

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
51
52

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006

Aos treze dias do mês de janeiro do ano de dois mil e seis, às quatorze horas, no auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600, nesta capital, realizou-se a 1ª Reunião Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, Jurandi Frutuoso, Secretário Estadual da Saúde e Presidente da CIB/CE; Graça Barbosa, Coordenadora da COPOS; Lilian Amorim Beltrão e Diana Carmem Oliveira, Coordenadoras da COVAC; Ismênia Maria, Supervisora do NUPLA e Isabel Cristina C. Carlos, Supervisora da CORES. Pela representação dos municípios compareceram os seguintes Secretários Municipais: Maria da Paz Gadelha, de Aracoiaba, representando o Presidente do COSEMS; Eduardo Rocha, de Canindé; Policarpo Araújo Barbosa, de Maranguape; Rodrigo Carvalho Nogueira, de Deputado Irapuan Pinheiro; Manoel Fonseca de Beberibe e Alexandre Mont'Alverne, de Fortaleza. Como convidados, os Secretários Municipais de Saúde: José Gabriel Bezerra, de Orós, Fco. Carlos, de Barbalha; José Neto, de Horizonte; Fca. Leite Mendonça, de Ipú; e Aurivan Linhares Junior, de Freicheirinha; os técnicos Ricardo Carvalho, da SMS, de Barbalha, Álvaro Fachine, de Cedro; Fco. Wandenberg Santos, do IJF; Leni Lúcia do COSEMS; representantes das CERES de Maracanaú, Quixadá, Limoeiro do Norte e Acaraú, Itamárcia, Coordenadora da COESU/SESA e Acy Telles, do HEMOCE. A reunião foi presidida por **Dra. Lilian Beltrão** que ao constatar a existência de quorum, abriu a sessão dando as boas vindas aos presentes e desejando melhorias para o financiamento da Saúde, neste ano que se inicia. Informou que o Presidente do COSEMS encaminhara o Ofício Nº 10/2006 de 13 de janeiro de 2006, apresentando a Secretária de Saúde de Mulungu, Maria da Paz, para representá-lo naquela reunião e solicitando o cancelamento do item da pauta "Discussão sobre a Portaria MS nº 2.442 de 9/12/2005 que torna insubsistentes as Portarias Nº1.063 e Nº 1.069/ 2005 que tratam da implantação e financiamento de CEOs e a Portaria nº 1.057/2005 que cria o incentivo complementar de 45% para o PACS em municípios com situação contratual regular de ACS. Informou as demais alterações da pauta, com a inclusão dos pleitos de Certificação de Municípios nas ações de Vigilância em Saúde, e Credenciamento do HIAS como Serviço de Alta Complexidade em Nutrição Enteral. Em seguida, por solicitação da Dra. Itamárcia, que precisava se ausentar mais cedo, alterou a ordem dos itens, cuja numeração passou a ser considerada pela seqüência de apresentação conforme segue: **Item 1 – Projetos dos Pólos do SAMU do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.** Itamárcia lembrou que o assunto já havia sido tratado em 2004 quando a CIB/CE aprovara, o desenho dos Pólos Regionais dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU/192, do Sistema Estadual de Urgência e Emergência e a estruturação do Projeto Piloto denominado de Pólo Litoral Leste que está em fase final de implantação. Afirmou que o Projeto global dos SAMU's Regionais era composto de 11 (onze) Pólos e fora consolidado em um só documento que deveria ser enviado ao MS com a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite, e assim o Estado ter faculdade para implantar os 10 (dez) Pólos de forma progressiva, já estando prevista para este ano de 2006 a implantação dos Pólos, Metropolitano Leste que agrega as Regionais de Maracanaú e Baturité e o Metropolitano Oeste que abrange a Microrregião de Caucaia, excluindo o município sede, cujo gestor que não havia aderido à regionalização do Serviço. Informou que se houver proposta de implantação do SAMU de Caucaia, sob gestão municipal, o projeto deverá ser submetido à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite. Mostrou o documento composto dos 11 Projetos dos Pólos Regionais do SAMU e explicou que os Projetos seguem a mesma lógica de formatação estabelecida pelo Ministério da Saúde. Esclareceu que o financiamento dos Pólos se compõe de um valor de implantação destinado à reforma e aos equipamentos da Central de Regulação, das ambulâncias, e de um valor para o custeio que é rateado entre os três níveis de gestão do SUS, em que 50% desse valor fica a cargo do Governo Federal, e os 50% restantes são divididos em 25% a cargo, do estado e 25% a serem compartilhados entre os municípios que compõem o Pólo, considerando os critérios de porte populacional e

53 demanda ao serviço de urgência. Disse ainda que a parcela dos municípios será recolhida através da
54 SEFAZ, mediante convênio assinado entre os governos estadual e municipais, e que esse
55 procedimento atende a uma solicitação dos prefeitos para garantir a continuidade do Serviço. Em
56 seguida, a pedido do gestor do município de Dep. Irapuan Pinheiro, expôs na tela o Projeto do Pólo
57 Metropolitano Leste destacando as informações sobre os recursos financeiros, segundo as quais o
58 MS teria destinado R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) para a fase de implantação do Pólo, dos
59 quais R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) para a reforma da Central de Regulação e R\$
60 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) para equipar as ambulâncias, que serão onze de suporte
61 básico e duas de suporte avançado. O Repasse mensal do Ministério será de R\$ 211.500,00 (50%)
62 para o custeio da Central de Regulação e das ambulâncias. O rateio dos 25% de responsabilidade
63 dos municípios foi acordado com os gestores municipais ficando o município de Maracanaú com a
64 parcela maior e Guaramiranga com a menor. Dr. **Jurandi** observou que os municípios do Pólo terão
65 a garantia do atendimento de urgência dos seus municípios sem custo adicional com transporte, já
66 que o mesmo está incluído no Sistema. **Itamarcia** falou sobre a operacionalização dos SAMU's e
67 destacou o empenho do Secretário de Saúde do Estado para a implantação e funcionamento desses
68 Pólos com vistas à qualidade e excelência dos serviços ofertados tendo, nesse sentido, adquirido
69 equipamentos de última geração para todas as ambulâncias. Sem mais questionamentos a **CIB/CE**
70 **aprovou** o envio ao Ministério da Saúde, dos Projetos dos 10 SAMU's a serem implantados no
71 Ceará sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde. **Item 2- Qualificação de Equipes no âmbito do**
72 **PSF. Lilian** colocou o pedido de qualificação de **um (01) Agentes Comunitários de Saúde** para o
73 município de **Cariús** o qual completaria os 47 ACS que o município necessita. O município de
74 **Massapê** solicita a qualificação de **nove (09) Equipes de Saúde Bucal** para complementar as 13
75 Equipes a que o município faz jus. Considerando os pareceres favoráveis da CODAS/NUORG e
76 NUNAS/Saúde Bucal, a **CIB/CE aprovou** as qualificações de **um (1) ACS** para **Cariús** e de **nove**
77 **(9) Equipes de Saúde Bucal** para **Massapê. Item 3 - Implantação do CEO I do município de**
78 **Granjeiro. Lilian** colocou para a Plenária o pedido de implantação do Centro de Especialidades
79 Odontológicas Tipo I para o município de Granjeiro, com o parecer favorável da Coordenação
80 Estadual de Saúde Bucal, por atender as exigências da Portaria Nº 283/GM/2005, que antecipa o
81 pagamento do incentivo financeiro para estruturação ou ampliação de CEO's. Dr. **Rodrigo**,
82 Secretário de Saúde de Irapuan Pinheiro, observou que a legislação referente a implantação de
83 CEO's teria sido revogada pela Portaria GM/Nº 2.442/2005 e portanto, entende que não existia
84 fundamentação para aprovar o pleito em apreço. **Lilian** argumentou que a Saúde Bucal emitira
85 parecer favorável baseado na Portaria GM Nº 283/ 2005 em vigor, que antecipa o incentivo.
86 Afirmou que soubera que o assunto iria ser discutido na próxima reunião da Tripartite, com o pleito
87 de manutenção das Portarias 1.063 e 1.069 de julho de 2005. **Leni Lúcia** afirmou que entrara em
88 contato com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal e fora informada que o MS estaria recebendo
89 os processos de implantação de CEO's de todos os Estados e que tais documentos estariam
90 esperando a definição da CIT. **Rodrigo** sugeriu que o pleito fosse aprovado, com a ressalva de que
91 a CIB/CE entendera que houvera um erro na emissão da Portaria GM/Nº 2.442/2005 que revoga as
92 Portarias GM/Nº 1.063 e 1.069/2005 que regulamenta o credenciamento e funcionamento dos
93 CEO's. A **Plenária da Bipartite** aprovou a implantação do CEO tipo I no município de Granjeiro.
94 **Item 4 - Certificação de Municípios quanto às Ações de Vigilância em Saúde. Lilian** colocou
95 para a Plenária os pareceres favoráveis do Núcleo de Epidemiologia e Comissão de
96 Descentralização, quanto a Certificação dos municípios de Ipaporanga, Pires Ferreira, Santa
97 Quitéria, Varjota e Mucambo, junto às Ações de Vigilância em Saúde, e diz que segundo os
98 referidos pareceres, os municípios citados atenderam todas as condições exigidas pela Portaria GM
99 Nº 1.172 de 12 de junho de 2004. Sem discussão a **CIB/CE aprovou** a **Certificação** na Gestão das
100 Ações de Vigilância em Saúde dos municípios de **Ipaporanga, Pires Ferreira, Santa Quitéria,**
101 **Varjota e Mucambo. Item 5 – Descentralização das Ações de Média Complexidade em**
102 **Vigilância Sanitária. Lilian** apresentou os Pareceres Técnicos da área de Vigilância Sanitária da
103 COVAC favoráveis à descentralização das ações de VISA para os municípios de Maracanaú e

104 Maranguape. Segundo os referidos pareceres, os municípios pleiteantes, que estão habilitados na
105 Gestão Plena do Sistema Municipal, se enquadram nos critérios nacionais e estaduais estabelecidos
106 para o desenvolvimento das ações de VISA e concluem que os mesmos estão aptos a realizarem as
107 ações de média complexidade em Vigilância Sanitária. A **Plenária da Bipartite** aprovou sem
108 restrições, a descentralização das ações de média complexidade em VISA para os municípios de
109 **Maracanaú e Maranguape**. Lilian passou a palavra à Diana, Coordenadora da COVAC na área de
110 Vigilância Sanitária, que fez uma abordagem sobre o processo de descentralização das ações de
111 Vigilância Sanitária no Estado do Ceará. Disse que o trabalho da área de Vigilância Sanitária da
112 SESA, junto aos municípios, incluindo a divulgação desse assunto na CIB/CE, tem demonstrado
113 que os municípios estão se interessando pela adesão, haja vistas que em 2005, vinte municípios
114 pleitearam a habilitação para as ações de média complexidade em VISA e destes, seis já haviam
115 obtido aprovação na CIB/CE, sem citar os dois desta pauta, e desse total, três já haviam sido
116 homologados na Tripartite. Diz que isso mostra uma maior percepção dos gestores para a
117 importância da Vigilância Sanitária para a saúde coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde.
118 Colocou também a necessidade de se discutir naquela ocasião, o critério populacional, mínimo de
119 40.000 habitantes estabelecido na CIB/CE para a habilitação dos municípios nas ações de VISA,
120 alegando que além do pleito de Catarina, já tratado nesse Colegiado, outros municípios com
121 população abaixo de 40.000 habitantes estão encaminhado pedido de adesão a essas atividades. E
122 afirma que a Vigilância Sanitária do Estado não se opõe ao pleito desde que o município disponha
123 de estrutura e condições técnicas comprovadas para realizar as ações de Vigilância Sanitária em
124 questão, e por isso propõe que a Bipartite revogue a decisão da CIB/CE que aprovou o referido
125 critério populacional. Antes de passar para as discussões sobre as colocações da Dra. Diana, **Lilian**
126 colocou o pleito dos municípios de Maracanaú e Maranguape à consideração da **Plenária da CIB**
127 que **aprovou** sem questionamentos a **Descentralização das ações de Média Complexidade em**
128 **Vigilância Sanitária** para os municípios de **Maracanaú e Maranguape**. Sobre a proposta de
129 revogação da decisão da CIB/CE, Lilian colocou que para a decisão da CIB ser revogada se faz
130 necessário a definição de critérios a serem submetidos à apreciação do Colegiado. Houve um
131 grande debate sobre as dificuldades dos municípios para a realização dessas ações, destacando-se os
132 baixos valores do incentivo federal. **Alex**, Secretário de Saúde de Fortaleza, em exercício, afirma
133 que, embora o município realize grande parte das inspeções de média complexidade, ainda não está
134 em condições de assumir a vigilância sanitária em todas as áreas da Média Complexidade e afirma
135 que a SMS de Fortaleza está buscando a cooperação técnica da SESA, nesse sentido. **Lilian** diz
136 que para isso são importantes os esclarecimentos do grupo técnico da SESA, considerando que os
137 recursos financeiros federais são limitados e certamente não beneficiarão a todo os municípios.
138 **Diana** diz que o estímulo financeiro ainda é fator preponderante para a adesão dos municípios e
139 afirma que embora os recursos sejam limitados, a medida em que os municípios forem fazendo
140 adesão a área técnica da Vigilância Sanitária da SESA irá colocando a questão do incentivo
141 financeiro em discussão. Destacou as dificuldades do município de Fortaleza, em função da
142 diversidade das ações e do porte do município e coloca a Vigilância Sanitária da SESA à disposição
143 do município para a colaboração técnica necessária. **Rodrigo** comentou que os municípios investem
144 muito dinheiro em VISA e que se o governo federal deveria rever os valores do financiamento das
145 ações de VISA em apreço. Sobre a revogação do critério populacional para a descentralização,
146 considera pertinente conhecer que ações de média complexidade existem nos municípios pequenos
147 e se esse critério populacional é exigência da norma nacional. E diz ser possível ocorrer uma
148 quebra na qualidade dos Alvarás de Funcionamento de Estabelecimentos que hoje são expedidos
149 pelo Estado, caso alguns municípios de pequeno porte passem a emití-los. **Diana** citou algumas
150 ações consideradas de média complexidade, e disse que a norma federal não faz restrição ao porte
151 populacional. Houveram manifestações favoráveis à revogação da decisão da CIB e outras
152 contrárias, mas sem definição de critérios para a apreciação do Colegiado. Dessa forma **Lilian**
153 propôs que fosse composta uma Comissão Técnica para analisar a revogação do critério
154 populacional e propor outros, para a descentralização das ações de média complexidade em

155 Vigilância Sanitária, e submetê-los a aprovação da CIB na próxima reunião. A CIB/CE concordou
156 com a proposta de instituição da Comissão Técnica e definiu que a mesma seria composta das
157 técnicas da Vigilância Sanitária da SESA, Diana Carmem, Regina Vale e Ângela Leite, e dos
158 representantes do COSEMS, Rodrigo Carvalho Nogueira e Maria da Paz Gadelha, e agendou
159 reunião sobre o assunto para o dia 23 de janeiro de 2006, às 9 horas da manhã, na sala de reunião da
160 Vigilância Sanitária. **Item 6 – Pedidos de Pagamento Administrativo.** Lilian colocou para a
161 Plenária da Bipartite, em primeiro lugar, o pleito do Secretário de Saúde de Fortaleza, com a
162 solicitação à SESA do pagamento ao PRORIM S/C LTDA, no valor de R\$ 4.939,92 (quatro mil,
163 novecentos e trinta e nove reais e noventa e dois centavos) referente a procedimentos de Terapia
164 Renal Substitutiva realizados além do teto do prestador, no mês de novembro de 2004, e informou
165 que segundo informação do gestor solicitante, o município não dispõe do recurso para cobrir o
166 citado déficit. A Coordenadora da COVAC se pronunciou favorável ao pagamento levando em
167 conta o tempo decorrido desde a realização do serviço e as justificativas apresentadas pelo gestor.
168 Ante o exposto a CIB/CE acatou a sugestão da COVAC, favorável ao atendimento do pedido e
169 **autorizou** o Estado a proceder o pagamento administrativo da quantia de R\$ 4.939,92 (quatro mil,
170 novecentos e trinta e nove reais e noventa e dois centavos) ao Serviço de Hemodiálise da Santa
171 Casa de Misericórdia, PRORIM S/C LTDA, com recursos da gestão estadual. O segundo pedido
172 apresentado para pagamento administrativo fora encaminhado à COVAC pela direção do CENEC
173 que reclamava o não recebimento do repasse da quantia de R\$ 19.216,73(dezenove mil, duzentos e
174 dezesseis reais e setenta e três centavos), referente a sessões de hemodiálise excedentes, realizadas
175 em pacientes da microrregião de Caucaia, devidamente autorizadas pelo gestor, nos meses de junho,
176 julho e agosto de 2005. A COVAC emitiu parecer favorável ao pagamento administrativo sugerindo
177 que o mesmo fosse pago com recursos da gestão estadual considerando que o serviço fora
178 efetivamente prestado, além da meta estabelecida., com autorização do gestor. A CIB/CE autorizou
179 o pagamento administrativo ao CENEC no valor de R\$ 19.216,73 (dezenove mil, duzentos e
180 dezesseis reais e setenta e três centavos), com recursos da gestão do Estado, referente a
181 procedimentos de TRS realizados nas competências de junho, julho e agosto de 2005. O terceiro
182 pedido de pagamento administrativo foi encaminhado pela Secretaria de Saúde de Quixadá, e se
183 referia a débitos de procedimentos de hemodiálise realizados pelo Centro de Doenças Renais e
184 Hipertensão de Quixadá – CDRQ, nos meses de abril a outubro de 2005,correspondentes ao valor
185 de R\$ 146.700,50 (cento e quarenta e seis mil, setecentos reais e cinquenta centavos) que haviam
186 extrapolado o limite do município em Terapia Renal Substitutiva. Informou que a SESA havia
187 encaminhado ao MS, o demonstrativo dos valores de saldos do teto global de Terapia Renal
188 Substitutiva do Estado, que ficam retidos no FNS, e solicitação do remanejamento desses saldos
189 para cobrir os déficit com os procedimentos de hemodiálise excedentes em diversos municípios,
190 mas o MS ainda não havia se manifestado sobre o assunto. Informou também, que a direção do
191 Centro de Doenças Renais de Quixadá havia colocado a situação do estabelecimento em relação a
192 esse déficit para o Secretário Estadual que se comprometera em pagar o montante devido, com
193 recursos da gestão estadual. Sem comentários a CIB/CE autorizou o pagamento Administrativo
194 pelo Estado ao Centro de Doenças Renais de Quixadá no valor de R\$ 146.700,50 (cento e quarenta
195 e seis mil, setecentos reais e cinquenta centavos) por procedimentos de TRS realizados no período
196 de abril a outubro de 2005, com recursos federais sob gestão do Estado. **Item 7 – Credenciamento**
197 **do Hospital Albert Sabin como Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Terapia**
198 **Nutricional.** Lilian falou sobre a preocupação da SESA quanto ao prazo limite de 7 de fevereiro de
199 2006, já prorrogado pelo MS, para que as Unidades credenciadas de conformidade com
200 normatizações anteriores para executar serviços de assistência em Terapia Nutricional se
201 credenciem novamente, pois após aquela data, os que não tiverem solicitado o credenciamento não
202 poderão realizar procedimentos relacionados à Terapia Nutricional pelo SUS. E afirma que a
203 COVAC teria recebido apenas o processo de Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS, com a
204 solicitação de Credenciamento desse hospital como Serviço de Assistência de Alta Complexidade
205 em Terapia Nutricional, no âmbito do SUS, e fora incluída na pauta em curso para a aprovação da
206 CIB/CE e envio do mesmo ao Ministério da Saúde. Diz que o pleito em apreço obteve o parecer

207 favorável do gestor municipal e do gestor estadual, conforme exige a Portaria SAS Nº 131 de 8
208 março de 2005 que regulamenta a implantação da Assistência de Alta Complexidade em Terapia
209 Nutricional, e o colocou à consideração da Plenária. Propôs ainda que, dado a exigüidade do prazo
210 para o novo credenciamento, os pedidos que chegarem à SESA dentro do prazo e em condições
211 favoráveis, sejam aprovados por ad-referendo da Comissão Intergestores Bipartite. A **Plenária da**
212 **CIB** acatou a proposta da Dra. Lilian e **aprovou o Credenciamento do Hospital Infantil Albert**
213 **Sabin, como Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional**, junto ao
214 SUS. Dra. **Regina Célia** da COVAC recomendou aos gestores para enviarem os processos de
215 credenciamento em Terapia Nutricional com antecedência à data limite de remessa ao MS. **Item 8**
216 **– Discussão sobre a problemática do Atendimento de Urgência e Emergência da Região**
217 **Metropolitana de Fortaleza.** **Lilian** passou a palavra ao Dr. Alex, gestor de Fortaleza, que fez uma
218 abordagem do assunto afirmando que o grande afluxo de pacientes dos outros municípios da Região
219 Metropolitana ao IJF é questão conhecida e discutida pelas autoridades de Saúde do Estado,
220 inclusive pelo Governador e Promotora Pública da Saúde. Acha que uma das alternativas de
221 solução do problema seria um incremento da oferta de serviços sobretudo em Caucaia e Maracanaú
222 que são os municípios que mais “produzem” pacientes para Fortaleza com casos que muitas vezes
223 poderiam ser resolvidos no sistema local desses municípios. Nesse ponto passou a palavra ao Dr.
224 Wandenberg para que o mesmo fizesse o relato da situação. Este citou casos de atendimento feito
225 no IJF que os municípios teriam condição de fazer mas não o fazem ou o fazem de forma
226 esporádica, como administração do soro antiofídico, cirurgia geral, alguns casos de traumatologia
227 ortopedia e outros procedimentos de pouca complexidade atendidas nas unidades terciárias da
228 capital, concluindo que esses casos demonstram a desorganização dos serviços de saúde dos
229 municípios. Aberto o espaço para as discussões, **Rodrigo** diz que acredita na gravidade da situação
230 exposta pela direção do IJF, mas acha que não foram apresentados os elementos necessários ao
231 embasamento de uma **discussão** pela Bipartite. Lilian diz que o IJF dispõe das informações
232 reclamadas pelo Rodrigo e a SESA dispõe dos dados de Internação, com informações sobre
233 procedência, apenas dos pacientes que ficaram internados, não podendo, por isso, precisar a
234 quantidade de pacientes de determinado município que foi atendida no IJF. Dr. **Wandenberg**
235 informa que dos atendimentos a pacientes de Caucaia apenas 11% se caracterizavam como urgência
236 e desse percentual, mais da metade poderiam ser resolvidos no nível secundário da assistência. Quanto
237 a Maracanaú, afirmou que do total dos pacientes que procuram o atendimento no IJF apenas 12,5%
238 deveriam ser assistidos naquela unidade, o restante dos casos poderia ser resolvido na Microrregião
239 de Saúde. Conclui que as pessoas estão buscando o atendimento primário de saúde, num hospital
240 terciário e que metade delas vêm do interior. **Policarpo** coloca que o atendimento primário no IJF é
241 um problema da Atenção Básica do município de Fortaleza, que há anos não oferece a cobertura
242 assistencial de nível primário à população da Capital. **Fonseca** concorda com Policarpo, quanto à
243 existência do problema local, mas afirma que esse fator não diminui a responsabilidade dos outros
244 municípios, principalmente os que tem mais de 100 mil habitantes, de organizarem seus serviços. E
245 levanta a necessidade da SESA, através do setor responsável pelo apoio à organização dos níveis de
246 Atenção Secundária e Terciária, ter uma atuação mais agressiva principalmente na Região
247 Metropolitana, cujos problemas de organização vêm acontecendo e ninguém resolve. **Alex**, reforça
248 as afirmações do Dr. Policarpo e afirma que a maioria dos atendimentos básicos de Fortaleza lotam
249 os Hospitais Frotinhas e Gonzaguinhas. Diz que para reduzir essas disfunções a Secretaria de Saúde
250 de Fortaleza pretende implantar cerca de 200 (duzentas) Equipes da Saúde da Família em 2006 e
251 construir 25 (vinte e cinco) novos Centros de Saúde a partir deste ano. Afirma que a quantidade de
252 internações/mês de pacientes de Caucaia, no IJF, demonstram que o referido município não tem
253 capacidade para atender nem a sua população local nem a referenciada pela Microrregião. Lembra
254 dos problemas de gestão do município de Caucaia já tratados na CIB, e destaca a necessidade de se
255 agilizar o processo de desabilitação, do mesmo, da gestão Plena do Sistema Municipal. **Eduardo**
256 afirma que o problema reside na gestão do Sistema Municipal de Saúde e destaca, nesse sentido a
257 aplicação dos recursos do “Saúde Mais Perto de Você” que, na sua opinião, não estão resolvendo o

258 problema de atendimento da população dos municípios beneficiados. Propõe que sejam adotadas
259 medidas duras e punitivas para os municípios que não estão cumprindo com suas responsabilidades.
260 **Lilian** esclareceu que a auditoria de gestão que a SESA está realizando no município de Caucaia, é
261 um processo complexo por envolver outros setores da administração pública, mas está em fase de
262 conclusão e disse que pretende apresentar o respectivo Relatório na próxima reunião da
263 CIB/CE. Assegura que a situação relatada pela direção do IJF não ocorre apenas naquela Unidade
264 mas em todos os Hospitais Terciários localizados na capital e sugere que a discussão envolva a
265 problemática de atendimento de urgência também nesses hospitais. **Maria da Paz**, propõe que essas
266 questões sejam trabalhadas na revisão da PPI/2006, visando o redimensionamento da capacidade
267 dos municípios da Região Metropolitana, inclusive de Fortaleza, mas diz que não comunga com a
268 decisão de desabilitar municípios da Gestão Plena do Sistema Municipal. **Virgínia**, Coordenadora
269 da Central de Regulação da 3ª CERES propõe a instituição de uma Câmara Técnica com o objetivo
270 de estudar a situação da Atenção Secundária da Região Metropolitana, já que a discussão põe em
271 foco os municípios de Caucaia e Maracanaú. A Plenária da CIB/CE decidiu instituir uma Comissão
272 Técnica formada pelos membros da CIB/CE, Dra. Isabel, Dr. Holanda e Dra. Lilian, da SESA e
273 representantes do COSEMS, sob a Coordenação da representante CORES, para após estudos das
274 informações apuradas, propor estratégias e/ou alternativas de solução do problema de grande
275 afluência de casos de Atenção Secundária e Primária oriundos dos municípios da Região
276 Metropolitana de Fortaleza para os hospitais terciários da Capital. **Item 9 - Discussão sobre a**
277 **Portaria MS nº 2.442 de 9/12/2005 que torna insubsistentes as Portarias Nº1.063 e Nº 1.069/**
278 **2005 que tratam da implantação e financiamento de CEOs e a Portaria nº 1.057/2005 que**
279 **cria o incentivo complementar de 45% para o PACS em municípios com situação contratual**
280 **regular de ACS.** Lilian passou a palavra ao Dr. **Rodrigo** que justificou o ponto de pauta
281 afirmando que precisava uma resposta clara em relação à dificuldade de acesso a exames de HIV
282 para gestantes do seu município, ao HEMOCE do Iguatu, e buscar uma negociação de transição das
283 referências desses exames, para o LACEN, já que as referências dos exames de HIV do seu
284 município foram estabelecidas para o HEMOCE. **Lilian** explicou que houveram alguns erros na
285 elaboração da PPI mas que os mesmos estavam sendo corrigidos na revisão da Programação que
286 está sendo realizada. Em seguida passou a palavra para a Dra. Acy, Diretora do HEMOCE, em
287 exercício, que explicou as funções dos Hemocentros do Estado as quais não prevêm o atendimento
288 de demanda referenciada para a realização de exames, e portanto não poderiam atender os exames
289 encaminhados pelo município de Deputado Irapuan Pinheiro. **Lilian** falou que na reunião da CIB
290 do dia 26 de agosto de 2005, ocorrida no município de Guaiúba fora mostrado que a cobertura do
291 LACEN era pequena pois as referências não estavam chegando àquele Laboratório e recomendara
292 aos gestores que fizessem a reprogramação dos exames de HIV. **Rodrigo** diz que teria entendido a
293 recomendação mas como não ficara estabelecido um prazo limite ele teria deixado para programar
294 os referidos exames na ocasião da elaboração da PPI/2006. Entretanto precisava da alteração
295 urgente das referências para o LACEN. Lilian propôs ao gestor trazer à proposta de alteração das
296 referências dos exames de HIV do município de Deputado Irapuan Pinheiro à COVAC na segunda-
297 feira seguinte à data da reunião em curso e sugeriu que a diretora do LACEN fosse convidada para
298 apresentar nesse Colegiado, a situação dos Laboratórios Públicos do Estado em relação à cobertura
299 e referências dos exames para detecção da infecção pelo HIV. A **Plenária** concordou com a
300 sugestão da Dra. Lilian. **Alex** sugeriu que, para fins de racionalização do uso dos kits de exames e
301 como medida de economia o HEMOCE poderia, em casos esporádicos e estando com o kit aberto,
302 examinar amostras colhidas pelo LACEN e enviar o resultado a esse Laboratório. **Lilian** afirmou
303 que esse procedimento seria viável mas não constaria da Programação. Funcionaria apenas como
304 resultado de um acordo entre as duas Unidades. **Item 10 – Informes: 1º) Portaria SAS Nº 756 de**
305 **27 de dezembro de 2005** – Regulamenta o processo de organização das Redes Estaduais e/ou
306 Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade, através da implantação
307 das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia. Disse que os municípios de
308 Fortaleza e Barbalha precisam agilizar esse processo, pois o prazo para o novo credenciamento e

309 habilitação dos Serviços que realizam esse tipo de assistência é de seis (6) meses a partir da data da
310 publicação da referida Portaria. **2º Informe:** Portaria GM/Nº 2.607, de 28 de dezembro de 2005,
311 que institui incentivo financeiro, com recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde para o
312 custeio das atividades desenvolvidas pelo Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). **3º**
313 **Informe:** Portaria SAS Nº 741 de 19 de dezembro de 2005, que regulamenta a Política Nacional de
314 Atenção Oncológica e define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os
315 Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência
316 de Alta Complexidade em Oncologia, e estabelece normas e requisitos para o novo credenciamento
317 dos estabelecimentos de saúde dos estados e municípios que realizam serviço de assistência
318 oncológica ao SUS. Diz que essa Política prevê a reestruturação dos CACON, que no Ceará
319 funcionam nos municípios de Fortaleza, Sobral e Barbalha e avisa que o prazo para solicitar o novo
320 credenciamento é de seis (6) meses, a contar da data da publicação da referida Portaria. Informa
321 também que a Portaria contempla nessa Política os Hospitais que realizam Cirurgia Geral, que
322 estejam vinculados tecnicamente a um CACON. **4º Informe:** Portaria GM Nº 2.457 de 12 de
323 dezembro de 2005. Inclui a Unidade Mista de Catarina, do município de Catarina na Política
324 Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, na vaga deixada pelo município de Chaval. Avisa
325 que o município de Catarina só receberá os 50% do incentivo da parcela federal quando o MS fizer
326 o crédito da quantia estabelecida. **5º Informe:** Portaria GM/Nº2437 de 7 de dezembro de 2005 que
327 dispõe da ampliação e Fortalecimento da RENAST. Nada mais havendo a tratar a Plenária deu a
328 reunião por encerrada, tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a presente Ata que vai assinada pelos
329 membros da CIB/CE que compareceram. Fortaleza, treze de janeiro de dois mil e seis.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006**
3
4

5 Aos dez dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e seis, às quatorze horas, no auditório do
6 CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600, nesta capital,
7 realizou-se a 2ª Reunião Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará,
8 com a presença dos seguintes membros: **Representando a SESA**, Vera Coelho, Coordenadora da
9 COPOS; Lilian Amorim Beltrão, Coordenadora da COVAC; Ismênia Maria Barreto Ramos, e
10 Antônio Paulo de Meneses, Técnicos do NUPLA, Fco. Holanda, Coordenador da CODAS, Nágela
11 Maria dos Reis Norões, da CORES e José Galba de Meneses, Secretário Executivo do GABSEC.
12 Pela **representação do componente municipal**, compareceram os seguintes membros: Mário
13 Lúcio Ramalho Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Eduardo Rocha, de Canindé;
14 Manoel Fonseca de Beberibe, Rogério Teixeira, de Umirim, Maria Nizete Tavares, do Crato,
15 Arnaldo Costa Lima, de Sobral e Alexandre Mont'Alverne, de Fortaleza. Como **convidados**, Leni
16 Lúcia Nobres, do COSEMS; Fco. Pedro da Silva da SMS de Cruz; Fca. Leite Mendonça, SMS do
17 Ipú; Sônia Regina e Fábio Landim Campos da 2ª CERES; Márcia Úrsula de Brejo Santo; Helena
18 Jucá, do Inst. do RIM; Verônica Camurça Matos, SMS de Maranguape; Almerinda Teófilo, da SMS
19 de Aracoiaba; Anderson Aguiar Passos, de Canindé; Álvaro Fechine, de Cedro; Benedita de
20 Oliveira e Selene Bandeira, da 8ª CERES; Glauce Diógenes, SMS de Jaguaribe; Humberto Guerra,
21 de Amontada; Ednir Dantas, da SMS de Maracanaú, Pollyane C.Dantas, do Crato; Zita Maria
22 Rocha da 3ª CERES; Ivonete Vieira, da 10ª CERES; Rosélia Mesquita, da 5ª CERES; Maria Lucíla
23 Rodrigues da 11ª CERES; Angela Leite, da VISA/SESA; Tereza B. Feitosa Arrais da 1ª CERES;
24 Neusa Goya da SMS de Fortaleza; Maria Odilma e Ana Vlândia Jucá do NUASF/SESA; Luzia
25 Lucélia Ribeiro, da SMS de Senador Pompeu; Alessandra Pimentel, de São Gonçalo do Amarante;
26 Fabíola de Moura Evangelista da SESA/Maranguape. A reunião foi presidida por **Dra. Vera**
27 **Coelho** que ao constatar a existência de quorum, abriu os trabalhos com a apresentação do **Item 1**
28 **– Política de Atenção à Saúde do Trabalhador – Proposta de Regionalização dos CEREST.**
29 **Vera** lembrou que em 2005 o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/Nº 1.068 de 04 de julho
30 de 2005 autorizara a ampliação de quatro Centros de Referência em Saúde do Trabalhador -
31 CEREST para o Ceará e que ficara acordado na CIB que a localização dos novos CEREST Seria
32 proposta por uma Comissão Técnica instituída pela Bipartite, que analisaria os projetos dos
33 municípios interessados em sediar um dos Centros de Referência em questão. Afirmou que a
34 Portaria GM/Nº 2437, de 7 de dezembro de 2005, que altera e revoga aquela anteriormente citada,
35 mantém as quatro vagas para o Ceará e recomenda que todos os Estados da Federação organizem a
36 rede de CEREST que deverão ser de abrangência regional e geridos segundo o que for pactuado na
37 CIB. Esclareceu que o Ceará tem 4 (quatro) CEREST habilitados, sendo um Estadual e três
38 localizados nos municípios de Horizonte, Juazeiro do Norte e Sobral, devendo os três últimos se
39 adequarem aos ditames dessa Portaria GM/Nº 2437/2005. Prosseguiu, apresentando alguns pontos
40 da citada norma entre os quais destacou: As estratégias definidas para a ampliação da Rede
41 Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST (artigo 1º); As exigências para a
42 implantação de novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (artigo 7º); Os valores do
43 Financiamento, composto do Incentivo de implantação do novo CEREST (cinquenta mil reais), e do
44 Custeio Mensal, (trinta mil reais) para os regionais, e (quarenta mil reais) para os estaduais, (artigos
45 8º e 9º); As Funções dos CEREST Regionais, (Anexo IV); e o quantitativo mínimo de Recursos
46 Humanos (Anexo VI). Em seguida apresentou a Proposta de Organização dos Centros de
47 Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST de abrangência regional, no Estado do Ceará, de
48 acordo com a seguinte regionalização: **1.** O CEREST de Horizonte teria atuação na Microrregião de
49 Cascavel, constituída de 7 municípios e população de 264.709 habitantes; **2.** O CEREST de Sobral,
50 que atuaria nas MRs. de Acaraú, Camocim, Crateús e Sobral, num total de 47 municípios e
51 1.217.494 habitantes; **3.** O CEREST de Juazeiro do Norte, para as MRs. de Brejo Santo, Crato, Icó,

52 Iguatu e Juazeiro do Norte, que somam 45 municípios, num total de 1.376.709 habitantes; **4.** Um
53 CEREST com abrangência nas MRs. de Aracati, Russas e Limoeiro do Norte, com 21 municípios e
54 população de 519.834 habitantes; **5.** Um CEREST para atuar nas MRs. de Baturité, Caucaia,
55 Fortaleza, Itapipoca, Maracanaú e Tauá, totalizando 41 municípios e população de 3.981.000
56 habitantes; **6.** Um CEREST para as MRs. de Canindé e Quixadá que somam 15 municípios e
57 população de 466.150 habitantes; **7.** Um CEREST com atuação na MR de Tianguá que congrega
58 oito municípios com população total de 281.011 habitantes. Justificou a distribuição proposta,
59 destacando: A situação endêmica na região dos municípios de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas,
60 em relação à atividade de piscicultura; Os agravos relacionados aos agrotóxicos e à silicose na
61 Microrregião de Tianguá, aliados a dificuldade de se agregar a essa, outras Microrregiões de Saúde
62 devido à localização geográfica de Tianguá; A existência do elevado número de trabalhadores nos
63 municípios da Microrregião de Cascavel. Esclareceu que para a localização dos 4 novos CEREST
64 seria considerada a decisão anterior da CIB de se analisar os projetos dos municípios interessados
65 em sediar um desses Serviços, sendo que somente Fortaleza teria enviado o Projeto para análise da
66 Comissão Técnica, não obstante ter havido manifestações de algumas prefeituras em assumir as
67 responsabilidades de um CEREST. Prosseguindo, abriu o espaço para as discussões e pediu a
68 manifestação da Plenária quanto à redefinição da Responsabilidade Territorial dos CEREST
69 existentes e da proposta de Regionalização para os quatro novos Centros a serem ampliados no
70 Estado do Ceará, e propôs que a localização dos existentes permaneça nos municípios que
71 atualmente sediam o CEREST. Dr. **Mário Lúcio**, se manifestou favorável à proposta apresentada
72 para a Rede dos CEREST no Ceará, cuja distribuição considera coerente com as necessidades de
73 atenção na área da saúde do trabalhador, e retirou o pleito de implantação de um CEREST no
74 município do Eusébio. Comentou sobre a heterogeneidade da população a ser abrangida e afirmou
75 que os recursos financeiros propostos pelo MS serão insuficientes para a manutenção das unidades
76 e que quatro CEREST não serão capazes de produzir resultados impactantes à Política de Saúde do
77 Trabalhador. Mas acredita que a estratégia de ampliação desses Centros irá se expandir e cobrir
78 outras regiões carentes dessa atenção, no Estado. Dr. **Alex** concorda com o Presidente do COSEMS
79 tanto no tocante à coerência do desenho da Regionalização apresentado pela SESA como no que diz
80 respeito aos valores de investimento. Por isso propõe que seja feita uma solicitação ao Estado para a
81 complementação dos recursos de Custeio dos referidos Serviços. Outros membros do Colegiado
82 também comentaram sobre a necessidade da ajuda estadual, e se pronunciaram favoráveis à
83 proposta em pauta. Dr. **Eduardo** propôs que a Microrregional de Tauá fosse incluída no CEREST
84 da regionalização composta pelas MR de Canindé e Quixadá em função da facilidade de acesso de
85 Tauá para Quixadá e afirmou que o município de Canindé, em reunião da CIB/MR, optou por não
86 sediar um CEREST neste momento atual e colocou a vaga a disposição dos dois municípios. A
87 Sra. **Ivonete**, da MR de Limoeiro do Norte afirma que os gestores precisam ter maiores
88 informações sobre os CEREST e acredita que a pouca informação seja a causa da não adesão dos
89 municípios à essa Política. A Sra. **Alessandra**, de São Gonçalo do Amarante, diz que o município
90 está trabalhando para a possibilidade de implantar um CEREST naquela região, considerando as
91 atividades do Porto do Pecém e da Siderúrgica a ser inaugurada. Dr. **Mário Lúcio** recomenda que
92 seja reforçada a divulgação sobre os CEREST para que os gestores se manifestem sobre as
93 pretensões de assumirem ou não as responsabilidades do Serviço, nas regiões em que não ficou
94 definida a sua localização. Sem mais observações a CIB/CE decidiu: **1º) Aprovar a adoção da**
95 **estratégia de Regionalização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, no**
96 **Estado do Ceará; 2º) Redefinir a área de atuação dos CEREST dos municípios de Horizonte, Sobral**
97 **e Juazeiro do Norte ao processo de regionalização; 3º) Definir a área de atuação dos CEREST**
98 **implantados e dos que serão habilitados, em conformidade com a seguinte regionalização: 1.**
99 **Horizonte** - para as MRs. de Horizonte e Cascavel; **2. Sobral** – para as MRs. de Acaraú, Camocim,
100 Crateús e Sobral; **3. Juazeiro do Norte** - para as MRs. de Brejo Santo, Crato, Icó, Iguatu e Juazeiro
101 do Norte; **4. MRs. de Aracati, Russas e Limoeiro do Norte; 5. MRs. de Baturité, Caucaia, Fortaleza,**
102 **Itapipoca e Maracanaú; 6. MRs. de Canindé, Quixadá e Tauá; 7. MR de Tianguá. 4º) Aprovar a**

103 implantação de um CEREST em Fortaleza, com vistas a sediar a região composta das Microrregiões
104 de Baturité, Caucaia, Fortaleza, Itapipoca e Maracanaú. 5º) Recomendar que essa Proposta de
105 Regionalização dos CEREST seja encaminhada aos Orientadores das CERES de Aracati, Russas e
106 Limoeiro do Norte para que em reunião CIB/MR saia a indicação dos municípios que reúnem as
107 condições de assumir as responsabilidades do CEREST, ficando a decisão final a ser tomada na
108 CIB/CE. 6º) Indicar uma Comissão para fazer o levantamento do Custo Operacional dos CEREST
109 existentes, com vistas a subsidiar a CIB/CE na formulação do pleito junto ao Secretário Estadual
110 de Saúde, para a complementação dos recursos de custeio dos CEREST pelo Estado. **Item 2 –**
111 **Recursos Financeiros da Área de Endemias do Município de Fortaleza. (SMS Fortaleza)** Dr.
112 **Alex** fez uma abordagem sobre as dificuldades que o município de Fortaleza vem enfrentado no
113 combate e controle das endemias, uma vez que, segundo afirma, o valor de financiamento dessas
114 ações não fora reajustado na mesma proporção do aumento dos gastos, notadamente os da Dengue.
115 Afirmou que a sobrecarga decorrente dessa disfunção obriga o município a entrar com uma
116 contrapartida acima de 100% do valor pactuado e apresentou uma Planilha com informações de
117 gastos do Município com o pagamento de pessoal das áreas de endemias, que mostra um déficit
118 acima de quatro milhões de reais calculado pela diferença entre o valor repassado pelo MS e as
119 despesas efetivamente realizadas no 2º semestre de 2005. Destacou o débito do Estado com o
120 município no valor de R\$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais) referente a um acordo
121 firmado entre os governos estadual e municipal para a contratação de mais 200 Agentes de
122 Endemias, em função do surto de Dengue no período de julho a dezembro de 2005, e afirmou que o
123 Estado vem alegando que a falta do repasse se deve à inadimplência do município de Fortaleza em
124 relação à prestação de contas deste com o Estado, decorrente do pagamento ao município pela
125 concessão dos serviços da CAGECE. Disse que essa alegação é equivocada, já que o município de
126 Fortaleza não tem que prestar contas do dinheiro que lhe pertence. **Alex** disse que inicialmente foi
127 falado que parte do Teto Estadual seria repassado para Fortaleza, enquanto se resolvia o problema
128 da inadimplência mas, afirmou que nenhuma dessas providências se concretizou e que a
129 SESA, estaria propondo o acréscimo do valor mensal de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) ao Teto
130 de Fortaleza, o que, afirma, não atenderia às demandas por recursos do município e nem pagaria o
131 débito do valor acima devido pelo Estado. Disse que o município vem gastando aproximadamente
132 22% do orçamento com o setor saúde, e que a contrapartida do TFVS é de 127%, razão porque
133 o Secretário de Saúde de Fortaleza teria pedido a inclusão desse assunto em pauta. Pede socorro, e
134 conclui colocando para a apreciação da Plenária, as seguintes proposições a serem cumpridas pelo
135 Estado, como forma de corrigir o déficit acima discriminado: **A) O acréscimo ao Teto da Vigilância**
136 **em Saúde do município de Fortaleza no valor de R\$200.000,00(duzentos mil reais) mensais. B) O**
137 **pagamento do valor de 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais) devidos ao município de**
138 **Fortaleza, por conta do acordo feito com a Secretaria Estadual de Saúde para a contratação de 200**
139 **(duzentos) Agentes de Endemias.** A palavra foi dada ao Dr. **Holanda** que, em nome do Estado,
140 contra-argumentou as pretensões do gestor de Fortaleza afirmando que também fizera uma planilha
141 que mostra que em 2005 o município de Fortaleza recebera do MS mais de sete milhões de reais
142 para as endemias, enquanto o Estado recebera pouco mais de oito milhões para atender os
143 municípios sob sua gestão. Afirmou que o Estado vem aplicando 60% de contrapartida, quando o
144 recomendado é de 30%. Propôs que o COSEMS solicite ao MS a revisão do TFVS do Estado do
145 Ceará e dos Municípios que também têm as mesmas dificuldades financeiras alegadas pelo gestor
146 de Fortaleza. Disse que a SESA tem feito um trabalho de parceria com Fortaleza, através de acordos
147 que, afirma terem sido cumpridos, destacando as despesas com 18 Agentes de endemias e com a
148 UBV de Fortaleza para o controle da Dengue em maio de 2005, além do combate a outras endemias
149 que ocorreram na Capital. Afirmou ainda que o Estado não poderia bancar as duas reivindicações
150 de Fortaleza mas manteria a proposta de acrescer o valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) ao
151 Teto Financeiro de Vigilância em Saúde do município de Fortaleza. Aberto o espaço das
152 discussões, Dr. **Eduardo**, Secretário de Saúde de Canindé, comenta sobre as dificuldades dos
153 municípios em relação aos gastos com ações de controle e combate às endemias e sugere que haja

154 uma discussão mais aprofundada na CIB sobre a necessidade do aumento dos recursos federais do
155 TFVS dos municípios e da participação do Estado nessa área. Dr. **Nélio**, supervisor do NUEND
156 reforça a fala do Holanda quanto aos investimentos do Estado na área de Vigilância em Saúde e diz
157 que considera um erro o fato do Estado pagar Agentes de Endemias para município certificado e em
158 Gestão Plena do Sistema Municipal. Afirma ainda que apesar das alegações sobre a insuficiência
159 dos recursos, segundo o MS haviam muitos municípios com saldo financeiro do TFVS há mais de 6
160 meses. **Alex** contesta a fala do Nélio por não considerar que o Estado esteja fazendo favor ao
161 município de Fortaleza ao pagar os agentes para combate à Dengue na capital, assim como o faz
162 para o interior, mas está cumprindo dispositivo constitucional quanto à sua obrigação de ajudar
163 técnica e financeiramente os municípios. Reafirma a necessidade do cumprimento da EC-29 pelo
164 Estado, principalmente para atender a área das endemias em virtude da ameaça de uma epidemia de
165 Dengue causada pelo vírus do tipo 4 (quatro). Disse que a SMS de Fortaleza não aceita o repasse
166 mensal de 50 mil reais como forma de pagamento do montante de um milhão e duzentos mil reais
167 devido pelo Estado, mas pede que o Estado encontre uma forma de pagá-lo no prazo mais curto
168 possível. Dr. **Galba** afirma que não se pode decidir sobre a questão dos recursos das endemias sem
169 envolver o Ministério da Saúde, mas propõe que antes os gestores do Estado e do município de
170 Fortaleza pactuem entrem si um acordo sobre as reivindicações em apreço. Dr. **Mário Lúcio**
171 considera oportuna a discussão desse ponto de pauta, por se tratar de um problema enfrentado por
172 todos os municípios cearenses e concorda com o Alex quanto a necessidade de um reforço
173 financeiro dos governos estadual e federal aos municípios e, para tanto, propõe que a SESA, em
174 parceria com o COSEMS, elabore uma planilha com informações de gastos de dez ou mais
175 municípios com ações de combate às endemias, e a encaminhe ao MS. Quanto à existência de
176 municípios que apresentam saldo do recurso da Vigilância em Saúde, informa que no Ceará apenas
177 4 (quatro) municípios se enquadram nessa situação (Ararendá, Itaiçaba, Pereiro e Solonópole)
178 porém com impacto financeiro considerado insignificante, por se tratarem de municípios de
179 pequeno porte. O Presidente do COSEMS falou ainda sobre os prejuízos decorrentes da relação
180 convenial entre o Estado e os Municípios, que afirma, ser excessivamente burocrática e não
181 transparente, e propõe que essa modalidade de acordo seja reduzida, de forma que os recursos
182 sejam repassados diretamente do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Dra.
183 **Vera** fez um apanhado do que havia sido discutido quanto a questão em pauta, e colocou duas
184 alternativas a serem analisadas pela Plenária, vez que não houve consenso entre o Estado e o
185 Município de Fortaleza quanto às suas respectivas proposições: Ou o assunto seria submetido à
186 decisão do CESAU, ou seria aberta uma discussão entre os Secretários de Saúde, do Estado e do
187 município de Fortaleza para, com a intermediação do Presidente do COSEMS, acordarem uma
188 solução para o problema, para apresentação na próxima reunião da CIB/CE, programada para o dia
189 17 de março de 2006. Após outras observações da Plenária a CIB/CE concluiu pelas seguintes
190 propostas de encaminhamento para resolução da questão do débito do Estado do Ceará com o
191 município de Fortaleza e dos problemas de financiamento das ações da Vigilância em Saúde de
192 todos os municípios cearenses: 1ª) que os Secretários de Saúde, do município de Fortaleza e do
193 Estado se reúnam para acordarem entre si, com a intermediação do COSEMS, uma solução para ser
194 apresentada na próxima reunião do Colegiado, programada para o dia 17 de março de 2006; 2ª)
195 Encaminhar ao Ministério da Saúde, Planilha de custos com ações de combate e controle de
196 endemias, feita pela SESA em parceria com o COSEMS, com solicitação de aumento do Teto
197 Financeiro da Vigilância em Saúde dos municípios do Ceará; 3ª) Formalizar junto ao Secretário
198 Estadual da Saúde o pedido de aumento do incentivo financeiro do Estado para a área das endemias
199 em todos os municípios. Dando prosseguimento aos trabalhos, Dra. **Vera** anunciou o terceiro item
200 da pauta, que se tratava da **Ampliação das Atividades de Assistência relacionadas ao HIV/aids**
201 **e Sífilis** seria retirado de pauta por motivo do impedimento da expositora do assunto em
202 comparecer à reunião. À pedido da equipe do NUVIS alterou a ordem da pauta colocando como
203 **Item 3,- A Proposta de Revogação da decisão da CIB/CE que estabelece o critério mínimo de**
204 **40.000 habitantes para a descentralização de VISA.** A Técnica da COVAC/NUVIS, **Ângela**

205 **Leite** lembrou que a proposta de Revogação da decisão da CIB/CE que estabelecia o critério
206 mínimo de 40.000 habitantes para os municípios pleitearem a descentralização das ações de
207 Vigilância Sanitária saíra de reunião anterior da CIB/CE, na qual fora instituída uma Comissão
208 Técnica para analisar a questão e trazer o resultado do estudo para esta assembléia. Disse que a
209 referida comissão teria chegado à conclusão de que o critério acima citado, que restringia o direito
210 ao exercício da Vigilância Sanitária de Média Complexidade apenas aos municípios habilitados em
211 Gestão Plena do Sistema Municipal, e/ou com população de 40.000 habitantes ou mais, deveria ser
212 revogado com vistas a dar aos 184 municípios cearenses a oportunidade de realizar as ações de
213 VISA em seus Sistemas Municipais de Saúde, e ao mesmo tempo implementar as ações dessa área
214 em todo o Estado. **Vera** acrescentou que o Pacto de Gestão aprovado pelo CONASS coloca a área
215 da Vigilância em Saúde como uma área de responsabilidade dos municípios, mas os pleitos de
216 habilitação continuam a cumprir o processo de aprovação da CIB. Em seguida colocou à
217 consideração da Plenária a decisão de Revogação da decisão da CIB/CE que estabelece o critério
218 de estar habilitado em GPSM e/ou ter no mínimo, 40 mil habitantes para solicitar a descentralização
219 das ações de VISA. A Plenária, embora reconhecendo as dificuldades dos municípios,
220 principalmente dos de pequeno porte em assumir as responsabilidades inerentes ao exercício da
221 Vigilância Sanitária de Média Complexidade, se manifestou favorável à proposta e decidiu Revogar
222 a decisão da CIB/CE que estabelece o critério mínimo de 40.000 habitantes para a descentralização
223 de VISA, constante da Ata da 5ª Reunião de 2004 da Comissão Intergestores Bipartite. Item 4 -
224 Apresentação da Proposta de Gestão do Pacto da Assistência Farmacêutica do Estado. **Vera**,
225 esclareceu que a proposta de Gestão do Pacto da Assistência Farmacêutica deveria ter sido
226 discutida na Reunião do dia 16 de dezembro de 2005 juntamente com o Elenco de Medicamentos e
227 do Financiamento da PPI/2006, e ter a sua pactuação formalizada em Resolução da CIB, como
228 exige o MS. Como isso não ocorreu, a CIB teria concedido esse espaço ao NUASF para a discussão
229 da proposta em pauta e de outros pontos relacionados ao Pacto. Em seguida passou a palavra à
230 equipe do referido Núcleo para a apresentação da proposta. Usou da palavra a Dra. **Ana Vlândia**,
231 que antes de entrar no assunto da pauta, solicitou que a redação do artigo 2º da Resolução nº
232 176/2005, que aprovou os valores per capita anuais de financiamento da PPI da Assistência
233 Farmacêutica Básica, quanto à contrapartida dos municípios, onde dizia, “**Governo Municipal, o**
234 **valor mínimo de R\$ 1,50 (Um real e cinquenta centavos) e valor máximo de R\$ 3,00 (três reais)**” fosse
235 alterada para “**Governo Municipal, R\$ 1,50 (Um real e cinquenta centavos) ou R\$ 2,00 (dois reais) ou R\$**
236 **2,50 (dois reais e cinquenta centavos) ou R\$ 3,00 (três reais)**”. Justificou, afirmando que a alteração evitaria
237 os repasses de diferentes valores fracionados da contrapartida municipal. A **CIB** acatou a alteração acima
238 solicitada pelo NUASF. **Ana Vlândia** iniciou a discussão da **Gestão do Pacto** esclarecendo que para a
239 realização do referido acordo, os recursos das contrapartidas federal, estadual e municipal destinados aos
240 Municípios não Habilitados, continuam a ser depositados no Fundo Estadual de Saúde para a aquisição dos
241 medicamentos pelo NUASF. Quanto aos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal que optarem
242 pelo gerenciamento do Pacto da Assistência Farmacêutica Básica através do Estado, os mesmos deverão
243 assinar um documento autorizando o MS a repassar os recursos da contrapartida federal, que ora é
244 depositado no FMS, diretamente do FNS para a conta do Fundo Estadual de Saúde. Assim como deverão ser
245 depositados na conta do FUNDES os recursos das contrapartidas Estadual e Municipal desses municípios,
246 para que a SESA possa proceder à compra dos medicamentos da respectiva PPI/2006. Dra. **Vera**
247 esclareceu que esse procedimento substitui o mecanismo anterior – repasse do FMS para o FUNDES –
248 utilizado pelos Municípios em GPSM que aderiram à Compra Centralizada, tendo em vista que a Portaria
249 Nº2.084/2005 não permite essa forma de transferência dos recursos federais. Alertou os gestores de que os
250 municípios que autorizarem o repasse dos recursos federais da contrapartida da Assistência Farmacêutica
251 Básica, do FNS para o FUNDES, não terão mais esses recursos depositados na conta do FMS e adiantou que
252 como o Pacto de Gestão do SUS extingue a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, todos os
253 municípios, certamente, teriam que fazer a opção de adesão ou não ao Pacto da Assistência Farmacêutica
254 Básica com a gestão do Estado. Dra. **Nizete**, Secretária de Saúde do Crato, levantou questão sobre a
255 condição do NUASF de operacionalizar a PPI/2006 frente a essa nova demanda, argumentando que no ano
256 de 2005 aquele Núcleo não cumpriu os prazos de entrega dos medicamentos aos municípios. Houve outros
257 questionamentos em relação ao repasse da contrapartida dos recursos federais dos municípios em GPSM para
258 o FUNDES, e quanto à garantia do recebimento dos medicamentos, caso o município atrase o pagamento de

259 uma das parcelas da contrapartida. Dr. **Mário Lúcio** disse que entende a preocupação dos gestores mas
260 informou que o acordo feito entre o COSEMS e a SESA no sentido que o NUASF passasse por uma
261 reestruturação organizacional de forma a assegurar a execução da PPI da Assistência Farmacêutica Básica,
262 estava sendo de alguma forma realizado através de certas providências já adotadas e reiterou o compromisso
263 assumido pela SESA de que o NUASF entregaria, trimestralmente, no mínimo, 75% dos medicamentos
264 pactuados. Dr. **Holanda** informou que no ano em curso não deverão haver atrasos nas aquisições dos
265 medicamentos pois os processos de licitação estariam, alguns concluídos e outros bastante adiantados.
266 Observou que os atrasos na entrega dos referidos insumos poderão ocorrer, caso haja alteração na lógica de
267 entrega dos laboratórios. Mas afirmou, que se depender da SESA os prazos poderão até ser reduzidos já que
268 o contingente de pessoal do NUASF foi acrescido de capatazes, farmacêuticos e técnicos da área de
269 medicamentos. Esclareceu ainda que o Estado, na condição de gestor do Pacto da Assistência Farmacêutica é
270 responsável pelos recursos que forem repassados pelo MS e pelos Municípios. E que esse dinheiro será
271 totalmente utilizado para compra de medicamentos do Pacto. **Odilma** do NUASF complementou que, com a
272 assinatura do Termo de Adesão ao Pacto, o município autoriza ao BB a transferência mensal do valor
273 pactuado para a contrapartida nos dias 10.20 ou 30 de cada mês e portanto ficará mais fácil para o município
274 cumprir com a sua participação. Sem mais manifestações a **CIB/CE** definiu: **1.** A Secretaria da Saúde do
275 Estado do Ceará assumirá a Gestão do Pacto da Assistência Farmacêutica Básica para os municípios Não
276 Habilitados e para os Habilitados em GPSM que aderirem ao Processo da Compra Centralizada e
277 distribuição dos medicamentos, pelo Estado, durante o exercício de 2006; **2.** Para o cumprimento das
278 responsabilidades de que trata a decisão acima, os recursos financeiros dos governos federal, estadual e
279 municipal serão depositados no Fundo Estadual de Saúde, conforme orientação constante de item 29 do
280 anexo I da Portaria N°. 2.084/GM de 26/10/2005 e dispositivos constantes do Termo de Adesão à Compra
281 Centralizada pelo Estado. **3.** Os gestores dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, Prefeito e
282 Secretário Municipal de Saúde, que aderirem à Compra Centralizada pelo Estado, deverão autorizar ao
283 Fundo Nacional de Saúde, a transferência dos recursos federais da Assistência Farmacêutica Básica do seu
284 município, para o Fundo Estadual de Saúde. **Item 5- Qualificação de Equipes no âmbito do PSF.** **Vera**
285 colocou os pedidos de qualificação de Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, e Agentes
286 Comunitários de Saúde todos com pareceres favoráveis do Núcleo de Organização da Atenção
287 Primária e da Coordenação Estadual de Saúde Bucal, conforme segue: **Equipes de Saúde da**
288 **Família:** Uma (1) para o município de Aratuba; Duas (2) para o município de Itarema; Duas (2)
289 para o município de Pentecoste e Uma (1) para Salitre, num total de Seis (6) ESF a serem
290 acrescidas ao PSF do Ceará. **Equipes de Saúde Bucal:** Uma (1) para o município de Aratuba;
291 Quatro (4) para o município de Caucaia; Uma (1) para o município de Lavras da Mangabeira; Uma
292 (1) para o município de Milhã; Uma (1) para o município de Ocara; Duas (2) para o município de
293 Paramoti e Duas (2) para o município de Santana do Cariri, totalizando um acréscimo de mais doze
294 (12) equipes na área da Saúde Bucal. **Agentes Comunitários de Saúde:** Doze (12) para o
295 município de Santana do Cariri. **tem 6 - Pedidos de implantação de um CEO tipo 1 em Baturité**
296 **e em Salitre e credenciamento de LRPD em Juazeiro do Norte.** **Vera** expôs para a Plenária os
297 seguintes pleitos referentes à implantação de CEO e credenciamento de Laboratório Regional de
298 Próteses Dentárias: **1) Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas,** sendo, um (01)
299 CEO Tipo I para o município de Baturité, um (01) CEO Tipo I para o município de Salitre, um (01)
300 CEO Tipo I para Santana do Cariri e um (01) CEO Tipo I para Guaraciaba do Norte, todos com o
301 parecer favorável da Coordenação Estadual de Saúde Bucal, que informa que os projetos atendem
302 as exigências da Portaria N° 283/GM/2005 que antecipa o pagamento do incentivo financeiro para
303 estruturação ou ampliação de CEO's. **2) Credenciamento do Laboratório Regional de Próteses**
304 **Dentárias - LRPD do município de Juazeiro do Norte.** Segundo o parecer da Coordenação
305 Estadual de Saúde Bucal, o pleito está de conformidade com as Normas do Ministério da Saúde. A
306 **Plenária da Bipartite aprovou a implantação de um CEO tipo I** em cada um dos municípios de
307 **Baturité, Salitre, Santana do Cariri e Guaraciaba do Norte** e o credenciamento do Laboratório
308 Regional de Próteses Dentárias - **LRPD em Juazeiro do Norte.** **Item 7- Projeto para Ampliação**
309 **de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade de Aracoiaba - Gestão Estadual.**
310 **(Regina/COVAC).** Dra. **Regina Célia** informou que não iria colocar o Projeto de Ampliação de
311 Procedimentos Eletivos de Média Complexidade de Aracoiaba - Gestão Estadual, para apreciação
312 da Plenária porque saíra uma nova Portaria Ministerial, a de N° 252 de 08 de fevereiro de 2006,

313 revogando a Portaria Nº 486/2005, com base na qual foi elaborado o referido Projeto. Assim,
314 propôs que o documento seja devolvido ao município para a adequação da proposta à nova norma
315 ministerial, que trás alterações importantes, inclusive no valor per capita que passa de R\$ 1,00 para
316 R\$ 2,00, além de outras exigências. **Regina** informou ainda que pela Portaria Nº 486/2005 foram
317 credenciados 16 Projetos de Cirurgias Eletivas de MC do Estado do Ceará, sendo 14 de
318 responsabilidade municipal e 2 sob gestão do Estado. Disse que a nova Portaria não esclarece como
319 fica a situação dos municípios que iniciaram seus Projetos com valores da norma anterior mas que
320 procurará esclarecimentos sobre o assunto. Sem muitos comentários a **CIB/CE** concordou com a
321 devolução do Projeto de Ampliação das Cirurgias Eletivas de Aracoiaba – sob gestão Estadual à
322 CERES para reformulação do pleito. **Item 8 – Descentralização das Ações de Média**
323 **Complexidade em Vigilância Sanitária.** Dra. **Vera** apresentou o pedido de Canindé, município
324 habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal e com população de 74.497 habitantes, para
325 assumir as responsabilidades da Vigilância Sanitária de Média Complexidade, e informa que
326 segundo o parecer da Equipe de Supervisão da 5ª Célula Regional de Saúde, em Canindé, esse
327 município está apto a desenvolver as Ações de VISA pactuadas pelo seu gestor municipal. A
328 **CIB/CE** aprovou a descentralização das Ações de Vigilância Sanitária no município de Canindé.
329 **Item 09 - Certificação de Municípios junto às Ações de Vigilância em Saúde.** Dra. **Vera**
330 apresentou para a Plenária o parecer favorável do Núcleo de Epidemiologia e Comissão de
331 Descentralização, quanto a Certificação do município de **Ererê**, junto às Ações de **Vigilância em**
332 **Saúde**, e diz que segundo os referidos pareceres, o referido município atende todas as condições
333 exigidas pela Portaria GM Nº 1.172 de 12 de junho de 2004. Disse que com a aprovação desse
334 pleito, ficarão faltando apenas 41 municípios a serem certificados. Sem discussão a **CIB/CE**
335 aprovou a **Certificação** do município de Erere **na Gestão das Ações de Vigilância em Saúde.**
336 **Item 10 - Cadastramento do CAPS II de Maracanaú, CAPS i e CAPS ad de Maranguape.**
337 Dra. **Vera** colocou para a Plenária os pedidos dos municípios de Maracanaú e Maranguape para
338 aprovação do credenciamento de Centros de Atenção Psicossocial, sendo um CAPS modalidade II
339 para Maracanaú, e um CAPS i e um CAPAS ad para o município de Maranguape. Informou que os
340 projetos estão com toda a documentação exigida pelo MS e que a Coordenação Estadual de Saúde
341 Mental emitira parecer favorável para a habilitação dos três CAPS em apreço. Chamou a atenção
342 para a decisão acordada na **CIB/CE** de que apenas os CAPS com Portaria de credenciamento até 31
343 de dezembro de 2005 entrariam no rateio dos medicamentos da PPI da Saúde Mental, enquanto
344 perdurar o atual volume de recursos para a aquisição desses insumos. A Plenária da Bipartite acatou
345 os pareceres da SESA e aprovou o credenciamento junto ao SUS do CAPS II de Maracanaú e
346 CAPS i e CAPS ad de Maranguape. **Item 11– Pedidos de Pagamento Administrativo: 11.1 - Do**
347 **Gestor Fortaleza para o Hospital Antônio Prudente em Fortaleza.** Dra. **Lilian** expôs o pleito
348 do Secretário de Saúde de Fortaleza, para autorização da **CIB/CE** quanto a pagamento
349 administrativo ao Hospital Antônio Prudente no valor de R\$ 15.087,78 (quinze mil, oitenta e sete
350 reais e setenta e oito centavos) correspondente a três AIH de procedimentos cardiológicos
351 realizados em maio de 2004 e em janeiro e fevereiro de 2005, que foram glosadas e não podem
352 mais ser reapresentadas em função do tempo decorrido. Informou que o gestor de Fortaleza teria
353 constatado através do setor de auditoria daquele município que as internações em questão haviam
354 sido efetivamente realizadas e que o município dispunha do recurso financeiro para proceder a
355 quitação do débito. A **CIB/CE** autorizou o gestor do município de Fortaleza a fazer o pagamento
356 administrativo ao Hospital Antônio Prudente na quantia de R\$ 15.087,78 (quinze mil, oitenta e sete
357 reais e setenta e oito centavos) pelas Internações Hospitalares realizadas em maio de 2004 e em
358 janeiro e fevereiro de 2005, que foram glosadas pelo MS. Dr. **Alex** informou que ainda há outros
359 débitos de contas glosadas a serem feitos pelo município e pediu que os mesmos fossem autorizados
360 com ad referendum da **CIB/CE**. A Plenária acatou o pedido do gestor de Fortaleza, ficando acertado
361 que os Processo deverão ser encaminhados à SESA para análise e parecer da COVAC. Ao final
362 Dra. **Lilian** falou sobre os déficit de TRS, dos municípios que realizam esse serviço, notadamente
363 Juazeiro do Norte, cujos pacientes haviam migrado para o Crato e Barbalha mas estava com um

364 déficit acumulado nos meses de outubro, novembro e dezembro e lembrou sobre os saldos que
365 ficam no MS e não são remanejados para os municípios, e que o Estado não tem mais recursos para
366 bancar esses déficits. **Vera** propôs que fosse feita a revisão da divisão de recursos por municípios
367 para viabilizar os pagamentos excedentes e que fosse encaminhado ofício ao MS solicitando o
368 posicionamento desse órgão quanto à solicitação de remanejamento do saldo feita pelo Secretário
369 Estadual da Saúde do Ceará. **11.2. Do gestor de Maracanaú para o RIM Centro.** **Lilian** colocou
370 a solicitação do gestor do município de Maracanaú relativa ao Pagamento Administrativo no valor
371 de R\$ 6.810,57 (seis mil, oitocentos e trinta e dez reais e cinquenta e sete centavos) ao RIM Centro,
372 por procedimentos de hemodiálise realizados a um paciente sem identificação, no período de agosto
373 a dezembro de 2005. Explicou que se tratava de pessoa foragida da justiça e que a mesma não
374 portava qualquer documento de identificação exigido para a cobrança d serviço. Acrescentou que o
375 gestor informara que dispunha do recurso financeiro para quitar o débito mas solicitava orientação
376 sobre os procedimentos a serem adotados pelo município quanto à continuidade da terapia no
377 referido paciente e disse que o processo teria sido encaminhado à Assessoria Jurídica da SESA para
378 emissão de parecer e orientação ao gestor sobre a questão. A **CIB/CE** autorizou o gestor da Saúde
379 do município de Maracanaú a proceder o pagamento administrativo no valor de R\$ 6.810,57 (seis
380 mil, oitocentos e dez reais e cinquenta e sete centavos) ao RIM Centro, relativo às sessões
381 hemodiálise efetivamente realizadas pelo referido prestador nos meses de agosto, setembro,
382 outubro, novembro e dezembro de 2005 e não cobrados por falta de documentação comprobatória
383 de identificação do paciente. **Informes: 1º Saída do Dr. Policarpo da CIB/CE** – Dr. Policarpo
384 comunicou que estava saindo da Bipartite pois não exercia mais o cargo de Secretário de Saúde de
385 Maranguape. Disse que como o Dr. Rodrigo havia falado de que alguns municípios estariam
386 desativando Equipes de Saúde Bucal, o município de Maranguape também se enquadrava nessa
387 denúncia e por essa e outras razões ele teria deixado a pasta do Setor Saúde daquela
388 municipalidade. Agradeceu a todos pela atenção que lhe dispensaram durante o período em que fêz
389 parte do Colegiado e apresentou a nova Secretária Dra. Verônica Camurça Matos., que destacou o
390 trabalho realizado pelo Policarpo à frente da SMS de Maranguape. **Mário Lúcio** pediu a palavra
391 para, em nome da CIB e do COSEMS, agradecer a participação do Dr. Policarpo em todos os
392 eventos e discussões sobre a operacionalização do SUS, onde teria se destacado como um defensor
393 da causa municipalista no âmbito da saúde no Ceará. Outros membros da Comissão também se
394 manifestaram desejando o breve retorno do Dr. Policarpo como membro da Bipartite. **2º Informe:**
395 **Acréscimo de recursos ao Teto do SUS do Ceará.** **Vera** informou, para conhecimento e
396 acompanhamento da CIB, que as Portaria GM N°s 598 e 1894 de outubro de 2005 e N° 2.306 de
397 novembro de 2005 estabeleceram recursos para os Hospitais de Ensino, acrescendo ao teto do
398 Estado o valor de R\$ 30.270.196,19 que ficará sob a gerência dos Hospitais aos quais se destina.
399 Em seguida entregou à Plenária a planilha com os novos valores do Teto Estadual. **3º Informe:**
400 **Portaria SAS N° 15 de 21 de janeiro de 2006** – Dra. **Regina Célia** da COVAC citou a Portaria SAS
401 N° 15 de 21 de janeiro de 2006 que regulamenta o processo de organização e implantação das
402 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de
403 Alta Complexidade em Terapia Nutricional. Disse que a nova norma revoga a Portaria SAS N° 131
404 de 05 de março de 2005, trás outras exigências, mas mantém o prazo do dia 07 de fevereiro de
405 2006 para solicitação do novo credenciamento. **4º Informe: Transferência dos pacientes de**
406 **Paraipaba, de Fortaleza para Caucaia.** **Regina** disse que em visita que fizera ao CENEC, ficara
407 impressionada com a qualidade do atendimento prestado aos pacientes de hemodiálise. Disse que
408 constataria que o prestador tem condição de receber os pacientes de Paraipaba e que a partir de
409 março já poderiam iniciar-se as transferências dos pacientes que expressaram o desejo de se
410 transferir para o prestador de Caucaia. Nada mais havendo a tratar a Plenária da Comissão
411 Intergestores do Ceará, deu por encerrada a reunião, tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a presente
412 Ata que vai assinada em folha de presença pelos membros que compareceram. Fortaleza, dez de
413 fevereiro de dois mil e seis.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006**
3
4

5 Aos dezessete dias do mês de março do ano de dois mil e seis, às nove horas, no
6 auditório Valdir Arcoverde e na Sala de Reunião do CESAU, na Secretaria de Saúde do
7 Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600, nesta capital, realizou-se a 3ª Reunião
8 Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a
9 presença dos seguintes representantes: Pelo componente Estadual, os membros titulares,
10 Jurandi Frutuoso, Secretário Estadual da Saúde e Presidente da CIB/CE; Vera Coelho,
11 Coordenadora da COPOS; Lilian Amorim Beltrão Coordenadora da COVAC; Ismênia
12 Maria Ramos, Supervisora do NUPLA, Fco. Holanda Júnior, Coordenador da CODAS;
13 Isabel Cristina C. Carlos, Coordenadora da CORES e os suplentes, Diana Carmem
14 Oliveira, Coordenadora da COVAC/VISA; Nágela dos Reis Norões, Técnica da CORES e
15 Antônio Paula de Meneses, Técnico do NUPLA. Pelo componente municipal
16 compareceram os seguintes Secretários Municipais, **membros titulares**: Mário Lúcio
17 Ramalho Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Arnaldo Costa Lima, de
18 Sobral; Eduardo Rocha, de Canindé; Luiz Odorico Monteiro, de Fortaleza; Rogério
19 Teixeira Cunha, de Umirim e Manoel da Fonseca, de Beberibe. Os **suplentes**, Nizete
20 Tavares, do Crato, Rodrigo Carvalho, de Deputado Irapuan Pinheiro; Alexandre
21 Mont'Alverne, de Fortaleza e Maria Ivonete Dutra, de Quixadá. Como convidados,
22 compareceram os **Secretários Municipais de Saúde**: Francisco Pedro da S. Filho de
23 Cruz; Maria Auxiliadora Bessa Santos, de Guarimiranga; Olímpia Azevedo, de Aratuba;
24 Isabel Cristina Fontenele, de S.Gonçalo do Amarante; Francisca Leite Inácio, de Ipu; Fco.
25 Carlos da Cruz Nobre, de Barbalha; Ana Erica Souza, de Jardim; Helmo Nogueira de
26 Sousa, de Boa Viagem; Maria Ivoneide Brito, de Itarema; Fco. da Costa Martins, de Nova
27 Russas; Verônica Camurça Matos, de Maranguape; Wilames Freire, de Aurora; Fernando
28 Prata, de Massapê; Alessandra Pimentel, de Itapajé; Sônia Beltrão, de Camocim; Andreia
29 Aguiar, de Alto Santo; Rute Gomes, de Limoeiro do Norte e Micaela Paes de Andrade, de
30 Catarina. Os Orientadores de **Células Regionais de Saúde**: Adail Afrânio, de Acaraú;
31 Lucila Rocha, de Sobral; Fátima Aragão, de Crateús; José Leiva Cabral, de Crato; Maria
32 de Fátima, de Baturité; Zita Maria Rocha, de Maracanaú; Adriana Márcia Cassiano, de
33 Aracati; Iracema G. Araújo, de Camocim; Ivonete Cavalcante Vieira de Limoeiro do Norte
34 e Zuila Maria M.Peixoto, de Icó. Estiveram também presentes as Técnicas do
35 **NUVIS/SESA**, Regina Vale e Angela Leite, a Técnica do **COSEMS**, Leni Lúcia Leal Nobre,
36 outros técnicos e representantes da CERES e das SMS, e o Sr. Adriano Parente Bluhm,
37 Diretor da Clínica do Rim de Barbalha. A reunião foi presidida por Dra. **Vera Coelho** que
38 ao constatar a existência de quorum, iniciou os trabalhos esclarecendo que a Pauta seria
39 cumprida em dois turnos, sendo no primeiro a apresentação das Diretrizes Operacionais
40 do Pacto pela Saúde/2006, divulgadas pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS
41 Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, e no segundo as discussões dos demais assuntos da
42 pauta. Informou que a matéria referente ao Pacto seria trabalhada sob três aspectos: Em
43 primeiro lugar o Dr. Odorico faria uma abordagem do contexto político que envolvera a
44 construção do Pacto de Gestão. Depois o Dr. Alex faria a explanação do conteúdo das
45 questões operacionais e finalmente a própria Dra. Vera Coelho faria uma discussão sobre
46 os aspectos que envolvem a participação das Comissões Intergestores Bipartite no novo
47 modelo de gestão do SUS. Em seguida convidou para compor, consigo, a mesa dos
48 trabalhos, o Presidente do COSEMS, Mário Lúcio R. Martildes; o Secretário de Saúde de
49 Fortaleza, Luis Odorico Monteiro e o Coordenador de Políticas de Saúde de Fortaleza,
50 Alexandre Mont'Alverne. Passou a palavra ao Dr. **Mário Lúcio**, que falou sobre a
51 importância da matéria a ser tratada naquela manhã e esclareceu que havia convidado
52 para falar sobre o assunto, o Dr. Odorico, que fora um dos idealizadores do Pacto de

53 Gestão e o Dr. Alex que acompanhara de perto toda a evolução do processo de
54 elaboração desse instrumento. Homenageou o Dr. Odorico, com um troféu que fora
55 concedido aos ex-presidentes desse Colegiado, por ocasião do VI Encontro de
56 Secretários Municipais de Saúde, ao qual o Secretário de Fortaleza não pode
57 comparecer. Luís **Odorico** agradeceu a homenagem e afirmou que o troféu representa o
58 resultado da atuação dos Secretários Municipais de Saúde frente aos movimentos
59 realizados no campo das políticas de saúde, na perspectiva de tornar o SUS governáveis
60 em todas as esferas. Em seguida iniciou a sua fala sobre o **Item 1 – Diretrizes**
61 **Operacionais do Pacto pela Saúde/2006.** Afirmou que o Pacto de Gestão do SUS
62 decorreu de um processo de superação de problemas de operacionalização do SUS,
63 fruto de contradições geradas no modelo vigente, que ele denominara de SUS pós NOB e
64 que após a aceitação da idéia do Pacto, pelo Ministro, chamou-o de **SUS do Pacto de**
65 **Gestão.** Para uma melhor compreensão do processo de construção do Pacto de Gestão
66 o palestrante sintetizou a trajetória do Sistema Único de Saúde no contexto histórico
67 nacional, a partir dos movimentos que marcaram as três décadas por ele assim definidas:
68 A década de 70, que considera a do discurso, das grandes teses e de produção crítica ao
69 modelo de saúde hegemônico da época; A década de 80, considerada a década do
70 esforço jurídico normativo constitucional, concretizado com a promulgação da nova
71 Constituição do País, em 1988, e da Lei Orgânica da Saúde, e a década de 90, que
72 denomina de década da descentralização da municipalização, consolidada pelas Normas
73 Operacionais Básicas do SUS. Definiu o processo de Regionalização instituído pelas
74 NOAS 2001 e 2002 como um nó crítico para a operacionalização do SUS, o que motivou
75 as discussões para a formatação de um conceito de Regionalização Solidária, sem a
76 competitividade perniciosa do modelo vigente. Disse que o Pacto de Gestão, contempla
77 esse conceito de Regionalização que possibilita a garantia do acesso universal, equânime
78 e integral aos serviços de saúde do país, mas afirmou que o fortalecimento desses Pacto
79 só será concretizado com a adesão dos gestores às diretrizes estabelecidas no referido
80 instrumento, o cumprimento das suas responsabilidades e a observação permanente das
81 Leis que regem o Sistema Único de Saúde. Conclamou os gestores a fazerem o “dever de
82 casa”, e afirmou que a questão da densidade tecnológica tem que ser resolvida através
83 dos mecanismos de Regionalização, cujo aprofundamento e qualificação considera um
84 desafio para o próximo governo do Estado do Ceará. **Alex** iniciou a sua parte fazendo
85 uma retrospectiva da legislação que fundamenta o Sistema Único de Saúde em que
86 destaca dispositivos da Constituição Federal das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 no que
87 diz respeito a Competência dos Municípios quanto à prestação de serviços de saúde à
88 população, e às formas de Alocação dos Recursos para a cobertura das Ações e Serviços
89 de Saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal e citou a
90 Carta de Natal, extraída do XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde
91 ocorrido em março de 2004, na cidade de Natal/RN, que contém diretrizes importantes
92 para a construção do Pacto de Gestão. Fêz uma abordagem sobre sobre o **Pacto em**
93 **Defesa do SUS,** que encerra duas grandes prioridades: Implementar um Projeto
94 Permanente de Mobilização Social em que destaca, dentre os objetivos propostos, a
95 regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, e Elaborar e Divulgar a Carta dos
96 Direitos dos Usuários do SUS, onde enfatiza os direitos e os deveres da população, em
97 relação aos serviços de saúde. E sobre o **Pacto pela Vida** que substitui os diversos
98 pactos existentes, por um único que contempla indicadores das áreas consideradas
99 estratégicas nas políticas centrais do Sistema Único de Saúde e constituem prioridade no
100 contexto da saúde do país, tais como: Saúde do Idoso, Câncer de Colo de Útero e de
101 Mama, Mortalidade Infantil e Materna; Doenças Emergentes e Endemias, com ênfase na
102 Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza, Promoção da Saúde e Atenção
103 Básica à Saúde. Falou sobre os objetivos de cada prioridade acima destacando a área de
104 Promoção da Saúde agora tratada sob um conceito mais voltado para a qualidade de vida

105 e hábitos saudáveis da população. Quanto ao **Pacto de Gestão do SUS** fez uma
106 explanação mais detida do conteúdo das questões operacionais enfatizando as principais
107 alterações havidas em cada um dos componentes do Pacto, em que destaca, a definição
108 das responsabilidades de cada ente gestor do SUS, formalizada através da assinatura do
109 Termo de Compromisso entre Municípios e Estados e entre Estados e União; os avanços
110 no processo de regionalização; o choque de descentralização, (materializado através da
111 descentralização, para as CIB, dos processos administrativos; o aprimoramento dos
112 mecanismos de financiamento e alocação de recursos (consolidados em 5 grandes
113 blocos); e o gerenciamento adequado dos trabalhos e redirecionamento dos processos de
114 formação. Em seguida passou a explicar a composição dos cinco (5) blocos de
115 financiamento definidos para cada um dos seguintes grupos: **Bloco 1- Atenção Básica**,
116 constituído pelos Pisos da Atenção Básica – PAB Fixo e PAB Variável. **Bloco 2 - Atenção**
117 **de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**, constituído por dois
118 componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
119 – MAC e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC. **Bloco 3 - Vigilância**
120 **em Saúde**, constituído pelo componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em
121 Saúde e componente da Vigilância Sanitária. **Bloco 4 - Assistência Farmacêutica**,
122 formado por 4 componentes: Básico da Assistência Farmacêutica, (composto de uma
123 parte fixa e outra parte variável), o componente Estratégico da Assistência Farmacêutica,
124 o dos Medicamentos de Dispensação Excepcional e o componente de Organização da
125 Assistência Farmacêutica que se destina ao custeio de ações e serviços inerentes à área.
126 **Bloco 5 Gestão do SUS**- destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a
127 organização e ampliação do acesso da população dos serviços de saúde. Concluída a
128 apresentação do Alex, Vera Coelho tomou a palavra para falar sobre os **Aspectos que**
129 **Envolvem a Participação das Comissões Intergestores Bipartite no novo modelo de**
130 **Gestão do SUS**, identificados em cada uma das diretrizes do Pacto de Gestão conforme
131 segue: No item **Descentralização dos processos administrativos, relativos à gestão,**
132 **para as CIB**, destacou a ampliação das responsabilidades desses Colegiados na
133 pactuação de credenciamentos, cujos processos serão avaliados no Estado e não serão
134 mais encaminhados ao MS. Falou também do novo papel das CIB como instâncias de
135 pactuação e deliberação para a realização dos pactos intra estaduais e para a definição
136 de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão
137 Intergestores Tripartite, e explicou que a implantação desse conceito enseja uma nova
138 discussão sobre a revisão do PDR/CE já que o mesmo fora recentemente alterado. Sobre
139 a **Regionalização**, ressalta, o importante papel da CIB na pactuação do Ponto de Corte
140 da Média e Alta Complexidade de forma a garantir a assistência na Microrregião, e na
141 criação do Colegiado de Gestão Regional, cuja implantação exige a revisão dos
142 Regimentos Internos da CIB Estadual e das CIB Microrregionais, que deve buscar a maior
143 representatividade possível. Sobre o **Financiamento do SUS**, diz que a CIB, dentro da
144 nova modalidade de financiamento, tem responsabilidades a cumprir em cada um dos
145 Blocos de Financiamento, detalhados na explanação do Dr. Alex. Na **Atenção Básica**, o
146 papel do Colegiado consiste em estabelecer a proposta para uso dos recursos de
147 Compensação de Especificidades Regionais, através da definição de critérios de alocação
148 desses recursos, de acordo com as especificidades estaduais. Sobre a **Atenção de**
149 **Média e Alta Complexidade**, a CIB procederá à pactuação da incorporação dos recursos
150 de custeio dos procedimentos pagos pelo FAEC ao Limite Financeiro do Estado e dos
151 Municípios. No **Financiamento da Assistência Farmacêutica**, cabe à CIB pactuar a
152 Parte Variável do Componente Básico que será transferida ao município ou estado, à
153 medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos programas
154 específicos. Quanto ao item **Financiamento para Investimentos**, afirma que, embora
155 esteja posto no Pacto, os projetos de investimento apresentados ao MS deverão ser
156 aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, mas ainda não há uma base

157 normativa sobre a atuação desse Colegiado em relação à aplicação dos recursos dessa
158 área de financiamento do SUS. Outra área de grandes mudanças e que exige a atuação
159 da CIB é a referente à **Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial**,
160 destacando que a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente no
161 município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, A CIB também
162 deverá pactuar a operação dos complexos reguladores no tocante à referência
163 intermunicipal e poderá também criar modelos diferentes de operacionalização mas que
164 devem ser homologados na CIT. Sobre as **Responsabilidades Sanitárias** e atribuições
165 dos Municípios, Estados e União, destaca a responsabilidade da CIB quanto à gestão do
166 Sistema Único de Saúde que segundo o Pacto é construída de forma solidária e
167 cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas CIB's e na CIT.
168 Aberto o debate, Dr. Arnaldo faz referência à forma atual de programar a distribuição de
169 recursos federais e chama a atenção para os impedimentos havidos até então para se
170 construir um verdadeiro Pacto de Gestão. Dra. **Lilian** propõe que seja revista a forma de
171 recondução dos trabalhos de elaboração da PPI, considerando os pontos de corte da
172 MAC, no novo processo de regionalização. Dr. **Rodrigo** sugeriu que fosse instituída uma
173 Comissão para elaborar a proposta de adequação das CIB às diretrizes do Pacto de
174 Gestão. Ficou acertado por sugestão do Dr **Mário Lúcio** que a Comissão Técnica seria
175 instituída na 2ª parte da Reunião que aconteceria no período da tarde. Dra. **Vera**
176 argumenta que o Corte da Média e Alta Complexidade constitui um elemento básico para
177 a adesão dos municípios ao Pacto de Gestão e por isso propõe que o grupo de trabalho
178 da SESA, juntamente com a Comissão constituída pela CIB fosse analisando que cortes
179 seriam feitos, já que deles depende a formação das Microrregiões de Saúde. Todos
180 concordaram com essa sugestão, e nesse ponto, o Dr. Mário Lúcio encerrou a 1ª parte do
181 encontro, parabenizando a CERES de Baturité pela iniciativa de conceder um espaço na
182 instalações da Célula para o representante do COSEMS, com vistas a facilitar o
183 seguimento das questões da Microrregional e convidou a todos para participarem da 2ª
184 parte da Reunião no período da tarde. Às quatorze horas, conforme fora previsto, a 3ª
185 Reunião Ordinária da CIB teve prosseguimento, sob a coordenação da Dra. **Vera Coelho**
186 que pediu permissão à Plenária para incluir dois itens à Pauta: Solicitação da Certificação
187 de Município de Arneiroz para a gestão das Ações de Vigilância em Saúde e a
188 apresentação, pelo Dr. Holanda, da Proposta sobre os critérios para investimentos do
189 PROQUALI na Atenção Primária. Acatadas as inclusões, foram iniciados os trabalhos,
190 com a sugestão do Dr. Mário Lúcio de se apreciar em primeiro lugar os assuntos que não
191 requeriam maiores debates para a sua aprovação uma vez que dispõem de pareceres
192 favoráveis dos setores técnicos da SESA. Todos concordaram e assim a pauta foi
193 conduzida na seguinte ordem: **Item 2 – Qualificação de ACS Equipes de Saúde no Âmbito**
194 **do PSF**. Os pedidos de qualificação de equipes e ACS foram os seguintes: uma (01)
195 **Equipe de Saúde da Família**, para o município de **Jardim**; Vinte e três (23) **Equipes de**
196 **Saúde Bucal**, sendo, três (03) para **Pedra Branca**; sete (07) para **Russas**, três (03) para
197 **Acaraú**; três (03) para **Jardim**; uma (01) para **Redenção**; uma (01) para **São João do**
198 **Jaguaribe** e cinco (05) para o município de **Iracema**. Os acréscimos de **Agente**
199 **Comunitários de Saúde** somaram cinco (05), sendo três (03) para **Jucás**, um (01) para
200 **São Luis do Curu** e um (01) para **Solonópole**. Considerando os pareceres favoráveis da
201 CODAS/NUORG e NUNAS/Saúde Bucal, a CIB/CE aprovou as qualificações acima
202 discriminadas. **Item 3 – Mudança de Modalidade do CAPS I de Crato para CAPS II –**
203 **Vera** colocou o pleito do município de Crato ao cadastramento, com mudança de
204 modalidade, do CAPS I daquele município para CAPS II e informou que a documentação
205 exigida pelo MS estava completa e que segundo o parecer do Coordenador da Saúde
206 Mental da SESA, o Centro de Atenção Psicossocial em apreço atende aos requisitos
207 necessários ao seu funcionamento na modalidade II e recomenda a aprovação do pleito.
208 Sem questionamentos a **CIB/CE** aprovou a mudança de modalidade do CAPS I do

209 município de Crato como CAPS II e o envio da respectiva documentação para o Ministério
210 da Saúde. **Item 4 - Implantação do CEO II do município de Itapipoca.** Vera apresentou para a
211 Plenária o pedido de implantação do Centro de Especialidades Odontológicas Tipo II para o
212 município de Itapipoca, que de acordo com o parecer da Coordenação Estadual de Saúde Bucal,
213 atende as exigências da Portaria Nº 283/GM/2005, que antecipa o pagamento do incentivo
214 financeiro para estruturação ou ampliação do CEO, tendo em vista. **A Plenária da Bipartite**
215 **aprovou a implantação do CEO tipo II no município de Itapipoca.** **Item 5 - Certificação de**
216 **municípios quanto às Ações de Vigilância em Saúde.** Vera colocou para a Plenária o
217 parecer favorável do Núcleo de Epidemiologia e Comissão de Descentralização, quanto a
218 Certificação do município de Arneiroz, junto às Ações de Vigilância em Saúde, e diz que
219 segundo o referido parecer, os municípios citados atenderam todas as condições exigidas
220 pela Portaria GM Nº 1.172 de 12 de junho de 2004. Sem discussão a **CIB/CE** aprovou a
221 Certificação na Gestão das Ações de Vigilância em Saúde do município de **Arneiroz.**
222 **Item 6 – Apreciação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA/Ceará.** O
223 assunto foi apresentado pela Dra. **Diana Carmem** que afirmou que o Plano Diretor da
224 Vigilância Sanitária-PDVISA/2006, em pauta, encontra um momento propício para a sua
225 apresentação, quando a VISA é colocada como uma Política Pública atrelada ao Pacto de
226 Gestão. Diz que conforme consta no Pacto em que os instrumentos e os critérios para
227 habilitação de municípios às ações de VISA continuam a vigorar até o final do ano, e que
228 o Núcleo de Vigilância Sanitária da SESA começa a preparar as pessoas para a nova
229 etapa que se iniciará em 2007, a partir das providências para a execução do PDVISA/
230 2006. Diz que o Plano constitui um instrumento de reafirmação da Vigilância Sanitária no
231 campo da Saúde Pública, e espera a percepção do SUS de que as políticas de proteção e
232 promoção à saúde se incluam também no campo da Vigilância Sanitária. O Plano está
233 direcionado para atuar dentro dos princípios do SUS, respeitando as especificidades e
234 singularidades locais e mantendo correlação com o Plano Nacional de Saúde. Informa
235 ainda que o PDVISA deve funcionar como instrumento de eleição de prioridades
236 estratégicas; ressaltar os compromissos e as grandes metas perante a sociedade;
237 reconhecer a interface com temáticas e instrumentos de planejamento e pactuação e
238 reconhecer a diversidade do país em respeito à dinâmicas das especificidades e
239 heterogeneidades locorregionais. Repassou cópia do projeto para os gestores membros
240 da CIB e chamou a atenção para a Agenda de Execução do Plano segundo a qual, em
241 setembro as MR deverão estar preparadas para assessorar os municípios na elaboração
242 dos seus Planos de Ação e com isso atender a exigência do Pacto de Gestão em relação
243 à Vigilância Sanitária a partir de janeiro de 2007. Concluiu informando que o trabalho de
244 organização e elaboração do PDVISA fora realizado por técnicos da Vigilância Sanitária
245 da SESA, com a participação do COSEMS através do pelo Dr. Eduardo Rocha,
246 Secretário de Saúde de Canindé e da CORES, através do Técnico Articulador da
247 Coordenação das CERES, Hélio Rodrigues Leite Barbosa. Falou da participação da
248 Secretária Maria da Paz representando o Ceará na ANVISA e da receptividade e
249 envolvimento dos gestores nesse processo. **Item 7 - Solicitação do Secretário de**
250 **Beberibe para apresentação de Proposta de mudança da Coordenação da**
251 **Secretaria Executiva do Pólo de Educação Permanente de Fortaleza.** Dra. Vera
252 esclareceu que a discussão do tema fora solicitado pelo COSEMS e passou a palavra
253 para o Dr. Fonseca que se propôs a assumir a Coordenação do Pólo de Educação
254 Permanente em Saúde de Fortaleza, alegando que a atual gestão não vinha dando a
255 atenção necessária ao funcionamento do Pólo, e por isso os municípios da Macrorregião
256 estariam sendo prejudicados em suas demandas na área de capacitação de pessoal.
257 Fonseca apresentou uma Proposta de Ação para a gestão da Secretaria Executiva do
258 PEPS/Fortaleza que passaria a funcionar no COSEMS com o apoio político da Diretoria
259 desse Colegiado, do Conselho Consultivo do Pólo de Fortaleza, da SESA e da
260 Coordenadoria das Células Regionais de Saúde. Dra. Vera explicou aos presentes que a

261 Coordenação das Secretarias Executivas dos Pólos é de responsabilidade do Secretário
262 do Município que sedia o Pólo e constitui instância de fundamental importância para
263 manter o funcionamento do Colegiado. Disse que dos 4 Pólos de Educação Permanente
264 em Saúde do Estado, o de Fortaleza foi o que mais avançou, mas por razões atribuídas a
265 complexidade do Sistema Local, o gestor desse município não teve condições de conduzir
266 as atividades da Secretaria Executiva do Pólo. Acha que a proposta apresentada pelo Dr.
267 Fonseca é viável, mas requer a concordância do gestor de Fortaleza e diz que o
268 orçamento do 2º Projeto para viabilizar o funcionamento da Secretaria Executiva fora
269 aprovado e é necessário que o gestor de Fortaleza tome providências para a utilização
270 dos recursos na nova gestão. Dr. **Mário Lúcio** se colocou favorável à proposta e ofereceu
271 o apoio do COSEMS para a operacionalização das atividades da Secretaria Executiva do
272 Pólo de Fortaleza, mas entende que se deve ouvir o gestor da Capital e definir com ele a
273 formalização das medidas necessárias à efetivação do repasse dos recursos da SMS de
274 Fortaleza para a Secretaria Executiva do Pólo. Dr. **Jurandi** manifestou preocupação
275 quanto à situação dos Pólo de Fortaleza e de Quixadá e pediu à gestora desse município
276 para agilizar a resolução das pendências que impedem a implementação do PEPS. A Sra.
277 Ivonete afirmou que não havia mais nenhuma pendência a resolver e que estava
278 aguardando somente a liberação dos recursos do Ministério da Saúde e colocou a
279 coordenação do Pólo à disposição de outros municípios que o queira sediar. Dr. **Odorico**
280 confirmou a falta de condições em assumir, no atual momento, as atividades da
281 Secretaria Executiva do Pólo e concordou em repassar a coordenação da referida
282 Secretaria ao Dr. Fonseca, devendo para isso serem adotadas as providências de ordem
283 administrativa. Após ouvidas as várias opiniões da Plenária, a **CIB/CE** decidiu acatar a
284 proposta de gestão compartilhada da Secretaria Executiva do Pólo de Educação
285 Permanente em Saúde, sede de Fortaleza, com a Secretaria da Saúde de Beberibe, cujo
286 gestor assumirá as funções de Secretário Executivo do referido Pólo, em caráter
287 transitório, até a alteração definitiva da presente medida. A referida Secretaria funcionará
288 nas instalações do COSEMS, que intermediará a gestão das despesas do Pólo, através
289 da elaboração de Plano de Aplicação de Recursos e da solicitação de despesas junto à
290 Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, até a conclusão do Projeto em andamento
291 aprovado para o período 2005/2006. **Item 8 – Credenciamento de Leitos de UTI Nível II**
292 **do Hospital Santo Inácio de Juazeiro do Norte e do Hospital Dr. Fernandes Távora**
293 **em Fortaleza.** Dra. Lilian informou que a COVAC analisou os pleitos dos dois hospitais e
294 constatou que tanto o Hospital Santo Inácio como o Hospital Fernandes Távora, ambos
295 com solicitação de credenciamento de 10 leitos de UTI nível II, apresentavam pendências
296 com relação ao médico diarista, mas afirmou que esse problema é comum no Ceará pela
297 carência de médicos nessa especialidade e que considerando a necessidade dos leitos
298 nas Macrorregiões do Cariri e de Fortaleza, e a publicação de credenciamento de
299 unidades em outros estados, nas mesmas condições, propõe o envio dos processos ao
300 MS. Informou que o impacto financeiro máximo mensal, considerando a ocupação dos 10
301 leitos durante 30 dias, seria da ordem de R\$ 64. 113,00, para cada um dos hospitais em
302 apreço,. Dra. Vera alertou a plenária para o fato de ter sido falado em reunião da Câmara
303 Técnica do CONASS, que os leitos de UTI adicionais ao parâmetro definido pelo Estado,
304 onerariam o Teto da Média Complexidade dos municípios e portanto haveria a
305 possibilidade do MS classificar o serviço sem ampliar os Limites Financeiros dos
306 municípios solicitantes. Dra. **Lilian** argumentou que pela Portaria Nº 1101/GM, o Estado
307 do Ceará não extrapolara o parâmetro fixado para Leitos de UTI. Falou sobre o déficit de
308 recursos da MAC nos municípios e disse que estes afirmam que não dispõem de recursos
309 para bancar os referidos serviços. O gestor de Fortaleza, justificou a necessidade dos
310 leitos de UTI na 1ª Microrregião e formalizou o interesse pelo credenciamento do Hospital
311 Fernandes Távora no processo a ser encaminhado ao MS, a exemplo do que teria sido
312 providenciado pelo gestor de Juazeiro do Norte. **A CIB aprovou o credenciamento de 10**

313 **Leitos de UTI nível II** do Hospital Santo Inácio de Juazeiro do Norte e do Hospital Dr.
314 Fernandes Távora, em Fortaleza. **Item 9 – Credenciamento da Clínica de Doenças**
315 **Renais de Barbalha como Serviço de Alta Complexidade em Nefrologia.** Dra. Lilian
316 informou que a a CIB/CE através da Resolução nº 22/2005 aprovava em março de 2005 a
317 proposta de organização da Rede de Assistência em Nefrologia de Alta Complexidade do
318 Ceará, à qual o Hospital Santo Antônio, localizado em Barbalha se integrara como Serviço
319 de Atendimento de Alta Complexidade em Nefrologia. Disse que em virtude da mudança
320 ocorrida na composição social e no CNPJ do Serviço de Nefrologia do Hospital Santo
321 Antônio, seria necessária a aprovação da CIB, para a substituição do Hospital e
322 Maternidade Santo Antônio pela Clínica de Doenças Renais de Barbalha na Rede de
323 Assistência em Nefrologia de AC. Informou que a Clínica funciona na mesma área física e
324 utiliza os recursos humanos e equipamentos que era utilizado pelo Hospital e Maternidade
325 Santo Antonio de Barbalha, e foi vistoriada pela Vigilância Sanitária do Estado que exarou
326 o Alvará de funcionamento da unidade para o atendimento de Alta Complexidade a
327 portadores de doenças renais. Sem questionamentos a plenária da **CIB/CE** aprovou o
328 credenciamento da Clínica de Doenças Renais de Barbalha como Serviço de Alta
329 Complexidade em Nefrologia. **Item 10 - Projetos para realização de Procedimentos**
330 **Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade dos municípios de Aracoiaba e**
331 **Maracanaú.** Dra. Lilian lembrou que na reunião anterior a CIB decidira retirar o Projeto de
332 Cirurgias Eletivas de Aracoiaba de pauta para adequação do mesmo à Portaria Nº 252 de
333 6 de fevereiro de 2006, que altera o valor per capita para cálculo do impacto financeiro e
334 alguns critérios de elaboração do Projeto. Apresentou o Projeto de Aracoiaba que será
335 executado sob gestão estadual, com abrangência para os municípios da Microrregião de
336 Baturité, cuja população total é de 131.275 habitantes. Inclui procedimentos de traumato-
337 ortopedia, otorrino, urologia, angiologia e mastologia, que serão realizados no Hospital
338 Santa Isabel, com impacto financeiro anual previsto no valor de R\$ 265.550,00 (duzentos
339 e sessenta mil, quinhentos e cinquenta reais). Sobre o Projeto de Maracanaú, informou
340 que o mesmo apresenta orçamento anual no valor de R\$ 660.240,00 (seiscentos e
341 sessenta mil, duzentos e quarenta reais) e compreende os municípios de Acarape,
342 Barreira, Guaiúba, Maracanaú, Pacatuba e Redenção, com população total de 330.120
343 habitantes. Inclui procedimentos nas especialidades de urologia, gastroenterologia,
344 cirurgia geral, ginecologia, mastologia, otorrino e oftalmologia e serão realizados na
345 ABEMP, Fundação Ana Lima e no Hospital de Oftalmologia de Acaraú. Afirmou que os
346 dois Projetos estão de conformidade com a Portaria GM/Nº 252/2006 e portanto
347 obtiveram o parecer favorável da COVAC/SESA. A plenária da **CIB/CE** **aprovou** os
348 Projetos para realização de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade do município de
349 Aracoiaba, com execução sob gestão estadual, e do município de Maracanaú, com
350 execução municipal conforme foram apresentados pela Coordenadora da COVAC. **Item**
351 **11 - Pedidos de Pagamento Administrativo dos municípios de Caucaia, Fortaleza,**
352 **Juazeiro do Norte e Barbalha.** Lilian apresentou os pedidos de Pagamento
353 Administrativo referente a débitos dos municípios de Caucaia, Fortaleza, Juazeiro do
354 Norte, Sobral e Barbalha, com prestadores de serviços de saúde da rede credenciada ao
355 SUS. Informou que o débito de Barbalha, se referia a internações de alta complexidade
356 realizadas em dezembro de 2005 e janeiro de 2006 pelo Hospital do Coração do Cariri, e
357 seria pago pelo gestor municipal com recursos existentes na conta do FMS daquela
358 municipalidade. Do mesmo modo, o município de Fortaleza também se propôs a pagar
359 com recursos do FMS, o débito com prestadores da Capital, referente a procedimentos de
360 Patologia Clínica realizados nas competências de novembro e dezembro de 2005. Sobre
361 os débitos dos municípios de Caucaia, (R\$57.454,25), Fortaleza, (R\$14.478,18) Juazeiro
362 do Norte (R\$80.654,25) e Sobral, (R\$13.223,41), referentes a procedimentos de Terapia
363 Renal Substitutiva, realizados com autorização dos gestores, Lilian diz que esses
364 alegaram que não dispunham de recursos para saldar a citada dívida e solicitaram que o

365 pagamento fosse feito pelo Estado. Dra. Vera sugeriu que a CIB autorizasse os
366 pagamentos administrativos, cujos municípios devedores se propõem a pagar com
367 recursos existentes na conta do FMS. Quanto aos débitos de TRS, propôs que o
368 Secretário de Saúde do Estado fosse consultado sobre a viabilidade da SESA assumir o
369 pagamento dos mesmos, ficando a autorização de pagamento administrativo a concedida
370 por ad referendum da CIB/CE, em caso da anuência do gestor estadual aos pagamentos
371 solicitados. **A Plenária da CIB/CE** acatou as sugestões da Dra. Vera e autorizou o gestor
372 do município de **Barbalha** a proceder o pagamento administrativo no valor de R\$
373 122.128,84 (cento e vinte e dois mil, cento e vinte e oito reais e oitenta e quatro centavos)
374 ao **Hospital do Coração do Cariri**, referente a internações de alta complexidade
375 realizadas nos meses de dezembro de 2005 e janeiro de 2006, e o gestor de **Fortaleza** a
376 saldar, de forma administrativa, a dívida com os seguintes prestadores de serviço:
377 **Laboratório de Patologia Clínica Dr. Edilson Gurgel** (R\$4.174,13); **Clínica São Camilo**
378 **de Lélis**, (R\$497,04); **NAMI/UNIFOR** (2.625,11), **FUJISAN** (R\$ 939,12) e **Policlínica do**
379 **Rim Ltda.**(345,98), com procedimentos realizados nos meses de novembro e dezembro
380 de 2005. **Lilian** chamou a atenção da plenária para o problema do déficit dos recursos da
381 TRS no Estado, informando sobre todas as providências e solicitações feitas através da
382 CIB e da SESA ao MS, com vistas ao remanejamento dos saldos do teto do Estado que
383 ficam retidos no FNS e disse que as mesmas não foram atendidas e nem respondidas
384 pelo Ministério. Propõe que se busquem outras parcerias, para reforçar essa
385 reivindicação, junto ao governo federal. Apresenta uma proposta de reajuste de teto da
386 TRS correspondente ao maior valor de produção realizada nos meses de dezembro/2005
387 e janeiro de 2006. Após esse assunto o Dr. **Arnaldo** criticou a política de saúde do
388 trabalhador em relação à gestão dos CEREST e o papel do gestor nesse processo e
389 pediu uma pauta na CIB para se discutir a estrutura de funcionamento dessas unidades.
390 O pedido foi registrado para inclusão na agenda da próxima reunião. **Item 12 –**
391 **Credenciamento do Centro de Saúde Carlos Ribeiro, em Fortaleza, como Serviço de**
392 **Reabilitação Física-Nível Intermediário, em substituição ao Centro de Saúde José**
393 **de Alencar**. **Lilian** apresentou o pleito do Secretário de Saúde de Fortaleza, referente ao
394 cadastramento do Centro de Saúde Carlos Ribeiro como Serviço de Reabilitação Física -
395 Nível Intermediário, funcionando como de serviço de Referência Estadual de Alta
396 Complexidade, em substituição ao Centro de Saúde José de Alencar, habilitado com
397 pendências pelo MS para exercer as referidas funções. Justifica, informando que os
398 procedimentos inerentes ao Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação que
399 eram realizados pelo Centro de Saúde José de Alencar, haviam sido transferidos para o
400 Centro de Saúde Carlos Ribeiro, cujas instalações cumprem os requisitos da Portaria
401 GM/Nº 818, de 5 de junho de 2001, que cria mecanismos para a organização e
402 implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência
403 Física, e destaca o interesse do gestor estadual no credenciamento do Centro de Saúde
404 Carlos Ribeiro, em caráter transitório, considerando que o Estado não dispõe de nenhum
405 outra unidade em condições de atender as normas para cadastramento do Serviço de
406 Reabilitação de que trata a citada Portaria. Dr. **Odorico** defendeu a importância do
407 cadastramento do serviço em pauta, e ressaltou a necessidade de se implantar pelo
408 menos um serviço de Referência de Medicina Física e Reabilitação de Alta Complexidade
409 em cada regional de Fortaleza. **A CIBCE** aprovou o cadastramento, em caráter transitório,
410 do Centro de Saúde Carlos Ribeiro, como Serviço de Reabilitação Física - Nível
411 Intermediário, que passa a constituir Serviço de Referência, no Estado do Ceará, para
412 atendimento às pessoas portadoras de Deficiência Física. **Item 13 – Critérios para**
413 **Investimento a partir da Metodologia de Qualidade da Atenção Primária**. Dr. **Holanda**
414 informou que em 2003 oito municípios teriam sido beneficiados com investimentos do
415 KFW para o programa de qualidade na Atenção Básica. Em 2004 o programa fora
416 ampliado com a adesão de 56 municípios. Este ano, através da Operação SWAP, havia

417 uma disponibilidade de recursos financeiro da ordem de R\$ 1.400.000,00 (um milhão e
418 quatrocentos mil reais) para investimentos em pequenas reformas e aquisição de
419 equipamentos para a Unidades Básicas de Saúde. Propôs que os municípios que haviam
420 sido beneficiados com recursos do KFW e de outras fontes não entrassem na distribuição
421 desse recurso para que o mesmo não ficasse muito diluído, e apresentou uma planilha
422 com a relação dos municípios e os valores recebidos através do KFW e do PROARES
423 para o Programa de Qualidade do SUS. **Vera** esclareceu que o compromisso do Estado
424 em relação ao uso dos recursos da Operação SWAP é de proporcionar condição de
425 biossegurança nas unidades de saúde da Atenção Primária. Nesse sentido sugeriu que
426 além de se observar o critério colocado pelo Dr. Holanda fossem considerados os
427 problemas na área de biossegurança apontados no relatório referente ao uso da
428 metodologia PROQUALI, considerando que as unidades construídas com os recursos do
429 KFW e PROARES estão funcionando dentro das condições de segurança dos seus
430 trabalhadores e usuários. Não havendo consenso para aprovação dos critérios propostos
431 pela SESA a representação do COSEMS propôs a constituição de uma Comissão
432 Técnica para apresentar outros critérios a serem apreciados na próxima reunião. Foram
433 indicados para participarem da Comissão os gestores, Maria da Paz, de Mulungu, Helmo
434 Nogueira, de Boa Viagem e Alessandra de Itapajé. **Item 14 – Informes: 1º** Ofício Nº
435 30/2006 do COSEMS – Comunica Alteração da representação na CIB – Através do
436 Ofício Nº 30/2006 o Presidente do COSEMS indica para assumir a vaga de titular pela
437 paridade dos municípios com o Estado, o Secretário de Saúde Beberibe, Dr. Manoel da
438 Fonseca, ficando na suplência a Secretária Maria Ivonete Dutra, do município de
439 Quixadá. 2º Informe: Portaria GM/Nº 358, de 22 de fevereiro de 2006, institui diretrizes
440 para contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS. **Vera** explicou que Portaria
441 GMNº358/2006, deverá ser cumprida por todos os gestores que tem responsabilidade de
442 contratação de prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde. Informa que a
443 referida norma legitima o Termo de Compromisso entre Entes Públicos Estaduais ou
444 Federais existentes no território municipal que estão sob gestão dos Municípios,
445 independentemente dos serviços contratados serem realizados em ambiente hospitalar.
446 Recomenda que a Portaria seja discutida junto às Procuradorias Jurídicas dos Municípios
447 e Setores de Controle e Avaliação, com vistas a adequação dos contratos com os
448 prestadores, no prazo de um ano conforme estabelece a citada Portaria. **3º Informe:**
449 Implantação do SIHD em abril de 2006, – Disse que o MS comunicara à CIB que de
450 acordo com a Portaria SAS Nº 98 de 14 de Fevereiro de 2006 as Secretarias Estaduais de
451 Saúde serão responsáveis pelo processamento do SIHD a partir da competência abril de
452 2006, com a apresentação em maio de 2006. Diz que no processo preparatório para a
453 realização desta responsabilidade, alguma medidas devem ser tomadas na área do
454 Controle e Avaliação das SES e também das SMS dos municípios habilitados na Gestão
455 Plena do Sistema Municipal. **4º Informe:** O MS informa que, para efeito da liberação dos
456 recursos da Atenção Básica, os municípios com falhas de alimentação nos Sistemas de
457 Informação terão esses recursos bloqueados na competência de março/2006, caso não
458 se regularizem. No Ceará, encontram-se nessa situação os municípios de Baturité e
459 Morada Nova. Nada mais havendo a tratar a CIB/CE deu a reunião por encerrada, tendo
460 eu, Célia Fonseca, lavrado a presente Ata que vai assinada pelo membros que
461 compareceram. Fortaleza, dezessete de março de dois mil e seis.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006

1
2
3
4
5 Aos trinta um dias do mês de março do ano de dois mil e seis, das nove horas ao meio dia, e das
6 quatorze as dezoito horas, no auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av.
7 Almirante Barroso, 600, nesta capital, realizou-se a 4ª Reunião Ordinária de 2006 da Comissão
8 Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: **Representando**
9 **a SESA**, Vera Maria Câmara Coêlho, Coordenadora da COPOS; Diana Carmem A N de Oliveira,
10 Coordenadora da COVAC; Ismênia Maria Barreto Ramos, e Antônio Paulo de Meneses, Técnicos
11 do NUPLA; Francisco Holanda, Coordenador da CODAS; Isabel Cristina C. Carlos, Coordenadora
12 da CORES e Jurandi Frutuoso, Secretário da SESA. Pela **representação do componente**
13 **municipal**, compareceram os seguintes membros: Mário Lúcio Ramalho Martildes, do Eusébio e
14 Presidente do COSEMS; Eduardo Rocha, de Canindé; Manoel Fonseca, de Beberibe, Rodrigo
15 Carvalho Nogueira, de Dep. Irapuan Pinheiro, Maria Ivonete Dutra Fernandes, do Quixada,
16 Rogério Teixeira, de Umirim, Arnaldo Costa Lima, de Sobral e Alexandre Mont'Alverne, de
17 Fortaleza. Como **convidados**: As Secretárias de Saúde, Luzia Lucila, de Senador Pompeu e Sonia
18 Maria Beltão, de Camocim; Os Orientadores das Células Regionais de Saúde, Zita Maria da Rocha,
19 de Maracanaú; Ivonete P. Vieira, de Limoeiro do Norte; Luiza de Marilac Rocha, de Caucaia;
20 Sayonara Moura, de Brejo Santo; Iracema Gonçalves Araújo, de Camocim; Israel Guimarães
21 Peixoto, de Russas e Benedita de Oliveira, de Quixadá; Os Técnicos, Jussara Santos Viera, de
22 Aracati; Adriana Guerra Moita, de Tianguá, Silvana de Oliveira Ramalho, de Barroquinha, Josefa
23 Maria de Oliveira Cavalcante, da 1ª CERES; Francisco Rubens B. Batista, de Maraguape, Marta
24 Ma. Saunders de Freitas, de Maraguape; Maria Ferreira Justa Camelo e Célia Brasília, da 5ª
25 CERES, Luciano Pamplona, SESA/NUEPI, Adriana Antunes da Silva, CERES de Iguatú, Maria
26 Ferreira Justa, CERES de Canindé, Ana Vilma, do NUNAS/SESA; João Emídio Araújo, de Brejo
27 Santo, Dione Silveira, da CERES de Baturité, Ivone Figueiredo, da CERES de Quixadá, Michille
28 Oliveira, CERES de Maracanaú, Falima Lima Viana, da SMS de Maraguape, e Maria Cleide, do
29 NUPLA/SESA. A reunião foi presidida por **Dra. Vera Coelho** que ao constatar a existência de
30 quorum, iniciou a apreciação dos assuntos da Pauta a partir do **Item 1 - Pacto de Gestão do SUS –**
31 **Definição de Estratégias para a Reorganização e Redimensionamento das CIBs.** A discussão
32 sobre o referido tema pressupunha a apresentação e apreciação da **Proposta de alteração do novo**
33 **Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará**, elaborada pela Secretária
34 Executiva da CIB, que passou a expor as alterações do referido instrumento normatizador do
35 funcionamento do Colegiado. A cada capítulo sucedia-se pela Plenária a discussão e definição das
36 modificações propostas, que foram aprovadas com a seguinte redação. **CAPÍTULO I – DA**
37 **FINALIDADE. Artigo 1º** - A Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará (CIB-CE),
38 instituída pelo Decreto Estadual Nº27.574 de 30/09/2004, constitui um foro permanente de
39 discussão e negociação das questões operacionais do Sistema Único de Saúde - SUS no Estado, em
40 obediência à legislação pertinente à matéria. **Parágrafo 1º** - A CIB-CE é a instância de pactuação e
41 deliberação para a realização de pactos intra-estaduais sobre a organização, direção e gestão da
42 saúde, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
43 **Parágrafo 2º** - As deliberações da CIB - CE deverão ser por consenso e as suas Resoluções
44 assinadas, em conjunto, pelo Secretário Estadual de Saúde e pelo Presidente do Conselho de
45 Secretários Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS-CE). **Parágrafo 3º**- As questões discutidas
46 na CIB-CE que não obtiverem consenso, deverão ser enviadas para apreciação do Conselho
47 Estadual de Saúde (CESAU) e/ou da CIT. **Parágrafo 4º**- As deliberações da CIB-CE serão
48 formalizadas em ato próprio do gestor estadual com posterior publicação no Diário Oficial do
49 Estado. **Parágrafo 5º**- As decisões da CIB-CE que versarem sobre matéria de competência do
50 Conselho Estadual de Saúde -CESAU, definidas por força da Lei Orgânica da Saúde e por Normas
51 do Ministério da Saúde, ou por Resolução específica do referido Conselho Estadual, serão a este

52 submetidas, para apreciação e deliberação. **CAPÍTULO II – DA CONSTITUIÇÃO E**
53 **COMPOSIÇÃO. Artigo 2º** - A Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará (CIB-CE) é
54 um colegiado de representação das instâncias dos governos estadual e municipal, com sede na
55 SESA, domicílio jurídico do gestor estadual do SUS, na capital do Estado. **Parágrafo 1º** - Serão
56 criadas, no âmbito das Microrregionais de Saúde do Estado, as Comissões Bipartites
57 Microrregionais. **Parágrafo 2º**- Para facilitar o funcionamento das Comissões Bipartites
58 Microrregionais, estas serão identificadas da seguinte forma: Comissão Bipartite Microrregional **I**
59 – **Fortaleza**, Comissão Bipartite Microrregional **II** – **Caucaia**, Comissão Bipartite Microrregional
60 **III- Maracacaú**, Comissão Bipartite Microrregional **IV** – **Baturité**, Comissão Bipartite
61 Microrregional – **Canindé**, Comissão Bipartite Microrregional **VI** – **Itapipoca**, Comissão Bipartite
62 Microrregional **VII** – **Aracati**, Comissão Bipartite Microrregional, Comissão Bipartite
63 Microrregional **VIII- Quixadá**, Comissão Bipartite Microrregional **IX** - **Russas**, Comissão
64 Bipartite Microrregional **X** – **Limoeiro do Norte**, Comissão Bipartite Microrregional **XII** –
65 **Acarauá**, Comissão Bipartite Microrregional **XIII** – **Tianguá**, Comissão Bipartite Microrregional
66 **XIV - Tauá**, Comissão Bipartite Microrregional **XV** - **Crateús**, Comissão Bipartite Microrregional
67 **XVI** – **Camocim**, Comissão Bipartite Microrregional **XVII** – **Icó**, Comissão Bipartite
68 Microrregional **XVIII - Iguatú**, Comissão Bipartite Microrregional **XIX** – **Brejo Santo**, Comissão
69 Bipartite Microrregional **XX** – **Crato**, Comissão Bipartite Microrregional **XXI** – **Juazeiro do**
70 **Norte**, Comissão Bipartite Microrregional **XXII** – **Cascavel. Artigo 3º** - A Comissão Intergestores
71 Bipartite do Estado do Ceará (CIB-CE) é composta de forma paritária, e integrada por 14
72 (quatorze) membros, sendo 7 (sete) representantes da SESA e 7 (sete) representantes do conjunto
73 de Municípios do Estado. O Secretário de Saúde do Estado, o Secretário Municipal de Saúde de
74 Fortaleza e o Presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/CE)
75 são membros natos. Os membros representantes da SESA são indicados pelo Secretário de Saúde
76 do Estado, e os membros representantes dos Municípios, exceto Fortaleza, pelo COSEMS.
77 **Parágrafo 1º** - A presidência da CIB-CE será exercida pelo Secretário de Saúde do Estado e a
78 vice- presidência, pelo Presidente do COSEMS. **Parágrafo 2º** - Cada membro nato da CIB-CE
79 designará seu respectivo substituto fixo eventual, que o substituirá em situações especiais. Os
80 substitutos dos demais membros serão designados pelo Secretário de Saúde do Estado e pelo
81 COSEMS. **Parágrafo 3º** - O Secretário de Saúde do Estado e o Presidente do COSEMS poderão
82 substituir seus representantes, observadas as questões regimentais de cada órgão. **Parágrafo 4º** - O
83 membro da CIB - CE que apresentar 3 (três) faltas consecutivas ou 6 (seis) alternadas durante o
84 ano, sem comparecimento do substituto designado, será substituído por outro, formalmente
85 indicado. **Parágrafo 5º** - A CIB-CE, em situações especiais e de acordo com o seu interesse,
86 poderá convidar representantes de órgãos ou instituições governamentais ou não governamentais
87 para reuniões ou consecução de trabalhos específicos. **Parágrafo 6º** - As reuniões da CIB - CE se
88 realizarão com o quorum mínimo de metade mais um dos representantes, e tolerância de 30 (trinta)
89 minutos, a partir do horário marcado. **Parágrafo 7º** - A CIB-CE contará com uma Secretaria
90 Executiva que será coordenada por um representante da SESA designado pelo Secretário de Saúde
91 do Estado. **Parágrafo 8º**- A CIB-CE disporá de Câmaras Técnicas Permanentes nas áreas de
92 regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão, planejamento e financiamento; assistência
93 farmacêutica; vigilância à saúde, e educação em saúde, contando com a participação de gestores e
94 técnicos das Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, para subsidiar as discussões e
95 deliberações sobre temas de interesse e competência deste Colegiado. **Parágrafo 9º** - A Comissão
96 Bipartite Microrregional será composta pelos gestores de saúde dos municípios que integram a
97 microrregião e por representantes da SESA nesta microrregião. **Parágrafo 10º** - A presidência da
98 CIB Microrregional poderá ser exercida pelo Orientador de Saúde da SESA ou pelo Secretário
99 Municipal de Saúde que exerce o cargo de Vice – Presidente Regional do COSEMS. **CAPÍTULO**
100 **III - DAS COMPETÊNCIAS. Artigo 4º** - À CIB-CE compete: **a)** Atender as demandas dos
101 Gestores, Conselhos Municipais e Estadual de Saúde, sobre assuntos relacionados à organização,
102 direção e gestão do SUS. **b)** Cumprir e fazer executar no âmbito do Estado, as deliberações da

103 Comissão Intergestores Tripartite - CIT. **c)** Coordenar o processo de regionalização e
104 descentralização das ações e serviços do SUS no Estado a partir das pactuações nas Comissões
105 Bipartites Microrregionais. **d)** Formular o desenho das regiões de saúde intra-estaduais e submetê-
106 lo à aprovação do CESAU **e)** Pactuar as responsabilidades de gestão a serem assumidas pelo
107 município segundo a complexidade da rede de serviços localizada no seu território. **f)** Deliberar
108 sobre os termos de compromisso de gestão do SUS, de cooperação entre entes públicos, de
109 contratualização de hospitais de ensino, de hospitais filantrópicos e de hospitais de pequeno porte,
110 apresentados pelos gestores municipais e gestor estadual. **g)** Deliberar sobre a proposta de gestão
111 dos prestadores de serviços, e o modelo e a responsabilidade operacional dos complexos
112 reguladores das referências intermunicipais. **h)** Deliberar sobre os recursos federais que compõem o
113 termo do limite financeiro global do Estado e Municípios. **i)** Coordenar juntamente com as
114 Comissões Bipartites Microrregionais o processo de elaboração e pactuação das programações da
115 assistência, da vigilância sanitária, da epidemiologia e da assistência farmacêutica. **j)** Apreciar e
116 deliberar sobre os processos administrativos relativos a gestão do SUS. **k)** Deliberar sobre assuntos
117 que definam modelos de organização da atenção à saúde. **l)** Acompanhar e avaliar a implantação e
118 operacionalização do Programa Saúde da Família, garantindo a organização do nível básico da
119 atenção à saúde e sua adequada relação com os níveis secundário e terciário. **m)** Deliberar sobre o
120 bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e funcionamento das
121 Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, e Agentes Comunitários de Saúde, a ser publicado em
122 Resolução, visando a regularização das equipes que atuam de forma inadequada. **n)** Deliberar
123 acerca de processos de municípios que manifestem interesse em aderir às estratégias nacionais para
124 organização de ações e serviços de saúde. **o)** Acompanhar e avaliar a implantação e
125 operacionalização de Programas e Projetos Estratégicos dos Governos, Federal e Estadual, na área
126 da saúde. **p)** Formular critérios de distribuição de recursos financeiros federais e estaduais para a
127 saúde, segundo normas vigentes. **q)** Submeter à aprovação do CESAU os critérios de alocação de
128 recursos, parâmetros de coberturas assistenciais e diretrizes políticas para a elaboração da
129 Programação Pactuada e Integrada da Assistência e de Vigilância à Saúde. **r)** Emitir parecer e
130 deliberar sobre projetos de investimentos em saúde financiados com recursos federais e estaduais.
131 **s)** Deliberar sobre assuntos que impliquem em alterações no limite financeiro da assistência de
132 média e alta complexidade do Estado e/ou Municípios. **t)** Definir sobre reprogramação solicitada
133 pelos municípios desde que estes assegurem o bom desempenho frente às necessidades da sua
134 população e atendam às normas aprovadas para programação. **u)** Coordenar e orientar juntamente
135 com as Comissões Bipartites Microrregionais a programação de investimento nos municípios.
136 **v)** Cumprir, fazer cumprir e reformular o presente Regimento. **CAPÍTULO IV - DA**
137 **ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO. Artigo 5º** - A CIB-CE dispõe do seguinte arranjo
138 organizacional: **a)** Plenária. **b)** Câmaras Técnicas. **c)** Secretaria Executiva. **Artigo 6º** - A Plenária
139 constitui espaço de discussão e deliberação das questões de competência do Colegiado, com
140 reuniões quinzenais ordinárias, estabelecidas em cronograma, e extraordinárias quando solicitadas e
141 definidas pelos participantes. **Artigo 7º** - As Câmaras Técnicas serão constituídas de gestores e
142 profissionais especializados para analisar situações que requeiram estudos especiais nas áreas de
143 regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão, planejamento e financiamento, assistência
144 farmacêutica, vigilância à saúde, e educação em saúde. **Artigo 8º** - A Secretaria Executiva é a
145 instância de apoio administrativo do Colegiado, sendo o seu funcionamento de responsabilidade da
146 SESA. **Parágrafo Único** – O Secretário Executivo é indicado pelo Presidente da CIB/CE em
147 acordo com o Presidente do COSEMS. **Artigo 9º** - Nas reuniões da CIB-CE será observada a
148 seguinte ordem de funcionamento: **a)** Verificação de presenças para qualificação de plenária.
149 **b)** Abertura de plenária pelo Presidente. **c)** Divulgação das atas das reuniões. **d)** Na ordem do dia,
150 apresentação dos temas da pauta, com verificação, leitura, discussão e pactuação para elaboração
151 dos relatórios de instruções e pareceres, resoluções e recomendações. **e)** No expediente, leitura de
152 despachos e comunicação de ordem geral. **Artigo 10º** – São atribuições do presidente da CIB-CE:
153 **a)** Convocar e coordenar reuniões. **b)** Dar posse aos membros representantes do Colegiado.

154 c) Indicar à Secretária Executiva a condução dos expedientes e processos. d) Requisitar elementos,
155 informações e documentos aos diversos órgãos e entidades inter e intra-setoriais da Saúde com
156 vistas à instrumentalização dos processos e operacionalização do SUS. e) Constituir as Câmaras
157 Técnicas, o seu objeto de trabalho e competência após, deliberação da Plenária da CIB-CE. f)
158 Indicar ao Secretário de Saúde do Estado, atos administrativos de viabilização dos colegiados,
159 decorrentes de deliberação do plenário. g) Representar o Colegiado respondendo pelos atos dele
160 decorrentes. **Artigo 11º** - Aos membros da CIB-CE é atribuído: a) Comparecer às reuniões e pedir
161 verificação de quorum. b) Encaminhar temas para discussões. c) Requerer urgência ou preferência
162 para discussão e pactuação de matéria específica, justificando seu pedido. d) Instruir e pedir vista de
163 processos, emitir pareceres sobre as matérias em pauta. e) Solicitar documentos que julgue
164 esclarecedores aos temas a relatar. **Artigo 12º** - Ao Secretário Executivo é atribuído: a) Preparar a
165 convocação, a pauta das reuniões e atividades conforme orientações do Presidente. b) Secretariar as
166 reuniões, documentando os feitos. c) Preparar ata das reuniões e providenciar a assinatura dos
167 participantes presentes. d) Instruir processos e instrumentalizar os relatos conforme solicitado.
168 e) Divulgar e encaminhar para execução, as decisões tomadas em plenário. f) Articular-se com as
169 câmaras técnicas. g) Executar outras atividades delegadas pelo Presidente. h) Encaminhar as Atas da
170 CIB-CE às CIB Microrregionais que repassarão aos municípios. **Artigo 13º** - As funções dos
171 membros da CIB-CE e das Comissões Bipartites Microrregionais não serão remuneradas. **Artigo**
172 **14º** - O custeio do funcionamento da CIB-CE e das Comissões Bipartites Microrregionais correrá
173 por conta da SESA. **Artigo 15º** - Os casos omissos nesse regimento e as dúvidas surgidas na
174 aplicação do mesmo serão resolvidos pela Plenária. **Artigo 16º** - O presente Regimento poderá ser
175 modificado, no todo ou em parte, pela Plenária. **Artigo 17º** - As resoluções da CIB-CE, serão
176 publicadas no Diário Oficial do Estado. **Artigo 18º** - Os membros da CIB-CE e das Comissões
177 Bipartites Microrregionais receberão ao final do seu mandato um diploma de participação, emitido
178 pelo Presidente. **Artigo 19º** - Este Regimento entrará em vigor na data de sua aprovação e será
179 publicado no Diário Oficial do Estado. No Artigo 1º houve a substituição da citação da Portaria Nº
180 545, de 20/05/93, de criação da CIB/CE, que não foi publicada, pelo Decreto Estadual Nº 27.574 de
181 30/09/2004, que dispõe sobre a estrutura organizacional da SESA. As demais alterações ocorreram
182 em função das diretrizes do Pacto de Gestão divulgado através da Portaria Nº 399/GM de 22 de
183 fevereiro de 2006. Na composição da CIB/CE foram acrescentados dois membros, sendo um
184 representante do componente estadual, no caso a Superintendente da Escola de Saúde Pública do
185 Ceará, cujo pleito para assento da ESP na CIB/CE foi aceito pela Plenária e o outro membro
186 representando o componente municipal a ser indicado pelo COSEMS. Após apreciação e discussão
187 a **Plenária** aprovou a Proposta do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado
188 do Ceará, que deverá ser encaminhado ao Conselho Estadual de Saúde – CESAU para ser
189 homologado, em seguida ser publicado no Diário Oficial do Estado. A reunião prosseguiu no
190 período da tarde sob a coordenação da Dra. Vera Coelho que reiniciou os trabalhos apresentando os
191 informes do dia. **1º) Recursos Financeiros da área de Endemias de Município de Fortaleza –**
192 Lembrou que em reunião anterior a CIB decidira levar à SESA o pleito de município de Fortaleza
193 para pagamento de débito do Estado com o referido município referente a recursos da área de
194 endemias e informou que o Gestor Estadual autorizara, em acordo com o gestor de Fortaleza, o
195 repasse mensal a esse município, no valor de setenta mil reais, a partir de abril/2006. **2º) Portaria**
196 **SAS Nº 166,13/03/2006** - Prorroga o prazo para entrega ao MS dos contratos resultantes do
197 processo de contratualização dos hospitais filantrópicos, aprovado na Bipartite. **3º) Portaria**
198 **Nº 598/GM de 23/03/2006** - Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS
199 sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite e estabelece o prazo
200 de 30 dias para a CIB se posicionar se tem ou não condição de assumir as responsabilidades
201 inerentes à descentralização dos referidos processos. **4º) Portaria Nº 599/GM de 23/03/2006** -
202 Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) tipos 1, 2 e 3 e de
203 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos
204 para o credenciamento dos mesmos, revogando a Portaria Nº 1.570/GM de 29 de julho de 2004.

205 **5º) Portaria Nº 600/GMde 23/03/2006** - Institui incentivo financeiro nos valores de R\$ 79.200,00
206 (setenta e nove mil e duzentos reais) para CEO Tipo 1, R\$ 105.600,00 (cento e cinco mil e
207 seiscentos reais) para CEO Tipo 2 e R\$ 184.800,00 (cento e oitenta e quatro mil e oitocentos reais)
208 para CEO TIPO 3, para o custeio dos serviços de saúde ofertados nas referidas unidades. Define
209 incentivo financeiro de implantação da ordem de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para CEO Tipo
210 1, R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para CEO Tipo 2 e R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para
211 CEO Tipo 3. **6º) Portaria Nº 650 de 28/03/2006** Define valores de financiamento do PAB fixo e
212 variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a
213 estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos
214 pela Política Nacional de Atenção Básica. O valor mínimo per capita da fração fixa do Piso de
215 Atenção Básica, – PAB fixo, é R\$ 13,00 (treze reais) por habitante/ano, prevalecendo o maior valor
216 per capita do PAB fixo nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor
217 per capita proposto, com base na data da publicação da citada Portaria. **7º) Portaria Nº648/GM de**
218 **28/03/2006** – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes
219 e normas, para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e
220 Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Secretaria de Atenção à Saúde publicará
221 manuais e guias com detalhamento operacionais e orientações específicas desta Política. **8º)**
222 **Portaria Nº 649, 28/03/2006.** Define valores de financiamento para o ano 2006, com vistas à
223 estruturação de Unidades Básicas para as Equipes de Saúde da Família, como parte da Política
224 Nacional de Atenção Básica: a transferência, em parcela única, no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil
225 reais) por curso de graduação, aos municípios que aderiram ao PROSAUDE e recebem alunos de
226 enfermagem, medicina e/ou odontologia nas Unidades Básicas de Saúde da Família, e
227 transferência para estruturação de UBSF, que recebem, médicos residentes de Medicina de Família
228 e Comunidade, cadastrados na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em parcela
229 única de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) por aluno residente. **Item 2 - PROQUALI – definição dos**
230 **critérios para investimento na Atenção Básica – Dr. Mário Lúcio** coloca para a Plenária o
231 resultado do estudo feito pela Comissão Técnica formada pelo técnicos da CODAS/SESA,
232 Holanda, Mércia, Lucineide e Laura; e do COSEMS, Mário Lúcio, SMS de Eusébio, Alessandra,
233 SMS de Itapajé, Helmo, SMS de Boa Viagem, Leni Lúcia e Jôsy - Assessoras do COSEMS, com o
234 objetivo de definir critérios para a alocação do valor de R\$1,4 milhões, referente à 1ª Etapa do
235 Projeto SWAP para investimento na Atenção Primária, através do PROQUALI. Os critérios
236 definidos pela Comissão Técnica constaram das seguintes propostas: **Proposta I - Critérios de**
237 **Exclusão do Benefício:** 1. Municípios que foram beneficiados integralmente com recursos do KFW
238 e PROARES. 2. Municípios que não entregaram o Relatório de Biossegurança. **Proposta II -**
239 **Critérios de Inclusão no Benefício:** 1. Municípios que aderiram ao PROQUALI (Assinatura do
240 Termo de Compromisso e Capacitação das Equipes). 2. Municípios que realizaram o diagnóstico e
241 entregaram o Relatório de Biossegurança. 3. Municípios não contemplados integralmente com
242 recursos do KFW e PROARES para as Unidades Básicas do Saúde da Família - UBSF. **Proposta**
243 **III – Critérios para Rateio do Recurso:** O recurso será rateado pelo total de UBSF não
244 contempladas com o Investimentos do KFW e PROARES no momento do diagnóstico. Com base
245 nessas propostas foram selecionados os 50 municípios seguintes, que segundo a Comissão se
246 enquadram nos critérios de Inclusão no Benefício acima indicados: Horizonte, Eusébio, São
247 Gonçalo do Amarante, Paracuru, Paraipaba, Maranguape, Guaiúba, Aracoiaba, Aratuba, Boa
248 Viagem, Paramoti, Tururu, Itapipoca, Amontada, Umirim, Fortim, Itaiçaba, Beberibe, Icapuí, Pedra
249 Branca, Quixeramobim, Jaguarunana, Jaguaratama, Limoeiro do Norte, Ererê, Jaguaribara, Alto
250 Santo, Quixeré, Marco, Acaraú, São Benedito, Ibiapina, Carnaubal, Arneiroz, Tauá, Tamboril,
251 Crateús, Granja, Icó, Orós, Cariús, Barro, Penaforte, Brejo Santo, Farias Brito, Araripe, Santana do
252 Cariri, Nova Olinda, Caririçu, e Jardim. O Secretário de Saúde de Deputado Irapuan Pinheiro
253 estranhou a inclusão de apenas um município da Microrregião do Iguatu, criando-se nesse ponto,
254 uma polêmica já que, segundo o referido gestor, os municípios da região do Iguatu atendiam aos
255 critérios de inclusão no rateio do recurso em discussão. Dra. Vera ponderou sobre a questão

256 informando que à época da Missão do Banco Mundial, a Microrregião do Iguatu fora a única a
257 apresentar relatório sobre a metodologia do PROQUALI, sendo portanto, a 1ª a ter garantidos os
258 recursos para intervenção na área de biossegurança, de acordo com a política da Operação SWAP.
259 Mércia, Técnica da CODAS, informou que na seleção dos municípios a serem beneficiados fora
260 considerado o critério referente à realização do diagnóstico e entrega do relatório de biossegurança,
261 e que à exceção de Cariús os demais municípios da microrregião de Iguatu não entregaram o
262 relatório de biossegurança referente a 2005, assim como não realizaram as oficinas de capacitação,
263 dentro da nova metodologia do PROQUALI. Dr. **Rodrigo** Secretário de Saúde do município de
264 Deputado Irapuan Pinheiro não aceitou tal justificativa e questionou o não recebimento do relatório
265 do seu município pela SESA. Também criticou o processo de comunicação dessa Secretaria com os
266 municípios no tocante ao cumprimento dos critérios em questão, vez que a Própria SESA ficara de
267 realizar as Oficinas de Capacitação ora exigidas. **Vera** também ponderou sobre a necessidade da
268 inclusão dos municípios de Iguatu cujas informações do ano base deverão ser utilizadas pelo
269 Projeto SWAP como referencial de análise, tendo em vista o caráter cumulativo das metas e o
270 compromisso da SESA na utilização dos recursos em unidades com problemas de biossegurança.
271 Dr. **Mário Lúcio** disse que a Comissão Técnica definiu os critérios com base nas informações que
272 dispunha, sem os esclarecimentos adequados sobre a situação dos municípios da MR de Iguatu
273 frente ao projeto da Operação SWAP, e atribuiu essa polêmica em discussão, à ausência do Dr.
274 Holanda junto à Comissão Técnica da qual fazia parte. No entanto, sugeriu que a Plenária acatasse
275 as propostas apresentadas e que as pendências em relação a inclusão da Microrregião do Iguatu
276 fossem resolvidas pela Secretaria de Saúde do Estado. Após outras manifestações de membros da
277 Plenária, a **CIB/CE** acatou a proposta de definição dos critérios para investimento na Atenção
278 Primária, apresentada pela Comissão Técnica constituída pela Bipartite para esse fim. **Item 3 –**
279 **Pactuação do Pacto da Atenção Básica – Indicadores e Metas Estaduais – 2006.** **Vera** iniciou a
280 apresentação do assunto citando os técnicos Luciano, Lea, Diva, Dirlene e Sheila que participaram,
281 da avaliação dos resultados de 2005 e da construção dos indicadores para 2006, aprovados pela
282 Portaria No 493/GM, de 10/03/2006. Em seguida mostrou o Anexo da citada portaria com a
283 relação dos indicadores do Pacto de 2006, por município e Estado, identificados pelo MS como
284 obrigatórios. Afirmou que a Bipartite deveria analisar e pactuar a manutenção dos **indicadores**
285 **complementares** constituídos pelo Núcleo de Epidemiologia da SESA para 2006, que são:
286 Coeficiente de mortalidade neonatal tardia; Razão de mortalidade materna e Taxa de incidência de
287 tuberculose pulmonar positiva. **A plenária da CIB** aprovou a manutenção dos indicadores
288 complementares acima, estabelecidos pela SESA. Mostrou os resultados do PACTO 2005 avaliados
289 pela equipe técnica da SESA e em seguida apresentou a proposta **de Metas dos Indicadores do**
290 **Pacto da Atenção Básica /2006**, conforme segue: **Indicadores por Área: Saúde da Criança:**
291 Coeficiente de mortalidade infantil - **(20)**; Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer -
292 **(7)**; Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas - **(10)**; Taxa de
293 Internação por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade – **(26)**; e Taxa de
294 internação por Doenças Diarreicas Agudas em menores de 5 anos de idade- **(20)**; **Saúde da**
295 **Mulher:** Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados – **(80)**; Proporção de
296 nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal - **(90)** ; e Razão entre exames
297 citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa
298 etária- **(0,32)**. **Controle da Hipertensão Arterial:** Taxa de internações por Acidente Vascular
299 Cerebral (AVC) – **(27)**; e Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)- **(52)**.
300 **Controle do Diabetes Mellitus:** Proporção de internações por complicações do diabetes mellitus -
301 **(1)**. **Controle da Tuberculose:** Proporção de abandono de tratamento da tuberculose- **(5)**;
302 **Eliminação de Hanseníase:** Coeficiente de prevalência de hanseníase - **(3)**; e Coeficiente de
303 detecção de casos novos de hanseníase – **(4)**. **Saúde Bucal:** Cobertura de primeira consulta
304 odontológica programática – **(14)**; e Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada –
305 **(15)**. **Gerais:** Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF) – **(60)**; e
306 Média anual de consulta médicas por habitantes nas especialidades básicas – **(1,40)**. Após a

307 discussão e manifestações dos participantes do Colegiado, a **CIB/CE** aprovou a proposta para as
308 metas estaduais do Pacto da Atenção Básica, conforme apresentada. **Item 4 – Projeto do Pólo de**
309 **Educação Permanente em Saúde, sede em Sobral – 1) Cursos de Especialização em**
310 **Enfermagem Obstétrica. 2) Curso de Capacitação em Urgência e Emergência para**
311 **Profissionais de Nível Superior.** Vera colocou para apreciação da Plenária os seguintes projetos
312 do Pólo de Educação Permanente de Sobral: 1) Projeto do Curso de Especialização em Enfermagem
313 Obstétrica, com carga horária de 225 horas/aula, 22 vagas e orçamento no valor de R\$ 192.985,70
314 (cento e noventa e dois mil, novecentos e oitenta e cinco reais e setenta centavos. 2) Projeto do
315 Curso de Capacitação em Urgência e Emergência para Profissionais de Nível Superior, com 320
316 vagas e orçamento no valor de R\$ 330.000,00 (trezentos e trinta mil), do Polo de Educação
317 Permanente em Saúde de Sobral. Informou que os Projetos haviam sido aprovados pela Conselho
318 Consultivo do PEPS e receberam parecer favorável do NUPRH/SESA A **CIB/CE** aprovou os
319 projetos do Pólo de Educação Permanente em Saúde para a Macrorregião de Sobral. **Item 5 –**
320 **Distribuição dos Recursos Federais para a Campanha Contra Influenza.** Vera coloca que a
321 Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, encaminhou Ofício Circular 105 –
322 GAB/SVS/MS, datado de 21/03/2006 com a definição do teto financeiro no valor de **R\$ 325.493,10**
323 (trezentos e vinte e cinco mil, quatrocentos e noventa e três reais e dez centavos), destinado à
324 Campanha de Vacinação contra a Gripe em Idosos, em 2006, no Ceará, prevista para realização no
325 período de 21 de abril ao dia 05 de maio de 2006. Apresentou a proposta de descentralização dos
326 recursos federais da referida campanha, elaborada pela Área de Imunização da SESA, cuja
327 distribuição dos recursos obedecerá o critério **do valor per capita de R\$ 0,39** (trinta e nove
328 centavos), e **o teto mínimo de R\$ 500,00 (quinhentos reais)**, em função de que serão repassados
329 os seguintes valores: **a) R\$ 267.829,20** (duzentos e sessenta e sete mil, oitocentos e vinte e nove
330 reais e vinte centavos), ao **Fundo Municipal de Saúde** dos 155 (cento e cinquenta e cinco) ,
331 **municípios certificados** junto às Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças; **b) R\$ 19.748,34**
332 (dezenove mil, setecentos e quarenta e oito reais e trinta e quatro centavos) ao **Fundo Estadual de**
333 **Saúde**, para os 29 (vinte e nove) **municípios não certificados** junto às Ações de Epidemiologia e
334 Controle de Doenças; **c) R\$ 37.915,56** (trinta e sete mil), novecentos e quinze reais e cinquenta e
335 seis centavos), ao **Fundo Estadual de Saúde**, para aquisição, pelo Nível Central da SESA, de
336 insumos e impressos necessários à Campanha em todos os municípios. A **CIB/Ce** aprovou a
337 Proposta da SESA para a distribuição dos recursos federais para a Campanha Contra Influenza,
338 conforme apresentada. **Item 6 - Qualificação de equipes no âmbito do PSF e acréscimo de**
339 **ACS.** Vera apresentou os pedidos de qualificação de Equipes de Saúde da Família e ACS dos
340 municípios abaixo, conforme segue: **Equipes de Saúde da Família** : Oito (8) para Camocim e
341 Duas (2) para Limoeiro do Norte. **Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde:** Vinte e um
342 (21) para Limoeiro do Norte e seis (6) para Novo Oriente. Em virtude da Publicação da Portaria
343 Nº 648/GM em 28 de março de 2006, que estabelece novas exigências para a qualificação de
344 equipes e de ACS no âmbito do Programa de Saúde da Família, a **CIB/CE** determinou que os
345 processos referentes às qualificações acima apresentadas fossem devolvidos ao NUORG para
346 emissão dos pareceres de acordo com as normas da Atenção Primária em vigor, assim como as
347 Declarações de Incentivo do PACS e PSF, assinadas ou não pelos Secretários Municipais de Saúde,
348 que não mais serão enviadas ao MS, mas deverão ser adaptadas ao novo modelo instituído pela
349 citada Portaria. **Item 7 – Adesão da Fundação Otília Correia Saraiva/Hospital Maternidade**
350 **Santo Antônio de Barbalha, junto ao Programa de Reestruturação e Contratualização de**
351 **Hospitais Filantrópicos (Portaria SAS no. 635, de 10/11/2005).** Vera citou a Portaria Nº 166 de
352 13 de março de 2006 que prorroga o prazo para entrega dos contratos referentes à formalização da
353 contratualização dos hospitais filantrópicos, junto ao SUS e colocou o pedido de Adesão da
354 Fundação Otília Correia Saraiva/Hospital Maternidade Santo Antonio de Barbalha, junto ao
355 Programa de Resestruturação e Contratualização de Hospitais Filantrópicos junto ao Sistema Único
356 de Saúde, instituído pela Portaria Nº 1.721/GM, de 21 de setembro de 2005. Explicou que o
357 hospital pleiteante não fará jus ao Incentivo de Adesão à Contratualização (40%), pois ultrapassara

358 o prazo, 8 de dezembro de 2005, estipulado para a formalização da adesão. De acordo com o
359 parecer da COVAC, o processo preenche todos os requisitos da Portaria Nº 635/SAS, de 10 de
360 novembro de 2005.que regulamenta o referido Programa. Ante o exposto, a **CIB/CE** aprovou o
361 pedido de Adesão da Fundação Otilia Correia/Hospital Maternidade Santo Antonio junto ao
362 Programa de Restruturação e Contratualização de Hospitais Filantrópicos, do SUS. **Item 8 –**
363 **Projeto de Cirurgias Eletivas do Município de Sobral.** Dra. **Regina** colocou para a Plenária o
364 Projeto de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, do município de
365 Sobral, de que trata a Portaria Nº. 252/GM de 31 de março de 2006. Informou que o referido
366 Projeto abrange os municípios da Macrorregião de Sobral, com população total de 884.929
367 habitantes, e terá como executores os municípios de Sobral, Cruz, Marco, Itarema, (mediante gestão
368 municipal) e Acaraú e Bela Cruz, (mediante gestão estadual) O impacto financeiro previsto, alcança
369 os seguintes valores: Anual, R\$ 1.991.088,00 (Hum milhão, novecentos e noventa e um mil e
370 oitenta e oito reais). Semestral, R\$ 995.544,00 e Mensal, R\$ 165.924,00. Dra. Regina informou que
371 em função da alteração do valor per capita ter sido alterado para R\$2,25 (dois reais e vinte e cinco
372 centavos), os municípios com projetos em execução, com valor per capita inferior e que tiver
373 realizado no mínimo 70% da meta, poderá solicitar aditivo, ao MS, para corrigir a defasagem do
374 impacto financeiro, porém, somente para as cirurgias de varizes, catarata, próstata e retinopatia
375 diabética. Sem outros comentários a **CIB/CE** aprovou o Projeto de Cirurgias Eletivas de Média
376 Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, do município de Sobral. **Item 9 – Cadastramento do**
377 **CAPS de Trairi** – Vera apresentou o do município de Ibiapina para credenciamento do Centro de
378 Atenção Psicossocial, na Modalidade I. Afirmou que o Projeto que se encontrava com a
379 documentação completa e obteve parecer favorável do Coordenador Estadual de Saúde Mental. **A**
380 **CIB/CE** aprovou o credencimento do CAPS TIPO I para o município de Trairi. **Item 10 –**
381 **Implantação de Centro de Especialidades Odontológicas .** Vera coloca para a Plenária o pedido
382 de Implantação do Centro de Especialidade Odontológica do Tipo I para o município de
383 Solonópole. Dr. Rodrigo chamou a atenção para as implantações de CEO em municípios que não
384 possuem as mínimas condições de funcionamento e propões que se faça uma avaliação dos
385 critérios de regionalização que deveriam ser considerados na análise dos pleitos. Vera afirmou que
386 o assunto será discutido na próxima reunião. **A CIB/CE** aprovou a Impantação de um CEO TIPO
387 I do município de Solonopoles. Nada mais havendo a tratar a Plenária encerrou a reunião tendo e,
388 Joana D"Arc Taveira dos Santos lavrado a presente Ata que vai assinada pelos membros da
389 Comissão Intergestores Bipartite que compareceram. Fortaleza, trinta e um de março de dois mil e
390 seis.

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
51
52
53
54

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006

Aos cinco dias do mês de maio do ano de dois mil e seis, das oito às doze horas, e das quatorze as dezoito horas, no auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600, nesta capital, realizou-se a 5ª Reunião Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: **Representando a SESA**, Jurandi Frutuoso, Secretário da Saúde e Presidente da CIB; Vera Coelho e Maria das Graças B. Peixoto, Coordenadoras da COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora da COVAC; Antônio Paulo de Meneses, Técnico do NUPLA; Francisco Holanda, Coordenador da CODAS; Carmem Lúcia Osterne do NUORG/CODAS e Nágela dos Reis Norões, Técnica da CORES. Pela **representação do componente municipal**, compareceram os seguintes membros: Mário Lúcio Ramalho Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Manoel Fonseca, de Beberibe; Rodrigo Carvalho Nogueira; de Dep. Irapuan Pinheiro, Maria Ivonete Dutra Fernandes, de Quixadá; Arnaldo Costa Lima, de Sobral; Alexandre Mont'Alverne, de Fortaleza e Nizete Tavares, do Crato. Como **convidados: Os Secretários Municipais de Saúde**, Sônia Maria Beltão, de Camocim; Cleonardo Figueiredo, de Brejo Santo; Maria da Paz Gadelha, de Mulungu; Antônio Israel Pinheiro, de São Gonçalo do Amarante; Murilo Alves do Amaral, de Caucaia; Ana Maria dos Santos Fonseca, de Pacoti; Paulo Ismael Gomes de Lucena, de Penaforte; Antônio Helder Araujo, de Santana do Acaraú e Alessandra Pimentel, de Itapajé; **Os Orientadores das Células Regionais de Saúde**, Sayonara Moura, de Brejo Santo; Iracema Gonçalves Araújo, de Camocim; Israel Guimarães Peixoto, de Russas; Benedita de Oliveira, de Quixadá; Maria de Fátima Ferreira, de Baturité; José Teixeira Alves, de Itapipoca; Lúcia de Fátima Barreto, de Icó e Valdene Vasconcelos Cunha, de Tianguá. Estiveram presentes outros técnicos da SESA e das Secretarias Municipais de Saúde. A reunião foi presidida por **Dra. Vera Coelho** que ao constatar a existência de quorum, abriu os trabalhos informando sobre o 2º Encontro das CIB, realizado nos dias 4 e 5 de maio de 2006, em Brasília, com os representantes do DAT/MS, das SES e dos COSEMS, da qual participara pela SESA. Disse que no referido encontro ficou evidente a necessidade de se informar e sensibilizar os gestores da Saúde, sobre o Pacto de Gestão do SUS, com vistas a agilizar o processo de adesão das instâncias de governo a esse instrumento de gerenciamento da Saúde no país e que, nesse sentido, o MS estaria publicando cartilha e vídeo sobre o Pacto de Gestão, que será disponibilizado aos estados e municípios. Em seguida leu a Pauta do dia, cujos assuntos seguiram a seguinte ordem de apresentação: **Item 1 - Alteração na Política Nacional de Atenção Básica**. O assunto foi conduzido pela Dra. Carmem Lúcia Osterne, Supervisora do NUORG, através da apresentação da Portaria Nº 648/GM, de 30 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica para o PSF e PACS, e em anexo, publica a regulamentação de implantação e operacionalização da referida Política. **Carmem** abordou itens que contém alterações significativas, em relação ao modelo anterior da Atenção Básica destacando, Infra-estrutura e recursos necessários à realização das ações da Atenção Básica nas Unidades Básica de Saúde e à implantação das Equipes de Saúde da Família; Monitoramento do funcionamento das Equipes; Modalidades de Financiamento das Equipes; Incentivo de Estruturação; Solicitação de Crédito Retroativo; Suspensão do Repasse e/ou Desqualificação de Equipes; Capacitação dos Profissionais das Equipes; e Ferramentas para a elaboração dos Projetos de Implantação das Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes de Saúde. Informou que essa Política engloba toda a normatização da Atenção Básica e assim, deixam de ser reconhecidas as Normas Estaduais e Municipais no âmbito do PSF. Dentre as questões mais polêmicas ressaltou a que permite à Equipe de PSF poder funcionar sem médico, no período máximo por 90 dias, mas que a rotatividade do profissional, no mesmo município ou em municípios diferentes, caracteriza irregularidade que, se confirmada, pode levar a Equipe à desqualificação, cujo processo será submetido a apreciação da CIB. Concluiu, enfatizando a responsabilidade dos Orientadores de Células Regionais de Saúde quanto à supervisão das Equipes e emissão do "Atesto", que volta a ser um instrumento de controle e monitoramento do funcionamento das Equipes do Programa de Saúde da Família. **Vera** complementa as informações, lembrando que a Política Nacional em apreço, aumenta as Áreas Estratégicas, de 7 para 10, e passa

55 a exigir que os profissionais das Equipes do PSF tenham realizado o Curso Introdutório ao Saúde da
56 Família. Aberto o espaço de discussões, Dr. **Rodrigo**, representando os municípios de pequeno
57 porte, questiona a não inclusão do profissional dentista nas Equipes de Saúde da Família, e pergunta
58 se a ausência de profissionais na equipe, por 90 dias, será acatada pelos órgãos federais de
59 fiscalização e auditoria. Discutiu ainda a devolução de recursos financeiros se o município desativar
60 equipes antes de 12 meses e propôs que se consulte o MS sobre a legalidade da medida. Dr. **Mário**
61 **Lúcio** afirmou que o COSEMS iria identificar os pontos de dúvida apontadas pela plenária para
62 discussão com o Estado e/ou encaminhamento ao MS, para esclarecimentos. Encerrou a discussão
63 do assunto afirmando que os processos de qualificação de Equipes no âmbito do PSF deverão ser
64 adequados à nova estrutura normativa da Atenção Básica de que trata Portaria N° 648/GM em
65 vigor desde o dia 30 de março de 2006, e que fica sem efeito a Norma Operacional do PSF do
66 Estado do Ceará. A **Plenária** acatou a revogação das Normas Operacionais da Saúde da Família no
67 Ceará. **Item 2 - Discussão sobre a Proposta do Perfil da Assistência de Média Complexidade**
68 **nas Microrregiões de Saúde.** Dra. Lilian e Dr. Mamede, da COVAC apresentaram a proposta para
69 a delimitação das Microrregiões de Saúde do Estado, de acordo com as Diretrizes da
70 Regionalização estabelecidas na Portaria N° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Escolheram como
71 Microrregião representativa a de Itapipoca, cujos procedimentos correspondem à mediana do total
72 do Estado e priorizaram, utilizando a Tabela de Procedimentos do SUS, um elenco de
73 Procedimentos da Assistência Especializada, de forma a viabilizar a garantia do acesso da
74 população à assistência de Média Complexidade. Após discussão da Plenária, a **CIB/CE** aprovou a
75 alteração do Elenco das Ações Prioritárias da Atenção Secundária de Saúde, descritas no
76 documento “Diretrizes de Reorganização da Atenção Secundária à Saúde do Ceará”, que passa a
77 priorizar as seguintes áreas da Assistência Especializada: **Toco-ginecologia, Pediatria, Clínica**
78 **Médica, Psiquiatria, Clínica Cirúrgica, Traumato-Ortopedia, Cardiologia, Oftalmologia,**
79 **Neurologia, Gastroenterologia, Dermatologia, Urologia, Geriatria, Otorrinolaringologia,**
80 **Pneumologia e Saúde Bucal. Ações de Vigilância Epidemiológica, Ações de Vigilância**
81 **Sanitária e Ações de Assistência Farmacêutica.** Dr. **Mário Lúcio** chama atenção para a
82 necessidade de se expandir para as Microrregiões, alguns blocos de procedimentos relacionados às
83 especialidades pactuadas que foram colocados para realização em Macrorregiões de Saúde, e que
84 podem ser realizados por alguns municípios. Pediu a autorização dos membros da CIB para estudar
85 com a COVAC e com outros profissionais das áreas em que se enquadram os procedimentos, sobre a
86 viabilidade da realização dos mesmos no âmbito microrregional tendo em vista o fortalecimento da
87 regionalização preconizado no Pacto de Gestão. **Item 3 - Proposta de distribuição dos**
88 **equipamentos do Plano de Investimentos/2006 da Vigilância em Saúde.** Vera informou que a
89 distribuição da quase totalidade dos equipamentos do Plano de Investimentos em pauta, fora
90 proposta pelo MS e que a destinação dos demais itens, havia sido sugerida pelos setores de
91 Vigilância em Saúde da SESA responsáveis pelas respectivas áreas a serem beneficiadas, com base
92 nas prioridades epidemiológicas de cada Microrregião de Saúde. Para a distribuição dos dois
93 veículos pick-up, cabine dupla, tração 4x4, e dois microscópios entomológicos, destinados ao
94 controle da Doença de Chagas, com base nas necessidades de supervisão de atividades de campo e
95 outras demandas, o NUEND propôs que um dos veículos fosse para o Núcleo de Endemias da
96 SESA e o outro para a CERES de Crateús. Quanto aos dois microscópios entomológicos um seria
97 para a CERES de Tauá e o outro para a CERES de Sobral. Os gestores municipais questionaram a
98 não destinação das duas pick-up para as Microrregionais, mas os técnicos NUEND, argumentaram
99 que ficando um veículo no Nível Central da SESA o mesmo poderia ser utilizado para atender
100 necessidades de municípios de diferentes Microrregiões. A Plenária acatou a argumentação dos
101 técnicos da SESA mas propôs que a pick-up proposta para Crateús fosse para a CERES de Sobral
102 para atendimento a municípios prioritários da Macrorregião. A **CIB/CE** aprovou a proposta e
103 decidiu que os dois veículos pick-up, cabine dupla, tração 4x4, destinado ao controle da Doença de
104 Chagas fossem assim distribuídos: um para o Núcleo de Endemias da SESA-NUEND e o outro à
105 CERES de Sobral. A distribuição dos demais equipamentos foi acatada sem discussão. **Item 4 -**
106 **Mudança de Modalidade e credenciamento de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.** Vera
107 colocou para a Plenária o pleito de Juazeiro do Norte, referente à mudança de modalidade do CAPS
108 II para CAPS III, o de Quixeramobim solicitando a mudança de modalidade do CAPS I para CAPS

109 II e o pedido de credenciamento do CAPS I de Redenção. Observou que a documentação de cada
110 um dos processos estava completa e constatou que os mesmos continham o parecer favorável da
111 Coordenação Estadual de Saúde Mental. Assim, propôs a aprovação dos pleitos em apreço, mas
112 lembrou que o CAPS de Redenção, como não fora cadastrado até 31 de dezembro de 2005, não iria
113 entrar no rateio dos medicamentos destinados ao Serviço, conforme ficara decidido na última
114 Bipartite daquele exercício. A **CIB/CE** aprovou as mudanças de modalidade do CAPS II para
115 CAPS III de Juazeiro do Norte, do CAPS I para CAPS II de Quixeramobim e o cadastramento do
116 CAPS I do município de Redenção. **Item 5 - Habilitação dos municípios de Paraipaba, Boa
117 Viagem, São Gonçalo do Amarante, Aracoíaba e Catarina para as Ações de Média
118 Complexidade em VISA.** Dra. Vera, apresentou os pedidos de habilitação em média complexidade
119 de Vigilância Sanitária dos municípios de Paraipaba, Boa Viagem, São Gonçalo do Amarante,
120 Aracoíaba, Catarina e Cruz. Citou os pareceres das Equipes de Supervisão em VISA das CERES,
121 segundo os quais os referidos municípios estão aptos a desenvolver as ações de Vigilância Sanitária
122 pactuadas. A **CIBCE** aprovou a habilitação dos municípios de Paraipaba, Boa Viagem, São
123 Gonçalo do Amarante, Aracoíaba, Catarina e Cruz ao Pacto das Ações de Média Complexidade em
124 Vigilância Sanitária. **Item 6 - Credenciamento do Serviço de Densitometria Óssea do Cariri
125 S/C no SUS, através do Sistema Municipal de Saúde de Crato.** Dra. Lilian apresentou a proposta
126 da Secretaria de Saúde de Crato para inclusão do serviço de Densitometria Óssea no Sistema de
127 Saúde daquele município. Informou que o impacto financeiro com a realização de 30 (trinta)
128 exames, meta prevista pelo gestor, é de R\$ 1.620,00 (mil seiscentos e vinte reais) e que deverá
129 onerar o teto financeiro da Assistência do Município, cujo saldo comporta a inclusão do encargo. A
130 Secretaria de Saúde do Crato afirmou que o prestador do serviço, no caso, a empresa Densitometria
131 Óssea do Cariri S/C Ltda. atenderá 30 pacientes do Crato mas poderá ofertar até 70 procedimentos
132 para pactuação com outros municípios da região do Cariri. Considerando a análise e parecer
133 favorável da COVAC, a **CIB/CE** aprovou a inclusão do serviço de Densitometria Óssea no Sistema
134 Municipal de Saúde do Crato, com ônus para o referido município. **Item 7 – Implantação do
135 Serviço de Nefrologia em Itapipoca.** Dra. Lilian colocou o pleito do Instituto do Rim, cujo diretor
136 solicita a implantação de uma unidade de hemodiálise no município de Itapipoca, justificando que
137 aquele município dispõe de infra-estrutura adequada às exigências de funcionamento de um serviço
138 de diálise e que a quantidade de pacientes (73) identificados pela COVAC, quando da reavaliação
139 do pedido estava muito próximo do número mínimo de 80 (oitenta) previsto na Portaria Nº
140 1.101/2002 necessários para a viabilização financeira de um centro de diálise. A Supervisora do
141 Núcleo de Planejamento em Saúde da SESA informou que o PDR não contempla unidades de
142 apoio no sistema de referência para atenção terciária em nefrologia na microrregião de Itapipoca.
143 Fez uma análise das informações do interessado e se pronunciou favorável ao atendimento do
144 pleito, entendendo que a implantação de uma unidade de hemodiálise em Itapipoca, possibilitaria a
145 assistência dos pacientes renais da microrregião, em serviço mais próximo do seu domicílio. Dr.
146 **Mário Lúcio** entende que a descentralização do serviço de TRS para as microrregiões de saúde é
147 uma estratégia benéfica para o bem estar do paciente renal, independentemente do nível de
148 complexidade da qual o serviço se reveste e que a realização dos procedimentos dessa área não
149 constitui mais uma prerrogativa das macrorregiões. A **Plenária** comentou sobre o interesse da
150 iniciativa privada em assumir a Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia no SUS e se
151 manifestou favorável a implantação do Serviço de Nefrologia em Itapipoca, a ser realizado pelo
152 Instituto do Rim, mas propõe que seja garantida a consulta de nefrologia para o seguimento de
153 pacientes crônicos. Dra. **Vera** afirma que não se deve autorizar transferência de recursos financeiros
154 de TRS entre municípios, antes da anuência dos pacientes à mudança do local de tratamento. A
155 **CIB/CE** acatou o pedido do Instituto do RIM em implantar uma Unidade de Atendimento de Alta
156 Complexidade em Nefrologia em Itapipoca, com abrangência aos municípios da Microrregião e de
157 outras localidades situadas nas proximidades do referido município. **Item 8 – Solicitação de
158 Aditivo ao Projeto de Cirurgias Eletivas dos Municípios de Fortaleza e Cascavel.** Lilian
159 lembrou à plenária que o valor per capita estabelecido pelo MS para a Adequação dos Projetos de
160 Cirurgias Eletivas de Média Complexidade havia sofrido duas alterações e que segundo a Portaria
161 Nº 252/GM de 6 de fevereiro de 2006 republicada em 8 de fevereiro de 2006 aos Estados e
162 Municípios apresentarem aditivo aos Projetos que se encontram em execução, para contemplar

163 procedimentos previstos nos antigos mutirões nacionais de Catarata, Varizes, Próstata e Retinopatia
164 Diabética. O Termo aditivo aos Projetos de Fortaleza e de Cascavel corresponde ao incremento de
165 R\$1,25 (um real e vinte e cinco centavos) per capita, que atinge impactos financeiros anuais nos
166 valores respectivos de R\$ 3.058.273,75 (três milhões, cinquenta e oito mil, duzentos e setenta e três
167 reais e setenta e cinco centavos) para o projeto de Fortaleza e R\$ 323.693,75 (trezentos e vinte e três
168 mil, seiscentos e noventa e três reais e setenta e cinco centavos) para o de Cascavel. A CIB/CE
169 aprovou o Aditivo aos Projetos de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade dos municípios de
170 Fortaleza e Cascavel. **Item 9 - Discussão e pactuação referentes aos exames de CD-4 e Carga**
171 **Viral (Aids).** Dra Liana, diretora do LACEN apresentou a proposta da rede estadual de exames de
172 CD-4, CD-8 e Carga Viral com vistas a pactuação na CIB, conforme exigência do MS. Informou
173 que os referidos exames já vem sendo realizados pelo LACEN (CD-4, CD/8 e Carga Viral) e pelo
174 Laboratório de Sobral (CD-4 e CE-8) e que em agosto/2006 o Ministério irá implantá-los em
175 Fortaleza. Dra. Liana falou da importância da realização desses exames para as Macrorregiões de
176 Fortaleza, Sobral e do Cariri e propôs a inclusão na rede, do Laboratório de Juazeiro do Norte, para
177 realizar CD-4, CD-8 e Carga Viral e acrescer ao Laboratório de Sobral, que faz CD-4, CD-8, os
178 exames de Carga Viral, ficando assim o desenho da Rede de Laboratórios responsáveis pela
179 realização de exames de CD-4, CD-8 e Carga Viral, para o controle dos portadores de HIV/AIDS
180 no Estado do Ceará: **Serviços Implantados:** LACEN - CD-4, CD-8 e Carga Viral (Com
181 abrangência à Macrorregião de Fortaleza) e Laboratório de Sobral – CD-4 e CD-8; (Com
182 abrangência à Macrorregião de Sobral). **Serviços a implantar:** Laboratório de Sobral - Carga Viral
183 (Com abrangência à Macrorregião de Sobral) e Laboratório de Juazeiro do Norte - CD-4, CD-8 e
184 Carga Viral (Com abrangência à Macrorregião do Cariri). O gestor de Sobral expressou à Plenária
185 a sua preocupação ante a informação de pessoas do MS sobre a retirada dos equipamentos que
186 realizam esses exames naquele município e reafirmou a necessidade não só da manutenção mas da
187 ampliação dos referidos exames para atender a população da Macrorregião sediada por Sobral.
188 **Vera** destacou a importância da ampliação dos exames de Carga Viral para o município de Sobral
189 e a implantação do serviço no município de Fortaleza, considerando o estrangulamento do Hospital
190 São José nesse atendimento e a necessidade de se fazer um controle de melhor qualidade dos
191 pacientes portadores do HIV. Chamou atenção para a implementação do atendimento em
192 Maracanaú e Caucaia que têm um número significativo desses pacientes e tem o Plano de Metas em
193 execução e colocou a proposta da Rede de exames em discussão. A CIB/CE aprovou a Rede
194 Estadual de Laboratórios para a realização de exames de CD-4, CD- 8 e Carga Viral, acima
195 discriminada. **Item 10 - Inclusão do município de Juazeiro do Norte no incentivo para ações em**
196 **DST/Aids.** Dra. Telma, Coordenadora do Programa da AIDS no Ceará, apresentou a proposta de
197 inclusão do município de Juazeiro do Norte no Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST,
198 tendo em vista ser o referido município um grande pólo de atendimento a pessoas portadoras do
199 HIV. Mostrou as curvas que identificam a elevação da taxa de incidência da doença naquela
200 localidade e disse que há preocupação quanto a inexistência de diagnóstico do vírus em gestante no
201 município. Dra. **Lilian** informou que o Serviço de atendimento a pacientes com HIV de Juazeiro
202 do Norte está credenciado há mais de três anos pelo MS, dispõe de pessoal e recursos físicos mas
203 não estava funcionando por falta de recursos financeiros. Segundo a Dra. Telma o gestor de
204 Juazeiro deveria sensibilizar os gestores dos municípios da Microrregião, para encaminharem os
205 pacientes ao serviço de Juazeiro, cujos leitos se encontram ociosos. Nizete acha que falta
206 divulgação junto aos municípios da Macrorregião com vistas a pactuação entre os gestores. A
207 CIB/CE aprovou a habilitação do município de Juazeiro do Norte (CE) para recebimento do
208 incentivo instituído pela Portaria Ministerial Nº 2313, de 19 de dezembro de 2002, com vista à
209 realização das ações de controle do HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Item**
210 **11- Proposta de Publicação das dificuldades da SESA em concretizar Convênio com os**
211 **municípios selecionados para receberem recursos do Tesouro do Estado, referentes ao**
212 **incentivo do PROQUALI.** Dr. Holanda afirmou que já havia conversado com o COSEMS sobre
213 as dificuldades na concretização dos convênios com os municípios contemplados para receberem o
214 incentivo para investimento no PROQUALI, e que dos 50 a serem beneficiados apenas 12 estavam
215 em condições de assinar o convênio. Os demais se encontravam inadimplentes em relação à
216 prestação de contas com outras Secretarias e portanto impedidos firmar contrato com o Estado.

217 Disse que o prazo estipulado para a entrega da documentação, 12 de maio, estava se esgotando e
218 considerando a urgência em concretizar o instrumento haja vista a possibilidade de se perder o
219 investimento do próximo ano, cuja liberação depende da utilização do recurso concedido no ano de
220 2006, propõe que se proceda a **substituição dos municípios que não cumprirem o prazo acima**
221 **estipulado**. Afirmou que entrara em contato com todos os gestores e iria entregar ao COSEMS a
222 lista dos municípios faltosos para uma divulgação mais incisiva junto aos prefeitos. Dr. **Mário**
223 **Lúcio** propõe que a substituição seja decidida de forma bipartite porém sem submeter o processo de
224 escolha à CIB para não atrasar ainda mais a formalização do convênio. **Vera Coelho** propõe que
225 sejam chamados os municípios que aplicaram a metodologia do PROQUALI e foram excluídos por
226 terem recebido investimentos do PROARES e KFW, e acrescenta que nesse processo, se dê
227 preferência à microrregião do Iguatu, cujo projeto é prioritário para a Operação SWAP. Diz que
228 após essa medida seriam revistos os critérios que excluíram os demais municípios do benefício em
229 questão. A **CIB/CE** acatou a proposição acima, ficando acertado que os municípios que não
230 apresentarem a documentação para concretização do convênio com a SESA para receberem os
231 recursos referentes ao incentivo do PROQUALI até o dia 12/05/2006 serão substituídos,
232 preferencialmente pelos da MR do Iguatu e em seguida, pelos demais que haviam recebido
233 incentivo do PROARES e KFW, após revisão dos critérios utilizados para a seleção dos 50
234 contemplados. **Item 12 – Informes:** 1º) Entrega de Medicamento: Dr. Holanda, Coordenador da
235 CODAS informou que o Pregão para aquisição da Imunoglobulina Anti RH teria sido confirmado e
236 que o laboratório vencedor teria se comprometido em entregar o produto no dia 10/05 e a partir
237 dessa data o NUASF entraria em contato com os municípios com vistas a proceder a distribuição do
238 referido insumo. 2º) Demora na entrega dos Projetos de Adesão à Contratualização dos Hospitais
239 Filantropicos. Dra. Lilian comunicou que até aquela data só havia recebido o Plano Operativo dos
240 municípios de Limoeiro do Norte e Itapipoca e disse estar preocupada com o prazo para remessa da
241 formalização dos contratos ao MS, estipulado através da Portaria Nº 166/2006 da SAS para o dia 25
242 de maio de 2006, embora houvesse a possibilidade de ser publicada nova Portaria prorrogando mais
243 uma vez a data limite para a formalização final do processo de contratualização. O Presidente do
244 COSEMS propôs que a reunião da CIB/CE agendada para o dia 26 de maio de 2006, fosse
245 antecipada para o dia 19 de maio de 2006, caso não houvesse a prorrogação do prazo acima citado.
246 Nada mais havendo a tratar a Plenária encerrou a reunião tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a
247 presente Ata que vai assinada pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite que
248 compareceram. Fortaleza, cinco de maio de dois mil e seis.

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
51
52
53
54

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006

Aos vinte e nove dias do mês de maio do ano de dois mil e seis, às quatorze horas, no auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600, nesta capital, realizou-se a 6ª Reunião Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: **Representando a SESA**, Jurandi Frutuoso, Secretário da Saúde e Presidente da CIB; Vera Coelho e Maria das Graças B. Peixoto, Coordenadoras da COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora da COVAC; Antônio Paulo de Meneses, Técnico do NUPLA; Francisco Holanda, Coordenador da CODAS; Carmem Lúcia Osterno do NUORG/CODAS e Nágela dos Reis Norões, Técnica da CORES. Pela **representação do componente municipal**, compareceram os seguintes membros, Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio Ramalho Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Manoel Fonseca, de Beberibe; Rodrigo Carvalho Nogueira; de Dep. Irapuan Pinheiro, Maria Ivonete Dutra Fernandes, de Quixadá; Arnaldo Costa Lima, de Sobral; Alexandre Mont'Alverne, de Fortaleza e Nizete Tavares, do Crato. Como **convidados**: Os Secretários Municipais de Saúde, **Sônia** Maria Beltão, de Camocim; Cleonardo Figueiredo, de Brejo Santo; Maria da Paz Gadelha, de Mulungu; Antônio Israel Pinheiro, de São Gonçalo do Amarante; Murilo Alves do Amaral, de Caucaia; Ana Maria dos Santos Fonseca, de Pacoti; Paulo Ismael Gomes de Lucena, de Penaforte; Antônio Helder Araujo, de Santana do Acaraú e Alessandra Pimentel, de Itapajé; os Orientadores das Células Regionais de Saúde, Sayonara Moura, de Brejo Santo; Iracema Gonçalves Araújo, de Camocim; Israel Guimarães Peixoto, de Russas; Benedita de Oliveira, de Quixadá; Maria de Fátima Ferreira, de Baturité; José Teixeira Alves, de Itapipoca; Lúcia de Fátima Barreto, de Icó e Valdene Vasconcelos Cunha, de Tianguá. Estiveram presentes outros técnicos da SESA e das Secretarias Municipais de Saúde. A reunião foi presidida por **Dra. Vera Coelho** que ao constatar a existência de quorum, iniciou os trabalhos informando as seguintes alterações da pauta: Seriam excluídos, o **Item 2** (Discussão sobre a política de Saúde do Trabalhador, focalizando a estrutura de funcionamento e gestão dos CEREST), e o **Item 3** (Processo de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos – formalização e encaminhamento dos Convênios ao MS), em virtude de não ter havido tempo hábil para a preparação das matérias pelos técnicos da SESA. Foram incluídos extra-pauta: **1.** Pactuação da Programação Pactuada e Integrada – PPI da Vigilância em Saúde para o ano de 2006; **2.** Implantação do CEO de Cariús e Assaré; **3.** Apreciação da necessidade de realização de duas Campanhas de Vacinação Anti-rábica Animal, por ano no Ceará; **4.** Implantação do Serviço de Terapia Renal Substitutiva no município de Eusébio; **5.** Cadastramento do CAPS de Senador Pompeu e mudança de modalidade do CAPS I para CAPS II do município de Tamboril; **6.** Proposta de alteração do Teto Financeiro dos municípios de Nova Russas e Crateús, em função de mudança na programação de referência da área de internação. **Vera** deu seguimento aos trabalhos com a leitura dos itens em pauta, cuja apreciação ocorreu nessa ordem: **1º Item - Discussão sobre as diretrizes da PPI em relação ao Pacto de Gestão.** **Vera** explicou que se tratava de questões levantadas pelo COSEMS quanto a alterações em algumas diretrizes da PPI da Assistência aprovadas em 2005, e passou a palavra ao Presidente do referido Conselho, para falar dos pontos questionados. **Mário Lúcio** falou que por ter havido uma pausa no processo de elaboração da PPI, em função da edição do Pacto de Gestão, o COSEMS teria formulado uma proposta de revisão das diretrizes da PPI pactuadas em 2005 composta dos seguintes pontos: 1º) Utilizar o Programa SIS/PPI, que já é empregado em dezoito estados do país. 2º) Eliminar a diretriz que estabelece o corte linear quando os recursos forem insuficientes, considerando que o Pacto define que o financiamento do SUS é de responsabilidade tripartite e portanto cabe ao estado complementar o financiamento da PPI da Assistência, quando necessário; 3º) Realizar a Programação das Internações da PPI, por procedimento e por clínica e não mais pela média dos grupos de procedimentos como era procedida anteriormente. Disse que essa proposta foi entregue à Dra. Vera que a levará ao conhecimento dos demais setores envolvidos e do gestor estadual, para posterior pactuação na CIB/CE. **Vera** esclareceu que a apreciação dessas demandas não impede que se prossiga, no âmbito regional, com os movimentos que antecedem o ajuste da Programação Pactuada Integrada da Assistência. **2º Item – Pactuação da PPI da Vigilância à Saúde.** Dra. Vera esclareceu que a PPI da

55 Vigilância à Saúde fora feita de forma isolada mas que em 2007 certamente essa Programação
56 deverá constituir um só documento, em que se inclua também, o Termo de Ajuste da PPI da
57 Assistência e o Plano Diretor da Vigilância Sanitária. Em seguida apresentou as metas,
58 estabelecidas pelo MS e informou que a maioria tem como referência o resultado obtido em 2005 e
59 que foram estabelecidas para o Ceará. Em seguida passou a apresentar as metas de cada uma das 49
60 ações que compõem o documento: **1. NOTIFICAÇÃO: Ação 1.1.** Notificar casos de paralisia
61 flácida aguda (PFA), 1 para cada 100.000 habitantes da população menor de 15 anos/ **Meta:**
62 Notificar 27 casos. **Ação: 1.2.** Realizar Notificação de Sarampo/ **Meta:** 80% das unidades
63 notificantes. **2. INVESTIGAÇÃO: Ação 2.1.** Iniciar investigação epidemiológica oportunamente
64 para doenças exantemáticas/ **Meta:** 80% dos casos. **Ação 2.2.** Realizar coleta oportuna de uma
65 amostra de fezes para cada caso de PFA/ **Meta:** 80% dos casos detectados. **Ação 2.3.** Notificar e
66 investigar os surtos de doenças transmitidas por alimentos e água (DTA) ocorridos nos municípios
67 com mais de 100.000 habitantes/ **Meta:** 70% dos municípios (5 municípios) **Ação 2.4.** Notificar os
68 surtos de doenças transmitidas por alimentos e água (DTA) ocorridos nos municípios com menos de
69 100.000 habitantes/ **Meta:** 70% dos municípios (124 municípios). **Ação 2.5.** Realizar encerramento
70 oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC), exceto
71 dengue/ **Meta:** 66,0% dos casos. **3. DIAG. LABORATORIAL DE AGRAVOS DE SAÚDE**
72 **PÚBLICA; Ação 3.1.** Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas -sarampo e
73 rubéola/ **Meta:** 80% dos casos suspeitos. **Ação 3.2.** Encerrar casos de meningite bacteriana por
74 critério laboratorial/ **Meta:** Confirmar laboratorialmente, pelo menos 27,1% dos casos de meningite
75 bacteriana diagnosticados. **Ação 3.3.** Realizar testagem do HIV em gestantes/ **Meta:** Testar 100%
76 das gestantes. **Ação 3.4.** Implantar triagem sorológica para hepatites virais nos Centros de testagem
77 e Aconselhamento / **Meta:** 03 (três) = 100%. **Ação 3.5.** Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas
78 gestantes/ **Meta:** 100% das gestantes com VDRL realizado. **Ação 3.6.** Elaborar documento sobre a
79 rede de laboratórios públicos conveniados, identificados pelo LACEN no estado, que realizam o
80 diagnóstico de doenças de notificação compulsória e agravos de interesse sanitário, segundo
81 instrumento de avaliação elaborado pela CGLAB/ **Meta:** Um (01) relatório até 1º de dezembro de
82 2006. **4. VIGILÂNCIA AMBIENTAL** **Ação 4.1.** Cadastrar áreas com populações expostas a solo
83 contaminado por substâncias químicas/ **Meta:** Um relatório anual. **Ação 4.2.** Realizar a Vigilância
84 Ambiental em Saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano.- VIGIÁGUA/ **Meta:**
85 Emitir dois relatórios anuais (um por semestre) contendo informações sobre as ações desenvolvidas
86 pelo VIGIÁGUA, conforme modelo padronizado pelo CGVAM. **5. VIGILÂNCIA**
87 **ENTOMOLÓGICA: 5.1.1.** Realizar pesquisa e/ou monitoramento de triatomíneos nos municípios
88 conforme classificação das áreas estabelecida na estratificação de risco/ **Meta:** 100% dos municípios
89 programados. **Ação 5.1.2.** Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do Aedes
90 aegypti e Aedes albopictus em imóveis -municípios infestados/ **Meta:** 12.942.162 inspeções. **Ação**
91 **5.1.3.** Implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo Aedes aegypti/ **Meta:**
92 8 municípios. **Ação 5.1.4.** Realizar levantamento, investigação e/ou monitoramento de
93 flebotomíneos nos municípios, conforme classificação epidemiológica e para leishmaniose
94 visceral/ **Meta:** 100% dos municípios programados (22), conforme classificação epidemiológica
95 (Banabuiú, Barbalha, Baturité, Bela Cruz, Brejo Santo, Canindé, Caucaia, Crateús, Crato, Fortaleza,
96 Granja, Iguatu, Ipu, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Martinópolis, Mauriti, Nova Russas,
97 Sobral, Tamboril e Viçosa do Ceará. **VIGILÂNCIA DE HOSPEDEIROS E**
98 **RESERVATÓRIOS: Ação 5.2.1.** Prover sorologia de material coletado em carnívoros e roedores
99 para detecção de circulação de peste em áreas focais/ **Meta:** 10.000. **CONTROLE VETORIAL:**
100 **Ação 5.3.1.** Realizar borrifação em domicílios para controle de triatomíneos/ **Meta:** 100% dos
101 domicílios positivos. **Ação 5.3.2.** Realizar tratamento de imóveis com focos de mosquitos, visando
102 o controle da dengue/ **Meta:** 8.482.921 imóveis com depósitos positivos tratados. **5.4.**
103 **IMUNIZAÇÃO DE RESERVATÓRIOS: 5.4.1.** Realizar campanha de vacinação anti-rábica em
104 cães/ **Meta:** 1.012.159 cães vacinados. **6. CONTROLE DE DOENÇAS: 6.1.** Curar casos novos
105 de Tuberculose Bacilíferos/ **Meta:** Curar, no mínimo de 81,0%. **Ação 6.2.** Aumentar a taxa de cura
106 de Hanseníase/ **Meta:** Curar, no mínimo de 77,0%. **Ação 6.3.** Realizar exames coproscópicos para
107 controle de esquistossomose e outras helmintoses em áreas endêmicas (Nº de exames programados,
108 de acordo com as normas do programa)/ **Meta:** 65.000 exames. **Ação 6.5.** Curar casos de

109 leishmaniose tegumentar americana (LTA) e leishmaniose visceral (LV), de acordo com as
110 diretrizes/**Meta:** LTA- curar no mínimo de 79,0%; LV- curar no mínimo de 85,0%. **7.1 .**
111 **IMUNIZAÇÕES: Ação 7.1.1.** Atingir percentual de 70% de municípios do Estado com cobertura
112 vacinal adequada(95%) para tertravalente em < 1 ano/**Meta:** 129 municípios com cobertura
113 adequada. **Ação 7.1.2** Atingir percentual de 70% de municípios do Estado com cobertura vacinal
114 adequada (95%) para tríplice viral em crianças de 1 ano/**Meta:** 129 municípios com cobertura
115 adequada. **Ação 7.1.3** Atingir percentual de 70% de municípios do Estado com cobertura vacinal
116 adequada (95%) para hepatite B em < 1 ano/**Meta:** 129 municípios com cobertura adequada. **7.2 .**
117 **VACINAÇÃO DE CAMPANHA: 7.2.1** Realizar campanha anual (em duas etapas) contra
118 poliomielite/95% de cobertura vacinal contra poliomielite na população <5 anos/**Meta:** 1.626.500
119 crianças vacinadas (total acumulado de duas etapas). **Ação 7.2.2.** Realizar campanha anual (em
120 duas etapas) contra a influenza na população com 60 anos e mais/**Meta:** 506.323 idosos vacinados
121 (70%). **7.3. VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO: Ação 7.3.1**
122 Investigar os eventos graves pós vacinação/**Meta:** 100% dos casos notificados investigados.
123 **8.MONITORIZAÇÃO DE AGRAVOS DE RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: Ação 8.1.**
124 Detectar surtos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) por meio da monitorização das Doenças
125 Diarreicas Agudas (MDDA)/**Meta:** 70% dos surtos de DDA identificados por meio da MDDA.
126 **Ação 8.2.** Implantar a vigilância epidemiológica de sífilis em gestantes/**Meta:** 100% das gestantes
127 com sífilis diagnosticadas e notificadas. **Ação 8.3.**Elaboração de Plano de Ação para implementação
128 da vigilância e prevenção de DANT/**Meta:** Um (1) Plano de Ação para o Estado e um (01) Plano
129 para a Capital. **Ação 8.4.** Investigar óbitos maternos/**Meta:** Capital e municípios com mais de
130 100.000 hab. investigar no mínimo 70% dos óbitos de mulheres em idade fértil. Municípios c/
131 100.000 hab. ou menos, implantar a vigilância de óbitos maternos. **9. DIVULGAÇÃO DE**
132 **INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS: Ação 9.1.** Elaborar informes epidemiológicos com
133 dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos vivos e com análise da situação
134 epidemiológica de agravos relevantes/**Meta:** Duas (02) publicações (100%). **Ação 10.1** Realizar
135 análise da situação de saúde/**Meta:** Um (01) Documento com análise de situação de saúde
136 elaborado e divulgado. **11. ALIMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE SISTEMAS DE**
137 **INFORMAÇÃO: Ação 11.1.1** Realizar coleta das declarações de óbito – DO/**Meta:** Reduzir
138 para menos de 5% o número de municípios com coleta de DO para melhoria da cobertura do SIM.
139 **Ação 11.1.2.** Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito./**Meta:** Reduzir para
140 ≤ 20% as causas básicas mal definidas. **Ação 11.2.1.** Realizar coleta de declarações de nascidos
141 vivos-DN/**Meta:** Captar 139.672 nascimentos (TBN =18,23). **Ação 1.3.1** Realizar envio regular de
142 dados./Remessa regular a cada 15 dias, de um banco de dados da UF para a Secretaria de Vigilância
143 em Saúde/**Meta:** 24 remessas regulares de banco de dados do estado para a Secretaria de
144 Vigilância em Saúde. **12. ACOMPANHAMENTO DA PPI-VS: Ação 12.1** Supervisionar a PPI-
145 VS/**Meta:** Realizar uma supervisão/ano em 100% dos municípios (7) com pop.igual ou superior a
146 100.000 habitantes; 50% dos municípios (89) com pop. Inferior a 100.000 habitantes. **13.**
147 **PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: Ação 13.1.** Elaborar e Pactuar
148 os planos de ação em VISA que contemplem o Plano Diretor de Vogilância Sanitária/**Meta:** 100%
149 dos municípios do Estado pactuarão o PDVISA **Ação 13.2.** Ação educativa em Vigilância
150 Sanitária/**Meta:** 30% das equipes do PSF/PACS capacitadas. **13.3. INSPEÇÃO SANITÁRIA.**
151 **Ação 13.3.1.** Serviços de Alimentação/**Meta:** 20% dos estabelecimentos inspecionados. **Ação**
152 **13.3.2.** Creches e estabelecimentos de educação infantil/**Meta:**100% dos estabelecimentos
153 inspecionados. **Ação 13.3.3.** Instituições de longa permanência para idosos/**Meta:** 100% dos
154 estabelecimentos inspecionados. Aberto o espaço das discussões, Dr. **Arnaldo** propôs que o
155 processo de elaboração das metas da PPI da Vigilância à Saúde para 2007 fosse trabalhado nas
156 Microrregionais, anteriormente à pactuação na CIB Estadual, e em tempo hábil para remessa ao
157 MS. A CIB/CE aprovou as metas da PPI da Vigilância em Saúde 2006. **3º Item - Proposta de**
158 **alteração do parâmetro que define o repasse financeiro sobre o Serviço de Atenção à Saúde**
159 **Auditiva da Macrorregião de Sobral.** Este assunto foi apresentado pela técnica da Secretaria de
160 Saúde de Sobral, Dra. Patrícia que falou sobre o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva daquele
161 município, mostrando a estrutura do serviço e do investimento feito pelo município para atender as
162 exigências do Ministério da Saúde, mas focalizando a redução do quantitativo de atendimento cuja

163 meta mensal de 60 atendimentos descera para 19, de acordo com a Portaria Nº 315/2006 do
164 Ministro da Saúde. Entende que para essa redução o MS tomara como base a produção do 1º
165 semestre de 2005, cuja média mensal de dispensação de próteses mostra ter sido de apenas 13,16,
166 no período que coincidiu com a adequação do serviço ao novo credenciamento, reforma da estrutura
167 física e desligamento de médicos otorrinolaringologistas, mas alega que no 2º semestre a produção
168 havia alcançado a meta estabelecida no Projeto inicial, porém sem contar com o recurso financeiro
169 correspondente. Pede que seja feita uma avaliação com base nos dados do atendimento realizado no
170 2º Semestre de 2005, já que os mesmos retratam a realidade da produção do Serviço realizado em
171 Sobral. Dra. **Lilian** comentou que de acordo com a Portaria SAS Nº 587 de 7 de outubro de 2004
172 que estabelece os parâmetros relativos aos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, o MS teria
173 definido para o Ceará, o número máximo de cinco (5) dos referidos Serviços. Como na época, o
174 Estado já contava com nove serviços, a SESA propusera, e o MS acatara, para a organização da
175 Rede Estadual de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, a habilitação de sete (7) unidades, porém
176 com os mesmos recursos financeiros, os quais seriam rateados entre os 5 serviços propostos. Disse
177 que a meta inicial fora estabelecida em 700 atendimentos de Média Complexidade e 100
178 atendimentos de Alta Complexidade, porém em fevereiro de 2006 a publicação da Portaria Nº
179 315/GM reduzindo não apenas o teto do Serviço de Sobral, mas dos demais municípios, constituiu
180 motivo de preocupação da SESA com a assistência à população de portadores de deficiência
181 auditiva. Por isso, entende que deveria ser feito um levantamento da situação dos Serviços de
182 Atenção à Saúde Auditiva do Estado e solicitar ao MS a revisão dos parâmetros que reduziram os
183 limites físicos e financeiros fixados os municípios que integram a Rede Estadual dos Serviços de
184 Atenção à Saúde Auditiva A **CIB/CE** acatou a proposta da Dra. Lilian e aprovou o envio ao
185 Ministério da Saúde de documento da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará solicitando que
186 aquele órgão federal restabeleça os valores dos limites físicos e financeiros dos Serviços de Atenção
187 à Saúde Auditiva do Estado, de Média e de Alta Complexidade, reduzidos pela Portaria Nº
188 626/GM de 23 de março de 2006 que revogou a Portaria Nº 315/GM, acima citada. **4º Item-**
189 **Projeto para Realização de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade do município de**
190 **Cedro e Iguatu.** Dra. Lilian apresentou os Projetos dos municípios de Cedro e Iguatu referentes à
191 Realização de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade e informou que ambos
192 teriam obtido o parecer favorável da COVAC por atenderem os requisitos exigidos pela Portaria Nº
193 252/GM de 6 de fevereiro de 2006. Disse que os dois projetos apresentam abrangência
194 microrregional, serão executados pelos municípios pleiteantes, e têm a anuência dos gestores,
195 comprovada nas respectivas Atas da reunião das CIB Microrregionais. Colocou os pleitos em
196 discussão, iniciando pelo Projeto de Cedro. O senhor **Daniel**, Secretário de Saúde de Icó, com a
197 palavra pediu a anuência da plenária para a devolução do Projeto de Cedro para uma reavaliação da
198 decisão da CIB/MR, alegando que o Secretário de Saúde anterior havia pactuado o projeto de Cedro
199 sabendo que o município de Icó tinha condições de executar os procedimentos propostos e que ele,
200 o atual Secretário de Saúde de Icó, pretende fortalecer o município.. Dra. **Lilian** informou que o
201 Projeto já havia sido devolvido à Regional para revisão da decisão sobre o local de realização dos
202 procedimentos, e que o documento teria retornado com a manutenção da decisão de ser Cedro o
203 município executor. O Dr. **Holanda** da SESA concorda com o gestor de Icó e afirma que não é
204 justo o município de Cedro ser o executor do Projeto uma vez que o município sede tem hospital
205 pólo e atende os partos cirúrgicos que Cedro não realiza. Por outro lado a Orientadora da CERES de
206 Icó afirma que a decisão foi tomada pela plenária do Colegiado Microrregional visando o benefício
207 da população que há muito esperava pela realização das cirurgias e que todos os gestores haviam
208 concordado com a proposta de Cedro. Depois de várias intervenções da plenária e de outros
209 Secretários municipais convidados, ficou evidenciado o consenso pela devolução do Projeto à
210 Micro de Icó, para reavaliação da não participação desse município na execução das cirurgias
211 eletivas de que trata o Projeto em pauta, que abrange apenas as especialidades de Oftalmologia,
212 Angiologia e Urologia. Assim levando em conta a decisão consensada pelos gestores da MR, a
213 **CIB/CE** decidiu pela devolução do Projeto de Realização de Cirurgias Eletivas do município de
214 Cedro à Microrregional de Icó, para avaliação da possibilidade desse município executar de forma
215 complementar o Projeto em questão, vez que o recurso financeiro não sofrerá acréscimo, mas será
216 rateado, caso a CIB/MR decida pela inclusão de outros procedimentos cirúrgicos, a serem

217 realizados no hospital de Icó. Em seguida Lilian colocou à mesa, a decisão sobre o Projeto de
218 Cirurgias Eletivas de Iguatu. Sem questionamentos, a CIB/CE aprovou o Projeto de Cirurgias
219 Eletivas de Média Complexidade do município de Iguatu, de acordo com o parecer da COVAC. **5º**
220 **Item- Proposta de implantação de um Laboratório Regional de Próteses Dentárias - LRPD no**
221 **município de Senador Pompeu e Implantação do CEO tipo I em Cariús.** Dra. Vera colocou
222 para a Plenária o pleito do município de Senador Pompeu, referente ao credenciamento de um
223 Laboratório Regional de Próteses Dentárias. Esclareceu que o processo obtivera o parecer favorável
224 da Coordenadora de Saúde Bucal do Estado, segundo o qual, o LRPD em apreço se encontra em
225 funcionamento, e atende às exigências normativas do Ministério da Saúde. Apresentou também o
226 pedido de implantação de um CEO tipo 1 em Cariús e outro da mesma categoria em Assaré,
227 informando que o parecer da Saúde Bucal do Estado fora favorável a aprovação do pleito de cada
228 um dos referidos municípios por atender os requisitos normativos que regem a política de
229 implantação de CEO. Dr. Rodrigo, gestor de Dep. Irapuan Pinheiro, levantou questão quanto a
230 decisão anterior da CIB/CE de não aprovar a implantação de CEO antes de analisar a situação dos
231 Centros já habilitados no Estado do Ceará. Assim a **Comissão Intergestores Bipartite do Ceará,**
232 decidiu retirar de pauta os pleitos de implantação de CEO dos municípios de Cariús e Assaré, até a
233 apresentação pela Dra. Lea, Coordenadora Estadual de Saúde Bucal, da avaliação dos CEO
234 existentes. **Item 6 -Decisão sobre emissão de documento pelo NUASF para aquisição pelas**
235 **Secretarias Municipais de Saúde de medicamentos de outras distribuidoras, quando da**
236 **impossibilidade daquele órgão disponibilizar todos os medicamentos pactuados.** Vera
237 esclareceu que esse ponto de pauta fora uma solicitação do COSEMS em virtude do não
238 cumprimento pelo NUASF na entrega dos medicamentos pactuados e por isso tinha como objetivo
239 discutir a emissão pelo NUASF de um Documento em que esse órgão declara que o Estado não
240 entregara os medicamentos pactuados pelos municípios para a compra centralizada na SESA, e
241 autoriza o gestor do município prejudicado a adquirir os medicamentos não fornecidos, a outras
242 distribuidoras. Passou a palavra ao Dr. Holanda Coordenador de Atenção à Saúde da SESA para o
243 mesmo se pronunciar sobre a proposta em questão. Dr. Holanda disse que fizera o levantamento da
244 entrega dos medicamentos e afirmou que há municípios que receberam 90% e outros apenas 50% e
245 atribui o atraso à greve da ANVISA que dificultou a entrega pelos fornecedores. Os gestores não
246 aceitaram a justificativa da SESA, tendo a Secretária de Saúde de Aratuba enfatizado a necessidade
247 de ter o documento para justificar, juntos aos órgãos de fiscalização, a diferença dos preços dos
248 produtos praticados para o Estado e para o município, e criticado com veemência a atuação do
249 NUASF frente ao programa de centralização de compras dos medicamentos. Dr. Rodrigo diz que
250 as dificuldades são as mesmas de meses atrás e que é preciso se buscar outras estratégias que
251 resolvam o problema de forma definitiva. Quanto ao ponto de discussão, defende a emissão pelo
252 NUASF do documento em que esse órgão declara não haver entregue os medicamentos na
253 quantidade pactuada. Propõe também que seja dado encaminhamento referente à utilização dos
254 recursos dos medicamentos estratégicos (Asma e Rinite, Hipertensão e Diabetes). Dr. **Mário Lúcio**
255 pondera sobre as dificuldades já bastante discutidas e propõe que se dê os encaminhamentos à
256 discussão de forma a se chegar ao objetivo da questão em pauta. É favorável a edição, pelo NUASF,
257 do documento em que esse órgão declara não haver cumprido o compromisso assumido na
258 CIB/CE, de entregar 75% dos medicamentos pactuados, para que o mesmo sirva de justificativa
259 junto ao TCM ou outra instância fiscalizadora dos recursos do SUS. Comentou ainda que ouvira de
260 Presidentes de COSEMS que houve melhora na Assistência Farmacêutica dos Estados que
261 desistiram da compra centralizada. Afirma ser um defensor dessa estratégia de compra mas lamenta
262 que os esforços envidados para melhorar a qualidade da atuação do NUASF em relação a
263 Assistência Farmacêutica não tenham dado os resultados esperados. Pediu que o Dr. Holanda
264 tomasse as providências para o cumprimento das medidas que haviam sido pactuadas na CIB/CE,
265 no sentido da SESA prover o NUASF das condições necessárias a viabilizar a gestão dos
266 medicamentos de compra centralizada, pois do contrário essa estratégia não se sustentará
267 considerando os inúmeros problemas que os municípios têm enfrentado desde 2004 em relação ao
268 cronograma de entrega dos medicamentos pelo Estado. Dra. Vera ponderou a posição dos gestores
269 quanto a emissão do documento em questão, afirmando que o mesmo não consitui instrumento
270 impeditivo à arguição pelos órgãos de auditoria e fiscalização, e que naquele momento o Dr.

271 Holanda, não poderia tomar uma decisão em nome da SESA sem a participação do Secretário
272 Estadual na discussão. No entanto, como a representação municipal se encaminhava para o
273 consenso quanto a emissão do documento proposto pelo COSEMS Dra. Vera propôs que a
274 reivindicação fosse levada ao Dr. Jurandi para que o mesmo se pronunciasse quanto à emissão da
275 declaração, já que o referido documento deveria ser concedido de forma sistemática aos municípios,
276 quando houvesse problema na entrega dos medicamentos pela SESA. A CIB/CE decidiu
277 encaminhar ao Sr. Secretário Estadual da Saúde a proposta acordada pela plenária para emissão por
278 parte da SESA de documento que declare que o NUASF não cumpriu o compromisso assumido
279 quanto à entrega de medicamentos pactuados. **7º Item- Apreciação da necessidade de realização**
280 **de duas Campanhas de Vacinação Anti-Rábica Animal, por ano, no Ceará.** Dra. Vera
281 apresentou expediente do Supervisor do NUEND, solicitando a aprovação da CIB para realização
282 de Campanha de Intensificação da Vacina Anti-Rábica Animal, conforme Ofício Circular Nº 135
283 GAB/SVS/MS em que o Secretário de Vigilância em Saúde comunica que após análise da situação
284 epidemiológica da Raiva, no Ceará fora identificada a necessidade de realização de Campanha de
285 Intensificação Vacinal contra a Raiva Animal em áreas de risco, para o cumprimento da meta da
286 eliminação da raiva humana transmitida por cães, e estabelece o recurso destinado ao custeio da
287 Campanha de 2006. A CIB/CE aprovou a realização de Campanha de Intensificação da Vacinação
288 Anti-Rábica Animal em 50 (cinquenta) municípios cearenses que se encontram classificados como
289 áreas de risco, segundo o estudo da Secretaria de Vigilância em Saúde acima referido. **8º Item -**
290 **Implantação do Serviço de Terapia Renal Substitutiva no município de Eusébio.** Vera
291 apresentou o pleito do Secretário de Saúde do Eusébio referente à implantação de um Serviço de
292 Nefrologia naquele município para atender aos portadores de doença renal de municípios
293 integrantes da 1ª e 22ª Microrregiões. Alega que há interesse do prestador do serviço em fazer o
294 investimento no Eusébio e fala do empenho do prefeito daquela municipalidade em ampliar e
295 fortalecer a rede municipal de serviços de saúde, visando sempre a garantia do acesso dos
296 municípios aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde. A proposta recebeu parecer
297 favorável da COVAC que identificou 77 pacientes daquelas Microrregiões de Saúde que dialisam
298 em Fortaleza, mas residem em localidades próximas do município pleiteante. A CIB/CE aprovou a
299 implantação do Serviço de Atendimento de Alta Complexidade em Nefrologia no município de
300 Eusébio para assistir os pacientes portadores de doença renal, que residem naquele município, na
301 Microrregião de Saúde de Cascavel e em outros municípios da Microrregião de Fortaleza, exceto na
302 Capital. Dra. Vera chamou atenção para a necessidade de se fazer o redimensionamento das metas
303 de TRS no município de Fortaleza, considerando as sucessivas transferências de pacientes da
304 Capital para os municípios que implantam o Serviço de TRS no respectivo Sistema Municipal de
305 Saúde. **9ºItem -Cadastramento do CAPS I de Senador Pompeu e Mudança de Modalidade do**
306 **CAPS de Tamboril.** Vera apresentou o pedido de Cadastramento do Centro de Atenção
307 Psicossocial, CAPS I do município de Senador Pompeu e o pedido de mudança de modalidade do
308 CAPS I para CAPS II de Tamboril. Informou que os dois processos se encontravam com a
309 documentação completa e com parecer favorável da Coordenação Estadual de Saúde Mental. A
310 CIB/CE aprovou o credenciamento do CAPS I do município de Senador Pompeu e do CAPS II do
311 município de Tamboril. **10º Item – Alteração do Teto Financeiro dos municípios de Nova**
312 **Russas e Crateús.** Vera colocou para a Plenária, o pedido de alteração do Teto Financeiro dos
313 municípios de Crateús, e Nova Russas, que consistia na retirada do Teto de Crateús, e
314 correspondente acréscimo no teto de Nova Russas, do valor correspondente às referências
315 programadas por Nova Russas para Crateús, em virtude do não atendimento por esse município às
316 internações referenciadas de Nova Russas. Informou que os atendimentos de internações e atos
317 cirúrgicos, que eram referenciados que já vêm sendo realizados no município de Nova Russas, que
318 se estruturou para fazê-los, mas precisa do recurso financeiro para o custeio dos procedimentos. A
319 CIB/CE autorizou a SESA/COPOS/COVAC a remanejar do Teto Financeiro de Crateús, para o
320 Teto Financeiro de Nova Russas, os quantitativos físico e financeiro correspondentes aos
321 procedimentos que haviam sido programados por Nova Russas para atendimento no Sistema
322 Municipal de Saúde de Crateús. Nada mais havendo a tratar a Plenária encerrou a reunião tendo eu,
323 Célia Fonseca, lavrado a presente Ata que vai assinada pelos membros da Comissão Intergestores
324 Bipartite que compareceram. Fortaleza, vinte e nove de maio de dois mil e seis.

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
51
52

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006

Aos quatorze dias mês de junho do ano de dois mil e seis, às quatorze horas, no auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600, nesta capital, realizou-se a 7ª Reunião Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: **Representando a SESA**, Jurandi Frutuoso, Secretário da Saúde e Presidente da CIB; Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças B. Peixoto, Coordenadoras da COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora da COVAC; Antônio Paulo de Meneses, Técnico do NUPLA; Francisco Holanda, Coordenador da CODAS e Nágela dos Reis Norões, Técnica da CORES. Pela **representação do componente municipal**, compareceram os seguintes membros, Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio Ramalho Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Manoel Dias da Fonseca, de Beberibe; Maria Ivonete Dutra Fernandes, de Quixadá; Arnaldo Costa Lima, de Sobral; Nizete Tavares, do Crato; José Policarpo Barbosa, de Umirim e o Coordenador de Políticas de Saúde de Fortaleza, Alexandre Mont'Alverne. Como **convidados**, os **Secretários Municipais de Saúde**: Alcides Muniz, de Juazeiro do Norte; Fca. Leite Escócio, de Ipu; Fca. das Chagas Alcântara, de Cedro e Antônio Israel Pinheiro, de São Gonçalo do Amarante; os **Orientadores das Células Regionais** de Saúde, Benedita de Oliveira, de Quixadá; Maria de Fátima F. Oliveira, de Baturité; Lucila Rodrigues, de Sobral; José Teixeira Alves, de Itapipoca; e Valdene Vasconcelos Cunha, de Tianguá; os **Técnicos da SESA**, Regina Célia Ribeiro, Mônica Souza Lima, Darcí Andrade, Elaine Bezerra, Rita de Cássia Leitão, Ivonete Vieira, Selene Bandeira, Luís Mário Mamede P. Filho, Léa Bezerra de Meneses, Ana Vlândia Jucá, Sandra Lopes Pinheiro, Eliane Lavor e Josefa Cavalcante; das Secretarias Municipais de Saúde, Janaína Rebouças, Maria do Socorro Dias, Ana Márcia, Fernando Fernandes e Antônia Vilani Pinheiro. A reunião foi presidida por Dra. **Vera Coelho** que ao constatar a existência de quorum, iniciou os trabalhos com a leitura da pauta à qual incluiu, para aprovação da CIB, o pedido de Cadastramento do CAPS II de Russas e o pleito de Adesão dos Municípios de Ipu e Sobral às ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária. Prosseguiu com a apresentação do **1º Informe: Portaria N° 327/SAS de 16/05/2006, prorroga para 25 de julho de 2006 o prazo final para a remessa ao MS dos contratos resultantes do processo de contratualização aprovado pela CIB.** Comenta que a prorrogação do prazo final para o envio ao MS do instrumento de contratualização dos hospitais filantrópicos pode ter desacelerado o processo que vinha sendo agilizado nos municípios, considerando o pequeno número de processos enviados à SESA para análise da COVAC e apreciação da CIB/CE. Alguns membros do Colegiado e outros gestores convidados levantaram diversas questões sobre a contratualização dos hospitais filantrópicos e solicitaram da SESA mais informações e orientação quanto aos procedimentos a serem adotados pelos municípios e CERES para a efetivação desse processo. **2º Informe: Distribuição de Equipamentos – Alterações aprovadas conf. Resolução CIB/CE N° 60/2006.** Vera informa que na distribuição dos Equipamentos da Vigilância em Saúde, aprovada na Bipartite de 5 de maio de 2006, de acordo com a Planilha enviada pelo MS haviam 12 doze microcomputadores e 12 nobreaks para o programa de controle da TB, cuja destinação beneficiaria os 8 municípios prioritários classificados pelo MS (Fortaleza, Sobral, Itapipoca, Itapajé, Crato, Juazeiro do Norte, Maracanaú e Caucaia) e 4 classificados pelo Estado (Pacatuba, Crateús, Iguatu e Maranguape). Ao receber a distribuição do Ceará os técnicos do Ministério informaram que haviam cometido um equívoco na quantidade, pois seriam 6 micros e 6 nobreaks, pediram para a SESA reformular a planilha com a destinação dos equipamentos para seis dos municípios acima citados, mas prometeram que os demais municípios seriam beneficiados na primeira oportunidade. Assim, por decisão da CIB os referidos equipamentos ficaram destinados para os municípios de Fortaleza, Iguatu, Itapajé, Maracanaú, Maranguape e Sobral. **3º Informe – Dr. Jurandi** informou que o Ministro da Saúde estaria vindo à Fortaleza no dia 19 de junho, onde cumpriria uma agenda que constava da visita da obra de ampliação do

53 HGF; entrega dos equipamentos da dengue, no Hotel Maradomus e inauguração de um CAPS do
54 município de Fortaleza. Pediu ao COSEMS para apoiar o Estado na recepção daquela autoridade e
55 convidou os presentes a comparecerem aos eventos acima. **3º. Informe – O Secretário Estadual**
56 avisou ainda que a prefeitura de Fortaleza e outros municípios já estavam convocando os
57 aprovados no concurso do PSF e que o Estado lançara o concurso da Secretaria Estadual de Saúde
58 para provimento de 4.270 vagas para nível superior e nível médio e pediu uma maior divulgação
59 do evento junto aos municípios, com vistas à ampla concorrência. **Item 1 - Assistência**
60 **Farmacêutica Básica – Retorno da demanda do COSEMS sobre a emissão de Documento**
61 **(sobre a não entrega de medicamentos pactuados.)** Dr. Holanda esclareceu que na PPI de 2006 teriam sido
62 pactuados 75 itens, dos quais 7 medicamentos novos, tivera a programação da compra elaborada a
63 partir de maio vez que o consolidado dos mesmos só havia sido entregue à SESA no final de abril
64 e início de maio. Os demais itens tiveram a compra iniciada em 2005 e início de 2006. Disse que
65 parte dos medicamentos pactuados havia sido entregue e que com os 50 itens disponíveis para
66 entrega chegaria ao percentual de 75% do compromisso assumido. Afirmou que as providências
67 para a resolução do problema do atraso na entrega dos medicamentos estavam sendo tomadas pela
68 SESA e enumerou os pontos de dificuldades no gerenciamento da assistência farmacêutica pela
69 SESA apontados pelos representantes do COSEMS. Passou a palavra para a Assessora Jurídica da
70 SESA, para a mesma esclarecer sobre os aspectos legais que envolvem o pleito do COSEMS em
71 discussão. Dra. **Sandra** explicou que fora informada do atraso da entrega de medicamentos por
72 alguns laboratórios, e que antes de solicitar o produto do 2º colocado teria que dar ao fornecedor
73 em atraso, o direito de defesa e que isso já estava sendo providenciado. Disse que não via razão
74 para a emissão da declaração solicitada pelos gestores porque o procedimento jurídico seria
75 resolvido em prazo menor que o tempo de aquisição pelos municípios, em virtude da demora que
76 legalmente decorre num processo de licitação. Dr. **Mário Lúcio** comentou sobre as questões da
77 Assistência Farmacêutica, freqüentemente abordadas nas reuniões da CIB, e lembrou das decisões
78 acordadas na Comissão Bipartite sobre a Assistência Farmacêutica, para melhoria do
79 funcionamento do NUASF, as quais não foram tomadas em sua totalidade, e que a permanência
80 dos problemas ensejaram a manifestação de alguns gestores, na última Bipartite em desistirem do
81 Pacto da Assistência Farmacêutica. Entende que para o Estado manter essa estratégia é preciso
82 redimensionar a estrutura do NUASF que, embora tenha aumentado o contingente de pessoal, não
83 vem dando conta dos encargos que são inerentes ao modelo de gerenciamento pactuado. Acredita
84 que no próximo ano muitos municípios não pactuarão a compra centralizada pelo Estado e
85 adquirirão eles próprios os seus medicamentos, o que poderá, de certa forma, facilitar os processos
86 de aquisição desses insumos, a exemplo de Sobral e Fortaleza. Sobre a compra dos medicamentos
87 do componente estratégico, comentou o equívoco do MS ao repassar o recurso para os municípios,
88 em Gestão Plena, que haviam pactuado o gerenciamento pelo Estado, e colocou à apreciação da
89 CIB as seguintes proposições: **1.** Os municípios que pactuaram a compra centralizada e que
90 tiveram os citados recursos depositados em seus Fundos Municipais de Saúde deverão repassá-los
91 à Conta do Fundo Estadual de Saúde, em cumprimento à Resolução N° 111/2005 da CIB/CE, de 4
92 de novembro de 2005, que aprova o referido Pacto. **2.** A Programação dos medicamentos do
93 componente estratégico dos grupos hiperdia, asma e rinite, que foi feita para dois trimestres seja
94 estendida para mais um trimestre, ficando a programação ampliada em 50%. **3.** O saldo decorrente
95 da utilização, dos recursos referentes ao 2º trimestre, do componente descentralizado, para a
96 compra dos medicamentos estratégicos dos grupos hiperdia, asma e rinite, será ajustado pelo
97 NUASF, após a conclusão da PPI, para a compra de medicamentos do elenco da Assistência
98 Farmacêutica Básica. Dr. **Jurandi**, falou dos gastos do Estado com medicamentos de alto custo,
99 em 2002 e 2005 e disse que esse encargo cuja maior parcela já fora do governo federal havia sido
100 invertido, sendo agora 54% de responsabilidade dos Estados e 46% do Ministério. Informou que
101 na última Tripartite teria comunicado oficialmente ao Ministro a decisão dos Estados, em não
102 realizar qualquer pactuação em Tripartite enquanto não fosse resolvida a questão dos
103 medicamentos de alto custo. Sobre a questão da Assistência Farmacêutica Básica, em pauta,
104 afirmou que a direção da SESA entende a importância da compra centralizada dos medicamentos

105 da Atenção Básica mas afirma que em função do desgaste que a SESA vem sofrendo com os
106 problemas do gerenciamento da PPI de medicamentos o Estado, após concluir o processo de
107 compra e distribuição já iniciados, não iria mais realizar esse procedimento para os municípios,
108 pois além de outras atividades realizadas pelo NUASF, há um volume muito grande de compra de
109 medicamentos do alto custo. Disse que na última Bipartite ficaram evidentes posições de gestores
110 contrários ao processo de aquisição pela SESA e afirmou que o Estado assumira esse encargo, na
111 condição de parceiro para os Sistemas Municipais de Saúde, em função das vantagens que os
112 municípios teriam com a economia de escala. Disse que se preocupa com a realização desse
113 processo pelos municípios, mas acredita que os gestores o farão com competência, enquanto o
114 Estado continuaria a cumprir sua responsabilidade no acompanhamento do Pacto. Dr. **Fonseca**
115 criticou a proposta do Estado em decidir subitamente em deixar a compra centralizada de
116 medicamentos, e criticou também a fala da Assessora Jurídica, que no seu entender não teria dito
117 nenhuma novidade. Pergunta se nas compras anteriores, que também tiveram atrasos na entrega, a
118 SESA havia comprado do segundo colocado, e coloca que a greve da ANVISA fora usada como
119 justificativa para o entrave referente a entrega dos medicamentos pactuados. Por fim afirmou que
120 alguns técnicos da SESA tem uma visão autoritária do cargo e tratam os Secretários de Saúde
121 como se fossem subordinados. Dr. **Jurandi** afirmou que nos últimos anos, uma das práticas da
122 Secretaria de Saúde do Estado tem sido o estabelecimento e o fortalecimento de parcerias e que o
123 enfrentamento de conflitos mesmos os mais difíceis de resolver têm-se dado sem agressões mas de
124 forma elegante, e portanto não assume para si a observação do gestor de Beberibe. Diz que a
125 SESA não orienta os seus técnicos a tratarem os gestores da saúde como subordinados, e que se
126 alguém estiver agindo dessa forma está errado e não tem o seu apoio e diz que sabe da importância
127 dos medicamentos para os municípios e que para resolver o problema da compra e distribuição
128 dos medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica deve devolver essa responsabilidade aos
129 municípios que poderão utilizar a lista de preços do Estado e realizar o processo de compra com
130 mais velocidade. Dr. **Mário Lúcio** disse que o Ceará que tem mais de 100 municípios com menos
131 de 15.000 habitantes, que não têm estrutura para assumir as responsabilidades com a aquisição de
132 medicamentos. Propõe que os municípios que desejarem sair da pactuação o façam por livre e
133 espontânea vontade, mas que a SESA permita aos gestores que consideram o Pacto importante
134 para viabilizar a sua Assistência Farmacêutica, que se dê continuidade à estratégia da compra
135 centralizada, em processo de transição, até que todos assumam o seu papel de gestor pleno do
136 Sistema Municipal de Saúde. Atribui as constantes discussões sobre os problemas da Assistência
137 Farmacêutica Básica à preocupação dos gestores em atender as necessidades da população, mas
138 pediu à plenária para se concentrar no ponto de pauta em apreciação e que as questões da AFB,
139 fossem retomadas em outro momento, com prudência e com a coerência que os gestores
140 municipais e o gestor Estadual sempre tiveram em conduzir um processo tão importante para o
141 Estado. Dr. **Jurandi** agradeceu as palavras do Dr. Mário Lúcio e falou da angústia do gestor
142 estadual e dos técnicos do NUASF nesse processo de responsabilização da SESA pela falta de
143 medicamentos da Atenção Básica nos municípios, porém afirma que a posição da SESA em se
144 retirar do processo estava aberta à discussão. Pediu licença par se retirar pois estava sendo
145 chamado ao gabinete do governador. Dra. **Vera** esclareceu que pelas palavras do Dr. Jurandi, a
146 SESA irá continuar com o gerenciamento dos medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica e
147 retomou a discussão do ponto de pauta entendendo que a demanda do COSEMS, referente à
148 emissão, pela SESA de documento, oficializando o não cumprimento do cronograma de entrega
149 de medicamentos para que os gestores possam justificar, junto aos órgãos de fiscalização, a
150 aquisição com preço diferenciado, não foi acordada pela Secretaria. Argumentou que essa
151 declaração não descaracteriza a irregularidade da compra já que havia em curso uma licitação do
152 Estado para aquisição do mesmo medicamento, por preço inferior. Os gestores não aceitaram tal
153 argumentação colocando a assistência à população como condição imperativa para justificar a
154 compra diferenciada. Dr. **Alex** ponderou as opiniões da plenária, argumentado que não se deve
155 polemizar mais o problema, nem tomar decisões intempestivas, mas buscar uma alternativa de
156 forma negociada para se chegar a um consenso sobre a questão. A Assessora Jurídica da SESA

157 colocou a possibilidade da SESA emitir um documento declarando que determinados
158 medicamentos adquiridos para a Assistência Farmacêutica Básica dos municípios, estiveram em
159 falta num certo período, devido a atraso da entrega pelos fornecedores. Dra. Vera propôs que a
160 Assessora Jurídica da SESA levasse a proposta à consideração do Secretário Estadual. A Plenária
161 da CIB/CE acordou as seguintes decisões: **1.** Os municípios que pactuaram a Gestão da
162 Assistência Farmacêutica Básica e receberam os recursos federais destinados ao Componente
163 Estratégico do Elenco da Assistência Farmacêutica Básica, pertencentes aos Grupos de
164 Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, deverão transferir os referidos recursos para o Fundo
165 Estadual de Saúde do Ceará. **2.** A programação dos medicamentos de que trata o artigo anterior,
166 elaborada para os dois primeiros trimestres de 2006, será considerada como referência de
167 programação para o terceiro trimestre de 2006, ficando a mesma ampliada em 50%. **3.** Os recursos
168 financeiros referentes ao 2º trimestre da Assistência Farmacêutica Básica, que foram utilizados
169 para aquisição dos medicamentos do Componente Estratégico pertencentes ao grupo Hipertensão
170 e Diabetes, Asma e Rinite, constituirão um saldo que deverá ser ajustado pelo NUASF, após o 4º
171 trimestre, para aquisição de medicamentos do elenco da Assistência Farmacêutica Básica do
172 componente descentralizado. **4.** Levar ao Secretário Estadual o consenso da plenária referente à
173 emissão de documento da SESA aos gestores municipais, com a informação dos medicamentos do
174 elenco da Assistência Farmacêutica Básica que não foram entregues aos municípios pela SESA,
175 do período da falta do medicamento e os motivos do atraso e/ou não fornecimento. **Item 2 –PPI**
176 **da Assistência – Retorno da proposta do COSEMS para utilização do SIS/PPI** Sobre a
177 utilização pelo Estado do Ceará do SISPPPI – Sistema de Programação Pactuada e Integrada, Dra.
178 Lilian informou que a COVAC teria feito uma análise dessa proposta, a partir do levantamento de
179 evidências e das conseqüências que adviriam com a substituição do sistema em uso. Passou a
180 palavra ao Dr. Mamede, técnico do NUINF/ COVAC, que iniciou a apresentação do estudo
181 mostrando os aspectos que envolvem a mudança do sistema de elaboração e acompanhamento da
182 PPI da Assistência do Ceará. Considerando a extensão e a complexidade do trabalho, Dr. **Mário**
183 **Lúcio** sugeriu que membros da CIB representantes do COSEMS se reunissem com os técnicos da
184 SESA para discutirem a análise em apreço e apresentarem uma proposta para posterior apreciação
185 da CIB/CE. A plenária acatou a sugestão e instituiu uma comissão bipartite para se aprofundar no
186 levantamento a análise apresentado pela COVAC. **Item 3 - Avaliação do funcionamento dos**
187 **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) habilitados.** Vera esclareceu que a
188 apresentação desse assunto teria sido solicitada, em reunião anterior, considerando questões
189 levantadas pelo Dr. Rodrigo, membro titular da CIB/CE quanto à existência de CEOs sem
190 condição de funcionamento. Dra. Léa, Coordenadora da Saúde Bucal no Ceará, fez uma
191 retrospectiva da normatização federal referente aos Centros de Especialidades Odontológicas,
192 desde as Portarias GM/Nº 1570 e 1571 de 2004, já revogadas, até as Portarias Ministeriais Nº
193 283/2005 que antecipa o incentivo de implantação e a de Nº 599/2006 que dispõe sobre
194 implantação e financiamento de CEOs e credenciamento de Laboratórios Regionais de Próteses
195 Dentárias.. Em seguida apresenta a seguinte avaliação dos CEOs cuja implantação foi aprovada na
196 CIB/CE. **Funcionando:** **Tipo I** - Umirim; Maracanaú; Maranguape; Redenção; Banabuiú;
197 Quixeramobim; Senador Pompeu; Limoeiro do Norte; Massapê; Ipu; Santana do Acaraú; Cruz;
198 Tauá; Camocim; Cedro; Quixelô; Penaforte; Farias Brito e Barbalha. **Tipo II** - Itaitinga;
199 Horizonte; Aracati; Forquilha; Crateús; Brejo Santo; Sobral e Juazeiro do Norte. **Tipo III** -
200 Eusébio e São Gonçalo do Amarante. **Não estão funcionando** :**Tipo I** - Aquiraz; Alto Santo;
201 Coreau; Bela Cruz; Monsenhor Tabosa; Tamboril; Nova Russas; Granja; Acopiara e Mombaça.
202 **Tipo II** - Fortaleza, Canindé; Madalena e Icó. Dra. Léa defende a implantação de CEOs, em
203 municípios pequenos baseando-se na necessidade da população ao atendimento odontológico
204 especializado, sem prejuízo da supervisão a esse serviço, que sugerirá o descredenciamento
205 daqueles que não estiverem cumprindo as determinações normativas de funcionamento. Dr. Alex
206 tem posição divergente, pois entende que a política de implantação de CEOs deveria obedecer o
207 caráter regional, enquanto o CEO municipal seria uma exceção. Léa contra argumentou
208 evidenciando a importância dos cuidados com a saúde bucal, os resultados positivos após a

209 implantação dos CEOs e a existência de recursos financeiros para a implantação e custeio desses
210 serviços. Dr. Fonseca acha que limitar a implantação de CEOs pode prejudicar a garantia de
211 acesso da população aos serviços odontológicos. **Israel** de São Gonçalo, vê o CEO como um
212 benefício para a população mas propõe que se deve intensificar a fiscalização. Sem mais
213 comentários a CIB/CE concluiu pela continuidade da implantação de CEOs municipais, e pela
214 sistematização e intensificação das ações de supervisão e acompanhamento, cujos resultados
215 deverão ser apresentados nas reuniões do Colegiado. **Item 4- Proposta de implantação de CEO**
216 **tipo 1 em Assaré e CEO tipo 1 em Cariús.** Dra. **Léa** apresentou os pleitos de Assaré e Cariús
217 referentes à implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas, Tipo I, em cada um dos
218 citados municípios. Disse que as referidas propostas atendem os requisitos da Portaria GM/Nº 283
219 de 22 de fevereiro de 2005 e se enquadram nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/ Nº 599
220 de 23 de março de 2006. A CIB/CE aprovou a implantação de um CEO Tipo I em Assaré e de
221 um CEO Tipo I em Cariús. **Item 5- Proposta para Descentralização dos Recursos para a 1ª e**
222 **2ª Etapas da Campanha de Vacinação contra a Poliomielite.** Dra. **Nilce**, técnica do NUNAS,
223 colocou para apreciação da plenária a proposta de distribuição dos recursos federais destinados à
224 Campanha de Vacinação contra Poliomielite para crianças menores de 5 anos. A proposta foi
225 embasada nos seguintes critérios de distribuição: • 70% dos recursos serão destinados municípios
226 do Estado do Ceará. • Cada município receberá o teto mínimo de **R\$ 800,00** (oitocentos reais)
227 acrescido do valor per capita de **R\$ 0,45** (quarenta e cinco centavos) • Os 30% restantes serão
228 destinados à Secretaria Estadual da Saúde para o gerenciamento da Campanha pelos níveis Central
229 e Regionais da SESA. A CIB/CE aprovou a distribuição dos recursos federais da Campanha
230 contra Poliomielite no Ceará, de acordo com os critérios acima estabelecidos. **Item 6 - Processo**
231 **de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos – formalização e encaminhamento dos**
232 **Convênios ao MS.** Dra. **Lilian** falou sobre a Portaria Nº 172 de que homologou o processo de
233 adesão dos municípios do Ceará à contratualização dos hospitais filantrópicos, em cuja publicação
234 consta a relação dos 36 estabelecimentos do estado com os respectivos valores referentes aos 40%
235 do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC). Destacou os pontos que devem ser
236 considerados nas cláusulas do contrato, dentre os quais a incorporação de todos os recursos
237 financeiros alocados à Unidade. Informou que até aquela data a SESA havia recebido somente os
238 processos do Hospital São Raimundo, de Limoeiro do Norte e do São Vicente de Paulo, de
239 Itapipoca, cujos Planos Operativos foram analisados, ficando pendente apenas a minuta do
240 contrato, no tocante à cláusula do financiamento e a aprovação da CIB/MR.. Dra. **Vera** falou da
241 importância da CIB adotar como requisito para a apreciação da contratualização de hospitais
242 filantrópicos, a aprovação prévia da proposta nas CIB/MR, com a participação de todos os
243 secretários municipais de saúde que fazem encaminhamentos aos referidos hospitais, com vista à
244 garantia do atendimento às referências, no período de vigência do contrato firmado entre o
245 município e a unidade hospitalar contratualizada. Dr. **Alex** propõe a inclusão, no contrato, de um
246 dispositivo que estabeleça a distinção entre meta de referência e meta local, com vistas a permitir
247 que os gestores façam a adequação das metas às variações ocorridas na produção. Dra. **Lilian**
248 propõe a devolução dos processos de Limoeiro do Norte e de Itapipoca, para serem submetidos à
249 CIB/MR e solicita que juntamente à Ata da CIB/MR seja encaminhado à COVAC o quadro de
250 metas pactuado. Após outras manifestações da plenária ficou patente o desconhecimento de
251 gestores e orientadores de Células Regionais sobre o processo de Contratualização em questão.
252 Dr. **Jurandi** decidiu que a SESA através da COVAC e da CORES fariam uma reunião com os
253 Orientadores de Células Regionais para que sejam dadas a esses, informações mais detalhadas e
254 uniformes com vistas a melhor orientar aos municípios, e acompanhar a implantação e
255 funcionamento dessa política. O encontro ficou agendado para o dia 27 de junho na sala de
256 reunião da COVAC. O Dr. **Alex** se colocou à disposição dos gestores que desejassem obter
257 esclarecimentos desse assunto e informou que no Congresso de Secretários Municipais, em Recife
258 nos dias 19 a 23 de junho haveria uma oficina sobre contratualização de hospitais filantrópicos.
259 **Item 7- Pagamento Administrativo de procedimentos de Quimioterapia do Hospital do**
260 **Câncer (ICC).** Dra. **Lilian** apresentou a demanda do Hospital do Câncer referente a pagamento

261 de procedimentos realizados em outubro e novembro de 2004 e de janeiro fevereiro março, junho,
262 agosto e setembro do ano de 2005, no valor total de R\$ 243.323,75. Disse que o pedido fora
263 analisado pelo gestor de Fortaleza que identificara a existência de 235 APACs não pagas e o
264 encaminhara à SESA solicitando o pagamento pelo Estado. Informou que em atendimento a
265 solicitação do Secretário Estadual, a COVAC teria feito o levantamento dos repasses feitos pelo
266 Estado ao ICC e constatara que em 2005 a SESA havia repassado ao referido hospital o valor de
267 R\$ 670.146,00 (seiscentos e setenta mil cento e quarenta e seis reais), estando a ser transferida a
268 parcela de igual valor referente ao exercício de 2006. Informou ainda que a SESA também repassa
269 mensalmente os medicamentos de ambulatório de dor, ao ICC e o valor de complementação das
270 quimioterapias cujas APACs não cobrem a produção realizada para o SUS. Ante essas
271 considerações, Dra. Vera propôs a realização do encontro de contas da SESA, Município de
272 Fortaleza e Hospital do Câncer para verificar se há débito do Estado com o prestador. A CIB
273 concluiu que a Secretaria de Saúde de Fortaleza, juntamente com a SESA realizem o encontro de
274 contas com o ICC, e somente após esse procedimento o assunto será encaminhado à Bipartite,
275 caso haja a constatação da existência de débito que justifique a necessidade do pagamento
276 administrativo, pelo estado ou pelo município de Fortaleza. **Item 8 - TRS de Caucaia – Pedidos**
277 **de Pagamento Administrativo e de aumento do Teto Financeiro.** Dra Lilian apresentou o
278 pedido do CENEC referente a pagamento de procedimentos excedentes de hemodiálise autorizado
279 pelo gestor de Caucaia. Falou sobre os déficit da Terapia Renal Substitutiva que motivam os
280 constantes pedidos de pagamento administrativo e lembrou que por decisão da CIB já haviam sido
281 enviados ao MS pedidos de remanejamento do saldo de TRS, do teto Estado para os municípios
282 deficitários e ressaltou a necessidade do ajuste imediato dos limites financeiros para os serviços de
283 alta complexidade em nefrologia dos municípios cearenses. Diz que o Estado não dispõe de
284 recursos para proceder o pagamento em questão e propõe que o Secretário Estadual de Saúde
285 solicite o pagamento do débito em apreço junto ao Ministério da Saúde. Com base nas
286 informações da COVAC, a plenária da CIB/CE aprovou: **1.** A proposta de utilização dos recursos
287 financeiros oriundos do saldo orçamentário dos meses de janeiro a abril de 2006, da TRS do
288 Ceará, para pagamento, pelo MS, dos procedimentos excedentes realizados no citado período, aos
289 prestadores dos municípios de **Barbalha, Caucaia, Crato, Fortaleza, Juazeiro do Norte,**
290 **Maracanaú, Quixadá, Sobral** (GPSM) e **Russas** (sob gestão do Estado) **2.** O ajuste dos tetos
291 financeiros de Terapia Renal Substitutiva dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal,
292 e do teto financeiro de TRS sob gestão do Estado. **Item 09 - Projeto para Realização de**
293 **Procedimentos Eletivos de Média Complexidade do município de Canindé e Quixadá.** Dra.
294 **Lilian** apresentou os Projetos dos municípios de Canindé e Quixadá referentes à realização de
295 Procedimentos Eletivos de Média Complexidade. Informou que as duas propostas têm
296 abrangência Microrregional e estão de conformidade com as normas federais que regem a
297 formalização dos pleitos, tendo obtido o parecer favorável do NUAUD/COVAC para
298 encaminhamento ao Ministério da Saúde. Ante o Exposto, a **CIB/CE** aprovou os projetos de
299 **Canindé e Quixadá** para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média
300 complexidade, de que trata a Portaria Nº 252/GM, de 6 de fevereiro de 2006. **Item 10 – Projeto**
301 **de Educação Permanente em Saúde do Pólo de Sobral.** Dra. Vera Coelho apresentou o Projeto
302 de Educação Permanente em Saúde do Pólo de Sobral, denominado de Vivência e Estágios na
303 Realidade do Sistema Único de Saúde de Sobral – VER-SUS/Sobral (CE), destinado à capacitar
304 120 (cento e vinte) acadêmicos dos cursos de **Enfermagem, Educação Física, Ciências Sociais,**
305 **Biologia e Gestão em Saúde,** da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA; **Medicina,** da
306 Universidade Federal do Ceará - UFC/Sobral, e **Tecnologia de Alimentos e Saneamento**
307 **Ambiental,** do Instituto Centro de Ensino Tecnológico – CENTEC, com orçamento previsto no
308 valor de **R\$ 152.741,98** (cento e cinquenta e dois mil, setecentos e quarenta e um reais e noventa e
309 oito centavos). Sem comentários a **CIB/CE** aprovou o projeto Vivência e Estágios na Realidade
310 do Sistema Único de Saúde de Sobral. **Item 11 – Habilitação dos municípios de Sobral e Ipu,**
311 **para a realização das ações de media complexidade em Vigilância Sanitária.** Dra. Vera
312 apresentou as propostas dos municípios de Sobral e Ipu com vistas à descentralização das ações de

313 média complexidade em VISA e informou que as mesmas obtiveram parecer técnico favorável da
314 Coordenação Estadual de Descentralização e do Núcleo de Vigilância Sanitária da SESA. A
315 **CIB/CE** aprovou a habilitação do município de Sobral e do município de Ipu para as ações de
316 Média Complexidade em Vigilância Sanitária. Nada mais havendo a tratar a Plenária encerrou a
317 reunião tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a presente Ata que vai assinada pelos membros da
318 Comissão Intergestores Bipartite que compareceram. Fortaleza, quatorze de junho de dois mil e
319 seis.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006**
3
4

5 Aos trinta dias mês de junho do ano de dois mil e seis, às quatorze horas, no auditório do Hotel
6 Diogo, nesta capital, realizou-se a 8ª Reunião Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores
7 Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: **Representando a SESA**,
8 Jurandi Frutuoso, Secretário da Saúde e Presidente da CIB; Vera Maria Câmara Coelho,
9 Coordenadora da COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora da COVAC; Antônio Paulo
10 de Meneses, Técnico do NUPLA e Nágela dos Reis Norões, Técnica da CORES. Pela
11 **representação do componente municipal**, compareceram os seguintes membros, Secretários
12 Municipais de Saúde: Maria Ivonete Dutra Fernandes, de Quixadá; Arnaldo Costa Lima, de Sobral;
13 José Policarpo Barbosa, de Umirim, Rodrigo, de Deputado Irapuan Pinheiro, Eduardo, de Canindé,
14 Luis Odorico Monteiro, de Fortaleza e o Coordenador de Políticas de Saúde de Fortaleza,
15 Alexandre Mont'Alverne. Como **convidados, os Secretários Municipais de Saúde**: Alcides
16 Muniz, de Juazeiro do Norte; Fca. Leite Escócio, de Ipu; Sônia Maria Cahu Beltrão, de Camocim,
17 Mikaela Paes de Andrade, de Catarina e Ana Márcia Veras Pinto, de Tianguá. Os **Orientadores das**
18 **Células Regionais de Saúde**: Lucila Rodrigues, de Sobral; Rosélia Mesquita, de Canindé; e Lúcia
19 Helena G. Castro, de Fortaleza; Os **Técnicos da SESA**: Regina Célia Ribeiro, Mônica Souza Lima,
20 Huberlândia de Oliveira, Sandra Santos, Ivonete Vieira, Sônia Regina Miranda, e Maria do Carmo
21 Macedo (ESP). Os Técnicos das Secretarias Municipais de Saúde: Amarilda Gama Monteiro, Edna
22 Albuquerque, Fca. Miranda Lustosa, Joab Soares, Rosemiro Neto, Maria Alzenir Coelho, Alvaro
23 Fechine, Cibelly Aliny S. Lima, Osmar Nascimento e Helena Maria Gomes de Almeida. **Técnicos**
24 **do COSEMS**: Leni Lúcia Leal Nobre e Joseana Lima e os **Técnicos do Ministério da Saúde**:
25 Antônio Alves de Sousa, da Secretaria de Gestão Participativa, André Luis e Renata Barbosa, do
26 Departamento de Apoio à Descentralização e Haroldo Jorge Ponte, do DENASUS/CE. A reunião
27 foi presidida por Dra. **Vera Coelho** que ao constatar a existência de quorum, iniciou os trabalhos
28 com a leitura da pauta à qual incluiu, para aprovação da CIB, o pleito do gestor de Pacoti referente à
29 exclusão do Hospital Municipal, Padre Quiliano, da Política dos Hospitais de Pequeno Porte e a
30 inclusão dos recursos do FIDEPS no teto financeiro do município de Fortaleza. **1º Item de Pauta –**
31 **Adesão Política do Município de Fortaleza ao Pacto pela Saúde.** Apresentou os representantes
32 do Ministério da Saúde, Dr. Antônio Alves, Secretário de Gestão Participativa, Dr. André Luis,
33 Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização e Dr. Haroldo Jorge Ponte, do
34 DENASUS/Ceará, convidados da CIB, através do Secretário de Saúde de Fortaleza, que vieram
35 prestigiar o evento, como também acrescentarem informações e esclarecimentos sobre o Pacto pela
36 Saúde. Em seguida convidou o Dr. Alexandre Mont'Alverne para formalizar o interesse do
37 município de Fortaleza em aderir a essa nova Política Nacional. **Alex** lembrou sobre eventos
38 nacionais dos quais se extraíram idéias e proposições que se materializaram nas diretrizes do Pacto
39 pela Saúde de 2006. Destacou a participação do Dr. Odorico, quando Presidente do CONASEMS,
40 na concepção e na defesa do Pacto o que no seu entender fundamenta a atitude do gestor do
41 município de Fortaleza, de manifestar publicamente a intenção de aderir ao referido Pacto de
42 Gestão do SUS para posteriormente proceder a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão do
43 Município de Fortaleza. Em seguida passou a palavra ao Dr. **Antônio Alves** que expressou sua
44 satisfação em participar da Bipartite do Ceará, destacando a importância do momento na história do
45 Sistema Único de Saúde que entra numa nova etapa da sua construção, com o lançamento do Pacto
46 pela Saúde em 2006. Antônio Alves fala sobre o SUS e afirma que esse é o único sistema do mundo
47 que constitui o verdadeiro pacto federativo, cuja implementação exige não só a parceria dos três
48 entes federados, mas também a participação da população, dos trabalhadores da saúde e dos
49 gestores da saúde. Destaca o papel dos Conselhos de Saúde, das CIBs e dos Secretários Estaduais e
50 municipais nesse processo e parabeniza a SMS de Fortaleza pela manifestação em aderir ao Pacto e
51 ao gestor estadual pelo apoio às ações de fortalecimento dessa política de consolidação do Sistema
52 Único de Saúde do país. Dr. **André** falou inicialmente da importância do fortalecimento da parceria
53 das três esferas de governo para a consolidação do SUS e ressaltou a iniciativa do município de
54 Fortaleza em demonstrar vontade política para a formalização da adesão ao Pacto de Gestão. Dr.

55 **Haroldo Jorge**, informou que o MS tem feito um debate importante sobre a reorganização dos
56 Núcleos Estaduais em função do Pacto e com isso, propõe desenvolver e incentivar a Cooperação
57 Técnica nos Estados e Municípios e que já agendara programação junto ao COSEMS para a
58 realização do Seminário nos dias 24 e 25 de julho em Iguatu . Seguiu-se a apresentação do **DVD**
59 **“PACTO PELA VIDA”** de autoria do MS. Aberto o espaço para discussão, Dra **Vera** comenta
60 que essa política enseja o cumprimento de uma agenda prioritária do MS junto às Secretarias
61 Estaduais para divulgação e implantação do Pacto. Sobre a adesão do município de Fortaleza ao
62 Pacto de Gestão do SUS, esclareceu que o mesmo só poderá ser formalizado após a aprovação do
63 Conselho Municipal de Saúde, conforme regulamenta a Portaria Nº 699/GM de 30 de março de
64 2006. Passou a palavra ao Dr. **Jurandi** que saudou os participantes e visitantes da Bipartite e disse
65 que o Pacto é responsabilidade de todos na construção coletiva, no compromisso e no trabalho da
66 gestão por resultados para o crescimento do SUS e propõe que os demais municípios sigam o
67 caminho de Fortaleza nessa decisão. **Leni Lúcia**, assessora do COSEMS pergunta ao representante
68 do Conselho Municipal de Fortaleza qual a percepção dos demais conselheiros sobre o Pacto. O
69 Conselheiro diz que o CMS de Fortaleza considera que essa nova Política enseja a discussão sobre
70 necessidade de revitalização dos CMS. Afirma que os conselheiros estão conscientes da
71 importância dessa nova Política e que providências já estariam sendo adotadas para a elaboração
72 Plano Municipal de Saúde e para as discussões sobre o Pacto pela Saúde. O Dr. **André Luis** citou
73 vários pontos a serem observados para a qualificação da discussão do Pacto pela Saúde, fazendo
74 uma abordagem geral sobre cada uma das suas três dimensões, em que destaca a importância do
75 controle social o alcance das metas prioritárias, a definição de estratégias para a realização das
76 metas, o respeito às realidades locais no processo de regionalização. Disse que os esforços para
77 fortalecer as CIB estão explicitados no eixo da descentralização e que após a concretização desse
78 processo caberá as CIBs decidirem a implantação de pelo menos três Políticas (Saúde do
79 Trabalhador, das Redes de Assistência de Média e Alta Complexidade e cadastramento de UTI)
80 ficando o MS com a incumbência de homologar e avaliar o funcionamento dos serviços. Falou
81 também sobre o avanço no modelo de financiamento e afirmou que em 2007 haverá um único
82 Pacto. Disse que o MS já apresentou o seu Termo de Compromisso de Gestão junto ao CNS e iria
83 levá-lo à CIT. Concluiu afirmando que o material de divulgação do Pacto será disponibilizado aos
84 estados e apresentou a técnica Renata Barreira, articuladora do MS junto aos estados e aos
85 COSEMS que distribuiu com os presentes publicações contendo o Pacto pela Saúde e a sua
86 Regulamentação. Dra. **Vera** dirigiu três questionamentos ao Dr. André: O 1º se referia ao Ofício Nº
87 334/2006, datado em 12 de abril de 2006, da CIB/CE encaminhado ao Secretário Executivo do
88 Ministro da Saúde, comunicando que o Colegiado se encontrava apto a assumir a descentralização
89 dos processos administrativos de que trata a Portaria nº 598 de 23 de março de 2006 e não havia
90 recebido resposta do MS. O 2º dizia respeito a indagação de gestores municipais em relação a
91 aplicação das normas de financiamento. 3º Informava que nos dias 11 e 12 de julho haveria uma
92 oficina de trabalho promovida pelo CONASS com a representação dos estados na Bipartite. No
93 mesmo período o MS estaria realizando em Brasília, um encontro para instrumentalizar os estados
94 no preenchimento dos documentos dos Limites Financeiros dos municípios, e nos dias 13 e 14
95 ocorreria o 3º Encontro Macrorregional em Juazeiro do Norte, com a presença dos secretários dos
96 municípios que formam a Macrorregião do Cariri. **André** ficou de se informar sobre a localização
97 do Ofício encaminhado ao MS pela CIB/CE e informar às áreas técnicas do MS que o Ceará está
98 apto para desencadear o processo de descentralização. Sobre a 2ª questão afirmou que o
99 financiamento dos blocos depende apenas da regulamentação normativa, e acrescenta que apenas
100 para o financiamento do Bloco de Gestão é exigida previamente a adesão ao Pacto. Sobre o 3º ponto
101 supõe que a agenda do Ministério seria mantida em virtude das providências já ultimadas e do
102 desencadeamento do processo de orientação para os estados. Dr. **Jurandi** comentou sobre a
103 coincidência das datas das oficinas, do CONASS e MS envolvendo técnicos das Secretarias
104 Estaduais, afirmando que teria acertado essa agenda, previamente com o Secretário de Atenção à
105 Saúde e portanto a data da oficina de trabalho com os representantes das SES nas CIBs não seria
106 alterada. Em seguida Dr. **Odorico** pediu a palavra e disse que o Pacto de Gestão do SUS já fora
107 discutido com todo o corpo técnico da Secretaria de Fortaleza e que todas as providências para o
108 cumprimento das exigências estavam em andamento, incluindo a elaboração do Plano Municipal de

109 Saúde. Afirma que a Adesão de Fortaleza será o marco para a adesão dos demais municípios em
110 todo o estado e oficializa a intenção do município de Fortaleza de aderir formalmente ao Pacto de
111 Gestão do SUS. **Vera** confirma a oficialização e agradece a presença dos representantes do MS.
112 Passa para o **2º item- –Apresentação das Propostas de Regionalização da Saúde apreciadas nas**
113 **CIB/MR** Esclareceu que em função do Pacto houve a necessidade de se fazer um processo de
114 discussão sobre o Plano Diretor de Regionalização do Estado e nesse sentido a CIB havia solicitado
115 que as CIB/MR, sob coordenação dos Orientadores de Células Regionais estudassem possíveis
116 propostas de alteração nos Planos Diretores de Regionalização vigentes. Passou a palavra ao
117 Antônio técnico do NUPLA/SESA que falou sobre as propostas e informou que as mesmas estavam
118 sendo analisadas, faltando somente a da Microrregião de Camocim que ainda não fora enviada à
119 SESA e acrescentou que após passarem no Comitê Executivo da SESA, seriam submetidos à
120 Bipartite.Estadual. Prosseguindo, **Vera** apresentou o **3º Item - Proposta de implantação de CEO**
121 **tipo 1 em Catarina e Mudança de Modalidade do CEO tipo II para CEO tipo III de Sobral.**
122 Informou à plenária que os pedidos de Catarina, para implantação de um CEO tipo I, e de Sobral
123 referente à mudança de modalidade do CEO tipo II para CEO tipo III haviam sido analisados pela
124 Coordenadora Estadual de Saúde Bucal que emitira parecer favorável aos pleitos, por concluir que
125 os pleitos em pauta atendem os requisitos e exigências previstos, respectivamente nas Portarias
126 Ministeriais Nº 283/2004 e Nº 599/2006. Sem observações a **CIB/CE** aprovou a implantação de um
127 CEO tipo I no município de Catarina e a mudança de modalidade do CEO tipo II de Sobral para
128 CEO tipo III. **4º Item -Projeto para Realização de Procedimentos Eletivos de Média**
129 **Complexidade dos municípios de Tauá, Nova Russas, Caucaia, Tamboril, Jaguaribe e**
130 **Iracema.** Dra. Lilian apresentou as propostas dos municípios de Tauá, Nova Russas, Caucaia,
131 Tamboril, Jaguaribe e Iracema, para realização de cirurgias eletivas de média complexidade,
132 analisadas pelo Núcleo de Auditoria da SESA e informou que os referidos projetos, à exceção do de
133 Caucaia, se encontravam de conformidade com as normas federais que regem esse programa, e por
134 isso obtiveram o parecer favorável da COVAC. Quanto ao projeto de Caucaia, informou que o
135 Hospital Municipal, indicado para realizar alguns procedimentos do elenco de cirurgias
136 relacionadas no projeto, não estava com o centro cirúrgico em funcionamento, conforme fora
137 constatado momentos antes aquela reunião.. Após a discussão com o gestor do município e
138 esclarecimentos da Coordenadora da COVAC, a **CIB/CE** concluiu pela aprovação do Projeto de
139 Caucaia , condicionando-a porém à reformulação da proposta pelo gestor do referido município,
140 com a divisão dos procedimentos entre os hospitais São Judas Tadeu e Paulo Sarasate e exclusão do
141 Hospital Municipal do projeto em questão e definir a parcela do valor mensal que aquele município
142 pactuou com Fortaleza. Os projetos dos municípios de **Tauá, Nova Russas, Tamboril, Jaguaribe e**
143 **Iracema** foram aprovados sem restrição.**5º Item - Projetos dos Pólos de Educação Permanente**
144 **em Saúde de Sobral e Crato** Dra. **Vera** apresentou os seguintes pleitos do 3º e 4º Pólos de
145 Educação Permante em Saúde do Ceará, referentes a Projetos de capacitação e manutenção das
146 Secretarias Executivas daqueles Colegiados, informando que os mesmos já haviam sido aprovados
147 nos respectivos Pólos e analisados pela SESA através do Núcleo de Planejamento de Recursos
148 Humanos-NUPHR: **PEPS de Sobral:** Curso Coletivo de Educadores para Formação de
149 Conselheiros Municipais de Saúde; Avaliação da Estratégia Saúde da Família nos Municípios do
150 Pólo; Projeto de Educação Permanente para os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família; Projeto
151 de Qualificação para Auxiliares e Técnico de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família e Projeto
152 de Educação Permanente para Qualificação de Agentes Administrativos, Auxiliares de Serviços e
153 Vigilantes de Unidade Básica de Saúde do SUS. **PEPS de Crato:** Curso Básico em Sistemas de
154 Informações em Saúde; Curso de Aperfeiçoamento em Atendimento Odontológico para pacientes
155 Especiais; Curso Básico em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI; Curso
156 Básico de Mobilização Social; Curso de Aperfeiçoamento em Doenças Sexualmente
157 Transmissíveis; Infra-estrutura e Manutenção da Secretaria Executiva do PEPS da Região do
158 Cariri/CE; Curso Técnico de Enfermagem; Projeto das Ações de Capacitação em Controle,
159 Avaliação e Auditoria para o Pólo de Educação Permanente IV-Sede, e Curso de Capacitação de
160 Conselheiros Municipais de Saúde. A **CIB/CE** aprovou a realização dos Cursos acima citados. **6º**
161 **Item – Qualificação de Equipes no âmbito do Programa de Saúde da Família** Dra. Vera
162 explicou que os pleitos municipais para qualificação de Equipes no âmbito do Programa de Saúde

163 da Família já estão sendo analisados à luz da Portaria Ministerial Nº 658/2006, que define a Política
164 da Atenção Básica, e apresentou: à plenária as propostas de qualificação de Equipes de Saúde Bucal
165 e de Saúde da Família conforme segue: Quatro (04) **Equipes de Saúde Bucal**:, sendo uma (01) para
166 Horizonte e três (03) para Pentecoste, e duas (02) **Equipes de Saúde da Família**, uma (01) para
167 Horizonte e uma (01) para Forquilha. A **CIB/CE** aprovou a qualificação das equipes acima
168 discriminadas. **7º Item Solicitação do Prefeito de Pacoti de anulação do convênio de adesão à**
169 **Política de Hospitais de Pequeno Porte.** Dra. Vera expôs à plenária o pedido do Prefeito do
170 município de Pacoti para a anulação do convênio de adesão do Hospital Padre Quiliano da Política
171 de Hospitais de Pequeno Porte, alegando que o município tivera prejuízo com a adesão. Informou
172 que o processo teria passado na COVAC que não se opusera à decisão do referido gestor. Sem
173 comentários a **CIB/CE** acatou o pedido do prefeito de Pacoti e autorizou a emissão da Resolução
174 aprovando o desligamento do Hospital Padre Quiliano, daquele município, da Política de Hospitais
175 de Pequeno Porte.- **8º Item – Discussão sobre a inclusão dos recursos de FIDEPS no Teto**
176 **Financeiro do Município de Fortaleza, com destinação para os hospitais que já recebem o**
177 **incentivo.** Dra. **Lilian** propõe que em função da extinção do Fator de Incentivo ao
178 Desenvolvimento à Pesquisa em Saúde – FIDEPS, naquela data, conforme a Portaria Ministerial Nº
179 32/2006, os valores desse fator sejam incorporados ao Teto Financeiro do Município de Fortaleza
180 com destinação para os hospitais que vinham recebendo o referido incentivo e que não fizeram a
181 contratualização no prazo estipulado pelo MS. Após alguns questionamentos do gestor de Sobral,
182 sobre a extinção do incentivo, a **Bipartite** decidiu que os recursos atualmente repassados por meio
183 do FIDEPS para o Hospital São José, Hospital Geral Dr. César Cals, Hospital Infantil Albert Sabin,
184 Hospital Geral de Fortaleza, Hospital de Messejana, Hospital Mental de Messejana e Instituto Dr.
185 José Frota, serão alocados no teto financeiro do município de Fortaleza, para alocação às referidas
186 unidades através de Aditivo ao Termo de Compromisso entre Entes Públicos, a partir da
187 competência de julho de 2006. Nada mais havendo a tratar a Plenária encerrou a reunião tendo eu,
188 Célia Fonseca, lavrado a presente Ata que vai assinada pelos membros da Comissão Intergestores
189 Bipartite que compareceram. Fortaleza, trinta de junho de dois mil e seis.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006**
3
4

5 Aos treze dias mês de julho do ano de dois mil e seis, às dezesesseis horas, no auditório do Hotel
6 Verdes Vales, no Município de Juazeiro do Norte (CE), realizou-se a 9ª Reunião Ordinária de 2006
7 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, durante o 3º Encontro Macrorregional, na
8 Macrorregião do Cariri, com a presença dos seguintes membros: **Representando a SESA**, Jurandi
9 Frutuoso, Secretário da Saúde e Presidente da CIB; Vera Maria Câmara Coelho Coordenadora da
10 COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora da COVAC e Nágela dos Reis Norões,
11 Técnica da CORES. Pela **representação do componente municipal**, compareceram os seguintes
12 membros, Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio Ramalho Martildes, do Eusébio e
13 Presidente do COSEMS; Manoel Dias da Fonseca, de Beberibe; Maria Ivonete Dutra Fernandes, de
14 Quixadá; Arnaldo Costa Lima, de Sobral; Nizete Tavares, do Crato; Rodrigo Carvalho, de Dep.
15 Irapuan Pinheiro, Eduardo Martins, de Canindé e José Policarpo Barbosa, de Umirim. Como
16 **convidados**, o **Prefeito**: Raimundo Macedo, de Juazeiro do Norte; **Secretários Municipais de**
17 **Saúde**: Alcides Muniz, de Juazeiro do Norte; Rogério Teixeira de Trairi; Olimpia Azevedo, de
18 Aratuba; Adelaide Souza Rodrigues, de Tamboril; Andreia Paula Alencar, de Alto Santo; Maria da
19 Paz Gadelha Cruz, de Mulungu; Jonas Nogueira, de Aracoiaba; Sheyla Martins, de Farias Brito;
20 Wilames Freire Beserra, de Aurora; Cícero Figueiredo, de Brejo Santo; Fco. Edcarlos Alcântara
21 Chagas, de Tarrafas; MiKaela Paes de Andrade, de Catarina; Ítalo Ney, de Barbalha; Pedro Neto de
22 Sousa, de Nova Olinda; Neirislene Maria Feitosa, de Arneiroz; Antônio Tadeu Gonçalves Marques,
23 de Parambu; Luzia Saraiva Rocha, de Missão Velha; Ana Hérica Luz, de Jardim; Fco. Pedro da
24 Silva Filho, de Cruz; Alessandra Pimentel, de Itapagé; Paulo Ismael de Lucena, de Penaforte; Jorge
25 Samuel Lima Gonçalves, de Milagres; José LUSDÊNCIO Teixeira, de Jati; Fernando Wilson
26 Fernandes, de Várzea Alegre; Marinez de Oliveira Carneiro, de Banabuiú, José Neto Maia, de
27 Horizonte; Honorata Paula Noberto, de Cascavel, Rondonelle Alves do Carmo, de Cariús; João
28 Marques Soares, de Granjeiro; Fca. Leite Mendonça Escócio, de Ipu; Vânia Maria Cruz Werton
29 Sales, de Santana do Cariri e Talyta Alves Chaves Lima, de Itaiçaba. **Orientadores e Técnicos das**
30 **Células Regionais de Saúde**: Lucila Rodrigues, de Sobral; Sayonara Moura de Oliveira Cidade,
31 Valdene Vasconcelos Cunha, de Tianguá e Francinete Maria, de Juazeiro do Norte; Dailton Santos,
32 de Tauá; Maria do Socorro Lima, de Crateús, José Leiva Cabral, de Crato; Fátima Aragão, de
33 Crateús. **Técnicos do MS**: Haroldo Jorge de Carvalho, Maria de Jesus e Maria Neura Antunes;
34 **Técnicos de Secretarias Municipais de Saúde**: Luciana Bezerra, Zilma Mendes, Lúcio Kildare,
35 Danielle Norões, Wladimir Sampaio, José Venício Cordeiro, Antônio Bonaparte, Alberto Malta,
36 Ana Maria Couto, Kamilly Alves, Luis Carlos do Nascimento, Cláudia Alves Leite, Fernanda
37 Pinheiro, Giancarlo Laurindo, Tatyana Duarte, Maria das Candeias Menezes, Cilândia Maria
38 Araújo, Fca. Delian de Matos, Érida Pinheiro Brito, Maysa Oliveira e Isabel Cristina Fontenele;
39 **Representantes de Hospitais**: Joana Furtado, de Aracoiaba; José Correia Saraiva e José Anildo
40 Feitosa, de Barbalha; Ednaldo Lopes e Maria de Fátima Oliveira, de Cascavel; Carlyle Sátiro, de
41 Várzea Alegre; José Gonçalves Santana e Ana Ester Jucá, de Missão Velha e o Representante da
42 Rádio Tempo-FM, Murilo Siqueira. A reunião foi presidida por Dra. **Vera Coelho** que ao constatar
43 a existência de quorum, apresentou, um a um, os membros da CIB/CE presentes à platéia e iniciou
44 os trabalhos com a leitura da pauta, à qual foram acrescentados cinco demandas de municípios. Em
45 seguida convidou Dra. Lilian para apresentar o **Item 1- Apreciação dos Planos Operativos dos**
46 **Hospitais que aderiram à Política de Contratualização de Hospitais Filantópicos do Ceará.**
47 **Lilian** lembrou que o prazo para remessa dos Planos Operativos dos hospitais filantrópicos em
48 processo de contratualização se encerraria em 25 de julho de 2006 e que até aquela data, os poucos
49 planos que recebera para análise, continham inconsistências, e por isso, teria devolvidos os mesmos
50 às CERES e/ou Municípios para correção. Identificou alguns problemas, cuja solução é
51 fundamental para a efetivação da contratualização, tais como: **1.** O Quadro de Metas (físico-
52 financeiro) da Atenção à Saúde sem a informação dos recursos existentes; **2.** Não identificação da
53 população local e de referência; **3.** Ausência da Ata com a aprovação da CIB/MR; **4.** A parcela de
54 40% do Incentivo de Adesão à Contratualização – IAC, que estaria sendo recalculado pelo MS e

55 cujos valores ainda não haviam sido divulgados; **5.** As dúvidas com relação à liberação dos 60% do
56 incentivo devido à lei eleitoral que proíbe a celebração de convênios com repasses de recursos
57 financeiros no período das eleições. Falou na possibilidade de alargamento do prazo de remessa ao
58 MS mas solicitou que os municípios encaminhassem os Planos Operativos dos seus hospitais
59 filantrópicos o mais rápido possível para que houvesse tempo suficiente para a análise e envio dos
60 mesmos ao Ministério. Aberto o espaço dos debates, a Secretária de Saúde de Mulungu, **Maria da**
61 **Paz**, fala sobre a dificuldade de pactuar metas sem as informações da programação de referências.
62 Dr. **Arnaldo**, de Sobral, se reporta às considerações colocadas por ele em Bipartites anteriores
63 sobre o modelo de programação, em que propõe que o componente financeiro se molde à
64 Assistência, e diz que a PPI da Assistência está sendo reduzida em função da contratualização dos
65 Hospitais Filantrópicos, cujo Plano Operativo é também uma Programação de Metas Pactuada e
66 Integrada e que deve ser pactuado nas CIB/MR ampliadas. **Lilian** diz que a contratualização exige a
67 revisão da PPI, cujo processo se interrompeu com o Pacto de Gestão mas que precisa prosseguir, e
68 para tanto o gestor deve fazer a identificação das necessidades do município e depois compatibilizá-
69 las com os recursos disponíveis. O Secretário, **Fernando**, de Várzea Alegre expressa preocupação
70 com a contratualização dos dois hospitais filantrópicos do seu município, sob gestão do Estado. Dr.
71 **Rodrigo** afirma que as considerações do Arnaldo e da Maria da Paz demonstram o vazio existente
72 na PPI que, nas atuais circunstâncias, vem prejudicando a contratualização dos hospitais
73 filantrópicos e a adesão ao Pacto de Gestão. Dr. **Ítalo**, Secretário de Barbalha, afirma que o MS
74 publicou uma Portaria flexibilizando o uso da FPO. Diz que a oferta pode ser feita por grupo e sub-
75 grupo. Diz que Barbalha sofre com a invasão de outros estados e que isso teria que ser visualizado
76 na contratualização. **Ivonete**, SMS de Quixadá, solicita mais apoio da SESA no processo de
77 assessoria aos municípios. Entende que nessas discussões ficou evidenciado que os municípios
78 estavam sendo responsabilizados pelo processo de contratualização dos hospitais filantrópicos. Dr.
79 **Policarpo**, de Umirim, reforça a fala do Rodrigo e afirma que a posição do COSEMS é de
80 incentivar a adesão ao Pacto e que isso implica em se avançar na revisão da PPI, e que os dois
81 movimentos podem ser trabalhados ao mesmo tempo. Dr. **Mário Lúcio** lembra o processo de
82 organização para a elaboração da PPI em 2005 e das propostas do COSEMS apresentadas na
83 CIB/CE em maio deste ano, que constava da substituição do atual Sistema Operacional, pelo
84 SIS/PPI; a não aceitação do corte linear e a participação do Estado quando se esgotarem os recursos
85 federais e municipais para a Assistência, mas só recebera resposta da SESA em relação ao Sistema
86 Operacional. Diz que o COSEMS não vê problema em continuar com o Sistema Operacional da
87 SESA, mas não admite o corte linear e quer que o Estado complemente as necessidades dos
88 municípios. Afirma que o COSEMS irá partir para incentivar os municípios à adesão ao Pacto e
89 para o reinício do ajuste da PPI da Assistência, mas admite que está na hora de lutar pela
90 descentralização dos recursos federais, pela regulamentação da EC-29, e pelo repasse fundo a fundo
91 dos recursos do Tesouro Estadual aos municípios. Finaliza propondo ao Estado a garantia no
92 orçamento de 2007, do aporte de recursos do TE para os municípios com população entre trinta mil
93 e cem mil habitantes que não são beneficiados com o Saúde Mais Perto de Você, e para a
94 construção de redes de policlínicas, com co-financiamento, para garantir o atendimento
95 ambulatorial especializado. O Sr. **Anildo** do Hospital São Vicente de Paulo de Barbalha disse que
96 com a contratualização os hospitais ficam livres para ofertar serviços, independente de
97 programação. **Vera** discorda do Sr. Anildo esclarecendo que a mudança de metas dos hospitais
98 contratualizados não se dá de forma unilateral mas num processo de discussão e pactuação com
99 todos os gestores envolvidos. Dr. **Fonseca** propõe que se recomponha o movimento em defesa do
100 SUS; a utilização do sistema operacional da SESA na elaboração da PPI; que a PPI seja feita com
101 base nos valores per capita pactuados na CIB/CE, realizada em Sobral, e que se agilize a adesão do
102 Estado ao Pacto de Gestão do SUS. Propõe também uma marcha à Brasília em prol da votação da
103 Emenda Constitucional-29. Dr. **Jurandi** concorda com o reencaminhamento da PPI e do avanço na
104 adesão ao Pacto. Diz que o Estado tem tido o cuidado de colocar aporte financeiro aos municípios e
105 que não vê dificuldade em repassar recursos do fundo estadual para o fundo municipal de saúde.
106 Propõe que se pressione o Congresso para a votação da EC-29. **Vera** faz um resumo geral de todas
107 as falas e coloca a proposta do COSEMS de que a PPI esteja concluída até o dia 15 de setembro de
108 2006. Após outras manifestações da plenária a **CIB/CE** concluiu pelas seguintes decisões: **1ª.**

109 Retomada imediata da PPI e previsão de conclusão geral até o dia 15 de setembro de 2006; 2ª
110 Manutenção do Sistema Operacional da PPI em vigor no Estado e retirada da proposta de utilização
111 do SIS/PPI em substituição àquele; 3ª. Adoção dos valores per capita de R\$ 17,49 e R\$ 28,55, para
112 a assistência ambulatorial e internações, respectivamente, como base para a alocação dos recursos
113 da PPI; 4ª. Agilizar a adesão do Estado do Ceará ao Pacto de Gestão. **Item 2 - Apresentação sobre**
114 **Cooperação Técnica em Auditoria.** O Dr. **Haroldo Jorge**, do DENASUS/CE apresentou o
115 Projeto de Fortalecimento do SNA – Sistema Nacional de Auditoria, que consiste de Ações de
116 Cooperação Técnica, com vistas à descentralização do SNA no Estado do Ceará, como estratégia de
117 consolidação do SUS. Diz que a implantação dessa estratégia deverá corrigir distorções no trabalho
118 de auditoria do governo federal e dos Estados, e no reconhecimento da legalidade das
119 responsabilidades dos municípios . Diz que após realização de diagnóstico situacional sobre a
120 implantação do Sistema, foram selecionados os 49 municípios seguintes, em Gestão Plena do
121 Sistema Municipal, para participarem do 1º Seminário de Fortalecimento do SNA a realizar-se nos
122 dias 24 e 25 de julho de 2006 no Iguatu. São os seguintes: Aratuba, Baturité, Capistrano, Itapiúna,
123 Pacoti, Quixadá, Quixeramobim, Pedra Branca, Senador Pompeu, Morada Nova, Iracema,
124 Jaguaribe, Pereiro, Tauá, Cedro, Acopiara, Iguatu, Mombaça, Quixelô, Brejo Santo, Crato, Farias
125 Brito, Barbalha e Juazeiro do Norte, e as respectivas Células Regionais/CERES. Falou ainda sobre
126 a Programação do evento e afirmou que serão realizados: Visitas de Cooperação Técnica aos 49
127 municípios do componente municipal do SNA, para aprofundamento “in loco” dos aspectos técnico
128 - administrativos da estruturação e operacionalização do SNA; Curso Básico de Regulação,
129 Controle, Avaliação e Auditoria – DENASUS/DERAC; Seminários loco-regionais, com grupos de
130 municípios já sensibilizados e visitados, envolvendo as Microrregionais de Saúde, para a devolução
131 de resultados das etapas anteriores (censo, visitas) e pactuação intergestora. Dra. **Vera** agradeceu a
132 participação do Dr. Haroldo e ressaltou a importância do tema abordado, ante o momento atual de
133 definição de responsabilidades dos entes gestores do Sistema Único de Saúde. **Item 3 -**
134 **Informações sobre o Concurso Estadual do PSF- Base Local, realizado pela SESA.** Dr.
135 **Jurandi** introduziu o assunto, reportando-se aos momentos que envolveram o processo de
136 realização do Concurso Estadual do PSF, de Base Local, desde os entendimentos prévios com a
137 Procuradoria Regional do Trabalho, até a construção do Cadastro de Reservas. Pediu o empenho
138 dos gestores para a agilização da convocação e nomeação dos aprovados para que todos os esforços
139 despendidos para a desprecarização da saúde não tenham sido feitos em vão. Passou a palavra a
140 Dra. **Sâmia**, responsável pela coordenação do concurso, para a mesma esclarecer os pontos de
141 dúvidas de alguns gestores dos 118 municípios que aderiram ao certame. **Sâmia** informou que todos
142 os municípios envolvidos teriam sido convocados, após a homologação do concurso, ao gabinete do
143 governador, onde receberam um disquete contendo todas as orientações para o provimento das
144 vagas, mas há municípios que ainda tem dúvidas e por isso, achou importante prestar os
145 esclarecimentos de forma geral, conforme segue: **1. Cadastro de Reservas:** instrumento
146 constituído, a priori, por candidatos aprovados que excederam o número de vagas em todos os
147 municípios, e em seguida por concursados, que por razões pessoais não podem assumir o cargo no
148 momento da convocação. Após a sua construção poder-se-á fazer o provimento e/ou remanejamento
149 de vagas que forem surgindo no período de validade do concurso. **Sâmia** informou que o referido
150 cadastro não havia sido construído porque até aquela data, só haviam informações de 18
151 municípios. **2. Candidatos estudantes aprovados e não graduados:** No ato da convocação se não
152 houver a comprovação da graduação o ato de nomeação será revogado e deverá ser chamado o
153 candidato de classificação sub-sequente. **3. Candidatos portadores de necessidades especiais:** De
154 acordo com a lei há três candidatos para cada categoria profissional, e esses têm prioridade de
155 chamada, independente da ordem de classificação. **4. Candidatos impossibilitados de assumir o**
156 **cargo por motivo de ordem pessoal:** a) Serão sumariamente eliminados do concurso os que não
157 comparecerem à convocação, e/ou os que comparecerem e desistirem do concurso por escrito. b)
158 Os que optarem por assumir em data futura, assinarão um termo de desistência da classificação e
159 passarão a integrar o Cadastro de Reservas. **5. Desvio de função:** nenhum candidato deve exercer
160 atividade diversa daquela para a qual for nomeado, pelo menos durante os três primeiros anos que
161 passará em estágio probatório. **6. Concursos municipais:** Os municípios não podem fazer
162 concursos, isoladamente, até o preenchimento do Cadastro de Reservas, por ordem de classificação

163 e de acordo com as opções de vagas ofertadas nos diversos municípios. **7. Candidato convocado**
164 **do Cadastro de Reservas:** Se não puder assumir no momento da convocação será eliminado não
165 podendo optar em permanecer no Cadastro de Reservas. **8. Convocação nesse período eleitoral:**
166 Não há impedimento porque não se trata de eleições municipais. **9. Uso de recursos federais para**
167 **pagamento aos concursados.** Sâmia disse que não há Portaria do MS estabelecendo esse tipo de
168 proibição e pediu à Dra. Vera para esclarecer melhor. Vera informou que os municípios não podem
169 usar os recursos federais para pagar o salário base dos funcionários concursados, mas podem usá-
170 los para complementar os salários, desde que tenham explicitado no Edital, os valores
171 correspondentes aos salários-base, a serem arcados com os recursos do Tesouro Municipal, e às
172 complementações a serem pagas com recursos federais. Disse que alguns municípios não adotaram
173 esse procedimento e sugeriu que os gestores dos mesmos, deveriam entrar em contato com o
174 Ministério do Trabalho com vistas a encontrar um mecanismo que lhes dê condição de utilizar os
175 recursos federais para a complementação dos salários dos seus profissionais concursados. Aberto o
176 espaço das discussões, Dr. **Jurandi** propôs a intermediação da SESA a essa reivindicação junto à
177 Procuradoria Regional do Trabalho. Dr. **Josete**, Secretário de Saúde de Guaiúba teme que a
178 convocação dos concursados cause conflito em relação ao percentual de gastos com pessoal
179 previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal e fala do pouco aproveitamento de vagas em seu
180 município principalmente para o cargo de médico. Dr. **Fonseca** levanta também a questão da
181 desistência dentro das vagas e sugere que se solicite o Termo de Ajuste de Conduta pelo prazo de
182 três meses ou até que o Cadastro de Reserva esteja concluído. Após outras manifestações a
183 **CIB/CE definiu** os seguintes encaminhamentos: ❶ O Secretário Estadual de Saúde e a
184 Coordenadora do Concurso, iriam tratar, junto ao Procurador Regional do Trabalho, do problema
185 dos municípios que não registraram no Edital do concurso, os valores dos salários-base de
186 responsabilidade do Tesouro Municipal e os valores das complementações salariais com recursos
187 federais. ❷ Seria feita a solicitação do Termo de Ajuste de Conduta por três meses ou até a
188 conclusão do Cadastro de Reserva. Dra. Vera antes de encerrar a discussão do tema responde
189 questionamento quanto ao desinteresse de municípios em convocar os concursados aprovados, e
190 explica que a SESA não irá pressionar os municípios, mas haverá a fiscalização da Procuradoria
191 Regional do Trabalho quanto à desprecarização do trabalho nas Equipes de Saúde da Família, e
192 informa sobre o compromisso da SESA de enviar àquele órgão do trabalho, relatórios com a relação
193 das pessoas nomeadas, das não nomeadas e previsão de chamamento destas. **Item 4 –**
194 **Cadastramento CAPS I do município de Monsenhor Tabosa e do CAPS I de Acopiara.** Dra.
195 Vera apresentou os pedidos de credenciamento de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS dos
196 municípios de Monsenhor Tabosa e Acopiara, ambos de modalidade I e informou que as propostas
197 se encontravam em conformidade com as normas que regulamentam o funcionamento desses
198 Serviços e com o parecer favorável do Coordenador Estadual de Saúde Mental. A **Comissão**
199 **Intergestores Bipartite do Ceará** aprovou o cadastramento do CAPS I do município de
200 Monsenhor Tabosa e o cadastramento do CAPS I de Acopiara, conforme solicitado. **Item 5 –**
201 **Credenciamento do Laboratório Regional de Próteses Dentárias do município de Eusébio.**
202 Dra. Vera colocou o pleito do município do Eusébio referente ao credenciamento do Laboratório
203 Regional de Próteses Dentárias naquela localidade, informando que o mesmo havia obtido o parecer
204 favorável da Coordenação Estadual de Saúde Bucal da SESA, por estar de acordo com a Portaria
205 Ministerial nº 599/2006 que normatizam o assunto. A CIB/CE aprovou o credenciamento do
206 **Laboratório Regional de Próteses Dentárias-LRPD** do município de **Eusébio (CE).** **Item 6 –**
207 **Implantação de CEO tipo I em Jericoacoara e Porteiras, e Mudança de modalidade do CEO**
208 **tipo I para CEO tipo II de Juazeiro do Norte.** Dra. Vera apresentou os pleitos referentes a
209 implantação de CEO tipo I de Porteiras e mudança de modalidade de CEO tipo I para CEO tipo II
210 do município de Juazeiro do Norte. Informou que as propostas haviam obtido o parecer favorável da
211 Coordenação de Saúde Bucal da SESA, estando as mesmas de acordo com as normas que
212 regulamentam o assunto. Sem comentários a Bipartite aprovou a implantação do CEO de **Pereiro**,
213 habilitando o referido município ao recebimento do incentivo de antecipação conforme Portaria Nº
214 283/2005 e o credenciamento do CEO tipo II em **Juazeiro do Norte** em substituição ao CEO tipo I
215 existente naquela localidade. **Item 7 – Credenciamento de leitos de UCI Neonatal do Hospital**
216 **São Vicente de Paula, de Barbalha.** Dra. **Lilian** expôs para a plenária o pedido de credenciamento

217 de seis leitos de UTI Intermediária Neonatal do Hospital São Vicente de Paula de Barbalha.
218 Informou que o procedimento é pago por diária, no valor atual de R\$ 70, 00 (setenta reais),
219 correspondendo ao impacto financeiro mensal de R\$ 12.600,00 (doze mil e seiscentos reais), caso
220 os leitos funcionem durante os trinta dias de cada mês. Afirmou que o Estado não dispõe no seu teto
221 financeiro de recursos para arcar com credenciamento de leitos de UCI Neonatal, em questão.
222 Informou que quando da avaliação da unidade a auditoria identificou apenas uma pendência,
223 referente ao plantonista que não é exclusivo da Unidade de UCI Neonatal, mas entende que isso não
224 constitui fator de impedimento para a aprovação do credenciamento, pois se trata de um serviço
225 diferenciado e outros casos iguais já haviam sido homologados, com essa pendência, pelo
226 Ministério. Assim sugere a aprovação do pleito, mas que seja solicitado ao MS o estabelecimento
227 do recurso adicional para o custeio do serviço. A **CIB/CE** aprovou o credenciamento da UCI
228 Neonatal do Hospital São Vicente de Paula, de Barbalha, condicionando-o ao acréscimo dos
229 recursos financeiros federais, no valor R\$ 12.600,00 (doze mil e seiscentos reais) ao teto do
230 município de Barbalha, cuja solicitação seria encaminhada ao MS em Ofício do Secretário Estadual
231 de Saúde. **Item 8 – Projetos para realização de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade.**
232 Dra. Lilian apresentou os Projetos de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade dos municípios de
233 Itapipoca, Tianguá, Juazeiro do Norte, Barbalha e Quixadá e o Aditivo no valor per capita de R\$
234 1,25 (um real e vinte e cinco centavos) ao 1º Projeto do município de Limoeiro do Norte. Informou
235 que todos os projetos apresentam abrangência microrregional e estão formulados de acordo com as
236 normas federais que regulamentam a matéria. A **CIB/CE** aprovou os projetos para realização de
237 Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, de acordo
238 com a Portaria Nº 252/GM de 6 de fevereiro de 2006. **Item 9-Qualificação de Equipes e de**
239 **Agentes de Saúde no âmbito do PACS.** Dra. Vera apresentou o pleito do município de Fortaleza
240 referente à qualificação de 248 (duzentos e quarenta e oito) Equipes de PSF e 515 (quinhentos e
241 quinze) Agentes Comunitários de Saúde. A **CIB/CE** aprovou as qualificações das Equipes do PSF e
242 ACS de Fortaleza, conforme solicitado. **Item 10 - Pagamento Administrativo de procedimentos**
243 **em Neurocirurgia do Hospital Santo Antônio de Barbalha.** Dra. Lilian apresentou a solicitação
244 da Secretaria de Saúde de Barbalha encaminhada através da CERES de Juazeiro do Norte, para
245 pagamento administrativo pelo Estado, ao Hospital Maternidade Santo Antônio, de Barbalha
246 referente a procedimentos de Alta Complexidade em Neurocirurgia realizados além da meta pelo
247 citado prestador, no período de novembro de 2004 a janeiro de 2005. Informou que de acordo com a
248 análise feita nos prontuários pelo auditor da Secretaria de Saúde de Barbalha, o débito do município
249 em favor do hospital é pertinente, e importa em R\$ 80.303,83 (oitenta mil, trezentos e três reais e
250 oitenta e três centavos). Disse que o gestor do município informa que não dispõe de recursos para
251 proceder o referido pagamento, e por se tratar de unidade de referência macrorregional em
252 neurocirurgia, recebe pacientes de diversos municípios. Assim, sugere a aprovação do pagamento
253 administrativo pelo gestor estadual, de acordo com a disponibilidade financeira do Estado. O
254 Secretário Estadual da Saúde do Ceará concordou em pagar o débito em questão. A **Plenária da**
255 **Bipartite** autorizou o gestor da Saúde do Ceará a proceder o pagamento administrativo no valor de
256 R\$ 80.303,83 (oitenta mil, trezentos e três reais e oitenta e três centavos) ao Hospital e Maternidade
257 Santo Antônio, de Barbalha referente a procedimentos excedentes de neurocirurgia, com recursos
258 do teto estadual. Nada mais havendo a tratar a Plenária encerrou a reunião tendo eu, Célia Fonseca,
259 lavrado a presente Ata que vai assinada pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite que
260 compareceram. Fortaleza, treze de julho de dois mil e seis.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006**
3
4

5 Aos onze dias mês de agosto do ano de dois mil e seis, às quatorze horas e trinta minutos, no
6 auditório CESAU, situado à Rua Almirante Barroso, 600, nesta capital, realizou-se a 10ª Reunião
7 Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos
8 seguintes membros: **Representando a SESA**, Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora da
9 COVAC; Ismênia Maria Barreto Ramos, COPOS/NUPLA; Francisco Holanda Júnior, Coordenador
10 da CODAS; Antônio Paula de Meneses, Técnico do Nupla e José Galba de Meneses Gomes,
11 Secretário Executivo do Gabinete. Pela **representação do componente municipal**, compareceram
12 os seguintes membros, Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio Ramalho Martildes, do
13 Eusébio e Presidente do COSEMS; Maria Ivonete Dutra Fernandes, de Quixadá; Arnaldo Costa
14 Lima, de Sobral; Manoel Dias da Fonseca, de Beberibe; Ana Márcia R. Veras Pinto, do Tianguá;
15 Eduardo Martins, de Canindé. Como **convidados**: Rosélia Maria S. Mesquita e Elsi Oliveira, da
16 CERES de Canindé; Arlete Cavalcante Girão, Nunas/Adulto e Idoso; Ivonete Cavalcante, da
17 CERES/Limoeiro do Norte; Márcia Úrsula de C Cruz, Adriane Couto Santos, CERES de Juazeiro
18 do Norte; Sayonara Moura de Oliveira, da CERES de Brejo Santo; Adriana Guerra, da CERES
19 Tianguá; Honorata P Noberto, SMS de Cascavel; Josete M Tavares, SMS de Guaiuba, Glailton B.
20 da Cruz, SMS de Mauriti; Sônia Maria C. Belo, SMS de Camocim, Álvaro Fachine, SMS de Cedro,
21 Marta Saunders de Freitas, SMS de Cascavel; Mônica Souza Lima, COVAC de Sobral; Silvana M
22 de Moraes e Ana Vladia N P Jucá, NUASF/SESA. A reunião foi presidida por Dra. Lilian que inicia
23 os trabalhos solicitando a inclusão de três pontos extras, sobre os quais havia dado conhecimento à
24 presidência do COSEMS. **Item 1 - Proposta de implantação do CEREST da Microrregião de**
25 **Tianguá.** Dra Lilian apresenta a proposta de implantação do CEREST da Microrregião de Tianguá.
26 Informa que o projeto do CEREST foi analisado pela Coordenação Estadual da Saúde do
27 Trabalhador e atende as exigências normativas do MS sobre a matéria. Aberto o espaço das
28 discussões, Dra Lilian cede a palavra ao Secretário de Sobral que comenta sobre a Política de Saúde
29 do Trabalhador e afirma que a mesma deveria ser reformulada. Sem mais comentários a CIB/CE
30 aprovou o **projeto de implantação do CEREST da Microrregião de Tianguá**, conforme
31 solicitado. **Item 2 - Projetos para realização de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade.**
32 Dra Lilian apresentou os Projetos de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade dos municípios de
33 **Russas Brejo Santo, Limoeiro do Norte, Crateús, Fortaleza, Crato e Maranguape e Ipu.**
34 Informou que os projetos estão formulados de acordo com as normas federais que regulamentam o
35 assunto. A CIB/CE aprovou os projetos para realização de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de
36 Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, de acordo com a Portaria Nº 252/GM de 6 de
37 fevereiro de 2006. **Item 3 – Implantação de CEO tipo I para os Municípios de Abaiara,**
38 **Caririçu, Guaiuba, e Mauriti e Credenciamento do Laboratório Regional de Próteses**
39 **Dentárias para o município de Abaiara.** Dra Lilian colocou os pleitos referentes a **Implantação**
40 **de CEO Tipo I** para os municípios de: **Abaiara, Caririçu, Guaiuba, e Mauriti** a solicitação de
41 **credenciamento do Laboratório Regional de Próteses Dentárias** para o município de **Abaiara**,
42 informando que os mesmos haviam obtido parecer favorável da Coordenação Estadual de Saúde
43 Bucal da SESA, por estarem de acordo com as Portarias Ministeriais Nº 283/2005, Nº 599/2006 e
44 Nº 600/2006. que normatizam o assunto. Sem questionamentos, a Plenária da CIB/CE aprovou a
45 Implantação de um **CEO Tipo I** para cada um dos municípios de **Abaiara, Caririçu, Guaiuba, e**
46 **Mauriti, e Credenciamento do Laboratório Regional de Próteses Dentária do município de**
47 **Abaiara** de acordo com o solicitado. **Item 4 - Credenciamento de CAPS I no município Cruz e**
48 **de Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental no município de Iguatu e credenciameto**
49 **de CAPS para Fortaleza - CAPS II (3), CAPS AD (6) e CAPSi (1).** Dra Lilian apresentou as
50 solicitações de credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Tipo I para o município
51 de Cruz; e do Serviço Residencial Terapêutico para do município de Iguatu, informou que as
52 propostas se encontravam em conformidade com as normas que regulamentam o funcionamento
53 desses Serviços e com o parecer favorável do Coordenador Estadual de Saúde Mental. Dr. Mário
54 Lúcio lembra que estes novos CAPS que estão se credenciando não entram nos recursos do custeio,

1 conforme decidido na Biparte de 31 de dezembro de 2005. A **CIB/CE** aprovou o cadastramento do
2 **CAPS Tipo I** do município de **Cruz** e o cadastramento do Serviço Residencial Terapêutico no
3 município de Iguatu. Aprovou também os credenciamentos dos seguintes **CAPS**, implantados nas
4 **Secretarias Executivas Regionais (SER)** do município de **Fortaleza**: **Três (03) CAPS Tipo II**,
5 **sendo, um (01) para a SER I, um (01) para a SER II e um (01) para a SER V; Seis (06) CAPS**
6 **AD, sendo, um (01) para a SER I, um (01) para a SER II, um (01) para a SER III, um (01)**
7 **para a SER IV, um (01) para a SER V, e um (01) para a SER VI; Um (01) CAPSi para a SER**
8 **VI. Item 5 – Credenciamento de leitos de UCI e UTI Pediátrica e Adulto - Fortaleza.** Dra
9 Lilian expôs para a plenária os seguintes pedidos de credenciamento: **Oito (08) leitos de UCI**
10 **Neonatal** do Hospital Nossa Senhora da Conceição, do município de **Fortaleza**, com impacto
11 financeiro mensal máximo de R\$ 16.800,00 (dezesesseis mil e oitocentos reais); **Quatro (04) leitos**
12 **de UTI Pediátrica** do Hospital Luiz França Serviços Hospitalares Sociedade Simples LTDA, com
13 impacto financeiro máximo mensal de 25.645,20 (vinte e cinco mil, seiscentos e quarenta e cinco
14 reais e vinte centavos); e **Dez (10) leitos** de UTI nível II do Hospital Distrital Evandro Ayres de
15 Moura – com impacto financeiro máximo mensal de 64.113,00 (sessenta e quatro mil e cento e treze
16 reais). Dra Lilian informa que o Estado não dispõe de recursos financeiros para arcar com
17 credenciamentos em questão e sugere a aprovação dos pleitos, com a condição de que sejam
18 solicitados ao MS os recursos adicionais necessários ao custeio dos serviços. A **CIB/CE** decidiu
19 pela aprovação dos credenciamentos da UCI Neonatal, do Hospital Nossa Senhora da Conceição, da
20 UTI Pediátrica do Hospital Luiz de França Serviços Hospitalares Sociedade Simples LTDA, e UTI
21 nível II do Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura do município de Fortaleza, condicionando-a
22 ao acréscimos dos recursos federais, no valor total de R\$ 106.558,20 (cento e seis mil, quinhentos e
23 cinquenta e oito reais e vinte centavos) mensais ao teto do município de Fortaleza (CE), e autorizou
24 o encaminhamento da solicitação dos recursos financeiros ao MS, através de Ofícios do Secretário
25 Estadual de Saúde. **ITEM 6 – Qualificação no âmbito do PSF.** Dra Lilian colocou o pedido de
26 qualificação de uma (01) equipe de Saúde Bucal para o município de **Pacujá** e a mudança de
27 modalidade de Equipes de Saúde Bucal, do tipo I para o tipo II, conforme segue: **Camocim**, uma
28 (01), **Aracoiaba**, uma (01) e **Maracanaú**, (duas) 02. Considerando os pareceres favoráveis da
29 NUNAS/Atenção a Saúde e da CODAS/NUORG a **CIB/CE** aprovou as qualificações, de acordo
30 com o solicitado. **Item 7 - Habilitação do município de Senador Pompeu para as Ações de**
31 **Média Complexidade em VISA (extra pauta).** Dra Lilian apresentou o parecer técnico da área de
32 Vigilância Sanitária da COVAC favorável à descentralização das ações de VISA para o município
33 de Senador Pompeu. O município encontra - se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, e
34 se enquadra nos critérios nacional e estadual estabelecidos para o desenvolvimento das ações de
35 VISA e conclui que o mesmo está apto a realizar as ações de média complexidade em Vigilância
36 Sanitária. A **CIB/CE** aprovou sem restrição, a descentralização das ações de média complexidade
37 em VISA para o município de **Senador Pompeu. Item 8 – Critérios de Alocação dos Recursos**
38 **do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.** As técnicas do NUASF, Ana Vlândia e
39 Silvana, colocaram a proposta de alteração do elenco de medicamentos da Assistência Farmacêutica
40 Básica e informaram que o Ministério da Saúde repassara ao Fundo Estadual de Saúde do Estado
41 do Ceará, a partir do 2º trimestre de 2006, recursos financeiros referente aos meses de abril, maio e
42 junho do corrente ano para aquisição de medicamentos destinados aos programas de Hipertensão e
43 Diabetes e Asma e Rinite para o FUNDES e para os Fundos Municipais de Saúde – FMS. A
44 **CIB/CE decidiu aprovar: 1º) Alterar a Programação Pactuada e Integrada da Assistência**
45 **Farmacêutica Básica – 2006**, no sentido de aumentar as quantidades programadas dos
46 medicamentos discriminados: **01) Ácido acetilsalicílico 100mg comp., 02) Amoxicilina 250mg**
47 **susp frs. 150ml, 03) Amoxicilina 500mg comp., 04) Captopril ou similar 25mg comp., 05)**
48 **Cefalexina 500mg caps, 06. Cefalexina susp. Oral 250 mg/5 ml 60 ml, 07) Cetoconazol 20mg/g**
49 **creme 30g, 08) Dexametasona 0,1% bisg.10g, 09) Diclofenaco de potássio-50mg comp., 10)**
50 **Eritromicina 2,5% ou 125mg/5ml 60 ml, 11) Furosemida 40mg comp., 12) Metildopa 250mg**
51 **comp., 13) Metoclopramida 4mg/ml 10ml, 14) Metronizadol 500mg/geléia bisg. + aplicador 50g,**
52 **15) Neomicina + bacitracina 0,5% + 250UI/g bisg. 10g, 16) Omeprazol 20 mg comp.,**
53 **17.Paracetamol 500 mg comp., 18) Sais para reidratação oral 27,9 g env., 19) Sulfametoxazol +**
54 **trimetoprima 4%+ 0,8% frs. 50ml, 20) Sulfametoxazol + trimetoprima 400mg+80mg comp., 21)**

1 Sulfato ferroso 25mg/ml Fe(II).sol.oral 30ml. 2º) **Definir que os créditos efetuados no 2º**
2 **trimestre –2006**, referentes a aquisição dos medicamentos de Hipertensão e Diabetes e Asma e
3 Rinite descritos no Anexo I da Portaria No. 1.429/GM de 06/07/2006 serão destinados ao
4 financiamento das quantidades acrescidas na PPI – Assistência Farmacêutica Básica para aquisição
5 Centralizada na Secretaria Estadual de Saúde dos itens acima relacionados. **Item 9 – INFORMES:**
6 **9.1 Andamento da PPI da Assistência – 2006.** Dra Lilian dar informação sobre o andamento da
7 PPI da Assistência - 2006. **9.2. Portaria No. 552/GM, 24 de julho de 2006** – Dra. Lilian informa
8 que o MS, publicou a Portaria No. 552/GM que prorrogar até 28 de fevereiro de 2007, o prazo para
9 entrega ao Ministério da Saúde os contratos resultantes do processo de contratualização aprovado
10 pela Comissão Intergestores Bipartite, sob pena da perda do incentivo residual (60%) referente à
11 segunda etapa do programa. **9.3. Portaria No. 1.631/GM de 20 de julho de 2006** – Dra. Lilian
12 informa que Ministério da Saúde, publicou a Portaria 1.631/GM que prorroga até 31 de maio de
13 2007 o prazo para extinção do FIDEPS – Fator de incentivos ao desenvolvimento do Ensino e da
14 Pesquisa em Saúde. **4. Portaria No. 1.603 de 17 de julho de 2006** – Dra. Liliam informa que
15 Ministério da Saúde publicou Portaria No. 1.603 de 17 de julho de 2006 que redefine os limites
16 financeiros destinados ao custeio da TRS (Ceará passa de R\$ 3.879.466,42 – junho 06 para R\$
17 3.942.407 – a partir da competência julho/06). Nada mais havendo a tratar a Plenária encerrou a
18 reunião tendo eu, Joana Dârc Taveira dos Santos, lavrado a presente Ata que vai assinada pelos
19 membros da Comissão Intergestores Bipartite que compareceram. Fortaleza, onze de agosto de dois
20 mil e seis.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 11ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006**

3
4
5 Aos quinze dias mês de setembro do ano de dois mil e seis, às quatorze horas, na sala de
6 reunião do CESAU, na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, realizou-se a 11ª Reunião
7 Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença
8 dos seguintes membros: **Representando a SESA**, Alexandre Roberto das Neves Moreira,
9 Secretário da Saúde e Presidente da CIB em Exercício; Vera Maria Câmara Coelho,
10 Coordenadora da COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão e Diana Carmem Nunes Oliveira,
11 Coordenadoras da COVAC; Nágela dos Reis Norões, Técnica da CORES, Carmem Lúcia
12 Rios Osterne, Supervisora do NUORG/CODAS; Ismênia Maria Ramos, Supervisora do
13 NUPLA/Planejamento em Saúde e José Galba Gomes, Secretário Executivo do GABSEC.
14 Pela **representação do componente municipal**, compareceram os seguintes membros,
15 Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio Ramalho Martildes, do Eusébio e Presidente
16 do COSEMS; Maria Ivonete Dutra Fernandes, de Quixadá; Arnaldo Costa Lima, de Sobral;
17 Luis Odorico Monteiro, de Fortaleza e José Policarpo Barbosa, de Umirim. Como
18 **convidados os Secretários Municipais de Saúde**: Rogério Teixeira, de Trairi; Ítalo Ney, de
19 Barbalha; Ana Maria dos Santos Fonseca, de Pacoti e Fca. das Chagas Alcântara, de Cedro.
20 **Orientadores e Técnicos das Células Regionais de Saúde**: Zita Maria da Rocha, de
21 Maracanaú; Rosélia Mesquita, de Canindé; Sônia Regina, de Caucaia; Silene Bandeira, de
22 Quixadá; Adail Afrânio, de Acaraú; Zuila Maria Maciel, de Icó e Lúcia Helena Gondim, de
23 Fortaleza. **Técnicos de Secretarias Estadual e Municipais de Saúde**: Norival Santos,
24 Milena Lidiane Melo, Regina Vale, Fco. José Coelho, Janaína Rebouças; Nádja Pinto,
25 Francisca Miranda Lustosa, Janaína Rebouças, Alvaro Fechine, Cristiane Rodrigues, Magna
26 Lobo, Fabíola Couto, Maria Ilzimar de Albuquerque, Maria Ivone Melo e Sandra Maria Melo
27 Sousa. **Representantes de hospitais filantrópicos**: Fco. Ednaldo Lopes e Luis Fernando
28 Baum. A reunião foi presidida por Dra. **Vera Coelho** que ao constatar a existência de
29 quorum, iniciou os trabalhos com a leitura da pauta, à qual foram acrescentadas as seguintes
30 demandas: Credenciamento do Hospital Municipal de Jucás; Projeto de Cirurgias Eletivas de
31 Média Complexidade, do município de Cascavel; Adesão do município de Fortaleza às Ações
32 de Média e Alta Complexidade em VISA e Credenciamento da UTI Neonatal do Hospital e
33 Maternidade Angeline. Em seguida convidou Dra. **Lilian** para apresentar o **Item 1- Proposta**
34 **de Organização das Redes Estaduais de Atenção em Oncologia e de Assistência ao**
35 **Paciente Neurológico, na Alta Complexidade.** **Lilian** informou sobre a Portaria SAS/Nº
36 741, de 09 de dezembro de 2005 que estabelece critérios para a organização das Redes
37 Estaduais de Atenção Oncológica, a serem compostas por hospitais que possam ser
38 classificados como Unidades de Atenção de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON);
39 Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); Centros de Referência; Unidades
40 Isoladas, ou Hospitais Gerais. Dessa forma: **A Rede de Atenção Oncológica do Ceará na**
41 **Alta Complexidade**, teria a seguinte composição: **Macrorregião de Fortaleza:**
42 **Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)**: Hospital Cura D'ars,
43 Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Universitário Walter Cantídio, Hospital Geral de
44 Fortaleza e Hospital Regional de Iguatu;. **Centro de Alta Complexidade em Oncologia**
45 **(CACON)**: Instituto do Câncer do Ceará e a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza;
46 **Unidade Isolada de Quimioterapia**: Centro Regional Integrado de Oncologia; **Hospital**
47 **Geral**: Hospital Geral Dr. César Cals e o Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora.
48 **Macrorregião do Cariri**: **Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)**:
49 Hospital São Vicente de Paulo, de Barbalha; **Hospital Geral**: Hospital Santo Inácio de

50 Juazeiro do Norte. **Macrorregião de Sobral: Centro de Alta Complexidade em Oncologia**
51 **(CACON):** Santa Casa de Misericórdia de Sobral. **Lilian** falou dos requisitos que precisam
52 ser cumpridos por alguns hospitais, destacando o Instituto do Câncer do Ceará - ICC que, para
53 ser um Centro de Referência no Estado, há que ser certificado como Hospital de Ensino,
54 condição essa que no seu entendimento, depende do interesse da direção do ICC em pleitear a
55 certificação do referido estabelecimento junto ao Programa de Reestruturação de Hospitais de
56 Ensino do Ministério da Educação no SUS. Aberto o debate, Dr. **Odorico** falou sobre a
57 capacidade técnica do ICC no atendimento de Alta Complexidade em Oncologia e da
58 necessidade de se discutir a relação desse hospital com o SUS, e da importância para o
59 Sistema Único de Saúde em tê-lo como Centro de Referência Oncológica, na Alta
60 Complexidade, do Ceará. Para tanto propõe a elaboração de um Termo de Ajuste de Conduta
61 para o ICC, até que se resolva questão da certificação da unidade como hospital de ensino.
62 **Lilian** diz que o desenho da Rede pode ser encaminhado com o ICC na condição de CACON,
63 e que em outro momento esse hospital poderá ser classificado como Centro de Referência em
64 Oncologia, na Alta Complexidade. A **Plenária da CIB/CE** aprovou a **Rede Estadual de**
65 **Atenção Oncológica** proposta pela SESA e acordou que a classificação do ICC como Centro
66 de Referência de Alta Complexidade em Oncologia do Ceará fosse discutida e analisada pelos
67 gestores estadual e de Fortaleza e direção do hospital, com a intermediação da SESA que
68 ficaria incumbida de agendar um encontro com os entes envolvidos. Dra **Lilian**, com base na
69 Portaria SAS Nº 391 de 07 de julho de 2005, apresentou a **Rede Estadual de Assistência ao**
70 **Paciente Neurológico, na Alta Complexidade**, composta por hospitais das Macrorregiões de
71 saúde que já realizam os procedimentos exigidos pelo MS para a implementação da Política
72 de Atenção ao Paciente Portador de Doença Neurológica, conforme segue: **Macrorregião de**
73 **Fortaleza: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia:** • Hospital
74 Universitário Walter Cantídio; • Hospital Batista Memorial; • Hospital Neurocentro;
75 • Instituto Dr. José Frota; • Hospital Infantil Albert Sabin; • Hospital Geral Dr. César Cals.
76 **Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurocirurgia:** • Hospital Geral de
77 Fortaleza. **Macrorregião do Cariri: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em**
78 **Neurocirurgia:** • Fundação Otília Correia Saraiva – Hospital Santo Antônio, de Barbalha.
79 **Macrorregião de Sobral: Centro de Referência de Alta Complexidade em**
80 **Neurocirurgia:** • Santa Casa de Misericórdia de Sobral.. Disse que haviam ajustes a serem
81 feitos com relação a realização dos serviços mínimos exigidos pela Portaria acima, no
82 Hospital Universitário Walter Cantídio e no Hospital Geral Dr. César Cals, para funcionarem
83 como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, e a Certificação da
84 Santa Casa de Misericórdia de Sobral como Hospital de Ensino, para que o estabelecimento
85 pudesse ser classificado como Centro de Referência no sistema da Alta Complexidade em
86 Neurocirurgia. Dra **Lilian** argumentou que as citadas pendências não constituiriam
87 impedimento para a composição da Rede e propôs a aprovação da proposta na forma
88 apresentada, assim como a formalização de solicitação ao MS para que a Santa Casa de
89 Sobral possa realizar a cobrança de “Tratamento Endovascular”, até que a Certificação da
90 unidade como Hospital de Ensino seja homologada. Dra. **Vera** esclareceu que a CIB/CE ao
91 aprovar a Rede em questão estaria autorizando o HUWC e o HGCC a fazerem a cobrança dos
92 procedimentos “Coluna e Nervos Periféricos e Tumores do Sistema Nervoso, que ainda não
93 realizam para o SUS e propôs que seja solicitado ao MS a autorização para que a Santa Casa
94 de Misericórdia de Sobral, possa efetuar a cobrança do procedimento acima citado. A
95 **CIB/CE** aprovou a Rede Estadual de Assistência ao Paciente Neurológico, na Alta
96 Complexidade do Ceará, conforme foi apresentada. **Item 2 –Apresentação da**
97 **Resolubilidade das cinco Clínicas Prioritárias nos Hospitais Pólos das Microrregiões de**
98 **Saúde.** Dra. **Lilian** informou que essa matéria teria sido solicitada pelo gestor de Fortaleza e
99 que a COVAC/SESA teria feito o levantamento da situação de resolubilidade das Clínicas

100 Prioritárias: Clínica Médica, Obstétrica, Neonatal, Clínica Pediátrica, Oncologia, Clínica
101 Ortopédica e Cirurgia Geral, em todo o Estado, no período compreendido entre o ano de
102 2001 e o 1º semestre de 2006. O estudo mostra o percentual de internações realizadas na
103 microrregião de residência do paciente em relação ao total de internações ocorridas em todo o
104 Estado e estabelece como ponto crítico para a sua análise a resolubilidade abaixo de 75%.
105 Vera chama atenção para o índice de resolubilidade nas especialidades que tem
106 procedimentos de alta complexidade, que são de responsabilidade Macrorregional, e que
107 pode não caracterizar a resolubilidade da Microrregião, como ocorre com o percentual das
108 clínicas de oncologia e cirurgia geral. Dra. **Lilian** prosseguiu analisando os números das
109 planilhas, que mostram uma evolução positiva na maioria das Micros, à exceção das de
110 Caucaia e Maracanaú que continuam a apresentar baixa resolubilidade principalmente nas
111 Clínicas Pediátrica e Ortopédica. Sobre o planilha de 2006 informou que alguns números não
112 retratam à realidade por falta de informações no mês de junho, da produção dos municípios
113 cujos dados não foram enviados nem para a SESA nem para o MS. Dr. **Arnaldo** diz que o
114 diferencial da cobertura em internação de casos dessas Clínicas Prioritárias, de
115 responsabilidade da Microrregião, é atendido pelos municípios das Macrorregiões de Saúde, o
116 que desequilibra o gerenciamento dos recursos desses municípios. Dra. **Vera** encerrou a
117 discussão do assunto o qual fora apresentado para conhecimento da plenária, uma vez que o
118 coordenador de Políticas de Fortaleza que pedira a pauta não estava presente. Dra **Lilian** disse
119 que iria passar as planilhas para o COSEMS e para os gestores municipais, membros da
120 Bipartite, através de e-mail. **Item 3 – Plano Diretor de Vigilância Sanitária/PDVISA –**
121 **Resultados Obtidos.** Dra. **Diana** informou que iria participar à CIB/CE os resultados do
122 processo de planejamento do Plano Diretor da Vigilância Sanitária realizado com as CERES e
123 apresentar, para discussão, um conjunto de responsabilidades sanitárias atribuídas ao Estado e
124 aos municípios. Disse em 2006 houve um descompasso no processo de gestão e de
125 descentralização no âmbito da VISA, em que dos 18 pleitos de habilitação na Media
126 Complexidade, 15 se encontram na CIT, em Brasília aguardando a definição dos instrumentos
127 de gestão, no contexto do Pacto do SUS. Em seguida apresentou o consolidado dos problemas
128 estruturais e riscos sanitários observados durante as 22 Oficinas de Planejamento realizadas
129 no período de abril a junho de 2006. **Dr. Policarpo** questiona a finalidade do trabalho e Diana
130 responde que o mesmo não constitui um estudo científico mas foi feito para atender o objetivo
131 do PDR e estabelecer prioridades de ação. Dr. **Arnaldo** pergunta quais as conclusões que
132 podem ser tiradas da pesquisa. Dra **Diana** identifica três pontos que demonstram a fragilidade
133 do Sistema de VISA no Estado: Não houve a efetiva descentralização de VISA aos
134 municípios; As ações de vigilância são realizadas de forma isolada, sem vinculação nem
135 relacionamento com os demais serviços da saúde, A Vigilância Sanitária está dissociada das
136 demais políticas públicas. Em seguida lançou em discussão, o referido conjunto de
137 responsabilidades de gestão em Vigilância Sanitária a serem assumidas pelo níveis estadual e
138 municipal. **Responsabilidades Municipais:** Vigilância da Qualidade da Água; Vigilância
139 Ambiental; Ações Desconcentradas; Vigilância do Comércio de Consumo de Produtos de
140 interesse para a Saúde; Vigilância dos Riscos no Domicílio e outros Aglomerados; Ações de
141 mobilização para o Desenvolvimento da Consciência Sanitária; Ações Intersetoriais e Intra-
142 setoriais no Âmbito Local; Vigilância das Unidades de Saúde de Assistência ao Parto; CAPS;
143 Comunidades Terapêuticas; Unidades Básicas de Saúde; Consultórios Odontológicos;
144 Laboratórios de Análises Clínicas; Clínicas de Oftalmologia; Clínicas de Raio-X; Hospitais
145 de Pequeno Porte e outras unidades prestadoras de serviços de saúde de caráter não invasivo;
146 Controle de Infecção nos Serviços de Saúde dos Municípios que tem Hospitais Pólo.
147 **Responsabilidades do Estado:** Ações de Cooperação Técnica e Assessoria aos Municípios;
148 Avaliação e Monitoramento das Ações de VISA; Controle das Infecções Hospitalares;
149 Coordenação do Sistema de Vigilância de Eventos Adversos e Queixas Técnicas; Vigilância

150 na Produção Industrial de Medicamentos Produtos Parenterais e Enterais e Produtos para a
151 Saúde; Vigilância de Serviços de Saúde (unidades hospitalares, hemorrede, bancos de tecidos
152 e órgãos, serviços de quimioterapia, hemodiálise, tomografia, ressonância magnética e
153 mamografia, e gestão dos resíduos de serviços de saúde em unidades de saúde de alta
154 complexidade) Houve uma discussão sobre algumas questões que dificultam os gestores a
155 assumirem a Vigilância Sanitária em seus territórios, principalmente no que diz respeito à
156 mudança na Política de financiamento que atualmente não atende o mínimo necessário para o
157 desenvolvimento das ações básicas de VISA. Vera propôs a instituição de uma comissão
158 técnica para analisar as responsabilidades propostas pela COVAC/VISA e apresentá-las na
159 próxima reunião da CIB/CE. O Colegiado acatou a sugestão e instituiu a comissão técnica
160 composta pelos gestores de Sobral, Umirim e Fortaleza e Coordenadoras de Vigilância,
161 Controle e Avaliação da SESA. **Item 4-Campanha de Vacinação Anti-Rábica Animal (1ª**
162 **Etapa/2006) – Proposta de Descentralização de Recursos.** Dra. Vera apresentou a proposta
163 do NUEND/SESA referente à distribuição dos recursos federais destinados à Campanha de
164 Vacinação Anti-Rábica Animal no Ceará em sua 2ª Etapa. Antes informou que o total de
165 recursos proposto pelo MS seria de R\$ 764.500,00 (setecentos e sessenta e quatro mil e
166 quinhentos reais) para uma população de 1.390.000 (um milhão e trezentos mil) animais, a
167 um custo de R\$ 0,55 (cinquenta e cinco centavos)por animal. A SESA propõe utilizar os
168 seguintes critérios: ► Estabelecer os valores de **R\$ 0,30** (trinta centavos) per capita animal
169 dos municípios, para o custeio das despesas com a realização da campanha em nível local e
170 **R\$ 0,25** (vinte e cinco centavos) per capita animal do Estado, para o custeio das despesas de
171 gerenciamento da campanha nos níveis Central e Regionais da SESA. ► Contrapartida de
172 30% de responsabilidade dos municípios certificados, e do Estado para os municípios que
173 estão sob sua gestão. De acordo com os critérios acima, os recursos federais destinados ao
174 Ceará, no valor de **R\$ 764.500,00** (setecentos e sessenta e quatro mil, e quinhentos reais),
175 seriam repassados da seguinte forma: **A) R\$ 387.580,80** (trezentos e oitenta e sete mil,
176 quinhentos e oitenta reais e oitenta centavos) ao **Fundo Municipal de Saúde** dos 157
177 **municípios certificados** para as Ações de Vigilância em Saúde; **B) R\$ 29.419,20** (vinte e
178 nove mil, quatrocentos e dezenove reais e vinte centavos) ao **Fundo Estadual de Saúde** para
179 atender os 27 **municípios não certificados** junto às Ações de Vigilância em Saúde; **C) R\$**
180 **347.500,00** (trezentos e quarenta e sete mil e quinhentos reais) ao **Fundo Estadual de Saúde**
181 para o custeio dos insumos e serviços necessários à operacionalização da Campanha em todo
182 o Estado. A CIB/CE aprovou a proposta da SESA para a descentralização dos recursos da
183 Campanha de Vacinação Anti-Rábica Animal no Ceará (2ª etapa), conforme foi apresentada.
184 **Item 5 – Implantação de CEO tipo II e Credenciamento de um Laboratório Regional de**
185 **Próteses Dentárias na Faculdade Católica de Quixadá. de CEO tipo I e Laboratório**
186 **Regional de Próteses Dentárias. no município de Jati.** Sobre os pleitos referentes ao CEO e
187 LRPD de Quixadá Dra. Vera informou que a Coordenação de Saúde Bucal da SESA solicitara
188 a retirada do processo, da pauta considerando que a Portaria GM/Nº 599 de 23 de março de
189 2006 embora permita que as universidades de qualquer natureza jurídica podem apresentar
190 propostas para credenciamento de CEO, estabelece dentre outras condições, que a
191 implantação de CEO e LRPD deve constituir demanda do gestor municipal. E como isso não
192 ocorreu há que se encaminhar a proposta em questão para o gestor de Quixadá analisar e se
193 pronunciar quanto ao pleito da Faculdade Católica daquele município. Acrescenta que em se
194 tratando de município em Gestão Plena do Sistema, o recurso financeiro fica sob gerência do
195 gestor municipal. **Dr. Arnaldo** destaca a importância de se aproveitar o momento de
196 repolitização do SUS pelo Pacto de Gestão, para esclarecer à sociedade que o Sistema Único
197 de Saúde tem um comando único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal e volta
198 a criticar a forma de gestão estabelecida para a Política de Saúde do Trabalhador que na sua
199 opinião se contrapõe ao princípio do comando único do Sistema. Ivonete, gestora de Quixadá

200 informa que o pleito da Faculdade Católica já havia passado pelo CMS e pela CIB/MR
201 faltando apenas a apreciação do mesmo no âmbito do município. Prosseguindo Quanto à
202 **implantação de um CEO tipo I e um LRPD** no município de Jati. **Dra. Vera** informou que
203 o pleito se encontra com o parecer favorável da Coordenação de Saúde Bucal do Estado, e
204 esclareceu que a Portaria GM/Nº 599/2006 acima citada não estabelece critério populacional
205 para a implantação de Laboratório de Próteses Dentárias LRPD. A **Bipartite** aprovou a
206 implantação de um **CEO tipo I** e credenciamento de um **LRPD** no município de **Jati**. **Vera**
207 colocou ainda, para a Plenária, a **implantação do CEO Tipo I de Trairi** que não estava na
208 Pauta, mas fora encaminhado para a aprovação da CIB/CE, pela Coordenação Estadual de
209 Saúde Bucal, com vistas a regularizar a situação do município frente ao incentivo financeiro
210 que por um lapso do MS foi repassado sem a Resolução da Bipartite. A CIB/CE autorizou a
211 emissão da Resolução aprovando a implantação de CEO tipo I de Trairi. **Item 6 –**
212 **Cadastramento CAPS I do município de Paraipaba** Dra. Vera apresentou o pedido de
213 credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I do município de Paraipaba,
214 pertencente à microrregião de Caucaia. Informou que a proposta se encontrava em
215 conformidade com as normas que regulamentam o funcionamento dos CAPS, e com o parecer
216 favorável do Coordenador Estadual de Saúde Mental. A **Comissão Intergestores Bipartite**
217 **do Ceará** aprovou o cadastramento do CAPS I do município de Paraipaba, conforme
218 solicitado. **Item 7 –Pagamento Administrativos: Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza**
219 **e Prontocárdio**. Dra **Lilian** colocou para a Plenária, o pedido de Fortaleza, para autorização
220 de pagamento administrativo ao PRORM, da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, no
221 valor de R\$ R\$ 3.939,61 (três mil, novecentos e trinta e nove reais e sessenta e um centavos)
222 referente a procedimentos de TRS realizados em maio e junho de 2006 no paciente
223 identificado, sem comprovação, como Maurício Francisco Paiva, e que não pode ser cobrado
224 pelo Sistema. A COVAC ao analisar o processo se pronunciou favorável ao pagamento pelo
225 gestor de Fortaleza, com recursos do município. A CIB/CE autorizou o Secretário de Saúde
226 de Fortaleza a realizar o Pagamento Administrativo no valor de R\$ 3.939,61 (três mil,
227 novecentos e trinta e nove reais e sessenta e um centavos) ao PRORIM LTDA, referente a
228 procedimentos de TRS realizados no paciente identificado, sem comprovação, como Maurício
229 Francisco Paiva, com recursos do Tesouro Municipal. Quanto ao Prontocárdio, esclareceu que
230 a auditoria da Secretaria de Saúde de Fortaleza analisara as contas do Hospital e constatara
231 um déficit de R\$ 2.698,44 (dois mil, seiscentos e noventa e oito reais e quarenta e quatro
232 centavos) decorrente de cobrança de procedimento com valor a menor e solicitava que a
233 SESA procedesse o pagamento administrativo com recursos estaduais. Dra. **Lilian** emitiu
234 parecer informando que cabia ao município ressarcir o hospital com recursos da Média
235 Complexidade repassados para o Fundo Municipal de Saúde de Fortaleza. A **CIB/CE**
236 autorizou ao Secretário de Saúde de Fortaleza a proceder o pagamento administrativo ao
237 Prontocárdio no valor de R\$ 2.698,44 (dois mil, seiscentos e noventa e oito reais e quarenta e
238 quatro centavos) com recursos federais alocados para a assistência de Média Complexidade
239 do município. **Item 8-Qualificação de Equipes e de Agentes de Saúde no âmbito do**
240 **PACS**. Dra. **Vera** apresentou os pedidos de qualificação de **Cento e vinte e três (123)**
241 **Equipes de Saúde Bucal**, sendo uma (01) em Baixio, uma (01) em Bela Cruz, duas (02) em
242 Forquilha e cento e dezenove (119) para o município de Fortaleza. **Cinco (05) Equipes de**
243 **Saúde da Família**, sendo uma (01) para Altaneira, uma (01) para Solonópole, uma (01) para
244 Tururu e duas (02) para Uruburetama. **Trinta e Cinco Agentes de Saúde da Família**, assim
245 distribuídos: Um (01) para Altaneira, nove (09) para Alto Santo, dez (10) para Araripe, dois
246 (02) para Caridade, um (01) para Ererê, cinco (05) para Horizonte, um (01) para Paramoti,
247 quatro (04) para Potengi e dois (02) para Quixeré. A **CIB/CE** aprovou as qualificações das
248 Equipes de Saúde Bucal, do PSF e ACS de Fortaleza, conforme solicitado. **Item 9 - Projeto**
249 **de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade de Cascavel**. Dra **Lilian** apresentou os

250 Projetos de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade do município de Cascavel que
251 apresenta abrangência aos municípios da 22ª Microrregião de Saúde cuja população total é de
252 264.789 habitantes. O impacto financeiro total com valor per capita de R\$ 2,25 (dois reais
253 e vinte e cinco centavos) fica orçado em R\$ 595.775,25 (quinhentos e noventa e cinco reais e
254 setecentos e setenta e cinco reais e vinte e cinco centavos) Conforme parecer da supervisora
255 do NUAUD/COVAC o projeto está elaborado de acordo com a Portaria Nº 252/GM de 6 de
256 fevereiro de 2006 que regulamenta a matéria. A CIB/CE aprovou o projeto para realização de
257 Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, da
258 Microrregião de Cascavel. **Item 10 – Cadastramento do Hospital Municipal José**
259 **Facundo Filho, de Jucás.** Dra Vera passou a palavra ao Dr. Galba que expôs a proposta dos
260 gestores do município de Jucás para o funcionamento do Hospital Municipal José Facundo
261 Filho, daquele município. Informou que os representantes do Hospital Municipal defendem a
262 abertura do hospital e a divisão do teto financeiro do Hospital Santa Isabel, instituição de
263 natureza filantrópica que atende a população de Jucás através do SUS. Passou a palavra para a
264 Dra. **Lilian** que discorreu sobre a situação financeira da saúde do município de Jucás com o
265 custeio de um só hospital e afirma que não havendo recursos novos torna-se inviável o
266 funcionamento dos dois estabelecimentos. A Sra. **Aparecida Lavor**, Presidente do Conselho
267 do Hospital Santa Isabel fala dos serviços prestados pelo hospital filantrópico à população de
268 Jucás e diz que o valor do teto, 28 mil reais, não são suficientes para a manutenção do hospital
269 Sta. Isabel. Por isso não concorda com a divisão dos recursos entre as duas unidades
270 hospitalares. Os gestores de Infraestrutura e da Saúde do município de Jucás, **Srs. Elânio e**
271 **Oliveira**, respectivamente, reconhecem a importância do Hospital Santa Isabel para o
272 Município mas entendem que o Hospital Municipal que tem uma estrutura nova, moderna e
273 adequada às necessidades da população não pode ficar fechado. O **gestor da Saúde de Jucás**
274 afirma que o hospital filantrópico não está realizando os partos normais do município estando
275 as parturientes sendo encaminhadas pela Secretaria de Saúde a outros municípios. Diz ainda
276 que o município de Jucás já fez a contratação do pessoal necessário ao Hospital, que está
277 preparado para abertura e imediato atendimento à população. Dr. **Mário Lúcio** diz que
278 intermediou a discussão entre os representantes dos dois hospitais mas não houvera acordo
279 entre as partes. Concorda com o parecer da COVAC e comenta sobre a situação de
280 dificuldade que se coloca à Bipartite, para decidir pela exclusão de uma unidade assistencial,
281 considerando que o Colegiado não conhece de perto a situação dos dois hospitais. E
282 analisando que não havendo recursos financeiros para a sustentabilidade dos dois hospitais,
283 seria leviano se tomar uma decisão com base apenas no que fora exposto naquela assembléia.
284 Acha no entanto que a CIB/CE deveria aprovar de imediato o cadastramento do Hospital
285 junto ao SUS, devendo o gestor definir o papel dos dois estabelecimento na Programação
286 Pactuada e Integrada que estava sendo elaborada, e instituir uma Comissão Técnica para
287 visitar os hospitais em questão do município de Jucás e apresentar a alternativa que melhor
288 atenda as necessidades da população. Após a manifestação de outros membros da plenária
289 favorável à fala e proposições do Mário Lúcio, a CIB/CE aprovou o credenciamento do
290 Hospital Municipal José Facundo Filho, de Jucás e instituiu uma comissão composta pelos
291 seguintes pessoas: Dr. Holanda, da CODAS, ou técnico por ele indicado; Lilian da COVAC,
292 ou técnico por ela indicado; Diana Carmem da COVAC/VISA ou técnico por ela indicado;
293 Alessandra Pimentel, Secretária de Itapajé e Rodrigo Carvalho Nogueira, Secretário de
294 Deputado Irapuan Pinheiro, a se reunirem em data agendada posteriormente. **Item 11-**
295 **Adesão do Município de Fortaleza às Ações de VISA.-** Diana colocou para a plenária a
296 demanda do Secretário de Saúde de Fortaleza referente à adesão desse município às Ações de
297 Média Complexidade em Vigilância Sanitária. O pleito obteve o parecer favorável do setor de
298 VISA da município de Fortaleza que foi endossado pela Coordenação de Vigilância Sanitária
299 do Estado. A CIB/CE aprovou a descentralização das ações de VISA de Média

300 Complexidade para o município de Fortaleza. **Item 12– Credenciamento de Leitos de UTI**
301 **do Hospital Angeline**. Lilian apresentou o processo de solicitação de credenciamento de
302 leitos de UTI do Hospital e Maternidade Angeline no Sistema de Saúde de Fortaleza.
303 Informou que de acordo com a análise da supervisora do NUAUD/COVAC, o
304 estabelecimento apresenta pendências em relação aos requisitos exigidos nas normas federais
305 para o credenciamento do serviço ao SUS. Em função disso a **Plenária da Bipartite** não
306 aprovou o pedido de credenciamento da UTI do Hospital Angeline no Sistema Único de
307 Saúde. Ao final da pauta Dra **Vera** colocou que a SESA concluíra as normas da PPI de
308 Ambulatório e Internação e que as mesmas haviam sido aplicadas em treinamento com as
309 CERES, mas precisam ser aprovadas pela CIB/CE para publicação através de Portaria do
310 Secretário Estadual. **A CIB/CE aprovou as normas de elaboração da Programação**
311 **Pactuada e Integrada das Áreas de Ambulatório e Internação**. Nada mais havendo a tratar
312 a Plenária encerrou a reunião tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a presente Ata que vai assinada
313 pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite que compareceram. Fortaleza, quinze de
314 setembro de dois mil e seis.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 12ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006**

3
4 Aos dezesesseis dias do mês de outubro do ano de dois mil e seis, às quatorze horas, na sala de
5 reunião do CESAU, na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, realizou-se a 12ª Reunião
6 Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos
7 seguintes membros: **Representando a SESA**, *Jurandi Frutuoso Silva, Secretário da Saúde e*
8 *Presidente da CIB em Exercício; Vera Maria Câmara Coelho, Coordenadora da COPOS; Lilian*
9 *Alves Amorim Beltrão e Diana Carmem Nunes Oliveira, Coordenadoras da COVAC; Nágela*
10 *dos Reis Norões, Técnica da CORES, Carmem Lúcia Rios Osterne, Supervisora do*
11 *NUORG/CODAS; Ismênia Maria Ramos, Supervisora do NUPLA/Planejamento em Saúde e*
12 *José Galba Gomes, Secretário Executivo do GABSEC. Pela **representação do componente***
13 ***municipal**, compareceram os seguintes membros, Secretários Municipais de Saúde: Mário*
14 *Lúcio Ramalho Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Maria Ivonete Dutra*
15 *Fernandes, de Quixadá; Arnaldo Costa Lima, de Sobral; Luis Odorico Monteiro, de Fortaleza e*
16 *José Policarpo Barbosa, de Umirim. Como **convidados os Secretários Municipais de Saúde:***
17 *Rogério Teixeira, de Trairi; Ítalo Ney, de Barbalha; Ana Maria dos Santos Fonseca, de Pacoti*
18 *e Fca. das Chagas Alcântara, de Cedro. **Orientadores e Técnicos das Células Regionais de***
19 ***Saúde:** Zita Maria da Rocha, de Maracanaú; Rosélia Mesquita, de Canindé; Sonia Regina, de*
20 *Caucaia; Silene Bandeira, de Quixadá; Adail Afrânio, de Acaraú; Zuila Maria Maciel, de Icó e*
21 *Lúcia Helena Gondim, de Fortaleza. **Técnicos de Secretarias Estadual e Municipais de Saúde:***
22 *Norival Santos, Milena Lidiane Melo, Regina Vale, Fco. José Coelho, Janaína Rebouças; Nádja*
23 *Pinto, Francisca Miranda Lustosa, Janaína Rebouças, Alvaro Fechine, Cristiane Rodrigues,*
24 *Magna Lobo, Fabíola Couto, Maria Ilzimar de Albuquerque, Maria Ivone Melo e Sandra Maria*
25 *Melo Sousa. **Representantes de hospitais filantrópicos:** Fco. Ednaldo Lopes e Luis Fernando*
26 *Baum. A reunião foi presidida por Dra. **Vera Coelho** que ao constatar a existência de quorum,*
27 *iniciou os trabalhos com a leitura da pauta, à qual foram acrescentadas as seguintes demandas:*
28 *Credenciamento do Serviço de Nefrologia de Canindé; Credenciamento do Hospital Municipal*
29 *de Ipu e Projeto de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade, da município de Aracati. Em*
30 *seguida apresentou o Dr. Rogério Teixeira, Secretário de Saúde de Trairi, indicado pelo*
31 *COSEMS para assumir como membro titular da CIB/CE na representação dos municípios de*
32 *médio porte, na vaga deixada pelo Dr. Eduardo Rocha, ex-Secretário de Saúde de Canindé.*
33 *Esclareceu que a reunião da CIB agendada para o dia 20 de outubro de 2006 havia sido*
34 *antecipada em virtude da necessidade de enviar ao MS o resultado da pactuação do Plano de*
35 *Investimentos da Vigilância em Saúde. Passou a palavra ao Presidente da CIB/CE, Dr. Jurandi*
36 *Frutuoso que colocou em pauta a discussão sobre as assinaturas dos Termos de Compromisso de*
37 *Gestão Estadual e Municipais que ele mesmo passou a conduzir. **Item 1 - Estabelecimento de***
38 ***Agenda para Assinatura dos Termos de Compromissos de Gestão.** Dr. Jurandi propôs a*
39 *realização de Ações Prioritárias relativas às atividades da Gestão Estadual, que já vem sendo*
40 *efetuadas desde outubro/2006, e são necessárias à revisão do Relatório de Gestão do Estado/2003-*
41 *2006, à conclusão do processo de Adesão ao Pacto de Gestão do SUS e à preparação da SESA*
42 *para o processo de transição da gestão de governo. A proposta estabelece dois momentos para a*
43 *realização das referidas ações a serem concluídas até dezembro de 2006.. **1º momento: a)***
44 *Conclusão do trabalho de elaboração do Termo de Compromisso de Gestão Estadual - TCGE;*
45 ***b)** Conclusão da Revisão do Plano Diretor de Regionalização – PDR com a aprovação da*
46 *CIB/CE, em 16/10/2006 e em seguida a aprovação do CESAU; **c)** Conclusão da elaboração da*
47 *Programação Pactuada e Integrada da Assistência - PPI, com o envio pelas CERES das PPI*
48 *Regionais em 27/10/2006 e Revisão Final da PPI e definição dos Limites Financeiros dos*
49 *Municípios e da SESA, em 27/11/2006. **2º Momento:** Assinaturas dos Termos de Compromissos*
50 *de Gestão dos Municípios e do Estado em solenidade realizada nos dia 4 e 5 de dezembro de*

51 2006, num Encontro Estadual sobre o Pacto pela Vida, destinado a sensibilizar o maior número
52 possível de Conselheiros Municipais e Estaduais de Saúde. Destacou a importância do apoio e
53 colaboração do COSEMS nessa etapa, a fim de que essas ações estejam concluídas antes da
54 passagem da gestão para o novo governo. **Item 2 - Apresentação da Revisão do PDR –**
55 **desenho geográfico das MR.** O assunto foi conduzido por Vera Coelho que antes de expor as
56 alterações do Plano Diretor de Regionalização do Ceará, propostas pelas CIB Microrregionais,
57 esclareceu aos presentes que essa revisão possibilita o cumprimento das Diretrizes do Pacto de
58 Gestão do SUS e lembrou que as Regiões de Saúde constituídas no PDR tem o compromisso de
59 manter a organização de serviços de saúde resolutivos na Atenção Básica e na Média
60 Complexidade, em acordo com o que foi definido pelo Estado para a garantia do acesso às
61 clínicas especializadas na Média Complexidade. Informou que a proposta em apreço não alterou
62 o número de Microrregiões de Saúde do Estado mas houve alterações locais envolvendo
63 as Micro de Aracati, Cascavel, Russas e Quixadá, em que o município de Beberibe que passara
64 para a Micro de Cascavel, quando da criação dessa, retorna para a Micro de Aracati, enquanto o
65 município de Ibicuitinga sai da Micro de Russas e se insere na Micro de Quixadá. Foram extintas
66 as modalidades de municípios sede de módulo Assistencial e Satélite criada a modalidade de
67 Município de Apoio ao Sistema de Referência Microrregional na Média Complexidade e na Alta
68 Complexidade. Vera apresentou o desenho de cada Microrregião comentando sobre dificuldades
69 e proposições registradas nas Atas das CIB/MR. Dentre as dificuldades, destaca a queixa dos
70 gestores da MR de Caucaia em relação à não efetivação de referências programadas para
71 atendimento pelo Hospital Municipal Abelardo Gadelha de Caucaia, e a redução de oferta dos
72 serviços especializados, pelo setor complementar daquela Micro em função dos baixos preços da
73 Tabela de Procedimentos do SUS, e como saída para resolver a questão, propõem o
74 estabelecimento de uma participação financeira dos municípios da MR. Esclareceu que de
75 acordo com as normas federais, qualquer acréscimo aos valores da Tabela de Procedimentos
76 deverá ser arcado com recursos próprios do Tesouro Municipal. Após a apresentação do desenho
77 de todas as Microrregiões a CIB/CE aprovou as alterações do Plano Diretor de Regionalização e
78 autorizou o envio da proposta para aprovação do CESAU, no prazo estabelecido na agenda
79 aprovada nessa pauta, para assinatura dos Termos de Compromissos de Gestão Estadual e
80 Municipais. **Item 3 - Plano de Investimentos da Vigilância em Saúde/2006 – 2ª Etapa.** Vera
81 apresentou a proposta da distribuição dos equipamentos e veículos do Plano de Investimentos da
82 SVS em que o Ceará seria beneficiado com **Vinte e três (23) Microscópios Bacteriológicos**,
83 sendo dezoito (18) para o controle da Tuberculose, quatro (4) para o controle da Dengue e um
84 (01) para o CGLAB; **Dois (02) Microscópios Entomológicos**, sendo um (01) para a Dengue e
85 um (01) para o CGLAB; **Seis (06) Motos**, das quais, três (03) destinadas para o controle da
86 Dengue e três (03) para o controle do Tracoma. **Uma (01) Pick-up cabine dupla, tração 4x4:**
87 para o controle da Doença de Chagas e Quatro (04) veículos utilitários tipo Kombi para o
88 controle da Dengue. Informou que a proposta em questão havia sido analisada, preliminarmente,
89 por técnicos da SESA/NUEND e do COSEMS, que concluiu pela seguinte distribuição, baseada
90 em critérios específicos: **Microscópios Bacteriológicos da Tuberculose:** (Critérios: municípios
91 com maior taxa de incidência de TB pulmonar BK +/2005; os que tem laboratório público; os
92 não contemplados na etapa anterior; os que atendem outros municípios em baciloscopia.) - Um
93 (01) para cada um dos municípios de Aracoiaba, Baturité, Camocim, Canindé, Crateús,
94 Hidrolândia, Horizonte, Icó, Iguatu, Morrinhos, Pacatuba, Paracuru, Quixadá, Russas, Santana
95 do Acaraú e Uruburetama e dois (02) para Maranguape; **Microscópios Bacteriológicos da**
96 **Dengue:** Quatro (04) para o laboratório do NUEND/SESA, para redistribuição às CERES, de
97 acordo com as necessidades. **Microscópios Bacteriológicos do CGLAB:** Um (01) para o
98 laboratório do NUEND/SESA, para redistribuição às CERES, de acordo com as necessidades.
99 **Microscópio Entomológico da Dengue:** Um (01) para o laboratório do NUEND/SESA.
100 **Microscópio Entomológico do CGLAB:** Um (01) para o laboratório do NUEND/SESA, para

101 redistribuição às CERES, de acordo com as necessidades. **Motos para a Dengue:** Critérios: a)
102 município de até 50.000 hab; município entre 50.001 e 100.000 hab; b) Melhor desempenho nos Ciclos;
103 c) menor número de casos de Dengue e Febre Hemorrágica da Dengue): Uma (01) Moto para o
104 município de Barbalha; uma (01) para o município de Crato e uma (01) para Pedra Branca.
105 **Veículos utilitários tipo Kombi para a Dengue:** (Critérios: municípios com pop acima de 100.000
106 habitantes, situação de risco com elevada possibilidade de casos complicados ou de Dengue hemorrágico)
107 - Um (01) veículo para o município de Caucaia, um (01) para o município de Juazeiro do Norte,
108 um (01) para o município de Pedra Branca e um (01) para Uruburetama. **Pick-up CD tração 4x4**
109 **para a Doença de Chagas:** Uma (01) para a CERES de Iguatu. (Região com infestações
110 domiciliares e índices de dispersão elevados). **Motos para o controle do Tracoma:** Duas (02)
111 para a CERES de Crato e Uma (01) para a CERES de Juazeiro do Norte (Critério:prevalência
112 endêmica na região do Cariri). A **Plenária da CIB/CE** aprovou a distribuição do equipamentos
113 e veículos constantes do Plano de Investimentos da Vigilância em Saúde, para o Ceará, na forma
114 acima apresentada. **Item 4 - Avaliação dos Hospitais de Pequeno Porte de acordo com os**
115 **critérios da Portaria GM Nº 1044 de 01 de junho de 2004.** Dr. **Aldrovando** apresentou uma
116 planilha com dados de avaliação dos Hospitais de Pequeno Porte do Ceará, considerando os
117 critérios da Portaria GM Nº. 1044 de 01 de junho de 2004 e os parâmetros da Portaria GM Nº
118 1101/2002, dentre os quais destacou cobertura do PSF em percentual acima de 70%, a realização
119 de meta de internação mínima de 5% da população, no semestre, as taxas de ocupação de leitos e
120 média de permanência. Os dados se referem ao período de outubro de 2005 a março de 2006 e
121 mostra as seguintes conclusões para os 64 municípios que aderiram à Política de HPP: A) Sete
122 (07) municípios não assinaram convênio com o Estado por pendências nas certidões negativas,
123 mas recebem dinheiro do MS; B) Treze (13) municípios tiveram cobertura do PSF abaixo de
124 70%; C) Três (03) municípios não atingiram a meta em Obstetrícia e extrapolaram em Clínica
125 Médica e Pediatria; D) Vinte (20) municípios não atingiram a meta em Obstetrícia e Pediatria e
126 extrapolaram em Clínica Médica; E) Cinco (05) municípios não registraram internação; F) Um
127 (01) município não atingiu a meta em Pediatria e extrapolou em Clínica Médica. Mostra também
128 a discrepância em relação à produção ambulatorial em que 33% dos municípios avaliados
129 apresentara uma produção alta de Ultrasonografia, chegando a 311% do parâmetro da Portaria Nº
130 1101 do MS. A Fisioterapia em 53% dos municípios atinge 729% do parâmetro da Portaria.
131 Enquanto nas ações de enfermagem, médicas e odontológicas da Atenção Básica, os índices de
132 produção estão abaixo das metas em grande parte dos municípios avaliados. Quanto às
133 internações informou que muitos municípios não alcançaram os 5% da meta local mas
134 extrapolaram os 3% permitidos de internação de referência e mesmo assim o somatório não
135 chega aos 8 % permitidos pela norma federal. Dr. Aldrovando disse que o estudo apresentado
136 seria repassado ao COSEMS para análise detalhada de cada município. **Rodrigo** de Deputado
137 Irapuan Pinheiro fez algumas considerações sobre a avaliação apresentada, destacando a
138 importância da análise ser feita em função de variáveis e eventos que interferem nos resultados
139 vinculados a determinados parâmetros, que segundo o mesmo, nem sempre constitui fato
140 negativo na gestão do Programa. Exemplificou, citando a queda nas internações de seu
141 município, em virtude de um melhor desempenho no atendimento ambulatorial. Abordou ainda o
142 problema do financiamento, tanto na forma de repasse como nas exigências burocráticas que
143 dificultam a efetivação dos gastos dentro do cronograma financeiro dos municípios. **Lilian**
144 coloca em questão a manutenção na política de HPP dos municípios que não cumpriram o
145 critério de cobertura do PSF. Dr. **Mário Lúcio** discorda desse posicionamento questionando o
146 fato de muitos municípios não terem recebido a parcela de recursos devida pelo Estado, e
147 propõe que se estude até o final deste ano a possibilidade de se extinguir a atual forma convencional
148 de repasses de recursos financeiros do Estado para os municípios. Dr. **Jurandi** informou que
149 essa modalidade só poderá ser alterada um ano após a posse do novo governo uma vez que o
150 orçamento de 2007 já havia sido encaminhado à Assembléia e afirmou que nesse sentido, a

151 SESA teria feito várias inserções junto à SEAD e à SEFAZ, porém não obtivera êxito. Afirmou
152 ainda que somente cinco municípios não haviam recebido os recursos por questão de
153 inadimplência. Lembrou sobre o acréscimo de 96 % nos recursos do HPP, e enfatizou a
154 necessidade de se fortalecer o processo de avaliação com vistas ao cumprimento da Portaria que
155 regulamenta essa Política, incluindo a exigência de cobertura do PSF acima de 70%. **Maria da**
156 **Paz** expressa preocupação quanto à situação da SESA ante a possibilidade de uma auditoria
157 federal que venha questionar a manutenção dos municípios que não alcançaram o parâmetro e
158 propõe uma análise da evolução dessa cobertura. A **CIB/CE** acordou que a SESA iria notificar
159 os municípios sobre o não cumprimento do parâmetro de cobertura do PSF, de no mínimo 70%,
160 e os que não registraram internações no período avaliado, e analisar a situação de cada um com
161 base na evolução desse parâmetro, a partir do mês da adesão do município à Política de HPP.

162 **Item 5- Discussão sobre a necessidade da elaboração de PPI Interestadual nas**
163 **Macrorregiões de Saúde.** Dra. **Lilian** esclareceu que o Secretário de Saúde de Barbalha,
164 preocupado com volume de atendimento de média e de alta complexidade de pacientes de outros
165 estados, solicitara à SESA um estudo dessa situação com vistas à discussão na CIB/CE sobre a
166 necessidade de se elaborar uma PPI interestadual nas Macrorregiões. Informou que a COVAC
167 realizara o levantamento dos valores mensais resultantes da entrada de pacientes de outros
168 estados versus saídas de pacientes do Ceará e concluíra que há um prejuízo mensal no Teto
169 Global do Estado, destacando o Rio Grande do Norte, R\$ 25,433,00, (vinte e cinco mil,
170 quatrocentos e trinta e três reais); Paraíba, R\$ 13.657,00 (treze mil, seiscentos e cinquenta e sete
171 reais) e Pernambuco R\$ 86.303,00 (oitenta e seis mil, trezentos e três reais). Por outro lado,
172 informou que o Ceará deve o valor mensal R\$ 12.314,00 (doze mil, trezentos e quatorze reais) ao
173 Piauí. **Lilian** disse que o estudo precisa ser mais detalhado, mas considera importante que o
174 assunto se constitua em demanda para pactuação na CIT, já que a elaboração de PPI
175 interestadual constitui uma das premissas da regionalização previstas no Pacto de Gestão. **Vera**
176 entende que a COVAC deveria fazer uma análise mais apurada dos casos, buscando a
177 identificação dos municípios de residência dos pacientes, a frequência do atendimento e outros
178 elementos que justifiquem a pactuação. Em seguida propôs que, após definidos os Estados que
179 poderiam compor o desenho da Região Interestadual, seja elaborada uma proposta a ser discutida
180 com as Comissões Intergestores Bipartite do Ceará e dos outros Estados envolvidos, em reunião
181 que poderia ser agendada por intermédio do CONASS, cujo Presidente é o Presidente da
182 CIB/CE. Cumprida essa etapa é que se submeteria o assunto à Comissão Intergestores Tripartite.
183 A **CIB/CE** acatou a proposta acima formulada pela Dra. Vera Coelho, Secretária Executiva da
184 CIB/CE, ficando a Coordenadora da COVAC ciente das providências a serem adotadas. **Item 6 –**
185 **Discussão sobre a prorrogação da data de finalização da PPI da Assistência.** **Vera** lembrou
186 que conforme cronograma proposto no item 1 da pauta em curso, o envio das Programações
187 pelas CERES seria no dia 30 de outubro, e a revisão final e definição dos Limites Financeiros, no
188 dia 20 de novembro de 2006. Houve uma discussão sobre esses prazos, ficando acordado pela
189 plenária, após ouvir os orientadores das Microrregiões, as datas de 27 de outubro de 2006 para
190 envio das PPI à SESA e 27 de novembro de 2006 para a definição dos Limites Financeiros.
191 **Arnaldo** chama a atenção para o problema de oferta de serviços, em que o baixo preço pago pelo
192 MS retrai a oferta pelos prestadores e diz que isso inviabiliza a efetivação das programações de
193 referência, principalmente no que se refere às consultas nas especialidades clínicas. **Vera** propõe
194 que os gestores negociem valores para a complementação da tabela do SUS, com recursos
195 municipais, já que isso não pode ser feito com recursos federais. Diz que há um exemplo dessa
196 prática em Iguatu, que não se faz com o intuito de complementar valores de referência de
197 serviços mas com o objetivo de subsidiar os serviços de referência. Dr. **Jurandi** entende que
198 deve haver um movimento para a regulamentação da EC-29 com vistas à entrada de dinheiro
199 novo no SUS, não apenas para resolver os problemas atuais de referência de serviços, mas para
200 fazer face às novas demandas que se inserem a cada dia no Sistema. **Policarpo** diz que o maior

201 problema do SUS reside na Média Complexidade e que se deve buscar junto aos novos governos
202 Estadual e Federal a resolução desse questão que, segundo o mesmo, é do conhecimento do MS.
203 A **CIB/CE** acatou a definição do prazo para a finalização da PPI, nas seguintes datas: 27 de
204 outubro de 2006 para recebimento das PPI/MR pela SESA e 27 de novembro para a revisão final
205 e definição dos Limites Financeiros dos municípios e do Estado. **Item 7 - Pagamentos**
206 **Administrativos.** Dra. **Lilian** colocou para a plenária os pedidos de pagamento administrativo
207 do Hospital do Câncer, da Microrregional de Fortaleza, do Centro de Nefrologia de Caucaia e do
208 Hospital Santo Inácio, de Juazeiro do Norte. Sobre o Hospital do Câncer - ICC, esclarece que a
209 direção desse estabelecimento solicitara ao município de Fortaleza o pagamento no valor de R\$
210 27.728,55 (vinte e sete mil, setecentos e vinte e oito reais e cinquenta e cinco centavos)
211 correspondente a procedimentos da competência de janeiro de 2006, que excederam o teto
212 financeiro daquela instituição. Dra. **Lilian** informa que o gestor de Fortaleza reconhece a
213 existência do débito em questão e solicita autorização para proceder o pagamento administrativo
214 ao Hospital do Câncer, no valor acima informado. A **CIB/CE** autorizou o Secretário de Saúde de
215 Fortaleza a proceder o pagamento administrativo no valor de R\$ 27.728,55 (vinte e sete mil,
216 setecentos e vinte e oito reais e cinquenta e cinco centavos) ao Hospital do Câncer. Já o
217 **CENEC**- Centro de Nefrologia de Caucaia solicita ao Estado o pagamento da quantia de R\$
218 140.155,76 (cento e quarenta mil, cento e cinquenta e cinco reais e setenta e seis centavos),
219 correspondente a serviços de Terapia Renal Substitutiva prestados a pacientes da Microrregião
220 de Saúde de Caucaia, nos meses de fevereiro, março, abril, maio, junho e julho de 2006, que
221 excederam o teto financeiro de TRS do referido prestador. **Lilian** confirma a análise da situação
222 de Caucaia e informa que os déficit por atendimentos excedentes ao limite físico-financeiro do
223 **CENEC** deverão ocorrer em outras competências, uma vez que o teto de hemodiálise para o
224 citado prestador, mesmo com o último ajuste, não supre a demanda existente na Microrregião de
225 Caucaia. Afirma que colorara a situação para o Secretário Estadual da Saúde que concordara em
226 quitar a dívida em questão com recursos federais da gestão Estadual, disponíveis no Fundo
227 Estadual de Saúde. A **CIB/CE** autorizou o Secretário de Saúde do Estado do Ceará a proceder o
228 Pagamento Administrativo no valor de R\$ 140.155,76 (cento e quarenta mil, cento e cinquenta e
229 cinco reais e setenta e seis centavos) ao **CENEC** – Centro de Nefrologia de Caucaia, referente a
230 procedimentos excedentes de hemodiálise realizados em pacientes da Microrregião de Caucaia,
231 nos meses de janeiro a julho de 2006. Sobre o Hospital Santo Inácio de Juazeiro do Norte,
232 informa que o déficit financeiro da Terapia Renal Substitutiva importa no valor de R\$ 83.615,23
233 (oitenta e três mil, seiscentos e quinze reais e vinte e três centavos), em virtude da realização de
234 procedimentos de hemodiálise excedentes ao teto de TRS do referido prestador, nos meses de
235 junho e julho de 2006. Esclarece que o problema de Juazeiro a exemplo de Caucaia, o gestor
236 estadual aquiesceu em pagar a referida dívida, de forma administrativa, com recursos federais da
237 gestão estadual, disponíveis no Fundo Estadual de Saúde. A **Plenária da CIB** autorizou o
238 Secretário de Saúde do Estado do Ceará a proceder o Pagamento Administrativo no valor de R\$
239 83.615,23 (oitenta e três mil, seiscentos e quinze reais e vinte e três centavos) ao **Hospital Santo**
240 **Inácio, de Juazeiro do Norte**, referente a procedimentos de hemodiálise realizados nas
241 competências de junho e julho de 2006, que excederam o teto financeiro do prestador. **Item 8 -**
242 **Implantação de CEO tipo I em Araripe e Quixeré, e credenciamento de Laboratório**
243 **Regional de Próteses Dentárias em Santana do Acaraú.** Vera apresentou os pedidos de
244 implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas tipo I dos municípios de Araripe e
245 Quixeré, e de credenciamento de um Laboratório Regional de Próteses Dentárias em Santana do
246 Acaraú. Informou que a Coordenação de Saúde Bucal do NUNAS emitira parecer favorável aos
247 pleitos acima, considerando que os mesmos estão em conformidade com as normas federais que
248 regulamentam os CEO e LRPD. A **CIB/CE** aprovou a implantação de um Centro de
249 Especialidades Odontológicas – **CEO Tipo I** nos municípios de **Araripe e Quixeré**, com a
250 respectiva antecipação do incentivo financeiro de que trata a Portaria N° 283/GM/MS, de 22 de

251 fevereiro de 2005 e o credenciamento do Laboratório Regional de Próteses Dentárias – **LRDP**
252 do Município de **Santana do Acaraú**, junto ao SUS, conforme Portaria GM/MS Nº 599/2006,
253 de 23 de março de 2006. **Item 9 - Solicitação de cadastramento do CAPS I do município de**
254 **Santana do Acaraú.** O pedido de cadastramento do CAPS I de Santana do Acaraú foi retirado
255 de pauta à pedido da Coordenação Estadual de Saúde Mental, em função da existência de
256 pendências não resolvidas pelo município. **Item 10 - Certificação dos Municípios de**
257 **Hidrolândia, Pacujá e Forquilha.** Dra. Vera apresentou as propostas dos municípios de
258 Hidrolândia, Pacujá e Forquilha, referentes à Certificação desses municípios junto às ações de
259 Vigilância em Saúde. Disse que a Coordenação de Descentralização da SESA juntamente com a
260 supervisão da área de Epidemiologia da SESA se pronunciaram favoráveis ao pleito dos citados
261 municípios ao considerá-los aptos a assumirem as ações na área de Vigilância em Saúde. A
262 **CIB/CE** aprovou a certificação dos municípios de **Hidrolândia, Pacujá e Forquilha** para a
263 Gestão das Ações de Vigilância em Saúde, e a conseqüente habilitação dos mesmos ao
264 recebimento dos valores de financiamento em vigor. **Item 11 - Qualificação de Equipes no**
265 **âmbito do PSF e PACS.** Vera colocou à aprovação da Plenária da CIB/CE os pedidos de
266 qualificação de Equipes do Programa de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB)
267 e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) conforme segue: **ESF:** Uma (01) para Altaneira e
268 Seis (06) para Barbalha. **ESB:** Uma (01) para Acaraú; Uma (01) para Poranga e Três (03) para
269 Tabuleiro do Norte. **ACS:** Quarenta e seis (46) para Barbalha, Cinco (05) para Novo Oriente e
270 Sete (07) para Senador Pompeu. A **Bipartite** aprovou as qualificações no âmbito do PACS
271 acima apresentadas. **Item 12 - Descentralização de Ações de Vigilância Sanitária, para**
272 **Tianguá, Barbalha e Iracema.** Vera apresentou processos do Núcleo de Vigilância Sanitária,
273 com pareceres favoráveis à descentralização dos municípios de Barbalha, Iracema e Tianguá,
274 para as ações de Média Complexidade em VISA, segundo os quais os referidos municípios estão
275 aptos a aderirem ao Pacto das Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária e,
276 portanto, habilitados a receberem os recursos financeiros oriundos da ANVISA e do Estado no
277 valor per capita anual vigente. A **CIB/CE** aprovou a descentralização das ações de Média
278 Complexidade em VISA para os municípios de Barbalha, Iracema e Tianguá. **Item 13 -**
279 **Credenciamento do Serviço de Hemodiálise de Canindé.** **Lilian** lembrou que em reunião
280 anterior a CIB/CE aprovava a implantação de um serviço de nefrologia em Canindé. Nessa pauta
281 estaria sendo avaliado o credenciamento da Clínica de Nefrologia de Canindé S/C Ltda para
282 atendimento a 85 pacientes da Microrregião de Canindé e de municípios das Micros de Tauá e
283 Baturité e de outros municípios próximos e de acesso fácil ao município de Canindé, que dialisam em
284 Fortaleza (57), Caucaia (04), Maracanaú (01) e Sobral (23). Disse que desse total, mais de 20
285 (vinte) já haviam concordado formalmente em se transferir para Canindé. Afirmou que a SESA
286 estaria providenciando as informações junto aos demais pacientes sobre a transferência do
287 tratamento, e o processo de vistoria do Serviço com vistas a emissão do Alvará de
288 funcionamento. Propôs à plenária, a deliberação favorável ao encaminhamento do pleito de
289 Canindé ao MS, com vistas à inclusão do Serviço na Rede de Nefrologia do Ceará, cujo
290 atendimento ao SUS só poderá iniciar após a publicação da Portaria Ministerial com a aprovação
291 do credenciamento. **Lilian** informou ainda que a repercussão financeira mensal prevista, importa,
292 inicialmente, em R\$ 144.213,55 (cento e quarenta e quatro mil, duzentos e treze reais e cinquenta
293 e cinco centavos) e implica em alteração do teto financeiro da Terapia Renal Substitutiva dos
294 municípios de Fortaleza, Sobral, Caucaia e Maracanaú, A **plenária da CIB/CE** aprovou o
295 credenciamento do **Centro de Nefrologia de Canindé S/C Ltda**, junto ao SUS, para realizar
296 atendimento de Alta Complexidade em Nefrologia a 85 (oitenta e cinco) pacientes identificados
297 como portadores de doença renal crônica que dialisam em Fortaleza, Sobral, Caucaia e
298 Maracanaú, e residem em municípios localizados nas Microrregiões de Canindé, Tauá e Baturité
299 e em outras Microrregiões próximas e de acesso fácil ao município de Canindé. **Item 14 -**
300 **Credenciamento do Hospital Municipal de Ipu** – **Lilian** apresentou o processo do município

301 de Ipu em que o gestor daquela localidade solicita o credenciamento do Hospital Municipal,
302 junto ao Sistema Único de Saúde. Informou que o pleito recebera a aprovação do Conselho
303 Municipal de Saúde do Ipu que dispõe de um hospital privado e um filantrópico e cujo teto
304 financeiro não comporta a manutenção de um terceiro hospital. Diz que em cumprimento à Lei
305 8080/90 do SUS priorizar o serviço público, e em se tratando da necessidade do serviço
306 complementar, o serviço filantrópico tem a preferência, propõe remanejar os recursos federais do
307 teto do hospital privado, no caso o Hospital Casa de Saúde São Sebastião e remanejá-los para o
308 Hospital Municipal José Evangelista Oliveira, após cumprido o prazo de 60 sessenta dias
309 concedido ao referido prestador. A **CIB/CE** aprovou o credenciamento do Hospital Municipal de
310 Ipu e autorizou o encaminhamento de Ofício à direção do Hospital Casa de Saúde São Sebastião,
311 comunicando a decisão da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará. **Item 15 - Projeto de**
312 **Cirurgias Eletivas do Município de Aracati**. Dra. **Regina Célia** apresentou o Projeto de
313 Aracati para realização de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade, com abrangência para a
314 população da Microrregião de Aracati formada pelos municípios de Aracati, Fortim, Icapuí e
315 Itaiçaba, num total de 107.591 habitantes. Os procedimentos serão executados em Aracati, com
316 financiamento total previsto no valor de R\$ 242.079,75 (duzentos e quarenta e dois mil, setenta e
317 nove reais e setenta e cinco centavos). A **CIB/CE** aprovou o Projeto para realização de
318 procedimentos Cirúrgicos eletivos de Média Complexidade, do município de Aracati. Dra.
319 **Regina** informou ainda que com esse Projeto o Estado concluiria o programa de Cirurgias
320 Eletivas do exercício de 2006. **INFORME:** Portaria GM N° 1.991, de 25 de agosto de 2006 –
321 Prorroga até 30 de junho de 2007, o prazo de prestação de contas dos projetos estaduais da Fase I
322 e do Componente 3 dos Projetos Estaduais de Expansão e Consolidação da Saúde da Família -
323 PROESF. Nada mais havendo a tratar a Plenária encerrou a reunião tendo eu, Célia Fonseca,
324 lavrado a presente Ata que vai assinada pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite que
325 compareceram. Fortaleza, dezesseis de outubro do ano de dois mil e seis.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 13ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006**
3

4 Aos dez dias do mês de novembro do ano de dois mil e seis, às quatorze horas, na sala de reunião
5 do CESAU, na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, realizou-se a 13ª Reunião Ordinária de
6 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes
7 membros: **Representando a SESA**, Jurandi Frutuoso Silva, Secretário da Saúde e Presidente da
8 CIB; Vera Maria Câmara Coelho, Coordenadora da COPOS; Lilian Alves Amorim,
9 Coordenadoras da COVAC; Nágela dos Reis Norões, Técnica da CORES; Ismênia Maria Ramos,
10 Supervisora do NUPLA/Planejamento em Saúde. Pela **representação do componente municipal**,
11 compareceram os seguintes membros, Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio Ramalho
12 Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Maria Ivonete Dutra Fernandes, de Quixadá;
13 Arnaldo Costa Lima, de Sobral, Maria Nizete Alves, de Crato, José Policarpo Barbosa, de Umirim
14 e o Coordenador de Políticas de Saúde de Fortaleza, Alexandre Mont'Alverne. Como **convidados**
15 **os Secretários Municipais de Saúde**: Antônio Tadeu Marques, de Parambu; Murilo Amaral, de
16 Caucaia; Alcides Muniz Matos, de Juazeiro do Norte; Fca. Costa Martins, de Nova Russas; Daniel
17 Maciel Peixoto, de Icó; Fco. Pedro S. Filho, de Cruz; Alessandra Pimentel, de Itapagé; Fco.
18 Evandro Lima, de Aquiraz e Rute Gomes de Meneses Maia, de Limoeiro do Norte. **Orientadores**
19 **de Células Regionais de Saúde, técnicos da SESA, das CERES e das Secretarias Municipais**
20 **de Saúde e do COSEMS**: Selene Bandeira, Fco. da Costa Martins, Inês Santos do Couto, Valdene
21 Vasconcelos Cunha, Maria de Fátima Teixeira, Regina Vale, Maria Lucila Rodrigues, Ana Viginia
22 C. da Justa, Kátia Lopes Brito, Cícero Robervan Almeida, Janaína Rebouças, Inar Rabelo,
23 Verdiane Araújo, Antônio M.M. Gonçalves, Adriano Parente Bluhm, Jaqueline Sousa, Ma. das
24 Graças Valério e Joseana Lima. A reunião foi presidida por Dra. **Vera Coelho** que ao constatar a
25 existência de quorum, iniciou os trabalhos com a leitura dos itens de pauta. Antes de iniciar a
26 apresentação das matérias Dra. Lilian pediu permissão à Plenária para saudar e parabenizar a Dra.
27 Vera Coelho pela passagem de seu aniversário. Após as homenagens a assembléia prosseguiu com
28 a apresentação do **Item 1 - Composição da Câmara Técnica de Gestão da CIB/CE**. Dra. **Vera**
29 lembrou que em cumprimento às diretrizes do Pacto de Gestão a CIB havia aprovado a proposta
30 de alterações no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite, dentre as quais, a
31 inclusão de dispositivo que estabelece que a CIB-CE “disporá de Câmaras Técnicas Permanentes
32 nas áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão, planejamento e financiamento,
33 assistência farmacêutica, vigilância à saúde, e educação em saúde, contando com a participação de
34 gestores e técnicos das Secretarias Municipais e Secretaria Estadual de Saúde, para subsidiar as
35 discussões e deliberações sobre temas de interesse e competência deste Colegiado”. Destacou a
36 necessidade de se constituir, naquela assembléia, a Câmara Técnica de Gestão com vistas à análise
37 dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal enviados à CIB/CE, para a emissão da
38 Declaração de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal. Seguiu-se a indicação dos
39 técnicos, componentes da SESA e dos componentes do seguimento municipal, aprovada sem
40 questionamentos pela **Plenária da Bipartite**, ficando a Câmara Técnica Permanente da CIB/CE
41 na área de Gestão do SUS, assim constituída: Representando o estado: Aldrovando Nery de
42 Aguiar, Regina Célia de Alencar Ribeiro, Melânia Ximenes Castro e Tereza Rosane Araújo Felipe
43 T. Lima, da Coordenadoria de Vigilância, Avaliação e Controle; Nágela Maria dos Reis Norões,
44 da Coordenadoria das Células Regionais de Saúde; Carmem Lúcia da Coordenadoria de Apoio ao
45 Desenvolvimento da Atenção à Saúde; Antônio Paula de Meneses da Coordenadoria de Políticas
46 de Saúde. Representando os municípios: Mônica Souza Lima da SMS de Sobral; Alessandra
47 Pimentel de Sousa da SMS de Itapagé; Francisco Pedro da Silva Filho, da SMS de Cruz; Alexandre
48 Mont'Alverne da SMS de Fortaleza; Maria da Paz Gadelha Cruz, da SMS de Mulungu; Luzia
49 Lucélia Saraiva Ribeiro, da SMS de Senador Pompeu e Leni Lúcia Leal Nobre, do COSEMS.
50 **Item 2 – Proposta para Operacionalização dos Complexos Reguladores relativos às**

51 **Referências Intermunicipais**. O assunto foi conduzido pela Dra. Melânia, que apresentou o
52 desenho e funcionamento do sistema de regulação da SESA, realizado através das 21 Centrais de
53 Regulação da Microrregiões de Saúde e citou os avanços obtidos na operacionalização do sistema,
54 e os principais problemas que dificultam o acesso da população de referência intermunicipal aos
55 serviços de saúde no Estado. No que diz respeito à operação dos complexos reguladores da
56 referência intermunicipal, informou que os mesmos são operados nos modos I e II, preconizados
57 pelas diretrizes operacionais do Pacto de Gestão constantes do item Regulação da Atenção à Saúde
58 e Regulação Assistencial, em que, no modo I, o gestor estadual se relaciona com a central
59 municipal que faz a gestão do prestador, e no modo II, o gestor estadual se relaciona diretamente
60 com o prestador quando este estiver sob sua gestão. Concluiu, propondo a manutenção dos modos
61 de operacionalização dos complexos reguladores relativos às referências intermunicipais acima
62 colocados. Aberto o espaço para as discussões, Dr. **Arnaldo** questiona sobre a necessidade da
63 manutenção das 21 Centrais Microrregionais de Regulação e propõe que se utilize a tecnologia
64 existente, para o funcionamento de Centrais Macrorregionais que dê cobertura às regionais, com o
65 uso reduzido de profissionais e de recursos materiais. Dra. **Vera** diz que o sistema tem conflitos
66 mas é necessário passar por etapas de amadurecimento. Dra. **Melânia** diz que a centralização da
67 regulação nas Macrorregionais é uma estratégia que não tem como ser utilizada no sistema
68 concebido para o funcionamento da CRESUS. Dr. **Mário Lúcio** acha que a proposta do Arnaldo
69 quanto à centralização das Centrais de Regulação deve ser aprofundada mas entende que, no
70 momento, a operação dos complexos reguladores relativa à referência intermunicipal deveria ser
71 pactuada na forma apresentada pela COVAC. Assim a CIB/CE decidiu aprovar o modelo de
72 operacionalização dos complexos reguladores relativos às referências intermunicipais no Estado
73 do Ceará, que obedecerá os seguintes modos: **I**. No caso do prestador que está sob gestão
74 municipal, o gestor estadual se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.
75 **II**. No caso do prestador que está sob gestão estadual, o gestor estadual se relacionará diretamente
76 com o prestador. **Item 3 – Pactuação das Responsabilidades de Gestão Estadual e Municipal**
77 **da Área de Vigilância Sanitária**. O assunto foi excluído de pauta por solicitação do Núcleo de
78 Vigilância Sanitária, em virtude da mudança do horário da reunião que impossibilitou a presença
79 da Dra. Diana que já havia assumido compromisso naquela tarde. **Item 4 – Indicadores do Pacto**
80 **de Atenção Básica selecionados para concessão de reajuste anual do PAB**. Dra Vera citou o
81 Ofício GS/SAS Nº 2066 de 06/10/2006 no qual o Secretário de Atenção à Saúde do MS comunica
82 ao Estado que de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, os valores de reajuste do
83 PAB, a partir do próximo ano, serão vinculados ao alcance de metas em relação aos seguintes
84 indicadores: • *Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;*
85 • *Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;* • *Razão entre*
86 *exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 a 59 anos e a população feminina*
87 *nessa faixa etária;* • *Cobertura vacinal da 3ª dose de tetravalente em menores de um ano de*
88 *idade, maior ou igual a 95%*. Informa que o desempenho para o alcance das metas dos indicadores
89 deve considerar coerência entre as metas pactuadas, os parâmetros esperados e os resultados
90 alcançados. Vera explica ainda que segundo informação do Ministério, o reajuste deverá ser de
91 20% no total, sendo de 5% o reajuste correspondente a cada um dos quatro indicadores acima. Dr.
92 **Arnaldo** questiona sobre a comprovação dos resultados dos indicadores. Vera fala sobre as
93 dificuldades do exercício de monitoramento dos dados e veracidade das informações e diz que o
94 Estado precisa organizar um trabalho de acompanhamento mais próximo dos Sistemas Municipais
95 de Saúde. **Item 5 – Apreciação do Projeto de Fortalecimento da Estrutura Estadual de**
96 **Gestão de Pessoas/PROGESUS**. Excluído de Pauta por solicitação da Supervisora do Núcleo de
97 Recursos Humanos da SESA, segundo a qual o Projeto estaria sendo revisado em virtude de novas
98 orientações do MS. **Item 6 – Credenciamento de Laboratório Regional de Próteses Dentárias**
99 **do CEO-Centro e Implantação do CEO I de Groaíras**. Vera apresentou o pleito do CEO-
100 Centro referente ao credenciamento de um Laboratório Regional de Próteses Dentárias, mas

101 argumentou que, não obstante o parecer favorável da Coordenação de Saúde Bucal da SESA o
102 pleito não fora submetido à consideração do gestor do município de Fortaleza, conforme determina
103 a Portaria GM Nº 599, de 23 de março de 2006. Sugeriu a remessa do processo à Secretaria de
104 Saúde de Fortaleza para cumprimento do procedimento normativo antes de ser submetido à CIB.
105 A **Plenária desse Colegiado** acatou a sugestão e autorizou o envio do processo para
106 pronunciamento do gestor da saúde da capital. Quanto à implantação do CEO I de Groaíras,
107 informou que a Coordenação Estadual de Saúde Bucal emitira parecer favorável ao pleito e
108 solicitou a aprovação do Colegiado. A **CIB/CE** aprovou a implantação de um Centro de
109 Especialidades Odontológicas tipo I no município de Groaíras. **Item 7 – Certificação de**
110 **Municípios para as ações de Vigilância em Saúde.** Vera apresentou os pedidos de Certificação
111 dos municípios de **Alcântaras, Catunda, Coreaú, Senador Sá e Parambu** junto ao MS para a
112 realização das ações de Vigilância em Saúde. Informou que os pleitos obtiveram o parecer
113 favorável da Comissão de Descentralização do Núcleo de Epidemiologia, considerando que os
114 municípios acima destacados atenderam os requisitos previstos nas normas que regem a matéria.
115 Ante o exposto, a CIB/CE aprovou a certificação dos municípios de **Alcântaras, Catunda,**
116 **Coreaú, Senador Sá e Parambu** junto às ações de Vigilância em Saúde do SUS. **Item 8 -**
117 **Qualificação de Equipes no âmbito do PSF e PACS.** Vera colocou à aprovação da Plenária da
118 CIB/CE os pedidos de qualificação de Sete (07) Equipes do Programa de Saúde da Família, das
119 quais, três (03) são para Assaré, uma (01) para Icapuí e duas (02) para Senador Pompeu e nove
120 (09) Agentes Comunitários de Saúde (ACS): um (01) para Assaré, Cinco (05) para Bela Cruz e
121 três (03) para Icapuí. A Bipartite aprovou as qualificações acima apresentadas. **Item 9 -**
122 **Pagamentos Administrativos de Fortaleza e Sobral.** Dra. **Lilian** apresentou o pedido gestor da
123 saúde do município de Fortaleza para pagamento administrativo ao estabelecimento Bioclínica
124 Especialidades Médicas, referente a 04 (quatro) Autorizações de Procedimento de Alto Custo
125 (APAC) de Cirurgias Ambulatoriais Especializadas, no valor de R\$ 2.572,00 (dois mil, quinhentos
126 e setenta e dois reais), relativas ao mês de julho de 2006, glosadas por erro de digitação. A
127 **CIB/CE** autorizou o Secretário de Saúde de Fortaleza a proceder o pagamento administrativo à
128 **Bioclínica Especialidades Médicas**, com recursos do Projeto de Cirurgias Eletivas de Média
129 Complexidade, conforme solicitado. O outro pagamento administrativo de Fortaleza se refere a
130 procedimentos de hemodiálise, no valor de R\$ 784,60 (setecentos e oitenta e quatro reais e
131 sessenta centavos), realizados em paciente internado no Hospital Fernandes Távora, no período de
132 14 a 25 de fevereiro de 2006, que não foram pagos em virtude de erro no processamento da
133 cobrança do serviço. A **CIB/CE** autorizou o gestor de Fortaleza a proceder o pagamento
134 administrativo ao **Hospital Distrital Fernandes Távora** no valor de R\$ 784,60 (setecentos e
135 oitenta e quatro reais e sessenta centavos). A Coordenadora da COVAC apresentou ainda o pedido
136 de Sobral para o pagamento administrativo no valor de R\$ 65.380,42 (sessenta e cinco mil,
137 trezentos e oitenta reais e quarenta e dois centavos) em favor da Santa Casa de Sobral, referente a
138 procedimentos de Terapia Renal Substitutiva, excedentes, realizados no período janeiro a agosto
139 de 2006, e informa que o gestor do município se propõe a pagar o débito em questão, com recursos
140 do teto financeiro da assistência disponíveis na conta do Fundo Municipal de Saúde de Sobral. A
141 **CIB/CE** autorizou o **Pagamento Administrativo** no valor R\$ 65.380,42 (sessenta e cinco mil,
142 trezentos e oitenta reais e quarenta e dois centavos) à **Santa Casa de Misericórdia de Sobral**,
143 com recursos da média complexidade alocados no FMS daquela municipalidade, referente a
144 procedimentos de Terapia Renal Substitutiva, excedentes, realizados no período janeiro a agosto
145 de 2006. **Item 10 –Habilitação da Bioclínica Especialidades Médicas** - Dra. **Lilian** falou sobre
146 pedido do Secretário da Saúde de Fortaleza para a habilitação do prestador, **Bioclínica**
147 **Especialidades Médicas**, para atendimento ao Programa de Assistência aos portadores de
148 Glaucoma como centro de referência em oftalmologia, e a exclusão do Instituto de Oftalmologia
149 do Pirambu e do Instituto de Oftalmologia Rodrigues de Castro da Rede de Assistência Nível I, da
150 Rede de Referência em Oftalmologia do Estado. Informou que o assunto havia sido incluído em

151 processo encaminhado ao município de Fortaleza e que não havia impedimento para o
152 atendimento do pleito em questão, uma vez que não haveria acréscimo ao número de unidades de
153 oftalmologia à rede já habilitada pelo Ministério da Saúde. A CIB/CE autorizou a emissão de
154 Resolução aprovando o cadastramento do estabelecimento Bioclínica Especialidades Médicas
155 CNES Nº 3488578, como Centro de Referência da Rede de Assistência em Oftalmologia Nível I,
156 para atendimento ao Programa de Assistência aos portadores de Glaucoma, e a exclusão do
157 Instituto de Oftalmologia do Pirambu e do Instituto de Oftalmologia Rodrigues de Castro, da Rede
158 Estadual de Referência em Oftalmologia do Nível I. **INFORMES: 1º. Decisões da Comissão**
159 **Intergestores Tripartite em 09/11/2006.** Dr. **Jurandi** informou que a CIT havia aprovado as
160 Diretrizes para o PCCS dos trabalhadores da saúde e as portarias do PLANEJASUS, do
161 PROSAÚDE e do TELESÁUDE. Sobre o PCCS disse que o documento havia sido levado à
162 assinatura da Mesa Nacional de Negociação e que posteriormente seria entregue ao Conselho
163 Nacional de Saúde. Disse que o PDVISA fora retirado de pauta por necessitar de alterações que
164 propiciem uma visão do Plano mais associada às questões da gestão do SUS. Falou sobre a vinda
165 do Ministro da Saúde, naquela data, para cumprimento de agenda de eventos no Estado, como a
166 inauguração das novas instalações da CAF do NUASF, o encerramento da oficina do
167 PLANEJASUS da macro Nordeste, o encerramento do curso de capacitação de funcionários do
168 corpo de bombeiros para o combate ao mosquito da dengue, em Beberibe, e no dia seguinte, o
169 Ministro iria participar da abertura do Congresso de Ortopedia, em Fortaleza. Afirmou ainda que
170 na Tripartite do dia 14 de dezembro deveria ser aprovada a regulamentação dos Blocos de
171 Financiamento do SUS, a vigorar a partir de janeiro de 2007, assim como a proposta de unificação
172 dos Pactos e o componente federal do instrumento de monitoramento do Pacto de Gestão. **2º**
173 **Informe: Índice de internações de pacientes do interior nos hospitais da Capital** Vera disse
174 que em virtude da constante discussão levantada pela SMS de Fortaleza segundo a qual as
175 internações realizadas nesse município seriam em sua maioria de pacientes do interior, a SESA,
176 através da COVAC, teria feito o levantamento das internações em todos os hospitais de Fortaleza,
177 cujo resultado mostra que o percentual de pacientes do interior e Região Metropolitana internados
178 na Capital é de 24,2%. Citou percentuais de internação em alguns hospitais públicos e privados em
179 que a maioria dos atendimentos, à exceção do Albert Sabin, é feito à população local, fato este que
180 contradiz a informação divulgada pela imprensa, pela Prefeitura de Fortaleza de que esse
181 percentual seria de 57% (cinquenta e sete por cento). Dra. **Vera** argumentou que a SESA deveria
182 colocar a sociedade a par dessas informações mediante a divulgação das mesmas nos meios de
183 comunicação do Estado. Dr. **Jurandi** concordou e pediu para a Dra. Lilian elaborar um documento
184 oficial com as informações levantadas pela SESA e enviar uma cópia para a Secretaria de Saúde
185 de Fortaleza, com vistas a uma discussão do assunto naquele município. **Lilian** disse que os dados
186 apurados correspondem às internações ocorridas no período de janeiro a julho de 2006, tendo sido
187 pesquisadas as AIH pagas conforme consta no sistema TABWIN. Dr. **Mário Lúcio** criticou a
188 forma como a Prefeitura de Fortaleza tratou o assunto e argumenta que o referido município, na
189 condição de sede de macrorregião, com os recursos e a capacidade de oferta que dispõe, tem
190 obrigação de atender os usuários do SUS nas especialidades que os municípios não dispõem.
191 Propõe que se consulte junto à Secretaria de Saúde de Fortaleza qual a fonte dos dados utilizados
192 pelo município para os números veiculados na imprensa, com vistas a se prestar à população os
193 esclarecimentos necessários sobre a informação. Dr. **Eládio**, da SMS de Fortaleza diz que não vê
194 equívoco nas informações, nem nas fornecidas pela Prefeitura nem nas apresentadas pelo Estado.
195 Mas entende que houve de ambas as partes uma sub-avaliação, considerando que a procedência de
196 pacientes do interior muitas vezes é informada como sendo de Fortaleza. Após outras
197 manifestações da plenária a **CIB/CE** concluiu pela divulgação do levantamento dos percentuais de
198 internação de pacientes do interior nos hospitais de Fortaleza, através da imprensa, e envio do
199 trabalho aos gestores do referido município com vistas ao esclarecimento do assunto junto à
200 população cearense. **4º Informe:** Dr. **Jurandi** informou que a SESA conseguiu a liberação da 1ª

201 parcela do projeto de construção do Hospital Albert Sabin, mas que em virtude da proximidade da
202 data de transmissão do cargo de gestor da Saúde do Estado achou por bem cancelar a licitação por
203 não saber se a obra constituirá prioridade para o novo governo. Disse também que não irá fazer
204 renovação dos convênios dos hospitais pólos, considerando que há necessidade de fazer uma
205 avaliação dessas unidades em relação ao Programa Saúde Mais Perto de Você. Dra. **Lilian** disse
206 que apresentara na CIB/CE um trabalho sobre a resolutividade das Microrregiões referentes aos
207 anos de 2000 a 2006 e referido trabalho teria sido encaminhado à CORES e ao COSEMS. Dra.
208 **Vera** chama a atenção para a importância da mudança de modalidade de repasse de recursos
209 através das transferências fundo a fundo, como elemento favorável à transparência e à
210 continuidade das ações em períodos de mudança de governo, e recomenda ao COSEMS a
211 iniciativa de propor no início da nova gestão estadual, que fique assegurada para 2008 a
212 modalidade de transferência de recursos estaduais, fundo a fundo. **5º Informe: Portaria GM Nº**
213 **2.529, de 28 de outubro de 2006 – Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.**
214 Informa que os municípios com população acima de 100 mil habitantes serão beneficiados e que
215 para cada 100 mil habitantes os municípios poderão compor uma equipe. **Dr. Arnaldo** diz que a
216 Portaria vem de encontro ao trabalho das Equipes de Saúde da Família, que em Sobral já realiza
217 visita domiciliar. Vera afirma que as equipes da internação hospitalar podem trabalhar de forma
218 integrada às equipes do PSF e que profissionais destas podem ser treinados para atender aos
219 pacientes internados em domicílio. Dr. Evandro, secretário de Aquiraz reclama a falta de políticas
220 que beneficiem os municípios com menos de 100.000 habitantes e fala sobre a necessidade de se
221 iniciar uma discussão que considere a necessidade de se estabelecer Políticas para os municípios
222 de médio e pequeno porte. Tadeu, Secretário de Parambu concorda com o Evandro e questiona o
223 Dr. Mário Lúcio sobre a priorização de assuntos na CIB em que, afirma, só prevalecem as
224 questões dos municípios de grande porte, enquanto os pequenos são maioria. Propõe que esse
225 assunto seja discutido na assembléia do COSEMS. Dr. **Mário** diz que os favorecimentos para os
226 grandes municípios nascem no Ministério da Saúde e que o grito dos municípios não tem chegado
227 a sensibilizar os órgãos de planejamento do MS. Diz que faltou articulação com o CONASEMS
228 com vistas a uma discussão com o Ministério, mas garantiu ao Tadeu que o assunto posto em
229 pauta daquele Colegiado, em assembléia a ser realizada em 15 de dezembro de 2006. Afirmou que
230 não irá se candidatar à reeleição e que está à disposição dos Secretários Municipais para todos os
231 esclarecimentos que se fizerem necessários até as eleições da nova direção do Conselho a se
232 realizar em 19/01/2007. **6º Informe: Cirurgias Eletivas.** Vera informou que todos os Projetos
233 para realização de Procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade tiveram as Portarias
234 de habilitação publicadas pelo MS, à exceção das referentes aos municípios de Barbalha, Crato,
235 Fortaleza, Jardim, Limoeiro do Norte, Maranguape e Tianguá que haviam sido enviadas
236 recentemente. **7º Informe:** Dra. **Sílvia Bonfim**, Secretária Executiva do CESAU convidou os
237 presentes a participarem da V Plenária dos Conselhos de Saúde a se realizar nos dias 4 e 5 de
238 dezembro, em que se daria a solenidade de adesão do Estado e de alguns municípios ao Pacto de
239 Gestão do SUS. Nada mais havendo a tratar a Plenária encerrou a reunião tendo eu, Célia Fonseca,
240 lavrado a presente Ata que vai assinada pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite que
241 compareceram. Fortaleza, dez de novembro do ano de dois mil e seis.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 14ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006**
3
4

5 Aos vinte e quatro de dias do mês de novembro do ano de dois mil e seis, às quatorze horas, na
6 sala de reunião do CESAU, na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, realizou-se a 14ª Reunião
7 Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos
8 seguintes membros: **Representando a SESA**, Vera Maria Câmara Coelho, Coordenadora da
9 COPOS; Lilian Alves Amorim, Coordenadoras da COVAC; Ismênia Maria Ramos, Supervisora e
10 Antônio Paula de Menezes, Técnico do NUPLA/Planejamento em Saúde e Fco. Holanda Júnior
11 Coordenador da CODAS. Pela **representação do componente municipal**, compareceram os
12 seguintes membros, Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio Ramalho Martildes, do
13 Eusébio e Presidente do COSEMS; Maria Ivonete Dutra Fernandes, de Quixadá; José Policarpo
14 Barbosa, de Umirim e o Coordenador de Políticas de Fortaleza, Alexandre Mont'Alverne. **Como**
15 **convidados os Secretários Municipais de Saúde**: Cícero Figueiredo, de Brejo Santo.
16 **Orientadores de Células Regionais de Saúde, técnicos da SESA, das CERES e das**
17 **Secretarias Municipais de Saúde e do COSEMS**: Rita de Cássia Leitão, Elaine Pereira Bezerra,
18 Ana Márcia Rodrigues, Ana Paula Duarte, Elias Nobre, Sayonara Moura de Oliveira, Ana Maria
19 Barreto, Anderson Passos, Alvaro Fechine, Maria Gomes Fernandes, Telma Martins, Sylvana
20 Menezes, Ana Vlândia, Cícero Figueiredo, Eliane Lavor, Joseana Lima e o Conselheiro do CESAU,
21 Antônio Alves Ferreira.. A reunião foi presidida por Dra. **Vera Coelho** que ao constatar a
22 existência de quorum, iniciou os trabalhos com o registro da presença do conselheiro do CESAU,
23 Antônio Alves Ferreira, cuja participação nas reuniões da CIB, objetiva estabelecer um elo entre o
24 Conselho Estadual de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite. Prosseguiu, fazendo a leitura da
25 pauta e a alteração na seqüência dos itens, que ficaram com a seguinte ordem de apresentação:
26 **Item 1 – Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS –**
27 **ProgeSUS.** Antes da apresentação do assunto pela Sra. Maria do Carmo Gomes Lima, Supervisora
28 do Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos da SESA, responsável pela elaboração da
29 proposta. Vera Coelho esclareceu à Plenária que, mediante a Portaria Nº 2.261 de 22 de setembro
30 de 2006, o MS se propõe a apoiar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com
31 financiamento para qualificação e estruturação na áreas de Recursos Humanos. Disse que segundo
32 critérios daquela norma, no primeiro momento seriam beneficiadas as SES e as SMS da Capital.
33 Na segunda etapa, o município que tem mais de 1000 (mil) empregos públicos na saúde, no caso
34 do Ceará, o município de Caucaia; na terceira etapa os municípios que tem mais de 500
35 (quinhentos) empregos públicos na área da saúde e na quarta etapa os que tem menos de 500
36 postos de emprego público no setor saúde. Em seguida Maria do Carmo expôs o **Projeto Estadual**
37 **de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS** que mostra a situação atual da
38 área de Recursos Humanos da SESA contextualizada em informações sobre a estruturação do
39 setor, a força de trabalho e os problemas que justificam a importância do fortalecimento da base
40 organizacional, modernização dos processos de trabalho e estabelecimento de políticas de gestão
41 de pessoas que possibilitem a manutenção do quadro de pessoal, desenvolvimento e valorização
42 profissional, regularização das relações de trabalho, qualidade de vida, e produção e difusão do
43 conhecimento. Aberto o espaço das discussões, **Vera** informa que além do investimento para
44 infra-estrutura previsto no componente I, a SESA precisa também do apoio do MS no que diz
45 respeito ao componente III, para a capacitação de pessoas, conforme consta do quadro de
46 necessidades de Qualificação de Equipes da Secretaria. Estadual. **O representante do CESAU** se
47 diz surpreso ao tomar conhecimento das “lacunas e ineficiências” existentes na área de Recursos
48 Humanos da SESA e informa que essa situação será levada ao Conselho Estadual de Saúde. Disse
49 que tudo o que foi apresentado revela uma verdade que nem sempre é a que é mostrada aos
50 representantes dos usuário do SUS, e destaca a necessidade da realização de um trabalho eficaz na

51 gestão dos recursos humanos da saúde, de forma a que se concretize a humanização do
52 atendimento no Sistema Único de Saúde. Alex informa que o Projeto de Fortaleza, embora
53 estivesse pronto só seria apresentado na próxima reunião da CIB/CE, porquanto, o mesmo estaria
54 sendo examinado pelo Secretário Municipal para adequação de alguns aspectos referentes a
55 concepção do projeto. A **CIB/CE** aprovou o **Projeto Estadual de Qualificação e Estruturação**
56 **da Gestão do Trabalho no SUS**, composto dos Planos de Estruturação da Área de Gestão do
57 Trabalho e da Educação na Saúde, e do Plano de Qualificação da Gestão do Trabalho e da
58 Educação em Saúde, com proposta de utilização dos recursos federais no valor de R\$ 24.905,00
59 (vinte e quatro mil e novecentos reais). **Item 2 – Plano Estadual de Casas de Apoio para**
60 **adultos portadores de HIV/AIDS para o ano de 2007.** Dra. **Telma**, técnica do NUNAS,
61 apresentou o Plano Estadual de Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/AIDS para 2007.
62 Reporta-se à Portaria Nº 1.824/2004 do MS, que dispõe sobre o incentivo para o financiamento das
63 ações desenvolvidas para as Casas de Apoio para Adultos Vivendo com AIDS e diz que no Ceará
64 são qualificadas as seguintes instituições: Centro de Convivência Madre Ana Rosa Gatorno, em
65 Sobral e em Fortaleza, Obra Social Nossa Senhora da Glória/Fazenda Esperança e Associação de
66 Voluntários do Hospital São José. Telma informa que para o ano de 2007 os recursos federais
67 propostos para o Ceará foram da ordem de R\$ 340.000,00 (trezentos e quarenta mil reais), mas o
68 número de leitos habilitados existentes nas instituições acima citadas, comporta apenas o valor de
69 R\$ 168.000,00 (cento e sessenta e oito mil reais) para financiar 26 leitos tipo 2 de Fortaleza, no
70 valor de R\$ 109.200,00 (cento e nove mil e duzentos reais) e 14 leitos tipo 2 de Sobral, no valor de
71 R\$ 58.800,00 (cinquenta e oito mil e oitocentos reais). Vera comenta o assunto e diz que deve
72 haver um esforço para a criação de novas casas dessa natureza de forma a aumentar o número de
73 pessoas amparadas e se alcançar o teto disponível para o Estado. A CIB/CE aprovou o Plano
74 Estadual de Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/AIDS para 2007, conforme
75 apresentado pelo NUNAS. **Item 3 – Assistência Farmacêutica – Pactuação da PPI/2007.** Antes
76 de apresentar a proposta para a PPI da Assistência Farmacêutica de 2007, a Dra. Silvana, informou
77 que fora realizada uma enquete junto aos 182 municípios que pactuavam a gestão e a compra de
78 medicamentos centralizadas no Estado, para conhecer a posição dos gestores sobre a manutenção
79 dessa estratégia no próximo exercício. Disse que dos 127 que retornaram, 69% responderam Sim,
80 1% disse Não e 30% não haviam se manifestado. Disse também que a preferência pela
81 manutenção do processo é motivada pela economia de escala, aumento no poder de compra e
82 outras vantagens com relação à estrutura para o processo de aquisição. Por outro lado alguns
83 gestores considerando os problemas ocorridos nos últimos anos sugeriram ao NUASF, dentre
84 outras providências a otimização do percentual de atendimento, a negociação dos créditos por
85 trimestre e melhoria da logística da distribuição. Lembrou que a Portaria Nº 2.084 de 28 de
86 outubro de 2005, oferece três opções de pactuação para alocação do IAFAB, em que na primeira,
87 os recursos federais, os estaduais e os municipais são repassados à SESA, em caso de adesão dos
88 182 municípios à compra centralizada (Fortaleza e Sobral não pactuam) na 2ª opção, os recursos
89 federais e os recursos estaduais convergem para a SESA e os recursos municipais ficam no próprio
90 município. Na 3ª opção os recursos federais, estaduais e municipais convergem para o município.
91 A 4ª opção prevê o repasse dos recursos federais e municipais para o município e a dos recursos
92 estaduais, aos municípios, em medicamentos do elenco pactuado. A **Plenária da Bipartite** decidiu
93 que a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará continuará a assumir a Gestão da Assistência
94 Farmacêutica na Atenção Básica e a Distribuição pelo Estado, dos Medicamentos dos
95 Componentes Descentralizado e Estratégico, durante o exercício de 2007, dos municípios que
96 pactarem a Compra Centralizada, com adesão à 1ª opção de repasse acima citada, segundo a qual
97 os recursos federais, estaduais e municipais serão depositados na conta do Fundo Estadual de
98 Saúde. Para os municípios que não aderirem à compra centralizada ficou pactuada a 4ª opção, em
99 que os recursos federais e municipais irão para o FMS e os recursos estaduais serão repassados aos
100 municípios, em medicamentos do elenco pactuado. Em seguida Dra. **Silvana** apresentou a

101 proposta para a contrapartida do Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica (IAFAB) para
102 financiamento dos medicamentos do Componente Descentralizado, de responsabilidade de cada
103 uma das três esferas de governo, com os seguintes valores per capita: **Governo Federal**, R\$ 1,65
104 (Um real e sessenta e cinco centavos), **Governo Estadual**, R\$ 1,55 (Um real e cinquenta e cinco
105 centavos) e **Governo Municipal**, os municípios farão opção por um desses valores: R\$ 1,50 (Um
106 real e cinquenta centavos) ou R\$ 2,00 (dois reais) ou R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos) ou
107 R\$ 3,00 (três reais). A **CIB/CE** aprovou a proposta acima, referente aos valores per capita da
108 contrapartida de responsabilidade dos Governos Estadual, Federal e Municipal, com a definição de
109 que o valor do per capita municipal deverá estar explicitado no Termo de Adesão à Programação
110 Estadual da Assistência Farmacêutica Básica de 2007. Os gestores dos municípios que aderiram à
111 Compra Centralizada do elenco de medicamentos do Componente Descentralizado, deverão
112 autorizar ao Fundo Nacional de Saúde, a transferência dos recursos federais da Assistência
113 Farmacêutica Básica do seu município, para o Fundo Estadual de Saúde e autorizar a transferência
114 mensal da contra partida municipal, através do Banco do Brasil, nas datas definidas no Termo de
115 Adesão para a conta corrente da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, com a denominação
116 “Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica”. Os gestores dos municípios que aderiram à
117 Compra Centralizada do Elenco de Medicamentos do Componente Estratégico, pelo Estado,
118 deverão autorizar ao Fundo Nacional de Saúde, a transferência dos recursos federais destinados ao
119 financiamento do Componente Estratégico do seu município, para o Fundo Estadual de Saúde. A
120 **CIB/CE** aprovou a proposta de financiamento da Assistência Farmacêutica Básica, nos valores e
121 condições acima explicitados. O **NUASF** propôs a manutenção do elenco do ano de 2006. A
122 plenária concordou ficando portanto aprovados os seguintes itens de medicamentos da Assistência
123 Farmacêutica Básica para 2007: **ELENCO DE MEDICAMENTOS – PPI/2007 – COMPONENTE**
124 **DESCENTRALIZADO:** 01. Ácido acetilsalicílico 100mg comp.; 02. Ácido fólico, 5mg comp.; 03. Ácido
125 Valproico 500mg comp.; 04. Albendazol 400mg comp.; 05. Albendazol susp. oral 40 mg/m , frs.; 06. Amitriptilina
126 25mg comp.; 07. Amoxicilina 250mg susp frs. 08. Amoxicilina 500mg,caps.; 09. Benzilpenicilina G.Benzatina
127 1.200.000UI frs/amp ou susp injetável amp.; 10. Benzilpenicilina G.Benzatina 600.000UI frs/amp. ou susp injetável
128 amp.; 11. Benzilpenicilina G. Proc. + G. Potássica 300.000UI +100.000 UI f/a amp. f/amp.; 12. Carbamazepina 200
129 mg comp.; 13. Carbonato de Cálcio 500 mg comp.; 14. Cefalexina 500mg caps.; 15. Cefalexina susp. Oral 250 mg/5
130 ml,frs.; 16. Cetoconazol 200 mg. Comp.; 17. Cetoconazol 20mg/g creme 30g bisng.; 18. Clorpromazina 100mg.
131 Comp.; 19. Dexametasona 0,1% bisng. 20. Diazepam 5mg comp. 21. Diclofenaco de potássio-50mg comp.; 22.
132 Doxiciclina 100mg comp.; 23. Eritromicina 2,5% ou 125mg/5ml. Frs.; 24. Eritromicina 500mg comp; 25. Fenitoína
133 100mg comp.; 26. Fenobarbital 100mg comp.; 27. Fenobarbital 4% frs.; 28. Fenoterol frs c/20ml 5,0mg frs 20ml.; 29.
134 Furosemida 40mg comp.; 30. Haloperidol 5mg comp.; 31. Ibuprofeno 300mg comp.; 32. Isossorbida dinitrato 10mg
135 comp.; 33. Levodopa + carbidopa 250mg+25mg comp.; 34. Levonogestrel 0,15mg,etinilestradiol 0,03mg cartelas.;
136 35. Loratadina 10mg comp.; 36. Loratadina 5mg/ml susp. 100MI frs.; 37. Mebendazol 20mg/ml frs. 30ml.; 38.
137 Metoclopramida 4mg/ml, frs.; 39. Metronidazol 250mg comp.; 40. Metronidazol 4% susp. Frs.; 41. Metronizadol
138 500mg/geléia bisg. + aplicador 50g bisng.; 42. Miconazol Nitrato 2% creme vaginal 80 g + aplicador, bisng.; 43.
139 Neomicina + bacitracina 0,5% + 250UI/g bisg. 10g.; 44. Nistatina 100.000 UI/MI sol. Oral 50 ml, frs.; 45.
140 Noretisterona 0,35mg, cartela.; 46. Omeprazol 20 mg comp.; 47. Paracetamol 200 mg/ml frs. 15ml.; 48. Paracetamol
141 500 mg comp.; 49. Permetrina 5% loção 60ml, frs.; 50. Permetrina Shampoo 10mg/ml 60 ml, frs.; 51. Prednisolona
142 3mg/ml 60ml, frs.; 52. Prometazina 25mg comp.; 53. Ranitidina 150mg comp.; 54. Sais para reidratação oral 27,9 g
143 env.; 55. Secnidazol 1g comp.; 56. Sulfametoxazol + trimetoprima 4%+ 0,8% frs. 50ml.; 57. Sulfametoxazol +
144 trimetoprima 400mg+80mg comp ; 58. Sulfato ferroso 25mg/ml Fe(II).sol.oral 30ml,frs.; 59. Sulfato ferroso 40mg- fe
145 (II) comp.; 60. Tiabendazol creme dermatológico 45g, bisng.; 61. Verapamil 80mg comp ; 62. Acetato de Retinol
146 5.500UI + Colecalciferol 2.200UI gts frs c/ 10ml. **ELENCO DE MEDICAMENTOS – SAUDE MENTAL –**
147 **2007:** 01. Biperideno 2mg, comp.; 02. Bromazepan 3mg, comp.; 03. Carbamazepina 20mg/ml suspensão, frs.; 04.
148 Carbonato de lítio 300mg, comp.; 05. Clomipramina 10mg, comp.; 06. Clomipramina 25 mg, comp.; 07. Clonazepan
149 0,5mg, comp.; 08. Clonazepan 2mg, comp.; 09. Clopromazina 25 mg, comp.; 10. Clorpromazina 25 mg injetável,
150 ampola.; 11. Clorpromazina 4% gotas, frs.; 12. Decanoato de haloperidol injetável, ampola.; 13. Diazepam
151 10mg/2ml injetável, ampola.; 14. Fluoxetina 20 mg, cápsula.; 15. Haloperidol 1mg, comp.; 16. Haloperidol 5mg/ml
152 injetável, ampola.; 17. Haloperidol solução 2mg/ml, frs.; 18. Impramina 25mg, comp.; 19. Nortriptilina 50mg, comp.;
153 20. Periciazina solução 4%, frs.; 21. Prometazina 25mg injetável, ampola, 22. Tioridazina 50mg, comp.; 23.
154 Valproato de sódio 25mg xarope, frs. **ELENCO DE MEDICAMENTOS - COMPONENTE**
155 **ESTRATÉGICO:** 01. Beclometasona Dipropionato 250mcg spray 200 doses, frs.; 02. Beclometasona

156 *Diprionato 50mcg nasal spray 200 doses, frs.; 03. Captopril ou similar 25mg comp.; 04. Digoxina 0,25mg comp.;*
157 *05. Glibenclamida 5mg comp.; 06. Hidroclorotiazida 25mg comp.; 07. Metformina 500mg comp. Sulcado; 08.*
158 *Metildopa 250mg comp.; 09. Prednisona 05mg comp.; 10. Prednisona 20mg comp. 11. Propranolol 40mg comp.; 12.*
159 *Salbutamol Sulfato 100mcg spray c/ espaçador c/ 200 doses, frs.; 13. Salbutamol xarope 0,4% frs. 100ML, frs.; 14.*
160 *Salbutamol 2mg, comprimido.* A CIB/CE decidiu também que o NUASF iria consultar os municípios
161 que não responderam o questionário, para que os respectivos gestores da saúde se manifestassem
162 sobre a adesão ou não à compra centralizada dos medicamentos da Assistência Farmacêutica
163 Básica, com vistas a emissão da Resolução do Colegiado e elaboração da PPI/2007, de acordo com
164 a pactuação em apreciação. **Item 4 – Pagamentos Administrativos de Barbalha.** Dra. Regina da
165 COVAC apresentou os pedidos do município de **Barbalha** para pagamentos administrativos, pelo
166 Estado, de procedimentos excedentes ao teto de TRS do Hospital Santo Antônio, no valor de R\$
167 99.250,61 (noventa e nove mil, duzentos e cinquenta reais e sessenta e um centavos); de AIH's
168 do Hospital do Coração do Cariri, no valor de R\$73.042,37 (setenta e três mil quarenta e dois
169 reais e trinta e sete centavos) e de exames de Alta Complexidade realizados acima da programação
170 pactuada pelo Centro de Diagnóstico por Imagem, no valor de 103.487,11 (cento e três mil
171 quatrocentos e oitenta e sete reais e onze centavos). Disse que segundo informação do Secretário
172 Estadual, a SESA não dispunha de recursos para efetuar os referidos pagamentos, mas iria solicitar
173 ao Ministério da Saúde a alocação do dinheiro para o pagamento dos débitos em apreço. A
174 CIB/CE decidiu que a autorização dos pagamentos administrativos solicitados pelo gestor de
175 Barbalha nessa pauta, ficasse condicionada à liberação de recursos financeiros pelo MS. **Item 5 –**
176 **Credenciamento de CAPS I em Santana do Acaraú, Orós, Cedro e Brejo Santo e de um**
177 **CAPS AD em Icó.** Dra. Vera colocou para a plenária os pleitos de Santana do Acaraú, Cedro e
178 Brejo Santo, referentes, respectivamente ao credenciamento de um CAPS modalidade I, e o pleito
179 do gestor de Icó para o credenciamento de um CAPS AD naquele município. Esclareceu que os
180 projetos se encontravam em acordo com as normas do Ministério e com o parecer favorável da
181 Coordenação de Saúde Mental da SESA. A Bipartite aprovou os pedidos de credenciamento dos
182 CAPS dos municípios de **Santana do Acaraú, Orós, Cedro e Icó**, e condiciona a aprovação do
183 CAPS de **Brejo Santo** à liberação do Alvará de funcionamento do serviço. **Informe:** Dra. **Lilian**
184 colocou ao conhecimento consideração da plenária o pedido de credenciamento de uma Unidade
185 de Litotripsia no Cariri, mas por não haver quorum o assunto ficou para a próxima Assembléia.
186 Nada mais havendo a tratar a Plenária encerrou a reunião tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a
187 presente Ata que vai assinada pelos membros da Comissão Inatergestores Bipartite que
188 compareceram. Fortaleza, vinte e quatro de novembro de dois mil e seis.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 1ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO ANO 2006

Aos quatro de dias do mês de dezembro do ano de dois mil e seis, às nove horas, no sala de reunião do Hotel Oásis Atlântico Fortaleza, localizado na Av. Beira Mar, Nº 2.500, realizou-se a 1ª Reunião Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: **Representando a SESA**, Jurandi Frutuoso, Secretário Estadual da Saúde e Presidente da CIB; Vera Maria Câmara Coelho, Coordenadora da COPOS; Lilian Alves Amorim e Diana Carmem Nobre, Coordenadoras da COVAC; Antônio Paula de Menezes, Técnico do NUPLA/Planejamento em Saúde e Isabel Cristina Carlos, Coordenadora da CODAS. Pela **representação do componente municipal**, compareceram os seguintes membros, Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio Ramalho Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Maria Ivonete Dutra Fernandes, de Quixadá; José Policarpo Barbosa, de Umirim, Rogério Teixeira, de Trairí, Ana Márcia Rosa Pinto, de Tianguá, Luiz Odorico Andrade, de Fortaleza, Arnaldo Costa Lima, e o Coordenador de Políticas da Capital, Alexandre Mont'Alverne. Como convidados, estiveram presentes Prefeitos Municipais e Secretários Municipais de Saúde de municípios que aderiram ao Pacto de Gestão do SUS. A reunião consistiu da solenidade de adesão do Estado do Ceará e de municípios cearenses aos Pactos pela Vida e de Gestão do SUS, com a presença do Ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, do Secretário de Atenção à Saúde, José Gomes Temporão, do Presidente do Conselho Nacional de Saúde, do Presidente da Associação dos Prefeitos do Ceará, Antônio Fradique Acioli e do Deputado Federal Inácio Arruda. O evento teve início com a fala do Dr. Mário Lúcio Ramalho Martildes, Presidente do COSEMS e Vice-Presidente da CIB que procedeu juntamente com o Dr. Jurandi Frutuoso Silva, Secretário da Saúde do Estado do Ceará e Presidente da CIB, a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão do Município de Eusébio, que simbolizou as assinaturas dos demais TCGM dos municípios de **Acaraú, Alcântaras, Amontada, Aracoiaba, Aratuba, Barbalha, Baturité, Cariré, Cascavel, Coreaú, Cruz, Deputado Irapuan Pinheiro, Eusébio, Fortaleza, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Guaiúba, Guaraciaba do Norte, Guaramiranga, Hidrolândia, Horizonte, Iguatu, Ipu, Itapipoca, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Juazeiro do Norte, Jucás, Maracanaú, Maranguape, Massapê, Meruoca, Milhã, Miraíma, Morada Nova, Mucambo, Mulungu, Pacujá, Parambu, Pedra Branca, Pires Ferreira, Quixadá, Quixelô, Reriutaba, Santana do Acaraú, Senador Pompeu, Senador Sá, Sobral, Tamboril, Tianguá, Trairi, Tururu, Ubajara, Umirim, Uruburetama, Uruoca, Varjota, Várzea Alegre e Viçosa do Ceará**. Seguiram-se as falas do Secretário da Atenção à Saúde e do Ministro sobre o Pacto da Saúde e a do Secretário da Saúde do Ceará que fez um relato sobre a sua gestão, que iniciou em janeiro de 2003 e se encerrará em 31 de dezembro de 2006, mostrando as realizações e os avanços ocorridos, assim como as dificuldades enfrentadas no período em que, juntamente com os técnicos da SESA, conduziu o processo de implementação e fortalecimento do SUS no Ceará. Concluiu agradecendo a presença de todos e como nada mais havia a tratar a reunião da CIB/CE foi encerrada, tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a presente Ata que vai assinada em folha de presença, pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite que compareceram. Fortaleza, quatro de dezembro de dois mil e seis.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 15ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2006**
3
4

5 Aos dezoito dias do mês de dezembro do ano de dois mil e seis, às quatorze horas, na sala de
6 reunião do CESAU, na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, realizou-se a 15ª Reunião
7 Ordinária de 2006 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos
8 seguintes membros: **Representando a SESA**, Jurandi Frutuoso Silva, Secretário da Saúde e
9 Presidente da CIB; Vera Maria Câmara Coelho, Coordenadora da COPOS; Lilian Alves Amorim,
10 Coordenadoras da COVAC; Isabel Cristina, Coordenadora da CORES; Ismênia Maria Ramos e
11 Antônio Menezes, do NUPLA/Planejamento em Saúde e Carmem Lúcia Osterne, Supervisora do
12 NUORG/CODAS. Pela **representação dos municípios**, compareceram os seguintes membros,
13 Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio Ramalho Martildes, do Eusébio e Presidente do
14 COSEMS; Arnaldo Costa Lima, de Sobral, Maria Nizete Alves, de Crato, Rodrigo Carvalho
15 Nogueira, de Deputado Irapuan Pinheiro, Rogério Teixeira, de Traíri, Ítalo Ney Paulino, de
16 Barbalha e o Coordenador de Políticas de Saúde de Fortaleza, Alexandre Mont'Alverne. Como
17 **convidados os Secretários Municipais de Saúde**: Antônio Tadeu Marques, de Parambu; Luiz
18 Luciano Menezes de Arruda, de Cascavel, Alessandra Pimentel, de Itapajé, Fco. Pedro Silva Filho,
19 de Cruz e Karla Isabel Gomes, de Baixio. **Orientadores de Células Regionais de Saúde, técnicos**
20 **da SESA, das Secretarias Municipais de Saúde, do CESAU e do COSEMS**: Ivonete
21 Cavalcante, Fco Costa Martins, Mônica Sousa Lima, Fco. Carlos Uchoa Amaral, Maysa Rolim,
22 José Maria de Oliveira, Anderson Aguiar, Fátima Feitosa Francelino, Lúcia Gondim Castro,
23 Melânia Ximenes Castro, Rogena Waver e Joseana Lima. A reunião foi presidida por Dra. **Vera**
24 **Coelho** que ao constatar a existência de quorum, abriu os trabalhos com a leitura dos itens de
25 pauta. Antes da exposição das matérias da pauta, Dr. **Mário Lúcio** informou que a Secretária de
26 Quixadá estava assumindo, como titular da CIB/CE no componente da paridade, em função da
27 vaga, deixada pelo Dr. Fonseca, assumindo como suplente, o Dr. Ítalo Ney, Paulino, Secretário de
28 Saúde de Barbalha, completando a representação dos municípios na Comissão Intergestores
29 Bipartite. Destacou a presença do Secretário de Saúde de Cascavel, o Sr. Luciano Menezes de
30 Arruda e o convidou para participar de todas as reuniões do Colegiado. A pedido do Presidente do
31 COSEMS, Dra. Vera iniciou a apresentação dos assuntos da pauta pelo **Item 2 – Pacto de Gestão:**
32 **2.1. Limite Financeiro conforme PPI/2007, e 2.2. Câmara Técnica de Gestão.** Dr. **Mário**
33 **iniciou o assunto sobre o Limite Financeiro**, informando que na totalização dos valores da PPI
34 fora constatada a ocorrência de perdas significativas no Limite Financeiro dos municípios sedes
35 das Macrorregiões, principalmente Fortaleza e Sobral e sugere que não se proceda o fechamento
36 da programação antes de se conversar com o novo Secretário Estadual ou buscar junto ao MS
37 recursos financeiros adicionais para reparar os prejuízos dos referidos municípios. Dra. **Vera** com
38 a palavra, informou que as perdas foram observadas quando da elaboração dos Termos de Limite
39 Financeiro dos municípios que aderiram aos Pactos de Gestão e da Saúde, e que tais disfunções se
40 deram em função da aplicação dos valores per capita de R\$17,50 para ambulatório e R\$ 28,80 para
41 internação, pactuados na reunião da CIB realizada em Sobral, e cuja repercussão não havia sido
42 avaliada pela Comissão que trabalhou os critérios de elaboração da PPI. Diz que embora já se
43 soubesse que haveriam perdas para alguns municípios e ganhos para outros, não se imaginava que
44 as perdas fossem tão significativas para a programação de referências. Em seguida apresentou os
45 resultados da PPI e esclareceu que durante a elaboração da referida Programação o Estado do
46 Ceará tivera diversas alterações em seu Teto Financeiro. Mostra os quadros da distribuição dos
47 recursos e esclarece que do total de R\$ 531.118.628,00 (quinhentos e trinta e um milhões, cento e
48 onze mil, seiscentos e vinte e oito reais), R\$ 331.359.204,00 (trezentos e trinta e um milhões,
49 trezentos e cinquenta e nove mil, duzentos e quatro reais) serão destinados ao Fundo Municipal de
50 Saúde dos municípios de Plena e para os que aderiram aos Pactos pela Saúde e de Gestão do SUS;

51 R\$ 168.733.047,00 (cento e sessenta e oito milhões, setecentos e trinta e três mil e quarenta e sete
52 reais) irão para o Fundo Estadual de Saúde, e R\$ 31.026.377,00 (trinta e um milhões, vinte e seis
53 mil, trezentos e setenta e sete reais) são destinados aos Hospitais Universitários. Prossegue
54 apresentando as planilhas com o detalhamento da distribuição dos recursos no Estado, e mostra
55 que com a nova PPI o município de Fortaleza sofrerá uma redução em seu teto financeiro de quase
56 R\$ 35.000.000,00 (trinta e cinco milhões de reais) em função da perda de referências em
57 interações de outros municípios. Barbalha apresenta perda de recursos da população própria, em
58 torno de R\$ 1.396.000,00 (um milhão, trezentos e noventa e seis reais). Sobral também tem perda
59 na população própria, em R\$ 6.142.000,00 (seis milhões cento e quarenta e dois mil reais),
60 enquanto o município de Crato tem redução nas referências, que corresponde a um valor acima de
61 R\$ 1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais). Finda a explanação, coloca a questão para
62 discussão da plenária, informando que a CIB deve encaminhar os valores dos Limites Financeiros
63 do Estado ao MS até o dia 22 de dezembro de 2006. Dr. **Arnaldo** diz que falta uma exposição
64 mais clara que mostre como será financiada a MAC. Lembra sobre a decisão de se cumprir
65 proposições que foram combinadas para a elaboração da PPI, entre as quais a de não haver corte
66 linear. Propõe que se faça uma avaliação para se levantar as inconsistências de programação de
67 referências dos municípios. Dr. **Rodrigo** acredita que há inconsistências nas programações de
68 referências mas defende o empenho dos municípios em assumir novos serviços que antes eram
69 referenciados para as macrorregiões. Propõe que se fixe um prazo para avaliação da programação,
70 sem prejuízo da análise dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal. Dr. **Ítalo**, de Barbalha,
71 reclama da inclusão, no valor per capita, dos incentivos de urgência e emergência, e de outros, cuja
72 retirada, afirma, causou prejuízos ao município de Barbalha. Dra. **Vera** se contrapõe
73 argumentando que haviam sido realizadas mais de 10 reuniões da Comissão de elaboração da PPI
74 onde ficara decidido que não se justificava a manutenção desses incentivos. Dr. **Alex** discorda da
75 inclusão dos recursos de incentivo no cálculo dos valores da Programação. Entende que alguns
76 municípios precisam descentralizar serviços, mas diz que deve-se comparar a programação com o
77 relatório de compensação para não desfinanciar o município de Fortaleza. Considera um equívoco
78 a vinculação da PPI ao Pacto de Gestão devido a aspectos de ambos os processos que tem que ser
79 analisados separadamente e propõe que a CIB os desvincule para corrigir as distorções e propor
80 ao Estado e ao MS a adição de recursos para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência.
81 Dra. **Vera** afirma que o MS não publica a adesão ao Pacto sem a definição dos Limites
82 Financeiros e coloca duas alternativas para a plenária: - Suspender o processo de adesão ao Pacto
83 para se refazer a PPI ou fazer a revisão dos Limites Financeiros em função dos valores atuais. Dr.
84 **Arnaldo** diz que a Programação não foi concluída e por isso os tetos não podem ser colocados no
85 Pacto. Pede para que seja revista a posição assumida na reunião do Cariri, de vincular o Pacto à
86 PPI da Assistência, e propõe que para não se prejudicar o processo de adesão dos municípios ao
87 Pacto, devem-se considerar os valores da PPI em vigor na elaboração do Termo do Limite
88 Financeiro dos municípios que já assinaram o Termo de Compromisso da Gestão Municipal.
89 Sugere que em reunião a ser realizada na COVAC se avance na conclusão da PPI, com a
90 possibilidade de se avaliar os resultados obtidos em todas as Regiões. Sobre o equívoco abordado
91 pelo Dr. Alex quanto à inclusão dos valores de incentivo da Urgência e Emergência no cálculo do
92 valor per capita, Dra. **Lilian** deixou claro que, após discussão durante os trabalhos de elaboração
93 da PPI, ficara definido que o referido critério seria aplicado em benefício dos municípios
94 pequenos, os quais se queixaram de estar sempre na “peia”. Acrescentou que a perda dos
95 incentivos de Fortaleza comparada à perda de recursos na PPI não foi significativa e entende que
96 a medida em questão não constituiu a causa do prejuízo no teto dos municípios que possuíam os
97 referidos incentivos. Após outras considerações da Dra. Lilian e de outros gestores municipais
98 sobre o processo de encaminhamento das questões relativas à PPI, a CIB/CE decidiu: **A)**
99 Desvincular a adesão aos Pactos da Saúde e de Gestão do SUS, da PPI da Assistência; **B)**
100 Considerar os valores da PPI da Assistência em vigor, para o cálculo das informações do Termo

101 do Limite Financeiro dos municípios que aderiram ao Pacto de Gestão; C) Concluir a
102 Programação Pactuada e Integrada da Assistência, com reunião de trabalho marcada para ser
103 realizada na COVAC no dia 26 de dezembro de 2006.. D) Aprovar os Limites Financeiros da
104 Assistência de Média e Alta Complexidade dos municípios do Estado do Ceará, para vigência em
105 1º de janeiro de 2007. Sobre o **subitem 2.2., Câmara Técnica de Gestão, Dra Vera Coelho**
106 chamou a atenção da plenária para o fato de que os membros que compõem a Câmara Técnica de
107 Gestão desse Colegiado, em sua maioria, não se apresentaram para analisar os TCGM e por isso
108 poucos municípios puderam fazer a adesão ao Pacto em tempo hábil à reunião da Tripartite de 14
109 de Dezembro de 2006. A **Plenária** acordou em se fazer uma nova convocação aos membros da
110 Câmara Técnica de Gestão para análise da documentação do TCGM que se encontram na
111 Secretaria da Comissão Intergestores Bipartite. **Item 1 – Proposta de elaboração de PPI da**
112 **Assistência Interestadual** Dra. **Lilian** informou que atendendo solicitação da Secretaria de Saúde
113 do município de Barbalha a COVAC havia feito uma análise das internações ocorridas no Estado
114 do Ceará, de pacientes provenientes de outros estados, e das internações realizadas em outros
115 estados, de pacientes do Ceará. O estudo apresentado considera os meses de janeiro a agosto de
116 2006 e mostra que nesse período o Ceará realizou 1.372 internações de pacientes de outros estados
117 do Nordeste, contra 610 procedimentos realizados pelos referidos estados, em pacientes do Ceará.
118 Disse que no balanço geral, deduzindo-se o valor de R\$14.479,38 devido pelo Ceará ao estado do
119 Piauí, verifica-se um saldo médio mensal em favor do Ceará, no valor de R\$ 101.072,78. Mostra
120 ainda que o Estado de Pernambuco é o que mais onera o teto do Ceará, com 82% daqueles
121 atendimentos concentrados nos municípios de Barbalha e Crato. Diante dessas informações a
122 **CIB/CE** decidiu que o Secretário Estadual da Saúde do Ceará promova através do CONASS, uma
123 negociação com os Estados do Nordeste que mais oneram o teto do Ceará, com vistas ao
124 agendamento de uma reunião da CIB/CE com as CIBs dos outros estados envolvidos nessa
125 questão, para que se estabeleçam as estratégias e critérios para a construção de uma PPI da
126 Assistência Interestadual. **Item 3 –Projeto de Implantação do CEREST de Quixeramobim e**
127 **Aracati.** Dra. Vera apresentou os pleitos de Quixeramobim e Aracati para implantação de um
128 Centro Regional de Saúde do Trabalhador naqueles municípios e explicou que conforme
129 Resolução N° 25/2006 da CIB/CE, as Regiões de Quixadá e Aracati foram beneficiadas
130 respectivamente, com uma vaga das quatro ampliadas para o Ceará através da Portaria do MS N°
131 2.437 de 7 de dezembro de 2005. Ante o exposto, e considerando o parecer favorável do Núcleo de
132 Normatização da Atenção à Saúde do Adulto e Idoso da SESA, a **Plenária da Bipartite** aprovou a
133 implantação de um CEREST em **Quixeramobim**, com abrangência aos municípios das
134 Microrregiões de Quixadá, Canindé e Tauá, e implantação de um CEREST em **Aracati** com
135 abrangência aos municípios das Microrregiões de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas. **Item 4 –**
136 **Qualificação de Equipes no âmbito do PSF e PACS** O item foi retirado de Pauta a pedido da
137 Supervisora do NUORG que alegou razões técnicas para a não análise dos processos. **Item 5 –**
138 **Credenciamento de Centros de Atenção Psicossocial.** Dra. Vera colocou para plenária, os
139 pedidos de cadastramento e mudança de modalidade de CAPS conforme segue: Credenciamentos
140 do **CAPS I** do município de **Parambu;** do **CAPS I** do município de **Itaitinga** e do **CAPS I** do
141 município de **Icapuí,** e Mudança de Modalidade do **CAPS I para CAPS II** do município de
142 **Itarema.** Informou que todos os processos se encontram com o parecer favorável do Coordenador
143 Estadual de Saúde Mental. A CIB/CE aprovou os pleitos referentes aos credenciamentos e
144 mudança de modalidade de CAPS acima apresentados. **Item 6 – Implantação de CEO tipo I e**
145 **Credenciamento de Laboratório Regional de Próteses Dentárias de Quixadá; Mudança de**
146 **Modalidade do CEO II para CEO III de Tauá e Credenciamento de Laboratório Regional de**
147 **Próteses Dentárias.** Dra. Vera apresentou o pedido de implantação de um Centro Especializado
148 de Odontologia/CEO tipo I em Quixadá e credenciamento de um Laboratório Regional de Próteses
149 Dentárias/LRPD, no mesmo município. Apresentou também, o pedido de mudança de modalidade
150 de CEO tipo II para CEO tipo III e credenciamento de um Laboratório Regional de Próteses

151 Dentárias no município de Tauá. Informou que segundo parecer da Coordenação Estadual de
152 Saúde Bucal, os pleitos acima atenderam os requisitos e exigências constantes das normas
153 ministeriais estabelecidas para a implantação de CEO e de LRPD, estando, portanto, aptos a serem
154 encaminhados ao Ministério da Saúde. A CIB/CE aprovou os pedidos dos municípios de **Quixadá**
155 e **Tauá** relativos, respectivamente, à implantação de CEO tipo I e credenciamento de um LRPD, e
156 à mudança de modalidade de CEO I para CEO III e credenciamento de um LRPD. **Item 7 –**
157 **Credenciamento de um Serviço de Litotripsia no Cariri.** Dra. **Lilian** apresentou solicitações de
158 municípios da Macrorregião do Cariri, através dos processos N°s 06352065-6, 06352648-4 e
159 06250019-8 para implantação do serviço de Litotripsia Extra-Corpórea mediante o credenciamento
160 do Centro Urológico e Nefrológico do Cariri; Citou a análise e parecer da COVAC que conclui
161 pela necessidade da implantação do serviço na Macrorregião do Cariri e estima uma repercussão
162 financeira mensal no valor de R\$ 63.554,40 (sessenta e três mil, quinhentos e cinquenta e quatro
163 reais e quarenta centavos) para os 96 (noventa e seis) procedimentos previstos; Disse que
164 conforme parecer do Núcleo de Planejamento em Saúde da SESA/NUPLA, o pleito da
165 Macrorregião do Cariri, acima, está de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado
166 do Ceará, e que o Centro Urológico e Nefrológico do Cariri dispõe de estrutura adequada para a
167 realização dos serviços de Litotripsia Extra-Corpórea propostos; Ante o exposto e considerando o
168 interesse do gestor de Barbalha, formalizado através do Ofício Gabinete n° 736/06/SMS, de
169 07/12/2006, a CIB/CE decidiu aprovar o credenciamento do Centro Urológico e Nefrológico do
170 Cariri, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, sob o N° 5168260
171 localizado no município de Barbalha, para realizar até 96 (noventa e seis) procedimentos/mês de
172 Litotripsia Extra-Corpórea, em pacientes da Macrorregião do Cariri e estabelecer que o pagamento
173 dos procedimentos realizados pelo Centro Urológico e Nefrológico do Cariri será feito com
174 recursos federais adicionais alocados ao teto financeiro do município de Barbalha. **Item 8 –**
175 **Avaliação da necessidade de implantação de um serviço de Hemodiálise no Iguatu.** Dra.
176 **Lilian** apresentou a avaliação da Auditoria da Coordenadoria de Vigilância, Avaliação e Controle da
177 SESA/COVAC referente à implantação de um serviço de hemodiálise no município de Iguatu, com
178 proposta de credenciamento do Centro de Nefrologia do Iguatu, cuja documentação teria sido
179 encaminhada pela CERES daquele Município. A COVAC se pronuncia favorável à implantação do
180 Serviço de Terapia Renal Substitutiva na cidade de Iguatu, para benefício dos 78 pacientes renais
181 residentes naquela região, que dialisam em municípios distantes do seu local de origem; Informou que há
182 interesse do gestor de Iguatu na implantação do Serviço de TRS considerando a necessidade de
183 proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses pacientes. Informa que o impacto financeiro mensal,
184 decorrente do credenciamento de que trata o artigo anterior, corresponde ao valor de R\$ 132.337,14 (cento
185 e trinta e dois mil, trezentos e trinta e sete reais e quatorze centavos) a ser remanejado do teto dos
186 municípios de Fortaleza, Crato, Barbalha, Juazeiro do Norte e Quixadá. Informa que o custeio dos exames
187 de Patologia Clínica, obrigatórios para o acompanhamento dos pacientes em hemodiálise, onerará o teto
188 financeiro da Média e Alta Complexidade dos municípios de residência dos pacientes, que deverão
189 referenciar tais procedimentos para o Centro de Nefrologia do Iguatu, na Programação Pactuada e Integrada
190 da Assistência. A Bipartite aprovou o credenciamento do Centro de Nefrologia do Iguatu S/C LTDA junto
191 ao SUS, como Serviço de Nefrologia de Alta Complexidade, para prestar assistência aos 78 (setenta e oito)
192 pacientes portadores de doença renal crônica, residentes em municípios da Microrregião do Iguatu, que
193 dialisam em Fortaleza, Crato, Barbalha, Juazeiro do Norte e Quixadá, na forma apresentada pela
194 Coordenadora da COVAC. **Item 9 - Apreciação do Projeto de Fortalecimento da Estrutura**
195 **Estadual de Gestão de Pessoas/PROGESUS do Município de Fortaleza** O Projeto foi
196 apresentado pela técnica da SMS de Fortaleza, que fez um histórico da situação da área de RH da
197 saúde do município. Abordou itens da Portaria N°. 2.261/GM de 22 de setembro de 2006, que
198 institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
199 (ProgeSUS), e justificou a necessidade de implantação da área de Recursos Humanos e de
200 políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, na Secretaria de Saúde de Fortaleza, cujos
201 recursos financeiros propostos para a execução do componente I soma a quantia de R\$ 24.965,00

202 (vinte e quatro mil, novecentos e sessenta e cinco reais). Sem questionamentos a CIB/CE aprovou
203 o Projeto de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS, da Secretaria de Saúde de
204 Fortaleza, constituído dos Planos de Estruturação da Área de Gestão do Trabalho e da Educação na
205 Saúde, e do Plano de Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com proposta
206 de utilização dos recursos federais no valor de R\$ 24.965,00 (vinte e quatro mil, novecentos e
207 sessenta e cinco reais). **Item 10 - Habilitação dos municípios de Quixeramobim e Pedra**
208 **Branca nas Ações de VISA.** Dra. Vera apresentou o pleito de habilitação dos municípios de
209 **Pedra Branca e Quixeramobim** para as Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária.
210 Citou o parecer técnico da Equipe de Supervisão do Núcleo de Vigilância Sanitária da SESA, que
211 constatou a existência, nos referidos municípios, de condições técnico - administrativas adequadas
212 para a execução das referidas Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária, em
213 conformidade com a Portaria GM/MS Nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003. A CIB/CE aprovou
214 a habilitação dos municípios de **Pedra Branca e Quixeramobim** junto às ações de VISA, na
215 Média Complexidade da Assistência. **Item 11 - Pagamentos Administrativos de Fortaleza e**
216 **Sobral.** Dra. Lilian apresentou O Ofício Nº 149/2006 COPS/SMS de Fortaleza em que o gestor
217 desse município solicita autorização para proceder pagamento administrativo ao PRORIM LTDA,
218 no valor de R\$ 3.560,06 (três mil quinhentos e sessenta reais e seis centavos) referente a 27
219 sessões de hemodiálise realizadas nos meses de agosto e setembro de 2006 no paciente
220 identificado como Maurício Francisco Paiva, sem comprovação de identidade e residência; Cita os
221 pareceres Nºs. 383/06 e 394/06 do setor de Auditoria, Avaliação e Controle da Secretaria de Saúde
222 de Fortaleza, que reconhece o débito com o referido prestador e conclui pelo pagamento
223 administrativo considerando a inviabilidade da emissão das Autorizações de Procedimentos de
224 Alto Custo pela assistência prestada pelo PRORIM LTDA, ao paciente Maurício Francisco Paiva
225 nos meses acima citados; Afirma que os procedimentos em questão devem ser pagos
226 administrativamente, até que a situação de identificação do paciente seja regularizada. A CIB/CE
227 autorizou o Secretário de Saúde de Fortaleza a realizar o Pagamento Administrativo ao PRORIM
228 LTDA no valor de R\$ 3.560,06 (três mil quinhentos e sessenta reais e seis centavos) referente a
229 procedimentos de TRS realizadas nos meses de agosto e setembro de 2006 no paciente
230 identificado como Maurício Francisco Paiva, com recursos da Média e Alta Complexidade do
231 município. A **Coordenadora da COVAC** apresentou também o Ofício Nº 1.154/2006/SSAS de
232 Sobral em que o gestor desse município solicita autorização para proceder pagamento
233 administrativo em favor da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, referente a exames laboratoriais
234 realizados durante Campanha de Cirurgias Eletivas de Próstata, com a alegação de que a
235 apresentação para cobrança dos procedimentos extrapolara a vigência do prazo de competência da
236 referida Campanha; Informa que o pagamento, no valor de R\$ 2.809,15 (dois mil oitocentos e
237 nove reais e quinze centavos), será realizado com recursos do Teto Financeiro da Assistência do
238 município de Sobral. A CIB/CE autorizou o Secretário de Saúde de Sobral a realizar o Pagamento
239 Administrativo à Santa Casa de Misericórdia daquele município, no valor de R\$ 2.809,15 (dois mil
240 oitocentos e nove reais e quinze centavos), referente a exames laboratoriais realizados e não pagos
241 em virtude do prazo para cobrança haver extrapolado o prazo normativo estabelecido pelo
242 Ministério da Saúde. Através do Ofício Nº 1.162/2006/SSAS de Sobral o gestor desse município
243 solicita também a autorização para proceder pagamento administrativo em favor da Santa Casa de
244 Misericórdia de Sobral, referente a AIHs bloqueadas, em virtude de haverem sido faturadas após 6
245 meses de realização dos procedimentos, no valor de R\$ 4.259,81 (quatro mil, duzentos e cinquenta
246 e nove reais e oitenta e um centavos, a serem pagos com recursos do Teto Financeiro da
247 Assistência do município de Sobral. Sem discussão a CIB/CE autorizou o Secretário de Saúde de
248 Sobral a realizar o Pagamento Administrativo à Santa Casa de Misericórdia daquele município no
249 valor de R\$ 4.259,81 (quatro mil, duzentos e cinquenta e nove reais e oitenta e um centavos),
250 referente às AIHs acima referidas. **Item 12 - (Extra-Pauta) Credenciamento de Leitos de UTI**
251 **Neonatal do Hospital Municipal São Lucas.** Dra. Lilian colocou para a plenária da Bipartite, a

252 solicitação do Secretário Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte para credenciamento de 10
253 (dez) leitos de UTI Nível II do Hospital Municipal São Lucas. Informou que o Relatório de
254 Vistoria encaminhado pelo gestor atesta que a Unidade atende as exigências da Portaria MS/Nº.
255 3.432/1998 que estabelece os critérios de classificação de Unidades de Terapias Intensivas- UTI
256 vinculadas ao SUS. Informa que, segundo a análise realizada pelo Núcleo de Auditoria e
257 Avaliação dos Serviços de Saúde – NUAUD da COVAC/SESA, o impacto financeiro máximo
258 mensal, com a utilização plena dos leitos durante 30 dias, seria de R\$ 64.113,00 (sessenta e quatro
259 mil cento e treze reais). Afirma que o município não dispõe de dinheiro para arcar com o serviço
260 proposto e sugere a solicitação de recursos adicionais ao Ministério da Saúde para o pagamento
261 das diárias dos leitos em questão. Ante o exposto a CIB/CE decidiu aprovar o credenciamento de
262 10 (dez) leitos de UTI Nível II no Hospital Municipal São Lucas, com impacto financeiro mensal,
263 máximo, previsto no valor de R\$ 64.113,00 (sessenta e quatro mil cento e treze reais) e estabelecer
264 que o pagamento dos procedimentos realizados pela Unidade Terapia Intensiva Neonatal em
265 apreço será feito com recursos federais adicionais alocados ao teto financeiro do município de
266 Juazeiro do Norte. **Item 13 – (Extra-Pauta) Projeto de Cirurgias Eletivas do Município de**
267 **Aracoiaba.** Dra. **Lilian** apresentou o Projeto para realização de Cirurgias Eletivas de Média
268 Complexidade do Município de Aracoiaba, e disse que o mesmo fora formulado de acordo com a
269 Portaria Nº 252/GM de 6 de fevereiro de 2006, republicada no DOU Nº 28, de 8 de fevereiro de 2006, que
270 institui a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e
271 Hospitalar. Informou que o pleito se refere à 2ª Etapa do Projeto, com abrangência aos municípios da
272 Microrregião de Baturité. Cita o parecer do Núcleo de Auditoria da COVAC/SESA, segundo o qual o
273 projeto apresentado pelo município de Aracoiaba(CE) atende aos requisitos definidos da Portaria acima
274 citada, com impacto financeiro no valor mensal de R\$ 24.652,06 (vinte e quatro mil, seiscentos e
275 cinquenta e dois reais e seis centavos). A CIB/CE aprovou o **Projeto de Cirurgias Eletivas do Município**
276 **de Aracoiaba**, conforme foi apresentado. **INFORMES: Renúncia do Secretário Executivo do**
277 **PEPS de Fortaleza.** **Vera** apresentou documento em que o Dr. Manoel da Fonseca formaliza sua
278 renúncia às funções de Secretário Executivo do PEPS de Fortaleza alegando a impossibilidade de
279 realizar as atividades do órgão devido à falta do cumprimento das responsabilidades do município
280 de Fortaleza quanto às condições acertadas para o funcionamento da referida Secretaria. Nada
281 mais havendo a tratar a Plenária encerrou a reunião tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a presente
282 Ata que vai assinada pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite que compareceram.
283 Fortaleza, dezoito de dezembro do ano de dois mil e seis.