capacitação
180 em Saúde da Família no Ceará. O Pólo foi criado de uma forma sempre
181 discutido neste fóruns tanto a sua programação, como planejamento e os
182 resultados atingido. E em face do funcionamento do Pólo achamos por bem
183 trazer a Bipartite para tomar conhecimento e posicionamento de acordo com
184 que discutirmos. Vou passar um breve histórico de como o Pólo vem
185 funcionando. Chamamos à atenção para as dificuldades principalmente com
186 o Ministério da Saúde na questão do financiamento. O Pólo foi aprovado em
187 dez/96, com a iniciativa do Ministério da Saúde, a partir de uma parceria
188 entre a Escola de Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Secretaria
189 Estadual de Saúde e o Conselho de Secretários Municipais. Em julho/97 o
190 Ministério da Saúde aprovou o Projeto do Pólo do Ceará e em novembro/97
191 foi a assinatura do Convênio no. 588/97 no valor de R\$ 400.000,00, com
192 vigência a partir de 24/11/97 até 28/04/99. Com início da liberação do
193 recursos em 06/01/98. Ainda em 05/10/98 foi o lançamento do Edital de
194 Convocação no. 01 para Criação e/ou Ampliação dos Pólos existentes. A
195 CIB aprovou em 13/11/98 o Projeto de Ampliação do Pólo, incluindo as
196 outras Universidades: Universidade Estadual do Ceará - UECE,
197 Universidade Regional do Cariri - URCA, Universidade Vale do Acaraú -
198 UVA e Universidade de Fortaleza – UNIFOR, com assinatura do Convênio
199 de Cooperação entre Instituições do Pólo – CE. Em 18/11/98 assinatura do
200 Convênio de Cooperação entre instituições do Pólo - CE. Em 29/02/00 o

201 Ministério da saúde foi o lançamento das Concorrência Internacionais: O
202 Curso Especialista em Saúde da Família e o da Residência em Saúde da
203 Família. Em 29/06/00 remetemos a MS o Plano de Trabalho no valor de R\$
204 836.515,00. O grande retardo verificado na assinatura dos Termos Aditivos
205 ao Convênio original que permitiria a continuidade do financiamento das
206 atividades e, subseqüentemente, o atraso na liberação dos recursos já
207 alocados, comprometeu a realização de inúmeras atividades programadas
208 anteriormente . Em muitos casos, a manutenção dos programas já iniciados
209 foi possível apenas através da alocação de recursos pela Secretaria Estadual,
210 tornando impossível a ampliações, devido à exiguidade dos recursos
211 disponíveis. Precisamos definir estratégias de definição. Recebemos uma
212 Missão de Avaliação do Banco Mundial há seis meses que visitou a
213 ESP/CE, e fizemos uma reunião com o Colegiado do Pólo, os representantes
214 ficam extremamente supresso em constatar as dificuldades na liberação dos
215 recursos que na avaliação deles a utilização dos recursos o REFORSUS , é
216 muito mais lenta do que poderia ser pelo Ministério e execução do Projeto é
217 considerado muito eficiente. O Banco sempre surpreende em constatar no
218 retardo dos recursos quando se tem uma prestação de conta dos recursos e
219 uma comprovação de metas maior do que tinha sido acordado através do
220 Convênio. Após apresentar as dificuldades. Vera a Escola está colocando
221 dois pontos para discussão: 1^o - Solicita a intervenção junto ao Ministério da
222 Saúde para liberação dos recursos da Proposta de Financiamento do
223 REFORSUS no valor de R\$ 863.515,00 já aprovado pela CIB e remetido ao
224 Ministério da Saúde; e 2^o - Definir as estratégias dessa Progrmação de
225 Capacitação que já foi aprovado pela CIB e solicita ao Ministério da Saúde a
226 sua liberação, seria a própria Bipartite solicitar espaço na reunião da CIT um
227 ponto de pauta na busca de sensibilização para que esse programa fosse
228 prioritário em relação a liberação desse recursos. O que mas surpreende é
229 que sabemos que o Governo Brasileiro está com o risco de não manter a
230 prorrogação do Projeto REFORSUS com BIRD por está com baixa
231 capacidade de desempenho, pois as proposta são enviadas e não são
232 liberados os recursos. Jurandi acha viável solicitar uma agenda junto a CIT e
233 enviar ofício para a Gerência do REFORSUS e promover a mobilização dos
234 Parlamentares Cearenses – (Ubiratan e Sérgio Machado) e com o Secretário
235 Estadual. Celso agendar com o Ministério da Saúde uma reunião com os
236 representante da SESA,ESP e COSEMS. Evaldo enfatizar a participação do
237 Grupo Político do Ceará. Moacir concorda com o Jurandir e acha importante
238 e a necessidade que o Projeto tem. A decidiu que 1^a - A CIB irá solicitar um
239 espaço na reunião da CIT e ao mesmo tempo fazer um ofício para Dr.
240 Gabriel Gerente do FEFORSUS; 2^a - Quanto a mobilização dos

241 Parlamentares Cearense ficará a cargo do Gabinete do Secretário. Item 6 da
242 Pauta - Solicitação de Cadastramento de equipe do PSF para os municípios:
243 Solicitação de cadastramento de equipe do PSF junto ao SIA para os
244 municípios: Jardim (01) equipe, Lavras da Mangabeira (01) equipe, Iguatú
245 (01) equipe e Fortaleza tem uma proposta de implantar (150) equipes, já
246 tem (50) equipes cadastradas no Sistema e está solicitando (47) equipes
247 totalizando um total de (97) equipes. Analisamos para verificar aonde
248 estava sendo colocando a proposta de locação desta equipes. Verificamos
249 que das (32) Unidades Básica do Município que foram registrada para efeito
250 de habilitação do município já encontra – se com (24) Unidades como sede
251 de Saúde da Família dessa (97) equipes. Verificamos que não está havendo
252 em termo de decisão da Bipartite, identificação nem superposição de equipe
253 na área do Centro de Habilitação. Esta solicitação das (47) equipes e das
254 (50) equipes já cadastradas no sistema não estar em Unidade de abrangência
255 que tinha sido acordado na Bipartite que estaria sobre a responsabilidade do
256 Centro de Habilitação. Conforme o parecer técnico para garantia de
257 incentivo destas equipes , está baseada na decisão anterior da Bipartite, de
258 que não seria concedido as equipes de PSF do município se estivesse na
259 área de atuação do Centro de Educação de Habilitação que são: Mucuripe,
260 Varjota e Vicente Pinzón. Isto é só para reafirmar que a decisão da Bipartite
261 está de acordo com o cadastramento de novas equipes no município de
262 Fortaleza. Ressaltando que esta sendo solicitado o cadastramento de várias
263 equipes em Unidades que ultrapassam o limite recomendado pelo Ministério
264 de que o máximo é (03) equipes por Unidade, desde que o município
265 comprove a infra – estrutura adequada para o funcionamento adequado das
266 equipes do PSF. A CIB aprovou todas as solicitações. Item 5 da Pauta -
267 Solicitação de Certificação dos Municípios na área de Epidemiologia e
268 Controle de Doenças – Dina Cortêz. – Vera passa a palavra a Dina e Iva –
269 representantes da CEVIGI. Dina recebemos documentos de (56) municípios
270 que solicitam Certificação para as Ações de Epidemiologia e Controle de
271 Doenças Conforme a Portaria 1399 de 15 de dezembro de 1999. Entre estes
272 estão (38) municípios que apresentaram a documentação exigida e aptos
273 para receber os incentivos. Conforme a última reunião da Comissão de
274 Descentralização foi decidido que município acima de 50.000 habitantes
275 seria concedido parecer após supervisão técnica – operacional.. Entre os (38)
276 municípios temos (12) municípios com população acima de 50.000
277 habitantes que estão aguardando resultados da supervisão. O restante (18)
278 municípios está em processo de análise. Aberto para sugestões: Ernani –
279 membro da Comissão/FUNASA é que os municípios acima de 50.000
280 habitantes exigia da Comissão um detalhamento de como ele irá assumir o

281 conjunto de atividades. E para os município abaixo de 50.000 habitantes a
282 própria Microrregional irá fazer a supervisão. Dina acha que para os
283 municípios de 50.000 habitantes há uma necessidade de um técnico para
284 fazer a supervisão. Evandro quando a Comissão se posicionou em que teria
285 oportunidade de visitar o município. É porque teria visão mas ampla do
286 processo. As responsabilidades são muitas, a complexidade do processo é
287 grande e poderá está identificando pessoa no primeiro momento com mil
288 atribuições, além do que vai assumir. E isto poderá ocorrer um problema
289 mas sério no futuro. Deverá ter neste momento uma avaliação mas criteriosa,
290 ampla e abrangente do que é a responsabilidade. Como é que o município se
291 preparou para assumi – la. Moacir alguns municípios já estão com serviços
292 desativados em Chagas. E com a Descentralização da FUNASA não houve
293 renovação de Convênio, tendo que aguardar o Processo de Certificação. O
294 município de Crateús já está quase com 01 ano sem recursos. Com a reunião
295 da Comissão o Estado irá assinar Convênio com o MS o Global? Quero
296 saber: de quanto é , quando vai chegar as parcelas. Socorro chegaram duas
297 parcelas, apenas não foi repassadas devido o momento da Campanha
298 Eleitoral, pois a Lei nos proibi de fazer contratos principalmente com os
299 Municípios. Mas recebemos um ofício do MS que foi muito claro que diz
300 que todos os convênios seria mantido até Dezembro e foi remetido a todos
301 os Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde que tinha convênio com o
302 MS para o Controle de Endemias. Celso diz que solicitou agendar com
303 Gerente da Microrregional de Aracati e não conseguiu a tempo e se isto não
304 retardaria o seu município no processo de certificação. Vera diz estar com
305 três proposta ao ouvir as opiniões dos participantes: 1^a- Da própria Comissão
306 de Descentralização que é incluir os critérios seletivos, no sentido de que os
307 municípios com população acima de 50.000 habitantes teria para efeito de
308 certificação a exigência de parecer técnico operacional; 2^a- De que este
309 critério não deve ser incluindo com pré – requisito no processo de
310 certificação e 3^a- De manter a proposta da Comissão de Descentralização
311 como o compromisso do estudo de enviar a documentação para a CIT para
312 reunião de out/00. Que a SESA se compromete a incluir um Técnico da
313 Comissão de Descentralização para realizar a supervisão técnico –
314 operacional em municípios com população acima de 50.000 habitantes. E de
315 enviar a solicitação de certificação dos 12 municípios que obtiverem parecer
316 favorável se não realizarem parecer favorável se não realizar a supervisão
317 até o dia 2/10/00 se compromete a enviar todos os 12 municípios . A CIB
318 apreciou e aprovou através da Resolução 13/2000 , no uso de suas
319 atribuições legais e considerando: I. Portaria GM/MS no. 1.399, de 15 de
320 dezembro de 1999, que regulamenta a NOB.SUS 01/96 no que se refere as

321 competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de
322 epidemiologia e controle de doenças e define a sistemática de
323 financiamento. II. A Instrução Normativa da FUNASA no. 002, de 5 de
324 junho de 2000, que regulamenta os procedimentos de Certificação de
325 Municípios, Estados e Distrito Federal para a Gestão das Ações de
326 Epidemiologia e Controle de Doenças. RESOLVE: Art.1. Aprovar a
327 Certificação dos Municípios para a Gestão das Ações de Epidemiologia e
328 Controle de Doenças, após conhecimento do parecer favorável da Comissão
329 Estadual de Descentralização. Art.2. A resolução entrará em vigor na data de
330 sua assinatura. Item 4 da Pauta - Solicitação de pagamento de AIH's por
331 serviços prestados na Campanha de Hérnia nos mês de set. e out./99 do
332 Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora.- Uma solicitação de pagamento de
333 AIH's do Hospital Distrital. São os Procedimentos Cirúrgicos da Campanha
334 de Hérnias que foram realizadas em set/out/99 e que ficaram fora de
335 pagamento. Os mesmo não foi incorporado ao pagamento do Estado que na
336 época o município não era habilitado nem incorporou ao pagamento
337 posterior a SMDS – Fortaleza. Estar sendo colocado a Bipartite está
338 realidade de que temos mais um agravante, pois o mesmo já passou do
339 período de apresentação para efeito de pagamento. O prestador esta
340 reivindicando na verdade a questão do pagamento pois as cirurgias foram
341 realizadas e não foram incluídas no sistema. Como pagar este prestador?
342 Isso era para ser pago na verdade com FAE. O valor da glosa é de R\$
343 5.923,00 (25 AIH's X 236,92). Lilian o referido hospital esta reclamando o
344 pagamento dos procedimentos relativos a Campanha de Hérnias os quais
345 foram realizados em set. e out/99. Na época estes procedimentos foram
346 apresentados e enviados ao DATASUS em arquivos separados do
347 processamento normal por se tratar de campanha. Ocorre que o DATASUS
348 não identificou os dois arquivos, tendo dado baixa para processamento
349 apenas do arquivo que continha o movimento normal do mês, ou seja, foi
350 ignorado o arquivo da campanha. Houve orientação do DATASUS para que
351 os procedimentos de campanha fossem incluídos no arquivo do movimento
352 normal, gerando assim, um só arquivo. Neste interim o município de
353 Fortaleza assumiu a gestão Plena e o prestador apresentou o disquete com os
354 procedimentos de Campanha na SESA, mas não o apresentou no município
355 de Fortaleza que era o órgão responsável pelo encaminhamento dos
356 procedimentos ao DATASUS. Quando foi identificado este equívoco a
357 Campanha de Cirurgia de Hérnia já havia sido extinta e conseqüentemente o
358 procedimento com o código de campanha havia sido excluído da tabela.
359 Quando os procedimentos foram reapresentado ao Sistema os mesmos foram
360 glosados com a crítica “ procedimento realizado não consta na Tabela de

361 Procedimentos”. A unidade só poderia reapresentá – las com o código do
362 procedimento normal, ou seja, teria que ser pago com recursos do Teto do
363 Município de Fortaleza. Os procedimentos já ocorreram há mais de 06 (seis)
364 meses e de acordo com a Portaria Ministerial as AIH’s so podem ser
365 apresentado ao sistema até 6 meses após a data da alta do paciente. Após a
366 ampla discussão a CIB a decidiu incluir o valor de R\$ 5.923,00 no TFAM
367 no município de Fortaleza. Item 7 da Pauta - Composição de Comissão
368 Técnica para Estudo dos TFAM – Ambulatório Especializado- A Comissão
369 Intergestores Bipartite quer definição da Comissão Técnica para fazer uma
370 avaliação nos tetos de municípios de Plena de Sistema Municipal em função
371 da Programação Pactuada Integrada – PPI. Isto tinha sido de fato acordado
372 na Comissão e a Comissão reuniu apenas uma vez e por falta de subsídio a
373 Comissão nunca mais se reuniu. É uma Comissão da SESA que têm a área
374 de Planejamento e Controle e Avaliação e do COSEMS que é a Capital,
375 município de médio porte e município de pequeno porte que foi identificado
376 para fazer este estudo em função da realidade de teto financeiro destes
377 municípios. Estamos fazendo um trabalho de implantação onde já
378 implantamos 17 (dezesete) Microrregiões e precisamos reavaliar a questão
379 dos tetos deste municípios, em alguns municípios pela baixa capacidade de
380 oferta mesmo e em outros por função de processo de referências. Temos já
381 na própria PPI uma referência para estes municípios que precisam serem
382 incluídos em relação ao teto, e para serem incluídos há necessidade de
383 fazemos um remanejamento, um estudo global em relação aos tetos destes
384 municípios. Tem municípios que as referências aumentaram
385 significativamente, como é o caso de Maracanaú e que não tem condição de
386 incorporação de teto sem uma revisão do teto financeiro deste municípios
387 que estavam recebendo anteriormente as referências de Maracanaú. E so
388 podemos fazer isso ao conjunto de apresentação deste município. Gostaria
389 de pedir ao COSEMS, que reativassem ou que revisse a questão da indicação
390 dos participantes que participavam desta Comissão: Médio Porte - Odorico ,
391 Pequeno Porte – Vilauva e Fortaleza - Evaldo pelo Estado – Vera e
392 Controle e Avaliação era o Alex, hoje a Lilian precisamos reativar esta
393 Comissão para fazemos um estudo mais aprofundados. Outro assunto é de
394 que está havendo uma necessidade de revisão de teto de alguns município
395 de Plena do Sistema Municipal que foram retirado procedimento que
396 anteriormente encaminhavam para outros municípios e que implantaram
397 novos serviços e que já tem parecer do controle e avaliação favorável.
398 Município de Barbalha – já conta com serviço de oftalmologia funcionando
399 no seu território em condição técnicas adequadas a prestação de serviços,
400 onde procedimentos era anteriormente referenciado para o Crato no valor R\$

401 3.859,00. Município de Santana do Acaraú – estruturou um serviço de
402 oftalmologia na Unidade Mista de Saúde Dona Maria José Vasconcelos, que
403 se encontra em condições técnicas apropriadas, conforme parecer da
404 Gerente da 11ª Microrregional através de ofício 170/200, onde os
405 procedimento anteriormente era referenciado para Sobral no valor de R\$
406 1.325,00. Esta região ainda não implantou a PPI vai fazer sua programação
407 em outubro. Município de Iguatu – estruturou o serviço de traumatologia no
408 Hospital Regional de Iguatú através do Ofício no. 366/2000 , assegurando o
409 atendimento aos pacientes encaminhados pelos municípios que integram a
410 referida região, onde os atendimentos referenciados anteriormente era para
411 Fortaleza R\$ 12.014,00, Acopiara R\$ 164,00 e Unidades sob Gestão da
412 SESA R\$ 48,00. A CIB decidiu aprovar através das resoluções da CIB/CE,
413 que no uso de suas competências e atribuições conferidas pelas Portarias do
414 MS Nº s 545/93 e 2.203/96 e o seu Regimento Interno e Considerando que a
415 Portaria SAS/MS nº 04/2000 , que regulamente as alterações nos tetos
416 financeiros de municípios em Gestão do Sistema Municipal. Resolução Nº
417 10/00 - Aprova as alterações nos tetos financeiros mensais - Teto livre dos
418 Municípios de Barbalha para R\$ 353.081,00 e do Crato para R\$ 554.374,00.
419 Resolução nº 11/00 - Aprovar as alterações nos tetos financeiros mensais –
420 Teto livre da Assistências para os municípios de Iguatú R\$ 387.115,00,
421 Fortaleza R\$ 6.844.827,00 e Acopiara R\$ 119.601,00. O valor Acrescido ao
422 Teto livre da Assistência Mensal para o município de Iguatú no valor de R\$
423 12.226,00 corresponde aos atendimentos referenciados anteriormente para
424 Fortaleza R\$ 12.014,00, Acopiara R\$ 164,00 e Unidades sob Gestão da
425 SESA R\$ 48,00. Resolução Nº 12/00 - Aprova as alterações nos tetos
426 financeiros mensais – Teto Livre da Assistência dos municípios de Santana
427 do Acaraú para R\$ 58.975,00 e de Sobral R\$ 1.789.795,00. O acréscimo ao
428 Teto Livre Mensal de Santana do Acaraú corresponde ao valor dos
429 procedimentos oftalmológicos anteriormente referenciados para Sobral no
430 valor de R\$ 1.325,00. Estas resoluções entrarão em vigor em 1º de Outubro
431 do corrente ano. Item 8 da Pauta - Solicitação de Alocação de Recursos
432 Federais do TFM de Quixadá para o Hospital Jesus Maria José. Uma
433 solicitação do Hospital Jesus Maria José de acréscimo de teto da Unidade
434 em função dos valores repassados pelo município e os valores dos recursos
435 federais e o valor que está sendo repassado pelo próprio Estado não esta
436 cobrindo suas necessidades operacionais deste Hospital, que tem perfil de
437 apoio secundário. Fizemos um estudo de aprofundamento em relação a
438 realidade do município, naquilo que foi solicitado ao Estado. Para a CIB
439 tomar um decisão de utilização destes recursos federais, que são alocados de
440 recursos ao Teto de Quixadá, para cobrir o déficit a que o Hospital estar

441 tendo em relação ao que ele estar aumentando ao Sistema, pois estamos sem
442 a presença do Gestor Municipal para tomamos decisão e para tomar o
443 processo de discussão e necessário a participação do Gestor Municipal. Estar
444 presente o Diretor do Hospital Dr. José Nilton na qual vai apresentar as
445 dificuldades que estão passando. mas em relação a decisões vamos incluir
446 este assunto na pauta da próxima reunião da CIB para que o Gestor
447 Municipal possa estar presente apreciando o processo de alternativas que
448 estão sendo posta para superar as deficiências de financiamento desta
449 Unidade. José Nilton agradece a oportunidade de dizendo que este assunto é
450 novo para a CIB, mas para nós prestadores é um assunto antigo há muitos
451 anos que vem batendo na mesma tecla e a nossa oferta de serviço é muito
452 além daquilo que temos, são valores bastante significativo e so não viabiliza
453 por outros alternativas de custeio que não é normal de irmos buscar estes
454 recursos. Me preocupa este adiamento por que percebemos a falta de
455 contatos políticos do município em resolver esta questão em ausência das
456 reuniões locais e até junto ao Governo do Estado esta intermediação. Mas é
457 claro que percebo que o Fóruns é pequeno e não tem problema nenhum ficar
458 para a próxima reunião. Quero deixar registrado que isso está sufocando a
459 Unidade, uma Unidade que tem um esforço quase super humano de prestar
460 uma atenção de qualidade para a região, é vital para ela a observância deste
461 assunto neste tempo a gora , sob pena de que possa vir sem nenhum exagero
462 de minha parte a não ter condição de funcionar. Vera o que esta solicitando
463 em relação aos recursos um valor acrescido é de R\$ 29.100,00. Dr José
464 Nilton diz que a produção ambulatorial é em torno de R\$ 12.000,00 e o que
465 recebemos valor fixo de R\$ 6.000,00. Cada mês ficamos com uma sobra
466 de 80 AIH'(s), sendo que esses procedimentos na maioria são de Urgência e
467 Emergência. Vera esta discussão tem a participação de R\$ 95.100,00 com a
468 solicitação do Adicional R\$ 30.432,00 passam para um total de R\$
469 125.532,00 , isto representa 54% do Teto do Município de Quixadá e para
470 fazer esta discussão e necessário a presença do com o Gestor Municipal.
471 Temos duas alternativa : 1^a Subsidiar a Micro Bipartite Regional para este
472 processo de discussão para tomamos decisão; 2^a Convidar o Secretário
473 Municipal para discussão neste Colegiado para termos uma decisão. Item 9
474 da Pauta - Informe: 9.1 .Ofício do CENEPE – Comunicando a relação dos
475 municípios que não alimentaram o SINAN no período maio/junho e que
476 terão os recurso do PAB bloqueados no próximo mês e Portaria 1013/MS
477 de 08/09/2000 referente ao SIAB. Dois municípios Paracuru e Solonopole,
478 não estão alimentando o SINAN no período maio e junho e que terão os
479 recursos do Piso de Atenção Básica – PAB bloqueados no próximo mês.
480 Conforme Portaria No. 1882/GM de 16/12/1997. E outro assunto que a CIB

481 precisa do apoio do COSEMS é sobre a Portaria 1013/MS de 08 /09/2000 e
482 faz comentários sobre Art.1º Estabelece que, a partir de 1º de fevereiro de
483 2001, o cadastramento de profissionais do Sistema de Informação de
484 Atenção Básica- SIAB gerará os dados físicos de equipes de saúde da
485 família e de agente comunitários de saúde para o cálculo dos incentivos
486 financeiros aos Programas de Saúde da Família nos municípios, base para a
487 definição – PASC a serem transferidos para os Fundos municipais e
488 Estaduais. Parágrafo único – os dados cadastrais dos profissionais
489 integrantes dos Programa de Saúde da Família e de Agentes de Saúde
490 deverão ser atualizados mensalmente. Art. 2º estabelece que, a partir de 1º
491 de fevereiro de 2001, o cadastro de famílias do Sistema de Informação de
492 Atenção Básica – SIAB fornecerá a cobertura populacional do Programa de
493 Saúde da Família nos municípios, base para a definição do valor do
494 incentivo por faixa de cobertura , conforme GM/MS nos 1.329 de
495 12/11/99Até 01/10/00 40% das famílias acompanhadas deverão estar
496 cadastradas no SIAB; até 01/12/00 80% das famílias acompanhadas deverão
497 está cadastradas no SIAB; e até 01/02/01 100% das famílias acompanhadas
498 deverão está cadastradas no SIAB. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu
499 por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos
500 Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim
501 assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
502 Estado do Ceará. Fortaleza, vinte de Setembro do ano dois mil.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 14ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2000
3
4

5 Aos onze dias do mês de outubro do ano dois mil, às dez horas, na Sala de
6 Reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida Almirante
7 Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Quarta
8 Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado
9 do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Vera
10 Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Lilian Alves Amorim Beltrão,
11 COVAC/SESA, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES/SESA, Evaldo
12 Sales Costa, SMDS/PMF, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira,
13 COVAC/SESA, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Eliânia Maria
14 Oliveira Tomaz Arcanjo, Secretária Municipal de Saúde de Santana do
15 Acaraú, João Urânio N. Ferreira, Secretário Municipal de Saúde de
16 Horizonte, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de
17 Gabinete/SESA, Francisco Celso C. Secundino, Secretário Municipal de
18 Saúde de Icapuí, Antônio Ericson Sampaio, Vice – Presidente do COSEMS,
19 Alexandre José Mont’ Alverne Silva, COPOS/SESA. Como convidados:
20 Henani Wilson Carneiro/CETRAV/SESA, Osvaldo Freire, FUNASA/CE,
21 Jaqueline G. Araújo, SMS de Brejo Santo, Tomaz Martins, SMS de Sobral,
22 José Bruno de A. Pint, SMS de Paraipaba, Ana Lídia L. Solon,
23 CEVIGI/SESA, Iva Maria L. Gomes, CEVIGI, Angela Maria L. Gomes,
24 NUVIS/SESA, Tereza Rosane , NUVIS/SESA, Neuza Goya, COSEMS. A
25 reunião foi presidida por Vera Coêlho que deu início a mesma pelo **Item 8**
26 **da Pauta Informes: 1. Envios de documentação das CIB(s)**
27 **Microrregionais de Itapipoca e Aracati- Atas e Pautas.** Envio da
28 documentação das Microrregionais de Itapipoca e Aracati Atas e Pautas das
29 reuniões que estão desenvolvendo. Itapipoca apresenta dados consolidados
30 da ata realizada no dia 13/09/00 sobre: 1. Avaliação das Campanhas de
31 Multivacinação e Vitamina A; 2. Avaliação da Mortalidade Infantil dos
32 municípios desta Microrregional; 3. Proposta para redução do percentual de
33 óbitos com causas mau definidas; 4. PPI do SIH/SUS. Aracati apresenta a 2ª
34 Ata - Com item de pauta a importância da pactuação, para que haja
35 fortalecimento das ações de serviços de saúde e da relevância em priorizar a
36 alocação de recursos da Microrregional. 3ª Ata – Com vários itens de pauta:
37 1. Sífilis congênita e plano para prevenção do câncer do colo de útero e
38 mama; 2. A Conferência Microrregional de Saúde que deverá ocorrer em
39 16/11/00 no Porto Canoa em Aracati. 3. A Programação FAE colocou as
40 dificuldades financeiras justificando que o hospital so tem condição de

41 atender urgências e internações em se tratando em pacientes de outros
42 municípios; 4. Foi detectado um crescente número de casos soropositivo de
43 HIV, sobretudo em Fortim; 5. Aracati e Icapuí deu entrada na documentação
44 pleiteando a certificação em epidemiologia e controle das doenças. **2.**
45 **Ofícios das Microrregionais de Fortaleza e Acaraú comunicando suas**
46 **nova composição.** Comunicando as novas instalações das CIB (s)
47 Microrregionais de Fortaleza e Acaraú. Fortaleza representação da SESA 01
48 Gerente Microrregional mais 01 suplente, 01 Gerente Técnico mais suplente
49 e Gerente Administrativo Financeiro mais suplente. Quanto a representação
50 dos municípios ficou assim constituída Vice – Presidente do COSEMS o
51 município de Horizonte - suplente o município de Eusébio, município de
52 Fortaleza - suplente o município de Cascavel, município de Ocara -
53 suplente o município de Pindoretama. Com assunto de pauta: 1. Metas e
54 referência de cirurgia de cataratas; 2. Referência de material para biopsia; 3.
55 Conferência Microrregional de Saúde; 4. Comissão Bipartite Microrregional.
56 Acaraú – Representante da Microrregional de Saúde Dr. Francisco Rosemiro
57 Guimarães Ximenes Neto – Gerente da Microrregional de Acaraú –
58 Presidente, Liduina Fátima Freitas dos Santos – Gerente da Célula de
59 Coordenação Técnica; Maria do Socorro Muniz Sousa Chaves – Gerente da
60 Célula de Coordenação de Administração Financeira. Representante dos
61 Municípios – Titular Dadson Francisco Sales – SMS de Acaraú, Suplente –
62 Maria Ioneide Melo de Brito – SMS de Iracema; Titular Ari Jorge Rios
63 Sousa – SMS de Cruz, Suplente Antônio Rodrigues Alexandre – SMS Bela
64 Cruz; Titular Adrianda Osterno Aguiar – SMS de Marco, Suplente Ana
65 Paula Praciano – SMS de Jijoca de Jericoacoara. **3. NUEPI/CEINF –**
66 **Relação de municípios que não enviaram informações do SINAN, SIM,**
67 **SINASC e SI-PNI nos meses de junho, julho e agosto/00.** Vera chama a
68 atenção dos municípios que não estão enviando as informações dos vários
69 Sistemas de Informações de Saúde. O Núcleo de Epidemiologia está
70 comunicando a CIB a relação dos municípios que não enviaram informações
71 do SINAN, SIM, SINASC e SI-PNI nos meses junho/julho/2000. No mês
72 de junho: Pindoretama - SIM, Paracuru – SINAM, Apuiarés – SIM, Itapajé
73 – SINASC, Tejuçuoca – SINASC, Palmácia – SIM, Madalena – SINAN,
74 Caridade – SIM, Solonopole – SINAN, Bela Cruz – SINAN, Umari SIM e
75 SINASC. No mês de Julho : Apuiarés – SINASC, General Sampaio – SIM,
76 Itapajé – SINASC, Pentecoste – SIM, São Gonçalo do Amarante – SIM, São
77 Luiz do Curu – SINAN e SIM, Tejuçuoca – SINAN e SI-PNI, Umirim –
78 SIM, Aracoiaba – SI-PNI, Aratuba – SIM e SINAN, Guaramiranga – SIM,
79 Itapiuna – SIM, Mulungu - SINAN, Pacoti – SIM, Caridade – SIM, Itatira –
80 SIM e SI-PNI, Madalena – SINAN, Paramoti – SIM, Choro – SIM,

81 Ibaretama – SIM, Milhã – SIM, Solonopole - SINAN, Jaguaruana – SIM,
82 Potiretama – SINAN, Bela Cruz – SINAN, Cruz – SINAN, Baixio SIM e
83 SINASC, Cedro – SIM. Temos um número bastante significativos de
84 municípios que não enviaram informações em Julho/ Agosto/00. No mês de
85 Julho: Apuiarés – SINASC, Itapajé – SINASC, General Sampaio – SIM,
86 Pentecoste – SIM, Umirim – SIM, São Gonçalo do Amarante – SIM,
87 Tejuçuoca – SINAN e SI-PNI, São Luís do Curu - SINAN e SIM. Aracoiaba
88 – SI- PNI, Aratuba – SINAN e SIM, Guaramiranga – SIM, Itapiuna – SIM,
89 Mulungu – SINAN, Pacoti – SIM, Caridade – SIM, Itatira – SIM e SI-PNI,
90 Madalena – SINAN, Paramoti – SIM, Choró – SIM, Ibaretama – SIM, Milhã
91 – SIM, Solonopole – SINAN, Jaguaruana – SIM, Potiretama – SINAN. No
92 mês de Agosto: Aquiraz – SINASC, Cascavel – SIM e SINASC, Chorozinho
93 – SIM , SINASC, SI-PNI, Eusébio – SIM, Horizonte – SINASC, Itaitinga –
94 SINASC, Ocara – SINASC, Apuiarés - SIM e SINASC, Caucaia – SI-PNI,
95 General Sampaio – SIM, Itapajé – SIM e SINASC, Pentecoste – SINASC,
96 São Luiz do Curu – SINASC e SI- PNI, Tejuçuoca – SIM, Aracoiaba – SIM
97 e SINASC, Aratuba – SINAN e SI –PNI, Baturité – SIM, Guaramiranga –
98 SINASC , SIM e SINAN, Itapiuna – SIM, Pacoti – SIM e SINASC, Boa
99 Viagem – SINAN, SIM e SINASC, Canindé – SIM, Caridade – SIM, Itatira
100 – SIM, Madalena – SINAN, SIM e SINASC, Paramoti – SIM, Banabuiú –
101 SI-PNI, Choró – SIM, Ibaretama – SIM, Solonopole – SINAN e SIM,
102 Russas – SIM, Pires Ferreira – SIM, Baixio – SIM, SINASC e SINAN.
103 Esses município estão em débitos com as informações. É necessário
104 regularização imediata das informações. O não envio destas informações,
105 conforme a Portaria no. 1882/GM, de 16/12/1997 referente ao Sistema de
106 Informação da Atenção Básica - SIAB poderão ter seus recursos
107 bloqueados. **4. Edital de convocação nº s 01 e 02 – Projeto REFORSUS –**
108 **COMPONENTE II.** O Ministério da Saúde através da SAS divulgou o
109 Edital de Convocação no(s) 01 e 02 do Projeto REFORSUS –
110 COMPONENTE I, datado de 21/08/00 – Publicado no DOU de 22/08/00. O
111 Edital de Convocação nº 01, está selecionando proposta de atuação para o
112 Subprojeto de fomento, análise, avaliação e disseminação de experiências
113 inovadoras no SUS – tecnologias de atenção aos usuários e gestão da rede
114 de serviços. As propostas de atuação deverão ser encaminhadas, no período
115 de 29 de agosto a 28 de novembro de 2000 , por meio de ofício do Secretário
116 Estadual ou Secretário Municipal de Saúde ao Secretário de Assistência à
117 Saúde/MS. Serão selecionadas até 36 propostas, entre as apresentadas, com
118 a seguinte distribuição: Gestão de Rede de Serviços e Novas Tecnologias
119 de Assistenciais. O Edital de Convocação nº 02 – está selecionando
120 solicitações de financiamento de Teses de Doutorado/Dissertações de

121 Mestrado para o Subprojeto “Fomento, análise, avaliação e disseminação de
122 experiências inovadoras no SUS – tecnologias de atenção aos usuários e
123 gestão da rede de serviços”. Vera faz um comentário sobre a importância
124 que as Universidades tomassem conhecimento, porque se trata de uma
125 oportunidade de financiamento Teses de Doutorado, Dissertações de
126 Mestrado e também envolve experiências inovadoras nas áreas de gestão de
127 rede de serviços e desenvolvimento/incorporação de novas tecnologias
128 assistenciais. As propostas deverão ser encaminhada no período de 29 de
129 agosto a 28 de novembro de 2000. Serão selecionados até 20 projetos de
130 Tese/Dissertação entre os apresentados, com a seguinte distribuição para
131 Mestrado e Doutorado. **5. Ofício NEEP 54/00 Núcleo de Estudos de**
132 **Políticas Pública – Unicamp esta Desenvolvendo um Estudo Nacional**
133 **sobre o Piso de Atenção Básica – PAB.** Imaculada na reunião passada da
134 CIB pediu apoio ao Secretários Municipais em relação ao desenvolvimento
135 desta pesquisa, que está sendo financiada pelo Ministério da Saúde.
136 Recebemos também o Questionário Geral de Avaliação do Piso da Atenção
137 Básica – PAB, que está sendo solicitado pelo MS e que está sendo
138 providenciado pelo NEPP. A CIB está solicitando que o COSEMS coloque
139 esse formulários a disposição dos Secretarias Municipais de Saúde. **Item 7**
140 **da Pauta – Denúncia sobre a falta de pagamento dos serviços prestados**
141 **pele Hospital São Francisco de Canindé.** Vera fala que algumas
142 denúncias estão chegando a CIB por Unidades integrante ao Sistema Único
143 de Saúde, onde não existe uma perspectiva de continuidade dos Governos
144 Municipais. Esses Governos não estão repassando mais os recursos para as
145 Unidades. A primeira denúncia que está vindo a Bipartite é em relação ao
146 município de Canindé, feito por quatro Conselheiros do Conselho
147 Municipal de Canindé. Informam que o Conselho Municipal não vem
148 funcionando com frequência, anteriormente com poucas reuniões e quando
149 aproximou as Eleição e agora mesmo o Conselho não se reuniu,
150 consequentemente o uso dos recursos da área da saúde, o próprio Conselho
151 não sabe como esta sendo feito. A Denúncia é no sentido de que os recursos
152 não estão sendo aplicados de acordo com a finalidade estabelecida nos
153 planos de aplicação. Vera lembra o fato de Jucás no qual encaminhamos ao
154 Ministério da Saúde, a COVAC/SESA para que fosse feito uma supervisão
155 em relação a área de gestão e ao Ministério Público para que apurasse esta
156 situação. Acontece que chegou as eleições e não obtivemos nenhuma
157 solução. Nesta reunião temos como assunto de pauta a denúncia de
158 Canindé de que SMS não está repassando os recursos federais, destinados
159 ao pagamento dos serviços prestados pelo referido Hospital. **Vera leu os**
160 **fatos apresentados pelos Conselheiros Municipais de Saúde de Canindé,**

161 sentem a obrigação de comunicar as irregularidades que ocorrem nos
162 últimos meses na Secretaria Municipal de Saúde de Canindé – Fundo
163 Municipal de Saúde. 1º - Até o mês de abril, aconteciam reuniões mensais
164 do Conselho Municipal de Saúde, nas quais eram apresentadas as prestações
165 de contas do mês anterior e aprovados os planos de aplicação do mês em
166 curso. 2º - Nos meses de maio, junho e julho, não houve convocação para
167 reuniões, conseqüentemente, não se aprovou plano de aplicação, nem
168 prestação de contas neste meses. 3º - No mês de agosto aconteceu reunião do
169 Conselho Municipal, na qual foi apresentada a prestação de contas referente
170 a julho/2000 tendo havido questionamento de alguns conselheiros quanto ao
171 valores gastos com combustível e transporte, que excederam em muito à
172 média dos últimos meses. 4º - Os recursos do SIA da competência julho,
173 foram creditados em 05/08/00 e o repasse dos serviços prestados referente ao
174 SIA só foi creditado na conta do prestador Hospital São Francisco (Santa
175 Casa de Canindé) em 10/09/00, portanto com bastante atraso. 5º - Quanto ao
176 SIA da competência agosto, foi creditado na conta do Fundo Municipal de
177 Saúde em 05/09 e até o dia 02/10 não foi repassado para o prestador
178 Hospital São Francisco. 6º - Considerando o que determina a Portaria
179 Ministerial, quando a obrigatoriedade dos recursos serem repassados aos
180 prestadores em 05 (cinco) dias úteis após o crédito no Fundo Municipal. O
181 CMS solicita a CIB providencias no sentido de regularizar os repasses dos
182 recursos ao referido Hospital. Após ampla discussão a CIB decidiu: 1-
183 Enviar ofício para o Gestor Municipal para que apresente justificativas em
184 relação ao fato. 2- Encaminhar este documento para o Conselho Estadual de
185 Saúde – CESAU para que adote medidas em relação a garantia de
186 funcionamento do Conselho Municipal . 3- Encaminhar este documento para
187 o Escritório do Ministério da Saúde no Ceará quanto a questão dos repasses
188 dos recursos. A CIB também decidiu fazer uma Resolução com a finalidade
189 de que toda denúncia que for enviada a CIB, deverá ter sido objeto de
190 discussão na CIB Microrregional tendo sido definido que a apreciação
191 deverá ocorrer dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias após o
192 recebimento da referida denúncia. **Item 1 da Pauta – Apreciação dos**
193 **Pareceres da Comissão de Descentralização das Ações de**
194 **Epidemiologia e Controle de Doenças de Solicitações de Certificação dos**
195 **Municípios:** Em relação a certificação de municípios, temos hoje 07 (sete)
196 solicitações: Nova Olinda, Assaré, Várzea Alegre, Campo Sales, Barreira e
197 Paraipaba a serem certificados com parecer favorável do NUEPI. Esses
198 municípios tem população abaixo de 50.000 habitantes e não faz necessário
199 a visita da estrutura operacional para desenvolvimento dessas ações,
200 somente o parecer do NUEPI e da Comissão de Descentralização. A CIB

201 aprovou através da Resolução 16/2000, no uso de suas atribuições legais e
202 considerando: I. Portaria GM/MS no. 1.399, de 15 de dezembro de 1999,
203 que regulamenta a NOB.SUS 01/96 no que se refere as competências da
204 União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e
205 controle de doenças e define a sistemática de financiamento. II. A Instrução
206 Normativa da FUNASA no. 002, de 5 de junho de 2000, que regulamenta os
207 procedimentos de Certificação de Municípios, Estados e Distrito Federal
208 para a Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.
209 RESOLVE: Art.1. Aprovar a Certificação dos Municípios para a Gestão das
210 Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, após conhecimento do
211 parecer favorável da Comissão Estadual de Descentralização para: Nova
212 Olinda, Assaré, Várzea Alegre, Campos Sales, Icapuí, Barreira e Paraipaba.
213 Art.2. Esta resolução entrará em vigor na data de sua assinatura. Na reunião
214 passada foram apresentados 38 (trinta e oito) municípios solicitando a
215 certificação. Desses 38 (trinta e oito) municípios 12 (doze) tinha população
216 acima de 50.000 habitantes e se fez necessário a Supervisão Técnica
217 Operacional e pelo parecer final da Comissão 02 (dois) municípios não
218 obtiveram parecer favorável para efeito da certificação Fortaleza e Cascavel
219 os outros municípios Sobral, Crateús, Canindé, Icó, Juazeiro do Norte,
220 Crato, Quixeramobim, Maracanaú, Aracati, Aquiraz tiveram parecer
221 favorável. Parecer do município de Cascavel após a visita in loco constatou-
222 se que a equipe mínima, a estrutura física e organizacional não atende
223 necessidade requeridas pela referida Portaria e pactuadas na CIB. Parecer do
224 município de Fortaleza o grupo técnico visitou o município e considerou que
225 a discussão de alguns aspectos deve ser aprofundado em relação ao controle
226 das endemias, especialmente de dengue face ao porte populacional da
227 Capital e à gravidade da situação epidemiológica e entomológica: 1.
228 Situação de pessoal técnico capaz de conduzir o processo de controle, em
229 função da: mudança na estratégia de controle quanto ao uso de larvicida
230 biológica em vez do químico e mudança na metodologia, doravante a tratar
231 somente os imóveis positivos para Aedes Aegypti. 2. A questão operacional
232 de recursos humanos. 3. Estabelecimento de apoio logístico. 4. Apoio
233 laboratorial com definição clara das responsabilidades e recursos. Em
234 resumo, faz – se necessário a definição de um grupo de trabalho, composto
235 de representantes do município de Fortaleza e da Comissão de
236 Descentralização das Endemias da SESA. Após a ampla discussão a CIB
237 não aprovou a certificação dos municípios de Fortaleza e de Cascavel
238 considerou o Parecer da Comissão. **Item 2 de Pauta - Discussão e**
239 **Pactuação da Descentralização das Ações de Média Complexidade da**
240 **Vigilância Sanitária – Ceará – Diana.** Vera lembra a Bipartite que em

241 relação ao processo de Descentralização da Norma Operacional Básica já
242 aprovamos a Estrutura Organizacional da Área de Vigilância Sanitária onde
243 ela só fosse exigida para município com população acima de 50.000
244 habitantes. O Ministério da Saúde a partir da Agência Nacional de
245 Vigilância Sanitária está estabelecendo Normatização para a
246 Descentralização das Ações de Média e Alta Complexidade. Para este
247 processo de Descentralização se faz necessário que a CIB estabeleça a
248 aprovação. É diante dessa necessidade que a Diana uma das Coordenadora
249 da COVAC vai está apresentando tanto a Proposta do Estado do Ceará
250 como a Proposta de Pactuação para Descentralização de Ações de Vigilância
251 Sanitária de Média Complexidade. Em seguida Vera passa a palavra a
252 Diana que apresenta o **Plano Anual de Ação e Metas 2000 – 2001 – do**
253 **Estado do Ceará**. O Estado do Ceará apresenta uma população cerca de 7,1
254 milhões de habitantes, o que representa 4,3 da população do Brasil . É
255 constituído por 184 municípios, todos habilitados em uma das duas
256 modalidades de gestão estipulada pela NOB/96. O objetivo geral é
257 contribuir com o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância
258 Sanitária. E os objetivos do projeto: 1. Fortalecer a Estrutura Gerencial de
259 VISA Estadual. 2. Implementar as Ações de VISA sobre Bens, Produtos e
260 Serviços. 3. Implementar o Gerenciamento do Processo de
261 Concessão/Inserção de Registro de Alimentos para Fins Especiais. 4.
262 Redequar a Rede de Laboratório Estadual e Implantar o Programa de
263 Gerenciamento de Qualidade Implantados para Realização de Análises
264 Ficais. 5. Desenvolver e Implantar um Sistema de Informação em Vigilância
265 Sanitária. 6. Promover o Desenvolvimento dos Recursos Humanos. 7.
266 Fortalecer as Secretarias Municipais de Saúde para o Desenvolvimento das
267 Ações de Vigilância Sanitária. 8. Desenvolver Projeto de Pesquisa sobre a
268 Presença de Resíduo Sólidos e Contaminantes. 9. Desenvolver Estratégias de
269 Comunicação com a População na Área de Vigilância Sanitária. Quanto ao
270 Financiamento das Ações do Plano Anual de Metas agrega recursos
271 provenientes do Convênio PROVISA/99, do Termo de Ajuste e do apoio do
272 Programas Nacionais específicos. Projeto PROVISA - R\$ 810.000,00,
273 Contrato de Metas (Termo de Ajuste) - R\$ 1.106.605,00, Recursos do
274 Tesouro do Estado - R\$ 473.000,00 , Outras Fontes Indiretas e de
275 Financiamento, Programa Nacional de Inspeção em Unidades
276 Hemoterápicas – PNIUH-ANVS, Programa Nacional de Inspeção em
277 Industrias Farmacêuticas e Farmoquímicas PNIFF. **E a Proposta para o**
278 **Pacto da VISA das Ações de Média Complexidade: 1. Critério Básico**
279 **para Descentralização da Ações de Média Complexidade em VISA: •**
280 **Município em Gestão Plena do Sistema Municipal; • Município em Gestão**

281 Plena da Atenção Básica com população maior que 50.000 habitantes; •
282 Programação Pactuada Integrada das Ações Básicas e de Média
283 Complexidade. 2. Responsabilidades assumidas. 2.1. Os municípios
284 habilitados na VISA para Ações de Média Complexidade são responsáveis
285 pelas seguintes ações: a) Inspeção Sanitária em Serviços Relacionados a
286 Produtos: • Controle da numeração da notificação de receituário B
287 (azul/psicotrópicos) e medicamentos so controle especial (branca) – Portaria
288 344/98 (Atividades definidas pelo NUVIS); • Inspeção Sanitária em
289 Industrias de Alimentos; • Inspeção Sanitária em Distribuidoras de
290 Medicamentos; • Inspeção Sanitária Industria de Cosméticos e Higiene
291 Pessoal; • Inspeção Sanitária Industria de Saneantes Domissanitários. b)
292 Inspeção Sanitária em Serviços Relacionados a Saúde: • Inspeção Sanitária
293 Lavanderias; • Inspeção Sanitária em Casa de Repouso/Casa de
294 Idoso/Asilos; • Inspeção Sanitária em Laboratório de Análise Clínica e
295 Patologia; • Inspeção Sanitária em Unidade Odontológico com ou sem
296 Equipamento de Raio - X; • Inspeção Sanitária em Clínica de Fisioterapia; •
297 Inspeção Sanitária em Consultório ou Clínica Médica com ou sem
298 Imunização; • Inspeção Sanitária em Ambulatório; • Inspeção Sanitária em
299 Centro de Saúde; • Inspeção Sanitária em Sistema de coleta, disposição e
300 tratamento de resíduo sólido (atividades definidas pelo NUVIS); • Inspeção
301 Sanitária em Sistema de drenagem urbana (atividades definidas pelo
302 NUVIS); • Inspeção Sanitária em Sistema de coleta, disposição e tratamento
303 de esgoto. 2.2. Os municípios não habilitados na VISA para Ações de
304 Média Complexidade, a SESA, assume através da Instância de Coordenação
305 das Microrregiões a responsabilidade destas ações. 2.2.1. Os municípios
306 habilitados em plena de atenção básica com população menor que 50.000
307 habitantes poderão solicitar que cumpra. 2.3. A SESA assume a
308 responsabilidade, em caráter transitório e complementar, das seguintes
309 Ações de Alta Complexidade e o Programa de Ações Desconcentradas em
310 VISA. Inspeção sanitária em Serviços Relacionados à Produto • Inspeção
311 Sanitária em Indústria de alimentos para fins especiais (dietéticos,
312 alimentos para lactentes, alimentos para atletas); • Inspeção Sanitária em
313 Inspeção Sanitária em Indústria de Correlatos; • Inspeção Sanitária em
314 Inspeção Sanitária em Indústria de Medicamentos. Inspeção Sanitária em
315 Inspeção em Serviços Relacionados à Saúde: • Inspeção sanitária em
316 serviços de terapia renal substitutiva; • Inspeção sanitária em hospital geral ,
317 especializado, ou maternidade; • Inspeção Sanitária de serviços que utilizam
318 radiação ionizante; • Inspeção sanitária de serviço de hemoterapia; •

319 Inspeção sanitária de urgência e emergência; • Inspeção sanitária em serviço
320 de quimioterapia; • Inspeção sanitária em bancos de órgão, de medula ou de
321 leite humano; • Inspeção sanitária em unidade de saúde com procedimento
322 invasivo; • Inspeção sanitária em farmácias que preparam nutrição
323 parenteral. Inspeção Sanitária em Serviço Especializados: • Inspeção
324 sanitária em empresa de irradiação de produtos; • Inspeção sanitária em
325 estabelecimento que procede esterilização de produtos correlatos e centrais
326 de esterilização; • Inspeção sanitária em ações conjuntas; • Investigação de
327 agravo; • Inspeção sanitária em empresas de transporte de material de alto
328 risco para à saúde. Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância
329 Sanitária: • Certificação de autorização de importação e exportação; •
330 Anuência em gula de autorização importação; • Inspeção para avaliação de
331 processos de registro de produtos; • Inspeção para fins de autorização de
332 funcionamento; • Petição para alteração / revalidação de registro; • Petição
333 para isenção de registro; • Petição de alteração de autorização de
334 funcionamento. 3. Requisitos exigidos para habilitação de acordo com a
335 Portaria 1.008/2000 de 08 de setembro , do Ministério da Saúde: •
336 Aprovação da Comissão Intergestores Bipartite; • Assinatura do Termo de
337 Compromisso para as Ações de Média Complexidade em VISA; • Estar
338 habilitado em uma das condições de gestão estabelecidas pela NOB/96;
339 Comprovar capacidade técnica de execução das ações de por nível de
340 complexidade; • Possuir equipe técnica cuja composição corresponda às
341 necessidades de cobertura local; • Comprovar existência de estrutura
342 organizacional responsável pelas ações de VISA; • Avaliar, sob forma de
343 supervisão, das condições técnicas operacional dos serviços de Vigilância
344 municipal, pela equipe do nível central da SESA. 4. Financiamento das
345 Ações de Média e Alta Complexidade. Os recursos financeiros destinados
346 ao financiamento das ações de média e alta complexidade serão
347 discriminado da seguinte forma: 4.1. Estado o valor per capita/ano 0,09
348 centavos sobre a responsabilidade de execução da ações de média e alta
349 complexidade. 4.2. Município o valor per capita/ano 0,06 centavos sobre a
350 responsabilidade de execução das ações de média complexidade. 4.3.
351 Montante de Recursos o valor per capita/ano 0,15 centavos com um total de
352 R\$ 1.065.000,00. 4.4. O sistema de transferência dos recursos financeiros
353 feito mensalmente, em valor correspondente 1/12 (um doze avos): a) Os
354 recursos serão repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde - FNS
355 para o Fundo Municipal de Saúde – FMS, para os municípios habilitados
356 para as ações de média complexidade em VISA. b) Os recursos federais
357 serão repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde – FNS para o

358 Fundo Estadual de Saúde – FUNDES, para os financiamentos das ações de
359 média e alta complexidade em VISA sob a responsabilidade da SESA. 5.A
360 Documentação necessária para Habilitação: 1. Ofício de solicitação de
361 habilitação à Coordenação de Vigilância Sanitária Controle e Avaliação para
362 o desempenho das ações de Média Complexidade. 2. Declaração de
363 aprovação do Termo de Compromisso das Ações de Média Complexidade
364 em VISA. 3. Relatório de desempenho das metas relativas as ações de Baixa
365 Complexidade programadas na Programação Pactuada Integrada – PPI. 4.
366 Declaração dos recursos humanos disponíveis, descrevendo os cargos
367 existentes, nome integrantes da equipe, carga horária e categoria
368 profissional. 5. Cópia da estrutura organizacional responsável. 6.
369 Apresentação da Programação Pactuada Integrada das Ações de Média
370 Complexidade. 7. Apresentação de Conta Específica de VISA no Fundo
371 Municipal de Saúde. Observação toda a documentação deverão estar
372 assinadas pelo Secretário Municipal de Saúde. Após apresentação do Plano
373 Anual de Ação da VISA e da Proposta da Pactuação para Descentralização
374 das Ações de Média Complexidade da Vigilância Sanitária no Estado do
375 Ceará. A CIB através da Resolução 17/2000, no uso de suas competências e
376 atribuições conferidas pelas Portarias do MS N° s 545/93 e 2.203/96 e o seu
377 Regimento Interno; e Considerando que a Portaria do MS nº 1.008 de
378 08/09/2000 que regulamenta as transferências fundo a fundo para o
379 financiamento das ações de Média e Alta Complexidade executadas pelos
380 estados, municípios e distrito federal, na área de Vigilância Sanitária.
381 Resolve: 1. Aprovar o Plano Anual de Ação da VISA 2000 – 20001 do
382 Estado do Ceará. 2. Aprovar a Proposta de Pactuação para
383 Desenvolvimento das Ações de Média Complexidade da Vigilância
384 Sanitária no Estado do Ceará. Esta Resolução entrará em vigor em 11 de
385 outubro do corrente ano. **Item 3 de Pauta Hospital de Messejana solicita**
386 **credenciamento de Cardioversor Desfibrilador - Lilian.** Uma
387 solicitação do hospital de Messejana em relação ao credenciamento de
388 Cardioversor Desfibrilador. Conforme o parecer técnico da COVAC o
389 serviço encontra-se apto a fazer exames hemodinâmicos e procedimentos
390 intervencionistas em cardiologia, incluindo implante de marcapassos
391 cardíaco definitivo. A solicitação preenche, portanto, satisfatoriamente, os
392 Critérios das Portaria da SESA 767/94, que regulamenta o funcionamento
393 de UTIs em nosso Estado, Portaria da SAS/066 de 06/05/93, que
394 regulamenta os procedimentos na área cardiovascular; Portaria SAS 726 de
395 06/12/99, que regulamenta os implantes de dispositivos (“stents”)
396 intracoronários; e Portaria Conjunta 53 de 14/12/1999, que regulamenta a
397 colocação de Cardioversor Desfibrilador Implantável. A CIB apreciou e

398 aprovou o Credenciamento de serviços de implante de Cardioversor
399 Desfibrilador para o referido Hospital. **Item 4 da pauta – Solicitação de**
400 **Aumento de TFAM dos municípios 1 - Brejo Santo – Serviços de**
401 **Órteses e Próteses. 2 - Barbalha – Campanhas Nacional de Catarata e**
402 **Próstata.** 1. O município de Brejo Santo solicita aumento do teto do
403 município em relação ao serviços de Órteses e Próteses. A CIB informa que
404 os recursos já estão incluídos no TFAM e que não existe recursos adicionais
405 para cobrir estes procedimentos. 2. O município de Barbalha solicita revisão
406 das metas para as Campanhas de Próstata e de Catarata. A CIB decidiu
407 encaminhar as referidas solicitações para os Comitês Estaduais de Próstata e
408 Catarata para emitirem parecer e ainda, decidiu que as solicitações
409 referentes as Campanhas de Próstata, Varizes e Catarata deverão ser
410 encaminhadas para os Comitês Estadual de Próstata, Varizes e Catarata se
411 pronunciarem, não sendo necessário apreciação deste colegiado. **Item 5 da**
412 **Pauta – Alterações de TFAM de Fortaleza, Acopiara e Iracema.** Os
413 municípios de Fortaleza, Acopiara e Iracema solicita alterações nos tetos
414 financeiros mensais. A CIB através das **RESOLUÇÃO 14/2000 - CIB/CE,**
415 no uso de suas competências e atribuições conferidas pelas Portarias do MS
416 N°s 545/93 e 2.203/96 e o seu Regimento Interno; e CONSIDERANDO que
417 a Portaria SAS/MS N° 04/2000, que regulamenta as alterações nos tetos
418 financeiros de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal;
419 CONSIDERANDO que os gestores dos municípios de Acopiara e Iracema
420 procederam alterações na programação ambulatorial, assegurando as
421 referências de exames anátomopatológicos para Fortaleza. RESOLVE: 1.
422 Aprovar as alterações nos tetos financeiros mensais da área programática -
423 Teto Livre dos Municípios de Acopiara para R\$ 119.508,00 (cento e
424 dezenove mil e quinhentos e oito reais) e de Iracema para R\$ 36.899,00
425 (trinta e seis mil e oitocentos e noventa e nove reais. 2. Esta Resolução
426 entrará em vigor em 1° de Novembro do corrente ano. **E RESOLUÇÃO**
427 **15/2000 da CIB/CE,** no uso de suas competências e atribuições conferidas
428 pelas Portarias do MS N°s 545/93 e 2.203/96 e o seu Regimento Interno; e
429 CONSIDERANDO que a Portaria SAS/MS N° 04/2000, que regulamenta as
430 alterações nos tetos financeiros de municípios em Gestão Plena do Sistema
431 Municipal; CONSIDERANDO que no município de Fortaleza estão
432 localizados os serviços de apoio para referência estadual de exames
433 anátomopatológicos; CONSIDERANDO que o Hospital Fernandes Távora
434 prestou serviços hospitalares para o SUS e que não foram pagos porque não
435 foram programados no TFAM de Fortaleza; RESOLVE: 1. Aprovar a
436 alteração no teto financeiro mensal da área programática – Teto Livre
437 Mensal do Município de Fortaleza passando o mesmo para R\$ 6.851.112,00

438 (seis milhões, oitocentos e cinquenta e um mil e cento e doze reais). 2. O
439 valor adicional incorporado ao Teto Livre Mensal no valor de R\$ 6.285,00
440 (seis mil e duzentos e oitenta e cinco reais) corresponde aos exames
441 anátomopatológicos referenciados mensalmente para Fortaleza, pelos
442 municípios de Boa Viagem (03 exames – R\$ 28,00), Iracema (02 exames –
443 R\$ 19,00), Paraipaba (24 exames – R\$ 222,00) e Acopiara (10 exames = R\$
444 93,00) e ao pagamento de serviços prestados pelo Hospital Fernandes
445 Távora – (R\$5.923,00). 3. Este valor deverá ser repassado apenas no mês de
446 novembro do corrente ano. 4. Em dezembro do corrente ano o valor mensal
447 será de R\$ 6.845.189,00 (seis milhões, oitocentos e quarenta e cinco mil,
448 cento e oitenta e nove reais). 5. Está Resolução entrará em vigor em 1º de
449 novembro do corrente ano. **Item 6 da Pauta Denúncia sobre a qualidade**
450 **de atendimento em unidades hospitalares do SUS no Crato e Juazeiro**
451 **do Norte.** É um assunto que merece aprofundamento, onde mostra a
452 qualidade de atendimento nas Unidades Hospitalares do SUS no Crato e
453 Juazeiro do Norte e a cobrança por fora em relação ao atendimento. É uma
454 denúncia dirigida a CIB. Vera faz a leitura do fato ocorrido no dia
455 09/09/2000, por volta das 21:30 horas, na cidade de Crato, o menor José
456 Venicius Barros de Almeida sofreu um abaloamento de um carro e foi
457 socorrido pela motorista. Conduzindo aos Hospitais São Francisco de Assis
458 em Crato, não foi sequer visto pelo médico plantonista, Dr. José Gonçalves,
459 o atendente do anosocômio, impediu o acesso pois tratava-se de uma
460 criança. Levado ao Hospital Pediátrico Mons. Rocha também em Crato, não
461 teve o direito de ultrapassar a porta de entrada, segundo o porteiro não havia
462 plantonista. Pelo fato da omissão de socorro nesses dois citados Hospitais
463 Cratense, o menor foi transportado à vizinha cidade de Juazeiro do Norte.
464 Atendido no Hospital de Fraturas, nenhuma fratura, aparentemente, foi
465 detectada, mas o médico recomendou uma avaliação pediátrica. Chegando
466 ao Pronto Socorro Infantil do Cariri – PSIC, também o atendimento de
467 urgência/emergência foi negado a não ser mediante o pagamento de R\$
468 50,00. Efetuado o pagamento, através de Cheque de Luiz Barreto de Moraes
469 Júnior, da Caixa Econômica Federal, foi negado recibo e o cheque não pode
470 ser nominal, o menor foi finalmente consultado pelo pediatra Dr. Marcos
471 Antônio A. Oliveira. Cientes dos deveres dos serviços conveniados de saúde
472 e dos direitos do cidadão, os Conselheiros Municipais de Saúde Osmar
473 Estevão de Almeida, pai do menor atropelado e também a Conselheira Maria
474 de Lourdes Coêlho Alencar Barreto, mãe da motorista que conduzia o carro
475 no momento do acidente, indignados com o descaso com a vida humana e a
476 negligência dos Hospitais procurados, vimos solicitar que esse serviços e
477 profissionais sejam, no mínimo advertidos, senão ficamos nós, Conselheiros

478 e Gestores do Sistema de Saúde, coniventes com a irresponsabilidade aqui
479 relatada, tão comum, tão vigente e tão repudiável no Cariri. Diante da
480 omissão de socorro , aqui relatada, diariamente pelos plantonistas dos
481 hospitais S. Francisco e Mons. Rocha, por diversas vezes denunciadas no
482 Conselho Municipal de Saúde do Crato e sem quaisquer punição, deixamos
483 de nos dirigir inicialmente, ao âmbito municipal e simultaneamente fazemos
484 a denúncia ao Secretário Estadual e Presidente da CIB, esperando que desta
485 vez , seja aplicada alguma medida em prol do cumprimento dos deveres dos
486 serviços conveniados do SUS. Assinados Maria de Lourdes Coêlho Alencar
487 Barreto e Osmar Estevão de Almeida ambos do Conselho de Saúde. Após a
488 leitura e a ampla discussão a CIB decidiu: 1. Encaminhar ofício ao Gestor
489 Municipal advertindo as irregularidades ocorridas no Sistema Único de
490 Saúde do Crato. 2. Chamar atenção do Prestador em relação ao atendimento
491 e cobrança irregular. 3. Encaminhar a documentação para o Controle Público
492 para tomar medidas necessárias. 4. Informar aos interessados que foi
493 apresentada em plenário e estamos tomando providências necessárias. Nada
494 mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que
495 eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a
496 presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
497 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, onze de
498 outubro de dois mil.

40 TÊRMO DE COMPROMISSO está assim descrito: - Aos diasdo mês de
41de 2000, a Secretaria de Saúde
42 situada....., neste ato representado (a)
43 por....., e em seqüência designados(a) simplesmente
44 COMPROMITENTE, vem firmar, junto a esta Fundação Nacional de Saúde, o
45 presente Termo de Compromisso, mediante as cláusulas e condições seguintes:
46 CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO - O presente TERMO DE COMPROMISSO
47 tem por objetivo o atendimento da população indígena pelo
48 Hospital..... C.G.C
49 com garantia da regulamentação de Incentivos Hospitalares pagos pelo Ministério
50 da Saúde mensalmente no valor deCLÁUSULA
51 SEGUNDA: DA ESPECIFICAÇÃO DOS DADOS - A base de cálculo para o
52 pagamento do incentivo foi realizado através do faturamento (AIH) de julho a
53 dezembro de 1999 e a população indígena referenciada. CLÁUSULA TERCEIRA:
54 DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE - Que o incentivo não impede que os
55 serviços prestados aos índios sejam faturados normalmente. Garantido na Unidade
56 Hospitalar o atendimento desde que haja disponibilidade de oferta, caso contrário
57 deverá assegurar o encaminhamento para outras Unidades. Pertencer ao Fluxo de
58 Referência e Contra – Referência do Distrito Sanitário Especial Indígenas do Ceará
59 – DSEI-CE. Aplicar os recursos financeiros – incentivos com o objetivo de adequar
60 o atendimento aos indígenas, utilizando – os prioritariamente na área de DRH, no
61 custeio das atividades de informação, sensibilização e capacitação. Podendo ser
62 aplicados ainda na adequação física, aquisição de equipamentos para melhoria de
63 diagnóstico e tratamento das doenças e agilidade no atendimento. Prestar conta
64 semestralmente e quando solicitada da aplicação do recursos financeiros pela
65 FUNASA-MS, conforme planilha em anexo. Permitir a supervisão e
66 acompanhamento dos resultados da aplicação do incentivo pela FUNASA-MS.
67 CLÁUSULA QUARTA: DA VIGÊNCIA. O presente Termo de Compromisso terá
68 vigência de 02 (dois) anos a partir da data da assinatura. A renovação será
69 automática. A normatização do incentivo, foi publicado no Diário Oficial da União do
70 dia 05/06/00. Seção I, Portaria Conjunta nº 12/00. CLÁUSULA QUINTA: DO
71 CANCELAMENTO - O não cumprimento do objeto especificado na cláusula primeira
72 e terceira do presente termo implica no cancelamento do presente termo de
73 compromisso, bem como, a suspensão do pagamento do incentivo. E, por estarem,
74 assim, justos e acordados, os participantes assinaram o presente termo, em 02
75 (duas) vias, de igual teor e forma, as quais lidas e assinados por: FUNASA-MS –
76 DSEI-Ce, Unidade Hospitalar – Diretor Hospitalar, Coordenador Regional do Ceará
77 e Secretário de Saúde Estadual. Alex chama atenção sobre a Unidade Hospitalar
78 Monsenhor Sabino que está sem condições de prestar serviços. A CIB decidiu que a
79 COVAC – Lillian ficará responsável pela análise da situação de prestação de

80 serviços da referida Unidade, e posterior solicitação de mudança da relação das
81 Unidades Beneficiadas, caso se confirme as condições inadequadas para prestar os
82 serviços, porque desde maio/00 que essa Unidade vem recebendo os recursos.
83 **Item 2 da Pauta – Solicitação de revisão da decisão da CIB em relação ao perfil**
84 **do Hospital Municipal de Ocara – SMS de Ocara.** Esse processo deu entrada
85 na SESA em 19/07/00, com a solicitação de aprovação da Proposta de Emenda
86 Parlamentar, na busca de recursos para garantia de reforma e ampliação do
87 Hospital Municipal de Ocara. Estes recursos são destinados para Obra, no valor de
88 129.386,83 (cento e vinte e nove mil, trezentos e oitenta e seis reais e oitenta e três
89 centavos) sendo financiado pelo Ministério da Saúde R\$ 123.225,56 (cento e vinte e
90 três mil, duzentos e vinte e cinco reais e cinquenta seis centavos) e a Prefeitura com
91 R\$ 6.161,27 (seis mil, cento e sessenta e um reais e vinte e sete centavos). O
92 Projeto de Reforma e Ampliação prever: I. Construção do 3º - bloco da Unidade
93 Mista de Saúde: Alas de atendimento : - ala direita, 03 enfermarias, 03
94 banheiros/sanitários (um para cada enfermaria), 01 posto de recepção/serviço, 01
95 banheiro para auxiliares de enfermagem, 01 rouparia; -Corredor de circulação
96 entre as duas alas (com a caixa d'água acima); - Ala esquerda: 01 sala de recepção
97 / separação de roupas, 01 sala de lavagem (máquinas), 01 sala de
98 secagem/passagem, 01 sala com 2 divisões: roupas lavadas e costura.; - Circulação
99 frontal alpendrada. Anexos: Planta no. 01 - cortes, Planta no. 02 - Baixa e o
100 Plano de Trabalho. A análise descreve que Ocara é um município habilitado na
101 gestão plena da atenção básica pela NOB/96 em 30/06/98, com uma população de
102 20.569 habitantes (população de 1999). A necessidade de internação é de 1.645,
103 internações/ano segundo parâmetros do CESAU , considerando 8% da população.
104 O município conta com um pequeno hospital de 7 leitos dos quais 4 são de
105 obstetrícia e 3 de clínica médica. Solicitam ampliação de mais 12 leitos, perfazendo
106 o total de 19 leitos. Considerando a internação apenas em obstetrícia e clínica
107 médica, o município necessita de 30 leitos , estando desse modo a proposta
108 coerente com os parâmetros. Segundo informações do SIH/SUS, os procedimentos
109 mais frequentes realizados pela Unidade são: partos normais, broncopneumonias,
110 enterocolite – infecções e gastrite, podendo se concluir que os serviços básicos de saúde
111 não tem dado a resposta esperada pela estratégia de reorganização da atenção
112 primária (PSF) proposta pelo Estado. O município conta com 02 equipes do PSF,
113 oferecendo uma cobertura de 33%. Pelos dados levantados, sugere-se o
114 fortalecimento da atenção primária de saúde, aumento das equipes do PSF
115 desenvolvendo ações básicas de saúde voltada para a promoção, proteção e
116 recuperação da saúde, priorizando a prevenção. Esse parecer é de 26 de junho da
117 CEPPE e a CIB decidiu que essa Unidade fosse adequação em termo de
118 assistência ao perfil de assistência ao parto normal e atendimento com observação
119 de 24 horas. A SMS ao tomar conhecimento do parecer da CIB, discordou em que

120 transformar esse Hospital Geral em Unidade de parto normal com leito de
121 observação, e buscou à Microrregião de Fortaleza, que adotou posição contrária
122 a decisão da CIB, isto é não aceitação da proposta de transformação do perfil de
123 assistência do hospital geral para unidade de atendimento de parto normal com
124 leitos de observação. E solicitou que a CIB fizesse a revisão dessa decisão. O
125 próprio Prefeito fez a solicitação ao Presidente da CIB colocando as razões da não
126 aceitação dessa decisão. Após conhecimento da justificativa apresentada pelo
127 Prefeito Municipal de Ocara a CIB/CE aprovou o Plano de Trabalho " Reforma e
128 Ampliação do Hospital Municipal de Ocara – Ce", de conformidade com a proposta
129 apresentada mantendo o perfil de Hospital Geral Local. **Item 3 da Pauta –**
130 **Solicitação de que a CIB.Ce se manifeste quanto a implantação de novos**
131 **serviços de alta complexidade na Região do Cariri, que implique em**
132 **duplicidade de oferta – Direção do Hospital Santo Antônio – Barbalha.**
133 Solicitação do Diretor do Hospital Santo Antônio – Antônio Correia Saraiva para
134 que a CIB se manifeste quanto a implantação de novos serviços de alta
135 complexidade que represente duplicidade de oferta na microrregião. Coloca que
136 nesta Comissão foi decidido que o Hospital Santo Antônio deveria prestar
137 atendimento resolutivo de Neurocirurgia, Hemodinâmica, Hemodiálise, Tomografia
138 Computadorizada, Mamografia e Cirurgia Cardíaca pelo Hospital do Coração do
139 Cariri/Fundação Otília Correia Saraiva. O que está sendo observado é de que
140 novos serviços nestas áreas estão sendo implantado na região do Cariri. E solicita
141 que seja mantido pela Bipartite a observância de não está credenciando os novos
142 serviços quando a mesma deu toda a garantia a Direção do Hospital de
143 implantação desses serviços. Vera coloca que não existe base legal para que a CIB
144 adote tal postura porque o setor privado em relação a participação no Sistema
145 Único de Saúde sempre tem que ser observado o aspecto da qualidade. Alex diz,
146 com base na C.F./88 a saúde é de relevância pública é de livre iniciativa privada,
147 não podemos proibir a implantação de novos serviços, mas a CIB poderá analisar
148 quando houver solicitação de integração desses serviços ao SUS localizados na
149 Microrregião do Cariri. Dr. Anástácio afirma que devemos comunicar ao Diretor
150 que se o Hospital dispõe de um atendimento de boa qualidade, o mesmo se
151 manterá no Sistema. Não podemos é garantir a exclusividade. A CIB concordou em
152 adotar a sugestão do Dr. Anastácio. **Item 4 da Pauta – Certificação de Municípios**
153 **na Área de Epidemiologia e Controle de Doenças:** Revisando as informações, a
154 CIB já aprovou a certificação de 43 municípios. Esses 43 municípios já foram
155 aprovados pela CIT, com vigência a partir de 1º de novembro, os quais irão receber
156 os recursos correspondentes ao Teto de Epidemiologia e Controle e Doenças e
157 mais o Incentivo que é destinado a essa área por transferência fundo a fundo. A
158 próxima reunião da CIT está agendada para 17/11/00. Temos hoje 04 (quatro)
159 municípios: Itapiúna, Milagres, Pacoti e Redenção a serem certificados com parecer

160 favorável do NUEPI. Esses 04 (quatro) municípios vão para apreciação da CIT com
161 vigência provável a partir de 1º de dezembro. Totalizando 47 (quarenta e sete) é um
162 total baixo para o Estado do Ceará. Vera lembrou que uma das atribuições do
163 município de Gestão Plena do Sistema Municipal é de assumir as
164 responsabilidades, conforme a NOB/96, de execução das ações básica e de média
165 complexidade de Vigilância Epidemiológica e de Controle de Doenças. O MS está
166 repassando recursos adicionais para que exerçam com mais tranqüilidade suas
167 responsabilidades de gestão. Dr. Anastácio diz está bastante preocupado com os
168 municípios que não se certificarem, principalmente com o município de Fortaleza.
169 Estamos com um número grande de municípios em gestão plena do sistema
170 municipal que não solicitaram a certificação. É evidente que não tem nenhuma
171 justificativa para o município que assumi a gestão plena do sistema municipal de
172 não querer assumir as ações de epidemiologia e controle de doenças. Acha que o
173 município que não solicitar até a próxima reunião da Bipartite, deverá ser
174 desabilitado. A CIB aprovou que os municípios em gestão plena de sistema
175 municipal deverão apresentar solicitação para certificação até a próxima reunião,
176 caso contrário será enviado pedido de desabilitação para a CIT. A Certificação dos
177 04 (quatro) municípios foi aprovada através da Resolução da CIB no. 18/2000, no
178 uso de suas atribuições legais e considerando: I. Portaria GM/MS no. 1.399, de 15
179 de dezembro de 1999, que regulamenta a NOB.SUS 01/96 no que se refere as
180 competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de
181 epidemiologia e controle de doenças e define a sistemática de financiamento. II. A
182 Instrução Normativa da FUNASA no. 002, de 5 de junho de 2000, que regulamenta
183 os procedimentos de Certificação de Municípios, Estados e Distrito Federal para a
184 Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. RESOLVE: Art.1.
185 Aprovar a Certificação dos Municípios para a Gestão das Ações de Epidemiologia e
186 Controle de Doenças, após conhecimento do parecer favorável da Comissão
187 Estadual de Descentralização para: Itapiuna, Milagres, Pacoti, Redenção. Art.2. Esta
188 resolução entrará em vigor na data de sua assinatura. **Item 5 da Pauta –**
189 **Apresentação da relação dos municípios que não implantaram a programação**
190 **ambulatorial especializada constante na PPI 1999/2000.** São 08 (oito) municípios
191 que não implantaram a PPI – 1999/2000: Cascavel, Umirim, Miraima, Jijoca de
192 Jericoacoara, Marco, Banabuiú, Antonina do Norte e Assaré. Desde maio do
193 corrente ano que encaminhamos ofício aos Secretários, chamando para fazer a
194 Programação e já estamos na primeira semana de Novembro e não compareceram.
195 Isto significa que as programações vigentes, tanto de ambulatório como de
196 internação, podem está incompatíveis com a capacidade real de oferta existentes
197 nestes município. Pois em outubro de 1999 tivemos que adequar as programações
198 as novas normas do MS. E não é justo mante-lo, colocando a responsabilidade
199 para a SESA/COVAC, pois as planilhas não estão assinadas pelos Secretários e

200 nem ajustadas ao novo teto financeiro dos recursos federais definidos quando da
201 programação. A CIB decidiu que as programações da assistência ambulatorial e de
202 internação destes municípios deveram ser ajustadas pela SESA/COVAC com base
203 na média dos valores pagos nos últimos 6 (seis) meses. **Item 6 da Pauta –**
204 **Discussão da solicitação de classificação do Hospital Maternidade Juvenal de**
205 **Carvalho como Hospital Amigo da Criança – Dra. Diva.** Após apresentação do
206 Relatório de Supervisão, que regista que este Hospital Maternidade está apto a
207 receber o Título de Amigo da Criança, o **Dr. Alex** chama atenção para a
208 necessidade de que sejam analisados outros pontos que não estão contemplados
209 no referido Relatório, mas que possibilitam uma visão mais ampla da assistência
210 prestada. Para que não se conceda um título tão importante a uma Unidade que
211 apresente algum tipo de irregularidade no Sistema e que não são vistas neste
212 Relatório. **Dra. Diva** fez questão de ressaltar que a Supervisão de técnicos da
213 SESA, e que os pontos supervisionados são os registrados na Portaria do MS. Mas
214 concorda com a preocupação do **Dr. Alex**. A CIB decidiu que a SESA através da
215 COVAC realizasse uma supervisão no Hospital Maternidade para analisar os outros
216 aspectos que asseguram a qualidade da assistência, devendo a mesma solicitação
217 retornar a esta Comissão. **Item 7 INFORMES. 7.1. Comunicado do CMS do**
218 **Crato: Demissão de Pessoal da SMS com fins de ajustar a Folha de Pagamento**
219 **à Lei de Responsabilidade Fiscal. 7.2. Portaria da SAS/MS nº 347 de 21/09/00 –**
220 **Consulta Pública as Propostas de Protocolos Clínicos e Diretrizes**
221 **Terapêuticas.** Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião,
222 determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária,
223 lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
224 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, vinte e sete de
225 outubro de dois mil.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 16ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2000
3
4

5 Aos dezessete dias do mês de novembro do ano dois mil, às nove horas, na
6 Sala de Reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida
7 Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima
8 Sexta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
9 Estado do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros:
10 Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Evaldo Sales Costa,
11 Coordenador da Saúde da SMDS/PMF, Maria Vilauva Lopes, Secretária da
12 Saúde de Aratuba, Paulo Antônio Martins de Lima, Secretário Municipal de
13 Saúde de Quixadá, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de
14 Gabinete/SESA, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Luiz
15 Odorico M. de Andrade, Secretário Municipal de Saúde de Sobral, Moacir
16 Sousa Soares, Presidente do COSEMS. Como convidados: Fátima Sales,
17 COMIRES/SESA, Ana Fonseca, SMS de Palmácia, Neusa Goya,
18 COSEMES, Gemano P. da Silva, SMS de Araripe. Madalena Azevedo, SMS
19 de Pentecoste, Iva Melo, COPOS/NUEPI. A reunião foi presidida por Vera
20 Coêlho que deu início a mesma pelo **Item 1 da Pauta – Certificação de**
21 **Municípios na Área de Epidemiologia e Controle de Doenças:**
22 Revisando as informações, a CIB já aprovou a certificação de 47 municípios,
23 já foram aprovados pela CIT, 43 com vigência a partir de 1º de novembro e
24 os 4 com vigência a partir de 1º de dezembro, os quais irão receber através
25 de transferência fundo a fundo os recursos correspondentes ao Teto de
26 Epidemiologia e Controle de Doenças e mais o Incentivo que é destinado a
27 essa área. O MS informou os primeiros que iria pagar no início da segunda
28 quinzena de dezembro. Hoje temos as solicitações de 14 municípios:
29 Jaguaribe, Quixadá, Palmácia, Quixelô, Iguatú, Granjeiro, Aratuba, Pereiro,
30 Nova Russas, Piquet Carneiro, Pentecoste, Itapajé, Fortaleza, Tamboril. A
31 Certificação dos 14 municípios foi aprovada através da Resolução da CIB
32 no. 18/2000, no uso de suas atribuições legais e considerando: I. Portaria
33 GM/MS no. 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamenta a
34 NOB.SUS 01/96 no que se refere as competências da União, Estados,
35 Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de
36 doenças e define a sistemática de financiamento. II. A Instrução Normativa
37 da FUNASA no. 002, de 5 de junho de 2000, que regulamenta os
38 procedimentos de Certificação de Municípios, Estados e Distrito Federal
39 para a Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.
40 RESOLVE: Art.1. Aprovar a Certificação dos Municípios para a Gestão das

41 Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, após conhecimento do
42 parecer favorável da Comissão Estadual de Descentralização para Jaguaribe,
43 Quixadá, Palmácia, Quixelô, Iguatú, Granjeiro, Aratuba, Pereiro, Nova
44 Russas, Piquet Carneiro, Pentecoste, Itapajé, Fortaleza, Tamboril. Art.2. Esta
45 resolução entrará em vigor na data de sua assinatura. **Item 2 da Pauta –**
46 **Solicitação de Cadastramento de Equipe do PSF junto ao SIA/SUS.** O
47 município de São Benedito solicita cadastramento de 01 (uma) equipe do
48 PSF junto a SIA/SUS. A CIB aprovou o cadastramento da equipe acima
49 solicitado. **Item 3 da Pauta – Discussão sobre a Reorganização da**
50 **Atenção Básica e Ambulatorial Especializada prestada pelo HGF – Dra**
51 **Niobe.** A proposta foi apresentada pela Dra. Niobe – Diretora Médica do
52 HGF que consiste na transferência de responsabilidade da assistência básica,
53 na forma de 1º acesso da população de Fortaleza aos serviços de saúde, para
54 a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS – Fortaleza,
55 como parte do Projeto de Reorganização da Assistência Prestada pelo HGF.
56 Esta Proposta se fundamenta na necessidade de dotar o Hospital de estrutura
57 de oferta compatível com o perfil planejado de Hospital Terciário. Desta
58 forma a SMDS/Fortaleza deve assumir a responsabilidade de oferta de
59 serviços básicos como porta de entrada do SUS na área de abrangência do
60 Hospital, ficando o mesmo com o atendimento básico necessário para
61 manter a assistência integral ao paciente admitido pelo Hospital. No tocante
62 ao atendimento ambulatorial especializado, o mesmo deverá ser
63 disciplinado, de tal forma que o atendimento seja exclusivo para pacientes
64 referenciados pelo Sistema. E que deverá ser definido pela CIB se o mesmo
65 se restringe a Macrorregião de Fortaleza ou se destinam também para as
66 Macros de Sobral e Cariri. Bem como a forma como se dará o
67 gerenciamento, se pelo Hospital, ou Central de Marcação de Consultas do
68 Estado/SESA, ou através das Centrais das Macros, com gerenciamento
69 municipal ou em conjunto SESA e municípios Pólos. Após a apresentação
70 da Proposta os membros da CIB presente levantaram algumas preocupações
71 de ordem geral em relação ao acesso dos pacientes do Interior referenciados
72 para os serviços de apoio secundários e terciários localizados na Capital,
73 tendo sido sugerido pela Vilauva que a SESA desenvolvesse um amplo
74 processo de informação e sensibilização para os Diretores das Unidades de
75 Saúde classificadas como apoio secundário e terciário, para que os mesmo
76 organizassem os seus serviços de forma tal que garantisse o atendimento
77 acordado quando da Programação aos pacientes referenciados pelos
78 municípios do Interior. No tocante a Proposta de Reorganização do HGF a
79 CIB.CE decidiu que: (1º) A atenção básica atualmente prestada pelo HGF, a
80 demanda espontânea, seja transferida para a rede básica de saúde da

81 SMDS/Fortaleza; (2^o) A transferência deverá ser planejada pela
82 SESA/Direção do Hospital e SMDS, para que a população de Fortaleza não
83 fique sem atendimento; (3^o) O Hospital continuará prestando atendimento
84 básico aos pacientes admitidos pelo mesmo, como forma de garantia da
85 assistência integral; (4^o) O atendimento ambulatorial especializado deverá
86 ser prestado aos pacientes referenciados, como forma de garantia de acesso;
87 (5^o) O acesso aos serviços ambulatoriais especializados deverá ser
88 disciplinado pela Central de Marcação de Consultas e Exames
89 Especializados da Macro (ou Micro) Fortaleza; (6^o) A capacidade de oferta
90 de serviços ambulatoriais especializados será utilizada para atender a PPI,
91 dando prioridade aos municípios da Micro – Fortaleza; e (7^o) O
92 gerenciamento desta Central deverá ser de responsabilidade da SMDS –
93 Fortaleza, sub gestão da SESA. **Item 4 da Pauta – Ajuste do TFAM de**
94 **Barbalha, Juazeiro do Norte e Fortaleza.** Barbalha com o teto atual de
95 R\$ 353.081,00, redução no SIH de R\$ 3.714,00 e com o teto ajustado para 1^o
96 de dezembro de R\$ 349.367,00. Juazeiro do Norte com o teto atual de R\$
97 569.573,00, redução no SIH de R\$ 547,00 e com o teto ajustado para 1^o de
98 dezembro de R\$ 569.026,00. Fortaleza com o teto atual de R\$ 6.845.189,00,
99 acréscimo no SIA/FAE de R\$ 315,00 e com o teto ajustado para 1^o de
100 dezembro R\$ 6.845.504,00. A CIB decidiu aprovar através das resoluções
101 No. 19/2000 da CIB/Ce, que no uso de suas de suas competências e
102 atribuições conferidas pelas Portarias do MS no. 545/93 e 2.203/96 e o seu
103 Regimento Interno; e Considerando que a Portaria SAS/MS no. 04/2000,
104 que regulamenta as alterações nos tetos financeiros de municípios em Gestão
105 Plena do Sistema Municipal; Considerando que os municípios de Cedro e
106 Paraíba em programação referenciam os exames anátomopatológico para
107 Fortaleza. Resolve: 1. Aprovar a alteração no teto financeiro mensal da área
108 programática – Teto Livre Mensal do Município de Fortaleza passando o
109 mesmo para R\$ 6.845.504,00 (seis milhões, oitocentos e quarenta e cinco
110 mil e quinhentos e quatro reais). 2. O valor adicional incorporado ao Teto
111 Livre Mensal no valor de R\$ 315,00 (trezentos e quinze reais) são referentes
112 a 24 exames de Paraíba (R\$ 222,00) e 10 exames de Cedro (R\$ 93,00) e
113 No. 20/2000 da CIB/Ce, que no uso de suas de suas competências e
114 atribuições conferidas pelas Portarias do MS no. 545/93 e 2.203/96 e o seu
115 Regimento Interno; e Considerando que a Portaria SAS/MS no. 04/2000,
116 que regulamenta as alterações nos tetos financeiros de municípios em Gestão
117 Plena do Sistema Municipal; Considerando que o município de Araripe já
118 possui capacidade de serviços cirúrgicos. Resolve: 1. Retirar do TFAM dos
119 municípios de Barbalha e Juazeiro do Norte os valores correspondentes as
120 referências de Araripe. 2. Aprovar as alterações nos tetos financeiros

121 mensais da área programática – Teto Livre Mensal dos Municípios de
122 Barbalha passando o mesmo para R\$ 349.367,00 (trezentos e quarenta e
123 nove mil e trezentos e sessenta e sete reais) e o de Juazeiro do Norte para
124 R\$ 569.026,00 (quinhentos e sessenta e nove mil e vinte e seis reais). **Item 5**
125 **da Pauta – Apreciação do parecer da COVAC sobre a solicitação de**
126 **cadastramento do Hospital Regional de Ipú.** O Relatório de Auditoria
127 realizada no Hospital Regional de Ipú, aponta que o mesmo não apresenta,
128 no momento, condições de credenciamento por deficiência de recursos
129 humanos para realizar os serviços ambulatoriais e de internações. A CIB
130 decidiu acatar a decisão e as recomendações feitas pela COVAC. **Item 6**
131 **da Pauta – Apreciação da solicitação de recursos federais adicionais**
132 **para o Hospital Jesus Maria José – Quixadá e Hospital São Vicente –**
133 **Barbalha.** A CIB apreciou as solicitações de acréscimos dos tetos dos
134 recursos federais apresentados pelas direções dos Hospitais Jesus Maria José
135 de Quixadá e do São Vicente de Barbalha, e resolveu adiar as discussões
136 para o início do próximo ano para contar com a participação dos novos
137 gestores. E pelo fato do Hospital São Vicente de Barbalha não ser
138 contemplado com a ajuda financeira do Tesouro do Estado, decidiu apoiar
139 solicitação feita ao Gabinete do Sr. Secretário, por se tratar de uma Unidade
140 de Referência Secundária. **Item 7 da Pauta – INFOMES: 7.1.**
141 **Conferência Estadual de Saúde.** A III Conferência Estadual da Saúde irá
142 acontecer no período de 20 a 22.11.2000 no Centro de Convenções. Com a
143 programação: 20/11/00 Conferência de Abertura. Efetivando o SUS: Acesso,
144 Qualidade Humanização na Atenção à Saúde com o Controle Social.
145 Conferencista – José Jackson Coelho Sampaio – Pró - Reitor de Pós
146 Graduação e Pesquisa – UECE. No dia 21.11.00 Estruturação das Mesas : I).
147 **Mesa Redonda:** Acesso aos serviços de saúde. Expositores : Ana Maria A
148 Figueiredo de Sousa – Médica Sanitarista Mestre em Saúde Pública, Antônio
149 Luiz Ramalho Campos, Médico Pediátrico e Ex. Secretário de Saúde de
150 Brasília – DF, Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Médico – Secretário
151 Municipal de Saúde e Desenvolvimento de Sobral. Coordenador – Francisco
152 das Chagas Dias Monteiro – Médico Sanitarista Representante do Ceará no
153 CFM, Secretário - José Teles dos Santos – Técnico em Seg. do Trabalho
154 Conselho Estadual Representante dos profissionais de Saúde de Nível
155 Médio. II.) **Mesa Redonda:** Qualidade e Humanização dos Serviços de
156 Saúde. Expositores: Anastácio de Queiroz – Secretário da Saúde do Estado
157 do Ceará - Presidente do CONASS – Presidente do CESAU. Lígia Assunção
158 Amaral – Psicóloga Professora da USP. Renato César Ferreira – Mestre em
159 Saúde Bucal Coletiva pela UFMG e professor da PUC-MG. Coordenador
160 Mário Mamede Filho – Médico Ortopedista e Traumatologista – Diretor do

161 Sindicato dos Médicos/CE. Secretária Maria Josefina da Silva – Enfermeira
162 Mestre em Sociologia e Docente da UFC. III) Mesa Redonda. Controle
163 Social. Expositores: Carlo Henrique Goretto Zannetti – Cirurgião – Dentista
164 Professor da UNB – Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de
165 Saúde da Fundação Osvaldo Cruz, Marina Valadão – Médica Sanitarista
166 Consultora do Ministério da Educação – DF, Raquel Rigotto – Médica do
167 Trabalho – Professora do Departamento de Saúde Comunitária – UFC.
168 Coordenador – Moacir de Sousa Soares – Secretário Municipal de Saúde de
169 Crateús - Presidente do COSEMS. Secretária – Maria de Fátima Castro Dias
170 – Médica Gineco – Obstetra Mestrada em Saúde Pública – Pres. do
171 Sindicato dos Médicos do Ceará. No dia 22/11.00. Trabalhos de Grupos .
172 Plenária Fina. Relator – Coordenador – Francisco das Chagas Dias
173 Monteiro. Relatores Adjuntos: José Policarpo Mota, Maria Valdelice Mota,
174 Rogério Teixeira Cunha, Francisca Lúcia Nunes de Arruda. **7.2.Documento**
175 **de Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a**
176 **Descentralização com Garantia de Equidade no Acesso – MS.** Foi
177 entregue aos membros presentes cópia do referido documento para
178 conhecimento. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a
179 reunião, determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos, servindo
180 como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos
181 membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará.
182 Fortaleza, dezessete de Novembro de dois mil.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 17ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2000
3
4

5 Aos quatro dias do mês de dezembro do ano dois mil, às dezesseis horas, na
6 Sala de Reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida
7 Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima
8 Sétima Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
9 Estado do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros:
10 Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Maria Vilauva Lopes,
11 Secretária Municipal de Saúde Aratuba, Moacir Sousa Soares, Presidente do
12 COSEMS, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de
13 Gabinete/SESA, Joaquim Clemetino, Secretário Municipal de Saúde de
14 Maracanaú, Francisco Celso C. Secundino, Secretário Municipal de Saúde
15 de Icapuí, Evaldo Sales Costa, Coordenador de Saúde SMDS/PMF, Jurandi
16 Frutuoso Silva, Secretário Municipal de Saúde de Pedra Branca, Alexandre
17 José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão,
18 COVAC/SESA, Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, João
19 Urânio N. Ferreira, Secretário Municipal de Saúde de Horizonte. Como
20 convidados: Antônio Nei de Sousa, Vice – Prefeito de Pereiro, Tomaz
21 Martins Júnior, SMS de Sobral, Neusa GoYa, COSEMS. A reunião foi
22 presidida por Vera Coêlho que deu início a mesma pelo Item Único da
23 Pauta – Discussão e Apreciação do Documento: Regionalização da
24 Assistência à Saúde – MS. Vera disse que o objetivo desta reunião é dar
25 conhecimento aos membros da CIB da proposta do Ministério da Saúde -
26 MS que trata da regionalização e da habilitação e obter sugestões para
27 aperfeiçoamento da mesma. Em seguida apresentou o conteúdo básico do
28 documento: **Regionalização da Assistência à Saúde - MS**, que consta de:
29 (I) A Elaboração do Plano Diretor Regionalização da Assistência, é
30 exigência para o desenvolvimento do processo de habilitação da gestão e da
31 classificação da assistência. Este Plano deverá descrever a proposta de
32 regionalização da saúde no Estado e identificar a capacidade de oferta X
33 resolutividade dos serviços nos municípios. Devendo o mesmo ser aprovado
34 na CIB e no CESAU; (II) Níveis de Gestão, os municípios poderão ser
35 habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPABA ou na
36 Gestão Plena de Sistema Municipal - GPSM. As responsabilidades e
37 exigências descritas na NOB.96 foram modificadas. Os municípios que
38 atualmente se encontram habilitados na GPSM, serão habilitados na GPAB
39 e deverão se estruturarem para se habilitarem na GPSM de conformidade
40 com a nova proposta; (III) A Classificação da Assistência se dará em 4

41 níveis: 1º) PAB Ampliado; 2º) Microrregiões na Assistência à Saúde; 3º)
42 Média Complexidade, e 4º) Alta Complexidade. A classificação é definida a
43 partir do nível de complexidade dos serviços ofertados a população. No
44 primeiro nível, o município deverá garantir a oferta do conjunto de
45 procedimentos que configuram a Atenção Básica Ampliada considerados
46 essenciais para assegurar uma assistência aos grupos: Criança menor de 5
47 anos, Mulher, Tuberculosos, Hansenianos, Hipertensos, Diabéticos e
48 Assistência em Saúde Bucal. Neste nível o financiamento será definido com
49 base num valor per capita nacional a ser estabelecido pelo MS. Os
50 municípios que já receberam um PAB no valor maior do que o PAB
51 ampliado não fará jus ao acréscimo. A aprovação é de responsabilidade da
52 CIB (que deverá analisar se o município atende os requisitos estabelecidos
53 na norma) e homologada pela CIT. No segundo nível o município deverá
54 está habilitado na GPSM e garantir a oferta no seu território dos serviços de
55 média complexidade como 1º nível de referência para a atenção básica para
56 toda a população no âmbito microrregional - ambulatoriais, apoio
57 diagnóstico e terapêutico e de internação. Será definido um valor per capita
58 nacional para a área de ambulatório a ser definido pelo MS e o
59 financiamento das internações hospitalares será definido pela PPI
60 compatibilizada com o Teto dos Recursos Federais do Estado. Nas
61 microrregiões não qualificadas o financiamento dos procedimentos
62 ambulatoriais será por produção. A qualificação será feita em bloco de
63 municípios que integram a microrregião, que atenderem as exigências
64 estabelecidas e a aprovação é da competência da CIT. No terceiro nível, o
65 município deverá prestar serviços ambulatoriais especializados e
66 hospitalares para atendimento de uma população residente numa região de
67 saúde. As SES deverão estabelecer as prioridades, parâmetros físicos e
68 financeiros respeitado o Teto Financeiro do Estado, o valor per capita
69 estadual para cada grupo de programação ambulatorial, e a programação de
70 internação deverá identificar o atendimento aos pacientes locais e os
71 referenciados de outros municípios e a mesma definirá o Teto Financeiro.
72 No quarto nível, representa o conjunto de procedimentos descritos na
73 Portaria da SAS/MS N.º 96 (27/03/00), republicada em 01/06/00. O Gestor
74 Estadual assumirá as funções intransferíveis de definição de prioridades
75 assistências de programação, e os municípios em GPSM assumem as
76 funções de organização dos serviços de alta complexidade em seu território
77 – comando único sobre os prestadores envolvendo a programação das metas
78 físicas e financeiras, condução do processo de contratação, autorização dos
79 procedimentos e efetivação dos pagamentos, definição de fluxos e rotinas,
80 de controle, avaliação e auditoria. O financiamento será através do FAEC,

81 com o teto definido para cada Estado. O item (IV) Trata dos Instrumentos e
82 Mecanismos para Fortalecimento da Gestão: a Programação de Assistência,
83 o Controle e Avaliação, o Processo Regulatório da Assistência, e os Termos
84 de Compromissos para garantia de acesso entre os níveis de governo
85 (Estadual e Municipal) para os hospitais públicos sob gestão de outro nível
86 de governo. Após discussão a CIB.CE selecionou as sugestões que
87 considerou de maior relevância para apresentar no Fórum do CONASS. As
88 sugestões são: (1^a) Que os serviços de média complexidade como 1º nível de
89 referência para a atenção básica possa ser prestado para toda a população no
90 âmbito microrregional em mais de um município. A justificativa é de manter
91 a Proposta de Diretrizes de Regionalização da Atenção e dos Serviços que
92 vem sendo implantada no Estado, que classifica a área de assistência
93 microrregional como um conjunto de serviços prestados a população sem
94 que estejam localizados em um único município. Caso não seja aceita esta
95 sugestão, vê a possibilidade de numa microrregião se ter mais de um
96 município como apoio para referência deste 1º nível. (2^a) Que seja excluído
97 o elenco de procedimentos da atenção Básica Ampliada o atendimento
98 médico com observação de 24 horas, e excluído a observação de 8 horas.
99 Dado a dificuldade de assegurar se atendimento em municípios de pequeno
100 porte. (3^a) Que os pisos per capita nacionais para o PAB Ampliado e
101 Microrregiões de Assistência à Saúde sejam acrescidos ao valor per capita do
102 PAB independente do valor atualmente recebido. Nada mais havendo a
103 tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D'Arc
104 Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que
105 vai por mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite
106 da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, quatro de dezembro de dois mil.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 18ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2000
3
4

5 Aos vinte dias do mês de dezembro do ano dois mil, às nove horas, na Sala
6 de Reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida Almirante
7 Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Oitava
8 Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado
9 do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Vera
10 Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Moacir de Sousa Soares, Presidente
11 do COSEMS, Joaquim Clemetino, Secretário de Saúde de Maracanaú, João
12 Urânio N. Ferreira, Secretário de Saúde de Horizonte, Francisco Evandro T.
13 Lima, COMIRES, Maria Imaculada Fonsêca, CODAS/CEOAP, Maria do
14 Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA, Alexandre
15 José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA. Como convidados: Cláudia Alves
16 Leite, SMS de Brejo Santo, Jaqueline G. Araújo, SMS de Brejo Santo, Lúcia
17 Prado, SMS de Icó, Síria, SMS de Pereiro, Tatyana Neves Duarte, SMS de
18 Jaguaribe, Paulo, SMS Iracema, Evadar Ximenes, SMS de Canindé. A
19 reunião foi presidida por Vera Coêlho que deu início a mesma pelo **Item 1**
20 **da Pauta – Certificação de Municípios na Área de Epidemiologia e**
21 **Controle de Doenças:** Revisando as informações, a CIB já aprovou a
22 certificação de 68 municípios representando 36,9% total de município do
23 Estado. Hoje temos 07 municípios com parecer favorável do NUEPI para
24 serem certificados: Maranguape, Missão Velha, Fortim, Iracema, Saboeiro,
25 Baturité e Ibaretama. Estão aptos a receber recursos com vigência a partir de
26 01/11/00 47 municípios. Enviados para a CIT em 15/12/00 14 municípios
27 com vigência a partir de 01/01/01 e com vigência a partir de 1º de dezembro
28 de 2000 mais 4 municípios já certificados pela CIT. Os 14 municípios
29 certificados pela CIT em 15/12/00 terão vigência a partir de 1º de janeiro de
30 2001. A Certificação dos 07 municípios foi aprovada através da Resolução
31 da CIB no. 22/2000, no uso de suas atribuições legais e considerando: I.
32 Portaria GM/MS no. 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamenta a
33 NOB.SUS 01/96 no que se refere as competências da União, Estados,
34 Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de
35 doenças e define a sistemática de financiamento. II. A Instrução Normativa
36 da FUNASA no. 002, de 5 de junho de 2000, que regulamenta os
37 procedimentos de Certificação de Municípios, Estados e Distrito Federal
38 para a Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.
39 RESOLVE: Art.1. Aprovar a Certificação dos Municípios para a Gestão das
40 Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, após conhecimento do

41 parecer favorável da Comissão Estadual de Descentralização para
42 Maranguape, Missão Velha, Fortim, Iracema, Saboeiro, Baturité e
43 Ibaretama. Art.2. Esta resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.
44 **Item 2 da Pauta – Solicitação de Cadastramento de Equipe do PSF**
45 **junto ao SIA.** Vera fez um comentário que antes das eleições 15
46 municípios no Estado estavam sem Equipes do PSF. Após as eleições esta
47 situação se agravou já estamos com um total de 21 municípios. Mas alguns
48 municípios estão expandido o Programa, hoje 3 municípios estão
49 solicitando o cadastramento de equipe do PSF junto ao SIA: Jardim
50 01(uma) equipe, Maracanaú 02 (duas) equipes e Sobral 02 (duas) equipes.
51 Todas as solicitações foram aprovadas pela CIB. **Item 3 da Pauta –**
52 **Apresentação da Plataforma para Reorientação da Atenção a Saúde**
53 **Mental no Ceará.** O Professor José Jackson Coêlho Sampaio - Pró – reitor
54 de Pós Graduação e Pesquisa da UECE apresentou o documento:
55 Plataforma para Reorientação da Atenção a Saúde Mental no Ceará,
56 elaborado na I Oficina de Saúde Mental, realizada nos dias 26,27 de maio de
57 2000 em Sobral, como promoção do COSEMS/CE que contou com a
58 participação da Prefeitura Municipal de Sobral e Representantes de
59 Usuários, de Familiares de Usuários, de Trabalhadores de Saúde Mental, de
60 Professores Universitários, Secretários Municipais de Saúde e Convidados
61 Especiais, totalizando 120 participantes. O documento conta na 1ª Parte da
62 sua fundamentação e na 2ª parte das Propostas. Os pontos ressaltados na
63 Fundamentação são: (1) - Uma política de saúde, baseada nos princípios da
64 universalidade de cobertura, da equidade de oferta de atenção para igualdade
65 de resultados finais, da descentralização democrática, da integralidade e da
66 complexidade, não pode realizar-se plenamente sem uma política de saúde
67 mental. (2) - Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e Saúde da Família
68 compõem tríade básica de políticas, simultaneamente setoriais e integradas
69 estrategicamente voltadas para uma perspectiva da atenção primária e de
70 sistemas locais de saúde, sob controle social efetivo, indispensáveis ao
71 funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS. (3) - Uma política
72 pública de saúde mental, fiel às duas proposições anteriores, deve focar,
73 além daqueles direitos já clássicos como o de boa qualidade de vida e o de
74 exercício pleno da cidadania, um novo direito que emerge na consciência
75 social, o da expressão criativa e livre da subjetividade. (4) - A articulação
76 entre cidadania qualidade de vida, expressão da subjetividade e saúde
77 mental obriga ao desenvolvimento de uma lógica de cuidados (promoção de
78 saúde, educação em saúde, prevenção de transtornos, tratamento e
79 habilitação social) que atente para as especificidades demográficas
80 econômicas, sócio-culturais e psicossanitárias de cada município, além de

81 grande flexibilidade para mudanças a cada alteração de paradigmas
82 históricos. (5) - O atual modelo de assistência psiquiátrica, baseado na
83 hospitalização integral sob regime asilar não mais se sustenta, clínica,
84 epidemiológica e psicossocialmente. (6) - O processo de substituição do
85 modelo assistencial asilar, excludente e mortificador, para o de atenção
86 psicossocial, habilitador e cidadão, deve ser imediatamente posto em
87 marcha, porém de maneira planejada e serena, garantindo o financiamento
88 continuado do novo modelo e sua plena capacidade de ser efetivo, sob
89 hegemonia do setor público. (7) - No Ceará, a história do processo de
90 substituição do modelo assistencial asilar já apresenta três fases
91 importantes: a) até 1991, a denúncia do asilo e experiências precursoras
92 como o Programa Integrado de Saúde Mental – PISAM; b) de 1991 a 1998,
93 realização da I Conferência Estadual de Saúde Mental, aprovação da Lei
94 Estadual de Reforma Psiquiátrica e Criação de Projetos alternativos, bem
95 sucedidos que foram os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Iguatú,
96 Canindé, Quixadá, Cascavel, Aracati, Icó, Juazeiro do Norte e Sobral; c) de
97 1998 a 2000, adoção do modelo de CAPS por mais seis municípios,
98 aceitação pelo Governo Estadual de incluir um CAPS em cada sede de
99 Microrregião de Saúde (em número de 21), aceitação pelo Governo
100 Municipal de Fortaleza de incluir um CAPS em cada Secretaria Executiva
101 Regional da Cidade (em número de 6), realização do I Encontro Estadual de
102 CAPS, promovido pela Universidade Estadual do Ceará – UECE – e
103 desenvolvimento pós graduação em saúde mental coletiva pela UECE e
104 ESP/CE. (8) - Com a presente Oficina, promovida pelo COSEMS/Ce em
105 parceria com a Secretaria Municipal de Sobral, uma nova fase pode estar
106 sendo iniciada, sobretudo devido ao acréscimo dos secretários municipais de
107 saúde ao conjunto de atores que vem lutando pela implantação de reforma
108 psiquiátrica no Ceará. (9) Acrescente-se a intervenção com posterior
109 fechamento da Casa de Repouso Guararapes (Hospital Psiquiátrico),
110 promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de
111 Sobral, em março e maio de 2.000 respectivamente. (10) - Os CAPS do
112 Ceará, respeitando as peculiaridades locais, apresentam uma lógica
113 organizacional e objetivos mais amplos e mais críticos, diferenciando-se
114 daqueles que orientam os aparelhos de mesmo nome que surgiram no
115 Sudeste do País. No Ceará, os CAPS estão identificados com a idéia de
116 dinamização de uma política municipal, de coordenação de uma rede
117 municipal, internação psiquiátrica em Hospital Geral e de integração mútua
118 com o Programa Saúde da Família da Família e outros programas. As
119 Propostas são formuladas em princípios estratégicos: (1) - Princípios: a)
120 Integração com os princípios do SUS; b) Perspectiva na atenção primária

121 com foco na promoção de saúde; c) Perspectiva na intersetorialidade, com
122 foco na parceria e na integração planejada das ações; d) Construção
123 democrática da habilitação psicossocial, com foco na qualidade de vida nos
124 direitos humanos, na cidadania e na expressão criativa e livre da
125 subjetividade; e) Diferenciação do modelo por parte de município, com foco
126 na magnitude populacional, no perfil demográfico-ocupacional e no perfil
127 psicossanitário. (2) - Estratégias: (2.1) - Estratégia radial microrregional: a)
128 Visando garantir alternativa imediata ao sistema hospitalar instalado, retirar
129 da Capital do Estado a convergência da atenção e das AIH e consolidar
130 centros a partir dos quais sejam montadas as redes municipais de saúde
131 mental. O poder público deve implantar ou consolidar, imediatamente, um
132 CAPS em cada Microrregião de Saúde do Estado e um CAPS em cada
133 Secretaria Executiva Regional de Fortaleza, resultando na consolidação ou
134 implantação de 27 unidades em princípio; b) Numa fase subsequente,
135 identificar municípios com considerável densidade populacional, interesse
136 político e demanda epidemiológica para montar mapa de expansão de
137 CAPS. (2.2) - Estratégias de construção de redes municipais por porte do
138 município: a) Distinção de portes: pequeno porte (municípios menores que
139 40.000 habitantes), médio porte (municípios de 40 a 100.000 habitantes),
140 metropolitano (Juazeiro do Norte, Sobral, Maracanaú, Caucaia e Fortaleza);
141 b) Pequeno porte – presença de equipe mínima de saúde mental, sistema de
142 referência com município de médio porte da microrregião, atenção
143 comunitária e envolvimento total com o Programa de Saúde da Família –
144 PSF e elaboração de projeto adequado ao perfil psicossanitário a ser
145 financiado com recursos do SUS; c) Médio porte – existência de política
146 municipal, lei municipal, comissão municipal de saúde mental ligada ao
147 Conselho Municipal de Saúde, rede de serviços municipais de complexidade
148 média em acordo com o perfil psicossanitário, atenção comunitária ligada ao
149 PSF e a atenção domiciliar integradas e coordenadas pelo CAPS, retaguarda
150 de internação em hospital geral; d) Porte metropolitano – existência da
151 política municipal, lei municipal e de comissão municipal de saúde mental
152 ligada ao Conselho Municipal de Saúde; rede de serviços municipais de
153 complexidade plena em acordo com o perfil psicossanitário, incluindo por
154 exemplo, Hospital – Dia, Residência Terapêutica, Emergência Integrada e
155 Emergência Geral Regionalizada, Retaguarda de Internação em Hospital
156 Geral, Oficinas Terapêuticas Auto- Expressivas, Oficinas Terapêutica de
157 Profissionalização e Habilitação Social; CAPS Coordenando e articulando
158 políticas, programas e serviços , também incluindo atenção domiciliar e
159 comunitária em parceria com PSF e demais programas. (2.3) - Formação de
160 Pessoal: a) Educação continuada , através de oficinas de vivência,

161 seminários de atualização, mini-cursos temáticos , eventos e formação de
162 biblioteca específica, sob responsabilidade municipal; b) Formação
163 sistemática, estruturada, através de Cursos de Especialização e de Residência
164 Interdisciplinares em Saúde Mental, sob responsabilidade estadual, que pode
165 usar a publicação de editais, respeitando pólos de formação instalados e a
166 parceria com universidades. (2.4) - Financiamento: a) A rubrica
167 investimento, em CAPS deve contemplar equipamentos e programas de
168 informação, com prontuários eletrônicos; equipamentos e programas de
169 educação continuada; oficinas auto – expressivas, obras e instalações; b) A
170 rubrica custeio, em CAPS, deve contemplar pessoal, medicamentos
171 (responsabilidade federal já assegurada) e alimentação (responsabilidade
172 municipal); c) O financiamento de CAPS, considerando a despesa média
173 mensal de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais) / mês deve ser de
174 responsabilidade das três esfera de governo; d) É necessário sensibilizar o
175 governo federal para, além da cobertura medicamentosa, criar um incentivo,
176 dentro do PAB variável, para municípios que estejam praticando políticas de
177 saúde mental identificadas com os princípios da reforma psiquiátrica,
178 independente do porte e da complexidade da rede projetada. Os municípios
179 de pequeno e médio porte devem ser priorizados, com isso reduzindo a
180 pressão de demanda sobre os grandes centros. Após apresentação os
181 participantes manifestaram-se: Imaculada - as ações deverão ser
182 classificadas por nível e não por porte populacional; sugere que seja
183 elaborado módulos de condutas e que sejam incluídos no conteúdo dos
184 treinamentos das equipes do PSF. Aquino - justifica pela dificuldade de
185 fazer o corte por nível de complexidade, por isto foi feito por porte
186 populacional. Alex – ressalta os avanços da Proposta na concretização de
187 Reforma Psiquiátrica no Estado, o Financiamento já decidido pelo CESAU é
188 de que os recursos de internação sejam transferido para o ambulatório
189 (CAPS). Idalba – deve ser incluído no Curso Introdutório do PSF, da
190 ESP/Ce, conteúdo sobre a Saúde Mental. Solicita que seja revisto as
191 referências para os CAPS de apoio microrregional. E indaga, por que os
192 supervisores dos CAPS não integram a Coordenação Estadual de Saúde
193 Mental? Professor Jackson - Sobral já trabalha com um sistema de formação
194 independente da ESP/CE é por isso que a proposta não deve ser restrita a
195 ESP/Ce. A supervisão não tem nada a vê com a Coordenação, são funções
196 diferentes. A supervisão trabalha com os profissionais. Melani – coloca que
197 em Fortaleza pelo contingente populacional é muito difícil trabalhar de forma
198 coerente com esta Proposta. Maluce – diz que a Casa de Saúde São
199 Gerardo – Instituição Privada está aliada a proposta e que já se encontra em
200 pleno funcionamento o Hospital Dia. E que a média de internação de

201 pacientes, não crônicos, vem se reduzindo dia a dia. Aquino - participação
202 do COSEMS.Ce como Instituição aliada a SESA na busca da Reforma
203 Psiquiátrica no Estado. Após as discussão a CIB decidiu incluir esta
204 Proposta no elenco das discussões de revisão do Plano de Reorganização da
205 Atenção e dos Serviços da Saúde do Estado a ser submetida a Apreciação e
206 aprovação pelo CESAU, que é responsável pela formulação de Políticas de
207 Saúde no Estado. **Item 4 da Pauta – Apreciação dos pareceres das**
208 **auditorias. 4.1. Responsabilidade de Gestão do Município de Itatira.** A
209 CIB apreciou o Relatório de Auditoria da Coordenadoria de Vigilância,
210 Avaliação e Controle do Estado e decidiu suspender a condição de Gestão
211 da Atenção Básica e os efeitos financeiros atribuídos ao Município de
212 Itatira, em virtude de atualmente o mesmo não apresentar condições
213 técnico-administrativa para assumir as responsabilidades de gestão descritas
214 na NOB 01/96. **4.2. Omissão de assistência médica em 2 hospitais do**
215 **Crato.** Uma denúncia de omissão de assistência médica em 02 (dois)
216 hospitais São Francisco de Assis e o Pediátrico Monsenhor Rocha
217 localizados no município do Crato, foi constatado pelo COVAC/SESA que
218 ambos se encontram habilitados para prestar atendimento de Urgência e
219 Emergência junto ao SUS. A CIB apreciou a presente denúncia e decidiu
220 encaminha - la ao Ministério Público, tendo em vista que os hospitais São
221 Francisco de Assis e o Pediátrico Monsenhor Rocha localizados no
222 municípios do Crato integram o SUS e se encontram cadastrados e com
223 programação para atendimento de urgência e emergência, caracterizando
224 omissão de socorro. Esta decisão está sendo encaminhada ao Gabinete do
225 Secretário Estadual de Saúde para providências. **Item 5 da Pauta –**
226 **Apreciação do parecer da Coordenadoria Microrregional de Saúde de**
227 **Icó em relação a Programação de Ambulatório Especializado do**
228 **Município de Icó.** O Relatório de Avaliação da Unidade de Saúde - Centro
229 de Saúde de Icó – Viva Mulher (cod 45071) em relação a Programação das
230 Ações de Assistência, realizada pelos técnicos da 17ª Microrregião de Saúde
231 de Icó, comprova que o remanejamento de metas físicas e financeiras da
232 Unidade Fvilantropica cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS para a
233 Unidade Municipal não apresenta critérios técnicos aceitáveis, pois a mesma
234 não possui condições atuais para, realização dos procedimentos
235 programados. Foram anexados os Relatórios , Ofícios e Boas da Unidade
236 que sofreu redução de metas, mas que continuam realizando em Novembro
237 os procedimentos de acordo com a programação anterior para que a
238 população não ficasse sem assistência. Após ouvir a Secretária Municipal
239 de Saúde de Icó e a Gerente Microrregional de Saúde da SESA a CIB
240 decidiu acatar a decisão já adotada pela Direção da SESA que é reformular

241 a programação de ambulatório especializado do município de Icó, alocando
242 as metas anteriormente definidas (e orçamento) para o prestador: Casa de
243 Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes e anular as metas (e
244 orçamento) do Centro de Saúde de Icó – Viva mulher que o mesmo não
245 possui condição de execução. Esta decisão será revista no momento que o
246 Centro apresente condições adequadas para ofertar os serviços programados
247 na PPI - 2000. E ainda, que a COVAC deverá enviar a SMS cópia do
248 Relatório para que a mesma possa adotar as providências que se fazem
249 necessárias. **Item 6 da Pauta – Revisão dos Tetos Financeiros da**
250 **Assistência dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.** A
251 CIB/CE aprovou através da Resolução 23/2000 da CIB/CE, que no uso de
252 suas competências e atribuições conferidas pelas Portarias do MS Nºs
253 545/93 e 2.203/96 e o seu Regimento Interno; e CONSIDERANDO que a
254 Portaria SAS/MS Nº 04/2000, que regulamenta as alterações nos tetos
255 financeiros de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal;
256 CONSIDERANDO que com a implantação da PPI.2000 o Teto Financeiro
257 da Assistência Municipal – TFAM dos municípios em Gestão Plena do
258 Sistema Municipal – GPSM sofreram alterações; CONSIDERANDO a
259 necessidade de ajustar os TFAM dos municípios em GPSM a capacidade de
260 oferta de ambulatório especializado e de internação prestados a população
261 residente e a proveniente de outros municípios. RESOLVE: 1. Alterar os
262 TFAM mensais dos municípios: Acopiara – R\$ 101.462,00, Aratuba R\$
263 14.991,00, Barbalha R\$ 388.301,00, Baturité R\$ 117.323,00, Brejo Santo R\$
264 151.006,00, Canindé R\$ 246.120,00, Capistrano R\$ 53.142,00, Crateús R\$
265 356.358,00, Crato R\$ 545.106,00, Fortim R\$ 13.659,00, Icapuí R\$
266 24.679,00, Iguatú R\$ 407.254,00, Iracema R\$ 28.107,00, Itapiuna R\$
267 28.040,00, Jaguaribe R\$ 73.099,00, Juazeiro do Norte R\$ 581.248,00,
268 Maracanaú R\$ 1.248.169,00, Marco R\$ 30.118,00, Nova Russas R\$
269 56.716,00, Pacoti R\$ 18.029,00, Pedra Branca R\$ 68.006,00, Pereiro R\$
270 10.798,00, Quixadá R\$ 231.452,00, Quixeramobim R\$ 134.720,00, Santana
271 do Acaraú R\$ 45.747,00, Sobral R\$ 1.766.820,00 e Tamboril R\$ 58.079,00.
272 Em relação ao Teto Financeiro do Município de Fortaleza, pelo fato de que
273 os serviços se encontram sob gestão da SESA e da SMDS/Fortaleza, o ajuste
274 deverá ser feito por uma Comissão Técnica composta por representantes da
275 SESA (COVAC e COPOS), SMDS/Fortaleza e do COSEMS/CE. **Item 7 da**
276 **Pauta. INFORMES. 7.1. Cronograma de Reuniões da CIB.Ce – 2001.**
277 Foi feito a distribuição do cronograma de reuniões aos participantes para
278 conhecimento. **7.2. Normatização do MS: Reorganização da Assistência**
279 **à Saúde e a de Cadastramento de Estabelecimento de Saúde.** Vera
280 informa que foi aprovado pela a CIT em 15 de dezembro do corrente a

281 Normatização da Assistência à Saúde. E informa também que a Portaria
282 SAS/MS no. 376, de 03 de outubro de 2000, determina o processo de
283 Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e as condições para
284 efetivação da inclusão dos mesmo no novo Cadastro Nacional, que está
285 previsto para vigorar a partir de outubro de 2001. **7.3. Assunto**
286 **selecionados pelo COSEMS para Inclusão em Pauta da CIB.CE 2001.** O
287 COSEMS solicita incluir em Pauta os assuntos: 1. Organização e
288 operacionalização das Micro e Macrorregiões de Saúde, 2. Atenção à Saúde
289 Mental, 3. Descentralização dos serviços de epidemiologia e controle de
290 doenças e 4. Programa da Saúde da Família. Nada mais havendo a tratar, a
291 CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D'Arc Taveira
292 dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por
293 mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da
294 Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, vinte de dezembro de dois mil.