

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO DE 2003**
3
4

5 Aos vinte dias do mês de janeiro do ano de dois mil e três, na sala de reunião do CESAU, da
6 Secretaria de Saúde do Ceará, situada na Av. Almirante Barroso Nº 600, em Fortaleza, capital do
7 Ceará, realizou-se a 1ª Reunião da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará, do ano dois mil e
8 três. Compareceram, representando a SESA, Dra. Diana Carmem de Oliveira, Coordenadora da
9 COVAC, Isabel Cristina Cavalcante Carlos, Coordenadora da CODAS, Fco. Evandro Lima,
10 coordenador da COMIRES, Alexandre Mont'Alverne, Coordenador da COPOS, Jurandi
11 Frutuoso Secretário da Saúde do Estado e Vera Maria Câmara Coêlho, gerente da CEPPE .
12 Representando o COSEMS, a Vilauva Maria Lopes, e pelos Municípios de pequeno, médio e
13 grande porte, respectivamente, o Rogério Teixeira Cunha, Secretário de Saúde de Umirim,
14 Eliade Bezerra Duarte Secretário de Saúde de Iguatú e Carlos Alberto Komora, Secretário de
15 Saúde de Maracanaú. Representando o município de Fortaleza, compareceu o José Aluisio da
16 Silva Lopes, e o município de Caucaia, o Carlos Smith Monteiro, Secretário de Saúde daquele
17 município. Como convidados estiveram presentes, a Regina Ribeiro da CREATE, Sílvia
18 Regina Lima, do COSEMS, Sueli Frota de São Luis do Curu e Georgia Macedo Rosa do Rim
19 Centro. A Coordenadora da CIB, Vera Câmara Coelho, Gerente da Célula de Política e
20 Planejamento Estratégico e Secretária Executiva da CIB, abriu a Sessão anunciando que a
21 primeira reunião do novo ano coincidia com o início da nova administração da SESA e começou
22 os trabalhos com o **1º item de pauta: Modificações nas Representações dos Municípios e da**
23 **SESA na Comissão Intergestores Bipartite do Ceará.** Informou as duas alterações havidas na
24 representação da SESA, a começar pela função de Presidente, que foi ocupada automaticamente
25 pelo Jurandi Frutuoso Silva, por haver assumido o cargo de Secretário da Saúde do Estado.
26 Como Suplente, a Jocileide Sales Campos, Coordenadora Geral de Gabinete, que não estava
27 presente para a apresentação por estar viajando. Em seguida solicitou a atenção do Dr. Jurandi,
28 para a importância da participação do Secretário nas reuniões da Comissão Intergestores
29 Bipartite, vez que, durante as duas administrações anteriores, o Secretário não teve uma efetiva
30 participação nas reuniões da CIB, não obstante ser a Bipartite uma das prioridades da agenda do
31 Secretário Estadual. Prosseguindo, informou que, com a saída do Dr. Jurandi do COSEMS,
32 assumiria a Presidência daquele Conselho a Maria Vilauva Lopes, ficando vago o cargo de
33 Suplente que ela, Vilauva ocupara até então. Quanto às representações dos municípios, a única
34 alteração se deu em relação ao município de Fortaleza, que comunicou, através de ofício, a
35 indicação de Galeno Taumaturgo Lopes, que teria assumido o cargo de Secretário da Saúde de
36 Fortaleza, em lugar do Aldrovando. Finalizando a apresentação do item, Vera Coêlho
37 recapitulou as mudanças e apontou a necessidade de nomeações na SESA para que se
38 procedessem as alterações na representação da Secretaria Estadual da Saúde na CIB.
39 Prosseguindo, passou a palavra ao Jurandi que precisava se retirar para ir à reunião dos
40 Secretários de governo. **Dr. Jurandi** declarou que como membro da CIB sempre questionou a
41 ausência do Secretário já que muitos assuntos de pauta ficavam sem resposta imediata ou mais
42 eficiente, mas, advertiu, que é preciso compreender que às vezes o Secretário tem compromissos
43 que coincidem com a Bipartite, porém afirmou que é sua intenção estar presente às reuniões da
44 Bipartite e que sua agenda de trabalho será pautada a partir do cronograma das reuniões da
45 CIB/CE. **Vilauva** disse que estaria assumindo a presidência do COSEMS mas no dia trinta e
46 um seria realizada a eleição daquele colegiado, cuja composição estaria sendo apresentada na
47 próxima reunião da CIB/CE Antes de se passar para o segundo assunto de pauta **Eliade** pediu
48 para tirar dúvidas quanto a necessidade de se fazer o remanejamento interno, no município, em
49 decorrência da revisão trimestral dos Tetos, e sobre a diferença da PPI de fevereiro, que segundo
50 o mesmo teria sido tratada em Bipartite, cuja ata ele gostaria de ver, e perguntou se haveria

51 possibilidade do Estado assumir o pagamento dessa diferença. Vera respondeu as duas
52 questões e passou a tratar do **2º item de pauta: Revisão de Programação da Terapia Renal**
53 **Substitutiva.** Vera iniciou falando sobre que a inclusão do Serviço de Terapia Renal Substitutiva
54 no município de Caucaia, prevista para primeiro de janeiro de 2003. Disse que a Coordenação do
55 Estado em conjunto com o Município de Fortaleza, teriam analisado os casos de transferência de
56 pacientes residentes em Caucaia e assistidos em clínicas localizadas em Fortaleza, de forma a
57 garantir a esses pacientes, o acesso ao serviço de TRS mais próximo do seu domicílio como a
58 continuidade do tratamento. Informou também que já havia sido feita, pelos técnicos da
59 Coordenação Estadual, a revisão dos tetos vigentes para TRS, que resultou na proposta de
60 alteração dos Limites Financeiros, ajustados dentro do Teto estabelecido para o Estado do Ceará:
61 O município de Barbalha permaneceu com o teto fixado em novembro no valor de R\$
62 114.510,00. Para o município do Crato, acresceu em R\$ 6.819,00, passando de R\$ 226.612,00
63 para R\$ 233.431,00. Com a inclusão do serviço de Caucaia, no valor de R\$ 66.706,00 o teto do
64 município de Fortaleza que era de R\$ 1.849.782,00 sofreu uma redução de R\$ 41.858,00 e ficou
65 com R\$ 1.807.924. Juazeiro do Norte passou de R\$ 105.155,00 para R\$ 95.865,00; sofrendo uma
66 redução de R\$ 9.290,00 Maracanaú, de R\$ 116.878,00 passou para R\$ 126.760,00 com o
67 acréscimo de R\$ 9.882,00, Quixadá, cujo limite era de R\$ 47.586,00, sofreu redução no valor de
68 R\$ 16.050,00 e ficou com R\$ 31.536,00 e por último o município de Sobral sofreu redução no
69 valor de R\$ 16.209,00 cujo limite passou de R\$ 182.755,00 para R\$ 166.546,00. Em seguida
70 apresentou os Tetos Financeiros dos Serviços de TRS, com vigência a partir de primeiro de
71 janeiro de 2003: **Barbalha** - Hospital Maternidade Santo Antônio, R\$114.510,00. **Crato** –
72 UNIRIM, R\$233.431,00; **Caucaia** – Clínica de Nefrologia de Caucaia, R\$ 66.706,00; **Fortaleza**
73 – Policlínica do Rim S.C.Ltda, R\$ 134,232,00; Santa Casa de Fortaleza, R\$ 123.076,00; Instituto
74 de Nefrologia do Ceará, R\$ 179.026,00; Clínica PRONEFRON, R\$ 280.956,00; Hospital
75 Universitário, R\$ 87.096,00; Instituto do Rim, R\$ 281.764,00; Rim Centro, R\$ 100.560,00;
76 Instituto de Doenças Renais, R\$ 220.676,00; Clínica do Rim R\$ 151.821,00; PRONTORIM, R\$
77 248.717,00; **Juazeiro do Norte** – Hospital Santo Inácio, R\$95.865,00; **Maracanaú** - Rim
78 Centro, R\$ 126.067,00; **Quixadá** – Centro de Doenças Renais e Hipertensão Arterial,
79 R\$31.536,00 e **Sobral** – Santa Casa de Misericórdia de Sobral, R\$166.546,00. **Regina** teceu
80 alguns comentários abordando a problemática de Maracanaú, referente ao déficit de três meses.
81 Falou sobre a pactuação, ocorrida em reunião com o Kit e três auditores de Fortaleza, para a
82 transferência de pacientes de clínicas de Fortaleza para a Clínica de Caucaia, e sobre a
83 transferência de 54 pacientes da micro de Caucaia que foram identificados fazendo diálise em
84 Fortaleza. Sobre a proposta de ajuste apresentada, se pronunciou favorável, afirmando que a
85 mesma resolveria o problema de Maracanaú, de Caucaia e também do Crato. Comunicou que
86 brevemente a Bipartite estaria recebendo também a reivindicação do HGF, onde estão sendo
87 instaladas 18 máquinas de hemodiálise, que, de princípio irão atender as necessidades dos
88 pacientes internados. Vera passou então a palavra ao **Aluisio**, representante do município de
89 Fortaleza, que perguntou que clínicas de Fortaleza sofreram redução de Teto. Vera explicou que
90 algumas clínicas ficaram com o Teto reduzido em função da transferência de pacientes para
91 Caucaia e Maracanaú. Conforme fora informado pelo município de Fortaleza, através de
92 expediente remetido para a SESA, logo depois da reunião com Maracanaú, dois pacientes: um
93 do IDR e outro do PRONTORIM, passariam a ser assistidos em Maracanaú, fora seis outros
94 pacientes que haviam sido admitidos em Maracanaú, recentemente. Em relação à transferência
95 para Caucaia os serviços que tiveram redução foram; Policlínica do Rim, PRONEFROM,
96 Hospital Universitário, Instituto do Rim, RIM CENTRO, Clínica do Rim e PRONTORIM,
97 Informou também que estariam sendo deslocados para Caucaia, um paciente da Santa Casa ,
98 cinco da PRONEFRON, um do Hospital Universitário e três do Instituto do Rim. Após ouvir a
99 apresentação da proposta, **Komora**, agradeceu e parabenizou a SESA por haver encontrado

100 uma solução para o difícil problema do TRS em tão curto espaço de tempo. Disse que a cota de
101 Caucaia poderia ser insuficiente, em função da população, e por ser uma microrregião por onde
102 passam muitos pacientes que vem dialisar em Fortaleza, talvez haja a possibilidade de muitos
103 desses pacientes virem fazer esse tratamento em Caucaia. Propôs que se fizesse um trabalho para
104 identificar o tipo de assistência ambulatorial que os hipertensos e diabéticos estão tendo e mostrar
105 até que ponto a rede básica e as equipes do programa de saúde da família estão atuando no
106 sentido de que se reduza a demanda para a terapia renal substitutiva. E concluindo, perguntou
107 como proceder quando houver uma demanda de pacientes para inscrever em hemodiálise.
108 **Vera** esclareceu que as normas do Ministério da Saúde sobre as responsabilidades dos
109 municípios em relação a Alta Complexidade, estabelecem que a necessidade de recurso adicional
110 ao teto fixado como Fundo de Ações Estratégicas e Compensação para esse nível de assistência,
111 deve ser suprida, pelos municípios. Esclareceu ainda, para os gestores municipais, que eles
112 jamais poderão deixar de aceitar qualquer paciente com indicação de um procedimento de alta
113 complexidade, por se tratar de paciente de risco, e que nenhum prestador encontrará amparo
114 jurídico para o não atendimento, se houver um diagnóstico técnico e científico que indique a
115 necessidade da terapia. E disse ainda, que para a alta complexidade, o atendimento a esses casos
116 sobrepõe-se a qualquer outro procedimento. Isso não invalida que, o município, ao receber o
117 paciente reivindique, através da Coordenação Estadual, o aumento de teto em TRS para o seu
118 município. Concordou com o Komora sobre o estudo para reduzir a pressão da demanda de
119 hemodiálise, acrescentado que necessita-se de um estudo epidemiológico que mostre porque o
120 Estado do Ceará está com um avanço tão grande em casos com indicação para hemodiálise, cujo
121 estimativa é maior do que o parâmetro nacional. Sobre isso o Komora observou que o motivo
122 desse parâmetro do Ceará deve estar relacionado aos índices de cobertura do Programa de Saúde
123 da Família, que pode não ter sido, no primeiro momento, suficientemente competente para
124 conseguir identificar e sustar as formas mais graves de diabetes e de hipertensão, e evitar a
125 evolução para uma insuficiência renal crônica. Vera concordou e disse que é esse controle que
126 está faltando na atenção primária. **Vilauva** afirmou que existe falha também na atenção
127 secundária e terciária, quando, o paciente com doença passível de ser tratada naqueles níveis de
128 atenção, por não ser atendido, tem o seu quadro complicado levando à indicação da hemodiálise.
129 **A Sra. Almerinda** questionou a meta física apresentado pela Vera, que não coincidia com a
130 realidade do seu município. Vera explicou que os dados físicos apresentados não correspondem
131 à situação atual porque, como as informações dos municípios chegam sempre atrasadas, o
132 cálculo da média do custo/paciente teria sido feita pela média do Estado e não pela média do
133 serviço, tendo sido considerados os dados informados até o mês de setembro de 2002, para
134 alcançar o atendimento de todos os municípios. Nesse ponto a proposta de revisão foi colocada à
135 consideração do colegiado, iniciando-se pelo . **Alex**, que concordou com a proposta mas falou
136 da dificuldade dos municípios em gerir a Alta Complexidade, pela limitação do recurso em
137 relação à demanda, e sugeriu, como alternativas para reduzir a velocidade da necessidade da
138 diálise, a organização da atenção ao hipertenso e ao diabético e a padronização de critérios para o
139 processo de autorização de TRS pelos auditores. **O Aluisio** afirmou que não se sentia à
140 vontade para emitir uma opinião segura, alegando não ter participado da reunião com o Kit e
141 auditores sobre a proposta de transferência de pacientes para Caucaia e Maracanaú e a
142 conseqüente redução de teto de algumas clínicas de Fortaleza. Vera contra argumentou dizendo
143 estar com a proposta oficial encaminhada pelo município de Fortaleza e explicou que o gestor
144 municipal tem autonomia para regular o teto dos serviços de alta complexidade na totalidade do
145 teto do município, que o referido Teto pode ser movimentado de acordo com a demanda e a
146 disponibilidade de cada Clínica. Propôs que o Aluisio com técnicos da Alta Complexidade do
147 município de Fortaleza fizessem uma revisão da proposta de alteração dos tetos em função das
148 transferências de pacientes para Caucaia e Maracanaú, o mais breve possível, para não atrasar o

149 envio da Programação ao Ministério. Como os demais membros da Comissão se manifestaram
150 favoráveis a proposta apresentada, a **Revisão da Programação de TRS** foi aprovada, com a
151 ressalva de que o município de Fortaleza, através do Kit, ou Aldrovando juntamente com a
152 Coordenação da SESA, viessem, no dia seguinte, portanto dia 21/01/03, fazer uma análise das
153 alterações relativas à TRS de Fortaleza, Maracanaú e Caucaia. Ainda tratando de Terapia Renal
154 Substitutiva Vera pôs em discussão os pleitos de Maracanaú e Crato referentes ao pagamento
155 de débito com prestadores que realizaram a assistência mas não tiveram os recursos
156 correspondentes assegurados no Teto Financeiro do município para TRS. Ao observar os
157 valores, Vera chamou a atenção para o crescimento do déficit acumulado de Maracanaú, e como
158 as informações eram divergentes sugeriu que Coordenação Estadual fizesse o levantamento dos
159 déficit, dos municípios em questão. Após discussões e algumas explicações da representação de
160 Maracanaú a CIB/CE decidiu que a SESA através da COVAC e a Secretaria de Saúde de
161 Maracanaú realizariam estudo para conhecimento do déficit real dos Serviços de Terapia Renal
162 Substitutiva de Maracanaú e Crato para discussão na próxima Bipartite e decisão da CIB quanto
163 à aplicação do saldo do recurso de TRS de Quixadá, disponível no Fundo Estadual de Saúde. O
164 **3º item da pauta, Pedido de Revisão do Teto Financeiro de Maracanaú,** foi apresentado pelo
165 Komora que começou falando sobre a análise do desempenho de Maracanaú em relação ao seu
166 teto financeiro no período de 1998 a 2001, justificando que em janeiro de 2000 o município teria
167 negociado com o Ministério da Saúde em reassumir a gestão do Hospital de Maracanaú, tendo
168 sido acordado que o valor de R\$543.170,00 seria repassado extra- teto ao município para os
169 dispêndios do hospital, mas que eram insuficientes vez que o município já custeava, com
170 recursos do Tesouro, as despesas da emergência do hospital. Alegou que o referido recurso teria
171 sido acrescido ao Teto do município e que nos dezoito meses que se seguiram cresceu-se ao teto
172 referido um outro recurso, liberado em dezoito parcelas mensais, destinado a formar um fundo
173 para junto com recursos do Município fazer face à obra de reforma física do hospital. A partir de
174 então os acréscimos ao teto de assistência de Maracanaú estancaram. Apenas o repasse do
175 Ministério teria sido acrescido de R\$150.000,00 .O postulante passou então a apresentar, através
176 de tabelas e quadros, a evolução dos tetos financeiros e também da produção do hospital nas
177 diversas clínicas e níveis de atenção, mostrando o crescimento da produção, nas internações em
178 pediatria, cirurgia e clínica médica, e afirmou que o ano dois mil foi o de maior média de
179 internações do hospital. Finalizou sua explanação pedindo a manutenção intacta do recurso de
180 R\$ 693.170,00 negociado com o Ministério da Saúde. **Vera** situou a plenária sobre a situação
181 de Maracanaú informando que a Bipartite ao decidir sobre os Tetos de municípios de Plena, teria
182 recebido do Controle e Avaliação o estudo em que alguns municípios que, trabalhando com o
183 valor per capta, não apresentavam estrutura de oferta compatível com esse valor. Dos municípios
184 avaliados, Maracanaú, Crateús e Trairi, não ofereciam condições de oferta para permanecerem
185 com o Teto per capita na área de internação. Diante disso, afirmou que, no caso de Maracanaú
186 teria sido acordado que do valor de R\$ 693.170,00 repassado para o hospital, teria ficado livre de
187 programação, R\$ 403.064,00 tendo sido retirado o valor de R\$ 299.870,00 que correspondia
188 exatamente ao montante que o hospital apresentava de programação relativamente para
189 internação e ambulatório, ficando mantido o não acesso à programação para a qual o hospital não
190 tinha capacidade de atender, não tendo havido, portanto, prejuízo do per capta. E continuou
191 explicando que para a garantia do per capta, a produção do hospital teria sido colocada à
192 disposição do Sistema, não ficando por conta do recurso adicional que o Ministério estava
193 repassando. Afirmou que hoje, a produção do hospital já corresponde aos R\$ 693.170,00, e que a
194 reivindicação do município seria, portanto, a incorporação ao Teto Financeiro do hospital, dos
195 R\$ 299.870,00, assim como a reivindicação de R\$ 41.000,00, do Trairí, que já chegou na CIB,
196 com a informação de que o município já está apto a incorporar esse valor ao seu per capta.
197 Colocou para a Bipartite a necessidade de fazer uma nova PPI, vez que, de outra forma, não se

198 teria de onde tirar o dinheiro para adicionar aos per captas pleiteados por Maracanaú e Trairí. O
199 Secretário de Saúde de Maracanaú contestou o que a Vera falou sobre o desempenho do seu
200 município afirmando, que a produção de Maracanaú nunca esteve abaixo da média histórica.
201 Vera contra argumentou afirmando que a Bipartite havia lançado o per capta para Maracanaú e
202 este não teve capacidade de oferta, conforme o parecer do Controle e Avaliação. Apresentou
203 então, o parecer do Controle e Avaliação, através do Memo 11 de 22 de janeiro de 2002,
204 mostrando a análise dos 11 municípios avaliados. Citou, o parecer que diz: “ *De acordo com a*
205 *análise o município não apresenta no momento capacidade instalada suficiente para absorver a*
206 *demanda de procedimento cirúrgico programado para o mesmo, no momento. Quanto ao SIA,*
207 *ainda não foi possível a análise dos dados por dificuldade operacional para a geração de*
208 *relatório”.* **Komora** disse que não poderia aceitar o relatório de uma avaliação que havia sido
209 feita antes dele assumir. Que precisaria tomar conhecimento e poder em seguida contestá-lo se o
210 mesmo estivesse incorreto ou tomar medidas corretivas se o relatório estiver correto. **Vera**
211 afirmou que o relatório teria sido discutido em plenária da Bipartite, e que ela iria identificar as
212 Atas para mostrá-las ao reclamante. Disse ainda que o município tem o direito de reivindicar o
213 per capta, mas a CIB/CE tem que ter a responsabilidade de rever a programação como um todo,
214 para identificar de onde tirar o valor do per capta objeto dessa discussão,. Após várias
215 argumentações da plenária o Komora disse estar consciente de que é preciso ceder mas, não
216 poderia deixar de dizer que o município foi penalizado e não iria aceitar que o estudo do
217 Controle e Avaliação tivesse encontrado uma inadequação na capacidade instalada superior ao
218 montante do seu Teto. Vera perguntou então ao Komora qual seria a sua sugestão .Ele disse que
219 estaria colocando a questão na Câmara Municipal de Maracanaú, pedindo a recomposição do
220 Teto e propôs que a reprogramação para AIH fique à margem do recurso repassado pelo
221 Ministério da Saúde. Ouvidos os membros sobre a proposta do Komora, foi identificada a
222 necessidade de uma nova PPI ficando decidido que a partir de fevereiro o COSEMS comporia
223 uma comissão para apresentar uma proposta para a nova PPI. Passou-se para o **4º item de pauta,**
224 **Capacitação PROFORMAR- Programa de Formação de Agentes Comunitários de**
225 **Vigilância em Saúde,** colocado pela Célula de Desenvolvimento de Recursos Humanos. O
226 assunto foi apresentado pela gerente da referida Célula, Dinalva, que informou que o objetivo
227 da apresentação seria para a CIB conhecer e discutir sobre o programa e adotar um
228 posicionamento em âmbito estadual sobre o PROFORMAR, que já teria sido apresentado em
229 novembro de 2001 ao Conselho Gestor da SESA e posteriormente às Microrregionais. Informou
230 tratar-se de um programa à distância, cujo objetivo seria integrar os servidores, descentralizados
231 da FUNASA, ao SUS e construir uma identidade profissional no Sistema, a partir da capacitação
232 de todos os trabalhadores de nível médio do SUS, envolvidos nas atividades de epidemiologia,
233 controle de doenças e de vigilância. Explicou que a FUNASA teria feito alterações de itens já
234 acordados com as Microrregionais, tais como público alvo, instrutoria e coordenação, o que
235 levou a Comissão, Estadual a denunciar ao CONASS que emitiu uma Nota Técnica, a de
236 Nº13/02 de 30 de agosto de 2002, em que aquele colegiado expressa preocupação com as
237 alterações feitas no PROFORMAR e a forma como o programa estaria sendo conduzido pela
238 FUNASA, que não observou procedimentos e etapas necessárias à legitimação das decisões,
239 como a Portaria que criou a Comissão Estadual do PROFORMAR composta de funcionários
240 cedidos às esferas estadual e municipal, sem passar pela CIB/CE e sem representação legal dos
241 municípios, o COSEMS. Chamou a atenção da CIB para dois pontos que ela considerou
242 importantes: o primeiro se referia ao público alvo, que passou a ser apenas os funcionários da
243 FUNASA, e o segundo ponto era sobre a seleção dos tutores, cujo perfil foi definido pela
244 Comissão Estadual em conjunto com as Microrregionais, e no final a FUNASA só permitiu a
245 inscrição de cinco pessoas que foram indicadas pela própria Fundação, desrespeitando todo o
246 processo de seleção realizado pela SESA. Finalizou a explanação questionando a posição da

247 Estado frente ao PROFORMAR e sugeriu a composição de uma Comissão Estadual,
248 oficializada, para começar a participar das discussões sobre o Programa em questão, vez que
249 existe uma Comissão Estadual provisória da qual a expositora participa como coordenadora.
250 **Vera** sintetizou os dois pontos a serem considerados: O primeiro sobre discussão de qual será o
251 papel do Estado diante do PROFORMAR, considerando que a condução do PROFORMAR
252 estaria muito voltada para os servidores da FUNASA. E o segundo, sobre a Comissão Estadual,
253 que mesmo de caráter provisório pudesse rever a definição da indicação para capacitação de
254 tutores. Seria interessante que o COSEMS indicasse uma participação nessa comissão para que a
255 mesma já pudesse apresentar algumas alternativas para que a CIB possa se posicionar, buscando
256 junto à Coordenação da FUNASA, no Ceará, a possibilidade da identificação dos tutores e dos
257 NAD ser ampliada para a capacitação, no Estado do Ceará, de servidores que não sejam
258 vinculados à FUNASA. Ficou então acordado que a Sílvia Regina levaria a solicitação para o
259 COSEMS para a diretoria indicar dois representantes, com vistas a paridade das representações,
260 sendo dois da SESA, dois do COSEMS e dois da FUNASA. Assim a comissão traria para a
261 Bipartite sugestões sobre os pontos abordados e já agendaria pauta em reunião do CESAU. **5º**
262 **item - Qualificação de Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal**, Vera apresentou as
263 quantidades de equipes solicitadas, respectivamente, para os seguintes municípios: **Equipes de**
264 **Saúde da Família**, foram qualificadas, duas para Missão Velha, uma para Campos Sales, uma
265 para Carnaubal, duas para Porteiras, uma para Nova Olinda, vinte e duas para Juazeiro do Norte,
266 e uma para Itarema. Esclareceu que Juazeiro do Norte necessita de noventa equipes e só tem
267 quarenta e uma, mas com a qualificação dessas vinte e duas ficará com sessenta e três equipes.
268 Quanto às **Equipes de Saúde Bucal** foram solicitadas: uma para Novo Oriente, uma para Salitre,
269 uma para Maracanaú e uma para Sobral. Perguntou se alguém queria algum esclarecimento sobre
270 o assunto, e como não houve resposta, a CIB aprovou a qualificação de todas as Equipes
271 solicitadas. **6º item - Habilitação de Município em Vigilância Sanitária nas Ações de Média**
272 **Complexidade**, tendo sido solicitado pela Coordenadora da COVAC, Diana Carmem, a
273 aprovação do município de Araripe para assumir a gestão das ações de média complexidade em
274 Vigilância Sanitária. Informou ter sido feita a supervisão e analisada a documentação, onde foi
275 visto que o município em questão estava apto a gerir as ações de média complexidade de
276 Vigilância Sanitária. Desse modo o município de Araripe cumpre mais uma exigência para se
277 habilitar à Gestão Plena do Sistema Municipal. Passada então a palavra a Diana Carmem, a
278 mesma falou da necessidade de se incentivar os municípios a se organizarem para assumirem a
279 Gestão Plena do Sistema Municipal, a partir da organização das equipes de supervisão de
280 Vigilância Sanitária tanto, para as Ações Básicas quanto para as Ações de Média Complexidade.
281 **7º item – Financiamento para ações de Controle da AIDS, através de recursos federais.** O
282 Holanda informou que se tratava de um financiamento para ações de controle da AIDS, no valor
283 aproximado de R\$ 2.300.000,00, e que por decisão do Ministério da Saúde, esse recurso seria
284 repassado através de transferência automática Fundo a Fundo para os municípios, principalmente
285 os maiores e cujo perfil epidemiológico indicasse a necessidade de uma ajuda mais direta da
286 Coordenação Nacional. Nesse sentido teria sido acordado pela Tripartite, que os municípios de
287 Maracanaú, Caucaia, Fortaleza, Sobral, e Crato estariam dentro desses critérios e juntos
288 receberiam a soma de aproximadamente R\$ 2.500.000,00, ficando um recurso de
289 R\$1.600.000,00 para o Estado trabalhar as ações dos outros municípios que não foram
290 contemplados diretamente. Informou existir uma proposta de descentralização de mais trinta
291 municípios para fortalecer mais ainda aquelas ações. Mas para receber esses recursos o Estado
292 teria de pactuar a questão dos medicamentos de DST e das infecções oportunistas, até porque
293 havia uma decisão da Tripartite, de julho de 1998, em que os Estados e Municípios assumiriam
294 esses medicamentos enquanto o Governo Federal ficaria com os medicamentos antiretrovirais e a
295 Talidomida. Em seguida apresentou duas planilhas de medicamentos sugerindo que, na 1ª, o

296 valor de 120.960,00 do medicamento **Aciclovir**, que será excluído da relação, fique como
297 contrapartida do Estado. Ficando o valor total dos medicamentos em 212.384,00. Disse que a
298 pressa para habilitar o Estado visa agilizar o recebimento dos recursos pelos municípios e
299 também pelo Estado, que irá receber uma quantia significativa para o fortalecimento das ações de
300 controle da AIDS e outras DST. Finalizou afirmando que esse recurso transferido Fundo a Fundo
301 para os municípios deverá ser utilizado com ações de assistência e prevenção e que os
302 medicamentos deverão ser adquiridos com a contra partida.. Vera destacou a relevância do
303 assunto, vez que se trata de repasse direto para os municípios, que repercute na programação do
304 Estado, que teria que se saber quais municípios iriam receber, e qual seria a contrapartida do
305 Estado. Ante o exposto e Considerando a urgência do assunto, a plenária aprovou a programação
306 apresentada que deverá ser apreciada posteriormente pelo CESAU. **8º item - INFORMES: 1º -**
307 **Adesão de Municípios ao Programa de Incentivo para o Controle da Tuberculose- A**
308 Célula de Normatização da Atenção à Saúde encaminhou à CIB/CE os termos de adesão ao
309 programa de Incentivo para o Controle da Tuberculose duas relações. A Vera leu os nomes
310 dos municípios de cada relação. A 1ª contendo os municípios de Aracati, Baixio, Cedro, Farias
311 Brito, Freicheirinha, Hidrolândia, Ibareta, Ibiapina, Ibicuitinga, Icó, Independência, Ipueiras,
312 Itapipoca, Lavras da Mangabeira, Milhã, Mirafima, Monsenhor Tabosa, Moraújo, Mucambo,
313 Orós, Parambu, Pedra Branca, Quixadá, Quiterianópolis, Santa Quitéria, Tamboril, Trairi,
314 Tururu, Umari e Varjota. Na 2ª relação constam os municípios de Amontada, Barreira,
315 Barroquinha, Crateús, Ererê, Ipaoranga, Ipaumirim, Martinópolis, Milagres, Novo Oriente,
316 Penaforte, Poranga, São João do Jaguaribe, São Luis do Curu e Uruburetama Depois comentou
317 sobre a dificuldade da CIB monitorar esses Termos Adesão sem os municípios estarem
318 alimentando o sistema de informações vez que a cada três meses, a Coordenação Estadual tem
319 que fazer uma prestação de contas à CIB/CE, com relação ao cumprimento das metas pactuadas.
320 no controle da Tuberculose e da Hanseníase. Ao primeiro, quase todos os municípios já
321 aderiram. **2º - Adesão de Municípios ao Incentivo para Detecção de Prevalência Oculta da**
322 **Hanseníase** – Sobre esse assunto a CIB/CE recebeu um comunicado com adesões de 9
323 municípios: Barro, Forquilha, Hidrolândia, Itaitinga, Maracanaú, Quixeramobim, Santana do
324 Acaraú, Senador Pompeu e Sobral. **3º - Habilitação de municípios na GPAB** – Os Municípios
325 de Acarape, Banabuiú, Guaiuba e Maranguape através da Portaria MS/GM Nº 2428 de
326 30/12/2002 foram habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, a partir de 1º de
327 janeiro de 2003. Vera chamou a atenção para um ponto importante no processo de habilitação:
328 O Ministério não está mais considerando apenas só duas variáveis, DPT e Consulta Médica, mas
329 está exigindo o cumprimento de todas as variáveis da Portaria 2215. Portanto há necessidade dos
330 municípios participarem ativamente da revisão dos seus pactos e do registro de todos os
331 procedimentos que compõem exigência para a Atenção Básica. Por isso, mesmo considerados
332 aptos pela CIB/CE, os municípios de Choró, Ibareta e Missão Velha, não foram habilitados
333 pela Tripartite. Recomendou que se coloquem para os municípios a necessidade deles se
334 avaliarem para atender a Portaria 2215. **4º Plano de Contingência para Epidemia de Dengue.** -
335 Sobre o retorno dos municípios em relação ao o Plano de Contingência para Epidemia de
336 Dengue, que está sendo cobrado com urgência pela direção governo, apenas 2 municípios
337 encaminharam os seus Planos, mesmo assim, segundo a Vera, tão pobres de informações que
338 certamente não favorecerão ao Estado ajudar os respectivos municípios no controle dessa
339 epidemia. **5º- Habilitação do CAPS AD II de Sobral** O CAPS - AD II de Sobral foi habilitado
340 através Portaria MS/SAS Nº1006 de 20 de dezembro de 2002. Informou que os três municípios
341 que tem o recurso assegurado para se habilitar em CAPS AD, no caso, Fortaleza, Juazeiro e
342 Caucaia, nenhum encaminhou processo. Só Sobral que não estava programado enviou projeto e
343 teve sua habilitação homologada. **Komora** questionou sobre o projeto do CAPS de
344 Maracanaú, que havia sido encaminhado, com toda a documentação e ainda não tinha obtido

345 resposta. **Vera** informou que dos três municípios, Crato, Pedra Branca e Maracanaú que haviam
346 encaminhado projeto, em dezembro somente Crato teve a habilitação publicada. A Secretaria
347 Executiva da CIB ficou de se informar sobre o assunto e dar uma resposta para o Komora. **6º -**
348 **Prorrogação de Cirurgias Seletivas**, embora não estivesse na pauta_ foi incluído pela
349 importância da sua divulgação aos municípios. Assim, **Vera** avisou que foi prorrogado até
350 março, de 2003 o prazo para as cirurgias eletivas de catarata, retinopatia diabética, varizes e
351 próstata. Chamou a atenção dos municípios, para que com a retirada da catarata os mesmos não
352 fiquem descobertos e tenham de rever a sua programação, como já havia acontecido em outra
353 ocasião. Nada mais havendo a tratar a Coordenadora deu por encerrada a reunião, cuja ata
354 lavrada por mim, Fca. Célia de Paula da Fonseca, será assinada pelos membros da CIB/CE e
355 convidados presentes. Fortaleza, 20 de janeiro de 2003.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO DE 2003
3
4

5 Aos sete dias do mês de fevereiro do ano dois mil e três, às nove horas, na sala de reuniões do
6 Conselho Estadual de Saúde – CESAU, sito à Av. Almirante Barroso, 600 na cidade de
7 Fortaleza, Capital do Ceará, realizou-se a Segunda Reunião Ordinária da Comissão
8 Intergestores Bipartite do Ceará do ano de dois mil e três com a participação dos seguintes
9 membros: Representando o Estado, Jocileide Sales Campos, Coordenadora do Gabinete do
10 Secretário, Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças Barbosa Peixoto,
11 Coordenadoras da COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão e Francisco Evandro Teixeira
12 Lima, Coordenadores da COVAC; Nágela dos Reis Norões, Assistente Técnica da
13 COMIRES; Maria Vilauva Lopes, Gerente da CEOAP; Ismênia Maria Barreto Ramos,
14 Gerente da CEPPE e Antônio Paula de Menezes, Técnico da CEPPE. Representando os
15 Municípios: Galeno Taumaturgo Lopes, e Aldrovando Neiva de Aguiar da Secretaria de
16 Saúde Fortaleza; Moacir de Sousa Soares do COSEMS; Rogério Teixeira Secretário de
17 Saúde de Umirim; Fernanda Coelho, Secretária de Saúde de Crato; Eliade Duarte,
18 Secretário de Saúde de Iguatu e Carlos Alberto Komora, Secretário de Saúde de Maracanaú.
19 Como convidados compareceram Sr. Adriano Parente Bluhm da UNIRIM, Sra. Georgina
20 Macedo Rosa, da Rim Centro de Maracanaú; Regina Célia Ribeiro, CEATE/SESA; Diana
21 Carmem, Sra. Liduina Virgínio de Sousa, Sr. Sérgio Murilo Martins e Sra. Selma S. Quirino,
22 CEVIT/SESA; Sra. Magna R. Nojosa da CEOAST/SESA; Sra. Ednir Ribeiro do município de
23 Maracanaú e os representantes da MEAC, doutores Manoel Oliveira Pinto e Fco. Manoelito
24 Almeida. Os trabalhos foram presididos pela Vera Coelho que, antes de entrar nos itens de
25 pauta, esclareceu que, tendo em vista a definição dos nomes dos novos membros da CIB/CE,
26 duas reuniões deste ano de 2003 teriam sido canceladas: Uma, em função da mudança dos
27 cargos de direção da SESA e a outra devido à eleição da nova diretoria do COSEMS. **Item**
28 **1de pauta - A Nova Composição da CIB/CE.** Prosseguiu com a apresentação dos novos
29 componentes da referida Comissão, na seguinte ordem: 1) **Representação da SESA:** O
30 Secretário da Saúde, Jurandi Frutuoso Silva, é o Presidente da CIB/CE e tem como suplente,
31 a Coordenadora Geral do Gabinete, Jocileide Sales Campos, que também substituirá o
32 Secretário Estadual da Saúde, na Bipartite, nos impedimentos daquele. É membro efetivo,
33 Vera Maria Câmara Coelho, agora como Coordenadora da COPOS, tem como suplente a
34 também Coordenadora de Políticas de Saúde, Maria das Graças Barbosa Peixoto, A Lilian
35 Alves Amorim Beltrão é membro efetivo, como Coordenadora de Vigilância Avaliação e
36 Controle – COVAC e tem como suplente o Fco. Evandro Teixeira Lima, também
37 Coordenador da COVAC. É membro efetivo a Isabel Cristina Cavalcante Carlos,
38 Coordenadora da CODAS e como suplente a Maria Vilauva Lopes, atual Gerente da Célula
39 da Atenção Primária. A Ana Maria Cavalcante e Silva é membro efetivo pela Coordenadoria
40 das Microrregiões de Saúde – COMIRES e tem como suplente a Assistente Técnica da
41 COMIRES, Nágela Maria dos Reis Norões e finalmente, como membro efetivo, a Dra
42 Ismênia Maria Barreto Ramos, Gerente da Célula de Política e Planejamento Estratégico -
43 CEPPE, que tem como suplente o Antônio Paula de Menezes, Técnico da CEPPE. 2) O
44 Mário Lúcio Ramalho Martildes, Presidente do COSEMS, é o Vice Presidente da CIB/CE. O
45 Moacir de Sousa Soares é o suplente do Vice Presidente da CIB, Mário Lúcio. O Carlos
46 Alberto Komora Vieira, Secretário de Saúde de Maracanaú, ocupa o cargo de membro efetivo
47 da CIB, tendo como suplente a Secretária de Saúde do Crato, Fernanda Coelho de Sá. Outro
48 cargo efetivo de representação dos municípios está sendo ocupado pelo Secretário de Saúde do
49 Iguatú, Eliade Bezerra Duarte, cuja suplente é a Ana Marcia Veras Pinto, Secretária de
50 Saúde de Tianguá. O Rogério Teixeira Cunha, Secretário de Saúde de Umirim, ocupa o

51 cargo efetivo na representação dos municípios de pequeno porte. A sua suplente é a Secretária
52 de Saúde de Itapiúna Sra. Maria da Paz Gadelha. O representante da Secretaria de Saúde de
53 Fortaleza, que é membro nato é o atual Secretário de Saúde do Município de Fortaleza,
54 Galeno Taumaturgo Lopes, que informou, através de ofício, que a suplência ao seu cargo na
55 CIB/CE seria ocupada pelo Aldrovando Neiva de Aguiar, Coordenador da SMS de Fortaleza.
56 A outra vaga de município é da Secretária de Saúde de Jaguaribe, Lúcia Helena Gondim
57 Castro, membro efetivo e tem como suplente a Sra. Carmem Lúcia Osterne, Secretária de
58 Saúde de Marco. Terminadas as apresentações, foi entregue a cada membro uma pasta
59 contendo os Cronogramas de Reuniões da Bipartite e da Tripartite, o Regimento Interno e a
60 Nova Composição da CIB/CE. Vera chamou atenção do Colegiado para a observância do
61 calendário de reuniões da Bipartite quando da elaboração da agenda das demais atividades de
62 cada membro. E falou também da importância de se conhecer o calendário da Comissão
63 Intergestores Tripartite que é o indicativo dos prazos a serem cumpridos para envio de
64 demandas. Sobre o Regimento Interno da CIB/CE, afirmou que o mesmo requer atualização,
65 por uma comissão constituída para isso, e posterior encaminhamento ao Conselho Estadual de
66 Saúde, para oficialização e publicação no Diário Oficial. Abordou outra questão importante
67 que trata da legalização da CIB/CE, cujo documento formal de criação e respectiva
68 publicação, estariam sendo exigidos pelo Ministério da Saúde através da CIT, e que também
69 seria essencial para fundamentar o uso das prerrogativas que são atribuídas à CIB/CE na
70 cobrança de responsabilidades dos gestores municipais para o funcionamento pleno do
71 Sistema Único de Saúde, tão veementemente exigida pela Promotoria de Saúde. Lembrou que
72 a criação da CIB/CE teria sido formalizada em 1993, através de Ata, mas sem haver sido
73 gerado nenhum ato administrativo por parte da então Secretária Estadual de Saúde, Ana
74 Maria Cavalcante e Silva. Disse que é preciso identificar a Ata e consultar a Assessoria
75 Jurídica e o CESAU, para que se possa recuperar a legalização da constituição da CIB/CE, à
76 época da sua criação. Indicou a Nágela para participar da comissão encarregada da revisão do
77 Regimento e também para ver junto à Assessoria Jurídica o problema da legalização do ato de
78 criação da Bipartite. Prosseguindo, a Coordenadora da assembléia passou para o **Item 2 –**
79 **Situação e Solicitação da Maternidade Escola AssisChateaubriand – MEAC, frente às**
80 **metas estabelecidas pelo SUS.** O assunto foi explanado pelo Manoelito, Diretor da MEAC,
81 que enumerou as dificuldades que desencadearam a crise financeira, afirmando, em primeiro
82 lugar, que a unidade não recebe recursos do PAB desde o ano 2000, mas continua prestando a
83 assistência ambulatorial. Em segundo lugar, a reclassificação do hospital para o nível III que
84 exigiu a implantação de UTI obstétrica, UTI neonatal e de leitos intermediários, itens estes que
85 elevaram consideravelmente os custos do hospital. E em terceiro lugar o aumento do número
86 de cesárias que ultrapassou a taxa permitida de 42%, e que por isso 358 cesárias realizadas até
87 o mês de janeiro, teriam deixado de ser apresentadas. Finalizando, o Manoelito apresentou
88 os números que demonstram o déficit financeiro do hospital e reiterou a reivindicação de
89 acréscimo no valor de R\$50.000,00(cinquenta mil reais) mensais ao Teto Financeiro do
90 Hospital. **Lilian** comentou os dados de Receita e Custo apresentados, mostrando que o déficit
91 é de R\$59.904,33(cinquenta e nove mil, novecentos e quatro reais e trinta e três centavos) e
92 identificou dois fatores que estariam causando os problemas de déficit da Maternidade: um é
93 que a MEAC está trabalhando com mais leitos do que os que estão credenciados e o outro é
94 que a rede secundária de atenção ao parto não está suficientemente capacitada para atender os
95 casos de Fortaleza e da Região Metropolitana. Sugeriu que fosse estudada a possibilidade de
96 credenciamento de mais leitos da neonatologia da MEAC e implantado um serviço de
97 neonatologia de médio risco em Caucaia e Maracanaú. **Vilauva** sugeriu a formação de uma
98 comissão para estudar os problemas da assistência ao parto no Ceará, porquanto ainda há
99 muita mortalidade materna e neonatal no Estado. **Jocileide** reiterou o problema da
100 mortalidade neonatal e concordou com a criação de uma comissão permanente formada por

101 técnicos da SESA envolvidos nas áreas de assistência à mulher e à criança, objetivando a
102 organização do sistema de referência e a qualidade do pré-natal. **Lilian** lembra que o
103 SISPRENATAL está em vigor e que possibilita melhor assistência ao parto, vez que paga,
104 extra teto, até R\$ 90,00 (noventa reais) por gestante. Informou que o índice de adesão ainda é
105 muito baixo e que é necessário o envolvimento dos municípios para aumentar a cobertura e
106 captar o maior número de gestantes para a assistência ao pré-natal antes que a gestante
107 complete o quarto mês de gestação. **Komora** disse que em estudo feito em Maracanaú,
108 constatou que os maiores problemas são de identificação dos sinais de riscos no pré-natal e
109 falta de articulação entre o pré-natal e a assistência ao parto. **Eliade** chamou a atenção para
110 três pontos: primeiro, a urgência no fortalecimento das microrregionais em relação à
111 assistência ao parto. Segundo sobre os cuidados em se garantir a fidedignidade dos dados do
112 SISPRENATAL, e por último, a necessidade de se ter especialistas em obstetrícia, para
113 garantir a segurança e a qualidade no atendimento nas Microrregionais. **Moacir** sugeriu que
114 a comissão proposta fosse imediatamente constituída e que a mesma tivesse a representação
115 dos Hospitais de Referência das Microrregiões. **Vera** sugeriu que a formação dessa comissão
116 ficasse sob a responsabilidade da Dirlene Mafalda, com a participação do COSEMS e de
117 setores da SESA. Assim, **a CIB acordou que será criada uma comissão permanente com**
118 **representantes do Estado e dos Municípios para aprofundar as discussões e apresentar**
119 **propostas de melhoria na organização e na qualidade da assistência ao pré-natal e ao**
120 **parto no Sistema Único de Saúde.** Quanto à discussão sobre o SISPRENATAL, a **Bipartite**
121 **acatou a sugestão de que seja feito, pela COVAC, um levantamento da situação do**
122 **SISPRENATAL no Estado, para mostrar o impacto financeiro no Sistema caso todos os**
123 **municípios aderissem efetivamente àquele Incentivo.** Sobre a questão da Maternidade
124 Escola, **Vera** comentou os dois pleitos apresentados pelo Manoelito em sua explanação: O
125 aumento da taxa de cesárias e o acréscimo de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) mensais ao
126 teto financeiro. Sobre o primeiro explicou que para a alteração da taxa é preciso fazer um
127 estudo, para encaminhar ao Ministério, fundamentando, a partir da mudança do perfil da
128 Maternidade Escola, a necessidade do aumento da taxa de cesária daquele hospital. Contudo, a
129 SESA teria de fazer antes uma análise da repercussão desse acréscimo na taxa global do
130 Estado que não pode ultrapassar os 25% estipulados pelo Ministério. Observou que, se for
131 constatado que a garantia da assistência obstétrica no Ceará, enfatizada nos depoimentos e
132 relatos expostos nessa pauta, depender do aumento da taxa de cesária, há que se fazer uma
133 reavaliação geral da situação do Estado, já que se configura uma contradição entre o elevado
134 percentual de cobertura da Atenção Básica e o crescimento de taxas de cesária no Ceará. Por
135 isso, a **Vera** propôs que a COVAC, elaborasse um estudo das taxas de cesária por unidade
136 em cada município com vistas a encontrar algum indicativo de incremento da taxa da
137 Maternidade Escola. Quanto ao acréscimo de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais) ao teto
138 financeiro, explicou que o assunto já havia sido tratado em reunião da Bipartite, atendendo
139 solicitação da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado e que naquela ocasião,
140 o Ministério da Saúde teria concedido um abono para os dois hospitais universitários do
141 Ceará, e por isso, supôs-se que o referido recurso fosse suficiente para aliviar o déficit antes da
142 utilização do teto corrigido para dezembro/2002. Afirmou que a situação do teto do Estado não
143 permite cobrir o déficit de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) mensais solicitados pela MEAC.
144 Portanto, colocou para a Bipartite a seguinte proposta que depois de discutida foi acatada pela
145 plenária: **que a MEAC fizesse um estudo para mostrar o custo operacional mensal,**
146 **desagregado, com dados atualizados para os meses de dezembro/2002 e janeiro/2003,**
147 **comparando com a receita da competência de dezembro/02.** Encerrando o tema e
148 respondendo questionamento do **Moacir** sobre a demanda da Região Metropolitana para
149 Fortaleza, **Vera** informou que, pela Câmara de Compensação, 47,0% dos atendimentos da
150 MEAC são do interior e área metropolitana e 53% são de pacientes de Fortaleza, sendo a

151 Maternidade Escola, de fato, um hospital de referência e de excelência do Sistema Único de
152 Saúde. **Item 3 - Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano** – Diana
153 Gerente Célula de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador apresentou o projeto:
154 Monitoramento da Qualidade da Água de Consumo Humano, cujo objetivo seria contribuir
155 para a melhoria da qualidade de vida e da saúde da população cearense, principalmente aquela
156 em situação de risco residente nos 51 municípios castigados pela seca, e destacou a
157 importância do SISÁGUA no desenvolvimento de ações de controle e vigilância da qualidade
158 da água de consumo humano e a necessidade de sua implantação nos municípios,
159 prioritariamente nos incluídos no Programa de Carro Pipa. Definiu o SISAGUA como
160 ferramenta tecnológica que estabelece as rotinas para o monitoramento do controle da
161 qualidade da água para consumo humano e que tem como característica inerente ao Sistema
162 Único de Saúde, a descentralização das ações, no caso, de coleta, análise e controle para os
163 municípios, ficando a cargo do nível central apenas a avaliação e acompanhamento do
164 Sistema. A gerência e fluxo continuariam com a FUNASA, responsável pela definição dos
165 padrões de potabilidade, do sistema de monitoramento e outros fatores de qualidade utilizados
166 pela Vigilância Ambiental. Informou que a ação de controle está prevista na Atenção Básica
167 pela Vigilância Sanitária, e consta na PPI da Epidemiologia, existindo recursos para os 184
168 municípios que se habilitarem às ações de Vigilância à Saúde. Falou das atribuições dos
169 municípios e da necessidade de uma condução mais eficaz, pela equipe de Vigilância Sanitária
170 na realização das rotinas. Recomendou que os municípios devem buscar o controle dos
171 sistemas e fontes de abastecimento cadastradas, incluindo nesses casos os carros pipa, para o
172 que chamou atenção quanto aos cuidados com as condições sanitárias. Informou que a
173 CAGECE tem cadastro de 187 sistemas de abastecimento no Ceará e que envia à SESA
174 mensalmente as análises de controle de qualidade dos sistemas públicos. **Jocileide** chamou
175 atenção para o fato de que em alguns municípios a água da CAGECE está disponível mas a
176 população está utilizando outras fontes alternativas, de qualidade duvidosa, o que pode
177 distorcer a avaliação dos índices de doenças diarreicas já que a Vigilância considera que a
178 população tem acesso à água potável. **Rogério** informou que muitas vezes os resultados das
179 análises da água da CAGECE feitas no LACEN não coincidem com os resultados
180 apresentados pela CAGECE e sugeriu mudar a lógica da avaliação. **Vilauva** sugeriu que haja
181 maior divulgação do SISAGUA e que as Microrregionais sejam trabalhadas para garantir a
182 operacionalização do Sistema. **Evandro** considera que falta decisão política do gestor
183 municipal para operacionalizar o Sistema. Vera propôs que se comece o trabalho de
184 preparação de recursos humanos e abordagem aos gestores na cobrança de suas
185 responsabilidades na operacionalização do SISÁGUA pelos 51 municípios que se encontram
186 em situação de risco. **Item 4 – Terapia Renal Substitutiva: Pagamento de Serviço**
187 **Excedente ao Teto Programado.** Vera lembrou que os saldos de TRS não utilizados em
188 2002 pelos municípios de Sobral, Juazeiro e Quixadá, conforme teria ficado acordado em
189 reunião da Bipartite, seriam repassados para o Fundo Estadual de Saúde para que se pudessem
190 processar os pagamentos por serviços prestados em Crato e Maracanaú, que ultrapassaram os
191 limites fixados para TRS dos respectivos municípios. Informou que apenas o município de
192 Quixadá atendendo a solicitação da SESA teria depositado na conta do FUNDES a
193 importância de R\$ 18.403,62 (dezoito mil quatrocentos e três reais e sessenta e dois centavos)
194 e que Sobral havia utilizado o saldo com procedimento de quimioterapia, enquanto Juazeiro
195 não teria dado nenhuma resposta sobre o destino do saldo em questão. Conforme havia sido
196 acordado na reunião anterior, **Regina** levantou os dados relativos aos déficits de Maracanaú e
197 Crato e informou que o déficit de Maracanaú referente aos meses de setembro a dezembro de
198 2002 totalizou o montante de R\$ 44.415,68, (quarenta e quatro mil, quatrocentos e quinze
199 reais e sessenta e oito centavos). Quanto ao município do Crato, segundo informou a Regina,
200 o mesmo teria um saldo de R\$ 1.842,59 (um mil oitocentos e quarenta e dois reais e cinquenta

201 e nove centavos) ficando o seu déficit em R\$ 22.675,26 (vinte e dois mil, seiscentos e setenta e
202 cinco reais e vinte e seis centavos) que somados aos R\$ 44.415,68 (quarenta e quatro mil
203 quatrocentos e quinze reais e sessenta e oito centavos) de Maracanaú totalizam R\$ 67.090,94
204 (sessenta e sete mil, e noventa reais e noventa e quatro centavos. Portanto apenas os R\$
205 18.403,62 (dezoito mil quatrocentos e três reais e sessenta e dois centavos disponíveis na conta
206 do FUNDES não seriam suficientes para cobrir o déficit dos dois prestadores. **Vera** colocou
207 a questão à consideração dos conselheiros que se pronunciaram favoráveis à utilização do
208 valor de R\$ 18.403,62 proporcionalmente ao valor do déficit de cada um. Assim, a **CIB/CE**
209 **decidiu que o pagamento de R\$ 18.403,62 será feito proporcional ao déficit de cada**
210 **município, sendo: R\$ 12.146,00 (doze mil cento e quarenta e seis reais) para Maracanaú**
211 **e R\$ 6.257,62 (seis mil duzentos e cinquenta e sete reais e sessenta e dois centavos) para o**
212 **Crato, referentes respectivamente a 66% e 34% do valor dos déficits em relação ao**
213 **valor distribuído.** Maracanaú ainda fica com um déficit de R\$ 32.269,68 e Crato com
214 R\$16.417,64. **Vera** sugeriu à COVAC verificar se tem algum rendimento financeiro da conta
215 da alta complexidade para que possa abater o déficit dos prestadores. Passou a palavra para os
216 dois prestadores do Crato e Maracanaú. **Adriano** do Crato falou que antes da descentralização
217 da gestão do TRS não havia problema para pagar os prestadores. Afirmou que o Prestador, o
218 Estado e o Município têm que se unirem na busca do aumento de recursos. Falou do problema
219 dos pacientes de Pernambuco que preferem ir para Crato, Juazeiro e Barbalha pela
220 proximidade desses municípios às suas localidades de origem. Segundo o Sr. Adriano eles
221 forjam endereços e passam por residentes daqueles municípios. **Vera** disse já haver falado
222 com os Secretários de Saúde de Crato, Juazeiro e Barbalha, sobre o registro do domicílio
223 desses pacientes que é de suma importância para o Ceará reivindicar aumento de Teto, com
224 base nessa população informalmente referenciada para as unidades do Ceará. A **Sra. Ednir** de
225 Maracanaú expressou sua preocupação com o crescimento da dívida com o prestador e sua
226 expectativa do tempo em que essa questão vai ser resolvida. **Vera** falou que vai apresentar
227 um estudo ao Ministério da Saúde, fundamentando, com dados epidemiológicos, o
228 crescimento da demanda. Mas antes seria importante que os municípios do Crato e Juazeiro
229 identificassem a quantidade de pacientes de Pernambuco, não apenas para reivindicar o
230 aumento do teto, mas para não ficar com uma abordagem epidemiológica distorcida da
231 realidade. Após outras considerações sobre as questões da TRS, a **Vera** colocou a necessidade
232 de monitoramento dos serviços de TRS em todos municípios para garantir que o limite
233 financeiro seja compatível com a assistência prestada. Regina questionou a situação de
234 Fortaleza, de cujo teto seria subtraído o valor correspondente àqueles pacientes que seriam
235 transferidos para Caucaia mas que não aceitaram a transferência. **Vera** esclareceu que não
236 haverá prejuízo para o prestador de Fortaleza, porque o recurso não vai para o Fundo
237 Municipal de Saúde de Caucaia e sim para o Fundo Estadual de Saúde. Mas acrescentou que o
238 que preocupa é a admissão de pacientes novos sem cobertura do Teto. Disse que é preciso
239 haver um encontro de contas com o município de Fortaleza para verificar se há necessidade
240 do Fundo pagar por esses pacientes que não foram deslocados. **Komora** disse que, com a
241 preocupação do aumento da demanda em hemodiálise, realizou um estudo epidemiológico e
242 observou, no SIAB as informações sobre internamento e óbito em hipertensão e diabetes,
243 tendo verificado que houve uma melhoria dos indicadores da mortalidade com doenças
244 cérebro vascular, e da mortalidade decorrente de diabetes, em Maracanaú. **Vera** pediu para
245 marcar uma reunião para apresentar esse estudo. **Item 5 - Programa de Saúde da Família:**
246 **Qualificação de Equipes.** **Vilauva** apresentou a relação dos pedidos de qualificação de
247 equipes de Saúde Bucal sendo: uma para Cascavel, quatro para Pacajus, uma para Iracema,
248 uma para Jaguaruana, uma para Brejo Santo e uma para Porteiras, no total de nove equipes de
249 Saúde Bucal. A **CIB/CE** aprovou a **qualificação das nove equipes.** **Moacir** fez um elogio
250 à **Vilauva** por sua indicação para Célula de Atenção Primária de Saúde e parabenizou a SESA

251 pela grande aquisição. Aproveitou para fazer uma reflexão sobre o PSF afirmando que gostaria
252 que a Vilauva levasse para a sua Célula, os problemas que a maioria dos municípios
253 enfrentam com relação a norma do incentivo que atrela o recebimento do recurso à existência
254 de médico na equipe, propondo a inclusão de um percentual para equipe sem médico. **O item**
255 **6 – Ofício da Promotoria de Justiça da Defesa da Saúde Pública** diz respeito à Requisição
256 daquele órgão de defesa da Saúde Pública, à Diretoria do Departamento Nacional do Sistema
257 Único de Saúde – DENASUS, para proceder Auditoria de Gestão na SESA e na Secretaria do
258 Município de Fortaleza. Segundo o documento da Promotoria, a Auditoria na SESA decorre
259 da constatação de que o Estado não está monitorando as responsabilidades da gestão plena
260 assumida pelos municípios: tanto da Gestão Plena de Atenção Básica quanto da Gestão Plena
261 do Sistema Municipal. Disse ainda que segundo o referido ofício, o Estado e o Município não
262 estão cumprindo o seu papel. Informou que o município de Fortaleza está ciente dos pontos
263 relatados que justificaram o pedido dessa auditoria externa, e já está fazendo a sua defesa. Já a
264 SESA está aguardando a passagem da Comissão da referida auditoria. Explicou que como o
265 ofício foi dirigido à CIB/CE o assunto teria que ser trazido ao conhecimento da Bipartite.
266 Comentou o assunto chamando a atenção dos municípios de Plena do Sistema Municipal e da
267 Atenção Básica para que revejam as suas responsabilidades de Gestão, pois a Promotoria está
268 capacitando Promotores em várias microrregiões para que os mesmos acompanhem
269 diligentemente o cumprimento das responsabilidades dos gestores do SUS. **Item 7 –**
270 **INFORMES: 7.1-Situação dos Municípios Cearenses Quanto à Certificação das Ações de**
271 **Epidemiologia e Controle de Doenças** - Vera informou que 64 municípios do Ceará estão
272 sem certificação, o que corresponde aproximadamente a 35% de municípios que ainda não se
273 habilitaram para as ações de epidemiologia e que há microrregiões que não tem nenhum
274 município certificado. Alertou o COSEMS para o fato de que esses municípios estão perdendo
275 30% de receita destinada ao Teto da Epidemiologia e Controle de Doenças, e que a população
276 perde o direito da assistência financiada por falta dessa certificação. **Moacir** solicitou item
277 de pauta na próxima Bipartite para discutir a redefinição do corte linear do teto dos municípios
278 da Atenção Básica alegando ser impossível garantir a sustentação das ações dos serviços de
279 saúde quando o município sofre um corte em seus recursos, no percentual aproximado de 18%
280 a 20%. Pediu também para tratar da questão da Dengue cujo surto está a demandar uma grande
281 quantidade medicamentos, como soro fisiológico, plasil injetável e dipirona, que os
282 municípios não tem condição de adquirir. Sugeriu que o Estado fizesse uma compra
283 centralizada desses itens para atender a todos os municípios que estão passando por essa
284 dificuldade. **7.2 – Recomendação da Coordenação da Comissão Intergestores Tripartite**
285 **sobre a Vice Presidência da CIB.** Vera informou que a CIB teria recebido orientação da
286 CIT quanto a posição do Presidente do COSEMS na CIB. Cita a mensagem: “1- *A Presidência*
287 *e a Vice Presidência da CIB devem ser ocupadas respectivamente, pelo Secretário Estadual*
288 *de Saúde e Vice Presidente do COSEMS em qualquer ordem. 2- Todas as decisões da CIB*
289 *deverão ser assinadas pelo Presidente e Vice Presidente, isto é, deverão ter a assinatura do*
290 *Secretário Estadual da Saúde e do Presidente do COSEMS”*. A recomendação, segundo a
291 Vera prende-se ao fato de que, anteriormente, nos impedimentos do Secretário Estadual de
292 Saúde, a documentação decorrente de decisões da CIB/CE era assinada pela Coordenadora
293 Geral de Gabinete, suplente do Secretário Estadual, na CIB, juntamente com o Presidente do
294 COSEMS. Prosseguiu explicando que a Jocileide continuará a representar o Secretário
295 Estadual de Saúde, nos impedimentos deste, junto à Bipartite, mas a assinatura dos
296 documentos de decisão da CIB serão do Presidente e do Vice Presidente. Nada mais havendo
297 a tratar foi encerrada a sessão cuja ata, lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada por todos
298 os membros da Bipartite presentes. Fortaleza, sete de fevereiro de do ano de dois mil e três.

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
48
49
50

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2003

Aos vinte e um dias do mês de fevereiro do ano dois mil e três, às nove horas, na Sala de Reunião COVAC/SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/CE, de 2003. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho e Maria das Graças Barbosa Peixoto da COPOS; Ana Maria Cavalcante e Silva, pela COMIRES; Lilian Alves Amorim Beltrão e Francisco Evandro Teixeira Lima/COVAC; Maria Vilauva Lopes da CEOAP/CODAS; Ismênia Maria Barreto Ramos e Antônio Paula de Menezes/CEPPE/COPOS; Isabel Cristina Cavalcante Carlos/CODAS; Pela representação dos municípios: Mário Lúcio Ramalho Martildes/COSEMS; Lúcia Helena Gondim Castro/S.M.S. de Jaguaribe; Aldrovando Neiva de Aguiar/S.M.S.de Fortaleza; Fernanda Coêlho de Sá/S.M.S. de Crato; Rogério Teixeira Cunha, S.M.S. de Umirim, Maria da Paz Gadelha, S.M.S.de Itapiúna, Gerente da e Carlos Alberto Komora Vieira, S.M.S.de Maracanaú. Como convidados: Alexandre Roberto das Neves Moreira, Subsecretário da SESA; Silvia Regina O. Lima, Assistente Técnica do COSEMS, Getulio Barros, SMS de Brejo Santo, Flávio Prata Crisóstomo, SMS de São Gonçalo do Amarante, Benedita Rodrigues, Coordenadora de Gabinete da SESA em Exercício, Aline Maria Barbosa Domício, SMS de Icapuí, José Policarpo Barbosa, SMS de Cascavel, Antônio Neto, SMS de Senador Pompeu, Suely Belfont, SMS de São Luiz do Curu; Maria do Carmo Andrade Macedo/CEOAST/CODAS/SESA e Melânia Ximenes Castro/ CESIH/COVAC/SESA. **Vera Coêlho** iniciou a reunião apresentando o Subsecretário da SESA, Alexandre Roberto das Neves Moreira, que expressou o desejo de conhecer a CIB, o Presidente do COSEMS e Vice Presidente da CIB, Mário Lúcio Ramalho Martildes, que não pôde comparecer a reunião de apresentação dos novos membros da CIB e o João Forte que está integrando a equipe da Secretaria Municipal de Fortaleza. **Item 1 da Pauta - SISPRENATAL - Impacto Financeiro se todos os Municípios aderissem ao Programa - COVAC.** Vera informou que o tema teria sido abordado pela Lilian na Bipartite de 07/02/03, quando eram discutidas as dificuldades financeiras da Maternidade Escola e os problemas da assistência ao pré natal e ao parto em todos os municípios do Estado. Na ocasião, a Dra Lilian teria feito uma abordagem sobre o SISPRENATAL, informando que a adesão ao programa é muito baixa e que os municípios e unidades estão deixando receber recursos a mais, extra teto, que poderia melhorar a qualidade da assistência à maternidade. Ficou então decidido que a COVAC elaboraria um estudo para identificar qual seria o impacto financeiro se todos os municípios aderissem ao Programa. O estudo foi apresentado pela **Lilian** que demonstrou com clareza a situação dos municípios cearenses em relação ao SISPRENATAL, chamando atenção para o montante anual de recursos que cada município recebeu e o que deixou de receber, com base nos dados registrados no SIA como pelo SIH, no SINASC e o número de partos realizados. Mostrou a perda de alguns municípios e observou que havia Microrregião que não apresentava registro de recebimento do SISPRENATAL Por outro lado, informou que alguns municípios já estão caminhando na adesão ao Programa e que só falta implementar o uso do cartão da gestante, para que o hospital possa informar na AIH o código do SISPRENATAL e fazer jus ao incentivo. Após a apresentação a **Vera** sugeriu que esse assunto fosse esclarecido junto aos Prefeitos e destacou a importância da adesão dos municípios ao SISPRENATAL, cujo incentivo pode ajudar ao hospital realizar um atendimento de melhor qualidade. Informou que a realização desse levantamento teria sido solicitada para que a Bipartite tomasse conhecimento da situação e pudesse definir alguma estratégia de melhoria da cobertura do SISPRENATAL no Ceará. Lilian informou que a Célula de Saúde Reprodutiva está disponível para treinar e prestar quaisquer esclarecimentos que o

51 gestor municipal necessite a respeito do SISPRENATAL. **Mário Lúcio** solicitou cópias do
52 estudo para as Microrregionais e afirmou que tem recebido queixas dos profissionais médicos e
53 enfermeiros pela dificuldade de operacionalizar o sistema que é muito complexo. Sugeriu que
54 fossem realizados treinamentos para capacitar o pessoal e evitar perdas de registro e a
55 conseqüente perda de recurso. **Lilian** questionou a qualidade do pré-natal considerando o
56 número crescente de crianças prematuras com necessidade de assistência neonatal. **Vilauva**
57 chamou a atenção para a falta de conhecimento do Sistema por parte dos gestores e sugeriu que
58 a Célula de Saúde Reprodutiva treine nas microrregionais para que estas repassem para os
59 municípios. Após as discussões três estratégias ficaram definidas e aprovadas pela Bipartite. **1ª:**
60 fazer um trabalho de informação e sensibilização para médicos e enfermeiros quanto aos
61 registros exigidos pelo Sistema, e de informação aos ACS para a captação da gestante antes de
62 findar o 4º mês de gestação. **2ª:** Capacitar as pessoas para operacionalizar o Sistema. **3ª:**
63 Implementar um processo de formação e educação nos municípios para que as pessoas estejam
64 sensibilizadas para a busca da gestante nos primeiros 120 dias e que o gestor esteja ciente de que
65 a gestante pode ter o parto em qualquer unidade da rede assistencial de qualquer município. **4ª:**
66 Realizar um trabalho voltado para a melhoria da qualidade do pré-natal. **Item 2 da Pauta -**
67 **Apresentação de Estudo da Taxa de Cesária para Unidades e Municípios Cearenses -**
68 **Vera** informou que esse assunto veio à pauta para se conhecer a situação das taxas de cesária,
69 em função de solicitações de elevação dessas taxas de Iguatu, da Maternidade Escola Assis
70 Chateaubriand e de outras demandas isoladas que começam a chegar na CIB, mas que o Estado
71 tem um compromisso de não ultrapassar a taxa de 25% estabelecida pelo Ministério da Saúde.
72 Isso impôs a necessidade de se fazer a revisão nas taxas de cesária de hospitais e de municípios
73 do Estado do Ceará, para se estudar as alternativas de incremento de algumas taxas de hospitais
74 que dão suporte ao sistema de referência. Antes de apresentar o estudo, **Lilian** fez uma
75 retrospectiva do processo de fixação das taxas de cesária desde o ano de 1999, quando o
76 percentual para todas as unidades era de 30% até hoje quando as taxas das unidades são
77 diferenciadas e a do Estado é de 25%. Informou que desde o início do ano 2002 a SESA vinha
78 tentando fazer essa revisão, mas, somente agora, com o trabalho feito pela Célula da Saúde
79 Reprodutiva seriam adotados os critérios na definição das taxas de cesária das unidades da rede
80 do SUS no Estado. **Melânia** expôs o trabalho descrevendo os critérios inerentes à Tipologia dos
81 Hospitais da Rede Pública aprovada através de resolução do CESAU, com as respectivas Taxas
82 de Cesária: **Hospital Tipo I - Casa de Parto, Centro de Parto Normal:** - Taxa de cesária
83 zero, (acordar referência com módulo/polo). **Hospital Tipo II (Módulo)** - Taxa de Cesária,
84 **15%** com referência dos Satélites com este perfil. (acordar referência com a Macrorregião e / ou
85 Pólo). **Hospital Tipo III - (Polo):** - Taxa de Cesária, **15%** mais referência com este perfil.
86 **Hospital tipo IV (MACRO):** - Taxa de Cesária, **30%**, mais referências no perfil. Houve
87 questionamento sobre a taxa de módulo ser igual à de pólo, mas Vera esclareceu que as
88 referências é que estabelecem a diferença entre o hospital que está no módulo e o que está no
89 pólo que assiste secundariamente. Em seguida foram apresentadas as taxas de cesárias propostas
90 para todas as unidades hospitalares do SUS, dentro dos critérios aprovados pelo CESAU,
91 priorizando as referências para os hospitais da rede pública, que tem o compromisso de dar a
92 resposta que a população necessita. Sobre as referências, **Lilian** falou da importância de haver
93 um trabalho conjunto da SESA com os Municípios em GPSM, no sentido de se estabelecer
94 mecanismos de controle para os municípios de Plena, cuja taxa de cesária não passa por crítica
95 no sistema permitindo que a unidade exceda o percentual estipulado. **Vera** disse que há
96 necessidade do Estado monitorar os Municípios de Plena, e adotar medidas corretivas para
97 evitar que municípios extrapolem suas taxas e provoquem a elevação da taxa do Estado. Disse
98 que os critérios apresentados são importantes, e que eles precisam ser passados para todos os
99 gestores e para o COSEMS, com o compromisso deste no envolvimento dos gestores de Plena
100 para a utilização dos critérios, tendo em vista a qualidade do atendimento, e das

101 responsabilidades de manter médico obstetra e o anestesista 24 horas no hospital de pólo. Nesse
102 sentido, o **Mário Lúcio** colocou que tem observado que a maioria dos hospitais, mesmo do tipo
103 I já possui médico 24 horas, pago com recursos dos próprios municípios, e acrescentou que
104 trabalhar na condição de manter médico 24 horas no hospital tipo II é uma exigência pertinente,
105 mas tem que haver uma forma do Estado cooperar financeiramente para garantir essa condição.
106 **Komora** sugeriu elaborar um estudo para levantar o quantitativo de partos normais e cesarianos
107 necessários para manter o custo de um hospital com obstetras e anestesistas durante 24 horas.
108 **Graça Barbosa** demonstrou preocupação com a afirmativa do Mário Lúcio sobre a existência
109 de médico 24 horas nas unidades de Módulo, bem como nas unidades de Pólo, e sugeriu rever o
110 percentual de 15% para Hospital Tipo II, argumentando que o município Pólo é mais populoso
111 que o Módulo. **Vera** sugeriu que se fizesse um estudo simulado utilizando os percentuais
112 estabelecidos para ver se com a aplicação dos critérios mantém-se a taxa de 25%. **Evandro**
113 falou da dificuldade em se conseguir médico anestesista nas condições existentes na capital e
114 nos municípios sede de microrregionais para os municípios de pequeno porte, considerando
115 entre outros problemas, o custo com esse profissional. Concordou com a Graça Barbosa no
116 sentido de se reduzir a taxa de 15% dos hospitais tipo II alegando que aquele tipo de hospital
117 não requer o especialista, enquanto o hospital de pólo requer a presença do obstetra e do
118 anestesista, por 24 horas. **Evaldo**, disse que apesar das inúmeras discussões e estudos já havidos
119 não houve redução do número de cesária no Estado e concordou com a Graça no sentido de
120 rever a taxa de 15% para o hospital Tipo II mas acha necessário que haja o médico anestesista
121 em hospitais que fazem cesária. **Mário Lúcio** sugeriu que se estudasse a proposta da utilização
122 das taxas de 15%, 20% e 30%, respectivamente, para os hospitais tipo II, tipo III e tipo IV.
123 **Melânia**, falando das dificuldades da Central de Regulação para conseguir referir pacientes de
124 parto cirúrgico, cujo acesso é muitas vezes negado por falta de obstetras e anestesistas no
125 hospital, sugeriu que quando identificada a ausência desses especialistas a SESA reduzisse a
126 taxa de cesária da unidade. Vera contra argumentou afirmando que a Secretaria não pode
127 proceder retirada automática de taxa de cesária, e disse mais que no território dos municípios de
128 Plena a autoridade de regulação é do gestor, que tem a prerrogativa de autoridade sanitária
129 conferida pela norma nacional. Concordou com a sugestão do Mario Lúcio de que a SESA ao
130 identificar o problema deve notificar o gestor local e encaminhar o assunto para a Bipartite
131 decidir. Encerradas as discussões do tema, **Lilian** pediu para a Bipartite se pronunciar frente a
132 um problema que o Controle e Avaliação vem tendo com o registro de especialidades médicas
133 na **FCP**, vez que o médico ao se cadastrar no código 7 coloca a especialidade que deseja sem
134 apresentar comprovante de titulação, com aprovação do Conselho Regional de Medicina. O
135 **João Forti**, esclareceu que existe uma lei federal que permite ao médico exercer a medicina
136 plena. E quanto aos títulos de especialidade, estes estão vinculados à Residência Médica, sendo
137 também conferidos pelas Sociedades das Especialidades, com o aval do Conselho Federal de
138 Medicina. Disse também que há especialistas com experiências comprovadas e aceitas pela
139 clientela mas ficam fora do mercado quando são exigidos os requisitos formais da especialidade.
140 **Vera** afirmou que a questão não pode ser tratada na Bipartite, pois não diz respeito à
141 operacionalização do SUS mas que a COVAC pode procurar a Comissão de Recursos Humanos
142 vinculada ao CESAU, que tem representação dos médicos naquele Conselho. Encerradas as
143 discussões e apresentação de sugestões, a CIB/CE acordou: **1)** Pelo adiamento da decisão de
144 aprovação da proposta apresentada; **2)** Pelo estudo simulado dos novos percentuais aplicados à
145 realidade relativamente às duas propostas apresentadas à plenária com o objetivo de se verificar
146 se com essas propostas não se ultrapassam o percentual de 25% no total do Estado: **a)** Da
147 Equipe de Técnicos da COVAC – Hospital Tipo I - Taxa zero, Hospital Tipo II - Taxa 15% +
148 Referências, Hospital Tipo III - Taxa 15% + Referências, Hospital Tipo IV - Taxa 30% +
149 Referências e **b)** Proposta do COSEMS – Hospital Tipo I - Taxa zero, Hospital Tipo II - Taxa
150 15% + Referências, Hospital Tipo III - Taxa 20% + Referências, Hospital Tipo IV - Taxa 30% +

151 Referências. (3) Sistematizar um trabalho de informação entre a SESA, através da Equipe de
152 Regulação e o Gestor Municipal quando o acesso do paciente não for estabelecido. **Item 3 da**
153 **Pauta - Critérios utilizados pela SESA para corte de Produção apresentada pelos**
154 **Municípios de Atenção Básica** – Vera informou que a discussão deste assunto teria sido
155 requerida pelo Moacir, na última reunião da Bipartite, considerando as dificuldades de se
156 manter as ações assistenciais com os cortes lineares sofridos pelos municípios de Atenção
157 Básica. Lilian informou que em relação à última Câmara de Compensação, houve a necessidade
158 de ajustar os tetos dos municípios de atenção básica à disponibilidade financeira, que motivou o
159 corte de 19,45% nas internações, que vem sendo procedido desde novembro de 2002. Sugeriu a
160 revisão da Resolução da CIB/CE Nº 17/2002 que garantiu a manutenção da média dos valores
161 faturados no 1º semestre de 2001 e fixou o limite mínimo de R\$10.000,00 para os hospitais
162 locais municipais que ficaram com o teto de programação abaixo da produção, quando da
163 elaboração da PPI. Justificou a revisão por ter verificado, ao fazer a Câmara de Compensação,
164 que outros municípios também estão abaixo dos R\$10.000,00 e não foram beneficiados.
165 Aproveitou a oportunidade para esclarecer que, embora já tenha comunicado aos gestores, a
166 parte de ambulatório na PPI que teria sido programado em R\$ 6,00/hab está sendo
167 operacionalizado em R\$ 4,00/hab, por isso a programação foi ajustada para R\$ 4,00/hab, por
168 estar causando problemas no sistema de processamento de dados do SIA. Informou que esse
169 procedimento foi realizado automaticamente não necessitando do gestor vir fazer uma nova
170 programação como muitos estavam entendendo. **Policarpo** censurou a forma como procederam
171 os cortes, que, segundo ele são feitos sem comunicação prévia, prejudicando a programação dos
172 hospitais. Reclamou também da lentidão no encaminhamento dos processos de habilitação dos
173 Municípios. Sobre isso **Antônio Menezes**, Técnico da CEPPE, informou que as dificuldades no
174 encaminhamento dos processos são resultantes das pendências dos municípios em relação ao
175 atendimento dos critérios exigidos pelo Ministério da Saúde. **Vera** sugeriu incluir esse assunto
176 em pauta da próxima Bipartite. Sobre os cortes o Mário Lúcio colocou que os mesmos ocorrem
177 por insuficiência de recursos, mas quando os cortes são feitos após as unidades terem se
178 programado, é muito penoso para o município. Reiterou a necessidade de uma comunicação
179 prévia dos cortes por parte da SESA, para que os municípios possam se organizar de acordo com
180 o novo valor informado. Colocou para os representantes da SESA na CIB a possibilidade do
181 Estado alocar recursos para suprir os 19,45%, cujo corte impõe muitos sacrifícios aos
182 municípios de Atenção Básica. Ao final, a coordenadora da dos trabalhos sintetizou a discussão
183 do tema em três sugestões. As duas primeiras apresentadas pelo COSEMS foram: **1ª - Que haja**
184 **a comunicação dos cortes, antes que eles sejam processados, para que os municípios atingidos**
185 **possam organizar sua programação.** **2ª - Que seja estudada a possibilidade do Estado, com**
186 **recursos próprios, suprir os municípios com o valor que corresponde ao corte dos 19,45%.**
187 Sobre esta última Vera esclareceu que o montante relativo aos 19,45% é muito alto e que não
188 estava previsto no orçamento do Estado para este exercício. Para tanto a SESA poderia
189 apresentar essa proposta como pleito ao governador, e que essa questão seria registrada, para
190 levantamento do valor e possível encaminhamento. Disse também que o corte ocorreu em
191 função da realidade de uma programação que no momento está sendo alterada e poderá mudar a
192 situação dos municípios que sofreram cortes em sua programação, não sendo, portanto, prudente
193 tomar qualquer medida antes da nova PPI que está para ser apresentada. Sobre a sugestão da
194 Lilian de se rever a Resolução Nº 17/02, Vera fez uma explanação dos motivos que
195 justificaram a decisão da CIB/CE, formalizada naquela Resolução, e colocou a sugestão como
196 uma proposta a ser aprofundada pelos municípios, através dos seus representantes na CIB/CE,
197 no sentido de concluírem pela manutenção ou não do referido benefício. Lilian sugeriu a
198 formação de uma comissão com membros da representação da SESA e do COSEMS, para em
199 reunião discutirem e se posicionarem sobre a Resolução da CIB Nº 17/02, em apreço. A CIB
200 decidiu pela proposta de revisão da Resolução Nº 17/02 e definiu que a comissão seria composta

201 por oito componentes, sendo dois da COVAC, dois da CODAS e quatro do COSEMS, cuja
202 reunião estaria marcada para o dia 27/03/2003. **Item 4 da Pauta – Cooperação Financeira**
203 **Estado/Município: Critérios e Relação das Unidades Beneficiadas.** Isabel apresentou a
204 relação das unidades beneficiadas, por Microrregião, caracterizadas como Pólo, dentro do perfil
205 traçado pelo PDR para 2003, considerando os itens de Classificação, Natureza, Recursos
206 Financeiros e Critérios, sendo estes últimos baseados em três fatores: 1º - Experiência piloto
207 microrregional de Baturité; 2º - Remuneração por tipo de assistência e 3º - Solicitações de
208 outras unidades de referências microrregionais. **Graça** explicou que dos hospitais relacionados,
209 apenas os da microrregião de Baturité foram analisados tecnicamente. Os demais teriam sido
210 escolhidos por critério político, sem discussão prévia sobre o perfil, com o Convênio sendo
211 firmado mediante a assinatura de uma minuta de Termo de Compromisso. Disse que algumas
212 Microrregiões, que participaram das discussões e tem hospitais com perfil definido, não foram
213 incluídos. A Isabel chamou atenção para a necessidade de se identificar os hospitais pólo, mas
214 considera que a concretização disso requer o aporte de muitos recursos. **Ivonete** colocou que se
215 faz necessário buscar o respeito ao município em relação aos prestadores. Disse que Quixadá
216 desconhece o Convênio com o Hospital Jesus Maria José, e que isso fere a autonomia do
217 município. Afirmou também que o hospital não presta conta da produção e nem considera que
218 os recursos são destinados à implementação da assistência no pólo. Questionou o fato de
219 Quixeramobim receber mais recursos do que Quixadá, que recebe através do HJMJ. Finalizando
220 colocou dois pontos a serem repensados: a autonomia do município nas discussões com o
221 prestador e a equidade na distribuição dos recursos. **Policarpo** concordou com Ivonete em
222 relação à necessidade de discutir os critérios para, com base no PDR, estabelecer os municípios
223 pólos, a unidades de referência, organizar a rede de referência do Ceará e garantir o
224 cumprimento do benefício para os hospitais dos municípios pólos. Também questionou os
225 critérios adotados e expôs sua indignação considerando que o hospital de Cascavel, reunia as
226 condições para receber o benefício e não foi incluído. Para o **Mário Lúcio** a inclusão desse
227 assunto na pauta da CIB já demonstra a disposição de não se particularizar a formalização
228 desses Convênios e afirmou que a partir de agora essas discussões se darão com muito mais
229 clareza. Elogiou a iniciativa da SESA na concessão desse benefício e sugeriu que se verifiquem
230 os municípios que são Pólos, que foram incluídos no PDR, que se identifiquem as carências de
231 cada um e se tentem criar critérios que possam ser aplicados a todos os municípios pólos do
232 Estado, para que o processo de regionalização da saúde possa avançar. **Lúcia** destacou a
233 prioridade dada aos os hospitais filantrópicos, destacando a quantidade de filantrópicos
234 beneficiados em relação aos hospitais públicos. **Prata** observou que Caucaia não consta da
235 relação dos municípios beneficiados com o Convênio e lamentou que o município pólo da
236 microrregional não tenha correspondido às expectativas com relação ao perfil. Reforçando o que
237 foi apresentado, a **Graça Barbosa** e esclareceu que toda a programação do orçamento foi feita
238 com base no P e que os valores foram definidos levando em conta os critérios já citados e outros
239 estudos realizados. Sugeriu recomeçar o processo com o valor disponível, mas fazendo uma
240 revisão dos hospitais que não estão produzindo de forma compatível com o recurso recebido e
241 ver a possibilidade de incluir alguns que estão fora e estão aptos a serem beneficiados. **Vera**
242 contra argumentou chamando atenção para o fato de que nenhum dos hospitais da relação está
243 fora do PDR. Disse que se deve analisar se os hospitais estão prestando assistência que
244 justifique o auxílio recebido, mas pondera quanto a excluir um hospital, sem um argumento
245 claro que o considere fora do perfil. Outra questão abordada foi a da equidade em relação aos
246 valores. Nesse sentido, informou que três hospitais estaduais, localizados em Quixeramobim,
247 Tianguá e Crateús, não se enquadram nos critérios estabelecidos para os demais porque, para
248 garantir o processo de municipalização daquelas unidades, os três municípios tiveram que
249 receber recursos que garantissem a manutenção dos hospitais, que tinham uma série de despesas
250 com pessoal, obrigações sociais e outros encargos a cumprir e que os gestores municipais não

251 queriam assumir. Eles foram incluídos no Convênio por força de um acordo feito com o Estado,
252 que não comporta mais em sua estrutura orçamentária essas e outras unidades assistenciais.
253 Disse também que concorda com a inclusão de outros hospitais nesse programa, mas com a
254 disponibilidade financeira atual não seria possível, já que os recursos não são suficientes para
255 atender de forma significativa a todos os hospitais. Completou afirmando que para isso seria
256 necessário a elaboração de um projeto para captação de recursos adicionais junto ao governo do
257 Estado. **Sra. Maria da Paz** considera o processo da construção das microrregionais e dos
258 municípios pólos um problema sério. Que a experiência de Baturité não atendeu às expectativas
259 e sugeriu que o Estado construa mecanismos de controle e acompanhamento dos recursos que
260 estão sendo repassados para os hospitais pólos. Findas as discussões a CIB /CE decidiu que a
261 CODAS deverá comunicar ao COSEMS o momento de se reunirem para reverem o teor do
262 Termo de Compromisso e estabelecerem os valores de acordo com o perfil das unidades
263 enquadradas nos critérios. **Item 5 da Pauta - Solicitação de Qualificação de Inventivo para**
264 **Equipe do PSF.** Dois municípios estão solicitando qualificação de equipe do Programa Saúde
265 da Família: Barro (01) e Itapipoca (03). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes. **Item 6**
266 **da Pauta - INFORMES: 6.1. Adesão dos municípios ao Programa de Controle de**
267 **Tuberculose.** A Célula de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso - CEADI/SESA informa que
268 os municípios de: Chaval, Deputado Irapuan Pinheiro, Jardim e Nova Russas aderiram ao
269 Incentivo para o Controle de Tuberculose na Atenção Básica de Saúde por estarem de acordo
270 com as diretrizes e normas estabelecidas na Portaria nº 1.474, de 19 de agosto de 2002. **6.2.**
271 **Adesão dos municípios ao Incentivo para Ampliação da Detecção da Prevalência Oculta da**
272 **Hanseníase.** A Célula de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso - CEADI/SESA informa que o
273 município de Massapê aderiu ao Incentivo a Ampliação da Detecção da Prevalência Oculta da
274 Hanseníase no âmbito da Atenção Básica de Saúde por estar de acordo com as diretrizes e
275 normas estabelecidas pela Portaria nº 1.838, de 09 de outubro de 2002. **Assuntos extra pauta.**
276 Após concluídos os assuntos constantes da pauta do dia, a representante do município de São
277 Luis do Curu, da Micro Caucaia, Suely pediu para fazer três questionamentos: **a)** falta de
278 regularidade na programação dos recursos financeiros; **b)** atraso no repasse dos recursos federais
279 para os municípios e **c)** para a solução de pendências da área de controle e avaliação, o Estado
280 estaria exigindo mais de 10 programas e indicando pessoas que venderiam esses programas aos
281 municípios. Vera respondeu a primeira questão informando que a revisão dos recursos
282 programados deverá acontecer pelo menos trimestralmente, atendendo Resolução de CIB/CE,
283 embora exista uma recomendação da Promotoria de Defesa da Saúde Pública para que essa
284 programação aconteça mês a mês. Sobre o não repasse dos recursos federais, decorrentes da
285 Resolução 17/02, afirmou que todos os repasses foram autorizados em plenária da Bipartite,
286 para pagamento de todas as competências em atraso do ano de 2002 e que por isso iria consultar
287 à Coordenadoria Administrativo Financeira sobre o que acontecera. Quanto à 3ª questão a Vera
288 considerou que esse tipo de denúncia deveria ser feito por escrito. Esclareceu que a NOAS não
289 exige auditor na área básica. Mas se o município optar pelo gerenciamento da área
290 especializada, faz-se necessária a presença do auditor. Sobre a acusação da compra dos
291 programas, a Lilian afirmou que a COVAC desconhece o assunto e contra argumentou
292 afirmando que o SIA é o único programa exigido e que por ser Nacional está a disposição de
293 qualquer gestor. Foi sugerido que para se esclarecer a questão seria solicitado à Micro de
294 Caucaia, a ata da reunião da CIB/MR em que fora abordado o assunto ora denunciado. Nada
295 mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D'Arc
296 Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada
297 e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza,
298 vinte e um de fevereiro do ano dois mil e três.

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 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2003

Aos quatorze dias do mês de março do ano dois mil e três, às nove horas, no auditório do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 4ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, de 2003. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jocileide Sales Campos do GABSEC; Vera Maria Câmara Coêlho e Maria das Graças Barbosa Peixoto da COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão e Francisco Evandro Teixeira Lima da COVAC; Isabel Cristina Cavalcante da CODAS; Maria Vilauva Lopes da CEOAP/CODAS; Ismênia Maria Barreto Ramo e Antônio Paula de Meneses da CEPPE/COPOS; Anamaria Cavalcante e Silva e Nágela Maria dos Reis Norões da COMIRES. Pela representação dos municípios: Mário Lúcio Ramalho Martildes, Presidente do COSEMS; Eliade Bezerra Duarte, S.M.S de Iguatú; Rogério Teixeira Cunha, S.M.S. de Umirim; Carlos Alberto Komora Vieira, S.M.S. de Maracanaú; Fernanda Maria Coêlho de Sá, S.M.S do Crato; Lúcia Helena Gondim Castro da S.M.S. de Jaguaribe; Aldrovando Neiva de Aguiar da S.M.S.de Fortaleza; Maria da Paz Gadelha, S.M.S de Itapiuna. Como convidados: Inês Santos do Couto, SMS de Morada Nova; Quitéria Régia Tavares André, SMS de Nova Russas; José Anildo Feitosa e Irmã Ideltrand do Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo em Barbalha; José Neto Maia, SMS de Horizonte, Geison, SMS de Sobral; Maria Joilma Lima Gondim, SMS Icapuí, Evaldo Sales, SMS de Marangue, Júlia Maria Bastos, SMS de Icó; Eliane A de Lavor Vieira, CECAT/NUASF, Flávio Prata Crisostomo, A reunião foi aberta e presidida por Vera Coelho que anunciou o **Item 1 de Pauta - Programação da Assistência Farmacêutica**. Dra. Isabel, Coordenadora de Desenvolvimento e Assistência à Saúde, fez a bordagem do assunto, destacando os itens do Pacto da Assistência Farmacêutica a serem apresentados e discutidos em plenária. Eliane Lavor do NUASF iniciou apresentação pela Prestação de Contas da PPI /2002, informando a situação dos municípios que aderiram à compra centralizada de medicamentos em relação ao pagamento da contrapartida. Mostrou também o Comparativo Anual da Adimplência com a Inadimplência no período de 1999 a 2002, em que evidenciou que os mais elevados índices de inadimplência ocorreram nos anos de 1999 e 2002, e que apenas o ano de 2001 registrou o maior número de pagamentos. .Sobre a inadimplência, Jocileide sugeriu que se faça um trabalho de conscientização junto aos Prefeitos, através da APRECE, e lamentou que a população fique prejudicada em decorrência da não entrega de medicamentos aos municípios devedores. Em seguida Eliane apresentou os componentes do Pacto da Assistência Farmacêutica, começando pelo elenco de medicamentos da PPI 2003, que ficou constituída de 68 itens, os mesmos da PPI 2002; os formulários de programação e o Termo de Adesão à Compra Centralizada. Este último foi revisado pela plenária que constatou que o item VI da Cláusula Quarta teria de ser reformulado, devendo ser excluída a exigência da apresentação trimestral da Nota Fiscal de aquisição de medicamentos, já que este documento diz respeito à comprovação de compra do medicamento para os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal que não aderiram à compra centralizada. Nesse ponto **Vera** esclareceu que mesmo para os municípios em GPSM, deve ter o Termo de Adesão incluído no Pacto. Continuando, Eliane apresentou o quadro comparativo de preços de itens adquiridos pela SESA e por municípios que não aderiram à compra centralizada, onde se verificaram diferenças consideráveis para maior na compra de medicamentos. **Isabel** colocou para a Bipartite a sugestão de descentralizar o processo de distribuição de medicamentos sugerindo que a entrega da mercadoria passasse a ser feita pelos próprios fornecedores, com vistas à redução de custos para o Estado. Informou haver pedido uma planilha de custos, no caso da

48 entrega descentralizada, e um laboratório oficial apresentou uma proposta com elevação do preço
49 médio dos medicamentos em 8%. Falou de duas questões que teriam sido levadas à consideração
50 do Subsecretário: a primeira seria a utilização da modalidade de pregão com o objetivo de agilizar
51 o processo de compra, a segunda, a possibilidade da Secretaria negociar a concessão de desconto
52 no repasse do ICMS das compras de medicamento. **Mário Lúcio** elogiou a NUASF pela logística
53 da pactuação e externou uma preocupação quanto ao Ministério da Saúde não estar mais inclinado
54 a manter a farmácia popular. Sobre a sugestão de descentralizar a distribuição, julga ser
55 preocupante, tendo em vista a falta de garantia de entrega da mercadoria pelo fornecedor, e
56 também pela quebra na relação entre a SESA e o Município. Em seguida fez duas proposições em
57 relação às condições estipuladas no Termo de Adesão: 1ª - Com relação à distribuição trimestral,
58 sugere que o município que paga mensalmente, receba também os medicamentos, mensalmente. 2ª
59 - Que o Estado, através do FUNDES, credite o recurso diretamente no Fundo Municipal de Saúde
60 dos municípios que estão em GPSM e que não optaram por compra centralizada. Em relação à
61 análise dos preços informou ter feito ele mesmo uma avaliação e ter encontrado um aumento
62 médio percentual de aproximadamente 8% e que fez uma coleta de preços tendo encontrado oferta
63 mais barata. **Eliade** afirmou que, para 42 itens adquiridos por compra centralizada para o Iguatu,
64 fez análise e encontrou preços, em torno de 4%, mais baixos do que os adquiridos pela SESA.
65 **Isabel** esclareceu como se procede a compra, enfatizando o rigor do Edital e a garantia da
66 qualidade do produto. **Mário Lúcio** aquiesceu, mas pediu que quando houver redução nos preços
67 de medicamentos na ocasião da compra que os municípios também sejam beneficiados com o
68 repasse desse ganho que repercutiria no aumento da quantidade de medicamentos da PPI.
69 Terminados os apartes, **Vera** comentou sobre o Pacto, esclarecendo que o Termo de Adesão dos
70 municípios em GPSM que não aderiram à compra centralizada deve ser incluído no Pacto. Quanto
71 ao Financiamento, explicou que se o Governo Federal acrescer o valor da contra partida para o
72 pacto da assistência com medicamentos básicos, será possível aumentar a quantidade dos
73 medicamentos programados para os municípios da atenção básica e para os municípios em GPSM
74 que optaram pela compra centralizada. Destacou a importância de que os documentos do Pacto
75 sejam encadernados e encaminhados para a Bipartite e para o COSEMS, para efeito de atender às
76 exigências das auditorias que se realizarão nos municípios, devendo esses documentos fazerem
77 parte do acervo da Assistência Farmacêutica dos Municípios. Colocado à consideração dos
78 membros da plenária, a CIB/CE aprovou o Pacto, mas o COSEMS destacou quatro pontos a serem
79 revistos pela SESA em conjunto com os representantes dos municípios na Bipartite: 1º A
80 sistemática de entrega de medicamentos só poderá ser modificada após autorização da CIB; 2º -
81 Beneficiar os municípios que pagam mensalmente, com a entrega mensal correspondente.; 3º -
82 Repasse dos recursos financeiros para aquisição de medicamentos para o FMS dos municípios em
83 GPMS que não optaram pela compra centralizada; 4º - Análise de preços, considerando as
84 diferenças entre os preços apresentados pelo NUASF e os levantados pelo COSEMS. **Item 2 de**
85 **Pauta – Solicitação de Pagamento Administrativo de Exames de Densitometria Óssea.** Vera
86 leu o ofício Nº 43/2003 do Secretário de Saúde de Fortaleza que solicitava a inclusão, na Bipartite,
87 do pedido de autorização de pagamento administrativo de exames de densitometria óssea para a
88 Clínica Santa Lúcia, em virtude de haver sido extrapolado o limite financeiro nos meses de março,
89 abril, maio, junho e julho, de 2002. Leu os valores correspondentes ao débito de cada mês, que
90 totalizaram o montante de R\$ 26.660,00 (vinte e seis mil seiscentos e sessenta reais). Acrescentou,
91 ainda segundo o referido ofício, que como esse procedimento é cobrado através de APAC, a
92 reapresentação dos exames não teria sido aprovada, considerando que o pagamento dos mesmos já
93 havia sido rejeitado pelo Sistema do DATASUS. Vera esclareceu aos membros e aos convidados
94 que nesses casos, a única forma do prestador receber é através de Resolução da CIB/CE que

95 respalda o gestor municipal a fazer o pagamento de forma administrativa, que é feito sem o
96 relatório do DATASUS, mas através da formatação de um relatório do Auditor do Serviço de
97 Controle e Avaliação que confirme o atendimento realizado. Dr. Aldrovando da SMS de Fortaleza
98 justificou o pedido, afirmando que a solicitação dos exames foi tecnicamente correta e por isso
99 foram autorizados pela Auditoria, mas foram glosados por falta de teto financeiro. Depois de
100 alguns apertes a **CIB/CE** autorizou a Secretaria de Saúde de Fortaleza realizar o pagamento
101 administrativo à Clínica Santa Lúcia pelos exames de densitometria óssea realizados e não pagos.
102 **Item 3 de Pauta - Proposta de Reajuste dos Limites Financeiros dos Municípios em GPSM.**
103 Preliminarmente, a Vera Coelho esclareceu sobre o Reajuste dos Limites Financeiros dos
104 Municípios em GPSM vir para a Bipartite, informando que segundo a NOAS, cabe à CIB a
105 definição dos mecanismos para o processo de reajuste da PPI não sendo necessário submeter à
106 esse Colegiado a aprovação dos reajustes em cada momento de sua realização, vez que a SESA
107 poderia proceder a aplicação do reajuste, trimestralmente, conforme estabelecido na Resolução da
108 CIB e na norma federal. Explicou que apesar de todo esse amparo legal a SESA sempre traz para
109 a CIB a discussão dos resultados quando da aplicação das estratégias já aprovadas no Colegiado,
110 notadamente as que se referem ao reajuste em relação a área de internações de média
111 complexidade vez que na área de ambulatório o Secretário Municipal de Saúde tem plena
112 liberdade de modificar a programação local, e que a programação de referências é decidida na
113 CIB Microrregional, vindo à SESA apenas para incorporar ao ajuste do teto. Quanto à Alta
114 Complexidade, informou que virá para a CIB apenas para solicitação de recursos adicionais.
115 Portanto, disse que naquele momento haveria a discussão da revisão de teto em relação às
116 internações de média complexidade, a partir do relatório da Câmara de Compensação. Passou a
117 palavra para o Alex que apresentou uma proposta com 3 opções para aplicação do reajuste, o que
118 suscitou discussões sobre a complexidade da lógica da elaboração da mesma. Diante disso e da
119 importância do assunto o **Dr. Mário Lúcio** pediu que a discussão fosse adiada para que os
120 municípios, através do COSEMS, e juntamente com os técnicos da COVAC, fizessem uma
121 avaliação da proposta, de forma a não comprometer ainda mais a situação financeira dos
122 municípios. **Vera** colocou que o adiamento da decisão implicaria na necessidade de se fazer uma
123 exposição para a Promotoria da Saúde que recomendou um prazo menor para esses reajustes.
124 Diante da situação o Dr. Mário Lúcio afirmou que os municípios não iriam fazer a pactuação,
125 naquele momento, mas propôs serem mantidos os valores de Ambulatório e de Internação
126 vigentes. Pediu que os representantes dos municípios permanecessem na sala após a apresentação
127 do restante da pauta, para discutirem sobre a proposta. O Dr. Alex ponderou que se deveria rever a
128 interpretação da Resolução 17/2002, em relação aos hospitais locais com limites fixados com base
129 na produção de 1º semestre de 2001. Odorico propôs fazer uma agenda Política para fazer valer os
130 recursos orçados para a Saúde do Ceará no Orçamento da União para o ano de 2003. A **CIB/CE**
131 decidiu suspender a discussão da proposta de reajuste dos limites financeiros da Área de
132 Internação de Média Complexidade dos municípios em GPSM, até a apresentação da revisão que
133 seria feita pelos municípios sob a coordenação do COSEMS em conjunto com a SESA. Ao final,
134 **Vera** teceu comentários sobre a situação de municípios em relação ao crescimento da demanda de
135 serviços que não estão contemplados na proposta de revisão em pauta, como quimioterapia,
136 radioterapia, medicina nuclear e outros, que estão quase na impossibilidade de manter o
137 atendimento ao Sistema. Informou que embora todas as reivindicações tenham sido fundamentadas
138 pela SESA e levadas para serem incluídas em Pauta do CONASS, enquanto o Secretário, Dr.
139 Jurandi Frutuoso, entregava o mesmo trabalho à SAS através do Dr. Solla não se tem ainda
140 nenhuma resposta. Disse também que o CONASS teria feito uma agenda de discussão que irá
141 acontecer por todo este ano de 2003, mas esclareceu que se não for acertada uma agenda política

142 para se resolver o problema do teto financeiro do Estado, poderá haver uma restrição, para a
143 população, daqueles serviços e de outros que deixarão de ser realizados no Estado, já que os
144 prestadores não suportam manter o custo operacional dos mesmos com o teto financeiro em vigor.
145 Afirmou que os percentuais de crescimento das doenças dos grupos do alto custo não estão em
146 consonância como os dados epidemiológicos. Disse também que o Estado não tem estudos
147 epidemiológicos que mostrem que a realidade do Ceará é diferente da realidade considerada pelo
148 Ministério da Saúde. Odorico concordou com a explanação da Vera e sugeriu, para a Escola de
149 Saúde Pública do Ceará, a criação de uma linha de Pesquisa sobre as questões epidemiológicas.
150 Dra. Jocileide disse que essa linha de pesquisa já existe, que falta apenas a ESP/CE colocá-la em
151 prática. **Item 4 de Pauta - TRS – Programação Fevereiro/2003.** Preliminarmente à
152 apresentação da proposta, a Secretária Executiva da Bipartite, Vera Coelho, teceu alguns
153 esclarecimentos sobre a modalidade de repasse dos recursos de TRS. Disse que a Portaria que
154 estabeleceu que a TRS seria financiada pelo FAEC definiu que o repasse financeiro se daria pela
155 produção dos serviços, através da apresentação das APAC, mediante o que o Ministério, ao
156 analisar os relatórios de produção comparando-os ao limite financeiro do Município, faria o
157 repasse para o FMS, para o gestor municipal pagar os prestadores dos serviços de TRS. Esclareceu
158 que no 1º mês de aplicação da Portaria, devido ao atraso na emissão dos relatórios de produção, o
159 Ministério da Saúde, informalmente, decidira repassar para o FMS o valor do limite fixado para
160 cada município independente da produção, e que por isso, no final do ano passado, tinha sido
161 colocada na plenária da Bipartite a discussão sobre a existência de saldo de recursos da TRS de
162 alguns municípios, detectado quando do encontro de contas entre a produção e o dinheiro
163 recebido. Informou que em janeiro deste ano o Ministério começou a cumprir a referida Portaria, o
164 que impedirá que os municípios fiquem com disponibilidade financeira para pagamento da
165 produção excedente de um prestador com o recurso de outro que não atingira a meta programada.
166 Acrescentou que essa decisão levará à discussões sistemáticas sobre o assunto, na Bipartite, para o
167 ajuste da programação, até que o Ministério da Saúde reveja essa modalidade de financiamento.
168 Prestados os esclarecimentos passou a palavra a **Lilian** que apresentou a Proposta de Programação
169 de TRS para fevereiro de 2003, informando que não daria para programar pela produção de janeiro
170 de 2003 porque ultrapassaria o valor do teto do Estado, tendo feito, portanto, a redução linear de
171 1,9% sobre a produção de janeiro de 2003 para poder ficar no limite do Estado de R\$2.643.278,00,
172 Informou que doravante os municípios receberão somente o valor correspondente à produção,
173 dentro do valor do limite programado. **Odorico** considerou grave a situação e sugeriu que se
174 levantasse o problema junto à Tripartite, na busca de uma solução. **Vilauva** concordou com
175 Odorico e acrescentou que a Bipartite tem que tomar uma decisão, haja vista a seriedade da
176 decisão de se cortar o tratamento de um paciente grave. **Aldrovando** afirmou que com essa
177 modalidade de repasse, Fortaleza terá que tirar 36 pacientes da hemodiálise. Vera propôs que se
178 reivindicasse junto à Tripartite para se modificar a Portaria GM Nº1112 de 13/06/02, segundo a
179 qual, tudo o que exceder o repasse, deverá ser pago com recursos do teto do próprio município, o
180 que leva o gestor a sacrificar outros níveis de atenção. Regina disse que o quadro é preocupante
181 pois além dos déficits de Crato e Maracanaú, outros municípios estão atendendo além da sua
182 programação. Acrescentou ainda que pacientes de outros estados continuam a dialisar em
183 municípios do Ceará, entre os quais Barbalha que está tratando de 9 pacientes de Pernambuco.
184 Sobre isso Odorico sugeriu que se deve pensar na implantação de uma negociação Interestadual, e
185 ficar atento para que se possa aumentar o teto do Ceará, principalmente em relação ao atendimento
186 realizado na Macrorregião do Cariri. **Komora** comentou sobre o surgimento de pacientes novos
187 em Maracanaú e concluiu que está havendo um aumento de casos hipertensão e diabetes, talvez
188 relacionados a hábitos de sobrevida. Sobre o assunto em pauta, afirmou que considera necessário

189 buscar uma fundamentação legal para a responsabilidade da União pelo custeio da TRS antes de se
190 pressionar a Tripartite. Por outro lado, disse que o discurso do governo atual é de que o Estado tem
191 que ter uma participação maior no custeio e por isso a SESA tem que encontrar o embasamento
192 legal e até buscar o apoio da Promotoria da Saúde junto ao nível federal. Odorico indaga sobre a
193 situação de transplante renal no Cariri e **Ricardo** informa que Barbalha faz a captação de órgãos e
194 o hospital Santo Inácio de Juazeiro faz a cirurgia. **Alex** afirmou que Sobral já fez nove transplantes
195 e sugeriu que se trabalhe com a possibilidade de se estruturar os serviços de captação de órgãos e
196 de Cirurgia. Disse também que o Ceará é o quinto estado que mais realiza transplantes no país,
197 mas há a necessidade de se trabalhar com as ações preventivas para evitar os casos de TRS.
198 Destacou a importância de uma assistência especializada no sentido de retardar a entrada do
199 paciente na hemodiálise. Finalmente sugeriu que os municípios pequenos lutassem para que os
200 Serviços de TRS fossem centralizados. **Odorico** contra argumentou, afirmando que se deve lutar
201 para que seja garantido o pagamento do que for produzido. Por fim manifestou-se favorável à
202 aprovação da proposta apresentada, mas que se deve procurar reivindicar junto ao Ministério da
203 Saúde o aumento do teto do Estado do Ceará. **A plenária da Bipartite** aprovou a Proposta da
204 Programação da Terapia Renal Substitutiva para fevereiro de 2003. **Item 5 de Pauta:**
205 **Descentralização das Ações de Média Complexidade em VISA – Habilitação do Município de**
206 **Guaraciaba do Norte.** Vera informou que o município de Guaraciaba do Norte solicitou a
207 descentralização da Vigilância Sanitária e obteve parecer favorável da Comissão de Avaliação de
208 Desempenho das Ações de VISA e do Coordenador da COVAC que considerou o referido
209 Município, que já apresentou Termo de Compromisso e composição de Equipe de Vigilância
210 Sanitária Municipal estruturada, apto para assumir as responsabilidades de média complexidade. **A**
211 **CIB/CE** aprovou a descentralização das ações de média complexidade em vigilância sanitária para
212 o Município de Guaraciaba do Norte. **Item 6 de Pauta - Qualificação de Equipes de PSF e de**
213 **Saúde Bucal.** A Coordenadora da Bipartite, Vera Coelho, apresentou as solicitações de
214 qualificação de Equipes de Saúde Bucal, sendo uma para Acopiara uma para Solonópole, uma para
215 Reriutaba e uma para Independência, e uma Equipe de Saúde da Família para Itapajé. Comentou
216 sobre o programa especial do governo para a saúde bucal e disse que o assunto seria apresentado
217 na próxima reunião da Bipartite. **A CIB/CE** aprovou a qualificação das Equipes solicitadas e
218 como não havia nada mais a tratar, a presidente da assembléia encerrou os trabalhos, e eu, Célia
219 Fonseca, lavrei esta ata que vai assinada pelos membros da Bipartite, presentes. Fortaleza, 14 de
220 março de 2003.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2003**
3
4

5 Aos quatro dias do mês de abril do ano dois mil e três, às nove horas, no auditório do CESAU, à
6 Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 5ª Reunião Ordinária da
7 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, de 2003. Compareceram, pela SESA os
8 seguintes membros: Jocileide Sales Campos do GABSEC; Lilian Alves Amorim Beltrão da
9 COVAC; Maria Vilauva Lopes da CEOAP/CODAS; Ismênia Maria Barreto Ramos e Antônio
10 Paula de Menezes da CEPPE/COPOS; e Maria das Graças Barbosa Peixoto da COPOS. Pela
11 representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio Ramalho Martildes do COSEMS;
12 Aldrovando Neiva de Aguiar da S.M.S.de Fortaleza; Fernanda Coêlho de Sá da S.M.S. de Crato e
13 Carlos Alberto Komora Vieira, S.M.S. de Maracanaú. Como convidados: Lea Maria B. de
14 Menezes da CELBUC; Diva de Lourdes A.Fernandes da CEACRI; Silvia Regina O. Lima,
15 Assistente Técnica do COSEMS, Rosângela M.A.Bezerra da S.M.S. do Crato; Zita Maria da
16 Rocha da MR de Maracanaú; Ana Kelve de Castro SMS de São Gonçalo; Evaldo Sales Costa da
17 SMS de Maranguape; Carlos Hilton Soares da SMS de Sobral; Fca. Dulcinalda Braga da SMS de
18 Sobral; Hélcio Mauro Silva Góes da SMS de Horizonte e Hélio Leite da COMIRES; A reunião foi
19 aberta e presidida por Dra. Lilian que anunciou o **Item 1 - Projeto Dentista da Família.** Dra. Léa
20 iniciou a apresentação informando que o Projeto Dentista da Família é uma iniciativa do Governo
21 do Estado para melhorar a saúde bucal da população, e tem como objetivo principal garantir uma
22 Equipe de Saúde Bucal para cada Equipe de Saúde da Família nos 10 municípios com os menores
23 Índices de Desenvolvimento Humano. Os municípios selecionados foram: Barroquinha, Granja,
24 Croatá, Salitre, Saboeiro, Quixelô, Aiuaba, Itatira, Choró e Tarrafas. Informou que o Estado irá
25 financiar 50% das Equipes de Saúde Bucal em cada município para que a proporção com as
26 Equipes do Saúde da Família seja paritária. Citou as Responsabilidades dos Municípios e do
27 Estado, as Estratégias de Operacionalização e os Critérios de Exclusão do Programa. Ao final
28 mostrou a situação dos municípios selecionados em relação aos índices de procedimentos coletivos
29 da população de 0 a 14 anos, cobertura de 1ª consulta de odontologia e proporção entre exodontia
30 e ações odontológicas. **Dra. Vilauva** observou que nenhum dos municípios beneficiados, tem
31 equipe do PITS sendo injusto já que os municípios que tem PITS só terão equipes de saúde bucal
32 se o município pagar ao dentista. **Dr. Mário Lúcio** comentou sobre os indicadores apresentados e
33 questionou a qualidade dos mesmos em relação à melhoria da saúde. Disse também que há
34 procedimentos da saúde bucal que são importantes para a medição dos indicadores, mas não
35 constam da programação. **Dr. Antônio** da CEPPE ressaltou a importância dos indicadores da
36 atenção básica para o atendimento dos requisitos para a habilitação em GPAB-A cujos pleitos
37 deverão ter um incremento após a decisão do Ministério em aumentar o valor per capita para
38 R\$12,00, e que o encaminhamento dos pedidos sem a informação dos procedimentos da saúde
39 bucal para análise pela Tripartite não serão homologados. **Dra.Jocileide** reforçou a posição do Dr.
40 Mário Lúcio, afirmando que a falta das informações referentes a tais procedimentos dificulta a
41 elaboração de metas do Plano Estadual de Saúde Bucal. **Dra. Lilian** afirmou que a maioria dos
42 procedimentos consta no PAB, cuja programação é feita pelo Município e nessa condição, os
43 gestores deveriam vir à SESA fazer as alterações, e mostrar como o recurso do PAB está sendo
44 utilizado. A discussão do item foi encerrada com a formulação das seguintes propostas: 1ª - Rever
45 a Programação dos Municípios para inclusão dos procedimentos que são importantes para a
46 medição de indicadores da Atenção Básica; 2º - Formar Comissão com representantes da SESA e
47 dos Municípios, para rever e definir novos indicadores de interesse do Estado e dos Municípios do
48 Ceará, para formalizar o Pacto; 3º - Analisar a possibilidade da inclusão de novos municípios com
49 Equipes de Saúde Bucal financiadas pelo Estado, a curto ou médio prazo. A CIB aprovou as
50 propostas apresentadas. **Item 2 - Plano de Ação e Metas para DST/HIV/AIDS** - Sobral e
51 **Crato** – Antes da apresentação dos Planos dos dois municípios a Dra. Telma Coordenadora do

52 Programa DSTA/AIDS prestou alguns esclarecimentos sobre o assunto, informando que o
53 Ministério da Saúde instituiu uma nova política de financiamento para as ações de DST/AIDS.
54 Disse que durante este ano de 2003 após a apresentação de Planos de Ações e Metas, serão
55 repassados recursos para a Secretaria do Estado do Ceará, que trabalhará junto aos municípios
56 selecionados. Disse que inicialmente foram selecionados Maracanaú, Caucaia, Sobral, Crato e
57 Fortaleza, mas apenas Crato e Sobral elaboraram os respectivos Planos. Informou que o Plano do
58 Estado do Ceará já foi submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde e da Bipartite já
59 tendo sido aprovado pela Coordenação Nacional. Acrescentou que no país apenas os estados de
60 São Paulo, Espírito Santo e Ceará já estão habilitados a receber os recursos e que os Planos de
61 Crato e Sobral após a aprovação pela Bipartite serão encaminhados ao Ministério para habilitação
62 e liberação dos recursos para a execução do Plano. Passou a palavra à **Sra. Rosângela** enfermeira
63 da Secretaria da Saúde do Crato para apresentação resumida do PAM daquele município.
64 Rosângela informou que o município será beneficiado com R\$50.000,000 (cinquenta mil reais)
65 que serão distribuídos nas seguintes áreas de Promoção, Prevenção e Proteção; Diagnóstico,
66 Tratamento e Assistência e Desenvolvimento Institucional e Gestão. Disse que o total aplicado
67 nessas áreas será de 91,50%, do valor total do recurso, sendo os restantes 8,50% utilizados em
68 parcerias com Organizações da Sociedade Civil - OSC. Apresentou, como metas programadas, a
69 capacitação de 100% dos profissionais em prevenção e aconselhamento, e 80% de adolescentes
70 informados sobre sexo seguro. Em seguida a enfermeira **Dulce** iniciou a apresentação do PAM de
71 Sobral informando que até o ano de 2002, 117 casos de AIDS foram notificados no município e
72 que Sobral é referência para 52 municípios que encaminham pacientes com HIV/AIDS. Informou
73 que o Plano vai atuar em três nas áreas de Promoção, Prevenção e Proteção; Diagnóstico
74 Tratamento e Assistência e Desenvolvimento Institucional e Gestão, além da parceria com OSC.
75 Informou que o recurso será repassado Fundo a Fundo e que o valor do recurso de Sobral é de R\$
76 214.667,00, acrescido da contrapartida que será aplicada em Assistência à Saúde dos portadores do
77 HIV. Disse que o Município tem como meta a melhoria da Casa de Apoio ao Aidético, a única do
78 interior do Estado, que tem recebido o apoio de parceiros, empresas e da população em geral. Ao
79 final das apresentações a **Bipartite** aprovou os Planos de Ações e Metas para 2003, em
80 DST/AIDS, apresentados pelos municípios de Crato e Sobral. **Item 3 -Projeto Alimentação,**
81 **Saúde e Vida Saudável.** Dra. Diva Gerente da Célula de Atenção à Criança iniciou a sua
82 apresentação informando que o Projeto Alimentação, Saúde e Vida Saudável é uma iniciativa do
83 governo estadual e tem como finalidade beneficiar os seguimentos da população mais vulnerável
84 aos riscos de adoecer e morrer por falta de condições mínimas necessárias à vida. Informou que o
85 Projeto tem como objetivo principal garantir a promoção das condições de saúde e nutrição de
86 gestantes, nutrízes, crianças de 06 meses a 02 anos de idade e idosos hipertensos e diabéticos em
87 risco nutricional, pertencentes a família de baixa renda não beneficiada pelo Programa Nacional
88 Bolsa Alimentação residente em 29 municípios cearenses de menor IDH Municipal. Disse que o
89 Projeto será executado nos meses de junho a dezembro de 2003 e concederá 36.577 bolsas, com
90 valor unitário de R\$15,00, totalizando um investimento de R\$ 3.840.585,00 (três milhões,
91 oitocentos e quarenta mil, quinhentos e oitenta e cinco reais). Explicou que o Programa não visa
92 apenas a concessão da bolsa alimentação mas também a garantia da assistência médico-sanitária
93 aos beneficiados através das ações de saúde e atividades educativas prestadas por uma Equipe de
94 Saúde da Família ou por uma Unidade Básica de Saúde do município, onde o beneficiário será
95 cadastrado. Com isso, o governo pretende reduzir o nº de crianças com baixo peso ao nascer, o nº
96 de crianças desnutridas menores de 02 anos e reduzir as complicações das diabetes e da
97 hipertensão arterial no idoso. Ao final apresentou a relação dos municípios incluídos, com os
98 respectivos indicadores sócio econômicos e população beneficiada: Barroquinha, Granja, Croatá,
99 Salitre, Saboeiro, Quixelô, Aiuaba, Itatira, Choró, Tarrafas, Granjeiro, Altaneira, Assaré, Umirim,
100 Chaval, Catarina, Martinópole, Miraíma, Umarí, Araripe, Uruoca, Arneiróz, Baixio, Coreaú,
101 Caririaçu, Viçosa do Ceará, Graça, Ocara e Bela Cruz. Concluiu informando os critérios exigidos
102 para a permanência no Programa, relacionados aos resultados alcançados no primeiro ano do

103 Projeto, que são: captar 80% de gestantes no 1º trimestre, 70% das crianças tenham aleitamento
104 materno exclusivo até 6 meses, 100% das crianças estejam imunizadas, 80% de idosos assistidos e
105 100% das crianças de até 2 anos tenham o seu crescimento e desenvolvimento acompanhados.
106 Disse que esse é um projeto piloto e que no próximo ano poderá ser estendido para outros
107 municípios. **Dra. Jocileide** observou que a captação da gestante deve ser vista também como uma
108 forma de dar seguimento ao pré-natal. **Dra. Vilauva**, disse que o programa deveria ser ampliado
109 para beneficiar os municípios que tem se esforçado para ter um melhor IDH, como uma forma de
110 incentivo. Para o **Dr. Mário Lúcio** todos os benefícios que vierem trazer melhoria para os
111 municípios, seja para os que estão em boas condições ou para que estão em piores condições são
112 bem vindos. Sugeriu que o Projeto Alimentação, Saúde e Vida Saudável deveria ser ampliado para
113 muitos outros municípios além desses 29, inicialmente, escolhidos. **Dr. Komora** propôs a inclusão
114 de portadores de tuberculose. Sobre o acompanhamento do Projeto sugeriu que os bancos de dados
115 fossem trabalhados para oferecer aos municípios relatórios gerenciais que fornecessem
116 informações relativas ao atendimento, incluindo dados de absenteísmo. Sugeriu também que o
117 cartão do beneficiário seja revalidado periodicamente para evitar a evasão ao acompanhamento
118 médico e às atividades educativas. A CIB/CE acatou as sugestões que serão encaminhadas para a
119 coordenação geral do Projeto. **Item 4 - Raiva Humana e Animal – Agravamento da Situação**
120 **no Ceará** – **Dr. Mario Lucio** começou dizendo não ser necessário falar da importância
121 epidemiológica que a doença exerce hoje no Ceará, principalmente na Região Metropolitana de
122 Fortaleza onde a situação é mais séria e mais grave. Colocou dois pontos que considera fatores
123 importantes para o agravamento da situação da raiva no Estado: 1º: A não priorização das
124 zoonoses no Ceará, talvez pela prioridade que se dá ao dengue. 2º: A desestruturação da ação de
125 captura de cães favorecendo o incremento considerável da população canina. Com base nesses
126 elementos e considerando a baixa efetividade nas duas 1ªs doses da vacina, o Dr. Mario Lúcio
127 apresentou um conjunto de proposições necessárias a reverter a atual situação. 1- Substituição da
128 vacina atualmente usada na imunização animal pela vacina “cultivo celular” que é mais eficiente.
129 2- Agilizar o projeto VIGISUS para a construção de Centros de Zoonoses no Estado e ver em que
130 estágio se encontra a construção desses centros. 3- Ampliar investimentos para a captura de
131 animais errantes para todos os municípios, adquirir mais carrocinhas ou financiamentos para os
132 municípios construírem as suas próprias e poderem ter acesso às ações de controle da população
133 canina. 4 – Campanhas de informação sobre a raiva, na mídia. 5 – Incluir na ficha de cadastro
134 familiar itens para informações sobre cães e gatos nos domicílios. 6 – Solicitar ao Ministério da
135 Saúde ou à SESA a ampliação do TFECD. 7 – Verificar a possibilidade, junto a UECE de se
136 criarem campos de estágio na área de veterinária com o objetivo de levar veterinários para o
137 interior, e integrar esses profissionais com as equipes de saúde dos municípios, o que causaria um
138 impacto positivo não só do ponto de vista do controle das raivas animal e humana, mas para a
139 epidemiologia em geral. **Dr. Aldrovando**, concorda com o Dr. Mário Lúcio sobre a situação da
140 doença, considera preocupante o aumento da população canina, assim como a baixa eficiência da
141 vacina animal, mas afirmou que as campanhas de vacinação em Fortaleza continuam. Falou que no
142 bairro João XXIII seriam instalados 740 postos de vacinação com o objetivo de alcançar uma
143 cobertura vacinal de 290.000 cães. Disse também que a captura em Fortaleza não diminuiu e que a
144 Secretaria tem um projeto em parceria com UECE para construção do 2º Centro de Zoonoses na
145 Capital. Informou que durante o surto houve uma correria às vacinas, mas outros casos da doença
146 deverão aparecer já que nem todas as pessoas acidentadas procuraram os locais de atendimento, e
147 que os agentes de saúde da Dengue estão distribuindo material educativo e de orientação sobre a
148 raiva. Disse que treinou os profissionais da rede ambulatorial do sistema municipal na notificação
149 e orientação onde as pessoas acidentadas devem buscar o atendimento e que estaria preparando os
150 três Frotinhas para fazerem soroterapia. **Dr. Komora** falou do papel do gestor no controle e
151 ampliação da captura e no esclarecimento à população sobre a guarda responsável e imunização do
152 seus animais domésticos. Elogiou as propostas do Dr. Mário Lúcio e levantou uma questão sobre a
153 carência de recursos humanos para lidar na captura de cães, lembrando que muitos trabalhadores

154 de endemias, tem que se ausentar do trabalho porque estão com a colesterase alta, poderiam ser
155 treinados para a captura de cães durante o período em que não pudesse lidar com veneno. Falou
156 também sobre o uso dos veículos da Dengue, que muitas vezes ficam parados porque os
157 coordenadores da Dengue não permitem que os veículos sejam utilizados para outras endemias.
158 **Dra. Jocileide** comentou sobre o assunto atribuindo a baixa cobertura da imunização contra a
159 raiva à inexistência da vacinação complementar nas unidades de saúde. Disse que o recurso do
160 TFECDD atende também as campanhas de vacinação na compra de seringas e agulhas. Sobre o uso
161 do veículo, afirmou que deve ser priorizado em função da situação, inclusive para outras endemias.
162 E acrescentou que a capacitação de pessoal na vacinação contra raiva é extremamente necessária e
163 deve obedecer a um esquema de reciclagem dinâmico. **Dr. Policarpo** comentou sobre cláusulas de
164 Convênio que prevêm o uso exclusivo do carro nas campanhas contra a Dengue. **Dra. Fernanda**
165 **do Crato** pediu ajuda financeira alegando que o Centro de Zoonoses daquele município atende a
166 todos os municípios da microrregião e que está passando dificuldades. Não havendo mais nenhum
167 aparte sobre o assunto, **Dra. Lilian** colocou à consideração dos membros da Bipartite as propostas
168 apresentadas pelo Dr. Mário Lúcio, e sendo todas acatadas pela Plenária, pediu que ele as
169 remetesse por escrito para a SESA, para discussão com os grupos das endemias. **O item 5 – Perfil**
170 **dos Pacientes submetidos à Hemodiálise em Maracanaú,** foi apresentado pelo Dr. Komora,
171 atendendo pedido da Bipartite quando o assunto era abordado em reunião anterior, onde se
172 questionou sobre os fatores que estariam determinando o incremento da hemodiálise no Ceará.
173 Segundo o mesmo, a idéia que se apresentava naquele momento consistia na ineficiência das
174 equipes de PSF na identificação tempestiva e no controle dos hipertensos e diabéticos, mas
175 concluiu que a situação era diferente. Mostrou, pela pesquisa que a hipertensão aparece como a 1ª
176 causa do aumento de hemodiálise em Maracanaú. Em 2º lugar vem o diabetes. No caso de
177 Maranguape a situação é oposta à de Maracanaú. Disse que devido a existência de um serviço que
178 faz um diagnóstico mais preciso já levantou em Maracanaú outras causas que não são bem
179 percebidas, como pielonefrite, tumores e outras, mas que influem na demanda para a TRS.
180 Também constatou a presença de muitos pacientes de Fortaleza fazendo hemodiálise em
181 Maracanaú. Outra avaliação foi em relação ao tempo em que o paciente começou a hemodiálise,
182 baseada em três categorias: A primeira antes da implantação do PSF, a segunda no período da
183 implantação das Equipes e a terceira, no período de 2001 até hoje quando se pode falar em
184 resultados do PSF. No primeiro momento, antes da implantação do PSF o nº de pacientes em TRS
185 era pequeno. Com a implantação das equipes de PSF houve um grande aumento na identificação
186 de pacientes que demandavam a assistência com a Terapia Renal Substitutiva. Com a evolução do
187 PSF já se recebe paciente com insuficiência renal crônica decorrente da complicação do diabetes.
188 Outra observação é que 95% dos pacientes que estão hoje em Maracanaú fazendo TRS, ou não
189 receberam assistência do PSF ou só começaram a fazê-lo nos dois últimos anos. A amostragem diz
190 que a implementação do PSF, no 1º momento, ajudou a identificar o paciente renal crônico que
191 estava oculto e no segundo momento começou a diminuir realmente a incidência de insuficiência
192 renal crônica e modificar o perfil da causa determinante da necessidade da TRS. **Dra. Jocileide**
193 chamou a atenção para os casos de infecção urinária mal diagnosticada e mal tratadas, que podem
194 levar à necessidade de TRS. Dra. Regina falou também que a diálise na pediatria tem aumentado
195 bastante mas que não se tem um dado real do acompanhamento das crianças que estão dialisando.
196 Outros comentários sobre problemas renais na infância foram abordados, com sugestão de se
197 melhorar a atenção na pediatria e evitar a evolução para a TRS. **Item 06 - Solicitação de**
198 **pagamento administrativo dos Municípios de Fortaleza e Barbalha. 6.1 – Solicitação de**
199 **Fortaleza para Pagamento administrativo ao Prontocárdio** - Dra. Lilian apresentou à plenária
200 o ofício da Secretaria de Saúde de Fortaleza com pedido de autorização de pagamento
201 administrativo ao Prontocárdio, no valor de R\$39.887,87 (trinta e nove mil oitocentos e oitenta e
202 sete reais e oitenta e sete centavos) por procedimentos realizados nos meses de fevereiro, março,
203 abril, julho e agosto de 2002, que por serem cobrados por APAC's, quando reapresentados, foram
204 rejeitados pelo DATASUS. Leu o parecer da Gerente da CEATE, Dra. Regina Célia que, após

205 análise dos relatórios do SIA/SUS, concluiu que o Prontocárdio havia apresentado 132
206 procedimentos no valor correspondente a R\$39.507,69 (trinta e nove mil quinhentos e sete reais e
207 sessenta e nove centavos) que foram glosados por haverem ultrapassado o teto físico e/ou
208 financeiro da unidade. **Dra. Lilian** colocou o pedido à apreciação da Bipartite que autorizou o
209 pagamento no valor de R\$39.507,69 (trinta e nove mil quinhentos e sete reais e sessenta e nove
210 centavos) considerando que os serviços foram realizados e, que segundo informação do gestor
211 municipal, existe a disponibilidade de recursos financeiros no FMS suficientes para realizar o
212 referido pagamento. **6.2 Solicitação de Barbalha para Pagamento Administrativo ao Hospital**
213 **Santo Antônio.** **Dra. Lilian** apresentou pedido da Secretaria da Saúde de Barbalha, para pagar
214 administrativamente, com recursos federais existentes no FMS, o Hospital Maternidade Santo
215 Antônio, ao qual era devido o valor de R\$78.176,64 (setenta e oito mil cento e setenta e seis reais e
216 sessenta e quatro centavos) por procedimentos de urgência e emergência em neurocirurgia
217 realizados no ano de 2001. Dra. Lilian explicou que o referido débito corresponde à diferença dos
218 231 procedimentos de neurocirurgia, cujo pagamento foi autorizado pela CIB através da Resolução
219 17/2001, de 20/11/01, mas que o recurso disponível na época não foi suficiente para saldar a
220 dívida com o aludido prestador. Esclareceu também que o município dispõe de saldo de
221 R\$171.775,95 na conta do FAEC, resultante da campanha de cirurgias cardíacas, suficiente para
222 saldar a dívida em questão. Dra. Lilian colocou para a plenária duas questões a serem
223 consideradas: **A 1ª é se seria prudente o município de Barbalha pagar os procedimentos de**
224 **alta complexidade com recursos do FAEC.** Citou o caso do município de Sobral e mais dois
225 municípios que em dezembro de 2002 estavam com saldo de TRS cuja transferência para o
226 FUNDES foi solicitada pela SESA para pagar débitos com prestadores de serviço de TRS de Crato
227 e Maracanaú e que Sobral não atendeu por haver utilizado o referido saldo com pagamento de
228 quimioterapia.. Mas colocou o **2º questionamento que se refere ao risco de futuramente o**
229 **Ministério entender que houve aporte de recursos a maior para o município e então deduzir**
230 **o valor excedente do teto financeiro do município de Barbalha.** Sobre o saldo existente Dra.
231 Lilian esclareceu que o Ministério quando repassou o recurso para Fundo Municipal de Saúde de
232 Barbalha lançou todos os procedimentos da cirurgia cardíaca como se fossem FAEC. Porém
233 existiam procedimentos, cujo repasse é incluído normalmente no teto financeiro do Município.
234 Após a explicação perguntou aos membros da Bipartite se eles concordavam em que o município
235 de Barbalha utilizasse recurso de FAEC para saldar a dívida referente aos procedimentos de
236 neurocirurgia. Todos concordaram e assim, a **CIB/CE** autorizou o pagamento administrativo no
237 valor de R\$78.176,64 (setenta e oito mil cento e setenta e seis reais e sessenta e quatro centavos)
238 ao Hospital Santo Antônio de Barbalha, com recursos existentes na conta do FAEC, conforme
239 solicitado pelo gestor daquele município. **Item 7 – Solicitação de Cadastramento da UTI**
240 **Cardíaca tipo II do Prontocárdio.** Dra. Lilian explicou que para a reclassificação das unidades
241 de cirurgia cardíaca, o Ministério da Saúde determina que a unidade disponha de alguns serviços
242 em funcionamento entre os quais UTI II. Disse que o Prontocárdio atende tecnicamente a todas as
243 exigências da Portaria Ministerial, mas precisa cadastrar a UTI II e para isso há necessidade de
244 recurso adicional, já que o valor cobrado por serviços de UTI II é maior do que o da UTI tipo I.
245 Afirmou que a repercussão financeira mensal é de R\$ 18.060,00 e que há urgência quanto à
246 decisão já que, segundo a Portaria Ministerial, em 22 de abril de 2003 finda o prazo para a
247 reclassificação de unidades. Consultado sobre o assunto o Dr. Aldrovando afirmou não haver outra
248 solução senão concordar com o cadastramento vez que Fortaleza precisa do serviço, tem demanda
249 reprimida, e que tem de pagar pela realização dos mesmos, embora não saiba de onde tirar o
250 recurso. Sugeriu, que o assunto fosse levado Tripartite. **Dra. Lilian** sugeriu que fossem
251 encaminhados à Tripartite todos os pleitos de credenciamento das unidades que estivessem sem
252 nenhuma pendência técnica, como é o caso do Prontocárdio. **Dr. Mário Lúcio** discordou e disse
253 que todos os casos deverão vir à Bipartite para avaliação de cada um separadamente. Se colocou
254 favorável ao encaminhamento do pleito do Prontocárdio ao Ministério juntamente com a
255 solicitação à CIT e ao CONASS da prorrogação do prazo da Portaria para que se possa encaminhar

256 pedidos de outras unidades que já estão se estruturando. **Dr. João Forte** concordou que se deve
257 encaminhar o processo do Prontocárdio, mas destacou a necessidade se discutir com o Ministério
258 sobre a desclassificação das unidades que não cumprirem o prazo, o que só prejudicaria a
259 população. Disse que os hospitais públicos de alto padrão do Estado não se enquadram na referida
260 Portaria e nesse caso não seriam reclassificados. Propôs que se abram linhas de financiamento
261 para que as unidades se reestruturem de acordo com as exigências da Portaria e possam assistir à
262 população que necessita do serviço. Dra. Lilian colocou em votação e a **Bipartite** decidiu pelo
263 encaminhamento ao Ministério do processo de cadastramento da UTI tipo II do Hospital
264 Prontocárdio. **Item 8 – Transferência de Paciente de TRS de Fortaleza para Caucaia.** Dra.
265 **Lilian** comunicou através de expediente da CEATE a transferência de 02 pacientes de TRS que
266 estavam dialisando no PRONTORIM de Fortaleza para o Centro de Nefrologia de Caucaia.
267 Informou que o custo financeiro de um dos pacientes já havia sido retirado do teto de Fortaleza
268 devendo se fazer apenas o remanejamento do procedimento. Quanto ao segundo paciente o custo
269 mensal a ser remanejado para o CENEC seria de R\$ 1.235,28 (mil duzentos e trinta e cinco reais e
270 vinte e oito centavos). Informou ainda que foram incluídos dois pacientes novos em Caucaia, cujo
271 impacto financeiro no valor de R\$ 2.470,56, seria de responsabilidade do Estado, já que as
272 unidades onde os pacientes estavam dialisando estão sob gestão estadual. A CIB/CE acatou as
273 transferências em questão. **Item 9 – Habilitação de município em Gestão Plena do Sistema**
274 **Municipal.** O Dr. Antônio da CEPPE comunicou que o município de Senador Pompeu está com
275 toda a documentação pronta para ser encaminhada ao Ministério da Saúde para ser submetida à
276 avaliação da Tripartite com vistas à homologação do pleito. A **Bipartite** acatou a decisão do
277 encaminhamento ao Ministério da Saúde do processo do município de Senador Pompeu com vistas
278 à homologação de sua habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal. **Item 10 – Qualificação**
279 **de Equipes de PSF e Saúde Bucal.** Dra. Vilauva informou que foram qualificadas 03 Equipes do
280 Saúde da Família sendo uma para Maracanaú, uma para Palhano e uma para Acaraú. Quanto às
281 Equipes de Saúde Bucal, foram aprovadas: uma para o Crato e duas para São Benedito. **Item 11 -**
282 **Informes: 1º - Situação do Processo de Habilitação dos Municípios segundo a NOAS/02** -
283 Como não haviam, na reunião, representantes dos municípios interessados, o Dr. Antônio propôs
284 informar separadamente ao COSEMS e este repassar aos municípios as informações que dizem
285 respeito à situação da documentação e andamento dos pleitos de habilitação pendentes. **2º -**
286 **Situação dos municípios quanto à Certificação das Ações de Epidemiologia e Controle de**
287 **Doenças:** Segundo informação da CEVIGI/SESA, dos 184 municípios forma certificados 120 o
288 que corresponde a 65,2%. Faltam portanto, 64 municípios aderirem à Certificação das Ações de
289 Epidemiologia e Controle de Doenças. Dra. Vilauva pediu que fosse repassada a cópia dessa
290 informação ao COSEMS, para este reforçar junto aos municípios a necessidade da Certificação. **3º**
291 **– M.S. Prorroga Campanhas para Junho de 2003** - Dra. Lilian Informou que através das
292 Portarias 273/GM e 271/GM de 21 de março de 2003, o Ministério da Saúde prorrogou,
293 respectivamente, até o mês de junho de 2003 **as cirurgias eletivas de catarata**, e a **redução de**
294 **cegueira por retinopatia diabética** – (120 procedimentos de fotocoagulação à laser). Dra Lilian
295 informou que também foram prorrogadas as **cirurgias eletivas de varizes e próstata**. Após os
296 informes o **Dr. Mário Lúcio** pediu para apresentar algumas propostas do COSEMS que seriam
297 importantes para melhorar a situação dos municípios e para a questão da definição dos tetos
298 financeiros que ainda não foram aprovados, chamado a atenção para a necessidade de refazer a
299 programação de referência, implantar uma política de financiamento mínimo, com a eliminação da
300 Resolução 17/02 no que diz respeito à série histórica, e transferência Fundo a Fundo do valor da
301 programação local entre outras demandas. Ficou acertada uma reunião para dia 10/04/03 com O
302 COSEMS e a SESA, para discussão de todas as sugestões e formulação de uma proposta definidas
303 para ser apresentada na próxima CIB/CE, com a presença de todos os municípios. Nada mais
304 havendo a tratar foi encerrada a reunião cuja ata lavrada, por mim, Célia Fonseca, vai assinada por
305 todos os membros da Bipartite, presentes. Fortaleza, 04 de abril de 2003.

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 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2003

Aos dezesseis dias do mês de abril do ano dois mil e três, às quatorze horas, no auditório do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, de 2003. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jocileide Sales Campos do GABSEC; Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças B. Peixoto da COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão e Fco. Evandro T. Lima da COVAC; Maria Vilauva Lopes da CEOAP/CODAS; Ismênia Maria Barreto Ramos da CEPPE/COPOS. Pela representação dos municípios: Mário Lúcio Ramalho Martildes do COSEMS; Lúcia Helena Gondim Castro do COSEMS; Moacir de Sousa Soares do COSEMS; Aldrovando Neiva de Aguiar da S.M.S.de Fortaleza; Rogério Teixeira Cunha, S.M.S. de Umirim, Eliade Bezerra Duarte, S.M.S.de Iguatu; Carlos Alberto Komora Vieira, S.M.S. de Maracanaú e Fábio Landim Campos do COSEMS Como convidados: Silvia Regina O. Lima, do COSEMS; José Ricardo C. Lima da S.M.S. de Marco; Maria Darci F. Andrade da CESIA/COVAC; Maria de Fátima S. Feitosa, da SMS de Cruz; Fco. Antônio Rios, da SMS de Itarema; Lilian C. Holanda da SMS de Itapajé; Evaldo Sales Costa, de Maranguape; Maria Ivonete Fernandes da SMS de Quixadá; Olímpia Maria Freire, da SMS de Aratuba; Edil Bezerra Parente, da CEAPS; Fco. Pedro S. Filho da SMS de Mombaça; Zita Maria da Rocha, MR de Caucaia; Graça Maria S. Lima, da SMS de Guaiuba; Léa Maria B. de Menezes da CELBUC; Regina Célia Ribeiro, da COVAC; Eliane A. de Lavor Vieira do NUASF e Eulie Pimentel M. Barros. A reunião foi aberta e presidida pela Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos citando os temas que constituíram a Pauta da Assembléia. **Item 1 – Proposta de Reajuste dos Limites Financeiros dos Municípios em GPSM.** Antes da apresentação desse item pelo Dr. Mário Lúcio, Dra. Vera sugeriu que a SESA fizesse a Revisão da Programação de Referência de Ambulatório independentemente do Reajuste dos Limites Financeiros dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal considerando o volume de demandas de alteração das referências aprovadas em reuniões das CIB/Microrregionais. No entanto, explicou que a elaboração da nova programação ficaria na dependência de Resolução das CIB/MR autorizando a alteração. **Dr. Komora** destacou a importância do registro em Ata, da decisão, como salvaguarda de que as demandas serão atendidas pelos municípios envolvidos. Todos os membros da Bipartite, presentes, concordaram. Com a palavra, **Dr. Mário Lúcio** sugeriu o adiamento das discussões da Proposta do Reajuste dos Limites Financeiros para a próxima Bipartite a ser realizada imediatamente após conhecimento da decisão do Ministério da Saúde sobre o aumento do Limite da Assistência de Média Complexidade do Estados, cuja publicação estava prevista para 27 de abril de 2003. **Dr. Komora** atentou para a necessidade de se rever a base de cálculo das planilhas de programação que se apresentam, no caso de alguns municípios, inconsistentes. **Dra. Lilian** colocou que a COVAC estaria à disposição do gestores desses municípios para esclarecimentos. Dr. Aldrovando propôs a participação dos Secretários dos municípios sede das Macrorregiões de Barbalha, Sobral e Fortaleza nas discussões do reajuste. A CIB/CE acatou a decisão sobre o adiamento da apresentação da proposta de Reajuste dos Limites Financeiros dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal. **Item 2 - Credenciamento de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal do Hospital São Lucas de Juazeiro do Norte.** Dra. Lilian apresentou o pedido do Hospital São Lucas do

48 Município de Juazeiro do Norte referente ao credenciamento de uma unidade de Cuidados
49 Intermediários Neonatal com 11 leitos. Informou que o hospital está tecnicamente
50 preparado para ser classificado e que o único problema é o recurso financeiro, cujo impacto
51 mensal seria de R\$ 23.100,00 (vinte e três mil e cem reais), mas que o Secretário de Saúde
52 de Juazeiro do Norte emitira parecer favorável ao credenciamento alegando a existência de
53 apenas uma UCIN na região. **Dra. Vera** argumentou que a fonte de recursos para assumir a
54 repercussão financeira, que é gerada pelo aumento da produção, é exatamente o teto
55 financeiro da assistência municipal. **Dra. Lilian** leu o parecer do Secretário que justifica o
56 credenciamento do serviço para a população, tanto local como dos municípios da
57 microrregião, que não dispõe de assistência neonatal do porte da que ele está propondo
58 credenciar. Após conhecer o parecer do gestor solicitante e tendo em vista ser a Unidade
59 em questão um hospital Municipal e ainda considerando o depoimento da Dra. Jocileide
60 que afirmou conhecer a necessidade do município e entender que o gestor está consciente
61 da importância do serviço no sentido de evitar óbitos por falta de assistência especializada
62 em neonatologia, a plenária da CIB/CE aprovou o credenciamento de 11 leitos da Unidade
63 Intermediária Neonatal do Hospital São Lucas de Juazeiro do Norte. **Item 3 –**
64 **Microrregional de Iguatu – Tabela de Preços de Procedimentos (Preços**
65 **Diferenciados)**. Dra. Vera Coelho expôs a solicitação da 18ª Microrregional de Saúde,
66 através do Ofício Nº 161/03 que encaminhou cópia da Ata de reunião da CIB/MR do Iguatu
67 que registrou a discussão dos gestores sobre a dificuldade de garantir acesso aos pacientes
68 da Microrregião a determinados serviços especializados ambulatoriais, bem como a
69 insatisfação por parte dos Secretários Municipais que não acataram a tabela de preços
70 diferenciados proposta pelo Iguatu. **Dra. Vera** informou que, em virtude da defasagem dos
71 preços da Tabela do SUS em relação ao custo operacional dos serviços, o Ministério da
72 Saúde determinou, por portaria, que os preços da referida tabela passassem a ser
73 considerados como valores mínimos de referência, mas que o valor complementar do
74 procedimento não poderia ser pago com recursos federais. Questionou sobre o responsável
75 pelo pagamento da diferença e alertou que o município não pode usar o artifício de colocar
76 uma determinada quantidade de serviço a ser referido para o Hospital Regional do Iguatu e
77 por conta da tabela proposta só tenha acesso a uma fração dessa quantidade. Disse mais que
78 a Central de Regulação tem que informar a disponibilidade do que foi programado e não da
79 quantidade correspondente ao valor cobrado na Tabela do Iguatu. Em seguida expôs a
80 Tabela Comparativa de Preços proposta pelo município de Iguatu onde o preço de uma
81 consulta é três vezes maior do que o da tabela de referência do SUS e colocou para a
82 plenária a questão do município do Iguatú ter ou não a aprovação da Bipartite na cobrança
83 dos serviços referenciados pelos municípios da 18ª Microrregião de Saúde a preços
84 diferenciados dos o sistema de referência do SUS. **Dr. Eliade**, secretário de saúde de Iguatú
85 afirmou que problema não é apenas do Iguatú, mas dos municípios pólos, cujos gestores
86 conhecem o custo da atenção secundária, e que o custo com os profissionais desse nível de
87 atenção determinou os cálculos dos preços da tabela em questão. Disse ainda que com a
88 perspectiva de que o município de referência só receberá pelo efetivamente realizado, o
89 município de Iguatu não tem condição de atender dentro da tabela mínima. Afirmou que a
90 diferença do valor da tabela com os pacientes locais está sendo paga pelo Tesouro
91 Municipal. **Dra. Vilauva** colocou que, por essa tabela, a população será prejudicada já que
92 o acesso aos serviços de referência será reduzido, considerando que os municípios recebem
93 um valor mínimo para pagar a maior. **Dra. Jocileida** disse que entende a situação do
94 Iguatu, mas entende também que todos os municípios pólos devem ter o mesmo direito, e

95 nessa condição teria que se pensar em quanto isso refletiria no Estado como um todo. **Dr.**
96 **Moacir** falou que não pode ignorar a dificuldade de se trabalhar com a tabela mínima,
97 principalmente para os municípios sede, mas se posicionou contrário à proposta em apreço,
98 por achar que esse não é o melhor caminho. E acrescentou que ao se abrir um precedente
99 para um município enquadrado na Gestão Plena do Sistema Municipal, que presta serviço
100 essencialmente público, a Bipartite ficaria sem argumentação para outro nível de gestão.
101 **Dr. Aldrovando** de Fortaleza, também se colocou contrário a aprovação da tabela
102 considerando que a prática dessa proposta levaria o Sistema Único de Saúde ao caos. **Dr.**
103 **Komora** fez alguma ponderações sobre a tabela mínima, no sentido de se discutir com o
104 Ministério alguns valores contraditórios, mas se colocou contrário a aprovação da proposta
105 do Iguatu. **Dr. Evandro** da COMIRES concordou com o **Dr. Aldrovando** e disse que é
106 possível haver um processo de discussão não vinculado à tabela mas um entendimento
107 político, em que fossem avaliadas as condições, os saldos, para um acordo entre os
108 gestores. **Dr. Mário Lúcio** ponderou que a aprovação da tabela seria uma decisão
109 temerária, pois poderia trazer uma situação caótica ao Sistema. **Dra. Lilian** se posicionou
110 contrária à aprovação da tabela diferenciada, mas propôs que se faça um estudo mais
111 detalhado. Ao final todos os membros da **CIB/CE** à exceção do Dr. Eliade foram contrários
112 a utilização de Tabela Complementar e concordaram com um estudo de viabilidade dos
113 serviços especializados no município do Iguatu para garantir acesso aos municípios da
114 Microrregião. **Item 4 – Assistência Farmacêutica –Saúde Mental.** Dra. Vera Coelho
115 anunciou o item informando ter havido um pedido do NUASF para que fosse colocada em
116 pauta a discussão sobre a Assistência Farmacêutica na Saúde Mental. O tema foi
117 apresentado pela Dra. Emília, Gerente da Célula de Desenvolvimento e Logística de
118 Insumos Farmacêuticos do NUASF que apresentou o consumo dos CAPS e das Unidades
119 Ambulatoriais no mês de março/03, e a previsão de recursos financeiros necessários para
120 este ano de 2003. Informou que quando existiam apenas 13 CAPS, havia medicação
121 suficiente para suprir não só os Centros, como também as Unidades Ambulatoriais, mas
122 que com a criação de novos Centros, hoje são 23 CAPS, os recursos não são suficientes
123 para suprir as necessidades dos CAPS, cujo Teto Financeiro até dezembro/03 é de R\$
124 2.498.618,53, e nem dos ambulatórios que necessitaria de R\$ 326.332,80. Sobre a
125 distribuição às Unidades Ambulatoriais, Dra. Vera esclareceu que na época em que foi
126 definido o teto financeiro com recursos federais e de contrapartida com recursos do Estado
127 para os medicamentos da assistência à saúde mental, como os CAPS não tinham
128 necessidade de utilizar todo o valor alocado, a CIB autorizou que os municípios que
129 tivessem ambulatório em psiquiatria recebessem os medicamentos, mas afirmou que havia
130 ficado esclarecido que a citada medida só deveria ser adotada enquanto os CAPS não
131 tivessem capacidade de absorver todos os recursos destinados à saúde mental. Disse que
132 hoje a grande dificuldade é como alocar mais recursos para atender os CAPS e que não há
133 como atender ambulatório de psiquiatria. A Dra.Emília formulou três alternativas de
134 solução do problema: 1º- aumentar os recursos da contrapartida do Estado; 2º- definir um
135 teto financeiro para cada CAPS, baseado no Consumo e 3º- retirar os 9 itens da PPI de
136 saúde mental, cuja previsão de recursos anual é de R\$1.151.941,92 e incluir os mesmos na
137 lista de medicamentos da Atenção Básica. Dra. Vera Coelho classificou as alternativas em
138 dois grandes movimentos: o levantamento das necessidades de medicamento em função da
139 previsão de consumo e dedução dos estoques existentes, para a definição do teto financeiro
140 para os CAPS e o movimento político no sentido de sensibilizar o governo para a não
141 classificação, no elenco de despesas com saúde, dos gastos com o IPEC, com os inativos e

142 com o Projeto Alvorada, que não se daria no âmbito da Bipartite mas pela APRECE que
143 poderia mostrar ao governo a necessidade de recursos financeiros para a Saúde. Dra. Vera
144 fez algumas colocações sobre a importância do trabalho da Assistência Farmacêutica junto
145 aos CAPS, mas destacou a necessidade de se fazer uma nova programação para definição
146 dos tetos financeiros de forma a garantir o funcionamento adequado às demandas de cada
147 uma daquelas unidades. Em seguida colocou as alternativas apresentadas à apreciação da
148 Bipartite, sendo: 1ª) Aumento dos Recursos da Contrapartida do Tesouro do Estado; 2ª)
149 Definição do Teto Financeiro para cada CAPS e 3ª) Subtração dos 9 itens da PPI da Saúde
150 Mental e inclusão dos mesmos na lista da Atenção Básica. A CIB/CE aprovou as três
151 alternativas. **Item 5 – Solicitação da Prefeitura de Apuiaries para aprovação do teto**
152 **mínimo de R\$10.000,00(dez mil reais) para a Unidade de Saúde da Família.** Dra. Lilian
153 fez uma abordagem sobre a PPI de Apuiarés informando que o município tem como
154 programação local procedimentos de 1º, 2º e 3º níveis de referência. Afirmou que hoje o
155 município está com programação local no valor de R\$4.521,00, estando, portanto, incluído
156 no elenco dos municípios que ficaram com PPI abaixo de R\$10.000,00. Dra. Vera sugeriu
157 que, em função do assunto do item 1 de pauta referente à proposta de reajuste dos limites
158 financeiros dos municípios em GPSM, ter sido adiado, e tendo em vista a reformulação, em
159 curso, da Resolução CIB N°17/2002, a discussão do pedido de Apuiarés fosse também
160 adiada para o momento da discussão do reajuste dos limites financeiros dos municípios em
161 GPSM, quando também estará sendo discutida a avaliação da referida Resolução. Após
162 algumas colocações de membros da Bipartite e da Secretária de Saúde de Apuiarés sobre a
163 situação do município, a CIB/CE decidiu pelo adiamento da discussão pleiteada pelo
164 município de Apuiarés. **Item 6 – Solicitação de Certificação de Município para a gestão**
165 **das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças** - Dra. Vera apresentou solicitação
166 para Certificação do Município de General Sampaio na Área de Epidemiologia e Controle
167 de Doenças. A CIB/CE aprovou a Certificação das Ações de Epidemiologia e Controle de
168 Doenças do município de General Sampaio, após conhecimento do parecer favorável da
169 comissão estadual de descentralização das referidas ações. **Item 7 – Habilitação de**
170 **Municípios segundo a NOAS/02.** Dra. Vera colocou os pedidos de habilitação de
171 municípios que, segundo análise da CEPPE, estão aptos a se habilitarem à Gestão Plena do
172 Sistema Municipal e à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Os municípios de Cruz e
173 Itarema, assumirão a Gestão Plena do Sistema Municipal e os municípios de Ibaretama,
174 Itaitinga e Umirim, a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. A CIB/CE aprovou o
175 encaminhamento dos pleitos ao Ministério da Saúde para homologação pela Tripartite.
176 **Item 8 - Qualificação de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal.** O
177 assunto foi apresentado pela Dra. Vera Coelho que colocou para a plenária os pedidos de
178 qualificação de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, dos municípios de
179 Caririaçu, Tejuçuoca e Itatira, cujos processos estavam devidamente instruídos e com o
180 parecer favorável da Gerente da CEOAP para a qualificação das 4 equipes, sendo duas
181 Equipes de Saúde da Família para Caririaçu, uma de Equipe de Saúde Bucal para
182 Tejuçuoca e uma Equipe de Saúde Bucal para Itatira, ficando os três municípios com suas
183 necessidades completadas, tanto em termos de Equipes de Saúde da Família como de
184 Equipes de Saúde Bucal. A Bipartite aprovou os pleitos de qualificação em apreço. Nesse
185 ponto iniciou-se a parte final da reunião em que a dirigente dos trabalhos, Dra. Vera
186 Coelho apresentou os informes constantes da pauta, a seguir: **Item 9 –Informes: 1º-**
187 **Indicação de Representantes da APRECE no Conselho Estadual de Saúde – CESAU**
188 **no biênio 2003/2004.** Através do Ofício N° 018/2003 enviado a SESA através da

189 Presidência do CESAU a Associação dos Municípios e Prefeitos do Ceará – APRECE,
190 comunicou que os representantes daquele órgão de classe junto ao Conselho Estadual de
191 Saúde, são os prefeitos, José Irineu de Carvalho, como Titular e Júlio César Lima Batista,
192 como Suplente. **2º- COSEMS – Representantes dos Municípios na CIB/CE.** O
193 COSEMS, através de ofício, informou à Secretaria Executiva da CIB/CE os nomes de dois
194 representantes dos municípios na Bipartite: Dr. Fábio Landim Campos, Secretário de Saúde
195 de Redenção, como Titular e Dra. Lúcia Helena Gondim Castro, Secretária de Saúde de
196 Jaguaribe, como Suplente. **3º- Portarias Ministeriais. Dra. Vera** informou as mudanças
197 na parte normativa da NOAS/02 através das Portarias GM N°s 384 e 385 de 04/04/2003,
198 que alteraram, respectivamente, o Capítulo III dos Critérios de Habilitação de Municípios e
199 Estados e o Capítulo V, da Instrução Normativa N° 01/02. Pediu à presidência do COSEMS
200 o empenho na divulgação dessas Portarias que flexibilizam o processo de habilitação e
201 possibilitam a inclusão de muitos municípios cearenses na GPAB-A. Em relação à Atenção
202 Básica saiu a Portaria GM 396/03 que reajusta os valores dos incentivos financeiros do
203 PSF, PACS E Saúde Bucal, a Portaria 397/03 que modifica os critérios de avaliação da
204 Atenção Básica e a Portaria GM 398/03 que faz uma redefinição do piso e do elenco de
205 procedimentos da Atenção Básica. **4º- PROESF - Convocatória Pública.** A Portaria
206 GM/N° 347 de 27 de março de 2003 – aprovou a Convocatória Pública N°01/2003 para
207 incentivar municípios e Distrito Federal a apresentarem projetos Municipais de Expansão
208 do Saúde da Família no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da
209 Família – PROESF. **Dra. Vilauva** informou que seis municípios já estão com suas
210 propostas, em relação ao PROESF, aprovadas pelo Ministério da Saúde. **5º -**
211 **Microrregional de Caucaia informa localização de CEO.** Dra. Vera apresentou o ofício
212 em que a Gerente da Microrregional de Caucaia comunica a decisão de localizar o CEO da
213 MR no Município de São Gonçalo do Amarante. **6º- Esclarecimento sobre a Campanha**
214 **Nacional de Protetização para Pessoas Portadoras de Deficiência Física.** **Dra. Vera**
215 esclareceu dúvidas de municípios, através da Portaria N° 333 de 26/03/2003 que se reporta
216 sobre o encerramento da referida Campanha Nacional de Protetização para Pessoas
217 Portadoras de Deficiência Física e redefine os valores federais mensais destinados à
218 Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade os quais que a partir
219 de abril de 2003 serão incorporados ao teto financeiro dos municípios. Nada mais havendo
220 a tratar a dirigente dos trabalhos encerrou a reunião, cuja ata, lavrada por mim, Célia
221 Fonseca, vai assinada por todos os membros da CIB/CE, presentes. Fortaleza, 16 de abril
222 de 2003

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 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2003

Aos nove dias do mês de maio do ano dois mil e três, às nove horas, no auditório do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, de 2003. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho e Maria das Graças B. Peixoto da COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC; Maria Vilauva Lopes da CEOAP/CODAS; Ismênia Maria Barreto Ramos e Antônio Paula de Menezes da CEPPE/COPOS e Nágela Maria dos Reis Norões da COMIRES. Pela representação dos municípios: Moacir de Sousa Soares do COSEMS; Aldrovando Nery de Aguiar da S.M.S. de Fortaleza; Rogério Teixeira Cunha, S.M.S. de Umirim; Carlos Alberto Komora Vieira, S.M.S. de Maracanaú; Ana Márcia Rosa V. Pinto da S.M.S. de Tianguá e Fábio Landim Campos do COSEMS. Como convidados: Silvia Regina O. Lima, do COSEMS; Carmem Lúcia Osterno da S.M.S. de Marco; Isabel Cristina da DST/AIDS da SMS de Fortaleza; Maria de Fátima Mota, da SMS de Mulungu; Fernanda Maria C. Bezerra da DST/AIDS da SMS de Fortaleza; Nilce de Matos Nunes da área de Imunizações da SESA Regina Helena Rodrigues Imunização da SMS de Fortaleza; Helaine Coelho de Sousa Paraipaba; Regina Célia Ribeiro, da COVAC e Fco. Ricardo da SMS de Barbalha. A reunião foi presidida por Vera Coelho que iniciou os trabalhos com a leitura da pauta e fazendo alguns esclarecimentos sobre os assuntos a serem discutidos. **Item 1 – Promotoria da Justiça de Defesa da Saúde Pública solicita análise das responsabilidades de gestão do município de Fortaleza em relação à Problemática das UTI's.** Vera leu o ofício Nº 356/03 da Promotoria da Justiça de Defesa da Saúde Pública em que a Promotora da Saúde Pública, Isabel Arruda Porto, após emitir considerações sobre a falta de leitos de UTI na rede pública de Fortaleza, sobre as responsabilidades e prerrogativas do nível de Gestão Plena do Sistema Municipal em que o município de Fortaleza está habilitado e sobre a competência da CIB/CE quanto ao acompanhamento do cumprimento das responsabilidades definidas para a Gestão Plena do Sistema Municipal, requisita informações sobre o posicionamento da CIB/CE em relação aos problemas de saúde pública vivenciados pela população de Fortaleza. Vera comentou sobre as responsabilidades da CIB/CE em relação à habilitação dos municípios e à exigência do cumprimento das responsabilidades inerentes ao nível de gestão. Afirmou que esse Colegiado não dispõe de suporte técnico da SESA que o subsidie, de forma sistemática, para a tomada de decisões concernentes ao cumprimento das responsabilidades dos gestores municipais. Falou da participação da Promotora Isabel Arruda em reuniões da Bipartite quando foram prestados àquela autoridade, esclarecimentos e informações sobre o funcionamento da CIB/CE e da importância dessa Comissão como instância de deliberação e pactuação entre Estado e Municípios para garantir a operacionalização do Sistema Único de Saúde, de acordo com a legislação em vigor. Mas, presume que a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública necessita de mais informações, haja vista as recomendações daquele órgão do Ministério Público, colocadas à decisão da CIB/CE. Em seguida sugeriu aos presentes que o Dr. Aldrovando fosse ouvido em primeiro lugar, para que ele fizesse um relato à Bipartite da problemática referente à carência de UTI's na cidade de Fortaleza. Esse expressou a sua satisfação por ter visto publicada em manchete de jornal, do dia, a notícia de que o problema das UTI's do Ceará estaria resolvido. Afirmou que este fato

48 resultara de um trabalho articulado nos três níveis de governo, a partir de que teriam sido
49 adotadas as seguintes providências: Acréscimo de recursos do nível federal e do nível
50 estadual; Estabelecimento de critérios técnicos de acesso a UTI; Implementação da Central
51 de Leitos; Contratação de novos leitos de UTI e Correção de distorções referentes a leitos
52 conveniados. Acrescentou que outras ações estão sendo desenvolvidas para o
53 fortalecimento do SUS. Afirmou que a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública
54 entende a Gestão Plena do Sistema Municipal de forma equivocada, quando supõe que o
55 município, ao assumir as responsabilidades daquele nível de gestão, assume as
56 responsabilidades do SUS como um todo, sem levar em consideração que a habilitação não
57 dispensa as responsabilidades dos outros níveis de governo. Finalizou, sugerindo que deve
58 ser feito um documento à Promotoria com informações sobre o SUS e sobre os critérios de
59 habilitação, e lembrou que o município de Fortaleza passa atualmente por uma Auditoria de
60 Gestão realizada pelo DENASUS. **Lilian** destacou algumas vantagens que foram
61 identificadas no processo de avaliação da situação das UTI's, entre as quais, a formação de
62 uma comissão científica para defender diretrizes e estabelecer prioridades, o Decreto
63 Municipal que institui comissão de análise dos óbitos divulgados pela imprensa e o
64 desencadeamento de uma discussão sobre o uso dos leitos de UTI, a regulação, pelo Estado,
65 da classificação de leitos de UTI e leitos Semi-Intensivos e o levantamento do problema de
66 gestão da Neonatologia. Afirmou que em visita a hospitais públicos foi constatado que nem
67 todos os óbitos divulgados pela imprensa teriam ocorrido por falta de UTI, entre os quais
68 alguns casos de pacientes em fase terminal por câncer, leucemia e outras doenças, mas
69 mesmo assim não deixaram de receber a assistência adequada. **Moacir** analisou o
70 acontecimento sob os aspectos positivo e negativo. Entende ter sido positiva a publicidade
71 levantada pela mídia por haver despertando os gestores estadual e municipal para a
72 intenção de resolver os problemas da atenção secundária que já vinham sendo anunciados
73 há bastante tempo. O lado negativo diz respeito à abordagem feita pelos gestores de outros
74 Estados sobre o envolvimento do Ministério da Saúde em questão onde o Estado e o
75 Município de Fortaleza, em conjunto, teriam condições de resolver. **Ana Márcia** propôs
76 que a SESA elaborasse uma Carta Aberta aos gestores informando sobre as providências
77 adotadas na solução do problema da falta de UTI's. **Marcos** afirmou que o problema tem
78 como base a deficiência na promoção e prevenção da saúde e está aumentando com a
79 mudança de cultura da população que está cada vez mais consciente de que deve levar o
80 paciente terminal para morrer numa UTI de hospital. **Komora** parabenizou os gestores do
81 Estado e do município de Fortaleza pela forma como o problema foi enfrentado, mas
82 destacou que a capacidade de planejamento estratégico do SUS está muito comprometida.
83 Sugeriu a elaboração de um estudo que componha: a análise da demanda e da oferta nos
84 últimos 5 anos no Ceará, comparando com outros Estados do país; o perfil da clientela que
85 procura as urgências e emergências e as taxas de ocupação e de média de permanência em
86 leitos hospitalares. Por fim comentou sobre o entendimento da Promotoria a respeito da
87 competência da CIB/CE no que se refere ao acompanhamento do cumprimento das
88 responsabilidades dos municípios e enfatizou que a CIB é uma instância de deliberação e
89 pactuação de compromissos entre os níveis Estadual e Municipal e não um órgão de
90 monitoramento. Encerrados os debates, a plenária da **Bipartite** acatou as seguintes
91 proposições: **1** – Elaboração de documento à Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde
92 Pública pela Assessoria Jurídica da SESA em conjunto com a Promotoria do Município de
93 Fortaleza; **2** – Elaboração de Carta Aberta aos gestores municipais do Ceará e aos 26
94 gestores estaduais do país, pela COVAC, informando sobre as providências e condutas

95 adotadas para a solução do problema e ; 3 – Encaminhamento ao Conselho Gestor da SESA
96 a sugestão do estudo da demanda e da oferta e consultar o grupo de Análise e Tendências
97 da SESA no sentido de se conseguir apoio para a realização do estudo. **Item 2 –**
98 **Imunização: Descentralização dos Recursos das Campanhas.** O item foi apresentado
99 por Vera Coelho que explicou aos presentes o motivo da colocação do assunto em pauta.
100 Informou que por decisão do Ministério da Saúde os recursos financeiros destinados às
101 Campanhas de Vacinação serão descentralizados para os municípios e que os critérios de
102 distribuição deverão ser aprovados na Bipartite e que por essa razão, a proposta de
103 descentralização dos recursos da Campanha de Multivacinação, formulada pelo setor de
104 imunização da SESA, seria apresentada para apreciação da CIB/CE. Para subsidiar este
105 Colegiado, Vera apresentou os dados de 2002 referentes às Campanhas de Multivacinação,
106 Vacinação do Idoso e Vacinação Contra Rubéola, informando que do montante de
107 R\$2.137.070,00 (dois milhões cento e trinta e sete mil e setenta reais) alocados pelo
108 Ministério, 41,29% teriam sido repassados às Microrregionais para as despesas com
109 combustível, diárias, ajuda de custo, ticket refeição e gelo, e 58,71% teriam ficado no Nível
110 Central para a compra centralizada de material de consumo e serviços. Em seguida
111 apresentou a proposta para a Campanha de Multivacinação de 2003, cujo recurso no valor
112 de R\$ 754.980,30 (setecentos e cinquenta e quatro mil reais, novecentos e oitenta reais e
113 trinta centavos) seria distribuído da seguinte forma: 40% seriam repassados aos municípios
114 através dos Fundos Municipais de Saúde, para o custeio das despesas com combustível,
115 aluguel de veículos, ajuda de custo e diárias, e 60% seriam repassados ao FUNDES para
116 aquisição de material de consumo e outros serviços destinados a todos os municípios.
117 Justificou a centralização do percentual de 60% no Nível Central da SESA afirmando que a
118 aquisição de material e serviços em larga escala torna os preços drasticamente mais baixos
119 e garante a padronização do material. Colocou também os critérios propostos para a
120 distribuição do valor correspondente aos 40% do recurso destinado aos municípios,
121 formulados em duas alternativas: Uma seria pelo valor per capita, calculado com base na
122 população de 838.867 crianças menores de 5 anos, o que daria o valor unitário de R\$0,36
123 (trinta e seis centavos). O outro seria calculado com base no gasto histórico. Colocou em
124 votação a 1ª parte da proposta referente à distribuição dos 40% do recurso para os
125 municípios e 60% para o Nível Central da SESA que foi aprovada por unanimidade. Já a 2ª
126 foi mais discutida pelos membros da Bipartite, que fizeram algumas considerações. A
127 Secretária de Saúde do Município de Marco, Carmem Lúcia ponderou que a proposta do
128 cálculo per capita é mais vantajosa em termos de montante de recursos mas torna o custo
129 mais elevado para os municípios de grande área territorial, com áreas de baixa densidade
130 populacional e distantes da sede do município. Julga que a série histórica dos gastos dá
131 mais segurança por ter como base a experiência e as despesas dos anos anteriores. O
132 conselheiro Fábio Landim sugeriu que se fizesse um estudo comparativo das duas
133 alternativas, mas Vera disse que não haveria tempo hábil para esse estudo ser aplicado
134 antes da campanha. Sugeriu, que se instituísse uma comissão para fazer o referido estudo
135 para as próximas campanhas. Posta em votação venceu, por maioria, a proposta da série
136 histórica dos gastos. Assim a **CIB/CE** aprovou a Proposta de Descentralização dos
137 Recursos Financeiros para a Campanha de Multivacinação de 2003 e definiu os critérios de
138 distribuição dos recursos para municípios e estados nos seguintes termos: **A)** do valor total
139 de R\$ 754.980,30 (setecentos e cinquenta e quatro mil, novecentos e oitenta reais e trinta
140 centavos) alocados pelo Ministério da Saúde para o Ceará, R\$301.992,12 (40%) serão
141 repassados para o Fundo Municipal de Saúde de cada município, para despesas com

142 combustível, aluguel de carros, ajuda de custo e diárias; e R\$452.988,18 (60%) serão
143 repassados ao Fundo Estadual de Saúde para aquisição de material de consumo e de outros
144 serviços necessários à Campanha em todos os municípios cearenses. **B)** A parcela de cada
145 município será calculada com base nos gastos realizados em campanhas de anos anteriores.
146 **C)** Será instituída uma comissão para estudar a descentralização dos recursos para as
147 próximas Campanhas, formada pelos seguinte técnicos: Nilce da SESA, Regina Helena do
148 município de Fortaleza, Carmem do Município de Marco, Fátima Mota de Mulungu e
149 Fábio Landim do COSEMS. **Item 3 – Solicitação da Prefeitura do Icó para aprovação**
150 **de Recursos da Residência Terapêutica.** Lilian destacou três pontos sobre a Portaria
151 N°106/GM, de 11/02/2000 que criou o serviço de Residência Terapêutica. 1º - Redução de
152 leitos de psiquiatria, como consequência do credenciamento da Residência Terapêutica. 2º -
153 Pacientes beneficiados. Disse que a citada Portaria define o perfil dos pacientes e
154 estabelece a quantidade máxima de 8 pacientes por residência. 3º - Encaminhamento do
155 pedido de credenciamento com a aprovação da CIB/CE, com a indicação da Equipe
156 Técnica, acompanhado das Fichas de Cadastro de Unidade Hospitalar e da informação da
157 redução dos leitos. Informou ter recebido o processo recentemente e que para analisar o
158 pleito seria necessário identificar os pacientes, conforme exigência da Portaria, e ver o
159 relatório de vistoria da unidade, que não constou do processo. Ante o exposto sugeriu o
160 adiamento do assunto. O coordenador do CAPS de Icó, justificou a implantação da
161 Residência Terapêutica naquele município por considerá-lo uma estratégia que permite
162 mais resolutividade e ajuda no processo de ressocialização do paciente. A CIB/CE acatou a
163 decisão do adiamento da discussão da solicitação da prefeitura de Icó, em pauta. **Item 4 -**
164 **Apresentação do Plano de Ações e Metas em DST/AIDS para 2003 da Secretaria de**
165 **Saúde de Fortaleza.** O Plano foi apresentado pela Coordenadora Municipal do Programa
166 DST/AIDS da Secretaria de Saúde de Fortaleza, Isabel Cristina que mostrou a relação das
167 instituições envolvidas na elaboração do referido plano, e afirmou que o processo de
168 organização e construção do PAM se desenvolvera em Oficina realizada de acordo com as
169 normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em que foram priorizados as áreas de
170 atuação, os resultados esperados as metas a as ações desenvolvidas. Apresentou as áreas de
171 atuação para construção do Plano, organizadas em três grupos, **Promoção, Prevenção e**
172 **Proteção; Diagnóstico, Tratamento e Assistência; Desenvolvimento Institucional e**
173 **Parcerias com as Organizações da Sociedade Civil**, todas com suas respectivas áreas
174 temáticas. Quanto ao financiamento, informou que o recurso a ser alocado pelo Ministério
175 será de R\$ 736.576,00, (setecentos e trinta e seis mil quinhentos e setenta e seis reais) e a
176 contrapartida do Município será no valor de R\$ 121.590,94 (cento e vinte e um mil
177 quinhentos e noventa reais e noventa e quatro centavos). A Coordenação do DST/AIDS da
178 SESA fez algumas observações mas disse que o Plano contempla as áreas selecionadas. A
179 Bipartite aprovou o Plano, dependendo do parecer da Coordenação Estadual. **Item 5 –**
180 **TRS: Revisão da Programação Mensal.** Antes da apresentação dos novos limites
181 financeiros dos serviços de Terapia Renal Substitutiva, a Regina da CEATE fez uma
182 abordagem sobre as despesas com TRS no Ceará, mostrando os gastos anuais e a variação
183 percentual com o ingresso de novos pacientes, baseados em estudo realizado considerando
184 o período de 1995 a 2002. Informou que em 1995 foram gastos R\$ 11.905.518,00 e em
185 2000, R\$ 22.766.067,00 com uma variação de 99,6%. Já os dispêndios dos anos de 2001 e
186 2002 ficaram em R\$ 24.915.898,00 e 29.713.167,00, respectivamente e a variação
187 percentual em 19%. Vera observou que este último percentual de acréscimo não está muito
188 distante da média de 15% estipulada pelo Ministério da Saúde. Regina acrescentou que esse

189 acompanhamento é importante considerando que o fluxo de pacientes ao tratamento é
190 muito dinâmico, seja por transferência, pela entrada de pacientes novos, por abandono do
191 tratamento, por saída para transplante ou por óbito. Em seguida Lilian apresentou a
192 Programação explicando que a mesma foi feita com base nos dados apresentados no mês de
193 março e que alterações corresponderam às transferências de pacientes, à entrada de
194 pacientes novos e às saídas por abandono. Esclareceu que o Ministério da Saúde, que vinha
195 pagando as TRS pelo valor do teto de cada município, nos meses de janeiro, fevereiro e
196 março, pagou 100% da produção apresentada, independentemente do valor do teto.
197 Enfatizou que, mesmo as unidades que reclamaram que o seu teto financeiro tinha sido
198 reduzido, receberam o pagamento pela produção, a maior, apresentada. Explicou que como
199 o saldo da TRS do Estado não extrapolou o seu teto financeiro, foi pago o complemento da
200 produção de cada prestador, ficando apenas o débito anteriormente existente com os
201 prestadores de serviços de Crato e Maracanaú. Acrescentou que o ingresso de novos
202 pacientes, conforme vem sendo solicitado, implicará num incremento de 10% do valor
203 programado para as TRS do Estado. Colocada à apreciação da plenária, a **CIB/CE** aprovou
204 a seguinte Programação para a TRS, cuja aplicação terá vigência a partir de 1º de abril de
205 2003: **Barbalha** - Hospital Maternidade Santo Antônio, R\$ 114.000,00; **Crato** - UNIRIM,
206 R\$ 222.000,00; **Caucaia** - Clínica de Nefrologia de Caucaia, R\$ 66.500,00; **Fortaleza** -
207 Policlínica do Rim S.C. Ltda, R\$127.000,00; Santa Casa de Fortaleza, R\$ 128.000,00;
208 Instituto de Nefrologia do Ceará; R\$183.800,00; Clínica Pronefron, R\$ 288.000,00;
209 Hospital Universitário Walter Cantídio, R\$98.000,00; Instituto do Rim, R\$264.000,00; Rim
210 Centro, R\$95.000,00; Instituto de Doenças Renais, R\$197.605,00; Clínica do Rim,
211 R\$148.000,00; Prontorim, R\$ 235.000,00; **Juazeiro do Norte**- Hospital Santo Inácio;
212 R\$103.074,00; **Maracanaú**- Rim Centro, R\$137.034,00 **Quixadá** - Centro de D. Renais e
213 Hipertensão Arterial. R\$ 45.265,00; **Sobral**- Santa Casa de Misericórdia de Sobral;
214 R\$191.000,00. **Item 6 – Habilitação de municípios em GPSM e GPAB-A.** Vera
215 apresentou os pleitos do município de Paraipaba na Gestão Plena do Sistema Municipal e
216 dos municípios de Solonópole e Milhã, na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, cuja
217 documentação atesta o cumprimento dos requisitos relativos à condição da gestão pleiteada,
218 conforme estabelece a NOAS SUS 01/2002 e suas alterações. A CIB/CE aprovou a
219 habilitação de Paraipaba na GPSM e de Solonópole e Milhã em GPAB-A, sendo que com
220 relação à Paraipaba o teto financeiro do município só pode ser construído com base na
221 média de produção, vez que o Ministério da Saúde não divulgou o reajuste do teto do
222 Estado do Ceará. **Item 7 – Qualificação de Equipe de Saúde da Família.** Colocou para a
223 plenária o pedido do município de Maracanaú para qualificação de uma Equipe de Saúde da
224 Família, cujo processo contém o parecer favorável da CEOAP/CODAS. O pleito foi
225 aprovado pela Bipartite. **Item 8 – Informe: Transferência de Paciente em TRS.** Vera
226 informou que a transferência do paciente Edmilson Gomes da Silva da Clínica Pronefron,
227 em Fortaleza para o Rim Centro de Maracanaú, cujo repasse financeiro havia sido
228 solicitado pela Secretaria de Saúde daquele município, não aconteceu porque o paciente
229 não aceitou a transferência. Segundo o parecer da auditora da Secretaria de Saúde de
230 Fortaleza, o paciente declarou-se satisfeito com o atendimento que estava recebendo e não
231 tinha interesse em mudar. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião,
232 determinando que eu, Célia Fonseca, servindo como Secretária, lavrasse a presente Ata que
233 vai por mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
234 Ceará, presentes. Fortaleza, 09 de maio de 2003.

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
48
49
50

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2003

Aos dezanove dias do mês de maio do ano dois mil e três, às quatorze horas e trinta minutos, na Sala de Reunião CESAU/SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/CE. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jocileide Sales Campos pelo Gabinete, Vera Maria Câmara Coêlho e Maria das Graças Barbosa Peixoto da COPOS; Francisco Evandro Teixeira Lima e Nágela Maria dos Reis Norões da COMIRES; Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC; Maria Vilauva Lopes da CEOAP/CODAS; Antônio Paula de Menezes da CEPPE/COPOS; pela representação dos municípios: Mário Lúcio Ramalho Martildes, Presidente do COSEMS; Lúcia Helena Gondim Castro, S.M.S. de Jaguaribe; Eliade Bezerra Duarte, S.M.S de Iguatú, Aldrovando Nery de Aguiar, S.M.S. de Fortaleza; Fernanda Coêlho de Sá, S.M.S. de Crato; Rogério Teixeira Cunha, S.M.S. de Umirim, Carlos Alberto Komora Vieira, S.M.S.de Maracanaú; Fábio Landim Campos, SMS de Redenção. Como convidados: José Rubens Costa Lima, CEVEPI - SMS de Fortaleza, Alice Ciarline Palhano, CEVEPI - SMS Fortaleza, Sheila Maria Santiago, SMS de Fortaleza, Evaldo Costa, Maranguape, Silvia Bonfim, NES/CRATEÚS, Perpetua Braga, CEPPO/SESA, João Forte, CAE/SMS de Fortaleza, Silvia Regina O. Lima, Assistente Técnica do COSEMS, José Policarpo Barbosa, SMS de Cascavel, Eduardo Rocha, SMS de Pedra Branca, Regina Célia Ribeiro, CEATE/COVAC/SESA, Marta M.S.de ` . Campêlo, SMS de Itapiúna, Maria de Fátima Mota, SMS de Mulungu, Flávio Prata Crisóstomo, SMS de São Gonçalo do Amarante, Getúlio Barros, SMS de Brejo Santo, Marilac Meireles e Romerio Melo, ambos da CEAT/COPOS/SESA. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que anunciou o **Item 1 da pauta - Apresentação das Metas para o Pacto de Atenção Básica em 2003** Dra. Marilac gerente da Célula de Análise de Saúde da SESA - CEAT iniciou a apresentação mostrando como funciona o Sistema de Informação do Pacto de Atenção Básica e o fluxo do processo de avaliação do PACTO 2002 no Sistema de Informação do Pacto de Atenção Básica 2003. O instrumento utilizado na pactuação entre Estado e Municípios é a planilha eletrônica que é preenchida no SISPACTO pelos municípios e encaminhada, via on-line, para as Microrregionais com vistas à análise e homologação daquele órgão e remessa das planilhas impressas à Supervisora da Atenção Básica/SESA, até o dia 11 de julho de 2003, com assinatura dos gestores municipais. Não havendo homologação o município recomeça o processo através da negociação de novas metas e novo encaminhamento à homologação da Microrregional. No caso da Avaliação constar no sistema como **não homologada**, a discussão será levada à CIB/CE. A referida documentação terá que ter assinatura do gestor estadual e presidente do COSEMS e ser enviada para o Ministério, pelo correio, até o dia 11/07/2003. Em seguida apresentou os **Indicadores do Pacto da Atenção Básica propostos para 2003**, a partir da Avaliação de 2002, em cada área de atuação, mostrando as tendências, crescente (>) ou decrescente (<), de cada indicador conforme segue: **Saúde da Criança:** • Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos - **23,0** > • Taxa de mortalidade neonatal por 1.000 nascidos vivos - **14,0** > • Proporção de óbitos infantil por causas mal definidas **10,0** < • Taxa de internações por IRA em menor de 5 anos de idade por 1.000 - **3,5** > • Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer - **6,5** < • Proporção da homogeneidade de cobertura vacinal de tetra-valente - **85** >. **Saúde da Mulher:** • Taxa de mortalidade materna por 100.000 nascidos **75** < • Percentual de recém- nascidos de mães com 04 ou + consultas de pré-natal - **90** > • Percentual de recém- nascidos de mães com 7 ou + consultas de pré-natal - **40** > • Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados - **70** > • Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos – **40** >. **Saúde do Adolescente:** • Taxa de partos e abortos em adolescentes por 1.000

51 mulheres adolescentes de 10 a 19 anos **40 >**. **Controle da Hipertensão e Diabetes:** • Taxa de
52 internação por AVC na população por 10.000 habitantes – **8,0 >** • Taxa de mortalidade por
53 doença cérebro-vasculares por 10.000 habitantes – **33,7 >**. • Proporção de internação por
54 cetoacidose e coma diabético entre as internações de diabéticos **12,0 <**. **Controle da**
55 **Tuberculose e Eliminação da Hanseníase:** • Proporção de abandono do tratamento da
56 tuberculose – **5,0 <** • Taxa de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera por 100.000
57 habitantes – **25,0 >** • Percentual de abandono do tratamento de Hanseníase - **26 <** • Taxa de
58 detecção de casos novos de hanseníase por 10.000 habitantes **-3,0 >** • Taxa de prevalência de
59 Hanseníase por 10.000 habitantes **-5,0 <**. **Saúde Bucal:** • Taxa de cobertura de primeira
60 consulta odontológica por 100 habitantes – **14,0 >** • Razão entre os procedimentos
61 odontológicos coletivos na faixa etária de 0 a 14 anos - **0,3 >** • Proporção de exodontias em
62 relação às ações básicas individuais - **11,3 <**. **Indicadores Gerais:** • Consultas médicas nas
63 especialidades básicas por habitante - **1,5 >** • Proporção da população coberta pelo Programa
64 Saúde da Família – **60,0 >**. Após a apresentação do item, **Vilauva** se manifestou discutindo as
65 metas do indicador, Razão entre exames citopatológicos cérvico vaginais em mulheres de 25 a
66 59 anos, que considera baixa e supõe que o indicador não mostra o número de mulheres e sim o
67 de exames. Sugeriu manter a meta proposta, mas que se deveria chamar a Dra. Tânia Veras,
68 Coordenadora Estadual do SISCOLO para esclarecer sobre essa informação. **Eliade** questionou
69 a inclusão do indicador do percentual de recém-nascidos de mães com 07 consultas ou mais de
70 pré-natal, por considerar que o referido índice não mede a qualidade do atendimento. Sobre
71 Saúde da Criança Vilauva questionou o incremento da taxa de internações por IRA em menores
72 de 5 anos de idade por 1000 e Nágela discutiu a tendência crescente do indicador. **Mário Lúcio**,
73 lembra a possibilidade dos municípios alterarem a programação básica e incluir procedimentos
74 para o cumprimento do Pacto. **Fátima**, questiona que na área da tuberculose e hanseníase está
75 sendo utilizado o valor relativo. **Marilac**, ressalta que nos municípios de pequeno porte devem
76 ser avaliados os valores absoluto e relativos. Após a discussão e votação dos pontos polêmicos a
77 **CIB/CE** aprovou o Pacto de Atenção Básica para o ano 2003, com as seguintes decisões: **1-**
78 Exclusão de um indicador da área da mulher, referente ao percentual de recém-nascidos de mães
79 com 7 consultas ou mais de pré-natal; **2-** Modificação da tendência da taxa de internações por
80 IRA, de crescente para decrescente, mantendo-se o percentual de 3,5 proposto; **3-** Sobre a razão
81 entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos, ficou decidido que
82 a área técnica da SESA esclarecerá à CIB, em outra reunião, como é feito o registro da
83 informações que geram o indicador em questão. **4-** Item 2 da pauta - Proposta de Reajuste
84 dos Limites Financeiros dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal
85 (COVAC/COSEMS). **Vera** colocou que conforme havia sido acertado pela Bipartite, o ajuste
86 da Programação Ambulatorial teria sido feito e encaminhado pela SESA ao Ministério da Saúde.
87 Informou que fora incluído no teto do município de Fortaleza, o recurso remanescente da
88 Campanha de Protetização, referente aos meses de março e abril /03, no valor de R\$ 96.211,00
89 alocado no teto do Estado do Ceará pelo Ministério da Saúde, tendo em vista a Portaria GM/Nº
90 333/03, que redefine os recursos federais mensais destinados à Assistência Ambulatorial e
91 Hospitalar da Média e Alta Complexidade, e comunica o encerramento da referida Campanha.
92 Disse que a SESA não tinha corrigido os tetos dos municípios de Crateús e Trairi que sofreram
93 desconto parcelado, em seus recursos financeiros, durante os meses de outubro, novembro e
94 dezembro de 2002 e janeiro, fevereiro e março de 2003, em decorrência de crédito adicional do
95 Ministério da Saúde àqueles municípios nos meses de julho, agosto e setembro de 2002.
96 Afirmou que os tetos daqueles municípios deveriam ter sido refeitos a partir do mês de abril
97 com vistas ao repasse das quantias correspondentes a R\$ 54.170,00 e R\$ 13.352,00
98 indevidamente descontados nos meses de abril e maio/03 dos tetos de Crateús e Trairi,
99 respectivamente. Explicou que para devolver esses valores terá que se tirar do Limite de

100 Internação da área da Atenção Básica. Em seguida passou a palavra para a Lilian que antes de
101 iniciar a apresentação da proposta expôs o demonstrativo da distribuição dos recursos federais
102 entre os níveis de gestão da assistência, na esfera municipal e na esfera estadual, mostrando que
103 do montante mensal de R\$ 25.773.580,00 foram alocados ao teto dos municípios em GPSM, R\$
104 19.423.577,00 são repassados ao FMS, enquanto R\$ 4.728.214,00 e R\$ 1.621.789,00 são
105 destinados aos Termos de Compromisso entre Entes Públicos firmados entre a SESA e os
106 Hospitais Universitários, respectivamente. As ações exclusivas da SESA, têm R\$ 1.231.390,00
107 para despesas com Tratamento Fora do Domicílio, Laboratório Central e Hemocentros,
108 enquanto os R\$ 5.532.664,00 restantes compõem o teto dos municípios em GPAB, sendo R\$
109 2.445.931,00 para o pagamento dos procedimentos ambulatoriais e R\$ 3.086.733,00 disponíveis
110 para pagar as internações de média complexidade. Informou que o Teto Financeiro para
111 Internação de Média Complexidade é de R\$ 15.275.939,00 sendo R\$ 12.189.206,00 para os
112 municípios em GPSM e R\$ 3.086.733,00 para os municípios em GPAB. Em seguida apresentou
113 duas propostas de ajuste com base na Câmara de Compensação e nos 11 Municípios Satélites
114 com limite mínimo de R\$ 10.000,00 estabelecido na Resolução 17/2002. Pela proposta 1 haveria
115 uma redução linear de 3,6% para todos os municípios tanto em GPSM como em GPAB, com
116 alteração do limite mínimo para R\$ 9.640,00 e a diferença, entre a produção e o limite
117 estabelecido, deverá ser paga com recursos federais. Na proposta 2 a redução seria de 3,35%,
118 ficando, o limite mínimo em R\$ 9.665,00 e a diferença a ser paga pelo Tesouro do Estado.
119 Informou também que foi observado através da Câmara de Compensação que alguns municípios
120 Sede de Módulo ficaram com teto inferior a R\$ 10.000,00 e que o valor a complementar para
121 esses municípios seria de R\$ 14.967,00. Passou então para as discussões, iniciando pelo Dr.
122 **Mário Lúcio** que expressou ser muito difícil para os gestores pactuarem cortes considerando
123 que os municípios de Atenção Básica vem sofrendo descontos de 17% há aproximadamente 7
124 meses e. que essa situação é mais grave para os municípios satélites que pela ultima CC ficaram
125 com teto inferior a R\$ 10.000,00. Disse haver encaminhado correspondência ao Secretário
126 expondo a situação e propondo ao Estado arcar com a diferença entre a produção desses
127 municípios o limite mínimo estabelecido na Resolução 17/2002. Afirmou que o Secretário já
128 estaria conversando com o Governador e que este estaria sensível ao assunto e possivelmente
129 acataria a proposta levada pelo Secretário. Propôs então que se fizesse a discussão do ajuste
130 apresentado pela Lilian considerando a necessidade de se decidir sobre o assunto. **Fátima** disse
131 não entender o faturamento de Mulungu acima de R\$10.000,00 e afirma que não poderia
132 aprovar a proposta já que considera irreal o valor atribuído ao seu município e solicitou que
133 fosse revista a situação de Mulungu e dos 40 municípios contemplados pela Resolução 17/2002.
134 **Komora** levantou a questão da alocação de recursos para a saúde, destacando a participação dos
135 governos federal e municipal na alocação de recursos e questionando sobre o montante de
136 recursos do orçamento do Estado gasto com o setor e sugere que os recursos do Tesouro do
137 Estado sejam discutidos na Bipartite. Eduardo concorda com o Komora e destaca que enquanto
138 outros Estados discutem os recursos estaduais aqui se discute cortes de recursos federais. Após
139 as discussões a CIB aprovou a proposta 2 referente ao ajuste de 3,35% com a ressalva de que a
140 SESA iria proceder a revisão do município de Maracanaú. **Item 3 da pauta - Proposta de**
141 **Alteração da Resolução CIB/CE Nº 17/2002 (COSEMS).** O Dr. Mário Lúcio, falando em
142 nome dos municípios, destacou a necessidade de se buscar a equidade no tratamento dado aos
143 municípios integrantes do Sistema Único de Saúde no Ceará, e nesse sentido sugeriu a
144 revogação da Resolução da CIB Nº 17/2003, e ressaltou que se deve pagar aos municípios
145 beneficiados pela referida Resolução os valores correspondentes ao período de janeiro a maio de
146 2003, e afirmou que esses recursos devem destinar-se aos municípios de pequeno porte, usando
147 critérios a serem definidos por uma Comissão a ser instituída. Posta em votação, a plenária da
148 Bipartite aprovou a revogação da Resolução da CIB/CE Nº 17/2003. Nada mais havendo a
149 tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos

150 Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos
151 membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, dezenove
152 de maio do ano dois mil e três.

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
48
49
50

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

Aos treze dias do mês de junho do ano dois mil e três, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião CESAU/SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jurandi Frutuoso Silva, Secretário da Saúde do Estado e Presidente da CIB/CE; Jocileide Sales Campos do GABSEC, Vera Maria Câmara Coêlho e Maria das Graças B. Peixoto da COPOS; Evandro Teixeira Lima da Coordenadoria das Células Regionais de Saúde-COCERS; Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC; Maria Vilauva Lopes, Supervisora do Núcleo de Apoio à Organização do Nível de Atenção Primária-NUORG; Antônio Paula de Menezes do Núcleo de Planejamento, Estudos e Projetos Especiais-NUPLA/Planejamento em Saúde. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio Ramalho Martildes, Presidente do COSEMS; Eliade Bezerra Duarte, S.M.S de Iguatú; Aloisio Soares S.M.S. de Fortaleza; Rogério Teixeira Cunha, S.M.S. de Umirim, Carlos Alberto Komora Vieira, S.M.S. S.M.S de Maracanaú e Fábio Landim Campos, S.M.S. de Redenção. Como convidados: Maria Imaculada Fonseca, Joana Maciel e Antonieta da Costa Ferreira da S.M.S. de Fortaleza, Evaldo Sales Costa, S.M.S. de Maranguape, Silvia Regina O. Lima, Assistente Técnica do COSEMS, Regina Célia Ribeiro, do Núcleo de Auditoria e Avaliação dos Serviços de Saúde NUAUD/Atenção Terciária /COVAC; Aline Maria B. Domício, S.M.S de Icapuí, Patrícia Gomes Benevides, S.M.S de Jardim, Nilson de Moura Fé, da Coordenação de Saúde Mental; Denise Pontes Jucá Teles, S.M.S. de Caucaia e Arlene B. Pereira, S.M.S. do Crato. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a apresentação do **Item 1– Reajuste dos Limites Financeiros dos Municípios** recapitulando o que ficara acordado pelo COSEMS em relação à proposta apresentada pela SESA na Bipartite de 19/05/2003 que aprovou a extinção da Resolução 17/2002 e a redução linear de 3,35% no teto dos municípios. Esclareceu que o Ministério da Saúde, através da Portaria 654/2003 estabeleceu a geração de um recurso adicional para os municípios de Atenção Básica que estão sob a responsabilidade da Gestão Plena do Sistema Estadual e para os municípios em GPSM, para equiparar o valor da consulta médica especializada das unidades públicas ao das unidades privadas. Disse que não será necessário aplicar todo o montante dos recursos nos municípios de Atenção Básica considerando o estudo feito com base na produção no período de janeiro a março de 2003, e por isso o Estado propõe que a diferença seja aplicada na área de internação dos municípios da Atenção Básica. Informou que o ajuste para a área de internação dos municípios em Gestão Plena do Sistema aprovado na Bipartite de 19/05/2003 no percentual de 3,35%, seria alterado, considerando que quando da elaboração da proposta, apreciada naquela Reunião, não fora deduzido o valor do auxílio financeiro para o hospital de Maracanaú e que portanto, o corte seria de 5,68%. Disse que essa alteração teria sido apresentada ao COSEMS que reunira os Secretários de Saúde, no dia nove de junho de 2003, para apreciação da redução. Passou a palavra para o Dr. Mário Lúcio, Presidente do COSEMS que falou da dificuldade em pactuar esse corte uma vez que os municípios estão necessitando de acréscimo de recursos e não de redução. Mas, informou, que depois de muitas ponderações a proposta foi acatada por unanimidade pelos Secretários numa demonstração de elevado espírito público. O Presidente do COSEMS abordou ainda a questão da transparência pela SESA no uso dos recursos destinados aos municípios sugerindo a criação de uma Comissão de Acompanhamento do Gerenciamento dos Recursos Federais sob Gestão Estadual. Vera concordou e falou da importância da criação dessa Comissão para a CIB/CE, já que o CESAU dispõe de uma Comissão que monitora os recursos do FUNDES, da Escola de Saúde Pública e da SESA. Sugeriu que a Comissão em apreço fosse composta por 3 representantes dos municípios que poderão consultar os

51 documentos quando julgarem necessário. Em seguida enumerou as características da proposta
52 de reajuste apresentada pela SESA e aprovada pelos Secretários Municipais de Saúde: 1- Utiliza
53 os dados de programação baseados na PPI/01(fev/02) garantindo a manutenção dos valores per
54 capita; 2 – Revoga a Resolução CIB Nº 17/2002; 3 – Ajusta a programação, reduzindo as
55 internações de média complexidade nos municípios em GPSM em 5,68%; 4 – Ajusta a
56 programação, acrescentando recursos para Ambulatório da Média Complexidade, em Consulta
57 Médica Especializada, nas Unidades Estatais; 5 – Garante Auxílio Financeiro para o Hospital de
58 Maracanaú; 6 – Mantém, sem alteração, os valores do FIDEPS e, 7 – Não reduz a programação
59 de internação da Atenção Básica. **Dr. Mário Lúcio** informou que o Governo do Estado
60 destinará R\$ 36.000,00 (trinta e seis mil reais) mensais para 18 municípios, cujo faturamento na
61 área de internação é inferior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), e sugeriu que fossem beneficiados
62 os municípios com menores médias de produção na média complexidade hospitalar, com base
63 na apuração da Câmara de Compensação no período de dezembro/2002 a fevereiro de 2003. Foi
64 sugerido o repasse de R\$2.000,00 mensais para cada município, através de Convênio, cujo
65 objeto seria a contratação de enfermeiros para manter o hospital local funcionando 24 horas.
66 Foram selecionados os seguintes municípios: Apuiarés, Ereré, Itaiçaba, Palhano, Guaramiranga,
67 Freicheirinha, Tururu, Tarrafas, Mulungu, Antonina do Norte, Jaguaribara, Guaiuba,
68 Pindoretama, Iporanga, Catarina, Piquet Carneiro, Quixeré e São João do Jaguaribe. **Evandro**
69 comentou sobre a precariedade de alguns hospitais locais, chamando atenção para a
70 responsabilidade dos gestores em manter essas unidades sem as mínimas condições de
71 funcionamento **Vilauva** falou da possibilidade do fechamento de hospitais que não tem
72 condição de manter a assistência à população. **Jocileide** julga complicado o fechamento de um
73 hospital de município pequeno e acha que a população precisa participar da decisão. Em face
74 dessa polêmica, **Vera** sugeriu a realização de Fórum Temático sobre o funcionamento dos
75 Hospitais Locais de Saúde da Família. Após as discussões a **CIB/CE** aprovou a proposta de
76 Revisão dos Tetos Financeiros e a concessão do auxílio aos municípios acima selecionados.
77 **Item 2 – Avaliação dos Projetos dos Municípios junto ao PROESF.** Dra. Vilauva explicou
78 que o PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família é uma iniciativa do
79 Ministério da Saúde apoiada pelo BIRD. Tem como objetivos expandir a ação do PSF em
80 municípios com população acima de cem mil habitantes, ampliar a capacitação dos profissionais
81 na área de atenção de saúde e institucionalizar sistemas de avaliação e de monitoramento do
82 programa. Os recursos serão usados na primeira fase do Projeto de Implantação e Consolidação
83 do Saúde da Família que deve estar totalmente implantado até 2008. Disse que o Projeto se
84 desenvolve em torno de três componentes: O componente 1, com vigência até o ano 2003,
85 destina-se aos municípios com mais de cem mil habitantes e propõe a substituição do modelo
86 tradicional de organização dos serviços de atenção básica pela Estratégia de Saúde da Família. O
87 Componente 2, para 2004 direciona-se a toda população coberta pelo PSF concentrando os
88 investimento em Desenvolvimento de Recursos Humanos e o Componente 3, também para
89 2004, está voltado para o Monitoramento e Avaliação do PSF. Falou sobre o Processo de
90 Classificação do qual participaram os municípios de Fortaleza, Crato, Sobral, Juazeiro, Caucaia
91 e Maracanaú, cujos projetos, após atendidas as recomendações da Comissão do Ministério da
92 Saúde que os analisou, e sendo aprovados pela CIB/CE, serão encaminhados à CIT para
93 habilitação dos municípios a participarem do PROESF e se beneficiarem das transferências de
94 recursos do FNS para financiamento das ações integrantes do Projeto. **Item 3 - Habilitação de**
95 **Municípios em GPAB-A e GPSM.** Vera anunciou os municípios que pleitearam as habilitações
96 em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal, os quais se
97 encontram com pareceres técnicos favoráveis. Os pleitos para GPAB-A são dos municípios de
98 Aracati, Cascavel e Juazeiro do Norte e para GPSM, Cedro, São Gonçalo do Amarante, Viçosa
99 do Ceará e Maranguape. Chamou a atenção para o caso de Juazeiro do Norte que permanece na
100 Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB/96, mas ao ser habilitado na GPAB-A pela

101 NOAS, passará a receber o incentivo que estava perdendo por não está habilitado pela NOAS.
102 Dr. **Mário Lúcio** destacou a necessidade dos municípios se habilitarem pela NOAS na GPAB-A
103 e propôs que os pareceres técnicos fossem emitidos pela Vigilância Sanitária das
104 Microrregionais com o objetivo de agilizar o processo de habilitação. Lilian colocou que é
105 preciso saber onde existem Recursos Humanos em condição de dar o referido parecer. Vera
106 informou que já vem analisando essa questão junto com os técnicos da CEPPE e disse que o
107 problema não está apenas na Vigilância mas também na Regulação e no Conselho Estadual de
108 Saúde. Sugeriu a realização de fóruns de sensibilização dos municípios que não se habilitaram
109 na NOAS propondo a 1ª semana de julho para a realização do evento. Antônio informou que de
110 todos os pleitos em curso, 16 de GPSM aguardam parecer e dos 16 em GPAB-A, 10 estão com
111 documentação insuficiente. A **CIB/CE** aprovou os pedidos de habilitação em pauta. **Item 4 -**
112 **Planos de Ações e Metas em DST/AIDS do município de Caucaia e do Estado do Ceará.**
113 Dra. Denise, Secretária de Saúde de Caucaia iniciou a apresentação do Plano, citando as razões
114 pelas quais o município de Caucaia foi incluído na Política de Financiamento da Ações em
115 DST/AIDS. Em seguida, relacionou as instituições que participaram da elaboração do Plano, e
116 as áreas de atuação com suas respectivas áreas temáticas, previamente definidas pela
117 Coordenação Nacional de DST/AIDS. Prosseguiu com o detalhamento das despesas previstas
118 para as atividades de cada área temática. Apresentou as metas e os resultados esperados. Sobre o
119 financiamento do Plano, informou que os recursos alocados totalizam R\$100.627,00 (cem mil,
120 seiscentos vinte e sete reais) sendo R\$85.627,00 (oitenta e cinco mil seiscentos e vinte sete
121 reais) oriundos do Fundo Nacional de Saúde e R\$15.000,00 (quinze mil reais) da contrapartida
122 do município. Vera informou que dos cinco municípios cearenses incluídos na política de
123 incentivo à prevenção das DST e AIDS, os municípios de Crato, Fortaleza e Sobral já
124 apresentaram os seus projetos sendo que os de Sobral e Crato já tiveram a aprovação publicada
125 pelo Ministério da Saúde. Com a apresentação de Caucaia ficará faltando apenas Maracanaú.
126 **Telma**, Coordenadora do Programa do DST/AIDS no Ceará, falou da necessidade de
127 reformulação do Plano de Ações e Metas do Estado no sentido de dar mais ênfase às DST,
128 alegando que a maioria dos planos concentram mais ações na prevenção da AIDS e solicitou um
129 outro momento na CIB para pactuar com os 26 municípios que têm população acima de 50 mil
130 habitantes e envolvê-los numa campanha para a elaboração do novo Plano. Vera sugeriu ao
131 COSEMS a articulação com os 26 municípios para o agendamento da data da discussão sobre a
132 estratégia da reformulação do referido Plano. **Komora** informou que o Plano de Maracanaú está
133 sendo concluído e que poderá ser apresentado na próxima Bipartite. Sem mais comentários a
134 **CIB/CE** aprovou o Plano de Ações e Metas em DST/HIV/AIDS de Caucaia para 2003. **Item 5**
135 **- Qualificação de Equipes do Programa Saúde da Família.** De posse da documentação com
136 parecer favorável da CEOAP, Vera enumerou os municípios que solicitaram qualificação de
137 equipes em Saúde da Família e em Saúde Bucal. Os pleitos para Equipes de Saúde da Família
138 foram: Graça, uma; Tamboril, uma; Marco, duas e Guaraciaba do Norte, uma equipe. Para as
139 Equipes de Saúde Bucal foram: Morrinhos, uma; Maracanaú, uma; Pacatuba, três; Viçosa do
140 Ceará, uma; Umari, uma; Missão Velha, duas e Barroquinha, uma. A CIB/CE aprovou as
141 qualificações pleiteadas. Ao final Vera informou que na próxima Bipartite, programada para o
142 dia 27 de junho de 2003, a Dra. Vilauva apresentará informações para discussão sobre as normas
143 operacionais do PSF. **Item 6 – Certificação de Municípios nas Ações de Epidemiologia e**
144 **Controle de Doenças-** Vera mostrou a situação das Certificações no Ceará, informando que já
145 foram aprovadas pela CIB/CE 121 certificações, das quais uma aguarda homologação da CIT.
146 Citou os municípios que estão com pendências entre os quais Caucaia, Chaval, Barroquinha,
147 Paramoti e Ipueiras. Em seguida apresentou à plenária o pedido de Certificação para os
148 municípios de Cariré, Graça, Uruoca, Itaiçaba e Beberibe. Após a aprovação da **CIB/CE**, Vera
149 destacou a necessidade de se fazer um movimento de sensibilização para a certificação das
150 ações de epidemiologia e controle de doenças, vez que tem 58 municípios que ainda não foram

151 habilitados e que isso consiste em perda de recursos. Sugeriu ao COSEMS a articulação com os
152 58 municípios, recomendando que os mesmos procurem a CEVIGI, na SESA para obterem os
153 esclarecimentos necessários à resolução de pendências e outras questões pertinentes ao processo
154 de habilitação. **Item 7 – Saúde Mental: Solicitação do Cadastramento do CAPS I de**
155 **Jardim / Relatório de Vistoria dos CAPS / Relatório de Produção dos CAPS** – Vera falou
156 sobre a programação de estruturação de Centros de Apoio Psicossocial-CAPS no Ceará, para
157 2002, em que alguns dos serviços classificados como prioritários pela CIB não conseguiram se
158 estruturar, mas municípios que não foram considerados prioritários continuaram trabalhando,
159 mostrando que tem capacidade de assumir as responsabilidades pelo funcionamento do CAPS.
160 Esclareceu que trouxe esse assunto para discussão porque, em função de uma nova política
161 nacional em reforçar a reforma em saúde mental, é preciso rever as prioridades para a
162 estruturação de CAPS. Destacou a situação do município de Jardim, que vem trabalhando há
163 bastante tempo, e por haver persistido em realizar um bom trabalho está colocando o seu projeto
164 para aprovação da Bipartite. Abordou também a questão das vistorias dos CAPS, cujos
165 Relatórios mostram que há alguns CAPS com necessidade de pequenas correções mas há outros
166 que estão sem a menor condição de funcionamento. Convidou Sandra Solange para apresentação
167 do Relatório de Produção dos CAPS. Sandra informou que desde o mês de outubro de 2002 os
168 pagamentos dos procedimentos dos CAPS são realizados através de APAC. Apresentou a
169 Programação Física de cada tipo de CAPS, considerando as três formas de acompanhamento:
170 intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Mostrou que as Metas Físicas são calculadas a partir
171 do produto do número máximo, estabelecido, de pacientes pela quantidade de procedimentos
172 limitados por pacientes. Em seguida apresentou a Produção dos CAPS nos períodos de outubro,
173 novembro, e dezembro de 2002 e janeiro e fevereiro de 2003, que evidencia que a maioria dos
174 CAPS não vem atingindo a meta estabelecida, principalmente nos meses de outubro e
175 novembro/2002. **Dr. Jurandi** perguntou sobre a possibilidade de se levantar a quantidade de
176 internamentos nos hospitais psiquiátricos. Sandra Solange informou ter feito esse levantamento
177 durante 3 meses em todos os hospitais psiquiátricos do Estado, e que teria encaminhado as
178 informações às Microrregionais de Saúde. Após ter feito um apanhado geral da produção de
179 cada município, Vera sugeriu à CEADI a realização de uma análise naqueles que apresentaram
180 os mais baixos índices de produção e avaliar o comportamento da demanda no CAPS de Sobral
181 após a implantação do CAPSad daquele município. Vera lembrou que, para 2002/2003, foram
182 programados para o Ceará quatro CAPSad sendo um para Caucaia, dois para Fortaleza e um
183 para Juazeiro do Norte, e que nenhum desses municípios manifestou interesse em se habilitar.
184 No entanto, Sobral pleiteou e conseguiu a habilitação de um CAPSad II que foi publicada em
185 Portaria da SAS em dezembro de 2002. Aconselhou aos demais municípios que, se atenderem as
186 condições exigidas pelo Ministério, e tiverem interesse, que coloquem os seus projetos de
187 CAPSad à aprovação da CIB/CE, para que não haja perda dos recursos financeiros para a Saúde
188 Mental no Estado do Ceará. A representante do Município de Jardim, falou sobre a redução das
189 internações e da preocupação das famílias quanto à dificuldade do município que não tem
190 condições de manter o atendimento. Colocado em votação, o cadastramento do CAPS I de
191 Jardim foi aprovado pela CIB/CE. **Item 8 - Hospital São José solicita Credenciamento de**
192 **Leitos de UTI** – **Lilian** informou que o credenciamento em pauta já havia sido solicitado e que
193 o recurso financeiro estaria garantido pelo Ministério da Saúde. Disse que os 8 leitos de UTI de
194 adulto tipo II, objeto da proposta, já estão funcionando desde o mês de maio/2003 e que o custo
195 mensal dos 1 referidos leitos foi orçado de R\$39.456,00 (trinta e nove mil quatrocentos e
196 cinquenta e seis reais) valor esse já incluído na previsão de custeio pelo Ministério da Saúde. A
197 CIB/CE aprovou pleito que será encaminhado ao Ministério pela Secretaria de Saúde de
198 Fortaleza, acompanhado do parecer do Presidente da CIB/CE, Secretário Estadual da Saúde.
199 Nada mais havendo a tratar a CIB deu por encerrada a reunião cuja Ata lavrada por mim, Célia
200 Fonseca, vai assinada pelos membros da CIB/CE, presentes. Fortaleza, 13 de junho de 2003.

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
48

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

Aos vinte e sete dias do mês de junho do ano dois mil e três, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião CESA/SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho e Maria das Graças B. Peixoto da COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC; Maria Vilauva Lopes, Supervisora do Núcleo de Apoio à Organização do Nível de Atenção Primária- NUORG; Ismênia Maria Barreto Ramos e Antônio Paula de Menezes do Núcleo de Planejamento, Estudos e Projetos Especiais-NUPLA/Planejamento em Saúde e Nágela Norões da Coordenadoria das Células Regionais de Saúde/COCERS. Pela representação dos municípios compareceram: Eliade Bezerra Duarte, S.M.S de Iguatú; Carlos Alberto Komora Vieira, S.M.S de Maracanaú; Fábio Landim Campos, S.M.S. de Redenção; Aldrovando Nery de Aguiar da S.M.S de Fortaleza; Fernanda Coelho da S.M.S. do Crato e Lúcia Helena G. Castro da S.M.S. de Jaguaribe. Como convidados: Maria Imaculada Fonseca e Joana Maciel da S.M.S. de Fortaleza; Silvia Regina O. Lima, Assistente Técnica do COSEMS; Maria da Paz Gadelha e Marta Campelo da S.M.S de Itapiúna; Fco. Pereira de Alencar da Secretaria de Justiça; Nélio B. Morais NUEND/SESA; João Fortes da S.M.S- CAE e Fco. Pedro da Silva de Mombaça. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que anunciou o **Item 1– Distribuição de Veículos para Controle da Dengue** e explicou que se tratava de uma proposta da SESA para apreciação, pela CIB, da distribuição de sete veículos para o controle da Dengue. Informou que os mesmos teriam sido adquiridos com reserva financeira da Fundação Nacional de Saúde e não fazem parte do elenco dos veículos que a FUNASA destinara ao controle da Dengue e cuja distribuição teria sido aprovada pela Bipartite em reunião anterior. Após esses esclarecimentos, passou a palavra ao **Nélio**, Supervisor de Controle de Endemias da SESA que apresentou a seguinte proposta: dois veículos estariam destinados respectivamente aos municípios de Pedra Branca e Várzea Alegre como prêmio pelo desempenho dos mesmos no combate ao mosquito da Dengue, e os cinco veículos restantes seriam destinados à SESA, para atender aos municípios que necessitam de veículo mas que ainda não foram contemplados. A plenária questionou a proposta alegando não conhecer os critérios de premiação e por considerar que há municípios em situação grave com relação ao dengue e que antes de se premiar os melhores desempenhos deveriam resolver os problemas desses municípios. Nesse sentido o **Eliade** propôs que os veículos fossem entregues aos próprios municípios. **Nélio** discordou informado que existem 30 municípios em situação de risco e que a SESA precisará dos cinco veículos para atender as necessidades desses municípios. Afirmou também que o critério de premiação foi obtido através da avaliação de um conjunto de indicadores epidemiológicos e porte dos municípios. **Mário Lúcio** considera que o critério não é progressivo mas é importante premiar os municípios com melhor desempenho não só no combate à Dengue mas a outras endemias e solicitou da SESA um trabalho de combate à Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA nos municípios do Litoral. **Vera** sugeriu que o Supervisor de Controle de Endemias da SESA identificasse os municípios com maiores riscos de epidemia do Dengue por Microrregião, para verificar se os cinco veículos contemplam as necessidades de controle naqueles municípios. O Supervisor relacionou os 32 municípios que apresentam mais problemas com o combate da epidemia em questão. Após análise da situação, o **Dr.Mário Lúcio** sugeriu que os sete carros fossem distribuídos com as Microrregionais às quais os 32 municípios estão vinculados, deixando a premiação, por melhor desempenho, para uma ocasião posterior. A CIB/CE acatou a sugestão do representante do COSEMS e decidiu pela seguinte distribuição dos sete veículos, por ordem

49 de prioridade: 1º-Microrregional do Crato; 2º- Microrregional de Crateús; 3º- Microrregional de
50 Tauá; 4º-Microrregional de Maracanaú; 5º-Microrregional de Sobral; 6º Microrregional do Icó e
51 7º- Microrregional de Caucaia. **Item 2 - Discussão sobre as Normas do PSF.** Vilauva fez uma
52 análise da evolução das normas do PSF, confrontando as mesmas com situações problemas que
53 ocorrem nas equipes do PSF. Apresentou um fluxo de informações onde propõe a utilização de
54 um sistema alternativo que permite a Microrregional acessar o SIAB, analisar as informações
55 contidas no disquete, com vistas a devolução deste ao município de origem, para a correção das
56 distorções, se for o caso. Apresentou também a proposta de um modelo de documento, através do
57 qual o Secretário Municipal de Saúde é comunicado pelo Secretário Estadual de Saúde e pelo
58 Presidente do COSEMS sobre as irregularidades das Equipes de PSF do seu município e da
59 solicitação ao Ministério da Saúde da suspensão do incentivo. O **Eduardo** explicou o
60 funcionamento do sistema alternativo informando tratar-se de uma ferramenta eficaz para a
61 identificação de todas as informações de forma simples e ágil. Falou que devido a algumas
62 limitações e dificuldades operacionais do SIAB, que não permite a exclusão de um profissional
63 isolado da equipe sem subtrair a equipe inteira, sugere a manutenção do incentivo pelo prazo de
64 60 dias em equipe de PSF sem médico. **Vera** não concordou com essa sugestão como também
65 com a normatização pela CIB de questões que não tem respaldo legal. Colocou como propostas
66 para apreciação da Bipartite, ali reunida, a composição de uma comissão para estudar as
67 situações- problema relatadas pela Vilauva, e a realização de Seminários para ampla discussão do
68 assunto com os Municípios. **Mário Lúcio** disse que a implantação da FCES, irá inibir a inclusão,
69 ao SIAB, de profissionais que não pertençam a uma equipe de PSF. Acredita que o momento é
70 oportuno para se fazer uma revisão do PSF a partir de uma discussão profunda do Programa, com
71 a participação de secretários, gestores, Conselhos de Saúde, SESA e usuários. **Lúcia Helena**
72 concorda com Mário Lúcio mas entende que os Coordenadores do PSF também devem fazer
73 parte das discussões. **Maria da Paz** afirmou que o fórum é necessário, vez que há muita
74 desinformação e insatisfação da população. Após todos os pronunciamentos da plenária a
75 **Bipartite** finalizou o assunto adotando as seguintes decisões: 1º- A não aprovação do sistema de
76 informações proposto pela SESA antes de esgotar o processo de discussão e pactuação com os
77 municípios. 2º- Composição de uma Comissão de Estudos para análise das situações – problema,
78 com vistas a promover a adequação das normas do PSF, existentes. 3º- Realização de fóruns de
79 discussão, com os Secretários, para o aprofundamento das discussões sobre as situações –
80 problema e formulação de propostas de normatização ficando a cargo do COSEMS a
81 identificação dos componentes da comissão. Ficou também estabelecido que a citada Comissão
82 ficará responsável pela estruturação dos fóruns e pela obtenção de informações que subsidiem a
83 CIB/CE na apreciação do assunto. **Item 3 - Apresentação do Plano Estadual de Saúde no**
84 **Sistema Penitenciário do Ceará.** O Plano foi apresentado pelo Dr. Francisco Pereira de Alencar
85 da Secretaria de Justiça que iniciou a sua fala afirmando que durante os vinte anos de sua
86 permanência na Secretaria de Justiça, não houve preocupação das autoridades com a saúde da
87 população carcerária e que, para ele, tem sido um desafio constante envolver os municípios e a
88 SESA nessa questão. Falou que em abril de 2002 por ocasião do 1º Fórum Nacional de Saúde do
89 Sistema Penitenciário Brasileiro, foi cobrada dos Estados a implementação do Plano Estadual de
90 Saúde que deveria ser submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde antes de ser
91 encaminhado ao Ministério da Saúde. Citou os objetivos do Plano e suas linhas de ação que inclui
92 o elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e
93 assistência em unidades do sistema prisional, as referências para média e alta complexidades e
94 aquisição de medicamentos. Disse que o financiamento do Plano envolve a alocação de recursos
95 federais, através dos Ministérios da Saúde e da Justiça, estaduais, através da SESA e da
96 Secretaria de Justiça e em alguns casos recursos municipais. Citou a localização das

97 penitenciárias do Estado, informando que juntas abrigam aproximadamente 4.200 presos e falou
98 das doenças e agravos decorrentes das condições do sistema carcerário, aumentados pela ausência
99 de ações de promoção e prevenção à saúde. Finda a apresentação Vera esclareceu sobre a
100 inclusão desse assunto na Bipartite, colocando em 1º lugar o envolvimento dos gestores, já que a
101 aceitação dos mesmos é fator fundamental para o alcance das metas do Plano e, em 2º lugar a
102 necessidade da CIB conhecer as proposições do Plano em tela tendo em vista a apreciação do
103 Plano de Trabalho que será elaborado logo após a aprovação, pelo Conselho Estadual de Saúde,
104 do Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário ora apresentado. Recomendou, que após a
105 aprovação do Plano Estadual em referência, pelo CESAU, deverão ocorrer movimentos de
106 discussão com os Secretários de Saúde dos municípios onde os presídios estão sediados, no
107 sentido de se definir a estrutura do sistema de referência e de como se proceder para a inclusão
108 dos dados de atendimento nos Sistemas de Informação do SUS, já que as unidades de saúde dos
109 presídios irão se integrar ao sistema de informação e a produção vai se incorporar aos sistemas
110 locais dos municípios aos quais as unidades estão inseridas. Explicou que isso não significa que o
111 registro do atendimento feito nos presídios irá gerar um pagamento que venha onerar o Teto do
112 Município, mas para manter o incentivo uma vez que a remuneração da atenção básica será feita
113 em forma de incentivo semelhante ao do Saúde da Família para as Equipes que irão compor os
114 serviços dessa estrutura presidiária Acrescentou que os recursos financeiros destinados ao Plano
115 não serão subtraídos do teto dos municípios. Serão alocados como recursos adicionais. Sem mais
116 comentários, passou-se ao seguinte ponto de pauta: **Item 4 – Habilitação de Municípios**
117 **Segundo a NOAS 01/02** – Vera apresentou à plenária os pleitos de habilitação dos municípios
118 de Ocara e Groaíras para em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e dos municípios de
119 Guaraciaba do Norte e Mombaça para habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal.
120 Informou que os referidos municípios estão aptos a assumirem o nível de gestão pretendido vez
121 que atenderam as exigências estabelecidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde que
122 estabelece os critérios de habilitação de Estados e Municípios. A CIB/CE aprovou os pedidos de
123 habilitação em apreço e autorizou o envio da documentação para apreciação da Tripartite. **Item 5**
124 **– Qualificação de Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.** Vera apresentou os pedidos de
125 qualificação de equipes de SF e Saúde Bucal aprovados pela CEOAP, mediante pareceres
126 favoráveis emitidos pela Supervisora daquela Célula constantes dos processos correspondentes a
127 cada solicitação. Para qualificação de Equipes do Programa de Saúde da Família constam os
128 seguintes municípios, com as respectivas quantidades: Ibicuitinga, (1) uma; Moraújo (1) uma e
129 Novo Oriente 3 (três). Para a Saúde Bucal foi solicitada a qualificação de 24 Equipes distribuída
130 em oito municípios conforme segue: Aquiraz (03) três; Paraipaba (02) duas; Sobral (09) nove;
131 Caririaçu (02) duas; Itaitinga (04); Itatira (03) três e Madalena (01) uma. A CIB/CE aprovou as
132 solicitações de qualificação em pauta. **Item 6 – Solicitação de Certificação das Ações de**
133 **Epidemiologia e Controle de Doenças, para o município de Martinópole.** Vera Coêlho
134 anunciou o item esclarecendo que o pedido teve parecer favorável da Supervisora de Vigilância
135 Epidemiológica. Disse que com a aprovação do pleito de Martinópole ficam restando ainda 57
136 municípios a aderirem à Certificação das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no
137 Estado do Ceará. O pleito em apreço foi aprovado pela Bipartite. **Item 7 – Planos de Trabalho**
138 **(E. Parlamentar) dos Municípios de Morada Nova e Aratuba. Sub-item 7.1: Projeto de**
139 **Manutenção da Santa Casa de Morada Nova da Fundação São Lucas.** Vera apresentou o
140 processo da Fundação São Lucas mantenedora da Santa Casa de Morada Nova, contendo o Plano
141 de Trabalho referente ao Projeto de Manutenção - Aquisição de Medicamentos e Material de
142 Consumo da Santa Casa de Morada Nova, no valor de R\$202.392,10 (duzentos e dois mil
143 trezentos e noventa e dois reais e dez centavos). Informou sobre a existência de recursos, no
144 orçamento da União, previstos para o Projeto de Manutenção daquela unidade hospitalar e

145 esclareceu que o processo teria sido devolvido pelo Ministério da Saúde para que a CIB/CE
146 declare se o referido estabelecimento faz parte do Plano Diretor de Regionalização do Estado. O
147 parecer do gerente da Microrregional de Russas informa que a Santa Casa de Morada Nova,
148 mantida pela Fundação São Lucas é unidade de referência da rede complementar do SUS naquele
149 município que é sede de Módulo Assistencial de Morada Nova. Diz ainda que é a única unidade
150 hospitalar do referido Módulo, e assiste a uma população de aproximadamente 76.000 habitantes
151 nos 1º e 2º níveis de ambulatório e internação. Diante do exposto a **plenária da CIB/CE** resolveu
152 aprovar o Plano de Trabalho em pauta e declarar que a Santa Casa de Morada Nova integra o
153 Plano Diretor de Regionalização do Ceará. **Sub-item 7.2: Construção do Centro de Saúde em**
154 **Aratuba em substituição ao prédio existente.** Vera esclareceu que há no orçamento da União
155 disponibilidade de recursos em torno de 12 milhões destinados a implantação, aparelhagem e
156 adequação de unidades de saúde do Ceará. E disse que o pleito de Aratuba se enquadra nos
157 projetos constantes do orçamento da União e que se trata de substituição da sede atual do Centro
158 de Saúde de Aratuba e não da criação de uma nova Unidade Assistencial. Informou que o valor
159 do Projeto é de R\$164.906,00 (cento e sessenta e quatro mil, novecentos e seis reais) sendo
160 R\$159.959,00 (cento e cinquenta e nove mil, novecentos e cinquenta e nove reais) financiados
161 pelo Ministério da Saúde e R\$4.947,00 (quatro mil novecentos e quarenta e sete reais) a cargo da
162 Prefeitura de Aratuba. A CIB/CE aprovou o Projeto de Construção da nova s Sede do Centro de
163 Saúde do Município de Aratuba, conforme proposto. **Item 8 – Informes: Sub-item 8.1-**
164 **Residência Terapêutica do Icó - Relatório de Vistoria desfavorável ao Credenciamento.**
165 Vera informou que segundo o relatório de vistoria da COVAC, a unidade não se encontra apta ao
166 credenciamento por deficiência na sua estrutura física. **Sub-item 8.2 Comissão de**
167 **Acompanhamento dos Recursos Federais Gerenciados pela SESA** – O COSEMS indicou para
168 compor a Comissão acima referida, os Secretários de Saúde dos seguintes Municípios: Pedra
169 Branca - Dr. Eduardo Martins Rocha, Maracanaú – Dr. Carlos Alberto Komora Vieira, Iguatu –
170 Dr. Eliade Bezerra Duarte e Cascavel – Dr. José Policarpo A. Barbosa. Nada mais havendo a
171 tratar a CIB/CE deu por encerrada a reunião determinando que eu, Célia Fonseca, servindo como
172 Secretária lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
173 Intergestores Bipartite do Estado do Ceará. Fortaleza, vinte e sete de junho de dois mil e três.

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
48
49
50

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 11ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

Às oito horas e trinta minutos do dia onze de julho de dois mil e três, na sala do CESAU, realizou-se a décima segunda reunião ordinária do ano de 2003, da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará, com a presença dos seguintes Membros: Pela SESA, Vera Maria Câmara Coelho da COPOS, Lilian Alves Beltrão da COVAC, Ismênia Maria Ramos do NUPLA, Nágela Maria Norões da COCERS, Maria Vilauva Lopes do NUORG e Jocileide Sales Campos do GABSEC. Pelos Municípios, Mário Lúcio Ramalho Martildes, do COSEMS, Aldrovando Nery de Fortaleza, Fernanda Coêlho do Crato, Eliade Duarte da Secretaria de Iguatu e Carmem Lúcia Osterno Silva de Marco. Como convidados estiveram presentes, Sílvia Regina do COSEMS, Cristiano Rola da CRRIFOR, Nilce Nunes da Imunização/SESA, Giselda Lopes, Joel Isidoro e Regina Célia da CEATE/COVAC, Adriano Parente do Crato, Melânia Castro do NICAH/COVAC, Evaldo Sales Costa e Leni Lúcia Leal de Maranguape. A reunião foi presidida por Vera Coelho que após saudar os presentes e verificar que havia quorum iniciou os trabalhos com a leitura da pauta do dia.

Item I – Apresentação da Central de Referência e Regulação de Internação de Fortaleza – CRRIFOR. Antes do DR. Cristiano da Secretaria de Saúde de Fortaleza apresentar o assunto, **Vera** esclareceu que a inclusão do tema na Bipartite teria sido solicitado pela Coordenação da COVAC que alega dificuldade em conseguir vagas de leitos de UTI em Fortaleza, e pela aquiescência do município de Fortaleza, através do Dr. Aldrovando, em mostrar como funciona a CRRIFOR. **Dr.Cristiano** começou sua exposição afirmando que a crise das UTI's, na Capital do Estado desencadeara o processo de organização da CRRIFOR, cuja regulamentação foi formalizada pelo Decreto Municipal N.º 11411/2003 que disciplina as atividades da Central, estabelece o seu fluxo operacional, define regras e contempla as diretrizes para admissão, alta e triagem em terapia intensiva. Informou que diante da necessidade de se atender a uma demanda maior do que a oferta, foram definidos critérios, inseridos numa escala de prioridades, para a introdução de pacientes na UTI. Apresentou um modelo de Protocolo para ser usado pelo Hospital na solicitação da UTI e explicou, em linhas gerais, a rotina do trabalho realizado pela Central de Regulação em pauta. Destacou, dentre as ações dos governos federal, estadual e municipal na busca de solução para a assistência em terapia intensiva, o acréscimo de 30 leitos de UTI de adulto, 14 de semi-intensivo e 6 de UTI neonatal e como reforço para o trabalho da Central de Regulação, a convocação de 18 médicos para comporem, de forma permanente, a equipe de trabalho da CRRIFOR. Chamou a atenção para a necessidade de regulação dos leitos de UTI neonatal que, afirmou estar sendo feita pelos hospitais não sendo, portanto, regulados pela CRRIFOR. Disse que a Central já recebe pedidos de internação através da Internet que considera um meio eficaz para garantir o registro das informações, mas afirmou que a maioria dos hospitais não usa esse recurso, embora tenham todas as condições de fazê-lo, à exceção do HGF que não tem nem mesmo computador. Citou outros fatores que dificultam o funcionamento da Central como a antiga cultura de trabalhar os leitos do hospital de forma individualizada e não como um sistema, a falta de comunicação entre o médico da Central e o médico que solicita a internação, informações inadequadas e falta de avaliação qualitativa na assistência das UTI's. Sugeriu a instituição de uma comissão de análise da qualidade da assistência em UTI, para garantir o uso adequado do leito. Enfatizou a carência de leitos de UTI infantil nos hospitais públicos e finalizou informando sobre a falta de serviço especializado em transporte neonatal, assim como a inexistência de profissionais qualificados para aquela atividade. Dra.**Vera** agradeceu a participação do Dr. Cristiano e passou a palavra para a

51 Dra. **Lilian** que afirmou que a apresentação do assunto, teria como objetivo mostrar aos
52 Secretários de Saúde do Interior como funcionava a CRRIFOR e esclarecer a Central de
53 Regulação do Estado sobre situações problema dentre as quais destacou as seguintes
54 questões: **1**-Como visualizar a fila da CRRIFOR considerando os casos de pacientes que
55 ficam na fila esperando uma vaga, e muitas vezes ficam sem resposta se irão ser atendidos
56 ou não; **2** - Em relação ao número pedidos de internação de níveis secundário, como o
57 parto normal e cesária, que o hospital terciário muitas vezes, ao receber esses tipos de
58 procedimento faz ele próprio a busca na rede para o atendimento e pergunta se o Estado
59 deve também proceder essa busca; e **3** – sobre o bloqueio de leito que ela julga correto,
60 pois está reservado para paciente que está a caminho, mas ao mesmo tempo problemático
61 pois algumas vezes o paciente não consegue chegar, ficando o leito sem utilização
62 enquanto outros pacientes estão à espera de uma vaga. O **Dr. Cristiano** respondeu que
63 para corrigir essas disfunções a Central de Regulação do Estado deve encaminhar à
64 CRRIFOR, a solicitação já priorizada. **Dr. Eliade** entende que a intermediação do Estado
65 deixará de ser necessária quando a Central de Regulação de Fortaleza tiver todas as
66 informações e que as Centrais de Regulação das MR's devem se comunicar diretamente
67 com a CRRIFOR e sendo Fortaleza sede de macrorregião de saúde, deve se estruturar para
68 garantir essa comunicação. **Dra. Regina** disse que há falha de comunicação entre a Central
69 de Regulação do Estado e a CRRIFOR e sugere um trabalho conjunto das duas Centrais
70 para estabelecer os critérios de avaliação da ocupação de leitos. Dra. Lilian sugere uma
71 análise sobre a situação das internações do nível secundário no interior. Ao final das
72 discussões Dra. Vera Coelho sintetizou as sugestões e observações nas seguintes
73 proposições, e as colocou para apreciação da CIB/CE: **1**- Estabelecer uma agenda de
74 trabalho conjunto entre a Coordenação da Central de Regulação do Estado e a CRRIFOR;
75 **2**- Instituir uma Comissão Bipartite para analisar o modelo de regulação do Estado
76 descrito no PDR e fazer proposições de modificações; **3**- Analisar a situação atual da
77 Oferta de Leitos de UTI no Estado e a possibilidade de estruturar novos leitos no interior.
78 A CIB/CE acordou com as proposições acima enumeradas. **Item 2 – Apresentação da**
79 **Proposta de Alocação de Recursos para Eliminação do Tétano Neonatal.** A Técnica da
80 Imunização Nilce Nunes apresentou a Proposta da SESA, em que estão compreendidos os
81 152 municípios com taxa menor que 1000 Nascidos Vivos ao ano, no valor per capita de
82 R\$ 0,45 (quarenta e cinco centavos), referente à população residual de MIF (Mulheres em
83 Idade Fértil) e a Capital do Estado e municípios da Região Metropolitana, como Aquiraz,
84 Caucaia, Horizonte e Maracanaú, com valor per capita de R\$ 0,33 (trinta e três centavos)
85 correspondente à população residual da MIF das microáreas de risco. Concluiu a
86 apresentação com a proposição dos seguintes mecanismos de repasse: **A) R\$ 470.202,30**
87 **(quatrocentos e setenta mil, duzentos e dois reais e trinta centavos)** para o Fundo
88 Municipal de Saúde de cada um dos 96 municípios certificados na PPI de Epidemiologia e
89 Controle de Doenças e **B) R\$ 157.160,70 (cento e cinquenta e sete mil, cento e sessenta**
90 **reais e setenta centavos)** ao Fundo Estadual de Saúde para atender aos 61 municípios não
91 certificados na PPI de Epidemiologia e Controle de Doenças. **A plenária da Bipartite**
92 **aprovou a proposta em pauta acima formulada. Item 3 – Apresentação do Plano de**
93 **Ações e Metas para DST/AIDS do município de Maracanaú.** O tema foi retirado de
94 pauta a pedido da Técnica que teria vindo apresentar o Plano do município de Maracanaú.
95 **Item 4 – Solicitação de Cadastramento de um Centro de Atenção Psicossocial para**
96 **dependentes de álcool e drogas – CAPS - AD no município de Iguatu.** Dra. Vera
97 esclareceu que o CAPS - AD em questão não estava previsto para o Iguatu, mas como há
98 vagas para o Estado e considerando que o município está estruturado para a implantação do
99 serviço, e levando em conta o parecer favorável do Coordenador de Saúde Mental do
100 Ceará que afirma haver presenciado o trabalho da equipe e o envolvimento da comunidade

101 nas atividades do Centro, sugere que o pleito seja aprovado, haja vista também a existência
102 do recurso destinado aos CAPS/AD programados para o Ceará. O Dr. Aldrovando pediu a
103 palavra para informar que o município de Fortaleza, que dispõe de duas das vagas,
104 pretende implantar os CAPS ainda este ano. Dr. Mário Lúcio pediu para o gestor da saúde
105 do município de Fortaleza formalizar a pretensão quanto à instalação dos CAPS, à
106 CIB/CE. **Os membros de CIB/CE** aprovaram, por unanimidade, o cadastramento do
107 CAPS.AD de Iguatu em apreço. **Item 5 – Solicitação de Qualificação de Equipes de PSF**
108 **e Saúde Bucal.** **Dra.Vera Coelho**, de posse dos pareceres favoráveis da Supervisora do
109 NUORG – Nível de Atenção Primária da SESA, enumerou os municípios que solicitaram
110 qualificação de Equipes em Saúde Bucal, conforme segue: Barreira, uma (1) equipe; Jijoca
111 de Jericoacoara, uma (1); Tamboril, uma (1); Cascavel, duas (2) e Russas, uma (1), num
112 total de seis equipes. **A CIB/CE** aprovou as qualificações de Equipes de Saúde Bucal
113 pleiteadas. **Item 6 – Devolução de Funcionários da FUNASA cedidos à SESA.** Foram
114 apresentados dois processos referentes à devolução de funcionários à Fundação Nacional
115 de Saúde. **Dra. Vera** informou que no Processo Nº 03230803-5 a SESA solicitou a
116 devolução dos funcionários José Guedes de Araújo Neto e Amauri Melo Rodrigues, que
117 prestavam serviços no setor de Transportes da Secretaria, em virtude da conduta irregular
118 de ambos tida no recinto de trabalho durante o expediente, sem prejuízo da abertura do
119 processo administrativo pela FUNASA. O outro processo, de Nº 02491390-1, tratava do
120 pedido de transferência para o Estado do Pará, do funcionário da FUNASA, Francisco
121 Acrisio Marinheiro que prestava serviços em Jucás, que já havia obtido parecer favorável
122 do Gerente da Microrregião do Iguatu, da COMIRES e do Secretário Estadual da Saúde,
123 cabendo à SESA, segundo parecer do NUAPE disponibilizar o funcionário ao seu órgão de
124 origem a quem compete proceder a transferência. **A CIB/CE** acatou os pedidos, conforme
125 foram formulados. **Item 7 – Informes: Situação do Ceará quanto à Certificação de**
126 **Municípios para Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.** Informou que está
127 programada para o mês de agosto a realização de fóruns macrorregionais quando que será
128 feito um trabalho de informação para a sensibilização dos gestores para o processo de
129 habilitação de municípios na Assistência à Saúde, certificação na área da Epidemiologia e
130 descentralização na área da Vigilância Sanitária. Colocou a plenária, e particularmente o
131 COSEMS, a par da nova proposta do Ministério de se trabalhar com atualização da base
132 populacional de 1996 para 2002, que traz como conseqüência a perda de recursos para
133 alguns municípios cearenses, sendo que dos 25 que se enquadram nessa projeção
134 populacional, 16 já estão certificados e irão ter perda de recursos. Informou também que a
135 SESA teria feito a estimativa do Teto Mensal de cada um dos 126 certificados, cujas
136 informações estaria repassando ao COSEMS para este divulgá-las junto aos municípios.
137 **Dr. Mário Lúcio** informou que, em função da apresentação das questões e problemas
138 identificadas no Programa Saúde da Família, tratadas em reunião da Bipartite, o COSEMS
139 estaria realizando em 21 de agosto de 2003 um encontro para discussão das normas do PSF
140 com os gerentes das 21 Microrregiões, alguns coordenadores de Equipes de Saúde da
141 Família, técnicos da SESA e possivelmente com representantes do Ministério da Saúde e
142 que os fóruns das Macrorregiões seriam adiados para depois desse encontro. **Dra.**
143 **Jocileide** destacou a realização do Planejamento Estratégico que teria sido realizado
144 durante três dias com a participação de aproximadamente 130 pessoas onde estaria sendo
145 discutida e avaliada a estrutura da SESA. Nada mais havendo a tratar foi encerrada a
146 reunião cuja Ata, lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos membros da CIB/CE,
147 presentes. Fortaleza, onze de julho de dois mil e três.

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 DO ANO 2003

Aos vinte e cinco dias do mês de julho do ano dois mil e três, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU/SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 12ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jocileide Sales Campos do GABSEC; Maria das Graças B. Peixoto da COPOS; Maria Vilauva Lopes, Supervisora do Núcleo de Apoio à Organização do Nível de Atenção Primária-NUORG; Ismênia Maria Barreto Ramos do Núcleo de Planejamento, Estudos e Projetos Especiais-NUPLA/Planejamento em Saúde. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio Ramalho Martildes do COSEMS; Carlos Alberto Komora Vieira, S.M.S de Maracanaú; Fábio Landim Campos, S.M.S. de Redenção; Aldrovando Nery de Aguiar da S.M.S de Fortaleza e Fernanda Coelho da S.M.S. do Crato. Como convidados: Eduardo Rodrigues do Hospital Santo Antônio de Barbalha, Mary Anne F. Martins da CERES de Maracanaú, Silvia Regina O. Lima, Assistente Técnica do COSEMS, e João Fortes da S.M.S- CAE. A reunião foi aberta e presidida por Dra. Jocileide que anunciou o **Item 1 – Solicitação de Habilitação de Municípios, segundo a NOAS 01/2002.** Ismênia apresentou os pedidos de habilitação em GPSM de Cascavel e Tianguá e afirmou que os referidos municípios estão aptos a assumirem a Gestão Plena do Sistema Municipal por terem cumprido as exigências estabelecidas pela NOAS para a habilitação pretendida. Lamentou por levar àquela reunião o pleito de apenas dois municípios, enquanto outros estão com pendências, principalmente na documentação, relativas aos pareceres de responsabilidade de setores da SESA. Em face disso a Ismênia chamou atenção para a decisão do CESAU de suspender a emissão de parecer para habilitação de municípios. Os membros da Bipartite ficaram bastante preocupados com mais esse impasse no andamento dos pedidos, além do tempo de demora relativo às exigências do processo e sugeriram tratar do assunto no Conselho Gestor. **Dr. Policarpo** considera o procedimento para a habilitação dos municípios complicado e sugere que o mesmo seja desburocratizado. **Dr. Mário Lúcio** falou mais uma vez sobre a possibilidade de repassar para às Microrregionais a responsabilidade do parecer da Vigilância Sanitária nos pedidos de habilitação em GPAB-A e reiterou o pedido de espaço físico na SESA para a instalação do COSEMS, alegando que a proximidade daquele Conselho com a Secretaria seria providencial para agilizar o atendimento das demandas dos municípios. Findos os comentários a **CIB/CE** aprovou os pedidos de habilitação em GPSM dos municípios de Cascavel e Tianguá, autorizando a remessa da documentação correspondente ao Ministério da Saúde com vistas à homologação pela Tripartite. Ficou também decidido que a questão da emissão do parecer do CESAU, nos processos de habilitação, seria levada ao conhecimento do Secretário, pelo COSEMS e colocada em pauta de reunião do Conselho Gestor. **Item 2 – Casa de Saúde Santo Inácio de Juazeiro solicita pagamento por Serviços de TRS Excedentes.** Dra Regina Célia da COVAC apresentou o ofício em que a direção daquele hospital solicita o ressarcimento de R\$6.883, 59 (seis mil, oitocentos e oitenta e três reais e cinquenta e nove centavos) que excederam ao Teto Financeiro programado para o mês de maio de 2003 mas informou que de acordo com Relatório do SIA/SUS a produção financeira daquele hospital para o mês de maio importou em R\$108.009,59 (cento e oito mil, nove reais e cinquenta e nove centavos) e explicou que, como o valor aprovado, dentro do Teto programado de

48 R\$102.163,00 (cento e dois mil, cento e sessenta e três reais), foi de R\$102.142,01 (cento e
49 dois mil, cento e quarenta e dois reais e um centavo), ficou um déficit a favor do requerente
50 de R\$5.867,58 (cinco mil oitocentos e sessenta e sete reais e cinquenta e oito centavos).
51 Esclareceu que, como a produção excedente não pode ser reapresentada, sugere que a Casa
52 de Saúde Santo Inácio seja ressarcida pelos serviços de TRS excedentes, no valor de
53 R\$5.867,58 (cinco mil oitocentos e sessenta e sete reais e cinquenta e oito centavos). **A**
54 **plenária da CIB/CE** acatou a sugestão, ficando decidido que o pagamento será feito
55 quando houver disponibilidade de recursos financeiros. **Item 3 – Solicitação de**
56 **Qualificação de Equipes de PSF e Saúde Bucal.** Dra. Jocileide pôs à apreciação da
57 plenária os pedidos de qualificação de Equipes de PSF e de Saúde Bucal, constantes dos
58 processos apresentados pelo NUORG, todos com parecer favorável da Supervisora da área
59 da Atenção Básica daquele Núcleo. Para o PSF constam os pedidos de três Equipes sendo
60 uma para o município de Banabuiú, uma para o município de Deputado Irapuan Pinheiro e
61 uma para o município de Saboeiro. Quanto às Equipes de Saúde Bucal, os pedidos
62 totalizaram onze Equipes, correspondentes aos pleitos dos seguintes municípios:
63 Pindoretama, duas; Barroquinha, uma; Sobral, duas; Reriutaba, uma; Quixeré, duas; e
64 Quixelô três equipes. A CIB/CE aprovou os pleitos de qualificação em apreço. Sobre o
65 Programa de Saúde Bucal, Dr. Mário Lúcio falou da necessidade de formação em massa de
66 Técnicos em Higiene Dental e sugeriu a formalização de uma proposta nesse sentido ao
67 Ministério da Saúde, mas Dra. Jocileide ponderou afirmando ser melhor conhecer como
68 está sendo conduzida a proposta de Núcleo de Saúde Bucal junto à Escola de Saúde Pública
69 do Ceará. **Item 4 – Certificação de Municípios nas Ações de Epidemiologia e Controle**
70 **das Doenças.** Dra. Jocileide apresentou os pedidos de certificação dos municípios de
71 Barroquinha, Ipueiras e Russas, informando que os mesmos receberam parecer favorável da
72 Supervisora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da SESA. A Plenária da Bipartite
73 aprovou a certificação dos municípios em pauta, que somam os cento e trinta municípios
74 certificados nas Ações de Epidemiologia e Controle das Doenças pela Bipartite, restando
75 cinquenta e quatro municípios a solicitarem a referida certificação. A Assistente Técnica do
76 COSEMS solicitou a relação dos municípios ainda não certificados. **Item 5 –**
77 **Apresentação da Proposta de Acréscimo de Recursos ao Teto Financeiro do Estado do**
78 **Ceará.** Antes da apresentação do tema, o **Dr. Mário Lúcio** comentou que esse assunto já
79 havia sido abordado no último encontro dos Secretários Municipais de Saúde ocorrido no
80 Auditório Valdir Arcoverde da SESA, onde se concluiu pela necessidade da expansão dos
81 serviços, em virtude do crescimento de ações e de produção de serviços de saúde que vem
82 ocorrendo nos últimos anos. Disse que a SESA, que já havia encaminhado uma proposta de
83 aumento do teto do Estado ao Ministério da Saúde, propôs rever os critérios adotados para a
84 definição dos serviços a serem expandidos e elaborar uma nova proposta. Para tanto a
85 COVAC teria solicitado que os municípios pólos enviassem suas demandas de expansão,
86 para, de posse dessas informações, elaborar uma proposta, composta do levantamento das
87 necessidades de expansão dos serviços, constantes dos grupos ambulatoriais de média e
88 alta complexidade e internação. O Dr. Alex iniciou a apresentação da proposta explicando
89 que o Secretário de Saúde do Estado tomara conhecimento de que haviam sido alocados no
90 orçamento da União, recursos destinados ao Teto Financeiro de todos os Estados que
91 estavam com o valor per capita abaixo da média nacional. Informou que para o Ceará, o
92 valor é da ordem de aproximadamente 52 milhões de reais a serem utilizados nos meses de
93 julho a dezembro de 2003. Falou sobre as estratégias adotadas para a elaboração da
94 proposta e apresentou a Planilha que mostra a demanda e a expansão da capacidade de

95 oferta correspondente a cada item de programação nas três áreas de atenção à saúde para os
96 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal e para os municípios sob gestão da
97 SESA, totalizando o valor de R\$8.542.166,98 (oito milhões quinhentos e quarenta e dois
98 mil, cento e sessenta e seis reais e noventa e oito centavos) de acréscimo mensal para o
99 Estado do Ceará. Após a explanação, o Dr. Alex sugeriu que a Bipartite aprovasse a
100 proposta apresentada, para haver tempo hábil de se negociar com o Ministério da Saúde a
101 utilização do valor a partir de julho/03, e ao mesmo tempo se criar uma Comissão Bipartite
102 para analisar o detalhamento proposto para cada município. **Dr. Aldrovando** argumentou
103 que o valor solicitado para o Estado está aquém da produção mensal apresentada pelas
104 unidades de saúde sediadas em Fortaleza. **Dr. Policarpo** afirmou que há muita
105 convergência de serviços na Capital do Estado e que é preciso desconcentrar esses serviços
106 para os demais municípios. **Dr. Komora** considera que parte da referida concentração se
107 deve ao funcionamento inadequado da Central de Regulação que permite encaminhamentos
108 para Fortaleza, de procedimentos que poderiam ser realizados no município de origem do
109 paciente. Sem mais comentários a CIB/CE aprovou a proposta de acréscimo de recursos ao
110 Teto Financeiro do Estado do Ceará, com a ressalva de que fosse realizado o estudo
111 detalhado, para alocação de recursos adicionais, pela Comissão Bipartite que ficou
112 constituída dos seguintes membros: Pelos municípios, Dr. Aldrovando, de Fortaleza, Dr.
113 Komora, de Maracanaú, Dr. Fábio Landim de Redenção e Dr. Policarpo de Cascavel. Pela
114 SESA, Dra. Lilian, Dr. Alex, Dra. Graça Barbosa e Dra. Vera Coelho. **Item 6 – informes:**
115 **Subitem 6.1 – TRS – Portaria N° 840/GM de 02/07/2003, altera os valores de**
116 **remuneração de procedimentos.** Dra. Regina informou que a citada Portaria altera o valor
117 de remuneração de procedimentos de TRS, do grupo 27 da Tabela de Procedimentos do
118 SIA/SUS, acrescendo ao teto do Estado o percentual de 5,8%, que corresponde a R\$
119 153.725,70 (cento e cinquenta e três mil, setecentos e vinte e cinco reais e setenta centavos)
120 mensais e que contempla somente os procedimentos de Diálise Peritoneal Intermitente e
121 Hemodiálises I e II. **Subitem 6.2 – Informes Gerais do COSEMS** – Dr. Mário Lúcio
122 repassou alguns informes sobre homologações da Tripartite entre as quais as habilitações de
123 seis municípios cearenses em GPSM e quatro em GPAB-A, e as certificações nas Ações de
124 Epidemiologia e Controle das Doenças. Falou também que o Ministro da Saúde colocou a
125 necessidade de recomposição dos Tetos Financeiros para a Média complexidade e que essa
126 recomposição será maior nos Estados que tiverem maior participação no setor saúde.
127 Informou que no dia 05 de agosto de 2003 serão iniciadas mobilizações para as
128 Conferências Municipais de Saúde, no sentido de fortalecer a Conferência Nacional de
129 Saúde, que corre risco de ser esvaziada e conclamou os Secretários Municipais de Saúde a
130 participarem dessas mobilizações para que as teses discutidas no âmbito dos municípios
131 sejam levadas ao Estado e deste para o âmbito nacional e com isso se possa fazer uma
132 grande Conferência Nacional. Informou ainda que no dia 21 de agosto de 2003 o COSEMS
133 fará uma oficina para discussão das normas do PSF, com a representação do CONASEMS
134 e possivelmente a participação do Ministério da Saúde. **Subitem 6.3 – Informações Sobre**
135 **Mortalidade Infantil.** **Dra. Jocileide** apresentou alguns informes sobre a evolução da
136 mortalidade infantil no Ceará, afirmando que a cada ano os índices vem caindo
137 significativamente. Chamou atenção para os 13 municípios que tem taxas acima de 50
138 /1000 nascidos vivos, mas considera que a investigação do óbito tem ajudado aos
139 municípios a conhecer as causas e adotar providências para reduzir as taxas do referido
140 indicador. Nada mais havendo a tratar a CIB/CE deu por encerrada a reunião, cuja Ata

141 lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos membros da CIB/CE, presentes.
142 Fortaleza, vinte e cinco de julho de dois mil e três.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 13ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

5 Aos oito dias do mês de agosto do ano dois mil e três, às oito horas e trinta minutos, na Sala
6 de Reunião da COVAC/SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza,
7 realizou-se a 13ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará.
8 Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Maria das Graças B. Peixoto e Vera
9 Maria Câmara Coelho, da COPOS; Maria Vilauva Lopes, do Núcleo de Apoio à
10 Organização do Nível de Atenção Primária-NUORG; Antônio Paula de Menezes, do
11 NUPLA/Planejamento em Saúde e Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC. Pela
12 representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio Ramalho Martildes, Carlos
13 Alberto Komora Vieira, Fábio Landim Campos e Moacir de Sousa Soares, do COSEMS,
14 Aldrovando Nery de Aguiar da S.M.S de Fortaleza e Eliade Bezerra Duarte da Secretaria de
15 Saúde do Iguatu. Como convidados: Diana Cortez, do Núcleo de Epidemiologia da SESA;
16 Alexandre Mont'Alverne da COVAC/SESA; Sílvia Regina do COSEMS; Leni Lúcia
17 Nobre da S. Saúde de Maranguape; Fátima Mota de Mulungu; José Policarpo da Secretaria
18 de Saúde de Cascavel; José Rubens Costa Lima da SMS de Fortaleza; Eduardo da
19 CEINF/SESA e Magna Renyldes do NUORG/SESA. A assembléia foi aberta e presidida
20 por Dra. Vera Coelho que sugeriu a inversão dos itens de pauta iniciando com a
21 apresentação da PPI da Epidemiologia que passou a ser o **Item 1– Programação**
22 **Pactuada Integrada das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças para 2003.**

23 **Dra. Dina** apresentou os 70 indicadores definidos pelo Ministério da Saúde, aplicáveis para
24 o Estado do Ceará, e informou que a SESA concorda com as metas de 59 indicadores e que,
25 baseando-se nas atuais metodologias de trabalho para controle de doenças e na série
26 histórica, a Equipe Técnica de Vigilância Sanitária e Epidemiologia da SESA fez o ajuste
27 das metas de 11 indicadores, para os quais apresenta justificativas para os **acréscimos (>)** e
28 **redução (<)** e coloca à apreciação da plenária com as alterações das seguintes metas: **1.3** –
29 Proporção de unidades realizando notificação negativa de sarampo por semana: > de 80%
30 para 90%; **5.1.1** Número de pesquisa de triatomíneos em domicílios em áreas endêmicas: <
31 de 769.744 ud's pesquisadas no ano 2000 para 500.000 ud's em 2003; **5.1.2** – Número de
32 triatomíneos classificados/examinados: > de 60.000 em 2000 para 80.000 em 2003; **5.1.3** –
33 Número de coletas de pulicídeos para captura de roedores em municípios endêmicos: < de
34 5600 coletas para 2.800; **5.1.4** – Números de inspeções para identificação e eliminação de
35 focos e/ou criadouros de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* em imóveis de municípios
36 infestados: < de 11.776.008 inspeções para 3.561.820; **5.1.5** - Número de municípios não
37 infestados pelo *Aedes aegypti*, com Vigilância Entomológica implantada: < de 44 para 14
38 municípios; **5.2.2** – Número de capturas de roedores para vigilância de peste em áreas
39 focais nos municípios endêmicos: < de 4.700 para 3.800 capturas; **5.3.1** – Número de
40 borrifações em domicílios para controle de triatomíneos em áreas endêmicas: < de 116.773
41 borrifações em 2000 para 40.000 em 2003; **6.1.2** – Número de exames coprocópicos para
42 controle de esquistossomose e outras helmintoses em áreas endêmicas: < de 60.587 exames
43 em 1999 para 40.000 exames em 2003; **8.4** – Número de óbitos maternos declarados e
44 presumíveis no estado, registrados no SIM: > de 59% para 100%; **7.2.1** – Crianças < 5 anos
45 vacinadas em campanha anual em duas etapas contra a poliomielite: < de 811.852 para
46 796.924 crianças em cada etapa; **7.2.2** – Nº de Idosos, acima de 60 anos vacinados em
47 campanha anual contra a influenza: > de 416.854 para 480.053 idosos vacinados. A

48 **CIB/CE** aprovou a PPI da Epidemiologia-2003 com as alterações acima propostas pela
49 **SESA. Item 2 – Apresentação de Alternativas de Alocação de Recursos Adicionais**
50 **constantes da Proposta de Acréscimo de Recursos ao Teto Financeiro do Estado do**
51 **Ceará.** As alternativas de Alocação de Recursos Adicionais em pauta, foram apresentados
52 pela COVAC, através da Lilian e do Alex que explicaram os critérios adotados para a
53 alocação de recursos proposta. Após as análises e discussões a CIB/CE aprovou a proposta
54 com alterações que resultaram na definição das seguintes estratégias enumeradas por ordem
55 de prioridade: **1- Elevar o valor per capita da Média Complexidade I** de R\$4,00 para
56 R\$6,00, acrescentando o Teto mensal em **R\$ 642.193,87 (seiscentos e quarenta e dois mil,**
57 **cento e noventa e três reais e oitenta e sete centavos)**, sem prejuízo para os municípios
58 cujo piso é igual ou maior do que R\$6,00; **2 - Elevar os tetos da Média Complexidade 2 e**
59 **da Média Complexidade 3,** com um acréscimo de recursos na ordem de **R\$ 2.428.120,79**
60 **(dois milhões, quatrocentos e vinte oito mil, cento e vinte reais e setenta e nove**
61 **centavos); 3 - Recompor os Tetos dos Municípios** em GPAB, GPAB-A e em GPSM,
62 referente ao percentual de redução 5.68% aplicado nas internações de média complexidade,
63 importando em **R\$ 878.260,00 (oitocentos e setenta e oito mil, duzentos e sessenta**
64 **reais); 4 - Elevar o valor per capita de Internação na Média Complexidade,** com acréscimo
65 de **R\$2.330.346,06 (dois milhões trezentos e trinta mil, trezentos e quarenta e seis**
66 **reais e seis centavos); 5 - Aumentar a quantidade diárias de leitos de UTI,** importando em
67 **R\$1.031767,00 (Um milhão, trinta e um mil, setecentos e sessenta e sete reais); 6 -**
68 **Aumentar os tetos da Assistência de Alto Custo** em **R\$ 686.119,01 (seiscentos e oitenta e**
69 **seis mil, cento e dezenove reais e um centavo); 7 - Acrescer a oferta dos serviços do**
70 **Hospital Waldemar de Alcântara,** no valor correspondente a **R\$ 1.373.077,00 (um milhão**
71 **trezentos e setenta e três mil e setenta e sete reais). Item 3 – Pedido de Habilitação do**
72 **Município de Pindoretama na Gestão Plena do Sistema Municipal.** Antônio, técnico do
73 NUPLA, informou que o município de Pindoretama está apto a assumir a GPSM, pois
74 atendeu os critérios e exigências para habilitação estabelecidos pela NOAS 01/2002. A
75 **CIB/CE** aprovou o pleito em pauta e autorizou a remessa da documentação ao Ministério
76 da Saúde para homologação do pleito pela Tripartite. Nada mais havendo a tratar foi
77 encerrada a reunião cuja Ata, lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos membros
78 da CIB/CE, presentes. Fortaleza, oito de agosto de dois mil e três.

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 14ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

Aos vinte e cinco dias do mês de agosto do ano dois mil e três, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 14ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jurandi Frutuoso Silva, Secretário de Saúde e Presidente da CIB; Vera Maria Câmara Coelho, da COPOS; Maria; Ismênia Maria Menezes, do NUPLA/Planejamento em Saúde; Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC e Nágela Maria dos Reis Norões da CORES. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio Ramalho Martildes, Carlos Alberto Komora Vieira e Fábio Landim, do COSEMS, Aldrovando Nery de Aguiar da S.M.S de Fortaleza, Eliade Bezerra Duarte da Secretaria de Saúde do Iguatu, Rogério Teixeira Cunha da SMS de Umirim e Lúcia Helena Gondim da SMS de Jaguaribe. Como convidados: Rubens Martins Duarte de Juazeiro do Norte; Sílvia Regina do COSEMS; Regina Célia Ribeiro da COVAC/SESA; Arlete Cavalcante Girão do NUNAS/SESA; Ricardo B. Lima de Pacatuba; José Policarpo da Secretaria de Saúde de Cascavel e Tácio Luna Cruz da SMS de Barbalha. A assembléia foi aberta e presidida por Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos com a apresentação do **Item 1- Resultado da Reunião do dia 13 de agosto de 2003 com o Ministro da Saúde sobre o Pleito de Obtenção de Recursos Adicionais**. Vera fez o relato da reunião com o Ministro da Saúde em que participaram o Governador do Estado do Ceará, o Secretário de Saúde do Estado do Ceará e o Secretário de Saúde do Município de Fortaleza, o Presidente e o assessor do CONASEMS, a própria Dra. Vera Coelho da SESA e o Dr. João Forte da SMS de Fortaleza. Disse que o Governador teria iniciado a conversa falando sobre a solicitação de acréscimo do teto do Estado, mas que o Ministro teria contra argumentado que o Ministério não dispunha de recursos para atender o pleito do Ceará no valor total de R\$ 8.542.166,98 (oito milhões, quinhentos e quarenta e dois mil, cento e sessenta e seis reais e noventa e oito centavos) e que aquele órgão não pretendia adotar a política de alocação de recursos nos tetos por solicitação direta dos Estados e sim continuar definindo políticas de saúde e utilizar os recursos disponíveis para a concretização das mesmas, e nesse sentido teria concedido reajuste para 286 procedimentos do SIH e alguns procedimentos especializados do SIA. Para o Ceará, Vera informou que o reajuste representa um acréscimo de aproximadamente R\$1.700.000,00 (um milhão e setecentos mil reais) e que esse valor já estaria inserido no aumento do teto financeiro do Estado, proposto. Disse ainda que o Ministro informara que o reajuste da tabela teria sido negociado com representantes do setor privado, através da Confederação das Misericórdias do Brasil, da Confederação Nacional de Saúde e Confederação Brasileira de Hospitais, e que o CONASS emitira a Nota Técnica nº 20 manifestando insatisfação por não haver participado da mesa de negociação. Mesmo assim aquele Conselho e também o CONASEMS teriam aprovado o reajuste dos preços da tabela, cuja Portaria Ministerial correspondente estaria sendo publicada. Informou que, naquele momento, o CONASS discutia uma proposta em que solicitava ao Ministério da Saúde a elevação dos tetos dos Estados que estão com o percentual de execução orçamentária abaixo da média da execução orçamentária nacional, com vistas à redução das desigualdades regionais nos termos definidos na lei do orçamento federal. Citou o teor da proposta do CONASS que, baseado no percentual da média nacional da execução orçamentária das ações do orçamento

48 do Ministério da Saúde no primeiro semestre de 2003 e na variação das médias de 20,50%
49 a 50,78% dos municípios brasileiros, propôs, em caráter emergencial, a recomposição dos
50 limites financeiros dos Estados que no 1º semestre de 2003 tiveram a execução
51 orçamentária do limite financeiro de média e alta complexidade inferior a 45%. Disse que
52 na mesma proposta o CONASS reafirmou a solicitação para que o MS sinalizasse o mais
53 breve possível, quando e como serão discutidas as revisões dos limites financeiros dos
54 Estados e propôs que ficasse sempre reservado um percentual adicional ao impacto de
55 novas Portarias para a correção das desigualdades entre as Unidades Federadas. Informou
56 que aquele Colegiado sugeriu ainda que no orçamento de 2004 seja contemplado, para os
57 limites financeiros dos Estados e da Amazônia Legal, um valor não inferior à média
58 nacional do gasto de 2002 e esclareceu que a recomposição dos limites financeiros dos
59 Estados deverá ser analisada pelo MS a partir de um projeto elaborado pelas Secretarias
60 Estaduais e aprovado nas Comissões Intergestores Bipartite. Assim, o CONASS
61 recomendou que o Estado do Ceará encaminhasse a sua proposta até o dia 29/09/2003 para
62 apresentação ao Ministério da Saúde. Continuando a sua explanação Dra.Vera Coelho
63 colocou que a diferença entre a média de execução orçamentária do Ceará - 44,65% e a
64 média nacional - 45,17% é muito baixa e, portanto, considerando o critério proposto pelo
65 CONASS, a repercussão financeira para o Ceará seria insignificante, tendo em vista a
66 necessidade do acréscimo de R\$ 8.542.166,98 demonstrada na proposta em discussão,
67 naquele momento, com o Sr.Ministro da Saúde. Colocou então para a plenária a definição
68 de qual das prioridades estabelecidas na reunião anterior seria mantida, já que o valor
69 correspondente à diferença entre as médias de execução orçamentária do Ceará e nacional
70 era de aproximadamente R\$ 425.574,00. Após as diversas ponderações da plenária o
71 Presidente do COSEMS propôs o ajuste, de 5,68 % aos tetos dos municípios em Gestão
72 Plena do Sistema Municipal correspondente à redução aplicada à área de internação de
73 média complexidade daqueles municípios, vinculando a concessão desse benefício à
74 produção apresentada no limite mínimo de 80% do que fora programado. Dra.Vera
75 concordou com a sugestão do Dr. Mário Lúcio e propôs também encaminhar a solicitação
76 inicial do acréscimo do teto financeiro do Estado, no valor de R\$ 8.542.166,98, alterando
77 apenas a ordem das prioridades estabelecidas pela Bipartite em sua 13ª reunião de 2003.
78 Colocou a proposta à apreciação da plenária da CIB/CE que aprovou a Recomposição dos
79 Tetos dos municípios em GPSM, no percentual de 5,68 % como prioridade a ser
80 considerada na proposta do CONASS, para os municípios em GPSM com desempenho
81 igual ou maior do que 80% em relação ao teto físico programado, e a apresentação da
82 proposta inicial da SESA com alteração somente na ordem das prioridades estabelecidas.
83 **Item 2 – Projetos de Emenda Parlamentar financiados pelo Ministério da Saúde.** Vera
84 apresentou os projetos de investimento encaminhados à CIB, esclarecendo preliminarmente
85 sobre a necessidade de adequação dos mesmos à Portaria n.º 601/GM/2003 que estabelece
86 as Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Programas e Projetos mediante a
87 celebração de Convênios com o Ministério da Saúde, para financiamentos através de
88 Emenda Parlamentar, que inclui entre outras exigências, a aprovação do Plano de Trabalho
89 por parte da Comissão Intergestores Bipartite e a coerência do pleito com o PDR. Em
90 seguida apresentou os projetos mostrando com detalhes as informações dos respectivos
91 Planos de Trabalho e a documentação existente em cada um deles a seguir identificados:
92 **Pacatuba:** *Construção de duas Unidades Básicas do Programa Saúde da Família* - valor
93 total de **R\$ 244.440,00.** **Salitre:** *•Aquisição de um Grupo Gerador para a Unidade Mista*

94 *de Saúde São Francisco* no valor total de **R\$ 32.000,00**; •*Aquisição de Equipamentos*
95 *Médico-Hospitalares para a Unidade Mista de Saúde São Francisco* no valor total de **R\$**
96 **98.557,24** e •*Aquisição de uma Unidade Móvel de Saúde* no valor total de **R\$ 35.000,00**.
97 **Quixelô:** •*Aparelhamento e Adequação de Unidade do SUS, através da Aquisição de*
98 *Equipamentos para o Hospital Municipal de Quixelô*, no valor total de **R\$74.191,50**.
99 **Iguatu:** •*Aparelhamento e Adequação de Unidades do SUS/ Assistência Financeira à*
100 *Manutenção de Unidades do SUS para a Associação Iguatuense de Assistência Social e de*
101 *Proteção à Maternidade e à Infância mantenedora do Hospital Maternidade Dr. Agenor*
102 *Araújo*, no valor total de **R\$ 223.304,33**; •*Ambulância de Remoção* no valor total de
103 **R\$72.900,00**; •*Construção e Equipamento de um Posto de Saúde nas localidades de*
104 *Barreiras, Brasília, COHAB II, Paraná; Penha; Veneza, Alto do Juca, Tabuleiro,*
105 *Gameleira, Cocobó e Flores*, orçados, cada um, no valor respectivo de **R\$ 149.976,83** num
106 total de 11 projetos. **Iracema:** •*Aquisição de Equipamentos para o Hospital Maternidade*
107 *Maria Roque Macedo*, no valor de **R\$51.820,00**; •*Aquisição de Equipamentos para os*
108 *Postos de Saúde das localidades de: Sede “A”, Vila dos Bastões “B” e Vila Ema “C” no*
109 *município de Iracema*, no valor total de **R\$78.986,16** e •*Reforma e Ampliação do Hospital*
110 *Maternidade Maria Roque Macedo, localizado no município de Iracema*, no valor total de
111 **R\$144.997,37**. **Acopiara:** •*Aquisição de Equipamentos para a Implementação de Centro*
112 *Obstétrico do Hospital e Maternidade Júlia Barreto; Equipamentos para Reestruturar o*
113 *Centro Cirúrgico e a Unidade de Emergência do Hospital Geral Suzana Gurgel do Vale e*
114 *Equipamentos para Implementar o Serviço de Odontologia e do Laboratório Central de*
115 *Análises Clínicas do Centro de Saúde e Nutrição*, no valor total de **R\$224.884,60**.
116 **Quixeré:** •*Construção e Equipamento de Postos de Saúde nas localidades rurais de*
117 *Boqueirão, Macacos, Bom Sucesso e Cercado do Meio*, no valor total de **R\$ 574.691,74**;
118 •*Aquisição de Equipamentos e Material Permanente para o Hospital Municipal Joaquim*
119 *Manoel de Oliveira*, no valor total de **R\$234.751,75**. **Acaraú:** •*Apoio à Manutenção do*
120 *Hospital Dr. Moura Ferreira para a Sociedade Acarauense de Proteção e Assistência à*
121 *Maternidade e à Infância de Acaraú* no valor total de **R\$ 130.000,00**. **Quiterianópolis:**
122 •*Aquisição de Equipamentos para os Postos de Saúde das localidades de Santa Rita, São*
123 *Francisco, Baixio e Algodões*, no valor total de **R\$ 44.112,76**. **Alto Santo:** •*Aquisição de*
124 *Ambulância de Remoção*, no valor total de **R\$ 72.900,00** (setenta e dois mil e novecentos
125 reais); •*Aquisição de um Grupo Gerador para o Hospital e Maternidade Santa Rita* no
126 valor total de **R\$ 51.026,08** (cinquenta e um mil e vinte e seis reais e oito centavos),
127 •*Aquisição de uma Ambulância Básica para o Município*, no valor total de **R\$ 94.400,00**
128 (noventa e quatro mil e quatrocentos reais) e •*Construção de Blocos de Serviços do*
129 *Hospital e Maternidade Santa Rita*, orçado no valor total de **R\$ 149.138,33**, **Palmácia:**
130 •*Aquisição de Equipamentos para os Postos de Saúde das localidades de Serra Nova,*
131 *Gados dos Rodrigues, Araticum, Queimadas, Gados dos Ferros, Piracicaba e da Sede do*
132 *município*, no valor total de **R\$ 79.807,01**. **Cariús:** •*Aquisição de Equipamentos e Material*
133 *Permanente para Unidade de Saúde localizada no Distrito Sede do Município*, no total de
134 **R\$ 83.187,02**. **Sobral:** •*Aquisição de Material de Consumo: Gêneros Alimentícios, Gases*
135 *Medicinais, Vestuário, Material de Limpeza, Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica para*
136 *a Manutenção do Hospital Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral*, no valor
137 de **R\$ 1.300.000,00**. **Redenção:** •*Aquisição de Equipamentos para Laboratório de*
138 *Análises Clínicas do Hospital e Maternidade Paulo Sarasate*, no valor de **R\$ 101.252,58** e

139 •*Aquisição de Equipamentos para Consultório de Oftalmologia e Consultório Médico do*
140 *Hospital Maternidade Paulo Sarasate*, no valor total de **R\$ 118.016,46**. Durante a
141 apresentação dos projetos o Conselheiro Eliade Duarte, Secretário de Saúde do Iguatu,
142 pediu para registrar o problema de entrosamento da Secretaria com a Microrregional do
143 Iguatu, em que esta última está sempre dificultando o encaminhamento das demandas
144 daquele município. **Item 3 – Cadastramento do Centro de Referência de Saúde do**
145 **Trabalhador nos municípios de Juazeiro do Norte, Sobral e Maracanaú.** Arlete,
146 técnica do NUNAS na Área de Normatização da Atenção ao Adulto e ao Idoso, falou sobre
147 o cadastramento do Estado através dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador
148 implantados no Hospital César Cals e disse que os projetos dos três municípios em pauta, já
149 haviam sido analisados com relação ao cumprimento da Norma Ministerial, devendo, após
150 apreciação da CIB/CE serem encaminhados ao Ministério da Saúde para aprovação pela
151 Tripartite. Dra.Vera enfatizou a importância da implantação desses três Centros de
152 Referência no interior do Estado destacando a participação do município de Juazeiro do
153 Norte como referência para o Sistema, na abrangência da Micro e da Macrorregião de
154 Saúde em que o município está inserido. Sem maiores comentários a CIB aprovou o
155 cadastramento dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador de Juazeiro do Norte,
156 Sobral e Maracanaú, conforme solicitado. **Item 4 – Pagamento de UTI Móvel e de**
157 **Profissionais referente a transferência de paciente neonatal de São Benedito atendido**
158 **na Santa Casa de Misericórdia de Sobral.** Vera apresentou o relato do Secretário de
159 Saúde de São Benedito segundo o qual a Santa Casa de Misericórdia de Sobral estaria
160 cobrando o pagamento das despesas com a transferência para Fortaleza, de paciente
161 prematuro originário de São Benedito internado na Santa Casa de Misericórdia de Sobral,
162 em UTI móvel e acompanhada de profissionais daquele hospital. A despesa total é de
163 R\$1.300,00 que o Secretário de São Benedito afirma não ter como pagar. Lilian disse que
164 existe uma decisão da CIB/CE em que o município que internar paciente vindo de outro
165 município e não oferecer condições de resolutividade, ficará responsável pelo transporte
166 desse paciente caso o mesmo tenha que ser transferido para outra localidade. Nesse caso,
167 informa a Lilian, a Santa Casa de Misericórdia de Sobral não possui UTI Neonatal
168 cadastrada, mas uma estrutura para resolver casos de média complexidade e portanto não
169 dispunha de condições de prestar a assistência especializada necessária. Assim, a CIB/CE,
170 com base em decisão anterior, acordou que o pagamento das despesas com o transporte do
171 paciente da Santa Casa de Sobral de Sobral para Fortaleza é do município de Sobral e
172 recomendou que se anexasse ao processo a cópia da Ata da Bipartite que definiu esse
173 procedimento e a Resolução do Conselho Regional de Medicina que determinou que o
174 hospital deve garantir a continuidade do tratamento. **Item 5 – Ampliação do Programa de**
175 **Agentes Comunitários de Saúde – PACS dos Municípios de Brejo Santo, Cascavel e**
176 **Pindoretama e Qualificação de Equipes de PSF e Saúde Bucal** Vera apresentou os
177 processos com os pleitos acima, colocando para a apreciação da plenária os pedidos de
178 ampliação do PACS para cada um dos seguintes municípios: **Brejo Santo** - inclusão de
179 mais 28 (vinte e oito) Agentes Comunitários de Saúde já selecionados pela SESA. Também
180 **Cascavel** pleiteia o acréscimo de 09 (nove) Agentes e **Pindoretama** solicita a inclusão de
181 mais dois ACS a serem pagos pela Prefeitura municipal com recursos federais. A CIB/CE
182 aprovou os pleitos acima na forma solicitada. Sobre as qualificações de Equipes do
183 Programa Saúde da Família a CIB aprovou os pleitos dos seguintes municípios, conforme
184 segue: **Equipes de Saúde da Família:** Beberibe, Boa Viagem, Uruburetama e Pedra
185 Branca, uma para cada um dos municípios, num total de quatro (4) Equipes. **Equipes de**

186 **Saúde Bucal:** Pentecoste, uma; Acarape, uma; Maracanaú, vinte e uma; Beberibe, quatro;
187 Fortim, uma; Umirim, três; Tabuleiro do Norte, duas; Carnaubal, uma; Orós, uma;
188 Deputado Irapuan Pinheiro, uma; Saboeiro, duas; Eusébio, quatro e Tururu, uma, num total
189 de quarenta e três novas Equipes de Saúde Bucal. A CIB/CE aprovou as qualificações
190 acima solicitadas. **Item 6 – Pedido de Habilitação do Município de Pindoretama na**
191 **Gestão Plena do Sistema Municipal.** Vera, ao apresentar o pleito do Município de
192 Pindoretama para habilitação em GPSM, informou que o mesmo se encontrava com os
193 pareceres favoráveis, portanto, com a documentação pronta para encaminhamento ao
194 Ministério da Saúde com vistas à homologação pela Comissão Tripartite. Em face disso, a
195 habilitação de Pindoretama na Gestão Plena do Sistema Municipal foi aprovada pelos
196 membros da Comissão Intergestores Bipartite, presentes. **Item 7 – Certificação do**
197 **município de Chaval junto à Epidemiologia e Controle de Doenças.** Vera apresentou a
198 solicitação informando que a mesma obteve parecer favorável da Comissão de
199 Descentralização e da Supervisão do Núcleo de Epidemiologia. Lamentou o número
200 reduzido de municípios cearenses que se interessaram pela habilitação, embora o Ministério
201 tenha elasticado o prazo para apresentação dos pedidos junto à Tripartite. A CIB aprovou o
202 pedido de Certificação em apreço. **Item 8 – TRS: Atualização dos Limites/Transferência**
203 **de Pacientes.** Regina da COVAC falou sobre a solicitação de transferência de um paciente
204 de Caucaia que está dialisando em Fortaleza. Disse que o pedido, com a declaração do
205 paciente expressando o desejo de transferência, teria sido encaminhado ao município de
206 Fortaleza que não foi favorável à pretensão, alegando que o Teto da TRS daquele
207 município teria ultrapassado no mês de julho em R\$ 78.000,00 e quando transfere paciente
208 tem de transferir também o recurso correspondente. Dr. Aldrovando afirmou que já
209 repassou muitos recursos para Caucaia e Maracanaú com transferência de pacientes.
210 Afirmou que os dois municípios não tem leitos semi intensivos e quando o quadro dos
211 pacientes complica eles vem para o município de Fortaleza que não pode suportar todo o
212 impacto do Sistema. Dr. Mário Lúcio sugeriu que se faça uma avaliação da situação das
213 TRS do Estado para se analisar com mais segurança a transferência em pauta. Os membros
214 da CIB concordaram com a proposição do Presidente do COSEMS. Dra. Regina ficou de
215 apresentar a avaliação da situação das TRS na próxima Bipartite. **Item 9 – Informes: 9.1 –**
216 **Relatório de Reavaliação do Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria dos**
217 **Municípios de Crateús, Nova Russas e Marco.** Lilian informou sobre os resultados
218 apresentados em Relatório de Reavaliação do Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria
219 (CARA) realizada nos municípios de Crateús, Nova Russas e Marco por auditores da
220 SESA, mostrando que daqueles municípios somente Marco obteve aprovação quanto à
221 estrutura, função, RH, e práticas das atividades avaliadas. Os municípios de Nova Russas e
222 Crateús não preencheram os requisitos emanados pela NOAS e legislação pertinente para
223 permanecerem na GPSM, devendo sanarem pendências no prazo de sessenta dias, a findar
224 em 18 de setembro/03, quando a Auditoria retornará aos municípios para reavaliação.
225 Informou que o município de Nova Russas já havia comunicado o cumprimento de algumas
226 pendências mas Crateús não teria dado nenhum retorno sobre as pendências registradas.
227 **9.2- Hospital de Messejana – solicitação de classificação de Centro de Referência em**
228 **Assistência Cardiovascular Nível II.** Lilian informou que o processo teria retornado do
229 Ministério para cumprimento das seguintes pendências: 1) envio pela SESA da aprovação
230 pela CIB do cadastramento pleiteado com a informação da existência de teto financeiro e o
231 serviço de tomografia computadorizada na unidade. Disse que com relação à tomografia
232 terá que reiniciar outra negociação com o Ministério, já que existe o serviço na rede e que

233 poderá atender os pacientes do Hospital de Messejana, quando for necessário. A CIB
234 aprovou a classificação desse Centro de referência. **9.3- SMS de Fortaleza formaliza o**
235 **interesse de implantar dois CAPS/AD ainda neste ano de 2003.** Através do Ofício N°
236 308/CAB/SMS de 29 de junho de 2003, a Secretaria de Saúde de Fortaleza confirma o
237 interesse em expandir as ações na atenção à Saúde Mental, implantando dois Centros de
238 Atenção Psicossocial AD no corrente ano. **9.4 – Assinatura do Termo de Ajuste de**
239 **Metas da Vigilância Sanitária.** Lilian informou que os municípios que não prestaram
240 contas dos recursos repassados em 2002 não poderão assinar o Termo de Ajuste de Metas
241 da VISA de 2003. Nada mais havendo a tratar foi encerrada a reunião cuja Ata, lavrada por
242 mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos membros da CIB/CE, presentes. Fortaleza, vinte e
243 cinco de agosto de dois mil e três.

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 15ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

Aos doze dias do mês de setembro do ano dois mil e três, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 15ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças B. Peixoto, da COPOS; Antônio Paula de Menezes, do NUPLA/Planejamento em Saúde, Isabel Cristina Cavalcanti Carlos da CODAS e Nágela B Norões e Fco. Evandro T. Lima da CERES. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio Ramalho Martildes e Carlos Alberto Komora Vieira do COSEMS, e Eliade Bezerra Duarte da Secretaria de Saúde do Iguatu. Como convidados: Ângelo Luis L. Diógenes de Marco; Sílvia Regina do COSEMS; Francidênia B. Nobre da COVAC/SESA; Rubens Martins Duarte de Juazeiro do Norte; Francimeiry Silva de Quixadá; José Policarpo da Secretaria de Saúde de Cascavel; João Fortes da SMS de Fortaleza; Alexandre Mont'Alverne COVAC/SESA Kedimam Célis Bastos da 5ª CERES; Ana Cristina Alves de Oliveira SMS de Paraipaba e Cláudia Alves Leite de Brejo Santo. Assembléia foi aberta e presidida por Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos com a apresentação dos Informes. **Informe 1 – Relatórios de Supervisão dos Centros de Atenção Psicossocial** Esclareceu que a situação dos CAPS estaria sendo levantada pelo NUNAS após solicitação do Secretário de Saúde, Dr. Jurandi durante a apresentação da produção dos CAPS do Estado em reunião da CIB/CE. Apresentou os relatórios dos CAPS de Fortaleza (SER III, SER IV e SER VI), de Caucaia, Horizonte, Morada Nova, Quixeramobim e Quixadá citando a situação de cada um deles do ponto de vista do funcionamento, estrutura e organização. A maioria apresentou deficiências de caráter organizativo e de relacionamento com a atenção básica do município e de deficiência de espaço físico para as atividades de registro, arquivo e estatística, sendo que o CAPS da SER IV não oferece nenhum tipo de alimentação aos pacientes. O CAPS da SER VI tem problemas decorrentes da falta de relacionamento com o PSF do município mas desenvolve as suas atividades satisfatoriamente. Os problemas dos CAPS de Horizonte, Morada Nova e Quixeramobim se referem à organização dos prontuários e criação de banco de dados para fins estatísticos. Já no CAPS de Caucaia foram identificadas diversas irregularidades na estrutura física, remanescentes de visita anterior feita em maio/2003, que ainda não foram sanadas. O CAPS de Quixadá, modalidade II funciona em perfeito entrosamento com a Atenção Básica, desenvolvendo as atividades de acordo com as normas estabelecidas para os Centros de Atenção Psicossocial. Finalizou o informe citando as recomendações indicadas para os Centros que apresentaram problemas no seu funcionamento. **Informe 2 – Relatório de Supervisão da área de Controle e Avaliação em municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal.** Dra. Vera apresentou os relatórios de auditoria realizada em Itapiúna, Brejo Santo e Pacoti após a avaliação do CARA - Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria, naqueles municípios. Foi constatado que os municípios citados estão com pendências para assumir as responsabilidades inerentes à Gestão Plena do Sistema Municipal. Foi dado um prazo de 60 dias a partir da data do recebimento do Relatório para sanar as irregularidades, findo o qual a auditoria da SESA deverá retornar para uma reavaliação. **Informe 3 – NUNAS apresenta proposta sobre excedente de cesária no Hospital Geral de Brejo Santo.** Vera informou que através do despacho no processo nº 3166390-7, originário da Microrregional de Brejo Santo, a Gerente da Célula de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva, da SESA se colocou favorável a realização de uma reunião com os gestores e prestadores de serviços da Macrorregional, para o estudo do assunto, mas diz-se

48 tecnicamente favorável à taxa de 15% para cada maternidade, e que somente após definição das
49 referências essas taxas podem ser analisadas e complementadas. Findos os Informes, foram
50 apresentados os itens de pauta começando pelo **Item I - Certificação dos Municípios de**
51 **Quiterianópolis e Ibicuitinga quanto à Epidemiologia e Controle de Doenças**. Dra. Vera
52 apresentou os pareceres favoráveis do Núcleo de Vigilância Epidemiológica e os colocou à
53 apreciação da **Bipartite** que aprovou a Certificação dos Municípios de Quiterianópolis e
54 Ibicuitinga para as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. **Item II – Solicitação de**
55 **qualificação de Equipes de PSF e Saúde Bucal e Acréscimo de Agentes Comunitários de**
56 **Saúde**. Vera colocou para a Bipartite os processos de solicitação de qualificações de Equipes de
57 PSF e de Saúde Bucal, de mudança de Modalidade de Equipe de Saúde Bucal e de acréscimo de
58 Agentes Comunitários de Saúde, todos com parecer favorável da CODAS/NUORG conforme
59 segue: **Três (3) Equipes de Saúde da Família**, sendo uma para Cascavel, uma para São Gonçalo
60 do Amarante e uma para Aracati; **Vinte e cinco (25) Equipes de Saúde Bucal**, das quais, três
61 são para São Luiz do Curu, duas para Salitre, uma para Barroquinha, duas para Nova Russas,
62 duas para o município de Palhano, uma para Jardim, duas para Itaiçaba, uma para Aracati, três
63 para Croatá e oito para o município de Iguatu; **Mudança de Modalidade I para Modalidade II**
64 **de quatro Equipes de Saúde Bucal**, sendo duas de São Gonçalo do Amarante e duas do
65 município de Itaitinga. Houve também solicitação do **Acréscimo de dez (10) Agentes**
66 **Comunitários de Saúde**, sendo dois no município de Monsenhor Tabosa e oito no município de
67 Itarema. A CIB aprovou os pleitos dos municípios acima citados. **Item III – Habilitação do**
68 **Município de Jijoca de Jericoacoara para a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.**
69 Antes de colocar o pleito à apreciação da Plenária, **Dra. Vera** falou sobre a lentidão com que os
70 pleitos de habilitação dos municípios do Estado do Ceará estão ocorrendo, tendo sido inquirida,
71 sobre isso, pelo Ministério da Saúde, que observou ter sido o Ceará o Estado que mais se
72 empenhou em habilitar municípios na NOB/96. Após esse comentário, colocou a habilitação de
73 Jijoca de Jericoacoara à apreciação da Bipartite informando que o pleito do referido município
74 estava com a documentação pronta para encaminhamento para homologação pela Tripartite. A
75 plenária da CIB/CE aprovou a habilitação de Jijoca de Jericoacoara, em pauta. **Item IV – Sobral**
76 **solicita Cadastramento do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas, como Centro**
77 **de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante.** Vera apresentou o processo onde
78 consta o parecer favorável do NUNAS, segundo o qual a proposta de Sobral que tem um CAPS
79 AD, atende as exigências da Portaria Ministerial 1575 de agosto de 2002 que cria, no âmbito do
80 SUS, Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e submeteu à apreciação
81 da plenária da CIB/CE que aprovou a classificação do CAPS AD de Sobral como Centro de
82 Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante. **Item V – Apreciação da proposta e**
83 **aprovação da distribuição dos bens constantes do Plano de Investimento da Vigilância à**
84 **Saúde/MS para o Ceará.** Vera colocou o assunto explicando que seria necessária a
85 apresentação da proposta da SESA para a distribuição dos equipamentos destinados ao Ceará,
86 cuja área de utilização estaria priorizada no Quadro Demonstrativo de Equipamentos do Plano de
87 Investimento da Vigilância à Saúde/MS, anexo ao Ofício Circular nº 58/2003-SVS/MS enviado
88 ao Presidente do COSEMS. Considerando que a proposta de distribuição do material não estava
89 concluída a CIB retirou o assunto da pauta. **Item VI – Município de Juazeiro do Norte**
90 **apresenta Resolução do CMS referente a corte de recursos financeiros imposto à rede**
91 **hospitalar.** Nizete leu a Resolução Nº 006/03 do Conselho Municipal de Saúde de Juazeiro do
92 Norte que apresenta uma série de considerações sobre o corte efetuado nas internações pela
93 Câmara de Compensação da SESA que resultaram nas seguintes solicitações: **1-** quando do
94 pagamento de referências, que estas sejam emitidas contra-apresentação de autorização do

95 procedimento por parte do médico auditor; 2- que as referências encaminhadas de outros
96 municípios para Juazeiro do Norte, quando não atingirem o teto programado, sejam
97 complementadas com procedimentos da demanda local; 3- que o município seja informado com
98 antecedência exequível sobre questões que impliquem em mudanças ou cortes financeiros e 4-
99 que a SESA faça a revisão dos cortes impostos aos hospitais de Juazeiro do Norte. **Vera Coelho**
100 comentou sobre a referida Resolução afirmando que a mesma traz em seus artigos, não uma
101 providência a ser tomada, mas um elenco de solicitações, em que uma delas, segundo a Dra.
102 Vera, sugere que não se utilize a Câmara de Compensação como base para a revisão do teto do
103 município. Informou que para se dispensar o relatório da Câmara de Compensação é preciso que
104 todas as Centrais de Regulação estejam funcionando plenamente e colocou para a plenária a
105 importância do debate dessa questão. **Eliade** sugeriu que se criasse um mecanismo de correção na
106 revisão do teto, utilizando a Câmara de Compensação na detecção de internações sem a
107 formalização da referência, com vistas ao desconto do valor correspondente no teto do município
108 de origem do paciente atendido. **Alex** contra argumentou afirmando que a Câmara de
109 Compensação é um instrumento contábil que registra os fatos ocorridos, e que não há condição
110 da SESA revisar 50 mil documentos de AIH por mês e afirmou que esse controle é da
111 responsabilidade dos municípios em GPSM. **Komora** criticou a Câmara de Compensação
112 afirmando que a mesma não está funcionando a contento e que medidas adotadas com base nesse
113 instrumento regulador penalizam os municípios de pequeno e médio porte e dão super poderes
114 aos municípios pólos de macrorregiões. Sugeriu que o assunto seja levado para uma discussão
115 ampla já que é desejo de todos os municípios viabilizarem a assistência e receberem pelo que
116 realizarem com ou sem a ficha de referência. **Alex** disse que a Câmara de Compensação funciona
117 da maneira como foi normatizada pela CIB/CE. Disse também que o município sede, deve ter
118 interesse que o procedimento aconteça, inclusive para viabilizar financeiramente as suas
119 unidades, e que é ele quem deve exercer o controle das referências. Com isso, afirmou que o
120 Estado teria um papel mais neutro na intermediação das referências. Propôs a criação de um
121 mecanismo de negociação das Centrais de Regulação das Microrregiões com a Central de
122 Regulação de Fortaleza, de forma que os gestores possam acompanhar as referências a partir da
123 origem do paciente. Vera concordou com o Alex e disse que a atual política do Ministério da
124 Saúde está voltada para o fortalecimento da Gestão Plena do Sistema Municipal, para o
125 cumprimento pleno das responsabilidades dos municípios habilitados nesse nível de gestão e para
126 o estabelecimento de políticas específicas para os municípios em gestão plena do sistema com
127 maior contingente populacional e que possuem estruturação de município pólo. Afirmou que a
128 Câmara de Compensação só deixará de ter função no Sistema no momento em que a CIB decidir
129 que ela não deverá mais ser utilizada para efeito de revisão de teto, e que a Central de Regulação
130 passará a ser o instrumento regulador, sob a responsabilidade dos municípios. Sem mais
131 sugestões a **CIB/CE** decidiu pela adoção das seguintes medidas: 1ª - A Resolução Nº 006/03 do
132 Conselho Municipal de Juazeiro dos Norte será encaminhada à COVAC para a emissão de
133 parecer; 2ª - As próximas revisões de teto com base no Relatório da Câmara de Compensação
134 serão encaminhadas para apreciação e pronunciamento das CIB Microrregionais; 3ª - Será
135 instituída uma Câmara de Apelação para revisão de pagamentos de internamentos referenciados.
136 **Item VII – Projeto Nascer Maternidade/inclusão do Estado no programa de concessão de**
137 **leite para filho de gestante HIV positivo.** **Dirlene**, do Núcleo de Atenção à Saúde disse que se
138 trata de uma proposta para a realização do teste rápido de HIV por ocasião do parto e, quando
139 identificados os casos de HIV positivo, a adoção dos procedimentos necessários ao tratamento da
140 mãe e do bebê, à inibição da lactação e ao fornecimento do leite no período de seis meses.
141 Afirmou que o programa está implantado em dezesseis maternidades cadastradas em todo o

142 Estado e estão em fase de cadastramento, mais outras dezesseis. **Policarpo** propõe que o teste
143 HIV seja incluído na rotina do pré-natal para evitar que a criança ao nascer já esteja infectada,
144 sugerindo que sejam beneficiados os municípios que tem elevada cobertura de pré natal e
145 condições de realizar o teste anti HIV e **Pedro** inquiriu sobre os critérios para a escolha de
146 municípios e pediu para que fosse vista a possibilidade de incluir os insumos para a realização de
147 exames anti-HIV na Atenção Básica. **Dirlene** informou que o critério adotado para escolha teria
148 sido o das maternidades com maior número de partos realizados, e colocou que o Projeto Nascer
149 viria suprir lacuna do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento vez que nenhum
150 município teria atingido 50% da meta programada. **Vera** fez uma síntese do conteúdo do projeto
151 e explicou que para se concretizar a proposta de inclusão do teste HIV na rotina do pré natal seria
152 preciso solicitar a alteração de Portaria do Ministério da Saúde com vistas à inclusão do
153 pagamento do exame em questão, pelo FAEC, no pré natal normal. Quanto a solicitação do
154 Pedro, explicou que como o pré natal já é pago pelo PAB é preciso acrescentar ao Pacto da
155 Assistência Farmacêutica para 2004 o insumo necessário ao exame HIV no pré natal. Solicitou
156 que serão levantados os custos e a repercussão financeira decorrente desse incremento. As
157 sugestões acima, o critério de escolha das maternidades e a inclusão do Estado no programa de
158 concessão do leite em pauta foram acatados pela CIB/CE. **Item VIII – O Município de**
159 **Fortaleza comunica solicitação de Hospital Universitário Walter Cantídio.** O Dr. João Fortes
160 apresentou ofícios em que o Hospital Universitário Walter Cantídio estaria reivindicando a
161 transferência do valor de R\$ 353.232,89 (trezentos e cinquenta e três mil duzentos e trinta e dois
162 reais e oitenta e nove centavos) não recebidos conforme estabelecido no Termo de Compromisso
163 entre Entes Públicos firmado em junho de 2003, e mais R\$ 14.636,00 (quatorze mil seiscientos e
164 trinta e seis reais) necessários à aquisição de material para a detecção do vírus da hepatite C,
165 perfazendo um total de R\$ 367.868,99 (trezentos e sessenta e sete mil, oitocentos e sessenta e
166 oito reais e oitenta e nove centavos) e solicitou autorização para realizar o pagamento do total
167 acima citado ao referido hospital. A CIB/CE autorizou o gestor de Fortaleza a proceder o
168 pagamento administrativo ao Hospital Universitário Walter Cantídio no valor de R\$ 367.868,99
169 (trezentos e sessenta e sete mil, oitocentos e sessenta e oito reais e oitenta e nove centavos). **Item**
170 **IX - Impacto da aplicação da Portaria GM/MS Nº 1.708 de 01//09/2003, que concede**
171 **reajuste de um conjunto de procedimentos de média complexidade ambulatorial e**
172 **hospitalar da Tabela de Procedimentos do SUS.** Antes da apresentação do assunto Dra. Vera
173 informou sobre a proposta do Ministério da Saúde de alocar recursos para a alta e média
174 complexidade, em caráter emergencial, no valor total disponível de R\$209.986.735,00, e que os
175 critérios para distribuição aos Estados teriam como referência a média do valor per capita
176 nacional que é de R\$64,35 por habitante/ano, com acréscimos ao per capita dos estados, variando
177 de R\$0,80 para os que estejam no intervalo entre a média nacional e até 10% acima da média
178 nacional; R\$1,50 para os que estão com o per capita até 10% abaixo da média nacional e R\$2,50
179 para os estados que estão abaixo de 10% da média nacional. Inclui-se neste último intervalo o
180 Estado do Ceará que fará jus ao total de R\$19.136.337,50 que dividido em 12 meses crescerá ao
181 per capita estadual a quantia mensal de R\$1.594.694,79. Para a distribuição desse valor, a
182 CIB/CE definirá os critérios que serão encaminhados ao Ministério com a repercussão financeira
183 de cada município. Justificou a apresentação desse informe esclarecendo que a definição dos
184 critérios poderá depender do impacto dos valores da Portaria GM1708/03, alocados em cada um
185 dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, que seria apresentado
186 naquele momento. **Alex** colocou a planilha com os valores do SIA e SIH pagos no período de
187 jan. a jun/03. Mostrou que os valores do Ministério não coincidiam com os da SESA e que os
188 valores das internações de alguns municípios eram superiores aos valores do SIA e do SIH juntos

189 alocados pela Portaria GM/Nº1723/03. **Mário Lúcio** chamou a atenção para a importância do
190 assunto cuja deliberação demandaria maior tempo de discussão e sugeriu que fosse marcada uma
191 nova reunião para se discutir apenas o impacto da Portaria GM/Nº1708/2003, o desempenho dos
192 municípios de Plena e a definição dos critérios a serem utilizados para a Alocação do Recurso
193 Adicional de R\$1.594.694,79 proposto pelo Ministério. Todos concordaram com a proposta do
194 Presidente do COSEMS ficando decidido que a próxima reunião da Bipartite seria no dia 22 de
195 setembro de 2003. Nada mais havendo a tratar a CIB encerrou a reunião cuja Ata lavrada por
196 mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos membros da CIB/CE presentes. Fortaleza, doze de
197 setembro de dois mil e três.

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 16ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

Aos vinte e dois dias do mês de setembro do ano dois mil e três, às quatorze horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 16ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jurandi Frutuoso, Presidente da CIB; Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças B. Peixoto, Coordenadoras da COPOS; Ismênia Maria Barreto, do NUPLA; Maria Vilauva Lopes, da CODAS; Jocileide Sales Campos do GABSEC e Lilian Alves Beltrão da COVAC. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio Ramalho Martildes, Carlos Alberto Komora Vieira e Lúcia Helena G. Castro, do COSEMS; Rogério Teixeira Cunha da SMS de Umirim; Aldrovando Nery de Aguiar da SMS de Fortaleza e Fernanda Maria Coelho da SMS de Crato. Como convidados: Alexandre Mont'Alverne da COVAC/SESA; Evaldo Sales da S. Saúde de Maranguape; Marta Sales Campelo da SMS de Itapiúna; Georgina Macedo Rosa do Rim Centro; Edna Lacerda Queiroz e José Rubens Costa Lima da SMS de Fortaleza; Eduardo Rocha da SMS de Pedra Branca e Getúlio Barros da SMS de Brejo Santo. A Assembléia foi aberta e presidida por Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos anunciando os itens da pauta a ser cumprida, conforme ficara decidido na última reunião da Bipartite ocorrida em doze de setembro de 2003. **Item I - Impacto da aplicação da Portaria GM/MS Nº 1.708 de 01//09/2003, que concede reajuste de um conjunto de procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar das Tabelas de Procedimentos do SUS,** Antes da apresentação do item, o Presidente do CONASEMS, Dr. Odorico ressaltou o trabalho que foi desenvolvido pelo Ceará através do Governador e do Secretário de Saúde do Estado na recomposição do Teto da Assistência de Média e Alta Complexidade. Afirmou que o Ministério da Saúde está fazendo um movimento para utilizar novos critérios de alocação de recursos, quebrando a lógica de pagamento por produção ambulatorial e de internação. Disse ainda que o Estado do Ceará não deve esmorecer e continuar a lutar por mais recursos para cobrir o déficit da oferta atual. Ao final falou sobre a situação do município de Sobral e pediu a análise da CIB à respeito. Dr. **Alex** iniciou a apresentação do item, mostrando, em planilha eletrônica, os valores alocados aos municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal e o impacto desses valores na produção real, incluindo os habilitados até agosto/03. Pelos números apresentados a **CIB** concluiu que não há necessidade de alocação de recursos adicionais vez que impacto da Portaria GM Nº 1.708/03, foi estimado pela SESA em R\$1.196.153,78 (um milhão, cento e noventa e seis mil, cento e cinquenta e três reais e setenta e oito centavos), portanto menor do que o valor estabelecido pelo Ministério da Saúde, para os municípios de Gestão Plena em sua Portaria Nº 1723/03, que foi de R\$ 1.200.528,98 (um milhão, duzentos mil, quinhentos e vinte e oito reais e noventa e oito centavos). Passou-se para o **Item II – Desempenho do SIA e SIH dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.** Dra. Lilian mostrou os índices de desempenho dos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, explicando que os mesmos teriam sido calculados considerando a média dos valores informados e dos valores aprovados, referentes ao período de janeiro a junho de 2003, em relação ao limite financeiro programado. Dra. Vera esclareceu que esse trabalho teria sido pedido pela representação do COSEMS, com o objetivo de subsidiar a decisão da CIB quanto aos critérios de alocação de recurso adicional ao teto dos

48 municípios. Em seguida comentou sobre os números apresentados na planilha, destacando
49 que os municípios de pequeno porte, onde se concentram os mais baixos níveis de
50 desempenho, tem dificuldades em apresentar uma produção compatível com o teto
51 estabelecido para a média complexidade, e inquiriu à plenária se seria coerente acrescer
52 recurso adicional para município que está com desempenho muito baixo, quando há
53 municípios de maior porte com necessidade de recursos para custear a oferta existente. Dra.
54 Lilian afirmou que a utilização do saldo não está sendo comprovada, e propôs que se
55 fixasse um limite mínimo de desempenho como condição para alocação de recurso
56 financeiro adicional aos tetos dos municípios. Dr. Aldrovando se posicionou a favor do
57 mínimo de 90%. Vera e Lilian concordaram, considerando que não se justifica alocar mais
58 recursos para município que não está conseguindo atingir as metas programadas. Alguns
59 conselheiros sugeriram o mínimo de 50%, mas esta proposta foi rejeitada pela maioria. O
60 presidente do COSEMS pediu para os membros da CIB acordarem então com o mínimo de
61 80%, com proposta de que futuramente esse índice seria revisto. Todos concordaram e a
62 Bipartite resolveu definir como critério de alocação de recursos adicionais, o desempenho
63 igual ou maior que 80% de produção em relação ao valor programado. **Item III –**
64 **Definição dos Critérios para Distribuição do Recurso Adicional aos municípios.** Após
65 a apresentação do Desempenho dos Municípios de Gestão Plena do Sistema e da definição
66 do critério do desempenho para a alocação de recursos adicionais aos municípios, a
67 Bipartite discutiu e aprovou a distribuição do Recurso Adicional, mensal, de
68 R\$1.594.695,00 (hum milhão quinhentos e noventa e quatro mil seiscentos e noventa e
69 cinco reais) para média e alta complexidade nas áreas de ambulatório e internação, da
70 seguinte forma: **1)** Acrescer 5,68% aos tetos da área de internação dos municípios em
71 Gestão Plena do Sistema Municipal que apresentaram desempenho igual ou superior a 80%
72 da meta programada, importando essa recomposição em R\$667.444,00 (seiscentos e
73 sessenta e sete mil quatrocentos e quarenta e quatro reais); **2)** Recompôr os Tetos de
74 Internação dos Municípios de Sobral e Brejo Santo aos valores referentes ao mês de maio
75 de 2003, num total de R\$121.000,00 (cento e vinte e um mil reais); **3)** Recompôr os Tetos
76 dos Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena da Atenção Básica
77 Ampliada, cujo aporte total será da ordem R\$ 584.251,00 (quinhentos e oitenta e quatro mil
78 duzentos e cinquenta e um reais); **4)** Acrescer o Limite Financeiro da Terapia Renal
79 Substitutiva para redução de déficit na assistência aos pacientes renais, no valor de
80 R\$122.000,00 (cento e vinte e dois mil reais); e **5)** Aumentar o teto da assistência para
81 Tratamento Fora de Domicílio – TFD no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).
82 Estabelecer como critério para o incremento de recursos financeiros aos tetos do
83 municípios, o percentual igual ou superior a 80% de desempenho ambulatorial e de
84 internação de média e alta complexidade de cada município, em qualquer nível de gestão,
85 com vigência a partir de setembro de 2003. **Item IV – Habilitação do município de**
86 **Forquilha na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.** A supervisora do Núcleo de
87 Planejamento em Atenção à Saúde, Dra. Ismênia Barreto apresentou o pleito do município
88 de Forquilha informando que a documentação exigida pela NOAS 01/02 para a habilitação
89 do município em questão estava pronta, com os pareceres favoráveis dos setores da SESA,
90 para encaminhamento ao Ministério da Saúde, com vistas à homologação pela Tripartite. A
91 CIB aprovou a habilitação em GPABA pleiteada pelo município de Forquilha. - **Item V –**
92 **Qualificação de Equipes de PSF.** Dra. Vera Coelho colocou para a plenária os processos
93 com pareceres da CODAS/NUORG favoráveis à qualificação de uma (1) Equipe de Saúde
94 da Família para o município de Eusébio e duas (2) Equipes de Saúde da Família para o

95 município de Forquilha. A Bipartite aprovou as qualificações em apreço. **Item VI –**
96 **Programação de Investimento – Proposta da SESA – Dr.Nélio** apresentou a proposta de
97 distribuição de acordo com as áreas endêmicas definidas pelo Ministério. **Para o combate**
98 **da Dengue**, um veículo tipo furgão iria para a Central de UVB no município de Eusébio e
99 os nove restantes iriam para as Microrregionais de Caucaia, Maracanaú, Quixadá, Icó,
100 Crato, Canindé, Sobral, Tianguá e Crateús, respectivamente, para atender os municípios em
101 situação de maior risco. **Dr. Mário Lúcio** fez referência aos trinta e três veículos do Plano
102 da FUNASA/MS indagando se houve resposta dos municípios beneficiados e sugeriu que o
103 critério de alocação de veículos fosse revisto. Dr. Jurandi considera que devem ser
104 definidos critérios para serem trabalhados no Grupo. Dr. Mário Lúcio sugeriu que se
105 considerassem os seguintes critérios de distribuição dos veículos e equipamentos da
106 proposta em apreço: • Para o município ser beneficiado deverá estar certificado quanto as
107 ações de epidemiologia e controle de doenças; • 60% dos veículos deverão ficar nos
108 municípios; • 40% nas Microrregionais; • premiar alguns municípios com bom
109 desempenho no combate e controle das endemias e • não incluir município beneficiado
110 pelo programa da FUNASA/MS que distribuiu trinta e três veículos aos municípios
111 cearenses. Para a área de **Leishmaniose Visceral Americana** Nélio identificou seis áreas
112 de maior endemicidade e propôs que os dois veículos previstos ficassem, respectivamente
113 na Micro de Caucaia e na UBV do Nível Central. Cada uma das Células Regionais de
114 Saúde de Tianguá, Canindé e Crateús, receberiam um microscópio bacteriológico, um
115 microscópio entomológico uma balança semi - analítica e um destilador de água, sendo que
116 a de Crateús também receberia um microcomputador e uma impressora. Quanto à
117 **esquistossomose**, Nélio informou que Baturité, Crato e Maracanaú são as áreas endêmicas
118 e que Baturité concentra o maior número de casos da doença, por isso sugeriu a destinação
119 de uma viatura para aquela Microrregional para dar apoio à vigilância epidemiológica. A
120 **CIB** aprovou os critérios sugeridos pela representação do COSEMS e a distribuição
121 proposta pela SESA, à exceção da destinação dos veículos da Dengue, para o que foi
122 formada uma Comissão, composta por dois membros da CIB/CE - Dr. Rogério e Dra.
123 Lúcia Helena e dois representantes da SESA - Dr. Nélio e Dra. Isabel, para estudar e definir
124 que microrregiões e municípios serão beneficiados com os veículos destinados ao Controle
125 da Dengue e encaminhar o resultado ao Ministério da Saúde dentro do prazo estipulado.
126 **Item VII – Informe: Resultado do monitoramento dos PSF do Ceará realizado pelo**
127 **Ministério da Saúde.** Vilauva relatou a discussão ocorrida no Ministério da Saúde com o
128 Departamento da Atenção Básica e comentou sobre o relatório da auditoria realizada nas
129 Equipes de PSF dos municípios. A plenária da Bipartite decidiu que a SESA deveria enviar
130 o Relatório para as CERES, para que fosse identificada a situação atual relativa aos pontos
131 que devem ser justificados pela CIB/CE, devendo o relatório passar nessa Comissão antes
132 de retornar ao Ministério da Saúde. Nada mais havendo a tratar a CIB/CE encerrou a
133 reunião, cuja Ata lavrada, por mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos membros da
134 Bipartite, presentes. Fortaleza, vinte e dois de setembro de dois mil e três.

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 17ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

Aos dezessete dias do mês de outubro do ano dois mil e três, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 17ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Maria das Graças B. Peixoto, da COPOS; Ismênia Maria Barreto Ramos e Antônio Paula de Menezes, do NUPLA/Planejamento em Saúde, Nágela B. Norões da CORES, Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC e Maria Vilauva Lopes da CODAS/NUORG. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio Ramalho Martildes, Presidente do COSEMS, Carlos Alberto Komora Vieira, Secretário de Saúde de Maracanaú, Fernanda Coelho Secretária de Saúde de Crato, José Neto Maia Secretário de Saúde de Horizonte, Fábio Landim, Secretário de Saúde de Redenção e Eliade Bezerra Duarte Secretário de Saúde do Iguatu. Como convidados: Ernestina Cavalcante de Capistrano; Sílvia Regina do COSEMS; Joana Maciel da SMS de Fortaleza; Rubens Martins Duarte da SMS de Juazeiro do Norte; Eduardo Rocha da SMS de Pedra Branca; Jorge Samuel Lima da SMS de Barro e José Policarpo da Secretaria de Saúde de Cascavel. A Assembléia foi aberta e presidida por Dra. Lilian que iniciou os trabalhos anunciando a apresentação do **Item 1 – Normas estabelecidas para o funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Dra. Vilauva expôs, a proposta das normas de funcionamento do PSF, resultante do estudo realizado pelo fórum de Secretários Municipais de Saúde ocorrido em agosto de 2003. À medida em que os item iam sendo lidos os membros presentes discutiam, definindo pela manutenção, modificação ou supressão do mesmo. Ao final da leitura e análise da proposta, a CIB aprovou, com alterações, as Normas de Funcionamento do Programa de Saúde da Família no Ceará. Em seguida a Dra. Vilauva apresentou o relatório analítico da situação de funcionamento das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal dos municípios cearenses, em resposta às irregularidades apontadas no relatório de monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde. A **Bipartite** acatou as informações e autorizou o encaminhamento do documento ao Ministério da Saúde. **Item 2 - Reabertura do Hospital Municipal de Barro**. Dra. Lilian apresentou o Relatório da Auditoria realizada no Hospital Municipal de Barro com a informação de que aquela unidade de saúde estaria em condições de funcionar, ainda no exercício de 2003, para os atendimentos de Urgência e Emergência, Internações de Clínica Médica e Pediatria e Parto Normal. Disse que teria recomendado ao Secretário daquele município a realização do remanejamento de procedimentos do 1º nível de atenção que estão alocados em outros municípios, para compor o teto de internação do município de Barro. Recomendou, outrossim, que o município providenciasse um enfermeiro em regime de 24 horas já que ele dispõe de médicos plantonistas. A Bipartite aprovou a reabertura do Hospital Municipal de Barro e o repasse dos recursos ao teto daquele município, conforme proposto pela Coordenadora da COVAC. **Item 3 - Qualificação de Equipes de PSF e Saúde Bucal, Mudança de Modalidade de Equipes de Saúde Bucal e Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde**, Dra. Lilian colocou para a Bipartite os pedidos de qualificação de Equipes de PSF e de Saúde Bucal, de mudança de modalidade de Equipe de Saúde Bucal e de acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde, todos com parecer favorável da CODAS/NUORG conforme segue: **Quatro (4) Equipes de Saúde da Família**, sendo uma para Brejo Santo, uma para Madalena e duas para Amontada; **Vinte e três(23) Equipes de Saúde Bucal**, das quais, três são para Baturité, duas para Pacoti, duas para Ibicuitinga, duas para Redenção, uma para Viçosa

48 do Ceará, uma para Ararendá, uma para Tarrafas, quatro para o município de Milagres e sete
49 para o município de Brejo Santo; **Mudança de Modalidade I para Modalidade II de seis**
50 **Equipes de Saúde Bucal**, sendo três de Maracanaú e três do município de Baturité e **Mudança**
51 **de Modalidade II para Modalidade I**, do município de Tarrafas. Houve também solicitação do
52 **Acréscimo de quinze (15) Agentes Comunitários de Saúde**, para o município de Eusébio. A
53 **CIB** aprovou os pleitos dos municípios acima citados. **Item 4 – Habilitação do Município de**
54 **Salitre para a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.** Dr. Antônio de Paula, técnico do
55 NUPLA apresentou o pleito do município de Salitre informando que o mesmo estava apto a
56 assumir o nível de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pois se encontrava com os
57 pareceres favoráveis dos setores da SESA, e com toda a documentação pronta para ser
58 encaminhada ao Ministério da Saúde com vistas à homologação pela Tripartite. A plenária da
59 **Bipartite** aprovou a habilitação do município de Salitre em GPABA. **Item 5 – Certificação do**
60 **município de Morada Nova para as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.** Dra.
61 **Lilian** apresentou o Parecer Técnico do Núcleo de Epidemiologia e Relatório Técnico da
62 Comissão de Descentralização, favoráveis à Certificação do Município de Morada Nova quanto
63 às Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, vez que todas as condições requisitadas,
64 conforme Portaria GM 1399/99 teriam sido atendidas pelo município. A CIB/CE aprovou o pleito
65 em apreço. **Item 6 – Apresentação do Plano de Ações e Metas em DST/HIV/AIDS do**
66 **Município de Maracanaú.** O Projeto foi apresentado pelo Dr. Komora que justificou a
67 necessidade da implantação do Plano considerando o crescimento de casos de AIDS e outras
68 Doenças Sexualmente Transmissíveis no município de Maracanaú no ano de 2002. Identificou
69 como fator preponderante no incremento dos casos, a insuficiência na oferta dos serviços de
70 prevenção e tratamento das DST e AIDS, falta de capacitação de profissionais e a dificuldade de
71 acesso aos preservativos. Relacionou as ações priorizadas por área de atuação e as metas
72 correspondentes, destacando a distribuição de preservativos e ações de prevenção junto aos
73 adolescentes. Informou que os recursos previstos para a execução do Plano, são da ordem de
74 R\$67.363,48 (sessenta e sete mil, trezentos e sessenta e três reais e quarenta e oito centavos), dos
75 quais R\$10.104,00 (dez mil, cento e quatro reais) constituem a contra partida do município
76 destinada à aquisição de medicamentos. Colocado à apreciação da plenária, os membros da
77 CIB/CE aprovaram o Plano de Ações e Metas em DST/HIV/AIDS do Município de Maracanaú.
78 **Item 7 – NUNAS apresenta proposta do MS referente a Acréscimo no Teto Financeiro de**
79 **Epidemiologia e Controle de Doenças.** Dra. Sandra Solange apresentou os Ofícios N° 84/2003 e
80 S/N da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, datados de 26 de setembro e
81 15 de outubro de 2003, respectivamente, em que aquela Secretaria encaminha para apreciação da
82 Bipartite do Ceará a proposta de um acréscimo no Acréscimo no Teto Financeiro de
83 Epidemiologia e Controle de Doenças, com a finalidade de intensificar as ações de vigilância e
84 controle da tuberculose, ainda no exercício de 2003. Pelos critérios sugeridos, ou seja, de incluir
85 os municípios capitais de estados, municípios com mais de cem mil habitantes, situados nas
86 regiões metropolitanas das capitais, com coeficiente de incidência de tuberculose acima da média
87 nacional, seriam contemplados apenas três municípios cearenses. Após discussão da proposta a
88 **Plenária da Bipartite** aprovou o acréscimo do TFECd para intensificar as ações de vigilância e
89 controle da tuberculose em 2003, nos municípios abaixo, considerando os seguintes critérios: a)
90 Municípios com mais de 100.000 habitantes e b) Municípios com população acima de 30.000
91 habitantes que apresentem taxa de incidência de Tb maior ou igual a 50/100.000 habitantes:
92 Fortaleza, Caucaia, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Sobral, Crato, Barbalha, Santa Quitéria,
93 Itapagé, Ipú, Ipueiras, São Gonçalo do Amarante e Pentecoste. **Item 8 – COVAC Solicita**
94 **pagamento para o Hospital Santa Isabel de Senador Pompeu, referente a procedimentos**

95 **reprimidos quando o município se encontrava sob gestão estadual.** Dra. Lilian colocou para a
96 Plenária que o Hospital Santa Isabel teria sofrido glosa de parte dos procedimentos realizados nos
97 meses de janeiro, fevereiro, março e abril de 2003, quando o município de Senador Pompeu ainda
98 se encontrava em Gestão Plena da Atenção Básica. Informou que o valor devido era de R\$
99 50.180,00 (cinquenta mil cento e oitenta reais), e que considerando esse montante o Estado só
100 poderia realizar o pagamento parcelado. A CIB acatou a proposta e autorizou o repasse ao
101 Município de Senador Pompeu, no valor de R\$ 50.180,00 (cinquenta mil cento e oitenta reais)
102 dividido em três parcelas mensais de R\$16.726,66 (dezesseis mil setecentos e vinte e seis reais e
103 sessenta e seis centavos), para pagamento ao Hospital Santa Isabel, com recursos da Gestão Plena
104 do Sistema Estadual. Nesse mesmo item Dra. Lilian informou que se encontrava também com
105 solicitações do município de Juazeiro do Norte referente à debito com a Casa de Saúde Santo
106 Inácio no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) e do município de Cascavel, porém em
107 situação diferente de Senador Pompeu, já que aqueles extrapolaram os tetos dos respectivos
108 municípios. Colocou os dois pedidos à apreciação da plenária informando que a SESA está
109 analisando os prontuários do município de Cascavel bem como a situação apresentada pela Casa
110 de Saúde Santo Inácio de Juazeiro do Norte. A CIB/CE decidiu que o pedido de Cascavel será
111 apreciado após a conclusão da análise dos Prontuários e o de Juazeiro será apreciado na próxima
112 Bipartite. **Item 9 - Informes: 9.1- Apresentação do novo membro da CIB/CE - Dr. Mário**
113 **Lúcio** apresentou o Dr. José Neto Maia, Secretário de Saúde de Horizonte como membro
114 suplente da Bipartite, representando os municípios de pequeno porte, em substituição à Dra.
115 Carmem Lúcia Rios Osterno, ex-secretária de saúde de Marco. Informou também que o
116 COSEMS está funcionando nas instalações da SESA e destacou que essa condição amplia as
117 possibilidades de agilizar as demandas dos municípios. Fez referência sobre os vários problemas
118 porque passam os municípios, alguns dos quais criados pelo governo estadual, principalmente
119 com relação ao atraso nos programas Dentista da Família, Saúde Mais Perto de Você, atrasos nos
120 pagamentos aos fornecedores de medicamentos, às AIHs, o FAEC, entre outros, que criam
121 dificuldades para os gestores municipais no cumprimento das suas responsabilidades. Disse que o
122 governador já está a par da situação, mas sugeriu, que juntos, Estado e Municípios, na condição
123 de parceiros do Sistema, devem trabalhar coordenados, para amenizar as dificuldades que hoje
124 enfrentam. **Dra. Lilian** informou que parte dos atrasos decorrem da vinculação dos recursos da
125 Gestão Estadual à Conta Única do Estado, mas que o Secretário Estadual da Saúde já teria levado
126 uma minuta de ofício ao governador, em que a SESA coloca todas as dificuldades geradas pelo
127 atraso nos repasses e solicita a desvinculação dos recursos da Gestão e da Vigilância Sanitária à
128 Conta Única do Estado. **Dr. Mário Lúcio** acha essa proposta coerente e coloca como posição dos
129 gestores municipais, através do COSEMS, que o Fundo Estadual de Saúde funcione de fato, que
130 seja administrado pelo gestor estadual e que os Fundos Municipais de Saúde recebam os repasses
131 dos recursos tão logo esses entrem na conta do FUNDES. Dra. Lilian colocou para a plenária a
132 proposta da desvinculação dos recursos da Fonte 83 repassados ao Fundo Estadual de Saúde,
133 destinados à Gestão Estadual do SUS, da Conta Única do Estado, devendo, os mesmos, serem
134 administrados pela SESA, sem intervenção da Secretaria da Fazenda Estadual. Os membros da
135 CIB/CE, presentes, concordaram com a proposição, que será formalizada através de Resolução.
136 **Dr. Policarpo** sugeriu que a Resolução fosse levada anteriormente ao CESAU para obter o apoio
137 daquele Colegiado. **9.2 – Prorrogação das Campanhas de Cirurgias de Catarata, Próstata,**
138 **Varizes e Retinopatia Diabética.** **Dra. Lilian** informou sobre as Portarias GM/MS1900, 1901,
139 1902 e 1903/03 que prorrogam, para janeiro de 2004, o prazo referente às Campanhas Nacionais
140 de Cirurgias Eletivas e a meta dos procedimentos correspondente ao período de outubro de 2003
141 a janeiro de 2004, respectivamente para as cirurgias de catarata, Redução da Cegueira decorrente

142 de Retinopatia Diabética, Cirurgias de Varizes e Cirurgias de Próstata. **9.3 – Parecer da**
143 **COVAC quanto às solicitações contidas na Resolução nº 006/03 do Conselho Municipal de**
144 **Saúde de Juazeiro do Norte.** Dra. Lilian informou à plenária sobre a parecer emitido no
145 processo nº 0004383993 que havia sido encaminhado à COVAC após discussão na CIB/CE de 12
146 de setembro/03 de uma série de questionamentos e solicitações formuladas na Resolução
147 Nº006/03 do Conselho Municipal de Juazeiro do Norte. Em seu parecer a Coordenadora da
148 COVAC reforça os argumentos dos representantes da SESA de que, pelo Sistema de Informações
149 Hospitalares não é possível verificar se o paciente foi referenciado com guia de referência.
150 Lembrou que fora definido pela CIB que os procedimentos clínicos, obstétricos e psiquiátricos
151 serão considerados de urgência, para os quais a apresentação da guia de referência é uma
152 recomendação e não uma exigência. Explicou que a Câmara de Compensação utiliza o CEP como
153 elemento identificador da procedência do paciente, de onde será retirado o recurso caso não
154 exista programação para aquele atendimento. Sobre o saldo não utilizado em referências
155 programadas e não realizadas Lilian informou que o mesmo permanece no município da
156 referência e acrescentou que caso o paciente seja atendido em outro município o recurso
157 correspondente será remanejado para o município que prestou o atendimento. Quanto ao
158 encaminhamento dos tetos em tempo exequível, informou que ficara decidido na CIB que as
159 planilhas seriam encaminhadas para análise nas CIB/MR antes da Coordenadoria de Controle e
160 Avaliação da SESA estipular o valor do teto dos municípios. **Mário Lúcio** sugeriu uma discussão
161 mais aprofundada sobre a Câmara de Compensação. **Dra Lilian** argumentou que a Câmara de
162 Compensação é uma necessidade para o Sistema e que pode ter o seu modo de funcionar revisto
163 por uma comissão e depois ser discutido na CIB. **9.4 - Proposta de alteração da Resolução**
164 **40/03.** A titular da COVAC, **Dra. Lilian** manifestou sua opinião sobre a Resolução nº 40/03 que
165 aprovou a alocação do recurso de R\$ 1.546.654,00 afirmando que não achou justa a forma como
166 o mesmo foi aplicado e que teria preparado uma nova proposta que poderia ser apreciada com
167 vistas a uma alocação mais equânime e que atingisse a todos os municípios, considerando que se
168 vinha trabalhando uma planilha de prioridade mais ampla e sugeriu uma nova avaliação dessa
169 distribuição para decidir se a CIB manteria a Resolução 40/03 ou se aprovaria uma proposta que
170 contemplasse um maior número de municípios. Expressou a sua posição contrária à alocação do
171 valor de R\$ 122.000,00 (cento e vinte e dois mil reais) para a recomposição dos tetos de
172 internação dos Municípios de Sobral e Brejo Santo, afirmando que existe prestador com demanda
173 reprimida em cirurgia cardíaca e hemodinâmica, tendo este último um percentual de exames
174 realizados com resultado normal abaixo da média mundial. Propôs à CIB que o recurso alocado
175 para o município de Sobral fosse redirecionado aos procedimentos de hemodinâmica e cirurgia
176 cardíaca, já que a assistência de alta complexidade é bastante deficitária na macrorregião de
177 Sobral. Outros membros também se manifestaram contrários à alocação do recurso adicional para
178 Sobral e Brejo Santo, tendo o conselheiro Fábio Landim transmitido mensagem enviada pela sua
179 suplente, Dra. Lúcia Helena Gondim, em que a mesma afirma não haver entendido a destinação
180 do recurso para Sobral e Brejo Santo e que não ficou satisfeita com essa decisão. **Dr. Mário**
181 **Lúcio** não concordou com a pactuação desse assunto naquela reunião, fez alguns comentários
182 sobre as dificuldades no entendimento e na discussão das planilhas referentes às revisões dos
183 limites financeiros nas últimas Bipartites e sugeriu como pauta para a próxima reunião do
184 Colegiado, a apreciação da nova proposta da COVAC de revisão dos tetos com base na Câmara
185 de Compensação de junho, julho e agosto/03, com implantação a partir de 1º de novembro/2003.
186 A plenária da CIB concordou com a sugestão apresentada pelo representante do COSEMS. Nada
187 mais havendo a tratar a CIB encerrou a reunião, cuja Ata, lavrada por mim, Célia Fonseca, foi
188 assinada pelos membros da CIB, presentes. Fortaleza, dezessete de outubro de dois mil e três.

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 18ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

Aos sete dias do mês de novembro do ano dois mil e três, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 17ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jurandi Frutuoso Silva, Presidente da CIB e Secretário da Saúde do Estado, Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças B. Peixoto, da COPOS; Antônio Paula de Menezes, do NUPLA/Planejamento em Saúde, Isabel Cristina da CODAS, Maria Vilauva Lopes do NUORG/CODAS e Jocileide Sales Campos, Coordenadora do GABSEC. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio Ramalho Martildes, Presidente do COSEMS, Carlos Alberto Komora Vieira, Secretário de Saúde de Maracanaú, Fernanda Coelho Secretária de Saúde de Crato, José Neto Maia, Secretário de Saúde de Horizonte, Aldrovando Nery Aguiar da SMS de Fortaleza, Rogério Teixeira Cunha, Secretário de Saúde de Umirim e Lúcia Helena G. Castro, Secretária de Saúde de Jaguaribe. Como convidados: Getúlio Barros da SMS de Brejo Santo; Sílvia Regina do COSEMS; João Fortes Maciel da SMS de Fortaleza; Maria Guaracy de Queiroz da SMS de Canindé; Leni Lúcia L. Nobre da SMS de Maranguape; Maria de Fátima Feitosa da SMS de Cruz; Fco. Evandro T. Lima da SMS de Aquiraz; Maria Ivonete Dutra Fernandes da SMS de Quixadá; Kedimam Célis B. Bastos, da CERES de Canindé; Evaldo Sales Costa da SMS de Maranguape e Marielda Ferreira do Hospital de Cascavel. A Assembléia foi aberta e presidida por Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos apresentando o **Informe Único – Portaria 1928/GM de 09/10/2003 aprova pagamento de incentivo adicional para ao municípios com CAPSad implantados e habilitados**. Informou que a Portaria acima inclui no teto financeiro do município de Sobral, excepcionalmente na competência de setembro/03 o valor do incentivo adicional de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) mensais concedido pela Portaria GM/Nº816/2002 aos Municípios e Estados que implantaram Centro de Atenção Psicossocial atendimento de dependentes de álcool e drogas, ou adequaram os já existentes. Acrescentou que o CAPSad de Sobral se enquadra nessa condição e por isso o faz jus ao incentivo mensal de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). Em seguida anunciou o **Item 1 – Projeto Estadual de Humanização**. Dra. Isabel introduziu o assunto colocando o organograma da CODAS - Coordenadoria de Atenção à Saúde, para mostrar como se inserem as atividades do Projeto Estadual de Humanização, naquela Coordenadoria. Apresentou a Dra. Anatólia para expor o Programa, informando que a mesma é representante da SESA no Ministério da Saúde junto ao Programa Nacional de Humanização e é a Coordenadora do Projeto Estadual de Humanização do Ceará. **Dra. Anatólia** cumprimentou os presentes e comentou sobre a forma participativa como o Projeto foi retomado na SESA, chamando a atenção para a importância de toda a sociedade se engajar nesse trabalho para a melhoria da qualidade de vida e uma saúde mais digna. Em seguida, fez um histórico do processo de Humanização dos Serviços desde 1998, com o Projeto de Melhoria do Atendimento ao Usuário-Cidadão nas Unidades do Sistema SESA e em 2000 a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH. Mostrou a evolução do processo através das fases do PNHAH NE I e II, até chegar à concepção de uma Política Estadual de Humanização para o SUS, cujo processo de implantação no Ceará, se iniciou com os dois Seminários de Humanização da Atenção à Saúde em maio/03 e junho/03, respectivamente, e se concretizará com a implantação do Projeto Estadual de Humanização da Atenção à Saúde e da Gestão dos Serviços no SUS, em cuja solenidade será apresentado o documento de Direitos e Deveres da Pessoa Hospitalizada no Ceará. Antes de abrir as discussões, **Dra. Vera Coelho** colocou que a implantação do Projeto ocorrerá se houver a adesão municipal,

48 e sugeriu que os gestores opinassem sobre a proposta apresentada de forma que a CIB pudesse
49 decidir sobre o Projeto. **Dr. Jurandi Frutuoso**, destacou a humanização do atendimento como
50 uma preocupação do Estado do Ceará e afirmou que a mudança de comportamento na forma de
51 acolher e tratar os pacientes nas unidades de saúde é fundamental para melhorar a credibilidade
52 dos serviços do Sistema Único de Saúde. Disse que o Programa é um desafio para os gestores,
53 pois se trata de uma política que deve ser incorporada à rotina do atendimento. Convocou as
54 pessoas a participarem do lançamento do Projeto e sugeriu que se iniciassem as ações de
55 humanização colocando na entrada dos hospitais, pessoas preparadas, educadas e com atitudes
56 acolhedoras. Finalizou sua participação informando que no compromisso do Estado em ampliar o
57 atendimento estaria inaugurando mais 30 leitos de UTI, sendo 16 no Hospital de Messejana e 14
58 no HGF, no próximo dia 18 de novembro de 2003, quando será lançada a Cartilha do Paciente e
59 convidou a todos para a solenidade de inauguração. **Dr. Mário Lúcio** se manifestou informando
60 que o COSEMS participou da elaboração desse projeto de humanização. Disse que a política de
61 humanização deve extrapolar o âmbito do hospital para se tornar uma cultura no atendimento aos
62 usuários do SUS. Sugeriu a aprovação do Projeto, e destacou a importância do comparecimento
63 dos Secretários de Saúde e Prefeitos na solenidade de implantação da Política Estadual de
64 Humanização, reforçando o convite do Sr. Secretário da Saúde do Estado. **Irmã Blanda**,
65 parabeniza o Estado pela iniciativa, mas ressalta as dificuldades de operacionalização,
66 principalmente no setor de Emergência. **Dra. Jocileide** coloca que o grande desafio é a
67 ampliação do programa para todo o Sistema e afirma que o papel da SESA deve ser de apoiar os
68 municípios no desenvolvimento desse projeto. **Dr. Aldrovando** ressalta o trato dos profissionais
69 com os usuários como o ponto crítico do Sistema e fala da influência do relacionamento no
70 tratamento da doença do paciente. **Dr. Evandro** disse que na Atenção Básica, o PSF conta com o
71 PROQUALI que tem itens que abrangem o aspecto da humanização, mas na área hospitalar não
72 tem nada construído nesse sentido. **Dra. Lúcia** indaga se os Conselhos de Classe estão
73 envolvidos e como se dará a operacionalização do dia-a-dia e se a Micro irá apoiar esse processo.
74 **Dra. Anatólia** respondeu afirmando que o PEH precisa da participação e do apoio de todos.
75 Concluídas as manifestações o assunto foi posto à consideração da plenária da **Bipartite** que
76 aprovou o Projeto Estadual de Humanização, conforme foi apresentado. **Dra. Vera** lembrou que
77 a 1ª iniciativa em colocar para a sociedade, de forma transparente, os seus direitos no Sistema
78 Único de Saúde e os deveres do Estado na garantia desses direitos foi do atual Governador,
79 quando Secretário de Saúde do Estado, em 1992. Afirmou que essas iniciativas por si só não são
80 suficientes para realizar o que propõem Por isso é necessário que haja um envolvimento maior
81 entre Estado e Municípios para que esse processo de humanização aconteça de fato. **Item 2 –**
82 **Apresentação do Termo de Compromisso da Atenção Primária** – **Dra. Isabel** esclareceu que
83 o Termo de Compromisso é um instrumento de apoio à gestão da Atenção Básica e que é produto
84 de um processo de informação e capacitação que vem sendo realizado há dois anos, mediante a
85 Cooperação Técnica do DFID, através de uma consultoria de profissionais da Espanha com o
86 envolvimento de técnicos de várias áreas da SESA e que desse estudo teriam sido selecionadas
87 quatro tarefas para serem desenvolvidas: o Termo de Compromisso, a Construção e Elaboração
88 das Normas Técnicas para o PSF, o Prontuário Familiar e o Desenvolvimento do PROQUALI.
89 Disse que o referido instrumento passou por várias instâncias, teve a participação do COSEMS,
90 de vários municípios, dos Coordenadores do PSF e dos Orientadores de CERES, e que vem
91 sendo aperfeiçoado de forma muito participativa. Passou então a palavra à **Dra. Mércia**, técnica
92 do NUORG, que informou que o documento havia sido avaliado, tanto pela Assessoria Jurídica
93 da SESA como pela COVAC e que o mesmo teria sido enviado para todos os municípios e
94 Células Regionais de Saúde. Disse que o objetivo do Termo de Compromisso é apoiar a reforma

95 da Atenção Primária no Ceará e que a sua aplicação visa a melhoria da saúde, a participação da
96 população, a utilização adequada dos recursos disponíveis e a garantia da oferta dos serviços
97 realizados pelo Programa de Saúde da Família e que é formatado como um contrato, cujas
98 condições devem ser conhecidas pelas partes para estarem seguras do que podem ou não atender.
99 Citou as onze Cláusulas do Termo, mas se deteve apenas nas obrigações dos municípios e da
100 SESA. Falou sobre um incentivo que será concedido ao município, através das Equipes do
101 Programa Saúde da Família que apresentarem melhores desempenhos no PROQUALI e no Pacto
102 da Atenção Básica e que a SESA deverá também instituir uma premiação, através de repasse de
103 recursos ou doação de bens para os municípios que apresentarem os melhores resultados na
104 avaliação do elenco de serviços, na implantação da metodologia e melhoria da qualidade.
105 Informou que no próximo ano será construído, com os municípios, o Termo de Compromisso
106 entre as Secretarias Municipais e as Equipes de Saúde da Família e acrescentou que a vigência do
107 Termo de Compromisso da Atenção Primária é de um ano, com previsão de início para 1º de
108 janeiro de 2004. Iniciadas as discussões **Dr. Mário Lúcio** afirmou que o Termo de Compromisso
109 é um diferencial que o Estado está colocando à disposição dos municípios para trabalharem a
110 qualidade da Atenção Básica, mas reclamou pela pequena participação dos municípios na
111 elaboração desse documento e propôs que o mesmo não fosse aprovado naquela reunião para que
112 pudesse ser analisado de forma mais ampla pelos municípios. Comentou sobre o modelo do novo
113 Prontuário, que na sua opinião teria sofrido influência corporativista e por isso teria ficado
114 bastante extenso, devendo, portanto ser rediscutido. Disse que os municípios estão saturados de
115 responsabilidades e defende a livre adesão ao Termo de Compromisso proposto. Finalizou,
116 pedindo esclarecimentos sobre o financiamento dos prontuários e sobre os critérios de premiação
117 dos municípios. **Dr. Jurandi** disse que o foco do Termo de Compromisso não é o prêmio mas a
118 qualidade do serviço, chamando atenção para a existência de muitas unidades que funcionam
119 sem as mínimas condições de atendimento, com equipes de PSF totalmente irregulares e que o
120 Estado tem sido complacente quanto à punição desses municípios. Sobre o financiamento dos
121 prontuários afirmou que o Estado já os financia dentro do recurso que aloca para a Atenção
122 Básica. **Dr. Jocileide** disse que o que ficou no prontuário foi fruto de um processo de elaboração,
123 num período de seis a oito meses e que não há excesso, as informações são necessárias para um
124 bom acompanhamento técnico. **Dr. Aldrovando** sugeriu que se reveja, quando se tratar de
125 município de grande porte, não só o percentual de cobertura, que pode ser discutida no momento
126 de firmar o Termo, mas de ver a possibilidade de se trabalhar com outra estratégia para avaliar a
127 atenção básica, que não seja a mesma que avalia a organização pelo PSF em municípios de
128 pequeno e médio porte.. **Dr. Evandro** sugeriu ainda que o Termo de Compromisso seja
129 incorporado como item de avaliação do Pacto UNICEF. Terminadas as discussões, **Dra. Vera**
130 arguiu à plenária sobre a sugestão do COSEMS da não aprovação do Termo de Compromisso
131 naquela reunião mas dar um tempo aos municípios para o aprofundamento da discussão. A **CIB**
132 concordou com a proposta do COSEMS ficando já marcada uma reunião com os gestores e o
133 COSEMS no próximo dia onze, para a discussão do assunto. **2.1 Acréscimo da Norma**
134 **Operacional do PSF.** **Dra. Vilauva** colocou que após a divulgação da Norma Operacional do
135 PSF, teria sido abordada por gestores que chamaram atenção sobre a falta do item que trata da
136 forma de comprovação da regularidade das Equipes de PSF. Explicou que o mesmo teria sido
137 retirado da proposta aprovada no Fórum mas que deveria ser acrescentado pois recebera denúncia
138 do Conselho Regional de Medicina que haviam pessoas que estariam trabalhando em equipes de
139 PSF sem o registro no Conselho. Assim propôs a seguinte redação para o item 15 referente ao
140 Monitoramento : *•Para comprovar o funcionamento de cada ESF e ESB o município encaminhará para CERES*
141 *até o dia 05 (cinco) de cada mês o disquete do SIAB e o “Atesto” com a relação nominal dos profissionais e seu*

142 *respectivo número de inscrição no Conselho de Classe; incluindo na relação todos os ACS do PSF ou do PACS. •A*
143 *CERES (Célula Regional de Saúde) abrirá o disquete no Sistema Alternativo (FOCUS) criado pelo Núcleo de*
144 *Informática da SESA e se houver inconsistência entre as informações contidas no disquete e a realidade constada*
145 *pelos técnicos da CERES, o município levará o disquete de volta para as correções necessárias. Obs: A data 05*
146 *(cinco) de cada mês não poderá ser adiada. •A Coordenação Estadual do PACS/PSF receberá as informações da*
147 *CERES e caso tenha sido detectada “irregularidades” enviará um documento ao Ministério da Saúde (DAB/MS).*
148 *•De igual maneira será preenchido um documento que será enviado ao município comunicando a situação*
149 *“irregular” encontrada. •Em ambas as situações descritas acima, a CIB Estadual será comunicada, devendo ser*
150 *apostas aos documentos as assinaturas do Presidente e Vice-Presidente. •Deverá para os casos de ausência de*
151 *profissional ser respeitado o prazo de 60 (sessenta) dias , conforme contemplado na revisão da portaria 1886 em*
152 *fase de elaboração pelo MS. Em seguida apresentou os formulários que serão encaminhados ao*
153 *Ministério da Saúde e aos Secretário Municipais de Saúde comunicando irregularidades das*
154 *Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal. Dr. Jurandi sugeriu que, a fim de fortalecer a*
155 *posição do Secretário, esse documento deveria ser encaminhado ao Secretário Municipal de*
156 *Saúde com cópia para o Prefeito. A Bipartite acatou as informações e autorizou a incorporação*
157 *do item 15 – Monitoramento - ao corpo da Norma Operacional do PSF aprovada na Bipartite.*
158 **Item 3 – TRS – Centro de Doenças Renais e Hipertensão Arterial de Quixadá solicita**
159 **pagamento de diferença de procedimentos excedentes nos meses de março, abril e maio/03 .**
160 **Dra. Vera** apresentou a solicitação do Centro de Doenças Renais e Hipertensão Arterial de
161 Quixadá, encaminhada à CIB através do processo nº 03288244-0 com análise da COVAC que
162 informa que o valor devido pela produção excedente em Terapia Renal Substitutiva do Centro de
163 Doenças Renais e Hipertensão Arterial de Quixadá, nos meses citados somam o valor de R\$
164 3.569,40 (três mil quinhentos e sessenta e nove reais e quarenta centavos) e que não foi pago por
165 haver extrapolado o teto financeiro da unidade. Colocada à apreciação da plenária, a CIB,
166 autorizou à SESA proceder o repasse de R\$ 3.569,40 (três mil quinhentos e sessenta e nove reais
167 e quarenta centavos) ao FMS de Quixadá com vistas ao pagamento do débito com o prestador
168 em referência, quando houver disponibilidade financeira. **Item 4 – MS – Departamento de**
169 **Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas encaminha processo de Juazeiro do Norte**
170 **para análise e reavaliação do Teto de Urgência e Emergência.** **Dra. Vera Coelho** apresentou
171 processo remetido à SESA pelo Ministério da Saúde com vistas à análise pela CIB/CE de
172 reavaliação do teto financeiro do município de Juazeiro do Norte. Esclarece que em documento
173 enviado ao Ministério juntamente com relatório de Auditoria Analítica realizada em prontuários
174 de pacientes atendidos na Clínica Santo Inácio, o Médico Auditor de Juazeiro do Norte identifica
175 um elenco de problemas relacionados à insuficiência de recursos financeiros para o atendimento
176 médico hospitalar de Urgência/Emergência, pagamento aos hospitais por atendimentos
177 excedentes, redução de internações sem considerar a população flutuante, entre outros, e solicita
178 orientação e providências. Esclareceu que, o Ministério da Saúde, através da Coordenação –
179 Geral de Controle de Serviços de Sistemas fez um estudo da situação de Juazeiro do Norte e
180 concluiu que o município havia apresentado gastos inferiores ao seu teto financeiro e portanto
181 haveria saldos do ano de 2002, e de janeiro a abril de 2003 nos valores de R\$775.473,80 e
182 R\$336.466,69, respectivamente. Dr. Komora sugeriu que fosse ouvido o município com vistas a
183 fornecer esclarecimentos adicionais. Dr. Mário Lúcio propôs discutir o assunto na próxima
184 Bipartite com a presença do representante do município de Juazeiro do Norte. Dra. Vera alertou
185 os gestores quanto à prioridade do pagamento dos prestadores do setor complementar,
186 informando que a NOAS prevê que se essa obrigação não for cumprida o município poderá ser
187 desabilitado. A Bipartite acordou que a apreciação do pedido de revisão do teto de Urgência e
188 Emergência de Juazeiro do Norte seria discutida na reunião do dia 14 de novembro de 2003 com
189 a presença do representante do referido município. **Item 5 - COVAC solicita autorização para**

190 **proceder o pagamento de R\$ 39.327,00 (trinta e nove mil trezentos e vinte e sete reais ao**
191 **município de Cruz em virtude de erro na computação dos dados do Sistema.** Dra Vera
192 apresentou a solicitação da COVAC, que informa que durante os meses de julho, agosto e
193 setembro de 2003 os pacientes referenciados de Jijoca de Jericoacoara para o município de Cruz
194 foram computados no Sistema como se fossem demanda local desse município, o qual deixou de
195 receber, naquele período a quantia de R\$ 39.327,00 (trinta e nove mil trezentos e vinte e sete
196 reais) e que na movimentação da Câmara de Compensação de novembro os dados serão
197 computados corretamente. Acrescenta que segundo a Coordenadora da COVAC existe
198 disponibilidade de recursos no Teto Financeiro do Estado para atender o pagamento em questão.
199 A CIB autorizou o Estado a repassar ao Fundo Municipal de Saúde de Cruz a quantia de
200 R\$39.327,00 (trinta e nove mil, trezentos e vinte e sete reais), para pagamento dos serviços
201 prestados na assistência de pacientes referenciados do município de Jijoca de Jericoacoara. **Item**
202 **6 – COVAC Solicita Autorização para proceder desconto no teto do mês de novembro dos**
203 **municípios de Guaraciaba do Norte, Mombaça, Maranguape, São Gonçalo do Amarante e**
204 **Viçosa do Ceará.** Dra. Vera colocou que a Coordenadoria de Controle e Avaliação da SESA
205 solicitou efetuar o desconto nos tetos de novembro dos municípios acima referidos,
206 argumentando que os municípios de Guaraciaba do Norte, Mombaça, Maranguape, São Gonçalo
207 do Amarante e Viçosa do Ceará, foram habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal em
208 agosto de 2003 e como tal receberam recursos Fundo a Fundo, conforme preceitua a NOAS
209 01/2002. Como a Portaria Ministerial Nº 1.680/03, que habilitou aqueles municípios, só foi
210 publicada no dia 28 de agosto de 2003 os seus gestores ficaram inseguros quanto ao
211 processamento das internações hospitalares e o Estado concordou em pagar as AIH's do mês de
212 agosto/03, com a condição do devido ressarcimento por parte dos citados municípios, o que não
213 aconteceu, deixando a SESA sem condições de pagar os prestadores do SIA que se encontram
214 sob sua gestão. O **Representante do Secretário de Saúde de Maranguape** disse que o
215 município não se nega a fazer o ressarcimento porém alega que ainda não o fez devido à
216 dificuldades técnicas no setor contábil do Município. **Dr. Mário Lúcio** sugeriu que a CIB
217 concedesse o prazo de até 30 (trinta) dias após a data da Resolução para os municípios
218 procederem o ressarcimento ao Estado e, caso o mesmo não fosse efetuado no prazo estipulado, a
219 SESA deveria proceder o desconto dos valores devidos no teto do mês subsequente. A CIB/CE
220 concordou com a sugestão do representante do COSEMS e resolveu conceder o prazo de 30 dias
221 a contar da data da Resolução, para os municípios efetuarem o depósito dos valores devidos, na
222 conta do Fundo Estadual de Saúde. **Item 7 – COVAC Apresenta Relatório de Auditoria de**
223 **Reavaliação do CARA (Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria) do município de**
224 **Capistrano** Dra. Vera expôs a situação referente ao CARA do município de Capistrano retratada
225 no Relatório de Visita realizada àquele município em 23 de setembro de 2003 que concluiu, pelos
226 pontos críticos identificados, que o Município de Capistrano, naquele momento não preenchia os
227 requisitos e as responsabilidades previstas na NOAS – SUS 01/2002 para permanecer na
228 condição de GPSM caso não eliminasse as pendências enumeradas no referido relatório, no
229 prazo de sessenta dias contados da data do recebimento da cópia do documento pelo gestor
230 municipal. Dra. Vera explicou que o assunto foi colocado em pauta tendo em vista que se no
231 prazo de sessenta dias as pendências não forem regularizadas o assunto voltará à CIB para tratar
232 da desabilitação do município da Gestão Plena do Sistema Municipal. **Item 8 – Proposta de**
233 **Revisão dos Limites Financeiros da Assistência** Dra. Vera Coelho comunicou aos presentes
234 que este item estaria saindo de pauta a pedido do COSEMS. Informou também que a proposta
235 dos tetos financeiros referente ao mês de setembro, encaminhada ao MS não teria sido avaliada
236 em tempo hábil por razões de mudança na equipe da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS que

237 já estava familiarizada com o assunto. Mas disse que o compromisso assumido pela SAS é de que
238 o Ministério vai pagar o valor adicional de forma complementar. Acrescentou que o Ministério
239 teria questionado a alocação do recurso adicional de R\$ 122.000,00 para Terapia Renal
240 Substitutiva, alegando que estaria em pauta na Tripartite a discussão sobre o acréscimo dos tetos
241 dos Estado para a TRS, mas que, pela avaliação do Ministério não existia nenhuma dívida do
242 Estado do Ceará com relação a TRS na conta do FAEC e portanto pede que a CIB reconsidere a
243 alocação autorizada pela Resolução 40/03 e que o valor seja alocado a outras áreas deficitárias.
244 Dra. Vera identificou as áreas de hemoterapia, neurocirurgia e oncologia como críticas e colocou
245 à decisão da plenária. Explicou que o Ministério não vê débito na TRS do Ceará deve ser pelo
246 fato do município só informar a produção no limite programado. Dr. Mário Lúcio sugeriu alocar
247 o recurso em apreço para a assistência em oncologia. Komora sugeriu comunicar ao MS a
248 discrepância sobre a realidade da situação da TRS no Ceará. A CIB aprovou a alocação do valor
249 adicional de R\$ 122.000,00 (cento e vinte e dois mil reais) para a área de Oncologia. **Item 9 -**
250 **Qualificação de Equipes de PSF e Saúde Bucal.** Dra. Vera colocou para a Bipartite os pedidos
251 de qualificação de Equipes de PSF e de Saúde Bucal, todos com parecer favorável da
252 CODAS/NUORG ao acréscimo de **uma (1) Equipe de Saúde da Família**, para Chaval e **Trinta**
253 **e três(33) Equipes de Saúde Bucal**, conforme segue: **uma** para Tejuçuoca, **duas** para São
254 Gonçalo do Amarante, **duas** para Aratuba, **três** para Forquilha, **uma** para Nova Russas, **quatro**
255 para Icó, **uma** para Jucás, **uma** para Guarimiranga, **uma** para Guaraciaba do Norte, **uma** para
256 Pentecoste, **sete** para Barbalha, **duas** para Itapiúna, **seis** para Horizonte e **uma** para Chaval. A CIB
257 aprovou os pleitos dos municípios acima citados. Ao final da reunião **Dra. Vera** chamou a
258 atenção para os municípios de Baturité, Crato, Jaguaribe, Maranguape e Sobral que na revisão
259 dos limites tiveram perda acima de R\$ 10.000,00 nos tetos de internação e os municípios de
260 Baturité, Cascavel, Iguatu, Quixadá e Juazeiro do Norte, que também sofreram perdas no teto de
261 ambulatório, para comparecerem à COVAC afim de obterem esclarecimentos sobre essa perda
262 antes do dia 14 de novembro quando será pactuada a proposta da revisão dos limites financeiros
263 da média complexidade em internação e ambulatório. Nada mais havendo a tratar a CIB/CE deu
264 por encerrada a reunião cuja Ata, lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos membros,
265 presentes. Fortaleza, sete de novembro de dois mil e três.

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 19ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

Aos quatorze dias do mês de novembro do ano dois mil e três, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 17ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jurandi Frutuoso Silva, Presidente da CIB e Secretário da Saúde do Estado, Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças B. Peixoto, Coordenadoras da COPOS; Ismênia Maria Ramos e Antônio Paula de Menezes, do NUPLA/Planejamento em Saúde; Isabel Cristina Coordenadora da CODAS, Maria Vilauva Lopes do NUORG/CODAS, Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC e Jocileide Sales Campos, Coordenadora do GABSEC. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio Ramalho Martildes, Presidente do COSEMS, Carlos Alberto Komora Vieira, SMS de Maracanaú e Fernanda Coelho SMS de Crato, Como convidados: Evaldo Sales Costa da SMS de Maranguape; Francisco Carlos Uchoa de Maracanaú; Maria de Fátima Feitosa, do município de Cruz; Olímpia Maria Freire de Azevedo, SMS de Aratuba; Getúlio Barros da SMS de Brejo Santo; Maria Aparecida Mendes Costa e Marizete Ximenes Lima da SMS de Fortaleza; Sílvia Regina do COSEMS; Maria Ivonete Dutra Fernandes da SMS de Quixadá; Rubens Matias Duarte da SMS de Juazeiro do Norte; Anna Vicente Santiago e Maria Dilma da Silva da SMS de Sobral. A Assembléia foi aberta e presidida por Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos apresentando o **item 1: MS - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas encaminha processo de Juazeiro do Norte para análise e reavaliação do teto de Urgência e Emergência do município.** Explicou que o assunto teria sido abordado na reunião do dia 07 de novembro de 2003, quando teria sido exposto para a plenária o elenco de situações relatadas pelo auditor da Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte, em documento que aquela Secretaria enviara ao MS. Naquela ocasião a plenária da Bipartite decidiu que fosse convidado um representante do município de Juazeiro do Norte para explicar sobre a existência de saldo na conta do município e esclarecer a respeito da solicitação de pagamento à Clínica Santo Inácio. Passou a palavra inicialmente para a coordenadora da COVAC para fornecer maiores esclarecimentos sobre o assunto. **Dra. Lilian** afirmou que teria participado de Audiência Pública onde fora discutida a situação da assistência médico-hospitalar de Urgência e Emergência de Juazeiro do Norte que reclama a necessidade de recurso adicional sob a alegação da existência de população flutuante naquele município. Disse que naquela ocasião teria argumentado que não existe recurso específico para assistência de população flutuante e que a SESA trabalha com os tetos definidos na PPI, de forma igualitária para todos os municípios, não tendo portanto de onde tirar recurso para atender a solicitação em pauta. Questionou a existência dos saldos na conta do município por entender que os valores identificados pelo Ministério da Saúde tenham sido utilizados com serviços cuja produção não foi apresentada. Informou que a SESA está providenciando uma auditoria, atendendo pedido da Câmara de Vereadores de Juazeiro, e em face disso orientou ao representante do município como proceder para comprovar a aplicação dos saldos do teto financeiro no ano de 2002 e de janeiro a abril de 2003. Passou a palavra ao Sr. Rubens, representante da SMS de Juazeiro do Norte que informou que a Secretaria de Saúde daquele município teria recebido da Casa de Saúde Santo Inácio solicitação de pagamento referente a 237 atendimentos, em sua maioria de Urgência e Emergência, autorizados pela gestão anterior e pela gestão atual, e que o

48 médico auditor da Secretaria de Saúde de Juazeiro, Dr. Mário Estima teria feito uma análise
49 daqueles atendimentos, realizados em 1998, 1999, 2000 e 2001, através de auditoria nos
50 prontuários dos pacientes e cujo relatório teria sido encaminhado à SESA pelo próprio
51 hospital com o pedido de acréscimo ao teto para cobrir as despesas com a assistência
52 prestada. Informou ainda que ao tomar conhecimento desse relatório, levou-o ao Secretário
53 de Saúde de Juazeiro que informou a decisão de que o município irá pagar o débito com a
54 Casa de Saúde Santo Inácio, de forma parcelada, tendo, para tanto, solicitado o
55 levantamento da dívida mês a mês. Sobre a comprovação dos gastos com o saldo
56 identificado pelo Ministério, disse que fará o levantamento dos balancetes mensais da
57 receita e da despesa, no período de janeiro de 2002 a abril de 2003, com os comprovantes
58 de pagamento de cada prestador para apresentação na CIB/CE. A plenária decidiu que
59 CIB/CE responderá ao Ministério da Saúde informando que o Município de Juazeiro do
60 Norte, através da Secretaria de Saúde, se comprometeu em saldar o débito com a Casa de
61 Saúde Santo Inácio e que em relação à comprovação dos gastos com o saldo do recurso do
62 teto financeiro do município identificado pelo Ministério o município de Juazeiro irá
63 apresentá-la à CIB/CE na próxima reunião prevista para o dia 28 de novembro de 2003.

64 **Item 2: Proposta de Revisão do Limite Financeiro para Assistência referente à**
65 **competência de dezembro de 2003.** Dra. Vera iniciou a apresentação do item com a
66 distribuição das cópias das planilhas dos Limites Financeiros aos membros da CIB, e
67 passou à explanação da proposta começando com a informação dos valores dos Recursos
68 Federais para Assistência relativos a dezembro de 2003, onde mostra que o Teto do Ceará é
69 da ordem de R\$37.891.933,00, sendo que 80,5% desse valor se destinam à Gestão
70 Municipal, 19,5% para a Gestão Estadual, dos quais, 16,0% vão para os Municípios em
71 Gestão Plena da Atenção Básica e 3,5% são destinados às Ações Exclusivas da SESA. Em
72 seguida apresentou as planilhas com as Propostas de Limite Financeiro para Internação e
73 Ambulatório (Média Complexidade) mostrando a análise comparativa entre o teto de
74 setembro de 2003 e o teto proposto para dezembro de 2003, que resultou num valor
75 correspondente à perda ou acréscimo para cada um dos municípios de GPSM, conforme os
76 seus desempenhos relativamente às referências encaminhadas e recebidas, com base na
77 Câmara de Compensação e nas Câmaras de Regulação em funcionamento nas CERES.
78 Mostrou que o Teto Geral do mês de setembro para Internação não sofreu alteração
79 permanecendo em R\$15.894.315,00. Quanto à movimentação dos Tetos de Ambulatório,
80 mostrou que houve um acréscimo de R\$286.538,00 ao teto de dezembro que fica em
81 R\$8.531.850,00. Assim o Limite Financeiro Global da Média Complexidade, totaliza no
82 valor de R\$ 24.426.165,00 cuja planilha mostra a situação de cada município com relação
83 às perdas e acréscimos de recursos nos seus tetos financeiros de Internação e Ambulatório
84 juntos. Mostrou que no balanço geral o Teto da Gestão Plena do Sistema Municipal
85 cresceu em R\$286.538,00, valor esse equivalente à perda da Atenção Básica em
86 Assistência Ambulatorial de Média Complexidade. A seguir apresentou os Tetos dos
87 Municípios em GPSM nas áreas de Ambulatório e Internação da Média Complexidade,
88 considerando População Própria e População Referenciada, cuja soma das duas variáveis
89 indica o valor do limite financeiro do município e no total geral somam o montante de R\$
90 24.426.165,00. Chamou atenção para os totais das duas formas de apresentação, pois
91 embora tenham sido feitas em lógicas diferentes apresentam resultados iguais. Sobre os
92 limites financeiros da Alta Complexidade, Dra. Vera informou que os valores de dezembro
93 de 2003 são iguais aos de setembro de 2003, tendo sido acrescido em relação ao mês de
94 junho o valor de R\$122.000,00, aprovado na Resolução Nº 50/03 da CIB para incorporar

95 os tetos dos municípios de Barbalha, Fortaleza e Sobral, na área de Oncologia
96 Ambulatorial, nos valores respectivos de R\$12.200,00 (doze mil e duzentos reais)
97 R\$103.700,00 (cento e três mil e setecentos reais) e R\$6.100,00 (seis mil e cem reais).
98 Abertas as discussões, Dr. **Mário Lúcio** destacou a apresentação da Proposta da Revisão
99 dos Limites Financeiros feita pela Dra. Vera como tendo sido a mais organizada, coerente
100 e clara e parabenizou os técnicos que participaram da sua elaboração. Solicitou à COVAC
101 para na próxima revisão ampliar a base de dados de avaliação para garantir uma maior
102 aproximação da realidade. **Ivonete** concordou com o Mário Lúcio e achou importante que
103 os relatórios tivessem passado pelas Microrregionais, pois tiveram tempo de analisar e
104 recorrer sobre as referências. **Evaldo** reclamou que o tempo para análise do relatório de
105 Maranguape foi muito curto, não dando para fazer uma avaliação. **Ana Márcia** acha que na
106 Câmara de Compensação o município pólo tem que ser visto de forma diferente, pois
107 hospitais de municípios pequenos em precárias condições de funcionamento, realizam
108 atendimento, prejudicando os municípios pólos. Sugere que as CERES tenham um Serviço
109 de Controle e Avaliação para impedir que essa situação aconteça. **Lilian** informa que as
110 CERES não estão impedidas de fazer essa intervenção e que quando as 21 Centrais de
111 Regulação forem implantadas, grande parte desses problemas serão resolvidos. Afirma que
112 se o procedimento é eletivo tem que ser autorizado pelo gestor, e que os hospitais que
113 recebem referências sem autorização devem ser penalizados. **Julio** diz que Caucaia
114 necessita de CPI pois os serviços privados estão cobrando da população e ressalta que o
115 valor das referências para Fortaleza nunca se modifica, mesmo aumentando o atendimento
116 local. **Dra. Jocileide** dá um destaque para o trabalho que foi feito e reforça a iniciativa de
117 descentralização para as CIB Microrregionais e CERES. **Rubens** parabeniza a SESA pela
118 descentralização mas tem dúvida sobre a apelação dos municípios e indaga se houve
119 alteração dos tetos em função deste fato. Dra. **Lilian** informa que não recebeu nenhuma
120 apelação para ser avaliada pela CIB. Terminadas as discussões a **plenária da Bipartite**
121 aprovou a Proposta de Revisão dos Limites Financeiros apresentados pela SESA. Após a
122 apresentação desse item, **Dra. Vera** colocou para os membros da CIB a sugestão da
123 COVAC, quanto à possibilidade da transferência do recurso adicional, alocado ao teto de
124 Sobral, através da Resolução nº 40/03, para Hemodinâmica e Cirurgia Cardíaca. **Dra.**
125 **Jocileide** acha mais adequado criar uma comissão pra fazer um estudo da alta
126 complexidade e poder ter mais segurança para decidir. **Dra. Ana Márcia** diz que o
127 hospital do coração é referência e relata uma situação sobre um paciente de Tianguá que foi
128 atendido como “contribuinte voluntário” ao qual teria sido cobrado o valor de três mil reais
129 pelos procedimentos e que ela teria entrado em contato com a SMS de Sobral no intuito de
130 resolver o problema, já que o paciente não dispunha daquela quantia. **Dr. Mário Lúcio**
131 argumentou através da informação do Dr. Odorico de que Sobral está pagando todos os
132 procedimentos de alta complexidade e que o Estado do Ceará é o único que retira recursos
133 da Média Complexidade para a Alta Complexidade e reforçou a necessidade do estudo
134 sobre a situação dessa assistência, conforme sugestão da Dra. Jocileide. Depois dessa
135 intervenção a **CIB/CE** decidiu manter os valores incorporados nos tetos de Brejo Santo e
136 Sobral e só fazer revisão após a conclusão da avaliação da Alta Complexidade a ser
137 apresentada na CIB/CE. **Informes: 1- Dr. Mário Lúcio** informou que durante a semana
138 foram iniciadas conversas com algumas instituições sobre o concurso público para o
139 Programa Saúde da Família e convidou os gestores a comparecerem a um encontro sobre o
140 assunto no dia 24 de novembro de 2003, pela manhã, em Fortaleza, quando serão colocadas
141 todas as questões já discutidas, bem como colhidas as sugestões para o desenvolvimento

142 do processo de seleção. Informou ainda que na mesma manhã seria feita, com a
143 participação da CODAS, uma avaliação da Assistência Farmacêutica no Ceará, com vistas
144 à discussão e pactuação da PPI dessa assistência na próxima Bipartite. À tarde do mesmo
145 dia haveria uma reunião na SESA sobre Dengue, com a participação de 50 municípios
146 cearenses. **Informe 2** – A Secretária de Saúde de Quixadá, Ivonete Dutra, convidou todos
147 os presentes para participarem da XI Jornada de Saúde Mental de Quixadá a realizar-se de
148 4 a 6 de dezembro de 2003, com a participação de várias autoridades internacionais, onde
149 serão discutidas as Políticas Nacional e Internacional de Saúde Mental. Nada mais havendo
150 a tratar a CIB/CE deu por encerrada a reunião, cuja Ata, lavrada por mim, Célia Fonseca
151 vai assinada por todos os membros da CIB, presentes. Fortaleza, quatorze de novembro de
152 dois mil e três.

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 20ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

Aos vinte e oito dias do mês de novembro do ano dois mil e três, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 20ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças B. Peixoto, da COPOS; Ismênia Maria Ramos e Antônio Paula, do NUPLA/Planejamento em Saúde, Isabel Cristina da CODAS, Jocileide Sales Campos, GABSEC; Lilian Alves A Beltrão da COVAC e Nágela Maria Norões da CORES. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio R. Martildes, Carlos Alberto Komora e Fábio Landim do COSEMS, José Neto Maia, da SMS de Horizonte, Aldrovando Nery Aguiar da SMS de Fortaleza, Rogério Cunha, da SMS de Umirim e Eliade Duarte da SMS de Iguatu. Como convidados: José Alves Oliveira do Iguatu; Terezinha L. Rodrigues de São.Gonçalo do Amarante; Rubens M. Duarte de Juazeiro do Norte; Fco. Holanda Júnior da CODAS Kleber Domingos, Eliane Lavor e Emília Barros do NUASF; Gustavo Rêgo Ramos de Acarape; Zita Maria da Rocha de 3ª CERES; Petrônio Leitão do HM; Florentino Cardoso Filho do HGF; João Fortes da SMS de Fortaleza; Ana Maria Sarmiento de Iguatu; Sylvana Moraes da SMS de Fortaleza, Gláucia Alves Leite, de Brejo Santo e Luciane Tavares de Acopiara. A Assembléia foi aberta e presidida por Dra.Vera Coelho que anunciou o **Item 1 – Assistência Farmacêutica – Apresentação da PPI/2004**, chamando a atenção para a importância do Pacto da Assistência Farmacêutica ser aprovado neste mês de dezembro com vistas ao normal desenvolvimento das atividades de elaboração da Programação Pactuada Integrada a partir de janeiro de 2004. Passou a palavra a **Dra. Isabel** que fez uma abordagem sobre os itens do Pacto e acrescentou alguns pontos a serem informados entre os quais as despesas feitas com medicamentos no Estado do Ceará durante o período de 1999 a 2002. Distribuiu uma publicação denominada Sistema Integral da Assistência Farmacêutica em seguida passou a condução dos trabalhos à Dra. Eliane Lavor e equipe de técnicos do NUASF responsáveis pela elaboração da proposta. **Eliane** citou as competências nas três esferas de governo para a Assistência Farmacêutica e apresentou o demonstrativo de contrapartida dos municípios referente ao processo de pactuação nos exercícios de 1999 até 2003, mostrando a situação dos pagamentos efetuados pelos municípios em nível de atenção básica e o comparativo anual dos percentuais de adimplência e inadimplência dos mesmos. Informou ainda os valores do repasse federal e da participação estadual com medicamentos para Saúde Mental, mostrando que o estoque em 25/11/2003 era de R\$ 458.552,62 (quatrocentos e cinquenta e oito mil, quinhentos e cinquenta e dois reais e sessenta e dois centavos). Em seguida iniciou a apresentação do Pacto com a **Proposta de Financiamento** que define o valor mínimo per capita sob responsabilidade dos gestores das três esferas de governo no financiamento da assistência farmacêutica Para o Nível Federal, ficou definido o valor de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) para o Nível Estadual a proposta é de R\$ 1,00 (um real) e para o Nível Municipal, os valores propostos variam de R\$1,50 (um real e cinquenta centavos) a R\$ 3,00 (três reais). Passou para o 2º item, **Elenco de Medicamentos** apresentando proposta de exclusão de 13 itens e inclusão de outros 15, com as justificativas para cada alteração. Nesse ponto Dra. Vera abriu espaço para as discussões, iniciando pela proposta de financiamento. **Os Secretários de Saúde de Umirim, Iguatu e Redenção**, se manifestaram contrários aos valores per capita propostos para os municípios e sugeriram fixar esse valor em R\$ 1,00 (um real). Dr. Mário Lúcio falou preliminarmente sobre o saldo de medicamentos para a saúde mental existente no NUASF afirmando que não é justo, diante da necessidade dos CAPS, que a SESA fique com esses medicamentos retidos, e sugeriu a

48 distribuição imediata dos mesmos. Quanto ao financiamento, argumentou sobre a importância de
49 uma maior participação do estado e dos municípios para a elevar a quantidade de medicamentos
50 ou pelo menos manter o padrão de 2003. Para isso propõe que todos os entes gestores participem
51 com o valor per capita de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos). Os demais membros
52 representantes de municípios, inclusive os que haviam se colocado a favor do per capita fixado
53 em um real, se pronunciaram favoráveis à proposta do Presidente do COSEMS. **Dra. Isabel**
54 coloca que sem a presença do Secretário de Saúde do Estado não pode acordar a proposta do
55 COSEMS e justifica que o Estado já vem assumindo financiamento de medicamentos essenciais
56 e de alta complexidade. Como não houve acordo, a proposta dos municípios será levada para
57 análise da SESA ficando a decisão adiada para a próxima reunião da Bipartite. A discussão do 2º
58 ponto, o **Elenco de Medicamentos**, iniciou-se com a fala do **Dr. Komora** que fez uma série de
59 questionamentos sobre as alterações propostas e discordou da exclusão dos itens 26 - *Diclofenaco*
60 *de Potássio 50mg*, 34 - *Fenoterol 5,0mg* e item 58 - *Monussulfiran – loção* e indagou sobre o
61 volume de saída do item 83 – *Verapamil 80mg*. **Dr. Alex** afirma que a evidência para excluir ou
62 incluir deve ser melhor explicitada. Discorda da manutenção do item 83 – *Verapamil 80mg* e
63 sugere a reinclusão do Nifedipina. **Dra. Jocileide** discorda da manutenção item 42, *Ibuprofeno*
64 *20 mg/ml sol oral* para criança e reforça a exclusão do item 58. Oliveira do Iguatu e Neto de
65 Horizonte acham que não deve ser excluído nenhum medicamento da lista. Após outros
66 questionamentos sobre exclusão e inclusão de itens de medicamentos, o farmacêutico **Kleber**,
67 técnico do NUASF explicou que a relação teria sido elaborada a partir de relatórios de consultoria
68 externa e também nacional, tendo como base a RENAME, a RESME e o Protocolo da OMS,
69 considerando ainda o perfil epidemiológico. Concorda que o item 83 – *Verapamil 80mg* precisa
70 ser melhor avaliado. Em face da polêmica o COSEMS propôs a formação de uma Comissão
71 composta por médicos e farmacêuticos de Fortaleza, Maracanaú, Pindoretama e São Gonçalo do
72 Amarante para, junto à Equipe Técnica da SESA, estudar o elenco de medicamentos e apresentar
73 proposta na Bipartite do dia 12 de dezembro de 2003, ficando marcada reunião dessa comissão de
74 estudo para o dia 02/12/2003, pela manhã, na sala do COSEMS. Quanto ao 3º item – Termo de
75 Adesão foram entregues cópias desse documento aos representantes dos municípios para análise
76 e apresentação na Reunião da Bipartite do dia 12/12/2003. **Item 2 –SMS de Acarape apresenta**
77 **Plano de Trabalho para Aquisição de Equipamentos para Casa de Parto c/ Financiamento**
78 **do MS** – Dra. Vera apresentou o pleito da Prefeitura Municipal de Acarape através de Plano de
79 Trabalho para aquisição de Equipamentos para a Casa de Parto de Acarape com recursos do
80 Ministério da Saúde. Informou que a CIB/MR emitira parecer desfavorável à aprovação do Plano
81 considerando que o objeto do projeto está em desacordo com o modelo de organização de
82 serviços de saúde do Ceará, que o tipo de serviço “Casa de Parto” não se enquadra na Tipologia
83 de Hospitais aprovada pela Resolução N° 03/2001 do CESAU, como também não está
84 contemplado no Plano Diretor de Regionalização do Estado - PDR. **Dra. Vera** endossou o
85 parecer da Presidente da CIB/MR afirmando que o tipo de estabelecimento proposto não se
86 enquadra no modelo de organização dos serviços de saúde do Ceará e sugeriu ao município a
87 mudança no objeto do Projeto. Em seguida passou a palavra ao representante do município
88 interessado, o Secretário de Saúde de Acarape, Dr. Gustavo, o qual informou que a Casa de Parto
89 foi construída no ano de 2002, através de Emenda Parlamentar, com o objetivo de reforçar as
90 ações do PSF e que o município neste ano foi beneficiado com recursos de Emenda Parlamentar
91 para a aquisição dos equipamentos da referida Casa de Parto. Dr. Mário Lúcio sugeriu que fosse
92 estudada a possibilidade de classificar essa Unidade como Casa de Parto Normal apoiada na
93 estrutura da Unidade Mista de Saúde e concordou com o posicionamento da Dra. Vera de
94 alteração da denominação do Projeto, para poder ser apreciado na reunião do dia 12 de dezembro

95 de 2003. A CIB/CE acatou a proposta de modificação do Plano de Trabalho do município de
96 Acarape conforme foi sugerido pelo COSEMS. **Item 3 – NUORG - Qualificação de Equipes de**
97 **Saúde da Família e Saúde Bucal e Ampliação de Agentes Comunitários de Saúde.** Dra. Vera
98 apresentou os pedidos de qualificação de Equipes de PSF e de Saúde Bucal, e de acréscimo de
99 Agentes Comunitários de Saúde, todos com parecer favorável da CODAS/NUORG conforme
100 segue: Duas (2) Equipes de Saúde da Família, sendo uma para Milhã e uma para Lavras da
101 Mangabeira; Seis(6) Equipes de Saúde Bucal, das quais, três são para Paracuru; uma para o
102 município de Cariús; uma para Pindoretama, todas de modalidade I e uma na modalidade II para
103 Pindoretama. Dois (2) ACS para o município de Orós. A CIB/CE aprovou os pleitos dos
104 municípios acima citados. **Item 4 – Certificação nas Ações de Epidemiologia e Controle de**
105 **Doenças, do município de Camocim.** Dra. Vera apresentou os pareceres técnicos do Núcleo de
106 Vigilância Epidemiológica e da Comissão de Descentralização favoráveis ao pleito de Camocim,
107 segundo os quais o município atendeu a todas as condições previstas na Portaria N° 1399 de 15
108 de dezembro de 1999. Colocou-os à apreciação da Bipartite que aprovou a Certificação do
109 Município de Camocim quanto às Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. **Item 5 -**
110 **HGF e HM - Apresentação da Situação Financeira dos Hospitais.** Dra Vera introduziu o
111 assunto explicando que o mesmo consistia em demandas de dois grandes hospitais do Estado, que
112 são o Hospital Geral de Fortaleza e o Hospital de Messejana, cujos diretores apresentariam de
113 forma resumida mas sem perda da qualidade a situação atual daqueles unidades assistenciais de
114 saúde. Passou a palavra ao Dr. Florentino, diretor do HGF, que expôs as condições financeiras do
115 hospital, informando serem as mesmas decorrentes do aumento do volume de serviços, em
116 função da expansão de leitos, da complexidade dos procedimentos e da agregação de serviços de
117 alto custo que estavam sem funcionar até o início da sua gestão. Chamou atenção para o serviço
118 de hemodiálise afirmando que o HGF recebe os pacientes renais agudos de todo o Estado do
119 Ceará, e que muitos desses pacientes dialisavam em outros serviços os quais recebiam recursos
120 pelo tratamento daqueles doentes e acrescentou que já havia falado com os gestores do município
121 de Fortaleza sobre a possibilidade da transferência daqueles recursos para o HGF. Finalizou sua
122 fala solicitando o acréscimo de recursos adicionais ao teto de internações e a possibilidade de
123 trabalhar prioritariamente os casos crônicos de Nefrologia com indicação de transplante renal já
124 que o hospital teria mais condições de preparar o paciente e deixá-lo com o melhor perfil para o
125 procedimento cirúrgico. Dra. Lilian falou que o pedido de credenciamento do HGF em
126 hemodiálise II já havia sido remetido ao MS. Prosseguindo, Dra. Vera passou a palavra ao Dr.
127 **Petrônio** que iniciou a sua exposição afirmando que o Hospital de Messejana, também em
128 consequência da problemática das UTI's no Ceará, dobrou o número de leitos de Terapia
129 Intensiva e que, à exceção dos leitos de pneumologia, grande parte desses leitos funcionam como
130 leitos de UTI cirúrgico que são muito caros e por isso oneram ainda mais o recurso das
131 internações. Falou que os déficits dos vários procedimentos ambulatoriais e de internação
132 realizados pelo Hospital, de forma global chega a 54%. Propõe que se solicite ao MS a alocação
133 de teto extra para cirurgia cardíaca pediátrica, com o objetivo de atender a 240 crianças que estão
134 em fila de espera necessitando daquele procedimento. Disse também que estudos
135 eletrofisiológicos muitas vezes revertem o quadro, normalizando a frequência cardíaca, evitando
136 o transplante. Por fim perguntou sobre o projeto de mudança de porte do HM, afirmando que não
137 há nenhuma pendência a ser resolvida. Dra. **Lilian** informou que o projeto se encontra no
138 Ministério da Saúde com a pendência de não existir Tomógrafo no HM e como a Portaria seria
139 revisada ela teria sugerido, como modificação, a exigência da garantia do acesso ao exame e não
140 a existência de equipamento no hospital. Sobre os estudos eletrofisiológicos informou que os
141 pacientes estão sendo encaminhados pelo TFD para o Piauí e para o Rio Grande do Norte. Dra.

142 Regina indaga ao Dr. Florentino sobre o contrato do HGF com o Hospital Batista e o IJF em
143 relação à Neurocirurgia. Florentino disse que existe, mas que ainda não teria recebido pagamento
144 de nenhum dos dois hospitais. **Lilian** afirma que a realização desse contrato traz ao HGF um
145 prejuízo em torno de R\$200,00 (duzentos reais) por procedimento além do que os hospitais
146 recebem e não pagam ao HGF. Dra. Vera abriu espaço para as discussões esclarecendo que a
147 demanda apresentada pelos dois hospitais diz respeito ao reajuste do Termo de Compromisso
148 Entre Entes Públicos. Dr. Aldrovando considera a demanda justa, mas acha que o TCEP deve ser
149 revisto de forma global, pois existem várias Unidades que não estão cumprindo suas metas, e
150 propõe que se faça em conjunto, Estado e Município de Fortaleza, uma revisão dos Tetos. **Dra.**
151 **Vera** reforçou a sugestão do Aldrovando em que se componha uma Comissão para analisar o
152 Termo de Compromisso Entre Entes Públicos, incluindo nesse contexto as instituições
153 universitárias e, propôs a revisão da programação do município de Fortaleza referente a
154 procedimentos pagos ao setor complementar que o setor público tem capacidade de realizar, mas
155 não tem a cobertura financeira correspondente. Colocou a proposta do Município de Fortaleza à
156 apreciação da plenária da CIB/CE que concordou com a instituição de Comissão de
157 Acompanhamento do Termo de Compromisso de Entes Públicos, formada por técnicos do
158 Município de Fortaleza e por técnicos da SESA integrantes da COPOS, COVAC e CORUS,
159 ficando o gestor de Fortaleza incumbido de marcar a data da reunião. **Item 6 – Secretaria de**
160 **Saúde de Fortaleza expõe situação de prejuízo causada quando pacientes de TRS, após**
161 **iniciarem tratamento em Fortaleza são transferidos para outros Municípios.** Dr.
162 Aldrovando falou que o motivo maior da colocação desse assunto em pauta seria devido a
163 problemas decorrentes da carência de serviços com capacidade para atender os casos de Terapia
164 Renal Substitutiva Aguda e acrescenta que apesar dos acréscimos dos leitos de UTI tanto na rede
165 pública como no setor privado da rede hospitalar do SUS do Estado, apenas o HGF dispõe das
166 condições necessárias para atender e dar resolutividade nos casos de patologias que necessitam de
167 TRSA. Diz que essa carência provoca um grande entrave no Sistema, vez que o HGF atende os
168 casos de todo o Estado e principalmente de Fortaleza o que justificaria a alocação de recurso
169 adicional para aquele hospital. Afirma que outro ponto crítico, é o sistema atual de transferência
170 de pacientes entre municípios e que os pacientes que saem de Fortaleza para outros municípios
171 levam teto financeiro correspondente e saem preparados tecnicamente para dialisar, enquanto os
172 que vêm, a maioria na fase aguda, além de não trazerem o teto financeiro necessitam dos
173 procedimentos para o acesso ao tratamento. Propôs que os serviços de Controle e Avaliação da
174 SESA e do Município de Fortaleza se reúnam para estudar as transferências de pacientes antes
175 que as mesmas aconteçam e relatou casos de pacientes que tiveram suas transferências autorizadas
176 pela SESA, que mereciam ser melhor avaliadas. Disse que o HGF desarruma o fluxo de pacientes
177 de TRS de Fortaleza ao enviar pacientes diretamente para os serviços credenciados sem consultar
178 o gestor municipal. Concluiu, expressando o desejo de que o comando único do município de
179 Fortaleza seja reforçado através do fluxo de informações entre os hospitais estaduais e o gestor de
180 Fortaleza. Vera sintetizou a reivindicação do município de Fortaleza, como uma revisão do fluxo
181 de acesso de pacientes de TRS e passou a palavra à Dra. Lilian e Dra. Regina para que as
182 mesmas se posicionassem sobre o assunto. **Dra. Lilian** coloca que os casos de transferência de
183 pacientes, sem o teto correspondente, tem ocorrido com frequência e que a SESA tem buscado a
184 solução, seja para Fortaleza, Crato ou para Maracanaú. Entende que para resolver o problema de
185 fluxo desses pacientes, a admissão dos mesmos deverá ser feita através da Central de Regulação
186 de Fortaleza que identificará o serviço mais próximo da residência do paciente se ele residir em
187 Fortaleza e no caso de paciente do interior repassará a solicitação à Central de Regulação do
188 Estado que definirá a clínica ou serviço onde o mesmo será atendido. **Dra. Regina** diz-se

189 solidária com o representante de Fortaleza em sua preocupação mas afirma que é difícil
190 questionar a informação do gestor quanto ao endereço de residência do paciente. Sobre a TRSA
191 informa que o HGF, por solicitação do grupo de avaliação tecnológica feita ao MS, está
192 desenvolvendo uma pesquisa sob a coordenação do Dr. Alex que poderá prestar informações
193 sobre o assunto em outra reunião da Bipartite. Ao final da discussão a **CIB/CE** decidiu definir o
194 fluxo de pacientes para acesso à TRS no Sistema Único de Saúde do Ceará que se dará através
195 das Centrais de Regulação, conforme segue: Para os pacientes renais atendidos nas emergências
196 dos hospitais do município de Fortaleza, se for identificada a necessidade de diálise ambulatorial,
197 o hospital deverá entrar em contato com a Central de Regulação do Município de Fortaleza que
198 identificará o serviço ou a clínica para atender o paciente se esse residir nessa capital ou fará
199 contato com a Central Estadual de Regulação do SUS caso o paciente resida no interior do Estado
200 e determinou que essa medida fosse formalizada através de Resolução. **Item 7 – Problemas de**
201 **Relacionamento da 18ª CERES com a Secretaria de Saúde do Iguatu e desvio das**
202 **Atividades dos ACS daquele município.** O assunto foi introduzido pelo Secretário de Saúde
203 Adjunto de Juazeiro, Dr. Oliveira, que apresentou denúncia quanto ao trabalho realizado por
204 alguns Agentes Comunitários de Saúde daquele município. Segundo aquele gestor os referidos
205 profissionais estariam fazendo cadastramento de crianças na faixa etária de 1 a 12 anos, com o
206 objetivo de subsidiar político da região para a distribuição de presentes. Disse que conversara
207 com a Orientadora da CERES sobre o assunto e que teria convidado a mesma para uma reunião
208 com os ACS mas não obtivera apoio daquela autoridade em nenhuma ocasião e por esse motivo,
209 solicita a visita da Coordenação Estadual do PACS àquele município para esclarecimento e
210 adoção de medidas, quanto à denúncia apresentada. Em seguida o Dr. Eliade, Secretário de Saúde
211 do Iguatu expôs a problemática existente entre a 18ª CERES, e a Secretaria de Saúde do Iguatu
212 afirmando que se trata de questão pessoal, e que a Orientadora da CERES, Dra. Lúcia
213 Nascimento, adota tratamento diferenciado com o Município de Iguatu. Relatou casos que
214 considera discriminativos e prejudiciais ao município e finalizou solicitando providências para os
215 fatos relatados e reforçando a necessidade da presença da Coordenação do PACS para esclarecer
216 aos Agentes quais as suas funções no Sistema. **Dr. Rogério**, assessor do Secretário de Saúde do
217 Iguatu, disse que ficou surpreso com a forma como a CERES se conduz com relação ao
218 município e propõe que sejam adotadas providências urgentes para o caso. **Dra. Nágela**
219 comentou que a Orientadora da 18ª CERES teria falado sobre o assunto por telefone afirmando
220 que teria sido consultada por uma ACS sobre o levantamento das informações, que para ela não
221 teria nenhum problema mas que teria procurado o Secretário mas não fora atendida. **Dr. Mário**
222 **Lúcio** afirmou que o desgaste entre os ACS e gestores já vem acontecendo há bastante tempo e
223 que se faz necessário intervir. Considera o caso do Iguatu grave e por isso concorda que a
224 Coordenação do PACS deve ir a Iguatu averiguar as informações prestadas pelos gestores mas
225 acha que a CIB deverá convocar a Orientadora da CERES para se manifestar sobre essa denúncia
226 e, após isso, esse Colegiado poder decidir sobre a situação apresentada. **Dr. Komora** diz que os
227 ACS tem uma relação muito forte com as Equipes Regionais da SESA e coloca a questão de
228 como se irá disciplinar a forma de inserção dos ACS quando ele é pago pelo Estado mas é
229 vinculado funcionalmente ao município. **Dr. Ítalo** diz que não existe problema de relacionamento
230 entre a CERES e os outros nove municípios da Microrregional. Diz que a Dra. Lúcia concilia
231 sempre os problemas dos nove municípios com Iguatu, e afirma ainda que o fato de político pedir
232 levantamento não é um fato novo mas acha que a situação merece ser discutida. **Dr. Oliveira**
233 retrucou, afirmando que cadastrar crianças de 1 a 12 anos não é um fato normal. **Dra. Vera**
234 propõe, a pedido do Secretário Estadual da Saúde, que os gestores do município do Iguatu
235 concedam um tempo para averiguação, análise e posterior posicionamento da SESA sobre os

236 fatos relatados. Os gestores consultados concordaram e entregaram à Secretaria da CIB/CE os
237 documentos pertinentes à denúncia apresentada, para serem incorporados aos elementos de
238 análise a ser feita pela SESA. A CIB concordou com a visita da Coordenação do PACS ao Iguatu
239 para verificar in loco a situação retratada, e com o comparecimento da Orientadora da 18ª
240 CERES à Bipartite para a mesma se pronunciar sobre as denúncias em questão. **Item 8 –**
241 **Informes: 1º – Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte apresenta comprovação de gastos.**
242 **Vera** explica que conforme ficara definido na reunião anterior, o Município de Juazeiro do Norte,
243 através do seu representante Sr. Rubens, apresentaria nessa Bipartite a documentação
244 comprobatória da aplicação dos recursos não utilizados com produção de serviços. Parabenizou o
245 município pelo cumprimento do prazo mas, solicitou ao Sr. Rubens que fizesse a entrega da
246 documentação à Coordenação da COVAC já que a forma de apresentação da documentação
247 demandaria tempo para análise e portanto não poderia ser apreciada naquela reunião, mas logo
248 após a conclusão do estudo devendo a CIB/CE devolver processo com resposta sobre o assunto
249 ao Ministério da Saúde. **2º- Portaria Nº 1947/GM, de 10/10/2003 – Aprova o Plano**
250 **Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e**
251 **Adolescência ref. 2003 e 2004.** Dra.Vera informou que segundo a citada portaria o Plano para a
252 expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência prevê a
253 implantação de 70 CAPSi em municípios estratégicos que receberão o incentivo único e fundo a
254 fundo no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) por CAPSi implantado e habilitado junto ao MS
255 até dezembro de 2004. Para o Ceará o Ministério priorizou os municípios de Fortaleza com 2
256 (dois) e Caucaia com 1(um) CAPSi. Expressou a sua preocupação com a política de saúde mental
257 vez que o MS está utilizando critérios nacionais para a indicação dos municípios a serem
258 beneficiados sem ouvir a realidade do Estado, e no caso do Ceará cujos municípios contemplados
259 não implantaram, até a presente data, os CAPSad programados para os exercícios de 2002/2003,
260 enquanto o recurso deixa de utilizado por outros municípios que tem demanda e condições de
261 realizar o serviço. Após alguns comentários a CIB/CE deu por encerrada a reunião, cuja Ata
262 lavrada por mim, Célia Fonseca vai assinada por todos os membros da CIB/CE presentes.
263 Fortaleza, vinte e oito de novembro de dois mil e três.

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
48
49
50

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 21ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2003

Aos doze dias do mês de dezembro do ano dois mil e três, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 21ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará de 2003. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças Peixoto, da COPOS; Ismênia Maria Ramos e Antônio Paula de Menezes do NUPLA/Planejamento em Saúde; Francisco Holanda da CODAS e Nágela Maria dos Reis Norões. Pela representação dos municípios compareceram: Lúcia Helena G. Castro do COSEMS; Rogério Teixeira Cunha da SMS de Umirim; José Neto Maia da SMS de Horizonte e Aldrovando Nery Aguiar da SMS de Fortaleza. Como convidados: Getúlio Barros da SMS de Brejo Santo; Sílvia Regina do COSEMS; Eduardo Rocha da SMS de Pedra Branca; Cristiane Rodrigues do Centro de Assistência à Criança; Sylvana Moraes da SMS de Fortaleza; Daniel Sarquis da SMS de Fortaleza; Rita de Cássia Leitão da CERES de Maracanaú; Fco. Carlos Uchoa de Maracanaú; Evaldo Sales de Maranguape; Eliane Lavor do NUASF e Alberto Malta Junior de Barbalha. A Assembléia foi aberta e presidida por Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos apresentando os informes da pauta. **1º Informe – Mudança de Membros da CIB/CE na Representação da SESA.** Dra. Vera Coelho apresentou o Dr. Fco. Holanda Júnior que assumiu a Coordenadoria de Apoio e Desenvolvimento da Atenção à Saúde - CODAS e por isso passa a integrar a CIB/CE na qualidade de membro efetivo, enquanto a Dra. Isabel, nomeada titular da Coordenadoria das Células Regionais de Saúde, permanece como membro efetivo da CIB/CE na representação das CERES. Em seguida passou a palavra ao novo conselheiro que agradeceu a acolhida e se comprometeu a participar efetivamente dos trabalhos da Comissão. **2º Informe – Portarias GM Nº2217/03 e Nº2218/03 referentes, respectivamente, à alteração nos valores de remuneração de procedimentos na área de Obstetrícia e ao estabelecimento de recursos adicionais aos tetos financeiros dos Estados, e Municípios em GPSM.** Citou a Portaria GM Nº 2217 de 20 de novembro de 2003 em que o Ministério da Saúde altera os valores de remuneração da Tabela do SIH/SUS de procedimentos relacionados ao parto, e a Portaria Nº 2218, da mesma data, que estabelece o acréscimo de recurso adicional ao teto financeiro dos Estados e Municípios habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal, resultante do impacto financeiro procedente do aumento do valor dos referidos procedimentos. Informou que para o Ceará o acréscimo ao Teto do Estado é R\$ 269.534,55 (duzentos e sessenta e nove mil, quinhentos e trinta e quatro reais e cinquenta e cinco centavos) mensais, dos quais R\$ 226.420,53 (duzentos e vinte e seis mil quatrocentos e vinte reais e cinquenta e três centavos) vão para os municípios em GPSM e R\$ 43.114,00 (quarenta e três mil cento e quatorze reais) são destinados aos municípios da Atenção Básica. Acrescentou que em função da Portaria GM Nº 2218/03 ficaram modificados os tetos definidos para dezembro/03. **3º Informe – Cronograma para 2004.** Dra. Vera apresentou o Cronograma de Reuniões do ano de 2004, informando que permanece o compromisso das reuniões acontecerem sempre na última sexta feira de cada quinzena e que, apenas excepcionalmente poderá haver alguma alteração. Por fim afirmou que o referido calendário será entregue a todos os membros efetivos e suplentes da CIB/CE para que os mesmos incluam as datas das reuniões em suas agendas de trabalho. O **Item 1 - Decisão sobre o Pacto da Assistência Farmacêutica** foi apresentado pela Dra. Eliane Lavor que informou o resultado do estudo feito por uma comissão composta de técnicos da SESA, dos Municípios e do COSEMS, para a definição do Elenco de Medicamentos da Atenção Básica, conforme ficara acordado na reunião anterior da CIB/CE

51 quando o assunto foi discutido mas não houve acordo da plenária quanto às alterações
52 propostas. Dra. Eliane mostrou a nova Lista de Medicamentos, fazendo um comparativo entre
53 essa e a lista anterior, chamando atenção para os itens que haviam sido discutidos na Bipartite
54 e mostrando o resultado do consenso da comissão técnica que fechou a proposta do Elenco de
55 Medicamentos para 2004 em 70 itens após exclusão de dezesseis itens e inclusão de outros
56 quatorze. A CIB/CE aprovou o Elenco de Medicamentos da PPI da Assistência Farmacêutica
57 para o ano de 2004 com os 70 (setenta) itens de medicamentos básicos, definidos pela
58 comissão técnica acima referida, conforme segue: **1** Ácido acetilsalisílico 100mg comp. cx. C/
59 500; **2** Ácido fólico 5mg com. cx. C/500; **3** Albendazol 400mg comp. cx c/ 01; **4** Albendazol
60 susp. Oral 40mg/ml cx. C/01; **5** Amitriptilina 25mg comp. Cx.c/ 200; **6** Amoxicilina 250mg
61 susp.frs. cx.c/ 50; **7** Amoxicilina 500mg caps. cx.c/18c; **8** Beclometasona 250mcg spray/ 200
62 doses frs.c/01; **9** Beclometasona 50mcv/ spray 200 doses frs.c/02; **10** Benzilpenicilina G.
63 Benzatina 1.200.000UI frs/amp. Cx.c/ 50; **11** Benzilpenicilina G.Benzatina 600.000UI
64 frs/amp Cx.c/50;**12** Benzilpenicilina G.Proc.300.000UI+G.Potássica+100.000UI
65 frs/amp.Cx.c/100; **13.** Carbonato de Cálcio 500mg comp.Cx.c/20; **14** Captopril 25mg
66 comp.Cx.c/20; **15** Carbamazepina 200mg comp. Cx.c/20; **16** Cefalexina 500mg
67 comp.Cx.c/100; **17.**Cefalexina susp. Oral 250mg/5ml Cx.c/01; **18** Cetoconazol 200 mg
68 comp.Cx c/10; **19.**Clorpromazina 100mg comp. Cx.c/200; **20** Dexametasona 0,1% bisg. Cx.
69 C/50; **21** Dexametasona Sol.Oft. 10mg/ml; **22.** Diazepam 5mg comp. Cx.c/201; **23**
70 Diclofenaco de potássio-50mg comp. Cx. C/20; **24** Digoxina 0,25 mg comp. Cx.c/100; **25**
71 Doxiciclina 100mg comp.Cx c/15; **26** Eritromicina 2,5% frs. Cx.c/50; **27** Eritromicina
72 500mg comp. Cx.c/48; **28** Fenitoína 100mg comp. Cx.c/200; **29** Fenobarbital 100mg comp.
73 Cx.c/200; **30** Fenobarbital 4% frs. Cx.c/10; **31** Fenoterol frs. c/20ml 5,0mg frs. Cx.c/01; **32**
74 Furosemida 40mg comp. Cx.c/500; **33** Gentamicina, sulfato sol. Oft. 1%; **34** Glibenclamida
75 5mg comp.cx.c/500; **35** Haloperidol 5mg comp.Cx.c/200; **36** Hidroclorotiazida 25mg comp.;
76 **37** Isossorbida 5mg comp.Cx.c/500; **38** Levodopa 250mg+carbidopa 25mg comp. Cx.c/500;
77 **39** Levonogestrel 0,15mg + Etilnilestradiol 0,03mg cartelas; **40** Mebendazol 20mg/ml frs.
78 Cx.c/50; **41** Metformina 500mg comp. Sulcado Cx.c/500; **42** Metildopa 250mg
79 comp.Cx.c/500; **43** Metronidazol 250mg comp. Cx.c/500; **44** Metronidazol 4% susp.
80 Frs.Cx.c/50; **45** Metronidazol 500mg/geléia bisg. Cx. c/50; **46** Miconazol 2% creme vaginal
81 Cx.c/50; **47** Nistatina sol. oral; **48** Neomicina 0,5%+bacitracina 250Ulg bisg. Cx.c/50; **49**
82 Noretisterona 0,35mg, cartelas; **50** Omeprazol 20mg comp.cx.c/14; **51** Paracetamol
83 200mg/ml frs.Cx.c/50; **52** Paracetamol 500mg comp.Cx.c/500; **53** Permetrina creme
84 dermatológico 5%; **54** Permetrina Shampoo; **55** Prednisolona 3 mg/ml cx.c/01; **56**
85 Prednisona 5mg comp.Cx.c/200; **57** Prednisona 20mg comp. cx.c/200; **58** Prometazina 25mg
86 comp. Cx.c/200; **59** Propanalol 40mg comp. Cx.c/500; **60** Ranitidina 150mg comp. Cx.c/500;
87 **61** Sais parareidratação oral 27,9g env. Cx.c/300; **62** Sabutamol xarope 0,4% frs; **63**
88 Salbutamol 100mg/dose aerosol; **64** Secnidazol 1g comp. Cx.c/02; **65** Sulfametoxazol
89 4%+trimetropima 0,8% frs. Cx.c/50; **66** Sulfametoxazol 400mg+trimetropima 80mg comp.
90 Cx.c/500; **67** Sulfato ferroso 25mg/ml Fe(II) sol oral Cx.c/50; **68** Sulfato ferroso 40mg Fe(II)
91 comp. Cx.c/50; **69** Tiabendazol creme dermatológico cx. c/01; **70** Verapamil 80mg comp.
92 Cx.c/500. Prosseguindo na discussão do Pacto, Dra. Vera colocou a questão do
93 Financiamento, que também ficara pendente, vez que os Municípios só aceitariam pagar o
94 valor per capita de R\$1,50 se o Governo do Estado também participasse com o mesmo valor.
95 Dra. Vera colocou que, como o Estado já havia previsto em sua Proposta Orçamentária, para
96 o financiamento da Assistência Farmacêutica em 2004 o valor de R\$1,00 (um real), o
97 Secretário pedira um tempo para analisar a possibilidade de atender a proposta. Os
98 representantes dos municípios acataram o pedido do Secretário, ficando a decisão do
99 Financiamento da Assistência Farmacêutica/2004 adiada para a próxima reunião. **Item 2 –**
100 **Apresentação da Proposta para Constituição dos Pólos de Educação Permanente em**

101 **Saúde no Estado do Ceará.** Dra.Vera informou que a Proposta em pauta já teria passado
102 pelo Conselho Gestor da SESA, em reunião do dia 5 de dezembro de 2003 e que após
103 aprovada pela CIB/CE deverá ser submetida à análise e aprovação do Conselho Estadual de
104 Saúde. Informou também que os recursos destinados à 1ª etapa da estruturação dos pólos
105 estão disponíveis ao Estado até o mês de abril de 2004, quando todas as providências relativas
106 à Política de Educação Permanente em Saúde, a Proposta Estadual de Constituição dos Pólos
107 de Educação Permanente em Saúde no Estado do Ceará e os Projetos já deverão ter sido
108 ultimadas e encaminhadas ao Ministério da Saúde. Destacou dois pontos importantes
109 considerados na elaboração da proposta do Ceará. O 1º é que o processo de constituição dos
110 Pólos tem como eixo estratégico o Município, na busca do fortalecimento da proposta de
111 melhoria da qualidade da assistência e o 2º ponto refere-se ao Plano Diretor de
112 Regionalização também considerado na elaboração da Proposta. Fez uma abordagem sobre a
113 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sobre as providências a serem
114 adotadas para o funcionamento dessa política, principalmente com relação à identificação, aos
115 campos de prática e os critérios de financiamento. Em seguida apresentou a Proposta do
116 Estado constando da formação de quatro Pólos de Educação Permanente em Saúde,
117 localizados respectivamente em **Fortaleza, Quixadá, Sobral e Cariri**, compostos pelo
118 agrupamento de Microrregiões de Saúde considerando os critérios de proximidade territorial,
119 distribuição populacional, localização, capacidade instalada e comprovada experiência das
120 instituições formadoras que atuam na área, que serão conduzidos por um Conselho Gestor
121 (Gestão Participativa), articulados e acompanhados pela Secretaria da Saúde do Estado.
122 Acrescentou que a SESA realizará esse trabalho de articulação e acompanhamento em
123 parceria com a ESP/CE, mas que deverá ser constituído um Fórum Estadual para articular e
124 acompanhar o funcionamento dos Pólos de Educação Permanente do Estado. Indicou os
125 atores envolvidos no processo de estruturação dos pólos, mostrou a distribuição locorregional
126 dos quatro Pólos de Educação Permanente, citando as Microrregiões que compõem cada um
127 dos pólos propostos: **Pólo 1** – Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité e Aracati; **Pólo 2** –
128 Quixadá, Canindé, Russas e Limoeiro do Norte; **Pólo 3** – Sobral, Itapipoca, Tianguá,
129 Camocim, Crateús e Acaraú; **Pólo 4** – Crato, Tauá, Icó, Juazeiro do Norte, Brejo Santo e
130 Iguatu. Apresentou ainda a composição mínima do Conselho Gestor do Pólo, informando que
131 a mesma foi estabelecida pelo Ministério da Saúde, assim como as Ações Prioritárias para o
132 alcance dos Focos Estratégicos, mas que tanto o Estado como o COSEMS, poderão propor
133 alternativas de Ações Prioritárias que serão submetidas à aprovação do Conselho Estadual de
134 Saúde. Prosseguiu com a explanação e explicação dos demais itens da proposta como,
135 Produtos Esperados, Competência da SESA, Estratégia e Processo de Trabalho e. depois de
136 responder as questões formuladas por alguns dos presentes, Dr.Vera colocou para a plenária
137 da Bipartite a Proposta de Formação dos quatro Pólos de Educação Permanente em Saúde
138 acima destacados, informando que a mesma deverá ser submetida ao CESAU após a
139 aprovação pela CIB/CE. A Plenária da Bipartite/CE aprovou a Proposta para Constituição dos
140 quatro Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Ceará, respectivamente em
141 **Fortaleza, Quixadá, Sobral e Cariri** conforme apresentado pela SESA, através da
142 Coordenadoria de Políticas em Saúde no Ceará. **Item 3 - Apresentação dos Planos de**
143 **Urgência dos Municípios de Sobral e Crato.** Dra. Vera fez uma abordagem prévia sobre o
144 assunto, informando tratar-se do cumprimento da 1ª etapa da Política Nacional de Atenção às
145 Urgências, através da implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, cujas
146 orientações gerais estão previstas na Portaria Nº 1864/GM de 20 de setembro de 2003.
147 Informou que esses serviços serão implantados nos Pólos de Urgência e Emergência
148 constituídos por municípios com população igual ou superior a cem mil habitantes e
149 habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal. Afirmou que os recursos federais que
150 financiam essa assistência são insuficientes para garantir o suporte necessário para a adequada

151 organização dos serviços e que em reunião com aqueles municípios a SESA colocou o
152 interesse do Estado em participar de uma gestão colegiada do Sistema de Urgência e
153 Emergência, considerando que existem muitos municípios com população abaixo de 100 mil
154 habitantes, localizados ao redor dos pólos, que estão totalmente desprotegidos dessa
155 assistência e que o Estado deve ter a responsabilidade de atuação sobre eles. Acrescentou que,
156 se houver a gestão colegiada, evitar-se-á o desperdício de recurso com a criação de duas
157 estruturas de Central de Regulação, mas que a aceitação da proposta do Estado dependerá da
158 decisão do gestor municipal já que o Ministério lhe confere a autonomia de gestão do referido
159 sistema. Finalizou, afirmando que os municípios que são pólos de Urgência e Emergência,
160 após conhecerem a proposta do Estado, estão elaborando seus projetos para a implantação dos
161 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – 192, sendo Sobral e Crato os
162 primeiros a submeterem-nos à aprovação da Bipartite. Em seguida o **Dr. Ítalo**, representante
163 do Secretário de Saúde de Sobral iniciou a apresentação do projeto SAMU 192 daquele
164 município, justificando a importância daquele tipo de Serviço para o Município, enquanto
165 apresentava as informações contidas no projeto em apreço. Após algumas observações feitas
166 pelo Dr. Aldrovando e pela Dra. Vera Coelho, a **CIB/CE** aprovou o Projeto de Implantação
167 dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – 192 de Sobral, pois se
168 encontrava em consonância com as diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências
169 constante da Portaria Ministerial Nº 2048 de novembro de 2002. O Projeto do Município de
170 Crato foi apresentado pela Dra. Vera Coelho, vez que a Secretária de Saúde daquele
171 município que também é membro efetivo da CIB/CE, e que iria expor o Projeto SAMU 192
172 do Crato, teria avisado que por motivo de força maior não poderia comparecer àquela reunião.
173 Dra. Vera informou que, assim como o de Sobral, o projeto do SAMU 192 do Crato estava de
174 acordo com as normas que instituem o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional
175 de Atenção às Urgências, com apresentação de todos os dados exigidos incluindo as plantas
176 físicas da Central de Regulação e seus anexos. Destacou, porém um dado importante no
177 projeto do Crato que é a opção por uma Gestão Compartilhada com o Estado, significando
178 que os municípios que estão abrangidos pelo pólo de Urgência e Emergência na região do
179 Crato e Juazeiro serão atendidos através da Central de Regulação do SAMU 192 do Crato,
180 ficando também compartilhados com o Estado, os custos com a manutenção dos serviços e
181 com o custeio da Central de Regulação. Em face do exposto e por está conforme a norma
182 nacional a **CIB/CE** aprovou o Projeto de Implantação do SAMU –192 do Município do
183 Crato. **Item 4- Qualificação de Equipes de PSF e Saúde Bucal.** Dra. Vera colocou para a
184 Bipartite os pedidos de qualificação de Equipes de PSF e de Saúde Bucal, e de acréscimo de
185 Agentes de Saúde, todos com pareceres favoráveis da CODAS/NUORG conforme segue:
186 **doze (12) Equipes de Saúde da Família**, para o município de Maracanaú, **Quatro(04)**
187 **Equipes de Saúde Bucal**, sendo: duas para Aquiraz, uma para Milhã e uma para
188 Martinópolis e o acréscimo de **Onze (11) Agentes Comunitários de Saúde** para o município
189 de Forquilha. A **CIB** aprovou os pleitos dos municípios acima citados. **Item 5 – Certificação**
190 **quanto às Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.** Dra. Vera apresentou os
191 Pareceres Técnicos do Núcleo de Epidemiologia e Relatório Técnico da Comissão de
192 Descentralização, favoráveis à Certificação dos Municípios de Palhano, Jaguaratama,
193 Jaguaruana e Ipú junto às Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, vez que todas as
194 condições requisitadas conforme a Portaria GM 1399/99, teriam sido atendidas pelos
195 municípios. A **CIB/CE** aprovou os pleitos em apreço. **Item 6 – Habilitação de Municípios**
196 **na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.** Dra. Vera informou que o CONASS enviara
197 ofício a todos as Secretarias pedindo que fossem identificados os pontos de dificuldades dos
198 municípios nos processos de habilitação que vem acontecendo com muita lentidão. Em
199 seguida o Dr. Antônio de Paula, do NUPLA apresentou os pleitos para habilitação dos
200 municípios de Apuiarés, General Sampaio e Tejuçuoca na Gestão Plena da Atenção Básica

201 Ampliada, informando que os mesmos estavam aptos a assumir aquele nível de gestão pois se
202 encontravam com os pareceres favoráveis dos setores da SESA, e com toda a documentação
203 pronta para ser encaminhada ao Ministério da Saúde com vistas à homologação pela
204 Tripartite. A plenária da **Bipartite** aprovou a habilitação dos municípios de Apuiarés, General
205 Sampaio e Tejuçuoca em GPAB-A. **Item 7 – Plano de Trabalho: Intensificação das Ações**
206 **de Eliminação da Hanseníase no Estado do Ceará.** Dra. Vera introduziu o assunto
207 informando sobre o recurso estabelecido pelo Ministério da Saúde para financiar projeto com
208 o objetivo de eliminar a Hanseníase e explicou que o Ceará juntamente com outros nove
209 estados brasileiros onde a situação epidemiológica da doença ainda é preocupante, terão o
210 Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças acrescido com o recurso adicional
211 para a intensificação da Ações de Eliminação da Hanseníase. Dra. Sandra Solange,
212 Supervisora do Núcleo de Atenção ao Adulto e Idoso, apresentou o Plano de Trabalho
213 referente ao Projeto de Intensificação das Ações de Eliminação da Hanseníase no Estado do
214 Ceará, que beneficiará 48 municípios e terá um financiamento total da ordem de
215 R\$124.560,60 (cento e vinte quatro mil, quinhentos e sessenta reais e sessenta centavos), dos
216 quais, R\$112.560,60 (cento e doze mil, quinhentos e sessenta reais e sessenta centavos) são
217 oriundos da Fonte 83, do Ministério da Saúde e R\$12.000.00 (doze mil reais) constituem a
218 contra partida do Estado. Acrescentou que o Estado já vinha trabalhando com 30 municípios
219 em 2003 e que iria ampliar o número de municípios em 2004, incluindo municípios com
220 população superior a 20.000 habitantes, com coeficiente médio de detecção nos anos de 2000,
221 2001 e 2002 maior ou igual a 2 por 10.000 habitantes e municípios com menos de 20.000
222 habitantes que apresentaram, nos mesmos anos, uma média absoluta de casos igual ou acima
223 de doze. Em seguida citou os municípios a serem incluídos no projeto: Assaré, Aurora,
224 Barbalha, Barro, Brejo Santo, Camocim, Campos Sales, Canindé, Caririáçu, Cariús, Caucaia,
225 Cedro, Coreaú, Crato, Cruz, Farias Brito, Fortaleza, Guaiuba, Icó, Iguatu, Ipaumirim, Jardim,
226 Juazeiro, Jucás, Lavras da Mangabeira, Maracanau, Massapé, Mauriti, Milagres, Missão
227 Velha, Morada Nova, Nova Olinda, Pacatuba, Paracuru, Pentecoste, Porteiras, Quixadá,
228 Quixeramobim, Redenção, Reriutaba, São Gonçalo do Amarante, São Luiz do Curu, Senador
229 Pompeu, Senador Sá, Sobral, Varjota, Várzea Alegre e Umirim. A **CIB/CE** aprovou o Plano
230 de Trabalho em pauta, e os critérios adotados na seleção dos municípios. **Item 8 – Solicitação**
231 **do Município de Independência para remanejamento de Metas de Cirurgias de**
232 **Catarata.** Dra. Sandra Solange apresentou pleito do município de Independência que
233 segundo a mesma estaria com problemas referente à carência de cotas de cirurgias eletivas de
234 catarata. Disse que em levantamento realizado pelo Núcleo há sobras mensais em municípios
235 de Gestão Plena do Sistema Municipal, como Fortaleza, Iguatu e Sobral e colocou à Bipartite
236 a possibilidade desses municípios remanejarem cotas para Independência. Dra. Vera explicou
237 que a programação de metas junto ao FAEC para as cirurgias eletivas de catarata é
238 estabelecida pelo Ministério da Saúde para os municípios em GPSM e para o Estado que
239 distribui para os municípios sob sua gestão. Disse que, pelo procedimento de avaliação,
240 constata-se que os municípios em alguns meses não atingem a meta mas em outros
241 ultrapassam e por isso tais metas não podem ser remanejadas uma vez que o MS, consultado
242 pelo Estado, afirmou que não aumenta a meta pois o que foi fixado para o Estado está
243 coerente com o critério populacional adotado. Propôs que o gestor oriente o prestador para
244 não ultrapassar a cota estabelecida, vez que o Estado está com sua cota totalmente utilizada. E
245 quanto ao remanejamento de cotas dos municípios de Gestão Plena, o Estado não tem
246 autonomia para fazê-lo. Sugeriu ao COSEMS reunir os municípios de Gestão Plena para
247 estudar o pedido do município de Independência. Nada mais havendo a tratar a CIB/CE deu
248 por encerrada a reunião cuja Ata, lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos
249 membros, presentes. Fortaleza, doze de dezembro de dois mil e três.



RESOLUÇÃO 22/2003 – CIB/CE

A Comissão Intergestores Bipartite - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais e considerando:

- I. As disposições contidas na NOAS - SUS 01/02, Capítulo I - Da Regionalização, Item 7.5. - Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB Ampliado, após assumirem a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, mediante avaliação pela Secretaria Estadual de Saúde, aprovação pela CIB, e homologada pela CIT, e no Capítulo III - Critérios de Habilitação e Desabilitação de Município e Estado, Item 5.5 - Os municípios para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas nesta NOAS.
- II. Os pareceres técnicos emitidos pelos Setores da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará serem favoráveis.

RESOLVE:

Art.1º. Aprovar a habilitação dos municípios de Cedro, São Gonçalo do Amarante, Viçosa do Ceará e Maranguape na Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM, nos termos da NOAS - SUS 01/02.

Art. 2º. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.

Fortaleza, 13 de junho de 2003

JURANDI FRUTUOSO SILVA
Presidente da CIB/CE
Secretário da Saúde

MÁRIO LÚCIO RAMALHO MARTILDES
Vice - Presidente da CIB/CE
Presidente do COSEMS



RESOLUÇÃO Nº 23/2003 – CIB/CE

A Comissão Intergestores Bipartite - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais e considerando:

- I - A Portaria nº 347/GM de 27 de março de 2003 que aprova a Convocatória Pública nº 01/2003, para que Municípios e Distrito Federal apresentem Projetos Municipais de Expansão do Saúde da Família no Âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF;
- II- Que os Projetos Municipais de Expansão do Saúde da Família dos municípios de Juazeiro do Norte, Crato, Fortaleza, Caucaia, Sobral e Maracanaú atendem integralmente aos requisitos especificados no Anexo II da referida Convocatória, após feitas as correções sugeridas pela Comissão de Avaliação do Ministério da Saúde;
- III- A aprovação dos Projetos pelos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios citados no item anterior;

RESOLVE:

Art.1 Aprovar os Projetos Municipais de Expansão do Saúde da Família no Âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF dos municípios de Juazeiro do Norte, Crato, Fortaleza, Caucaia, Sobral e Maracanaú, e o encaminhamento dos mesmos à CIT para a aprovação da habilitação dos citados municípios ao financiamento do PROESF.

Art.2 Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.

Fortaleza, 13 de junho de 2003

JURANDI FRUTUOSO SILVA
Presidente da CIB/CE
Secretário da Saúde

MÁRIO LÚCIO RAMALHO MARTILDES
Vice - Presidente da CIB/CE
Presidente do COSEMS