

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos nove dias do mês de Fevereiro do ano dois mil e um, às nove horas, na Sala de Reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Primeira Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, José Adelmo Martins, Coordenador da Saúde da SMDS/PMF, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Joaquim Clemetino, Secretário de Saúde de Maracanaú, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES, Alexandre José Mont'Alverne Silva, COPOS/SESA, Maria Vilauva Lopes, Vice-Presidente do COSEMS, Rogério Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Maria Imaculada Fonsêca, CODAS/CEOAP, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA. Como convidados: Maria da Paz Gadelha, SMS de Itapiúna, Francisca de Fátima, SMS de Jabuaribe, Francisco Oliveira P. Maia, SMS de Jaguaribara, Francisca Limanda B. Góes, SMS de Apuiarés, Humberto P. Guerra, SMS de Alto Santo, Maria Assunção de V.G. Sousa, SMS de Itapipoca, Adriana A. Mota, CAPS de Itapipoca, Carlos e Lilian Oliveira Cruz, CAPS de Itapipoca, Aline Correia, CAPS de Barbalha, Karine Rocha Correia, CAPS de Itapipoca, Ana Márcia B. Maia, CAPS de Morada Nova, Ana Lígia A. Livalter, CAPS de Itapipoca, Iva Melo, NUEPI/SESA, Ranalfo G. de F. Maia, SMS de Limoeiro do Norte. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que deu início a mesma comentando que hoje é a primeira reunião do exercício 2001 com uma nova composição do COSEMS. E o primeiro item é exatamente a nova composição da CIB. **Item 1 da Pauta – Nova Diretoria do COSEMS e Representantes Eleitos para integrarem a CIB/Ce .** Vera faz apresentação da nova diretoria do COSEMS/Ce conforme ofício No 18/2001 enviado a CIB/CE; Presidente – Jurandi Frutuoso – Secretário Municipal de Pedra Branca, Vice Presidente – Vilauva Lopes – Secretária Municipal de Aratuba, Secretário Geral – Mário Lúcio Martildes – Secretário Municipal de Pindoretama, Diretor Financeiro – Carlos Roberto Mota – Secretário Municipal de Quixeramobim, Secretária de Articulação – Ana Márcia Rosa Veras – Secretária Municipal de Tianguá. Conselho Fiscal Titular – Marcos Antônio N. Barreto – Secretário Municipal de Icó, Suplente – José Cleonardo Figueiredo – Secretário Municipal de Quiterionópolis, Titular – Fátima Benedito Aragão – Secretária Municipal de Ipaporanga, Suplente Zenilda Maria Vieira de Araújo – Secretária Municipal de Araripe, Titular – Erisvaldo Cavalcante – Secretário Municipal de Aracati, Suplente Carmem Osteno – Secretária Municipal de Marco. Para representação junto a Comissão Intergestores Bipartite – CIB foram eleitos: municípios de grande porte Titular – Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Secretário Municipal de Sobral, Suplente – Joaquim Clementino – Secretário Municipal de Maracanaú, municípios de médio porte Titular – Raquel Ximenes Marques – Secretária Municipal de Saúde de Quixadá, Suplente – Eliade Bezerra – Secretário Municipal de Iguatú, municípios de pequeno porte Titular – Rogério Cunha – Secretário Municipal de Umirim, Suplente – Ana Maria dos Santos Fonseca – Secretária Municipal de Palmácia e Paridade com o Governo Estadual Titular – Carlile

48 Lavor – Secretário Municipal de Caucaia, Suplente Lúcia H. Gondim Castro – Secretária
49 Municipal de Jaguaribe. Para representação junto ao Conselho Estadual de Saúde –
50 CESAU Titular – Mário Mamede – Secretário Municipal de Horizonte, Suplente – Juraci
51 Jesuino – Secretário Municipal de Beberibe. A Bipartite além dos membros que são
52 eleitos na assembléia do próprio COSEMS, tem um membro nato de representação que é
53 o município de Fortaleza – Rose Mary Freitas Maciel – Secretária Municipal de
54 Desenvolvimento Social-SMDS/PMF, Suplente – José Adelmo Martins – Coordenador
55 da Saúde da SMDS/PMF. Vera deseja votos de boas vindas e diz que todos considerem -
56 se empossados. A CIB organizou um pasta para ser entregue aos novos representantes
57 para conhecimento, contendo o cronograma de reuniões, com Regimentos da CIB/Ce e
58 da CIB (s) Microrregionais de Saúde. Em relação ao Regimento Interno da CIB/CE,
59 foram destacados alguns pontos considerados importantes: 1º Ponto – É que trata do
60 artigo 3º - Parágrafo 4º - O membro da CIB/Ce que apresentarem 3 (três) faltas
61 consecutivas ou 6 (seis) alternadas durante o ano, sem comparecimento do substituto
62 designado, será substituído por outro, devidamente indicado; 2º Ponto – Parágrafo 6º - O
63 quorum mínimo para realização das reuniões da CIB/CE é de metade mais um dos
64 representantes e tolerância de 30 (trinta) minutos, a partir do horário marcado; 3º Ponto –
65 Parágrafo 7º - A CIB/CE será coordenada por representante da SESA designado pelo
66 Senhor Secretário da Saúde do Estado. Neste caso eu Vera Coêlho estou indicada como
67 Secretária Executiva da CIB/CE, assumindo a coordenação dos trabalhos. 4º Ponto –
68 Artigo 6º - A Plenária se constitui no espaço de discussão e deliberação das questões de
69 competência do colegiado, com presença mínima já estabelecida e com reuniões
70 quinzenais, ordinariamente e extraordinária, quando solicitado e definido pelos
71 participantes. As Bipartites Microrregionais serão mensais, ordinariamente e
72 extraordinária quando solicitado e definido pelos participantes. As decisões aprovadas na
73 CIB/CE serão encaminhadas ao Conselho Estadual de Saúde – CESAU para serem
74 homologadas, já que o mesmo é o órgão responsável pela formulação da política de
75 Saúde no Estado. Quanto as Resoluções serão assinadas pelo Secretário Estadual de
76 Saúde e o Presidente do COSEMS. Outros documentos serão assinados pelo Secretário
77 Estadual de Saúde pelo mesmo ser o Coordenador do Sistema Único de Saúde. O
78 Presidente do COSEMS – Jurandi Frutuoso solicita a todos os Secretários Municipais de
79 Saúde que colaborem com o COSEMS e que em parceria com a BIPARTITE faremos
80 um bom trabalho. O componente da SESA neste Colegiado está representado pelo Dr.
81 Anastácio de Queiroz Sousa – Secretário da Saude do Estado e Presidente da CIB/CE,
82 Suplente Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins – Chefe de Gabinete/SESA,
83 Alexandre José Mont’ Alverne Silva – COPOS/SESA, Suplente – Luiza de Marilac
84 Mireles Barbosa – COPOS/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão – COVAC/SESA,
85 Suplente - Diana Carmem Almeida N. de Oliveira – COVAC/SESA, Paola Colares de
86 Borba – CODAS, Suplente - Maria Imaculada Fonsêca – CEOAP/SESA, Vera Maria
87 Câmara Coêlho – CEEPE/SESA. **Item 2 da Pauta – Solicitação de Cadastramento de**
88 **Equipe do PSF junto ao SIA.** Solicitações de cadastramento de equipes do PSF junto
89 ao SIA/SUS para os municípios de: Ararendá 01 (uma) equipe, Cruz 03 (três) equipes,
90 Ipueiras 01 (uma) equipe, Alto Santo 01 (uma) equipe, São Benedito 02 (duas) equipes,
91 Aracati 01 (uma) equipe, Meruoca 01 (uma) equipe, Fortim 01 (uma) equipe, Potengi 01
92 (uma) equipe, Quixeramobim 01 (uma) equipe, Assaré 01 (uma) equipe, Farias Brito 02
93 (duas) equipes, Quixelô 01 (uma) equipe, Saboeiro 01 (uma) equipe, Varzea Alegre 01
94 (uma) equipe, Cascavel 05 (cinco) equipes, Choró 01 (uma) equipe, Maracanaú 01 (uma)

95 equipe, Jaguaribara 01 (uma) equipe e Potiretama 01 (uma) equipe. Todas as solicitações
96 foram aprovadas pela CIB, com a recomendação de a análise que seja trabalhada com a
97 população do IBGE estimada para 2000, (Resolução no. 09, datada de 29/08/00) e que a
98 cobertura seja elaborada em relação a proposta e aos parâmetros mínimos e médio. **Item**
99 **3 da Pauta – Discussão sobre a proposta de alteração do processo de cadastramento**
100 **de Equipe do PSF e da compatibilização de funções do profissional médico de**
101 **família.** Este assunto é uma solicitação da CEOAP/SESA para alteração do processo
102 atual de cadastramento de equipe de PSF e de normatização das funções do profissional
103 médico da Saúde da Família. As discussões foram coordenadas pela Paola –
104 Coordenadora da CODAS/SESA e Imaculada – Gerente da CEOAP/SESA. Imaculada
105 cita que vários diretores e técnicos das Coordenadorias Microrregionais da SESA estão
106 identificando acúmulo de funções do Secretário de Saúde com o de médico do PSF em
107 vários municípios, inclusive alguns em Gestão Plena de Sistema Municipal e em
108 município de grande porte. Este aspecto não foi incluído na norma operacional do PSF. A
109 proposta é que seja normatizado que o Secretário de Saúde não pode acumular as
110 funções de médico da Saúde da Família. Vera diz que a Norma Operacional Básica do
111 PSF do Estado do Ceará, foi aprovada na CIB, e que esta norma por solicitação do
112 Presidente da APRECE – Dr. Irineu, foi retirado o item que tratava deste assunto. Paola
113 concorda plenamente com a Imaculada dizendo que não podemos subestimar as funções
114 de Secretário de Saúde e os de Médico do PSF. Evandro lembra que na época a posição
115 do Irineu foi muito firme, por esta razão este assunto tem que ser discutido bem
116 detalhadamente. Jurandi acha que não dar para conciliar as duas funções. Vilauva diz
117 que não estava presente nesta reunião em que foi concedido o direito ao Secretário de ser
118 médico do PSF. Acha que as funções do Secretário são muitas e que não sobra tempo
119 para ser médico do PSF, tendo que assumir as responsabilidades assistenciais. Após
120 discussão dos participantes presentes, ficou acordado que a proposta apresentada pela
121 SESA (os profissionais do PSF deverão cumprir a carga horária de 40 horas semanais, e
122 não podem assumir outras funções que interfiram na sua atuação) será estudada pelo
123 COSEMS/Ce. A reunião do COSEMS/CE foi agendada para o mês de Março/01. Em
124 relação cadastramento Imaculada relata que o processo atual de cadastramento de equipe
125 de PSF é muito demorado causando muitas dificuldades operacionais para os municípios,
126 dado o longo tempo entre o momento de funcionamento e a data da publicação da
127 Portaria no D.O.U. Em contato com o MS foi visto a possibilidade de que a CIB/CE
128 autorizasse a qualificação da Equipe para efeito da publicação da Portaria de concessão
129 de incentivos, e que após a publicação, é que o cadastro junto ao SIA seria autorizado
130 pela SESA através da CEOAP, assegurando o controle de que os recursos só seriam
131 liberados quando do pleno funcionamento da equipe. A proposta foi aprovada pela CIB-
132 CE, deste forma as exigências da composição da Equipe e do Curso Introdutório da
133 Saúde da Família só serão obrigatórias quando do Cadastramento. **Item 4 da Pauta –**
134 **Plano Estadual de Assistência Farmacêutica – 2001 (Elenco de Medicamentos**
135 **Essenciais – Proposta) – Isabel.** A Proposta do elenco de medicamentos essenciais a
136 serem incluídos na PPI – 2001 deverá ser pactuada na CIB. O elenco já foi discutido com
137 equipe técnica do Núcleo de Normatização da COPOS e com a Célula da Atenção
138 Primária da CODAS, necessitando ser discutida com os representantes da CIB, para a
139 padronização, objetivando a sua inserção no Plano Estadual de Assistência Farmacêutica
140 que deverá ser entregue na Assessoria de Assistência Farmacêutica – SPS do Ministério
141 da Saúde até 15/02/01. A Proposta do Elenco de Medicamentos Essenciais para

142 PPI/2001 foi elaborada com base no elenco 1999/2000. Em 1999 foram incluídos (59
143 itens) e em 2000 (57 itens). A proposta para 2001 é de (64 itens). Em relação ao elenco
144 de 2000 está sendo proposto a exclusão do Ácido Acetilsalicílico 500 mg comp,
145 Ampicilina 500mg comp, Benzoato de Benzila 25% - Tópica, Miconazol 20mg creme
146 vaginal + aplicador e Solução Fisiológica Nasal frs. E a inclusão de Amoxicillina 500mg
147 comp, Monossulfiram – Loção e Shampoo, Ivertina 6mg, Fenoterol frs c/ 20 ml 5,0mg
148 frs, Metformina 500 mg , Clotrimazol 35g creme vaginal + aplicador e Cefalexina
149 suspensão. Isabel apresenta também os Critérios de Pactuação Estadual, dizendo ser os
150 mesmo do ano 2000: **1. MECANISMO DE REPASSE FINANCEIRO: Plena de**
151 **Atenção Básica:** os recursos federais serão repassados diretamente ao FUNDES no valor
152 de R\$ 1,00 hab/ano; o Estado destinará sua contrapartida no valor de 0,60 hab/ano em
153 medicamentos; os municípios destinarão sua contrapartida ao FUNDES/ na conta
154 denominação Assistência Farmacêutica Básica, no Banco do Brasil, Agência 008-6, conta
155 58040-6. **Plena do Sistema Municipal:** os recursos federais serão transferidos
156 diretamente para o Fundo Municipal de Saúde , no valor de 1,00 hab/ano, exceto os
157 municípios que optarem por tratamento semelhante ao nível de Gestão Plena de Atenção
158 Básica; o Estado destinará sua contrapartida no valor R\$ 0,60 hab/ano em medicamentos
159 através programação anual efetuada pelo município; o município terá que depositar o
160 valor de R\$ 1,00 hab/ano no Fundo Municipal de Saúde de recursos próprios, para
161 aquisição de medicamentos. **2 – AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS: Plena de**
162 **Atenção Básica:** A aquisição de medicamentos será restrita ao elenco da RESME –
163 Relação Estadual de Medicamentos Essenciais utilizados na atenção primária, aprovado
164 na CIB (Comissão Intergestores Bipartite); A operacionalização da compra será feita pela
165 Secretaria da Saúde , através da CELIF – Célula de Desenvolvimento e Logística de
166 Insumos Farmacêuticas/ Núcleo de Assistência Farmacêutica (NUASF), mediante
167 consolidação das programações anuais elaboradas pelos municípios, aprovada pelo
168 Conselho Municipal de Saúde. **Plena do Sistema Municipal:** A aquisição de
169 medicamentos terá que ser restrita ao elenco da RESME – Relação Estadual de
170 Medicamentos Essenciais utilizados na atenção primária de saúde; Será feita pela
171 Secretaria Municipal de Saúde, através dos recursos federais e municipais; A
172 contrapartida do Estado será em itens de medicamentos definidos pelo município;
173 Exceção os municípios que optarem pela aquisição centralizada no NUSAF, obedecendo
174 os mesmos critérios da atenção básica; Obs.: os municípios que optaram por tratamento
175 semelhante aos plena de atenção básica, deverão depositar no FUNDES , o
176 correspondente a R\$ 1,00 hab./ano do nível federal mais R\$ 1,00 hab./ano da
177 contrapartida do município. **3. DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS: Plena de**
178 **Atenção Básica** – será efetuada trimestralmente, aos municípios, de acordo com a
179 programação anual, por eles elaborada, mediante a comprovação de depósitos mensais na
180 conta, FUNDES/Assistência Farmacêutica Básica, com possibilidade de quitação até o
181 dia 20 do mês subsequente ao trimestre. (Só que agora pela Portaria 459 que veio
182 complementar a Portaria 176, onde diz que o médico tem que prestar conta mensal na
183 SESA e a SESA trimestral). **Plena do Sistema Municipal:** será efetuada trimestralmente
184 através do NUSAF, de acordo com a programação anual de cada município a depender da
185 prestação de contas do que o municípios adquiriu com recursos Federais e Municipal. **4.**
186 **ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO: Plena de Atenção Básica e Plena de**
187 **Sistema Municipal** – serão acompanhados e avaliados pelo NUSAF, quanto ao
188 cumprimento dos requisitos de Assistência Farmacêutica que o habilitaram nesse nível de

189 gestão, assim como as atividades de gerência de Assistência Farmacêutica e todo o
190 processo de logística de medicamentos. Após a exposição os membros da CIB/Ce se
191 manifestaram: **Vilauva** questiona que o Estado não está assumindo o financiamento dos
192 medicamentos da atenção secundária e que deve alocar na assistência básica de R\$ 1,00.
193 **Jurandir** a contrapartida Estadual deve ter valor igual aos valores assumidos pelo MS e
194 municípios. E manifesta preocupação com o sistema de transporte e distribuição de
195 medicamentos. **Socorro** disse que há uma necessidade de que a CIB/CE conheça em que
196 a SESA vem gastando com os R\$ 0,40 e sugere firmar o pacto com a contrapartida
197 estadual de R\$ 0,60 para viabilizar o prazo estabelecido pelo MS (15/02/01). **Adelmo**
198 afirma que o ideal seria que a contrapartida de R\$ 1,00 fosse assumido pelas 3 esferas. E
199 questiona o fato do Estado não alocar recursos para o município de Fortaleza. **Carlile**
200 solicita que seja revisto o atual sistema de transporte/distribuição de medicamentos, e
201 diz que se faz necessário um estudo para que a distribuição ocorra oficialmente. **Vera**
202 apresenta os três pontos da discussão: 1°) O grupo está apontando que o financiamento
203 seja de R\$ 1,00 para as três esferas (UF, Estado e Município). 2°) Necessidade de
204 revisão do sistema atual de transporte e distribuição de medicamentos. 3°) A revisão da
205 decisão de que os medicamentos da atenção básica no município de Fortaleza sejam
206 alocados na rede própria da SESA. Após ampla discussão a CIB acordou o Elenco de
207 Medicamentos Básicos de 59 itens. Em relação a Aquisição será centralizada na SESA
208 para os municípios GPAB e GPABA. E para os GPSM a aquisição é de responsabilidade
209 municipal. As questões do financiamento, sistema de transporte e distribuição, e a
210 contrapartida estadual no município de Fortaleza ficou agendada para a próxima reunião
211 da CIB. **Item 5 da Pauta – Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS**
212 **(Portaria GM no. 95, de 26/01/01) algumas questões para debate (Vera e Alex)**. A
213 Norma Operacional da Assistência à saúde – NOAS, foi oficializada pelo ato do poder
214 executivo pela Portaria GM no. 95, de 26/01/01 publicado no Diário Oficial de 29/01/01.
215 Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de
216 integralidade da atenção. Considerando o dispositivo no Artigo 198 da Constituição
217 Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma
218 rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único: Considerando a
219 necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do
220 Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional
221 Básica – SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996; Considerando que um sistema de saúde
222 equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade concebe a atenção básica
223 como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos
224 problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da
225 atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema, e Considerando as contribuições
226 do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de
227 Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão
228 Intergestores Tripartite – CIT – e Conselho Nacional de Saúde – CNS, em 15 de
229 dezembro de 2000, resolve: Art. 1° - Aprovar na forma de Anexo desta Portaria, a Norma
230 Operacional de Assistência à Saúde NOAS – SUS 01/2001 que amplia as
231 responsabilidades dos municípios na Atenção Básica: define o processo de regionalização
232 da assistência: cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do
233 Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estado e
234 municípios. Art. 2° - Ficam mantidas as disposições constante da Portaria GM/MS no.
235 1882. De 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB, bem

236 como aquelas que fazem parte dos demais atos normativos deste MS relativos aos
237 incentivos às ações de assistência na Atenção Básica. Para facilitar a sua compreensão
238 Vera elaborou um resumo que foi apresentado a esta Comissão. Em resumo a NOAS é
239 composta por três Grupos de Estratégias Articuladas que são: 1. Regionalização e
240 Organização da Assistência. 2. Fortalecimento da Capacidade de Gestão SUS. 3. Revisão
241 de Critérios de Habilitação de Municípios e Estados. Sobre a **Regionalização** abordou a
242 **Definição** como uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de
243 maior equidade. Em relação ao **Plano Diretor de Regionalização** apresenta inicialmente
244 os conceitos chaves de: 1. Microrregião de Saúde que é a base territorial de
245 planejamento, definida no âmbito estadual, de acordo com as características e estratégias
246 de regionalização de cada estado; pode compreender um ou mais módulos assistenciais.
247 2. Módulo Assistencial que é o módulo territorial com resolubilidade correspondente ao
248 primeiro nível de referência (laboratório, radiologia simples, US obstetrícia, psicologia,
249 fisioterapia, ações de odontologia especializada, leitos hospitalares), com área de
250 abrangência a ser definida para cada UF. Ainda podem ser definido por: a) conjunto
251 formado por um município – sede, em GPSM, com capacidade de oferta a totalidade dos
252 serviços do primeiro nível de referência, e demais municípios adscritos da microrregião
253 que encaminham sua população para atendimento do primeiro nível de referência
254 naquele pólo, ou; b) município em GPSM, com capacidade de ofertar com suficiência a
255 totalidade dos serviços descritos para sua própria população, mas que não precise
256 desempenhar um papel de sede de referência microrregional por outros. Sobre o **Plano**
257 **Diretor de Regionalização** o mesmo deve ter coerência com o Plano Estadual de Saúde.
258 O conteúdo mínimo do Plano de Regionalização: - Organização do território estadual em
259 regiões e microrregiões de saúde; - Identificação das prioridades de intervenção em cada
260 região/microrregião; - Plano diretor de investimentos; - Inserção e papel de todos os
261 municípios na microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua
262 área de abrangência e dos fluxos de referência; - Mecanismo de relacionamento
263 intermunicipal (sistema de referência); - Mecanismos de organização de fluxos de
264 referência e garantia do acesso da população aos serviços (centrais de regulação, fluxos
265 de autorizativos, entre outros); - Proposta de estruturação de redes de referência
266 especializadas em áreas específicas; - Identificação das necessidades e proposta de fluxo
267 de referência para outros estados. A Qualificação da Assistência a Saúde: 1.
268 ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA em: 1.1. Área de atuação estratégica mínima: •
269 Controle de Tb, • Eliminação da Hanseníase, • Controle da Hipertensão Arterial, •
270 Controle da Diabetes Mellitus, • Saúde da Criança, • Saúde da Mulher, • Saúde Bucal.
271 1.2. Ações de Atenção Básica Ampliada compreendem o conjunto de procedimentos
272 coberto pelo PAB acrescidos dos procedimentos relacionados no (Anexo 2). 1.3.
273 Financiamento dos procedimentos relacionados no Anexo 2 PAB – Ampliado – valor per
274 capita nacional- (Municípios com PAB Fixo em valor superior ao PAB Ampliado não
275 terão acréscimo no valor per capita). 1.4. Município aptos a receber o PAB Ampliado: •
276 Habilitados nas condições de gestão da NOB. 01/96. • Avaliados pela SES, aprovados na
277 CIB e homologados na CIT em relação aos seguintes aspectos: a)Plano Municipal de
278 Saúde, b) Alimentação regular dos bancos de dados nacionais do SUS, c) Desempenho
279 dos indicadores de avaliação da atenção básica no ano anterior, d) Estabelecimento do
280 pacto de melhoria dos indicadores de atenção básica no ano subseqüente, e) Capacidade
281 de assumir as responsabilidades com o desenvolvimento das ações estratégicas mínimas.
282 2. MICRORREGIÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: 2.1. Áreas de responsabilidade de

283 assistência nos procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência
284 intermunicipal – atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico (Anexo 3) e
285 de internação hospitalar - com acesso garantido a toda a população no âmbito
286 microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. 2.2. Quanto ao
287 financiamento: • Das ações ambulatoriais – valor per capita nacional; • Das internações -
288 definido a partir da PPI, respeitados os limites financeiros do Estado; • Valor do
289 incremento do TFAE = valor per capita nacional multiplicado pela população da
290 microrregião – gasto atual com esses procedimentos na microrregião – (cálculo feito
291 quando da qualificação de cada micro); • Nas microrregiões não qualificadas:
292 financiamento dos procedimentos do Anexo 3 será por produção de serviços; •
293 Transferência fundo a fundo dos recursos ao município sede de cada módulo assistencial.
294 2.3. Quanto a qualificação da microrregião estará condicionada a análise da SAS/MS e
295 aprovação na CIT, em relação aos seguintes aspectos: a) Plano Diretor de Regionalização
296 do Estado, aprovado pela CIB. b) Apresentação para cada microrregião a ser qualificada
297 de: • município que compõem a microrregião; • Definição dos módulos assistenciais
298 (município sede de cada módulo e de sua área de abrangência); • Vinculação de toda a
299 população de cada município da microrregião a um único município sede de referência,
300 de forma que cada município integre somente um módulo assistencial e os módulos
301 assistenciais existentes cubram toda a população do Estado. c) Todos os municípios da
302 microrregião habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. d)
303 Comprovação da PPI implantada, com a definição de limites financeiros para todos os
304 municípios do Estado, com separação das parcelas financeiras correspondentes à
305 população local e à população referenciada. e) Apresentação do Termo de Compromisso
306 para Garantia de Acesso firmado entre cada município – sede e o Estado, em relação ao
307 atendimento da população referenciada por outros municípios a ele descrito. Observação
308 se caso exista na microrregião qualificada um município habilitado em GPABA que
309 disponha em seu território de laboratório de patologia clínica, ou serviço de radiologia ou
310 ultra-sonografia gineco-obstétrica, em qualidade suficiente e com qualidade adequada
311 para o atendimento de sua própria população, esse município poderá celebrar um acordo
312 com o município sede do módulo assistencial para, provisoriamente, atender sua própria
313 população no referido serviço, até que o mesmo ofereça o conjunto de serviços
314 requeridos para ser habilitado em GPSM. 3. ATENÇÃO DE MÉDIA
315 COMPLEXIDADE: 3.1. Áreas de responsabilidade de assistência – Ações e serviços
316 ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da
317 população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados
318 e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que não
319 justifique sua oferta em todos os municípios do país. 3.2. Excetuando as ações mínimas
320 da média complexidade que devem ser garantidas no âmbito microrregional, as demais
321 ações de média complexidade (ambulatorial e hospitalares), podem ser garantidas no
322 âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual (definidas no Plano Diretor de
323 Regionalização). 3.3. O gestor estadual deve adotar critérios para a organização
324 regionalizada das ações de média complexidade. 3.4. A PPI é o principal instrumento
325 para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade. 3.5. A
326 organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, no caso das demais
327 ações de média complexidade, admite-se que um mesmo município encaminhe
328 referências para mais de um pólo de MC. 4. ATENÇÃO DE ALTA
329 COMPLEXIDADE/CUSTO. 4.1. Áreas de responsabilidade de assistência – os

330 procedimentos ambulatoriais e hospitalares definidos através da Portaria SAS no. 96, de
331 27/03/00, republicado com correções no DOU de 01/06/00. 4.2. Em relação as
332 Responsabilidades: a) Ministério da Saúde definição da política (normas, controle do
333 cadastro nacional de prestadores e vistoria de serviços quando lhe couber). b) Gestor
334 Estadual: gestão da política (definição de prioridades assistenciais e programação. c)
335 Gestor Municipal de Plena de Sistema: organização dos serviços no seu território – (
336 programação, vistoria, contratação, autorização e pagamento dos procedimentos,
337 definição de fluxos e rotinas intramunicipais , e controle, avaliação e a auditoria de
338 serviços). 4.3. Financiamento : a) FAEC. b) Valor definido pelo MS (teto estadual). 4.4.
339 Programação no âmbito regional / estadual. Sobre o FORTALECIMENTO DA
340 CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS se dar: I. Programação da Assistência: Pela
341 Responsabilidades: Ministério da Saúde - MS pela coordenação do processo de
342 programação no âmbito nacional. Comissão Intergestores Tripartite – CIT pela aprovação
343 das diretrizes principais orientadores, metodologia e parâmetros de cobertura. Secretaria
344 Estadual da Saúde – SES pela coordenação do processo de programação no âmbito
345 Estadual. Pelo Produtos Básicos da PPI: Alocação de recursos federais da assistência
346 entre municípios do Estado (publicado no D.O.E). Definição de periodicidade e métodos
347 de revisão dos limites financeiros municipais aprovados. II. Responsabilidades de Cada
348 Nível de Governo na Garantia de Acesso da População Referenciada: Ministério da
349 Saúde – MS assume de forma solidária com as SES o atendimento a pacientes
350 referenciados entre estados. Secretaria Estadual da Saúde – SES garante o acesso da
351 população aos serviços não disponíveis em seu município de residência. Município em
352 Gestão Plena do Sistema – garante o atendimento da população referenciada (Termo de
353 Compromisso). III. Controle, Avaliação e Regulação da Assistência tem a função de: •
354 Avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; • Relação com os
355 prestadores de serviços; • qualidade da assistência e satisfação dos usuários; • Resultados
356 e impacto sobre a saúde da população. IV. Hospitais Públicos sob Gestão de Outro Nível
357 de Governo – as unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e
358 gestão de outro, habilitados GPSM, preferencialmente deixem de ser remunerada por
359 produção de serviços e passem a receber com base nas metas estabelecidas de comum
360 acordo (Termo de Compromisso). Os Níveis de Gestão são: Gestão Plena da Atenção
361 Básica Ampliada – GPABA e Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM. Após
362 apresentação e ampla discussão a CIB decidiu constituir uma Comissão Técnica com o
363 COSEMS e a SESA para definir as estratégias para operacionalização da NOAS no
364 Estado. **Item 6 da Pauta – Certificação de Municípios na Área de Epidemiologia e**
365 **Controle de Doenças**: Revisando as informações, a CIB já aprovou a certificação de 68
366 municípios representando 36,9% do total de municípios do Estado. Faltam 103
367 municípios se habilitarem para certificação. Estamos preocupados com o município de
368 Marco habilitado no Sistema Municipal, e que até o momento não solicitou a certificação,
369 é importante que o COSEMS motive os Secretários para solicitarem a certificação de
370 epidemiologia. A Iva técnica do NUEPI pede que nos Seminários Microrregionais que
371 esta apresentando a NOAS seja informado sobre a certificação da epidemiologia pois o
372 processo se encontra bastante lento. Hoje temos 03 municípios com parecer favorável do
373 NUEPI para serem certificados: Ocara, Porteiras e Pacatuba. As certificações dos 03
374 (três) municípios foram aprovadas através da Resolução da CIB no. 01/2001, no uso de
375 suas atribuições legais e considerando: I. Portaria GM/MS no. 1.399, de 15 de dezembro
376 de 1999, que regulamenta a NOB.SUS 01/96 no que se refere as competências da União,

377 Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças e
378 define a sistemática de financiamento. II. A Instrução Normativa da FUNASA no. 002,
379 de 5 de junho de 2000, que regulamenta os procedimentos de Certificação de Municípios,
380 Estados e Distrito Federal para a Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de
381 Doenças. RESOLVE: Art.1. Aprovar a Certificações dos Municípios para a Gestão das
382 Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, após conhecimento do parecer favorável
383 da Comissão Estadual de Descentralização para Ocara, Porteiras e Pacatuba. Art.2. Esta
384 resolução entrará em vigor na data de sua assinatura. **Item 7 da Pauta – Alteração do**
385 **Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) para o**
386 **município de Fortaleza – Socorro Martins.** Com a palavra Socorro Martins faz um
387 comentário sobre as dificuldades do município de Fortaleza, certificado em outubro/00,
388 sendo os recursos liberados apenas em dezembro. Os recursos destinados para Fortaleza,
389 segundo cálculo baseado na I.N. no. 02, datado de 05/06/00 da FUNASA, são
390 insuficientes para o desenvolvimento do Plano de Combate ao Aedes Aegypti. Desta
391 forma a SESA acordou com a SMDS/Fortaleza a proposta de aumento do TFECD
392 passando o valor per capita de R\$ 1,75 para R\$ 2,63, passando o valor mensal de R\$
393 389.833,18 para R\$ 543.668,69 com o compromisso da SESA de repassar a SMDS/PMF
394 por 6 meses o valor mensal de R\$ 153.835,51. A CIB/CE homologou a proposta
395 acordada entre a SESA e a SMDS – Fortaleza, sendo os recursos repassados pelo
396 FUNDES, e que se encontram sob gestão da SESA. **Item 8 da Pauta – CAPS:**
397 **Suspensão de Classificação (Itapipoca e Capistrano) e Solicitação de Implantação de**
398 **CAPS em Missão Velha .** Este assunto foi colocado em pauta por solicitação do
399 COSEMS/Ce e por solicitação do Dr Raimundo Alonso Batista de Aquino Coordenador
400 da Saúde Mental do Estado. O primeiro assunto trata da solicitação do Dr. Aquino da
401 suspensão do cadastro junto ao SIA/SUS dos Centros de Atenção Psico-Social de
402 Itapipoca e Capistrano, que recentemente tiveram suas propostas apresentadas a CIB, e
403 que obtiveram aprovação para cadastramento. O Segundo é a solicitação do COSEMS
404 para que a SESA relate a situação atual dos projetos de investimento. E o terceiro é uma
405 solicitação de implantação de um CAPS em Missão Velha. Em relação ao primeiro ponto
406 que trata da suspensão do cadastramento dos CAPS de Itapipoca e Capistrano: foi
407 encaminhado a CIB/CE pelo Coordenador da Saúde Mental do Estado o Ofício no.
408 219/00, datado de 28 de dezembro de 2000, colocando que o Gestor Municipal de
409 Itapipoca tinha demitido todos os técnicos que trabalhavam no CAPS. Encerrando as
410 atividades do Centro no mês de nov/2000, e não garantindo a contratação de equipe. O
411 referido Centro recebe medicamentos Psicotrópicos do Convênio – Ministério da
412 Saúde/Governo do Estado para assistência aos pacientes com distúrbios mentais; foi
413 contemplado com recursos do Ministério da Saúde e do Tesouro do Estado para aquisição
414 de equipamentos para as Oficinas Terapêuticas, os equipamentos estão em fase de
415 conclusão de compra., obteve autorização pela CIB/CE de alocação de recursos federais
416 adicionais para custeio. O CAPS de Capistrano reduziu os salários de seus técnicos e
417 condicionou a permanência dos mesmos ao recebimento do pagamento a assinatura do
418 novo contrato, com valores reduzidos. Suas atividades foram encerradas em
419 dezembro/2000, mas antes mesmo de encerrar as atividades cortou a alimentação dos
420 pacientes. O Centro está sem viatura e sem Terapeuta Ocupacional desde outubro/2000.
421 Este Centro obteve autorização da CIB para funcionamento em de agosto/2000, foi
422 contemplado com recursos do Tesouro do Estado para compra de equipamentos para as
423 oficinas terapêutica. A aquisição encontra se em fase de conclusão. Com base nestas

424 informações o Secretário Estadual adotou as seguintes providências: em relação a
425 Itapipoca como o município se encontra em gestão plena da atenção básica autorizou a
426 suspensão do cadastro junto ao SIA/SUS, interrompendo a liberação dos recursos
427 federais. No caso do município de Capistrano foi suspenso o cadastro, mas pelo fato do
428 mesmo se encontrar habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM, o
429 Secretário Estadual não pode alterar o teto do município de Capistrano e o assunto tem
430 que vir para a CIB. A necessidade de trazer a CIB é porque o município está recebendo
431 recursos destinados ao funcionamento do CAPS, e segundo o relatório ele não está
432 prestando os serviços a população. A atual gestora do município de Itapipoca enviou um
433 ofício para o Presidente da CIB/CE remetendo cópias dos ofícios enviados para o
434 Presidente da Câmara Municipal de Itapipoca e para o Presidente do Tribunal de Contas
435 dos Municípios. A Secretária Municipal de Saúde de Itapipoca – Maria Assunção
436 afirma que por se tratar de problemas ocorridos na administração passada não pode citar
437 as causas da paralisação das atividades do CAPS no município e solicita providências
438 necessárias para o retorno de suas atividades. Em relação as denúncias encaminhadas a
439 Procuradoria Geral de Justiça pelo Coordenador de Saúde Mental do Estado o
440 representante da gestão anterior da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca o Sr.
441 Humberto, esclarece que foram enviadas consultas ao Tribunal de Contas dos Municípios
442 e ao Ministério Público Estadual, sobre como proceder no caso específico do Setor
443 Saúde, inclusive em relação ao CAPS, no tocante a proibição de classificar despesas
444 como Restos a Pagar constante na Lei de Responsabilidade Fiscal (art.42), dado que os
445 recursos federais do SUS referentes aos pagamentos das produções de serviços
446 ambulatorial especializado e de internação das competências novembro e Dezembro –
447 2000, só serão creditados pelo MS nos meses de janeiro e fevereiro de 2001
448 respectivamente. Enviou para a Câmara Municipal de Itapipoca o comunicado de que
449 alguns serviços de saúde seriam paralizados dado a situação acima descrita. Finalmente
450 encaminhou para a SESA através da 6ª Microrregional de Saúde o comunicado sobre a
451 paralisação de alguns programas de saúde, entre eles o CAPS. Em seguida lamenta o fato
452 de não ter obtido resposta de nenhuma destas Instituições até o término da gestão
453 (31/12/00). Diante dos fatos relatados, os profissionais contratados por prestação de
454 serviços para o CAPS: 02 psiquiatras, 01 enfermeiro, 01 assistente social, 01 psicólogo,
455 01 terapeuta ocupacional, 01 recepcionista, 01 vigia, e 01 motorista (com o veículo)
456 tiveram seus contratos rescindidos em 30/11/00. Em relação a denúncia de contratação
457 dos profissionais em 2001 com valores reduzidos é de responsabilidade da atual gestão.
458 Em seguida informa que os medicamentos repassados pelo MS-SESA foram distribuídos
459 para os pacientes assistidos pelo CAPS no exercício 2000, e que a Secretaria Municipal
460 de Saúde elaborou o projeto para equipar as Oficinas Terapeuticas e enviou para a SESA
461 e que até o final de 2000 não tinham sido operacionalizado. Informa ainda que com a
462 contratação dos profissionais o CAPS de Itapipoca se encontra funcionando. A Dra.
463 Lilian – Coordenadora de Controle e Avaliação do Estado, diz que solicitou que os
464 Coordenadores Microrregionais de Saúde de Itapipoca e Baturité fizessem supervisão de
465 avaliação do funcionamento dos CAPS de Itapipoca e Capistrano e está de posse dos
466 relatórios datados de janeiro /2001 que caracteriza o CAPS de Itapipoca como um serviço
467 de atendimento médico ambulatorial, sendo confirmado pela auditoria posteriormente
468 feita pelo Nível Central da SESA. Em relação ao CAPS de Capistrano, foi constatado
469 que o mesmo reiniciou suas atividades no início de janeiro/2000, atendendo normalmente
470 os pacientes da Microrregião de Baturité. Após ampla discussão a CIB decidiu em

471 relação aos CAPS de: 1ª - Itapipoca : autorizar a reativação do cadastro junto ao
472 SIA/SUS. 2ª- Capistrano acatar o parecer da Gerente Microrregional de Baturité que
473 constata a sua plena operacionalização, garantindo a permanência dos recursos federais
474 adicionais para custeio no TFAM e 3ª - Agilizar junto a SESA o processo de compra dos
475 equipamentos para as Oficinas Terapêuticas. **Solicitação de Implantação de CAPS em**
476 **Missão Velha.** O processo de implantação do CAPS em Missão Velha como iniciativa da
477 Sociedade Pestalozzi de Missão Velha com o objetivo de ampliar o seu serviço de
478 atenção as pessoas portadoras de necessidades especiais. Esta solicitação foi apreciada
479 pelo Coordenador Estadual de Saúde Mental – Dr. Raimundo Alonso Batista Aquino que
480 considera a iniciativa muito relevante, mas aponta que a prioridade, segundo a política
481 estadual de saúde, é de assegurar a cobertura de assistência psico – social em todas as
482 Microrregiões de Saúde. E o município de Missão Velha está inserido na Microrregião de
483 Saúde de Juazeiro do Norte que já conta com assistência dos CAPS de Juazeiro do Norte
484 e de Barbalha e na Microrregião do Cariri se faz necessário a implantação de CAPS nas
485 Microrregiões do Crato e de Brejo Santo. Por estas razões considera que este pleito
486 deverá ser apreciado pela CIB/CE. A CIB apreciou a solicitação e reconhece que a
487 iniciativa da Sociedade Pestalozzi de Missão Velha é de grande valia para a população
488 do município, no entanto considera que a implantação de um CAPS exige do Estado
489 alocação de recursos federais adicionais, e que por escassez destes recursos foram
490 estabelecidas prioridades para investimento e custeio dos CAPS localizados nos
491 municípios sede de Microrregiões. A Dra. Lídia psiquiatra do CAPS de Aracati fez uma
492 denúncia de que em Fortaleza houve o aumento de leitos de psiquiatria contrariando a
493 política de reforma psiquiátrica no Estado. A CIB decidiu colocar este assunto na Pauta da
494 próxima reunião. **Item 9 da Pauta – Incentivo de Saúde Bucal/PSF: Fluxos e Planos**
495 **de Reorganização (Clélia e Imaculada).** O Ministério da Saúde já apresentou a
496 normatização na área de saúde bucal para efeito de solicitação de Cadastramento. Dra.
497 Clélia apresenta um resumo da Portaria No 1.444/MS – de 28 de dezembro de 2000
498 publicada no DOU de 29/12/00. Que estabelece o incentivo financeiro para a
499 reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa
500 de Saúde da Família. I. Incentivo Anual de Saúde Bucal no PSF: (a) Os municípios que
501 se qualificarem às ações de Saúde Bucal receberão incentivos financeiros anuais por
502 equipe implantada de acordo com a composição e os seguintes valores: Na Modalidade I
503 terá 01 (um) Dentista e 01 (um) Atendente Consultório Dentário, com repasse anual de
504 R\$ 13.000,00, sendo repasse mensal de R\$ 1.083,00. Na Modalidade II terá 01 (um)
505 Dentista , 01 (um) Técnico de Higiene Dental e 01 (um) Atendente Consultório Dentário,
506 com repasse anual de R\$ 16.000,00, sendo repasse mensal de R\$ 1.333,33. (b) Incentivo
507 Adicional: • Por equipe implantada. • Valor R\$ 5.000,00, pago em parcela única. •
508 Objetivo – aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. • Equipe desativada
509 em prazo < 12 meses, contados a partir do recebimento do incentivo adicional, o valor
510 recebido será descontado de futuros valores repassados ao Fundo Estadual ou Municipal
511 de Saúde. (c) Banco de Dados – o SIAB deverá ser alimentado mensalmente com as
512 informações das ações desenvolvidas pela equipe da Saúde Bucal e fornecerá os dados
513 necessários para o cálculo do incentivo de saúde bucal. (d) os incentivos para as equipes
514 ou saúde bucal farão do orçamento do Ministério da Saúde – PAB variável. (e) A
515 qualificação dos municípios ao incentivo de saúde bucal deverá ser aprovada pela
516 CIB/CE. II. Relação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Equipes Saúde da Família:
517 Cada ESB deve atender 6.900 habitantes. Para cada ESB implantada devem ter 02 ESF

518 implantadas. Municípios < 6.900 habitantes podem implantar 01 ESB e 01 ou 02 ESF.
519 Em Relação ao Processo de Qualificação dos Municípios ao Incentivo de Saúde Bucal no
520 Programa Saúde da Família o fluxo é: (1) O município envia ofício à respectiva
521 microrregional de saúde com a solicitação de qualificação ao incentivo de saúde bucal no
522 PSF. (2) A microrregional realiza análise técnica, emite parecer e encaminha o processo
523 à COMIRES que o envia à COPOS/ CELBUC para análise e parecer quanto à
524 qualificação das equipes de cada município. (3) A CELBUC envia o processo à
525 CODAS/CEOAP para conhecimento e encaminhamento à CIB/CE para aprovação. (4)
526 Após a aprovação, a CIB/CE encaminhará a Declaração de Incentivo para o MS. (5) A
527 CEOAP após publicação da Portaria pelo MS de qualificação das equipes de saúde bucal
528 envia o processo para COVAC para cadastramento junto ao SIA/SUS. (6) Mensalmente
529 à CEOAP envia ao MS o relatório constando as equipes aptas ao pagamento do incentivo.
530 (7) Após a qualificação o município envia à Microrregional, o atesto de funcionamento
531 (anexo 3) das equipes de saúde bucal. (8) A Microrregional consolida os dados e
532 funcionamento emitidos pelo município, acrescentando informações complementares.
533 (9) O atesto microrregional é enviado à COMIRES que o encaminha à COPOS/CELBUC
534 para análise e consolidação em nível estadual e posteriormente envio à CODAS/CEOAP.
535 (10) A CODAS/CEOAP agrega os dados do PACS/PSF/Saúde Bucal para aprovação e
536 assinatura do Secretário Estadual da Saúde e envio do atesto estadual ao Departamento
537 de Atenção Básica do MS, para fins de pagamento. A CIB aprovou o fluxo com
538 necessidade de desmembrar o instrumento em dois, um para qualificação e outro para o
539 cadastramento. Decidiu ainda incluir em pauta da CIB discussão sobre o Curso de THD.
540 **Item 10 da Pauta – Infome. 1. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde**
541 **(PSF) – Imaculada.** Foram selecionados pelo MS 03 (três) municípios do Estado do
542 Ceará que são: Granja, Itarema e Morrinhos. Porém a CIB decidiu fazer um estudo mais
543 aprofundado e selecionou os municípios cearenses que deverão integrar o Programa de
544 Interiorização do Trabalho em Saúde, priorizando 06 (seis) municípios que se
545 encontram em situação mais crítica como Ererê, Morrinhos, Miraíma, Ararendá,
546 Alcântaras e Aurora. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião,
547 determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária,
548 lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
549 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, nove de Fevereiro de dois
550 mil e um.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos vinte e três dias do mês de Fevereiro do ano dois mil e um, às nove horas, na Sala de Reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Segunda Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: José Adelmo Martins, Coordenador da Saúde da SMDS/PMF, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá, Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Joaquim Clemetino, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, Rogério Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Luiz Odorico M. de Andrade, Secretário Municipal de Saúde de Sobral, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA. Como convidados: Paula Madalena, CAPS de Crateús, Solange C.C. Dantes, SMS de Aquiraz, Neusa Goya, COSEMS, Maria Dalvani Lima, SMS de Jaguaribe, Viatyane Nunes Duarte, SMS de Jaguaribe. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que deu início a mesma. **Item 1 da Pauta – Expansão de Leitos de Psiquiatria em Fortaleza.** Vera coloca que na reunião passada houve uma denúncia por parte dos profissionais da Área de Reforma Psiquiátrica do Estado, de que o município de Fortaleza estava ampliando o número de leitos psiquiátricos, contrariando a Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica. E por decisão da Bipartite, este assunto seria debatido nesta reunião. Diante disso encaminhamos uma cópia do Relatório do Hospital São Vicente de Paulo, onde o grupo constatou o acréscimo de leitos e pedimos para que a SMDS/PMF tomasse conhecimento e preparasse uma análise em relação ao assunto para discutirmos hoje. Com a palavra Dr. Adelmo – Coordenador da SMDS/PMF diz que o município de Fortaleza não está contrariando a Reforma Psiquiátrica, até porque o que foi feito até hoje, não tem impacto na melhoria da saúde mental das pessoas ao ponto de ser desativado os leitos psiquiátricos. E recentemente promoveu com a UECE um encontro de Saúde Mental no Centro de Convenções, para discussão das propostas para esta área, inclusive internação. E ainda estamos com uma proposta de construir 02 CAPS, no qual já estamos preparando os profissionais para coloca -los em funcionamento o mais breve possível. E apresenta formalmente a Bipartite a contestação da interpretação do Relatório do Grupo de Saúde Mental/SESA que afirma o aumento de leitos no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula. Para reforçar sua argumentação informa o seguinte: 1) A Central de Controle e Regulação das Internações de Fortaleza – CRIFOR/SMDS opera com as mesmas informações cadastrais da FCH/MS, Ficha de Cadastro Hospitalar e utiliza o aplicativo SISREG/DATASUS/MS, seguindo as regras e normas do SUS. 2) Os princípios das Centrais de Regulação, regulamentados pelo MS/SAS, ultrapassam as estruturas burocráticas (Administrativas e Financeiras), pois no exercício de regulação estamos sempre encontrando situações de emergência médica que exigem a tomada de decisão na direção de acolher e atender o usuário do SUS independente do número ou tipo de leito cadastrado e controlado para este fim. 3) A Central de Controle e Regulação das Internações de Fortaleza tem registrado em seus bancos de dados informações sobre

48 todos os leitos SUS e não SUS, dos Hospitais Conveniados/Contratados, por ela
49 controlados para garantir a sua plena utilização de forma permanente e/ou temporária, no
50 caso de leitos não SUS, já que com o surgimento de uma vaga normal o paciente é
51 imediatamente transferido como se o mesmo estivesse em um leito fora da clínica. 4)
52 Apresentamos ainda de forma agregada relatórios que expressam o controle de leitos dos
53 sete Hospitais Psiquiátricos no dia 22/02/01 e lista de pacientes aguardando vagas, em
54 dias aleatoriamente escolhido, por até 24 ou 48 horas, demonstrando a utilização de 100%
55 da capacidade SUS. 5) Ressaltamos que este modelo de regulação é consagrado
56 nacionalmente e que a Central dispões de internações detalhadas de todos os 19 Hospitais
57 controlados e regulados por ela e que a SMDS/PMF é responsável pela saúde integral do
58 cidadão de Fortaleza e sempre que preciso lançara mão de suas prerrogativas
59 constitucionais pautadas nos critérios técnicos de regulação das normas do Ministério da
60 Saúde e também nos princípios humanitários de atendimentos ao doente. Finalizando,
61 reitero que em qualquer Sistema de Regulação sempre existirão de forma contingencial
62 leitos adicionais temporários e não “extra definitivos” e que outras comissões deste
63 mesmo quilate em outras áreas deveria estar atuando para cobrir. Após apresentação os
64 participantes se manifestaram: **Ir. Branda** os pacientes com distúrbios mentais devem ser
65 internados em Hospital Geral e propõe que seja reduzido a média de permanência.
66 **Silvana** afirma que a alta permanência de pacientes é que é o grande problema. Seria
67 importante que o município pudesse assumir a fiscalização destes hospitais. **Lídia** a
68 existência de leitos extra, por recomendação do Grupo: estão fora dos parâmetros e que
69 os mesmos deverão ser desativados. **Odorico** relatou a experiência da reforma
70 psiquiátrica no município de Sobral. **Vera** aproveita a oportunidade e apresenta a Equipe
71 de Supervisão dos CAPS do Ceará que é composta por: Afonso Aquino da Saúde Mental
72 do Estado, Creusa do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia do Estado, Enir do
73 Coren/Ce, José Teles do CESAU, Amilton do Sindicato de Saúde, Francisca Jaqueline
74 do Sindicato de Saúde, Carlos Henrique representante dos usuários. Lúcia Meneses
75 representante dos usuários. Este grupo de trabalho está vinculada ao CESAU. A
76 SMDS/PMF acatou as sugestões de compor uma equipe de fiscalização permanente aos
77 hospitais psiquiátricos para assegurar a redução da média de permanência, a manutenção
78 dos leitos de acordo com a Portaria 224/92 e a Internação em Hospital Geral. E ainda
79 agilizar a implantação da Reforma Psiquiátrica no município através de implantação de
80 CAPS nas SERs, Hospital Dias, e outras estratégias de fortalecimento de Reforma
81 Psiquiátrica no município. **Item 2 da Pauta – Situação atual dos Projetos de**
82 **Investimento para fortalecimento dos CAPS .** Esta assunto foi solicitado pelo
83 COSEMS com a preocupação de agilizar a execução dos Projetos de Investimento para
84 fortalecimento dos CAPS no Estado do Ceará. O Governo Federal através do Convênio
85 Global – (Projeto Guarda - Chuva) alocou em 2000 recursos para fortalecimento desta
86 política, através de aquisição de equipamentos para os CAPS e o próprio Governo do
87 Estado assegurou recursos próprios no orçamento 2000 para aquisição de equipamentos,
88 notadamente para estruturar as Oficinas Terapêuticas. Estes projetos não tiveram bom
89 desempenho no ano 2000. A Sandra Solange responsável pela Célula do Adulto da
90 SESA, informa que o Projeto Guarda – Chuva é um projeto amplo ele não só beneficia a
91 atenção a saúde mental, mas também outras doenças crônicas degenerativas. O valor do
92 Projeto Guarda – Chuva para a Saúde Mental com os Recursos Federais é de R\$
93 150.000,00 (cento e cinquenta mil), sendo destinados a 05 (cinco) CAPS, no valor de R\$
94 30.000,00 (trinta mil reais) para cada um, que são Crateús, Barbalha, Fortaleza, Itapipoca

95 e Morada Nova. Os recursos foram liberados em agosto de 2000, e os equipamentos
96 foram licitados mas não foi possível empenhar neste exercício. Por esta razão, algumas
97 Firms não asseguraram os preços. No início do ano, foi solicitado a SEPLAN a abertura
98 de dotação orçamentária na fonte do Tesouro e em outras Fontes no orçamento – 2001.
99 **Silvana** reforça a necessidade de abertura de dotação orçamentária no Orçamento - 2001,
100 e afirma que o prazo estabelecido para a garantia das propostas pelas Firms se conclui
101 em março - 2001. Esta é a maior preocupação, dado a morosidade da SESA. **Odorico**
102 chama atenção para ausência do Coordenador Estadual nas discussões e este fato não é
103 muito bom. O Estado tem que ter uma Política mais clara em algumas áreas, como por
104 exemplo: Reforma Psiquiátrica e Saúde Bucal. **Alex** lembra que os municípios em
105 GPSM não tem obrigatoriedade de remunerar os serviços públicos e filantrópicos por
106 produção de serviços, os gestores tem liberdade alocativa podendo desta forma contribuir
107 para o fortalecimento de serviços que são estratégicos para o SUS, como por exemplos
108 os CAPS. **Socorro** reconhece as fragilidades da SESA e as dificuldades enfrentadas no
109 ano 2000, decorrente da mudança da Estrutura Organizacional da SESA e das normas
110 orçamentárias e financeiro do Governo. **Carlile** manifesta preocupações pelo fato dos
111 grandes municípios como Fortaleza e Maracanaú, terem assento na CIB e não terem
112 conseguido avançar na política de Reforma Psiquiátrica. E que o COSEMS/CE tem que
113 discutir mais as coisas, antes de tomar as decisões. **Alex** cita a dificuldade de retirar
114 recursos de internações para os CAPS, pois 80% dos recursos estão em Fortaleza. Se faz
115 necessário reduzir leitos nos hospitais psiquiátricos e o número de leitos no cadastro.
116 **Vera** afirma que desde 1999 todos os CAPS tiveram autorização da CIB para alocação
117 de recursos adicionais ao teto do município, não é a questão do custeio em si que está
118 dificultando, a operacionalização da Reforma Psiquiátrica nos municípios sede de
119 microrregião, a grande dificuldade é o financiamento para investimento. Isto porque a
120 SESA não teve agilidade na utilização dos recursos. E ainda sugere que a Bipartite em
121 relação aos recursos do Projeto Guarda – Chuva definirá representantes entre os
122 Coordenadores dos CAPS, para junto com a SESA agilizar sua operacionalização, fazer a
123 revisão dos processos que estão licitados, verificar o que vai ser assegurado pelas firmas
124 vencedoras, e os equipamentos não cotados em licitações anteriores ou não fornecidos
125 pelas firmas para que seja providenciado rapidamente novo processo licitatório . A CIB
126 indicou como representantes dos CAPS para compor a Comissão de Trabalho os
127 profissionais: Lídia, Silvana , Jefesson e Nilo. A 1ª reunião de trabalho foi agendada para
128 o dia 02/03/01 às 08:30h, na Sala da Sandra Solange. **Item 3 da Pauta – Estratégias**
129 **para operacionalização da NOAS – 2001 – Proposta da Comissão Técnica da**
130 **CIB/Ce.** Vera coloca que representantes da Secretaria Estadual e COSEMS/CE reuniram
131 se para discutir as Estratégias de Operacionalização da NOAS no Estado do Ceará. Em
132 reunião realizada em 19/02/01 às 15:00 horas, na Sala de Reunião da COVAC/SESA
133 com a participação da Neuzinha e Silvia Regina ambas Assessoras do COSEMS, Regina
134 Célia, Evandro, Vera Coêlho e Alex da SESA, Gorethe, Ana Maria e Silvia Mamede da
135 ESP/Ce, Carlile Lavor, Jurandi, Eduardo, Maria Lúcia Ramalho, Mário Mamede do
136 COSEMS, foram discutidas as estratégias e estabelecido um calendário para
137 Implantação da NOAS no Estado. O Processo de Implantação da NOAS em 2001 se fará
138 em 07 (sete) momentos: • (1º) Seminário de Informação e Sensibilização dos Gestores,
139 responsável a SESA, em fevereiro e março. Já foram realizados os Encontros de Sobral
140 envolvendo os gestores de Sobral e Camocim, do Cariri envolvendo Brejo Santo, Crato e
141 Juazeiro do Norte, e do Iguatú envolvendo Iguatú e Icó, com a participação dos Prefeitos

142 e Secretários Municipais. Nestes encontros são prestadas informações políticas (Dr.
143 Anastácio), exposição da Norma Operacional da Assistência a Saúde – NOAS (Vera e
144 Alex) e das Estratégias de microrregionalização no Estado (Evandro). • (2^o) Elaboração
145 do Primeiro Momento do Plano Diretor de Regionalização, responsáveis: SESA, CIB e
146 CIB(s) Microrregionais em março. • (3^o) Revisão da PPI – 1999/2000, responsável a
147 SESA em abril e maio, e a Montagem do programa de capacitação e preparação das
148 instituições formadoras, responsável a ESP/CE em abril. • (4^o) Execução do Programa de
149 Capacitação, responsáveis a ESP/Ce/Consórcio UVA/URCA nos meses de maio e junho.
150 • (5^o) Segundo Momento do Plano Diretor de Regionalização, responsáveis: SESA,
151 CIB/CE e CIB(s) Microrregionais nos meses de junho e julho. • (6^o) Acompanhamento e
152 cooperação técnica para a estruturação dos sistemas microrregionais, responsáveis a
153 SESA nos meses de junho e julho. • (7^o) Habilitação dos municípios em GPSM e
154 qualificação das microrregiões de Saúde, responsáveis o MS/SAS em julho. Após
155 discussão e apreciação a CIB/Ce aprovou a Proposta da Comissão Técnica da CIB/Ce. E
156 ainda foi constituída uma Comissão composta pelo COSEMS representantes Alcides,
157 Eduardo e Neuzinha, e da SESA: Vera, Evandro e Lilian para revisão das informações
158 para subsidiarem a elaboração do Primeiro Momento do P.D.R **Item 4 da Pauta –**
159 **Situação atual das CIB(s) Microrregionais – Lourdes Gões** . O COSEMS fez uma
160 solicitação junto a Secretaria Executiva da CIB para expor a situação em que se
161 encontram as CIB(s) Microrregionais. A Lourdes Gões fez um levantamento junto as 21
162 Coordenadorias das Microrregionais de Saúde, o que possibilitou a apresentação de
163 proposta por alguns CIB(s). A situação das CIB(s) Microrregionais em fev/2000: 12
164 implantadas e em pleno funcionamento, 4 implantadas mas desativadas, 3 não foram
165 implantadas e 2 sem informações. Em relação aos principais temas discutidos nas CIB(s)
166 Microrregional foram: 1) Referência e Contra Referência. 2) Organização do Serviço,
167 Indicadores de Saúde, e a discussão da Programação Pactuada e Integrada de Saúde –
168 PPI. 3) REFORSUS, e Análise e discussão de Portarias diversas que tem haver com a
169 região. 4) Campanhas que foram feitas e que irão fazer, Cadastramento de
170 Procedimentos, questões relacionadas com Hospitais, por último o Programa Saúde da
171 Família – PSF. Em relação as dificuldades encontradas no processo de organização das
172 CIB(s) Microrregionais foram: 1) A falta de capacitação para desenvolver as funções,
173 inclusive esclarecimento sobre as verdadeiras funções . 2) A falta de integração entre a
174 CIB Estadual e a CIB Microrregional, não ter acesso as Resoluções, não saber como é o
175 processo e o que é discutido. 3) A mudança de Secretários no qual contribuiu para a
176 desarticulação . 4) A falta de uma Assessoria da CIB Estadual para questões formais,
177 burocrata e operacional, como fazer uma ata, o que tem que constar na ata, como
178 trasmitar as resoluções. Há uma necessidade de compreender melhor a política que está
179 sendo implementada no Estado, as resoluções que chegam e os encaminhamentos
180 políticos e técnicos. Diante das dificuldades apresentadas, as CIB(s) Microrregionais
181 apontaram as seguintes propostas: 1) Capacitação para os membros e para a Secretária
182 Técnica. 2) Maior Interação entre a CIB/Ce e as CIB(s) Microrregionais. 3) Assessoria
183 para questões técnicas gerenciais. 4) Comunicação mais ágil que assegure o processo de
184 retroalimentação da CIB/Ce para as CIB(s) Microrregionais. 5) Uniformização das datas
185 de reuniões ordinárias das CIB(s) Microrregionais como calendário único, contando com
186 a participação de membros da CIB/Ce em alguns momentos. 6) Posse coletiva de todos os
187 membros da CIB(s) Microrregionais. 7) Sensibilização para os novos secretários sobre a
188 importância desse fórum. Diante deste levantamento e destas reivindicações que estamos

189 expondo para apreciação deste colegiado, Lourdes afirma que seria necessário
190 desencadear um processo de capacitação em dois níveis: um mais formal e o outro das
191 discussões técnica política de tentar um meio de comunicação, que fosse bastante ágil e
192 eficaz. Pensou em duas formas: pela internet e através de boletim informativo. Após a
193 apresentação das sugestões elaboradas pelas CIB(s) microrregionais Vera ressalta a
194 importância deste trabalho e diz que no início da implantação da NOAS as CIB(s)
195 Microrregionais deverão está funcionando, pois a elaboração do PDR se dará de forma
196 descentralizada e sob responsabilidade desta Comissão. A CIB/Ce em relação as
197 propostas apresentadas decidiu que: 1) As reuniões das CIB(s) Microrregionais deverão
198 ocorrer de quinze em quinze dias, na primeira Sexta – feira de cada mês. 2) Contratar
199 consultoria ou buscar apoio junto a UECE para reestruturação das CIB(s) Microrregionais
200 e capacitação dos gestores nesta área. **Item 5 da Pauta – Regionalização do PSF em**
201 **Fortaleza.** O Adelmo representante do município de Fortaleza propõe dar uma maior
202 incentivo para os profissionais do PSF atuarem nas áreas de risco, visando a melhoria na
203 qualidade de vida do cidadão fortalezense. Neste sentido a SMDS elaborou uma Proposta
204 de Regionalização do PSF no município que precisa ser apreciada por esta comissão. Em
205 seguida relata que Fortaleza tem uma população de 2.141.603 habitantes e está dividida
206 em 06 (seis) Regionais Administrativas. Do ponto de vista da Saúde, cada Regional desta
207 tem uma população adscrita. A SER I tem 15 bairros, com a população de 368.574
208 habitantes, com 13 equipes do PSF tendo uma cobertura de 12,16%. SER II com 19
209 bairros, com a população de 351.870 habitantes, com 14 equipes do PSF tendo uma
210 cobertura de 13,72%. SER III com 16 bairros, com a população de 371.787 habitantes,
211 com 20 equipes do PSF tendo uma cobertura de 18,55%. SER IV com 18 bairros, com a
212 população de 292.118 habitantes, com 12 equipes do PSF tendo uma cobertura de
213 14,17%. SER V com 16 bairros, com a população de 414.192 habitantes, com 20 equipes
214 do PSF tendo uma cobertura de 16,65%. SER VI com 27 bairros, com a população de
215 343.089 habitantes, com 18 equipes do PSF tendo uma cobertura de 18,10%. O
216 município de Fortaleza no cadastro do MS encontra – se hoje com 97 equipes do PSF
217 tendo uma cobertura de 15,62% , mas já conta com 109 equipes. O gasto de pessoal por
218 equipe é de R\$ 9.944,00. A capacitação do profissional médico em Fortaleza está
219 bastante difícil. Acho que a regionalização do PSF é a estratégia que possibilitará a
220 cobertura de pelo menos 50% das áreas de maior risco. **Alex** acha interessante, e disse
221 que a regionalização não deve ser só para o PSF e que, na última PPI, a SESA sugeriu
222 que a Programação de Fortaleza fosse Regionalizada, e que fosse elaborada um estudo
223 das referências em cada Regional para conhecimento de uma série de dados em relação a
224 movimentação e a organização de serviços de referência secundária. **Odorico** reforça a
225 opinião do Alex e acha que toda grande metrópole tem que ser regionalizada. **Jurandi** e
226 **Policarpo** concordam plenamente com a idéia de regionalização do município de
227 Fortaleza. Após discussão a CIB/Ce aprovou a proposta de regionalização do PSF no
228 município de Fortaleza. **Item 6 da Pauta – Certificação de Municípios na Área de**
229 **Epidemiologia e Controle de Doenças:** Revisando as informações, a CIB já aprovou a
230 certificação de 71 municípios representando 40,21% total de municípios do Estado. Hoje
231 03 municípios obtiveram parecer favorável do NUEPI para serem certificados: Jardim,
232 Jucás e Cascavel. As Certificações dos 03 (três) municípios foram aprovadas através da
233 Resolução da CIB no. 02/2001, no uso de suas atribuições legais e considerando: I.
234 Portaria GM/MS no. 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamenta a NOB.SUS
235 01/96 no que se refere as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal,

236 na área de epidemiologia e controle de doenças e define a sistemática de financiamento.
237 II. A Instrução Normativa da FUNASA no. 002, de 5 de junho de 2000, que regulamenta
238 os procedimentos de Certificação de Municípios, Estados e Distrito Federal para a Gestão
239 das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. RESOLVE: Art.1. Aprovar as
240 Certificações dos Municípios para a Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de
241 Doenças, após conhecimento do parecer favorável da Comissão Estadual de
242 Descentralização para Jardim, Jucás e Cascavel. Art.2. Esta resolução entrará em vigor na
243 data de sua assinatura. **Item 7 da Pauta – Solicitação de Cadastramento de Equipe do**
244 **PSF e PSF/Saúde Bucal junto ao SIA.** Solicitações de cadastramento de equipes
245 Programa Saúde da Família: Itapipoca 01 (uma), Guaiuba 04 (quatro), Iracema 01 (uma),
246 São João do Jaguaribe 01 (uma), Redenção 01 (uma) e PSF/Saúde Bucal: Farias Brito 03
247 (três). Todas as solicitações foram aprovadas pela CIB. **Item 8 da Pauta – Informes: 1.**
248 **Cadastramento dos Estabelecimentos de Saúde.** Lilian faz alguns comentários sobre
249 a Portaria do GM/SAS no. 511, de 29/12/2000 que aprova a Ficha Cadastral dos
250 Estabelecimentos de Saúde – FCES, o Manual de Preenchimento e a Planilha de dados
251 Profissionais constante no anexos I, II, III, desta Portaria, bem como a criação do Banco
252 de Dados Nacional de Estabelecimento de Saúde, e determinar para esta fase ou seja, até
253 01/07/2001, o recadastramento de todos os Estabelecimentos de Saúde prestadores de
254 serviços do SUS. O cadastro dos demais estabelecimentos não vinculados ao SUS será
255 efetuado pelos gestores dentro de cronograma por estes estabelecidos, não sendo
256 obrigatório, nesta fase, podendo ser concluído até o final de 2001. Outro ponto
257 importante é que o não cumprimento, pelos gestores estaduais e municipais das atividades
258 de cadastramento e da constante atualização do cadastro dos Estabelecimento de Saúde,
259 implicará no bloqueio do antigo cadastro das unidades e conseqüentemente do não
260 pagamento dessas Unidades pelos serviços prestados. Lilian ressalta ainda que os
261 gestores Estaduais são responsáveis pela Coordenação do processo de cadastramento em
262 seu estado, com a devida cooperação técnica e financeira do Ministério e pela assinatura
263 de todas as FCES, bem como do cadastro dos estabelecimentos situados em municípios
264 não habilitados em qualquer forma de gestão e dos habilitados na gestão plena da atenção
265 básica, podendo, a seu critério, delegar esta atribuição aos gestores municipais. Nos
266 municípios em gestão plena do sistema o cadastro dos estabelecimentos situados em seu
267 território, exceto aqueles, excepcionalmente, sob gestão estadual é de competência dos
268 gestores municipais. E que os gestores responsáveis pelo cadastramento deverão efetuar
269 “in loco” a verificação dos Estabelecimentos de Saúde, devendo ser a vistoria, sempre
270 que possível acompanhada por equipes de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância
271 Sanitária. **2. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PSF).** Imaculada diz
272 que o Ministério da Saúde enviou um documento indicando 03 (três) municípios
273 cearense que integrarão o Programa de Interiorização. Porém a SESA fez um estudo
274 mais detalhado da situação dos municípios carentes e selecionou 06 (seis), que se
275 encontram em situação bastante precária. O Secretário Estadual da Saúde - Dr. Anastácio
276 encaminhou através de um ofício solicitação junto ao MS de revisão da relação dos
277 municípios cearenses que deverão integrar este Programa, sendo beneficiados os
278 municípios de: Ererê, Morrinhos, Miraíma, Ararendá, Alcântaras e Aurora. **3. Reunião**
279 **do MS com a Macro – Região Nordeste que está sendo agendada para os dias 15 e**
280 **16 de março.** O MS está solicitando dois representante da SESA e dois do COSEMS que
281 integra a CIB/CE para participarem do evento. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por
282 encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos, servindo

283 como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
284 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, 23 de
285 Fevereiro de dois mil e um.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos vinte dias de março do ano dois mil e um, às nove horas, na Sala de Reunião do Conselho Estadual de Saúde - CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Terceira Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Nágela Maria dos Reis Norões, COMIRES/SESA, Ana Maria dos Santos Fonseca, Secretária de Saúde de Palmácia, José Adelmo Martins, Coordenador de Saúde da SMDS/PMF, Joaquim Clementino, Secretário de Saúde de Maracanaú, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária de Saúde de Jaguaribe, Vilauva Lopes, Vice- Presidenta do COSEMS, Raquel Ximenes Marques, Secretária de Saúde de Quixadá, Eliade Bezerra, Secretário de Saúde de Iguatú, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES/SESA, Luiza de Marilac Meireles Barbosa, COPOS/SESA. Como convidados(as): Neusa Goya, COSEMS, Antônio Nei de Sousa, SMS de Pereiro, Paulo Vilmeber, SMS de Jaguaribe, Tatyana Nunes Duarte, SMS de Jaguaribe, Marize Girão, SMDS/ Fortaleza, Ana Maria R.V. Pinto, SMS de Tianguá, Eliane de Lavôr Vieira, CEFIT/NUASF, Carlos Roberto M. Almeida, SMS de Quixeramobim, Bernardo Alves SMS Icapuí, Cláudia Ricarte, SMS de Baturité, Maria Auxiliadora Bessa Santos, SMS de Baturité, Maria da Paz Gadelha, SMS de Itapiúna, Antônio Abelardo de Sousa, SMS de Itapiúna, Maria Zélia, Assessoria SMS Pedra Branca, Heridan Albuquerque, SMS de Aquiraz, Isabel Cristina Cavalcante, NUASF/CODAS/SESA, Ana Márcia de Norões, NUASF/CODAS/SESA, Joilda P. Furtado, CEADI, Olímpia Maria Freire de Azevedo, SMS de Aratuba. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que deu início a mesma pelo **Item 1 da Pauta – Solicitação Revisão do Pacto da Assistência Farmacêutica Básica em relação aos itens de medicamentos.** Solicitação da SMDS/PMF, que trata da revisão dos itens pactuados para 2001, dos medicamentos básicos, pois estes itens não contemplam alguns medicamentos, que o município de Fortaleza programou numa grande compra. **Adelmo** coloca que o município de Fortaleza em 1999 elaborou uma programação para licitação através de tomada geral de preços. E que este processo é muito demorado e foi baseado no Pacto do referido ano e dos preços vigentes em novembro de 2000. Houve mudança de alguns itens, quando da pactuação do elenco de medicamentos básicos para 2001. Cita como exemplo o caso da Ampicilina que compraram através desta licitação e não mais consta na relação do Pacto – 2001, portanto solicita a CIB que os medicamentos que foram adquiridos com base no Pacto – 1999 e que não constam mais no elenco do Pacto – 2001 sejam aceitos para efeito de contrapartida dos recursos do tesouro municipal. E reforça que esta solicitação se fundamenta pelo fato da auditoria do MS, para esta finalidade, verificar a coerência da lista dos medicamentos adquiridos como elenco do Pacto vigente na época da aquisição. Neste momento **Vera** intervém colocando que a solicitação da SMDS de Fortaleza é de que a CIB concorde que os medicamentos: Ampicilina, Benzoato de Benzila, Ácido acetilsalicílico 500mg, Miconazol, Metildopa 500mg, Solução fisiológica nasal e Diclofenaco de Sódio possam ser apresentada como parte do elenco do Pacto – 2001. Após as discussões a CIB/Ce acatou a solicitação da

48 SMDS de Fortaleza e afirmou que esta discussão não é extensiva a outros municípios,
49 em caso de mudança do elenco de medicamentos, constante do Pacto – 2001, a proposta
50 deverá ser submetida a apreciação deste Colegiado. **Item 2 da Pauta – Solicitação de**
51 **credenciamento de 30 Leitos de Médio Risco da Unidade Neonatal do Hospital**
52 **Geral César Cals.** O Hospital no dia 13/12/2000 solicitou a Coordenadoria do
53 Controle e Avaliação da SESA o cadastramento de 30 leitos de médio risco da unidade
54 neonatal. A auditoria foi realizada e o parecer é favorável. Atualmente no SUS constam
55 no Cadastro 24 leitos do HIAS e 08 leitos da MEAC, com garantia de incentivos mensais
56 de R\$ 50.400,00 e R\$ 18.000,00 respectivamente. A MEAC dispõe de mais 22 leitos que
57 no momento apresentam pendência para cadastramento. A situação do HGCC é de que os
58 leitos estão aptos a serem cadastrados, mas não existem recursos disponíveis para
59 concessão do incentivo que está orçado em R\$ 65.000,00 mensal. A concessão de
60 qualquer incentivo tem que ser retirado do teto livre do Estado o que significa que esse
61 tipo de credenciamento implica em mais recursos e vai ter que ser bancado com recursos
62 que o Estado dispõe do teto da assistência. **Vera** solicita que os membros da CIB se
63 pronunciem. **Paola** considera difícil aprovar o incentivo, pois isso significa um
64 remanejamento de recursos de uma área para outra. Mas por outro lado a classificação
65 destes leitos dota o Hospital de um perfil com complexidade mais alta e isso é muito
66 bom, pois para o SUS é importante que se tenha unidades classificadas como terciária.
67 Após discussão a CIB aprovou a proposta de enviar o processo para o MS para
68 classificação dos 30 leitos de médio risco da Unidade Neonatal do HGCC sem concessão
69 imediata de incentivo, permitindo que a SESA possa realizar o pagamento quando houver
70 saldo ou quando do ajuste do teto da Assistência. **Item 3 da Pauta – Apreciação da**
71 **solicitação de pagamento de internações obstétricas realizadas pela Maternidade do**
72 **Crato.** O Hospital atendeu pacientes na área obstétrica que extrapolou o teto financeiro
73 fixado em programação, e a mesma se encontra com um débito de 1.139 internações
74 obstétricas, que corresponde um valor de R\$ 243.094,39. Todos os procedimentos estão
75 listados no processo e foram vistoriados pela Equipe da Coordenação Microrregional e
76 foram autorizados pelo auditor do município. **Vera** coloca que o maior problema é que
77 os dados se referem ao período de outubro/99 a março/2000 e que o valor hoje deve estar
78 bem maior. E ressalta que esta unidade presta assistência além da população residente a
79 população de outros municípios, com registro de alguns municípios fora do Estado e as
80 referências não estão asseguradas no Teto do Crato. Todas as justificativas já foram
81 dadas pelo Gestor Municipal que não tem como pagar, mas o representante do Hospital
82 consistiu muito para que o problema fosse discutido na Bipartite. **Adelmo** acha que tem
83 que ser modificada a sistemática de encaminhamento dos pacientes, outro ponto para
84 aprofundar é em relação ao número de cesariana que parece ser elevado, são de cesárea
85 eletiva? Pois o que se sabe é que cesariana de segunda e terceira vez muitos médicos não
86 querem fazer. **Evandro** reforça que terá que ser visto a procedência ou então cumprir o
87 teto fixado e se o Hospital receber acima do teto não terá segurança quanto ao
88 pagamento. Seria importante analisar quais os procedimentos que estão sendo
89 apresentados pelo Hospital para pagamento dentro do teto, pois pode ocorrer que os
90 partos estejam sendo excluídos, pois são mais fáceis de comprovarem sua realização para
91 efeito de pagamento adicional. A CIB analisou e decidiu que pelo fato do processo não
92 deixar claro a procedência desses pacientes e de como está ocorrendo a seleção dos
93 procedimentos a serem pagos solicita que a COVAC faça este estudo. Mas adianta a
94 impossibilidade de autorizar este pagamento sem que o Teto da Assistência do Estado

95 seja reajustado. **Item 4 da Pauta – Apresentação do Relatório da Assistência**
96 **Farmacêutica no Estado .** Isabel informa que o MS ainda está responsável pelos
97 medicamentos destinados aos Programas Estratégicos: AIDS, Hanseníase, Tuberculose,
98 Diabetes (só a insulina), Endemias Rurais, Hemoderivados e a Saúde Mental. Em relação
99 a este último programa o MS assume a participação de 80% do elenco de 13
100 medicamentos. No Ceará estes medicamentos são destinados aos CAPS. Os recursos
101 federais para aquisição de medicamentos de Alto Custo estão sendo repassados para o
102 FUNDES que no início do ano passado o valor mensal era de R\$ 1.300 mil, foi reduzido
103 nos últimos meses para R\$ 900 mil, e que em 2001 foi reajustado para R\$ 1.600 mil. Para
104 o elenco (constam 52 itens) de medicamentos essenciais o MS aloca para o Estado só a
105 parcela dos municípios que se encontram na Gestão Básica. Como responsabilidade da
106 SESA tem se a contrapartida do Pacto de Medicamentos Básicos que é de R\$ 0,60 que
107 corresponde a R\$ 4.300 mil/ano e para os Programas Estratégicos: Aids (patologias
108 oportunistas), DST (para as unidades de referência de saúde reprodutiva) e Saúde Mental
109 (a contrapartida de 20%) foram orçados R\$ 3.300 mil/ano e para os Medicamentos de
110 Alto Custo o valor de R\$ 794 mil/ano. Destaca ainda que foram alocados recursos
111 destinados a revitalização da assistência farmacêutica microrregional na ordem de R\$
112 186 mil, a contrapartida de convênio com MS para a Capacitação de Recursos Humanos
113 pela ESP/Ce R\$ 25 mil, a contrapartida do Projeto Pesquisa sobre o impacto da
114 Assistência Farmacêutica no Ceará. Coloca que a Assistência Farmacêutica dispõe de
115 aproximadamente R\$ 35 milhões para 2001, donde R\$ 10 milhões são oriundos do
116 Tesouro do Estado e R\$ 25 milhões do MS e de outras fontes, e que para Aquisição de
117 Medicamentos estão reservados R\$ 25 milhões. Em seguida a Gerente da Célula de
118 Apoio Logístico do NUASF **Ana Márcia** apresenta a situação do pagamento das
119 Contrapartidas do Tesouro Municipal para Aquisição de Medicamentos Básicos ano
120 2000, que indica uma redução nos dois últimos bimestre de 2000 em relação a 1999. Em
121 1999, 23 municípios só pagaram os recursos referente ao 1º bimestre, 40 municípios
122 pagaram até o 2º bimestre, 56 municípios até o 3º bimestre e 39 municípios pagaram até o
123 4º bimestre. Em 2000, se obteve 44 municípios só o 1º bimestre, 55 até o 2º bimestre, 31
124 até o 3º bimestre e apenas 12 municípios pagaram até o 4º bimestre. E que está situação
125 dificulta o processo de aquisição de medicamentos básicos pois a SESA não tem recursos
126 disponível para cobrir o deficit da parcela municipal junto ao FUNDES. Depois da
127 apresentação **Jurandi** diz que a contrapartida de R\$ 0,60 por habitante ano para
128 medicamentos básicos é muito baixa e afirma que o Estado deve avaliar a possibilidade
129 de colocar R\$ 1,00 e que o compromisso quando do estabelecimento do PACTO 2001 era
130 de discutir novamente acerca desta questão, chama atenção e diz que o que ele coloca
131 procede pois não se conhece os gastos efetivos do Estado nesta área , pois na verdade os
132 recursos programados no orçamento acabam muitas vezes não sendo liberado e se não
133 alertar a discussão passará a margem. E lembra o esforço que tem que ser feito pelos
134 Secretários Municipais no sentido de cumprirem o cronograma de pagamento firmado
135 com o Estado. Finaliza reafirmando a necessidade do Estado alocar mais recursos para a
136 Aquisição de Medicamentos. **Item 5 da Pauta – Solicitação de Cadastramento de**
137 **Equipes do PSF e PSF/Saúde Bucal.** Municípios que solicitam Programa Saúde da
138 Família: Icó (10), Campos Sales (04), , Aracoiaba (01), Viçosa do Ceará (03), Guaraciaba
139 do Norte (02). Programa Saúde da Família e Saúde Bucal: Piquet Caneiro (02) e (01),
140 Pacatuba (05) e (03), Várzea Alegre (02) e (03) , Quixeré (01) e (01). Saúde Bucal:
141 Araripe (02), Limoeiro do Norte (04), Baturité (03), São Gonçalo do Amarante (03),

142 Altaneira (01), Deputado Irapuam Pinheiro (01), Iguatú (10), Mulungu (01),
143 Guaramiranga (01), Itapiúna (01), Beberibe (05) e Ibiapina (01). A CIB aprovou a
144 qualificação de todas as equipes. **Item 6 da Pauta - Apresentação das Propostas:**
145 **Parâmetros Estaduais para Avaliação das 7 Áreas de Atuação Estratégica**. A
146 proposta apresentada pela Coordenadoria da COPOS – **Dra. Marilac** referente aos
147 Parâmetros Mínimos para avaliação da atenção básica prestada pelos municípios,
148 especialmente para as 7 (sete) Áreas de Atuação Estratégica da NOAS – 2001 formulada
149 do seguinte modo: Área de responsabilidade, atividades, parâmetros recomendados,
150 parâmetros mínimos e fontes. O que se pretende utilizar a curto prazo são os parâmetros
151 mínimos, dado as dificuldades operacionais enfrentadas pela grande maior dos
152 municípios cearenses em relação as Áreas de Atuação Estratégica da NOAS. **Na Área (I)**
153 **– Controle de Tuberculose** os parâmetros mínimos propostos são I.1. Realizar ou
154 referenciar 2 (duas) baciloscopias em 0,8% da população total do município (os
155 Sintomáticos Respiratórios); I.2. Realizar ou referenciar 80% das baciloscopia de
156 controle nos BK positivos (70% do total dos casos); I.3. Realizar ou referenciar 60% dos
157 exames radiológicos de tórax em 30% dos doentes pulmonares BK negativos maiores de
158 15 anos e 80% dos doentes pulmonares BK negativos menores de 15 anos; I.4. Cadastrar
159 pacientes em número igual a quantidade de tratamento distribuídos; I.5. Realizar
160 tratamento supervisionado em todos os casos BK (70% do total); I.6. Realizar
161 tratamento auto administrativo em todos os casos com BK – e extra – pulmonar (30% do
162 total de casos); I.7. Vacinar em BCG 95% os menores de 1 ano. **Área (II) - Eliminação**
163 **da Hanseníase:** II.1. Realizar 80% do parâmetro recomendado (1 consulta médica ou de
164 enfermagem nos comunicantes – 4 por cada caso novo esperado); II.2. Realizar 100% do
165 parâmetro recomendado (classificar clinicamente 100% dos casos esperados em
166 multibacilares ou paucibacilares); II.3. Realizar 100% do parâmetro recomendado
167 (notificar 100% dos casos novos diagnosticados); II.4. Realizar o cadastro de pacientes
168 em número igual à quantidade de tratamento distribuídos; II.5. Realizar 80% do
169 parâmetro recomendado (realizar 1 avaliação de classificação das incapacidades
170 físicas/paciente/esperado/ano); II.6. Realizar 90% do parâmetro recomendado (2 dozes
171 BCG/comunicante/caso novo esperado). **Área III – Controle de Hipertensão:** III.1.
172 Cadastrar 50% dos casos diagnosticados; III.2. Percentual de pacientes com P.A
173 controlado (90%); III.3. 75% dos pacientes acompanhados; III.4. Garantir 1 exame de
174 patologia (glicemia, Colesterol total, HDL, Triglicerídios, LDL e Creatinina) paciente
175 acompanhado/ano; III.5. Garantir 1 exame de ECG paciente acompanhado/ano; III.6.
176 Garantir 1 exame de Rx de Tórax para paciente acompanhado com ECG alterado/ano.
177 **Área IV – Ações de Saúde Bucal:** IV.1. Garantir 8 (oito) procedimentos
178 coletivos/pessoa/ano em 60% da população de 5 a 14 anos; IV.2. Garantir 0,5
179 procedimentos odontológicos habitantes/ano. **Área V – Saúde da Criança:** V.1.
180 Cobertura vacinais , 95%; V.2. Vacinas em Dia, 85%; V.3. Cobertura Vacinal de
181 Campanha, 98%; V.4. Cobertura Vacinal de Intensificação, 95%, V.5. Peso ao nascer
182 menor de 2,5Kg, menor do que 9%; V.6. Criança menor de 12 meses pesando , 90%; V.7
183 Criança menor de 4 meses so mamando no peito , 40%; V.8. APGAR ao nascer maior
184 que 7 nos primeiros minutos, 95%; V.9. Criança de 6 a 23 meses com peso para a idade
185 com percentual < 10 incluídas no PICCN, 90% acompanhadas; V.10. internação por
186 pneumonia em < 5 anos, menor de 15/1000; V.11. Internação por desidratação em < 5
187 anos , 10/1000; V.12. Casos de diarréia em 2 anos que usavam TRO, maior de 80% .
188 **Área VI – Saúde da Mulher:** VI.1. 50% das gestantes devem ter realizado 04 ou mais

189 consultas; VI.2. Adesão ao SIS – PN; VI.3. atingir 70% da meta de rastreamento de câncer
190 de útero; VI.4. Garantir a referência formal para o nível terciário para seguimento das
191 lesões de alto grau. A **Área VII – Controle de Diabetes Mellius** ficou de ser
192 apresentado posteriormente à CIB, tendo em vista que a área técnica da SESA não
193 concluiu o estudo. Após apresentação Marilac prestou esclarecimento, e os membro da
194 CIB acataram a Proposta de Avaliação a partir destes Parâmetros Mínimos, caso o MS
195 não apresente nenhuma proposta mais acessível. **Item 7 da Pauta – INFORMES: 7.1.**
196 **Apreciação de Plano de Combate as Carências Nutricionais – Renovação – 2001.**
197 Ofício do Secretário de Política de Saúde do MS, comunicando que os municípios podem
198 modificar o Plano que foi enviado para o MS em 2000. Este ofício foi enviado para os
199 Gerentes Microrregionais, Secretários Municipais de Saúde e também para o COSEMS.
200 O prazo para renovação é até o dia 30/04, sendo que a documentação deverá ser
201 apresentada a Bipartite até o 30/03. Mas até o momento nenhuma documentação foi
202 enviada. **7.2. Ministério da Saúde solicita a divulgação e sensibilização do Programa**
203 **de Humanização do Pré – Natal e Nascimento junto ao Gestores Municipais.** O
204 Secretário de Política do MS enviou ofício para a CIB manifestando preocupação em
205 relação ao Programa de Humanização do Pré – Natal e Nascimento, dado o reduzido
206 número de municípios que se encontram habilitados para integrar o Programa . E solicita
207 que a Bipartite divulgue o Programa junto aos Secretários Municipais de Saúde na busca
208 de que os mesmos possam se sensibilizarem e solicitarem Adesão ao Programa. **Vera**
209 afirma, que não se tem informações de que algum município do Estado do Ceará agora
210 tenha assinado o termo de adesão com o MS, sendo interpolada por algumas pessoas, que
211 relatam que já haviam enviado o referido documento, ressalta que a preocupação está
212 relacionada aos recursos , pois já encontram - se no FAEC sem utilização e não tendo
213 utilização os mesmos, ficam disponíveis para o Ministério, o que quer dizer, se não estão
214 sendo usados se agregam a gerencia do Ministério. Afirma ainda que as normas do
215 Programa podem ser verificadas nas Portarias 570, 571 e 572, sendo as três Portarias
216 datadas de 01/06/2000, chama também a atenção para o SIS Pré – Natal , pois mesmo
217 esses municípios estando com termo de adesão assinados, tem que estar com todos o
218 sistema informatizado no SIS Pré – Natal para poder então viabilizar o pagamento. Vera é
219 interpolada sobre o valor desse recurso, informa que o valor é ao todo R\$ 90,00 (noventa
220 reais) por gestante, sendo R\$ 10,00 (dez reais) na inscrição , R\$ 40,00 (quarenta reais) na
221 consulta de pré – natal e R\$ 40,00 (quarenta reais) na consulta de puerpério. Informa
222 também que para a instalação do sistema , existem pessoas treinadas na Secretaria de
223 Saúde do Estado, que caso o município tenha dificuldades podem pedir orientações ao
224 Alexandre que trabalha com o Mamede. **7.3. Relação dos Hospitais do Estado do**
225 **Ceará que serão beneficiados com Equipamento para Atendimento a Gestante de**
226 **Alto Risco.** O projeto de equipamento médico hospitalar para atendimento à gestante de
227 alto risco está disponibilizando equipamentos essenciais à instituições hospitalares
228 estratégicas na rede assistencial compondo lote 1: ventilador mecânico pediátrico neo –
229 natal, um monitor multi paramétrico, um oxímetro de pulso, um berço aquecido, uma
230 unidade com base intensiva neo – natal, tudo isso. Já no lote 2 é composto por um
231 aparelho de ultra-sonografia e um cardiotocógrafo. As unidades beneficiadas somente
232 com o lote 1 serão: Hospital Maternidade José Pinto do Carmo de Baturité, São Francisco
233 de Canindé, Gonzaguinha da Barra do Ceará, Albert Sain, São Vicente de Barbalha , São
234 Lucas de Juazeiro, Santa Casa de Sobral. As unidades que serão beneficiada com lote 1 e
235 2 são: Gonzaguinha de Messejana, César Cals, Hospital Geral de Fortaleza, Assis

236 Chateubrian, Jesus Maria José de Quixadá e o Hospital Regional de Oliveira de Iguatú.
237 Esses equipamentos serão comunicados as respectivas unidades sendo entregues até o
238 final de março. **7.4. Relato da Reunião Macrorregional – Nordeste I (Ma, Ce, Pi e**
239 **Rn).** A reunião foi coordenada pelo MS com a participação dos Estados do Ceará,
240 Maranhão , Piauí e Rio Grande do Norte Os representantes do Ceará foram: pela SESA -
241 Vera e Cleide e pelo COSEMS – Jurandi e Vilauva. Tendo como objetivo conhecer a
242 situação dos Estados em relação à regionalização, as redes assistenciais como suporte de
243 regulação, ao processo de cadastramento dos serviços de saúde, a PPI e ao Controle e
244 Avaliação. E ainda obter informação para elaboração do plano de ação de assessoria do
245 MS junto aos Estados. Os Estados em relação ao processo de regionalização
246 apresentaram dificuldades em cumprirem os prazos estabelecidos, bem como conseguir
247 adesão dos municípios sem que os valores do 1º nível de Referência Ambulatorial e o
248 PAB – Ampliado estejam definidos pela CIT. As redes assistenciais tratadas foram a de
249 atendimento a gestante de risco e a de urgência e emergência, todos os Estados já
250 planejaram seus sistemas e que pôr falta de Recursos Humanos e de Equipamentos
251 algumas unidades não se encontram funcionamento a contento. Ficou claro que com a
252 elaboração do PDR estes Sistemas poderão sofrer alterações. Quanto ao cadastramento
253 foi reforçado a necessidade de concluí-lo antes do momento de ajuste do PDR, mas que
254 os Estados esperam que o MS através do DATASUS disponibilize o Sistema para
255 digitação da Ficha de Cadastro, caso contrário o Ajuste do PDR não contará com este
256 subsídio. Em relação a PPI o MS comunica que o instrumento eletrônico se encontra em
257 elaboração e que a utilização pelos Estados não será obrigatória. A compreensão de todos
258 os Estados presentes é de que só depois de concluído o PDR é que se pode trabalhar a
259 PPI. O ponto mais discutido foi a área de controle e avaliação, visto que as Secretarias
260 Estaduais, na grande maioria, não dispõem de estrutura para exercer suas
261 responsabilidades. E o MS se colocou de uma forma que os Estados se sentiram coagidos
262 quando aborda que a organização e funcionamento desta área será exigido para efeito de
263 alocação de novos recursos. Por último, os Estados receberam uma Planilha onde deve
264 ser registrado a situação destas áreas, bem como o cronograma para elaboração de
265 algumas exigências como: PDR, PPI e Cadastramento de Estabelecimento de Saúde e
266 encaminhá-la até o próximo dia 29. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por
267 encerrada a reunião , determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos, servindo
268 como Secretária lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
269 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, vinte de março
270 de dois mil e um.

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
2 ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001
3
4

5 Aos trinta dias do mês de março do ano dois mil e um, às nove horas e quinze minutos,
6 no Auditório da SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza,
7 realizou-se a Quarta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
8 Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Vera Maria Câmara
9 Coêlho, COPOS/CEPPE, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Maria
10 Imaculada Fonseca, CODAS/CEOAP, Maria Vilauva Lopes, Vice-Presidente do
11 COSEMS, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Nágela Maria dos
12 Reis Norões, COMIRES/SESA, Lúcia H. Gondim Castro, Maria do Perpetuo Socorro
13 Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA, Rogério Cunha, Secretário Municipal de
14 Saúde de Umirim, Ana Maria dos Santos Fonseca, Secretária Municipal de Saúde de
15 Palmácia, Luiz Odorico M. de Andrade, Secretário Municipal de Saúde de Sobral, Raquel
16 Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá, Francisco Evandro
17 Teixeira Lima, COMIRES/SESA. Como convidados: Liderava de Moura Souza, Hospital
18 de Canindé, Adriana A Mota, CAPS de Itapipoca. Liliam Oliveira, CAPS de Itapipoca,
19 Eliane Lavor Vieira, CEFIT/NUASF, Isabel Cristina Cavalcante, CECAT/NUASF, Ana
20 Márcia, CELIF/NUASF, Francisco Camurça Filho, SMS de Crateús, Expedido Maurício,
21 CESAU, Ana Vila Leite Braga, CELBUC/COPOS. A reunião foi aberta pela Dra.
22 Socorro que dar início a Primeiro assunto é sobre a Tipologia dos Hospitais da Rede
23 Assistencial, achamos por bem retirar da pauta porque precisa ser melhor discutida,
24 principalmente pelos números de secretários, o Conselho na pessoa do Dr. Jurandi –
25 Presidente do COSEMS fez uma proposta que estaria reunindo na próxima semana, com
26 alguma representação dos municípios, para melhor discutir este assunto. Até entendemos
27 porque é uma mudança em alguma localidade que possa ocorrer, e temos que está muito
28 seguro desta proposta para beneficiar esta população. E se não estivemos uma clareza
29 muito grande desta organização como vamos deslocar com os gestores dos diversos
30 municípios. Com a palavra Jurandi que diz o COSEMS não está sentindo preparado
31 para fazer a pactuação no momento e ao mesmo tempo agradece a compreensão, pois
32 vamos reunir na quarta e quinta feiras da próxima semana, vamos fazer uma proposta
33 que deverá ir para a APRECE na sexta-feira para receber o aval dos Prefeitos e que na
34 Segunda-feira estamos convocar todos os Secretários Municipais de Saúde. Vamos ter
35 um atraso no cronograma, mas agente também se propõem a tira o atraso em outra
36 reunião extra, acho que assunto é muito serio, muito complexo o que realmente e não
37 podemos queremos pactuar sem mostrar aos Prefeitos o que agente realmente quer.
38 Socorro comenta que nas reuniões microrregionais com a presença dos Secretários, é
39 uma reunião muito rica. A palavra com Vera Coêlho que preside a reunião e dar início a
40 mesma pelo **Item 1 da Pauta – Pacto da Assistência Básica – 2001 e Programação de**
41 **Medicamentos para Saúde Mental - 2001** Com a palavra Isabel – Gerente NUASF na
42 qual inicia pedindo para discutir os 02 pontos para formulação do Pacto Estadual
43 como forma de assegurar o repasse dos recursos. 1.º - Ponto: Definição do teto financeiro
44 /contra partida do Estado. 2.º - Ponto: Definição do teto financeiro /distribuição para o
45 Programa de Saúde Mental – CAPS (Portaria no. 1.077). Isabel expõem que a Política de
46 Medicamentos do País, está basicamente centrada em 03 (três) Portarias do Ministério da
47 Saúde. A 1ª - Portaria 3.916 de 30/10/98 da SPS, que define as competências da Política

48 Nacional de Medicamentos.; 2^a - Portaria 176 de 03/99, descentralização dos recursos da
49 Assistência Farmacêutica Básica e 3^a - Portaria 956 de 08/2000 que regulamenta a
50 Portaria 176/99 que estabelece critérios e requisitos para qualificação dos Municípios e
51 Estados ao Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica. No ano passado fizemos a
52 pactuação baseada na Portaria 176/99. Esta Portaria define o gasto mínimo de R\$ 1,00
53 para o nível federal, de R\$ 0,50 para o nível estadual e de R\$ 0,50 para o nível
54 municipal. Estes valores são determinados como gasto mínimo. No Ceará pactuamos na
55 CIB/Ce R\$ 1,00 do governo federal, R\$ 0,60 do governo estadual e R\$1,00 do governo
56 municipal. Há um questionamento e uma reivindicação por parte dos municípios que a
57 contra partida do Estado seja de R\$ 1,00. Em reunião da CIB em 1999, argumentei que,
58 tendo em vista a obrigatoriedade do Estado em adquirir outros medicamentos, além dos
59 destinados a Assistência Básica, não destinados aos programas especiais o gasto total da
60 SESA chegou R\$ 1,00. A situação atual é a seguinte: os recursos financeiros estaduais
61 gasto com aquisição de medicamentos no ANO – 2000, para uma população de
62 7.106.605 habitantes – PPI Essenciais - R\$ 3.042.174,00, Medicamento Especiais - R\$
63 2.286.554,00, dando um Total - R\$ 5.328.728,00 obtendo um gasto per capita - R\$
64 0,75. E para o ANO – 2001 o que está sendo previsto para uma população 7.200.167
65 habitantes PPI Essenciais - R\$ 4.860.122,00, Medicamentos Especiais - R\$ 3.386.554,00
66 , dando um total - R\$ 8.246.676,00 , com um valor per capita - R\$ 1,14. A contra partida
67 de 2000 que ficou em resto a pagar, foi incluída no exercício de 2001. Este levantamento
68 foi realizado a partir das notas fiscais dos produtos que entraram no NUASF. Em relação a
69 2001 com recursos do Tesouro Estadual está previsto para aquisição de medicamentos
70 para Assistência Farmacêutica de R\$ 9.044.676, sendo para alto custo R\$ 798.000,00,
71 para medicamentos essenciais (PPI) R\$ 4.860.122,00 e para medicamentos especiais
72 R\$3.386.554,00. **Vera** diz que este assunto foi uma solicitação do COSEMS de incluir
73 em pauta, com a proposta de discutir o financiamento do Tesouro do Estado, para a área
74 de medicamento básico visando que a contrapartida de R\$ 0,60 para R\$ 1,00 por
75 habitante ano. As discussões sobre o **1º Ponto**: O Estado manter a participação de R\$
76 1,14 per capita para atendimento das áreas já apresentadas pela Isabel. **Vilauva** solicita
77 esclarecimentos sobre as unidades que irão receber os medicamentos especiais. **Socorro**
78 afirma que o Estado com base no Orçamento – 2001 não tem possibilidade de aumentar
79 os recursos para esta área. **Jurandi** contesta e diz que os recursos para medicamentos
80 essenciais não são suficientes, é necessário que o Estado invista mais em medicamentos
81 essenciais. **Odorico** diz que o valor per capita definido pelo MS é muito baixo, pois o
82 custo mensal do PSF de Sobral é 17 mil e o custo com medicamentos é de 76 mil/mês.
83 Propõe que o Orçamento do Estado seja discutido pela CIB e posteriormente seja
84 reavaliado este Pacto da Assistência Farmacêutica. **Alcides** questionou o Pacto de R\$
85 2,60 per capita e propõe que seja constituído um grupo tarefa para fazer um estudo com o
86 objetivo de assegurar R\$ 3,00 per capita. **Odorico** propõe que os Prefeitos sejam ouvidos
87 no caso da SESA não assumir o financiamento de R\$ 1,00. **Eufrasina – SMDS /PM de**
88 **Fortaleza** indaga como fica a questão dos R\$ 0,60 do Estado em relação a Fortaleza.
89 **Vera** responde que em reunião com o Adelmo ficou acordado a manutenção do Pacto do
90 ano 2000, enquanto o município de Fortaleza não assumi as responsabilidades de
91 prestação de serviços da atenção básica. **Vilauva** faz uma abordagem que mostra a
92 necessidade de revisão deste elenco. **Odorico** sugere que este fórum de pactuação da
93 Assistência Farmacêutica não se restrinja a Bipartite, que isso passe para um fórum
94 político. **Vera** diz que o Pacto da Assistência Farmacêutica já foi firmado pela CIB/CE e

95 encaminhado ao MS, com a União assumindo R\$ 1,00, o Município R\$ 1,00 e o Estado
96 R\$ 0,60 para medicamentos essenciais. Com a ressalva de que seria posteriormente
97 rediscutido o valor do Estado. Após ampla discussão a CIB/CE decidiu: **1º - Constituir**
98 **um Grupo Tarefa** para (a) Estudar o Orçamento 2001 por abertura programática e (b)
99 Rever as prioridades de alocação de recursos. O Grupo Tarefa será composto pelos
100 participantes: Alcides, Leilane, Vilauva, Isabel/Assistência Farmacêutica da SESA, 01
101 Técnico da COPOS a ser indicado e Helena Lima – Economista da Saúde/SESA. **2º**
102 **Reavaliar o Pacto** após a conclusão do estudo do Grupo de Tarefa. **3º - Elaborar a**
103 **programação** de acordo com o Pacto firmado para não prejudicar o abastecimento de
104 medicamentos no Estado. **Isabel** finaliza comentando sobre municípios inadimplentes e
105 diz que é necessário que os mesmos efetuem os pagamentos. Com a palavra Ana Márcia
106 apresenta o elenco de medicamentos para os CAPS – 2001, contendo 35 (trinta e cinco)
107 itens, e uma programação baseada no critério per capita. **Vera** diz que o objetivo é de
108 avaliar os critérios de distribuição de recursos em relação a estrutura de atendimento
109 ambulatorial. E diz que o critério populacional não deve ser trabalhado isoladamente,
110 tendo em vista que o CAPS se propõe a atender 45 pacientes/dias, e que além deste
111 atendimento, realiza consulta psiquiátrica para pacientes referenciados de outros
112 municípios. Se faz necessário avaliar, a potencialidade de assistência dessa unidade. A
113 proposta elaborada pelo NUASF aloca para Juazeiro do Norte R\$ 182.638,80, quando
114 estamos sabendo que o CAPS de Juazeiro está totalmente destruturado. A proposta do
115 Prefeito é retirar este CAPS do SUS e estabelecer um prazo de três meses para assumir
116 estes serviços pelo setor público. É importante verificar o que o CAPS está garantindo de
117 assistência. Então fiquei muito preocupada em utilizar somente este critério, e vi a
118 necessidade de estudar outros critérios como forma de garantir que o medicamento seja
119 para atendimento ao paciente.. **Ana Márcia** diz que temos que fazer algo em pouco
120 tempo e diz que é bom chamar os gerentes dos CAPS. **Vera** acha que a equipe do CAPS
121 poderá fazer esta programação, pois a mesma tem conhecimento das condições
122 operacionais. **Lídia** acha que deve fazer a análise da capacidade instalada não são os
123 técnicos dos CAPS mas o pessoal do nível central da SESA e dos municípios, pois nós
124 recebemos determinados tipos de pressões, e em resposta a essas pressões talvez não nos
125 deixem tão a vontade para fazer uma avaliação como deveria ser feita. **Imaculada** afirma
126 que o CAPS funciona como unidade de referencia de saúde mental, e possui uma
127 programação de referência. Com base nessa programação pode ser obtida uma série
128 histórica do que foi referenciado ou atendido em cada CAPS. Acho que tem que ser visto
129 que ações devem ser ofertadas neste CAPS, parâmetro, a capacidade instalada para
130 desenvolvimento de cada ação e qual a população esperada, seja no caso municipal ou
131 microrregional. **Mário Mamede** diz que o critério populacional no momento é o único
132 viável. E que em outro período a própria SESA faria uma fiscalização da capacidade
133 instalada dos CAPS e dos procedimentos prestados por de todos, e desta maneira
134 selecionaria outros critérios. **Vera** coloca as propostas para apreciação final: 1ª - manter a
135 programação por seis meses, com base populacional. 2ª - que seja constituído uma
136 comissão especial, que conheça o funcionamento dos CAPS para avaliar as necessidades
137 de medicamentos para essas unidades. A CIB/CE decidiu que o NUASF deverá
138 encaminhar para os 15 municípios que tem CAPS os formulários de programação local,
139 para que seja identificada a necessidade de medicamento, o número de pessoas assistidas
140 e as patologias mais frequentes tratada no município. Ficando a análise e a avaliação a
141 cargo deste Núcleo. **Item 2 da Pauta – Programa Saúde da Família – Autorização**

142 **para qualificação de Equipes inclusive de Saúde Bucal.** Municípios que solicitam
143 cadastramento de equipes do Programa Saúde da Família: Alcântara 03 (três), Umirim 01
144 (uma), Tarrafas 01 (uma), mulungu 01 (uma), Araripe 01 (uma), Beberibe 01 (uma),
145 Caucaia 52 (cinquenta e duas), Salitre 01 (uma). **Cadastramento de PSF/Saúde Bucal:**
146 Itaiçaba 01 (uma), Potengi 01 (uma), Cascavel 05 (cinco), Aquiraz 04 (quatro), São
147 Benedito 01 (uma), Juazeiro do Norte 10 (dez), Granjeiro 01 (uma), Capistrano 02 (duas),
148 Pacoti 02 (duas), Aratuba 02 (duas), Aracoiaba 03 (três), Caririçu 02 (duas), Saboeiro 01
149 (uma), Jucás 02 (duas), Quixelô 02 (duas), Martinópolis 01 (uma), Barbalha 06 (seis),
150 Sobral 17 (dezesete), Quixadá 06 (seis). **Cadastramento de PSF e PSF/Saúde Bucal:**
151 Aracati 02 (duas) e 05 (cinco) , Ipueiras 03 (três) e (01) , Pindoretama 01 (uma) e 02
152 (duas) , Icapuí 01 (uma) e 02 (duas), Graça 01 (uma) e 01(uma). Todas as solicitações
153 foram aprovada pela CIB/CE. **Item 3 da Pauta – Planos de Combate as Carências**
154 **Nutricionais – 2001: Relação dos municípios que confirmaram a validade dos Planos**
155 **e dos que apresentaram novos Planos.** Municípios que enviaram as Atualizações de
156 Novos Planos foram: Icapuí, Aurora, Palmácia, Barro, São Benedito, Croatá, Brejo Santo,
157 Amontada, Ipaumirim, Aracati, Baixio e Itaiçaba. E municípios que enviaram ofício
158 manifestando o desejo pela não alteração do Plano foram: Pentecoste, General Sampaio,
159 Tabuleiro do Norte, Itapipoca, Umirim, Tejuçuoca, Pedra Branca, Arneiroz, Aiuaba,
160 Penaforte, Iracema, Fortaleza, Tarrafas, Farias Brito, Araripe, Campos Sales, Altaneira,
161 Cascavel, Crato, Juazeiro do Norte, Pacoti, Aracoiaba, Itapiúna, Aratuba, Mulungu,
162 Marco, Baturité, Capistrano, Paraipaba, Antonina do Norte, Pirarucu, Redenção, Sobral,
163 Ibaretama, Milhã e Quixeramobim. A CIB/CE apreciou e aprovou todas as solicitações.
164 **Item 4 da Pauta – Certificação de Municípios na Área de Epidemiologia e Controle**
165 **de Doenças:** Hoje temos 02 municípios com parecer favorável do NUEPI para serem
166 certificados: Quixeré e Guaiuba. As certificações dos 02 (dois) municípios foram
167 aprovadas através da Resolução da CIB no. 04/2001, no uso de suas atribuições legais e
168 considerando: I. Portaria GM/MS no. 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que
169 regulamenta a NOB.SUS 01/96 no que se refere as competências da União, Estados,
170 Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças e define a
171 sistemática de financiamento. II. A Instrução Normativa da FUNASA no. 002, de 5 de
172 junho de 2000, que regulamenta os procedimentos de Certificação de Municípios,
173 Estados e Distrito Federal para a Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de
174 Doenças. RESOLVE: Art.1. Aprovar a Certificações dos Municípios para a Gestão das
175 Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, após conhecimento do parecer favorável
176 da Comissão Estadual de Descentralização para Quixeré e Guaiuba. Art.2. Esta resolução
177 entrará em vigor na data de sua assinatura. **Item 5 da Pauta – Informes. 1. Curso de**
178 **Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde – SPS/MS.** Através do ofício
179 no. 48 Gab/MS, o Dr. Cláudio Duarte ressalta a importância da participação dos
180 municípios no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, deste modo
181 o Ministério da Saúde, assumiu a responsabilidade de organizar uma proposta de
182 Capacitação de Gestores Municipais que responda, de maneira adequada, às exigências
183 desse momento de mudança do poder público municipal. **2. Ofício SPS/MS no. 55/01 –**
184 **Prorrogando a Campanha Nacional de Detecção de Casos suspeitos de Diabetes**
185 **Mellitus até o dia 07/04/01.** O documento informa que o Ministério da Saúde , em
186 acordo com o CONASS e o CONASEMES, decidiu prorrogar a Campanha Nacional de
187 Detecção de Casos Suspeito de Diabetes Mellitus até o dia 07/04/2001, de modo a
188 permitir ao maior número possível de indivíduos, com idade igual ou superior a 40 anos,

189 o acesso ao exame da glicemia capilar. Solicita o importante apoio na divulgação dessa
190 medida , bem como orientação aos municípios para que procedam ao registro adequado
191 dos procedimentos da Campanha Nacional.. Em relação ao período de 6 a 30 de março
192 corrente, tal registro deverá ser feito no Boletim de Produção Ambulatorial do SIA-SUS,
193 competência março/2001. Já quanto ao período de 2 a 7 de abril, os procedimentos
194 deverão ser registrados nos mesmos instrumento na competência abril/2001. Nada mais
195 havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D'Arc
196 Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim
197 assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do
198 Ceará. Fortaleza, trinta de março de dois mil e um.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos dezessete dias do mês de abril do ano dois mil e um, às quinze horas, no Auditório da SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Quinta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES, Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Maria Vilauva Lopes, Vice-Presidente do COSEMS, Rogério Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Jaguaribe, Secretária Municipal de Saúde de Jaguaribe, José Adelmo Martins, Coordenador da Saúde da SMDS/PMF, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá,. Como convidados: Gisele Bahia, DGA/SAS/MS Neusa Goya, COSEMS, Mary de Fátima M. Lima, 21ª Micro, Deuzelia Rodrigues, SMS de Sobral, Ir. Blanda de Queiroz, SMS de Canindé, Ana Neri, SMS de Orós, Elizeu Batista, PMS de Orós, Manoel Barreto, SMS de Icó, Bernado, SMS de Icapuí, Francisco Pedro da Silva, SMS de Mombaça, Francisca, Apuiarés, Eduardo Rocha, SMDS/PMF, Nagela G. Jucás, SMS de Pacoti, Francisco Camurça Filho, SMS de Crateús, Pedro Correia Júnior, SMS de Maranguape, Miriam Soares, SMS de Barreira, Leni Lúcia Nobre, 3ª Micro – Maracanaú, Regina Célia Ribeiro, COVAC, Maria do Carmo X de Queiroz, SMS de Iracema, Antônia Maria dos Santos, SMS de Umirim, Ana Paula Montenegro Ribeiro, SMS de Paramoti, Jeovana Carvalho Oliveira, SMS de Capistrano, Oliveira Maia, SMS de Jaguaribara, Albenice O Meneses, Vânia Mary T P. Santos, Hospital de Amontada, Francisca Mendonça, SMS de Penaforte, Juraci Jesuíno da Silva, SMS de Beberibe. Fabrícia Moreira, PM de Russas, Ana Castro, PM de Russas, Simone de F.Brandão, PM de São Benedito, Francisco Paulo Campos, PM de Caridade, Ana Lúcia, SMS de Ipaumirim, Vicente Sales, SMS de Aratuba, Graça Barbosa, CEOAST/CODAS, Nilton, SMS de Baturité, Auxiliadora Bessa Santos, SMS de Baturité, Glicélio Moura, Hospital de Aratuba, Fabiano Landim Campos, SMS de Redenção, Expedito Maurício da Silva, CESAU. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma comentando que o Alex irá apresentar o último item dos parâmetros para análise da Atenção Básica: Diabetes Mellitus que ficou faltando ser apreciado pela Bipartite. E o outro assunto relevante é a Organização da Assistência na Área de Internação pois a SESA precisa definir uma Tipologia para os Hospitais que integram o SUS como forma de orientar a organização de Microrregião no Estado, que seja coerente com a NOAS para isto se fez necessário uma Consultoria Financiada pelo Projeto DFID, onde a mesmo apoiou tecnicamente a SESA na elaboração de uma Tipologia para as Unidades Hospitalares com atuação em município que não será considerado sede de modulo, em município considerado município sede de modulo e em município polo de microrregião. Esta tipologia foi colocada para apreciação do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite. A representação do COSEMS na Bipartite analisou esta tipologia e apresentou uma contra proposta, que foi discutida posteriormente pela SESA em reunião no Conselho de Gestor que contou com a participação da Diretoria do COSEMS e neste momento foi acordado

48 uma Proposta. Posteriormente o COSEMS submeteu a mesma a avaliação da APRECE.
49 Hoje pela manhã o Presidente da APRECE manifestou apoio a Proposta que será
50 apreciada pela CIB/Ce em primeira instância, pois a mesma será ou não homologada
51 pelo CESAU. É importante entender que por se tratar de normatização, na área de
52 reorganização da assistência no Estado, às discussões não serão concluídas aqui, elas
53 continuam no Conselho Estadual de Saúde, que já constituiu uma Comissão para análise
54 desta Tipologia e dos Parâmetros da Atenção Básica. Neste momento aproveita a
55 oportunidade e apresenta a Dra. Gisele – Técnica do Ministério da Saúde, responsável
56 pelo acompanhamento do Processo de Regionalização do Estado do Ceará. O MS está
57 apoiando esse processo em todos os Estados. Em seguida passa a palavra ao Alex para
58 apresentar a Proposta. **Item 1 da Pauta - Proposta: (1) Tipologia dos Hospitais na**
59 **Rede Assistencial do SUS e (2) Parâmetros Estaduais para Avaliação das 7 Áreas de**
60 **Atuação Estratégica.** Alex apresenta a **Proposta da Tipologia dos Hospitais na Rede**
61 **Assistencial do SUS: Tipo 1 – Hospital Local de Saúde da Família (Unidade Mista de**
62 **Saúde), com capacidade para realizar:** • Primeiro atendimento em situações de urgência e
63 emergência; • Leitos de observação; • Parto normal com alojamento conjunto; • Cirurgia
64 ambulatorial (procedimentos incluídos no PAB e no Anexo 2 / NOAS); • Assistência do
65 enfermeiro 24hs, • Garantia de sobreaviso médico; • Acesso ao apoio diagnóstico
66 laboratorial (posto de coleta). **Tipo 2 - Hospital Geral do 1º Nível de Referência (Hospital**
67 **Sede de Módulo).** Esta hospital deverá oferecerá assistência hospitalar geral em: •
68 Atendimento médico de urgência e emergência nas 24hs; • Internação nas Clínicas
69 médica, pediátrica e obstétrica (parto normal com alojamento conjunto); • Apoio
70 diagnóstico terapêutico (Raios -X 100mA, ECG, Ultra-sonografia obstétrica, Fisioterapia
71 e Laboratório); • Garantia do profissional técnico de gesso ou do auxiliar de Enfermagem,
72 devidamente capacitado, para imobilização provisória das lesões traumáticas de
73 extremidades, sob supervisão do médico plantonista; • No Raios -X garantia de técnico
74 em radiologia. O Hospital do 1º Nível de Referência será localizado no município sede e
75 seus serviços atenderão à toda população do módulo assistencial. Recomenda-se que o
76 módulo assistencial tenha uma cobertura populacional mínima de 25 mil habitantes,
77 como forma de garantir a sua viabilidade operacional, exceto, os municípios qualificados
78 como Módulo Assistencial por apresentarem capacidade de ofertar com suficiência os
79 serviços correspondentes a este nível, somente para sua população, apesar de contarem
80 com uma população inferior a 25.000 habitantes. Em geral, este hospital disporá de 30 a
81 50 leitos. **ADENDOS:** • “ Considerando que todo leito obstétrico é potencialmente
82 cirúrgico.”(Capítulo II da Organização e Programação da Assistência, item 5, MS/SAS),
83 o município que tenha , neste tipo de unidade, profissionais obstetra ou cirurgião e
84 anestesista e Bloco Cirúrgico em condições adequadas, poderá realizar partos cesáreos. •
85 O atendimento traumatológico, em regime ambulatorial, garantirá tratamento
86 conservador, com ou sem redução fechada das fraturas e luxações comuns, quando o
87 município dispuser de um médico traumato - ortopedista. **Tipo 3 - Hospital Geral de**
88 **Apoio Secundário (Hospital de Referência do Município- Pólo).** Oferecerá assistência
89 hospitalar em regime de internação nas especialidades de Clínica Médica,
90 Cirurgia/Traumatologia, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia (parto normal e cirúrgico)
91 com Centro de Recuperação pós anestésica e estrutura para atenção as
92 urgências/emergências clínicas e cirúrgicas nas 24 horas, com unidade de observação e
93 RCP avançada, dispondo de tecnologia diagnóstica e terapêutica de alta eficiência (custo
94 médio e alta resolubilidade). Na área ambulatorial prestará assistência médica

95 especializada em clínica médica, pediatria, obstetrícia/ginecologia,
96 traumatologia/ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia; cirurgia ambulatorial
97 eletiva em traumatologia / ortopédia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia e
98 cirurgia geral, contando com recursos diagnósticos de: Radiologia completa (Raios-X
99 com capacidade mínima de 300 mA), Ultra-sonografia, Colposcopia, Endoscopia
100 (diagnóstica/terapêutica), Hemoterapia(agência transfusional), Laboratório completo e
101 Lâmpada de fenda. Este hospital disporá de mais de 50 leitos e os seus serviços atenderão
102 preferencialmente à população proveniente dos Módulos Assistenciais da microrregião de
103 saúde. Será orientado para formação continuada dos profissionais dos Módulos
104 Assistenciais. No Tipo 4 - Hospital Geral ou Especializado de Referência
105 Macrorregional. Oferecerá assistência hospitalar terciária com estrutura ampliada para
106 mais de 100 leitos destinados a garantir atenção de maior complexidade em regime de
107 internação, com tratamento intensivo e conta com serviço de atenção às urgências e
108 emergências clínicas e cirúrgicas, com plantão 24 horas. Deve compor a rede assistencial
109 do município polo da Macrorregião, e, em geral, são hospitais habilitados como de
110 referência para os sistemas de atenção em urgência e emergência, gestação de alto risco,
111 doenças cardiovasculares, oncologia, neurologia clínica, neurocirurgia e na atenção ao
112 paciente grave, dispendo ou garantindo acesso aos serviços terciários de alto custo tais
113 como: Quimioterapia, Radioterapia, Terapia renal substitutiva, Exames Hemodinâmicos,
114 Medicina Nuclear, Radiologia intervencionista e Exames de Diagnose de maior
115 complexidade. Esta é a proposta apreciada pelo Conselho Gestor da SESA com
116 modificações sugeridas pelo COSEMS. Em seguida **Dr. Carlile** diz que o atual processo
117 de regionalização da assistência à saúde no âmbito do SUS estabelecido pela NOAS
118 01/2001 tem despertado preocupações entre os Prefeitos e Secretários de Saúde dos
119 diversos municípios do Estado do Ceará, no que diz respeito às repercussões da
120 reestruturação da rede hospitalar nos Sistemas Locais de Saúde. O COSEMS pela
121 representatividade e legitimidade política, está atento e sensível a essas preocupações.
122 Na certeza do empenho da SESA no processo de discussão para elaboração de uma
123 proposta de consenso que contemple tanto o aperfeiçoamento da NOAS, quanto as
124 diversas peculiaridades municipais, o COSEMS traz a sua contribuição resultante de uma
125 Oficina de Trabalho realizada nos dias 04 e 05 de abril do corrente ano. As proposta
126 contidas no presente documento enfocam especialmente a Tipologia dos Hospitais e a
127 definição do perfil de complexidade de cada nível assistencial. No processo de análise,
128 foram considerado os seguintes fatos 1. A experiência cearense de colaboração e parceria
129 da SESA com os gestores municipais de saúde. 2. Os avanços na definição de uma
130 política estadual de regionalização da assistência à saúde conduzida pela SESA. 3. O
131 fortalecimento do processo de microrregionalização como estratégia para estruturação de
132 serviços hierarquizados e resolutivos. 4. A necessidade de reestruturação da rede
133 assistencial objetivando a ampliação do acesso e a racionalização do sistema. 5. As
134 importantes conquistas na melhoria do acesso e da qualidade da assistência a partir da
135 ação dos agentes políticos e sociais dos diferentes municípios, promovendo a estruturação
136 de serviços de saúde às comunidades. 6. A necessidade de garantir um aporte de recursos
137 para a implementação de ações de saúde condizentes com as exigências decorrente do
138 perfil epidemiológico dos municípios. Em relação aos aspectos gerais : • Redistribuição
139 dos recursos da FAE e de Internação, garantido um per capita igual para todos os
140 municípios. O COSEMS solicita que antes da aplicação deste critérios seja apresentado
141 um estudo para verificar a repercussão e o impacto da medida sobre os municípios que

142 hoje apresentam um per capita maior (Acordado com o Conselho Gestor da SESA,
143 aguardando a formação de uma Comissão Bipartite para avaliação do impacto da
144 medida). • Garantia de atendimento médico 24 horas nos municípios com população igual
145 ou maior que 15.000 habitantes (acordado com o Conselho Gestor da SESA, item
146 incorporado na Proposta de Tipologia dos Hospitais). • Garantia de sobreaviso médico,
147 com suporte de enfermagem 24 horas , nos municípios com população abaixo de 15.000
148 habitantes (Acordado com o Conselho de Gestor da SESA, item incorporado na Proposta
149 de Tipologia dos Hospitais. • Nos municípios com rede hospitalar complementar, a
150 Prefeitura Municipal deverá estabelecer, com a unidade conveniada ou contratada,
151 acordo de repasse financeiro para garantir o funcionamento do atendimento hospitalar.
152 Caso não seja efetivado o cumprimento pleno do acordo, a CIB/Microrregional atuará
153 como intermediadora (Recomendação a ser discutida e pactuada pela CIB/Ce. • O
154 COSEMS através das CIB(s) participará do processo de avaliação e enquadramento das
155 unidades na tipologia ou níveis propostos (Procedimento já incorporado através da
156 metodologia utilizada pela SESA para elaboração do Plano Diretor de Regionalização). •
157 As unidades deverão ser supervisionadas pelos órgãos de fiscalização institucional e
158 pelos Conselho Municipais de Saúde, os quais proporão as medidas corretivas pertinentes
159 ou, dependendo da gravidade das inadequações, poderão promover a sua interdição,
160 sugerir o rebaixamento de nível de complexidade ou o descredenciamento do SUS
161 (Recomendação a ser encaminhada, pela CIB/Ce, para os Órgãos de Fiscalização). •
162 Estimular a participação dos diretores dos hospitais públicos e da rede complementar nas
163 reuniões da CIB/Microrregional (Recomendação a ser encaminhada, pela CIB/Ce, para
164 os Presidentes da CIB's Microrregionais e Diretores dos Hospitais). • A SESA através
165 dos técnicos microrregionais, deverá estar presente, regulamente, às reuniões do
166 Conselho Municipal de Saúde. Quando houver necessidade, o próprio gerente
167 microrregional deverá acompanhar as reuniões (Recomendações a ser encaminhada, pela
168 CIB/Ce, para os Gerentes Microrregionais). Aos municípios que implantarem Assistência
169 Fisioterápica e Raio X serão garantidos recursos através da FAE (Item não acordado com
170 o Conselho Gestor da SESA). • Aos municípios que implantarem serviços de Atenção a
171 Saúde Mental deverão ser assegurados recursos financeiros (A SESA compromete-se a
172 investir na implantação dos CAPS com abrangência microrregional e encontra-se em
173 negociação com o MS a inclusão no PAB – Ampliado dos procedimentos de consulta,
174 terapia individual e coletiva na área de saúde mental. Após apresentação foram iniciada
175 as discussões: **Vilauva** pede esclarecimentos sobre as AIH's ou como se dará o
176 financiamento destas unidades classificadas como Hospital Local do PSF.. **Júlio César**
177 completando a Vilauva gostaria de saber como se dará o financiamento de uma maneira
178 geral. **Alex** diz que MS publicou uma Portaria que estabelece que o parto normal pode
179 ser realizado em um Centro de Parto Normal que pode funcionar isolado e pode ter
180 parto assistido por médico ou parto assistido por enfermeiro, ambos financiado por
181 AIH, mas o parto atendido por parteira e Médico Domiciliar são financiados pelo PAB.
182 Em rigor o custeio dos partos e observação clínicas ou procedimentos ambulatoriais
183 estará dentro do per capita do PAB - Ampliado. **Hildernando** sugere que as cirurgias
184 ginecológicas sejam ofertadas pelo Hospital do município sede de modulo. **Júlio César**
185 afirma que o financiamento dos Hospitais Locais da Saúde da Família tem que garantir
186 o repasse de valor fixo. **Irineu** manifesta a preocupação em relação aos pequenos
187 municípios que estão em GPSM pois os mesmos terão dificuldades, dado a redução dos
188 recursos. O Estado deverá garantir a sustentabilidade do setor saúde nestes municípios.

189 **Vera** coloca que esse foi um ponto colocado em reunião do CONASS a possibilidade de
190 ser concedido um financiamento especial para os Hospitais Locais para que os mesmos
191 pudessem ter sustentabilidade financeira quanto localizados em municípios de pequeno
192 porte, mas o MS não apresentou ainda nenhuma alternativa fora da apresentada
193 anteriormente pelo Alex. **Orós** afirma que os partos não são tão simples com estão
194 pensando, as Casas de Partos foram fechadas pela própria comunidade, os profissionais
195 que estão localizados nos pequenos municípios não contam com estrutura para prestarem
196 uma assistência ao parto de forma segura. Após ampla discussão a CIB/Ce apreciou e
197 aprovou a Proposta da Tipologia dos Hospitais na Rede Assistencial do SUS que deverá
198 ser encaminhada para o Conselho Estadual de Saúde – CESAU para apreciação e
199 homologação. Em seguida Dr. Alex apresenta os **(2) Parâmetros Estaduais para**
200 **Avaliação da 7 Áreas de Atuação Estratégicas.** Foram aprovados os parâmetros
201 mínimos que são considerados também parâmetro recomendados para a área de controle
202 da Diabetes Millitus - as atividades: • Investigação em usuários com fatores de risco
203 (diagnóstico 5,6% da população \geq 40 anos); • Alimentação e análise de sistema de
204 informação (80% da população diagnosticada); • Acompanhamento ambulatorial (6
205 consultas/ano – 3 médica e 3 de enfermagem, taxa de internação por Diabetes e
206 Complicações, Curativos com debridamento em pé diabetico; • Fornecimento de
207 medicamentos (75% dos diabetes acompanhados); • Realização de exames dos níveis de
208 glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde (6 glicemias cap./pac./ano); •
209 Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicação; • Ações
210 educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária); • Ações educativas para
211 prevenção de complicações, (cuidados com os pés, orientação nutricional, necessidade
212 dos cumprimento das metas terapêuticas etc). **Item 2 da Pauta – Solicitação de**
213 **Cadastramento de Equipe do PSF e PSF/Saúde Bucal junto ao SIA.** Solicitações de
214 cadastramento de equipes: Programa da Saúde da Família e PSF/Saúde Bucal: Porteiras
215 02 (duas) e 01 (uma). Programa Saúde da Família: Aquiraz 04 (quatro), Jaguaruana 06
216 (seis), Penaforte 01 (uma), Jaguaratama 02 (duas), Pacajus 11 (onze), Morada Nova 01
217 (uma), Juazeiro do Norte 19 (dezenove), Barreira 01 (uma). PFS/Saúde Bucal: Carnaubal
218 01 (uma), Ibiapina 01 (uma), Tarrafas 01 (uma), Umirim 02 (duas), Tamboril 01 (uma),
219 Pentecoste 03 (três), Apuiarés 01 (uma), Crateús 05 (cinco), Fortim 02 (duas), Campos
220 Sales 02 (duas), Horizonte 04 (quatro), Jaguaribara 01 (uma), Milagres 01 (uma),
221 Itaitinga 03 (três), Pacujá 01 (uma), Senador Sá 01 (uma), Pedra Branca 04 (quatro),
222 Araripe 01 (uma). Todas as solicitações foram aprovadas pela CIB. **Item 3 da Pauta –**
223 **Certificação de Municípios na Área de Epidemiologia e Controle de Doenças:** Dois
224 (02) municípios obtiveram parecer favorável do NUEPI para serem certificados:
225 Acopiara e Mombaça. As certificações dos 02 (dois) municípios foram aprovadas através
226 da Resolução da CIB no. 05/2001, no uso de suas atribuições legais e considerando: I.
227 Portaria GM/MS no. 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamenta a NOB.SUS
228 01/96 no que se refere as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal,
229 na área de epidemiologia e controle de doenças e define a sistemática de financiamento.
230 II. A Instrução Normativa da FUNASA no. 002, de 5 de junho de 2000, que regulamenta
231 os procedimentos de Certificação de Municípios, Estados e Distrito Federal para a Gestão
232 das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. RESOLVE: Art.1. Aprovar a
233 Certificações dos Municípios para a Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de
234 Doenças, após conhecimento do parecer favorável da Comissão Estadual de
235 Descentralização para Acopiara e Mombaça. Art.2. Esta resolução entrará em vigor na

236 data de sua assinatura. **Item 4 da Pauta – Planos de Combate as Carências**
237 **Nutricionais – 2001: Relação dos municípios que confirmaram a validade dos Planos**
238 **e dos que apresentaram novos Planos.** Municípios que solicitaram Atualização do
239 Plano de Combate as Carências Nutricionais: Cedro, Jucás, Tururu, Tianguá, Umirim,
240 Icó, Quixelô, Morrinhos, Acopiara, Mombaça, Nova Russas, Poranga, Monsenhor
241 Tabosa, Guaiuba, Independência, Ararendá, Tamboril, Itapajé, Tauá, Senador Pompeu,
242 Potengi, Apuiarés, Orós, Beberibe, Acarape, Ibiapina, Uruburetama, Trairi, Redenção,
243 Guaraciaba do Norte, Ipaporanga, Quiterianopoles, Novo Oriente, Crateús, São Gonçalo
244 do Amarante, Granjeiro, Quixeré, Jati, Saboeiro, Ererê, Ipueiras, Porteiras, Piquet
245 Carneiro, Barreira, Quixadá, Jardim, Jaguaribara, Limoeiro do Norte, Potiretama, Fortim,
246 Maracanaú, Pambuí, Fortaleza, Graça, Uruoca, Barbalha, Senador Sá, Forquilha, Cariré,
247 Granja, São Luiz do Curu, Varjota, Ubajara, Alto Santo, Reriutaba, Maranguape,
248 Caririçu, Camocim, Chaval, Pereiro, Solonopole, Canindé, Itarema, Ipú, Mirafma,
249 Martinopole, Jaguaribe, Horizonte, Itaitinga, Itatira, Choró, Pacajus, Pindoretama, Viçosa
250 do Ceará, Eusébio, Santa Quitéria e Banabuiú. E municípios que enviaram ofício
251 manifestando o desejo pela não alteração do Plano: Bela Cruz, Carius, Carnaubal,
252 Pacatuba, Acaraú, Ocara, Caucaia, Mauriti, Deputado Irapuan Pinheiro, Catarina, Iguatu,
253 Pires Ferreira, São João do Jaguaribe, Missão Velha, Milagres, Barroquinha, Penaforte,
254 Marco, Jijoca de Jericoacoara, Boa Viagem, Madalena, Caridade, Alcântaras, Coreau,
255 Catunda, Freicheirinha, Mucambo, Massapê, Groairas, Hidrolândia, Ibicuitinga, Morada
256 Nova, Jaguaratama, Palhano, Russas, Santana do Acaraú, Irauçuba, Meruoca, Moraújo,
257 Aquiraz, Cruz, Abaiara, Assaré, Chorozinho, Guaramiranga, Jaguaruana, Lavras da
258 Mangabeira, Nova Olinda, Paramoti, Salitre, Santana do Cariri e Várzea Alegre . Todas
259 as solicitações foram aprovadas pela CIB e serão encaminhadas a CIT. **Item 5 da Pauta**
260 **– Solicitação de habilitação para execução de Ações de Média Complexidade em**
261 **Vigilância Sanitária para os municípios .** Municípios que solicitaram a
262 Descentralização de Média Complexidade: Aracati, Fortim, Pedra Branca e Iracema
263 obtiveram parecer favorável da COVAC/SESA para serem habilitados. As habilitações
264 dos 04 (quatro) municípios foram aprovadas através da Resolução da CIB/Ce no.
265 06/2001, no uso de suas atribuições legais e considerando. Considerando que a Portaria
266 GM/MS no. 1.008, de 08 de setembro 2000, que regulamenta as transferências fundo a
267 fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos
268 estados, municípios e distrito federal, na área de vigilância sanitária. Resolve: Art. 1.
269 Aprovar a Descentralização das ações de Média Complexidade para os municípios:
270 Aracati – R\$ 3.769,92, Fortim – R\$ 736,56, Pedra Branca – R\$ 2.210,00 e Iracema – R\$
271 786,36. Art. 2. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura. **Item 5 da**
272 **Pauta – Informes : 1 - Documentos da CIB que foram para Home Page da SESA –**
273 **Regimento Interno, Resoluções 01,02 e 03, Cronograma de Reuniões e Membros da**
274 **CIB/CE.** Vera informa que informações acima estão na Home Page da SESA. **3. Projeto**
275 **alvorada – Foram contemplado para o ano 2001 31 municípios e para o ano 2002 –**
276 **36 municípios do Estado.** A Coordenadoria de Política em Saúde – COPOS e o Comitê
277 Estadual Intersetorial de Vigilância Ambiental em Saúde – CEIVAS vem participando do
278 processo de implantação deste Projeto, coordenado pela CAGECE e FUNASA, que prevê
279 a oferta universal (zonas urbana e rural) de infra-estrutura de saneamento básico (água,
280 esgoto e medidas sanitárias domiciliares) para , inicialmente , 31 municípios no ano 2001
281 e mais 36 municípios no ano 2002. A seleção dos municípios seguiu critérios técnicos:
282 Índice de Desenvolvimento Humano, Mortalidade Infantil e perfil epidemiológico das

283 doenças transmissíveis (critérios FUNASA). A COPOS e o CEIVAS esperam que as
284 Microrregionais e as Secretarias Municipais de Saúde integrem essa iniciativa dos
285 governos federais e estadual, visando corrigir uma situação, historicamente gerada, de
286 ocorrência de agravos resultantes da deficiência de saneamento básico no Estado do
287 Ceará. Municípios contemplados no ano 2001 são: Acopiara, Alcântaras, Altaneira,
288 Aurora, Barreira, Barro, Barroquinha, Bela Cruz, Cariré, Catarina, Coreaú, Croatá,
289 Forquilha, Frecheirinha, Graça, Granjeiro, Guaraciaba do Norte, Independência, Itarema,
290 Madalena, Massapê, Mucambo, Novo Oriente, Ocara, Orós, Paramoti, Poranga, Porteiras
291 Salitre, Tarrafas e Uruoca. Municípios contemplados no ano 2002 são: Abaiara, Alto
292 Santo, Amontada, Apuiarés, Aquiraz, Aracoiaba, Arneiroz, Baixio, Banabuiu, Campos
293 Sales, Capistrano, Cedro, Chorozinho, Ererê, Farias Brito, Ibiapina, Ibicuitinga, Icapuí,
294 Ico, Ipaporanga, Itapiúna, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Marco, Martinopole,
295 Meruoca, Miraima, Nova Russas, Pacatuba, Pires Ferreira, Potengi, Saboeiro, São
296 Benedito, São Luis do Curu Ubajara e Umirim. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu
297 por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo
298 como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
299 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, dezessete de
300 abril de dois mil e um.

1 COMIÇÃO ENTERGETORES BIPARTITE

2 ATA DA 6º REUNIÃO ORDINARIA DE BIPARTITE-2001

3
4
5
6 Aos onze dias do mês de maio do ano dois mil e um, das 9:00 às 13:00 e das 14:30 às
7 17:00 horas, no auditório da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, à Avenida
8 Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Sexta Reunião Ordinária
9 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram
10 participando os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Lúcia
11 H. Gondim Castro, Secretária Municipal da Saúde de Jaguaribe, Jurandi Frutuoso Silva,
12 Presidente do COSEMS/CE, Nágela Maria dos Reis Norões, COMIRES/SESA, Diana
13 Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão,
14 COVAC/SESA, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES/SESA, Rogério Texeira,
15 Secretário Municipal da Saúde de Umirim, Alex Mont’Alverne Silva, COPOS/SESA,
16 Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete – SESA. Como
17 convidados(as): Carlos Alberto, SMS de Madalena, Lindoval M. Sousa, Hospital São
18 Francisco de Canindé, Mario Mamede, SMS de Horizonte, Carlos Alberto M. Almeida,
19 SMS de Quixeramobim, Rosélia Mesquita, Gerente da Microrregião de Canindé, Maria
20 Teresa Timbó, SMS de Crateús, Fernando Fernandes, SMS de Caridade, Raimundo
21 Ferreira, SMS de Caridade, Mirtes Magalhães, SMS de Itatira, José Nelson Berlamino
22 Filho, SMS de Boa viagem, Odvaldo Ferreira Lessa, SMS de Boa Viagem, Eduardo
23 Rocha, SMDS/PMF, Manuel Ribeiro, SMS de Redenção, Neusa Goya, COSEMS/CE,
24 Helmo Nogueira, Gerente da Microrregião de Limoeiro, Benedita de Oliveira, Gerente da
25 8ª Microrregião, Leni Lúcia Leal Nobre, Gerente da 3ª Microrregião. Vera, inicia
26 colocando a preocupação em relação ao atraso dos membros da CIB em função da
27 quantidade de itens da pauta e da discussão para apreciação das propostas das CIB’s
28 Microrregionais em relação ao primeiro momento do PDR. Coloca que já estão
29 presentes seis membros e que pôr isso vai iniciar a reunião pelos **Item 6 da Pauta**
30 **Informes: 1. Valores per Capita do PAB-A e de Qualificação de Assistência**
31 **Microrregional apreciadas nas CIT em 26.04.01.** Na Assembléia do CONASS que
32 antecedeu a reunião da CIT ocorrida no dia 26 de abril do corrente ano foi apreciada a
33 proposta de alocação de recursos para qualificação da assistência microrregional
34 elaborada pela SAS. A proposta inicial da SAS acrescenta para todos os Estados um valor
35 per capita de R\$ 1,28 independente do gasto apurado no ano 2000. Esta proposta
36 prejudica o Ceará pois o gasto per capita ambulatorial com procedimentos de 1º nível de
37 referência em 2000 é de R\$ 3,37, o Ministério da Saúde quando da qualificação
38 acrescentará R\$ 1,28, tendo que ser retirado dos recursos para expansão de oferta R\$ 1,35
39 para assegurar o piso nacional de R\$ 6,00. É importante ressaltar que outros Estados
40 também perdem recursos, a expectativa é de que este assunto retorne para discussão na
41 próxima reunião da CIT. No que se refere ao valor per capita nacional do PAB -
42 Ampliado o Ministério da Saúde não acatou a proposta do CONASS e o Secretário de
43 Políticas de Saúde do M S se comprometeu a apresentar uma proposta para apreciação na

44 próxima reunião da CIT. **2. Relatório de Gestão – 2000: Documento enviados à**
45 **CIB/Ce.** Foram até a presente data enviados a CIB 16 Relatórios de Gestão - 2000, sendo
46 apenas 2 de municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM: Juazeiro do
47 Norte e Quixadá. Este fato é preocupante tendo em vista que na Instrução Normativa Nº
48 01 da NOAS-2001. Este relatório se constitui requisito para habilitação e que os
49 municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM deverão está aptos para se
50 manterem com as prerrogativas de plena até 31 de julho próximo. **3) Regulamentação**
51 **do Processo de Habilitação: Instrução Normativa No. 01 de 06/04/01** O Secretário
52 Estadual irá reunir todos os Secretários de Saúde dos Municípios em GPSM no próximo
53 dia 17 à tarde para apresentar todos os requisitos exigidos para habilitação constantes da
54 referida Instrução (I.N. N.º 01 de 06/04/2001). Essa reunião se fez necessária em função
55 das exigências para o município se manter em Plena de Sistema Municipal serem bem
56 maior do que as da NOB/SUS-96. A organização do serviço de controle e avaliação, o
57 funcionamento pleno do conselho municipal de saúde e do fundo municipal de saúde
58 constam nas exigências da Instrução mesmo que não sejam citadas na NOAS. A
59 alimentação do SIOPS é uma exigência básica e o M. S. promete que no próximo mês os
60 formulários estarão atualizados. **4) Agenda Nacional de Saúde - 2001: Portaria GM No.**
61 **393 de 29/03/01.** O Ministério da Saúde através da Portaria N.º 393 de 29/03/2001
62 normatizou sobre a elaboração das agendas de saúde. Os municípios que estão elaborando
63 planos de saúde deverão incluir a Agenda Municipal de Saúde de conformidade com as
64 exigências desta Portaria e submete-la a aprovação do Conselho Municipal de Saúde.
65 Após os informes iniciaram-se as discussões sobre os pontos de pauta, por já contar com a
66 presença de todos os membros. **Item 1 da Pauta - Saúde da Família - Solicitação de**
67 **Qualificação de Equipes do PSF e de Saúde Bucal.** Solicitação de qualificação de
68 equipes Programa Saúde da Família para os municípios: Pereiro (01), Ubajara (02),
69 Redenção (01), Horizonte (02) e Acarape (01). Saúde Bucal para os municípios: Crato
70 (07), Mauriti (03), Cariús (02), Mombaça (01), Quixelo (01), Acopiara (03), Tauá (01),
71 Arneiroz (01), Croatá (02), Guaraciaba do Norte (02), Viçosa de Ceará (05), Marco (02),
72 Itarema (01), Alcântara (01), Groaíras (01), Ibicuitinga (01), Choró (02), Quixeramobim
73 (07), Banabuiú (02), Barreira (02), Palmácia (02), Paracuru (03), Milhã (01), Maracanaú
74 (19), Pereiro (01), Cruz (02), Tianguá (02), Aúuba (01) e Missão Velha (03). Todas as
75 equipes estão com parecer favorável pela CEOAP. A CIB/Ce aprovou a qualificação de
76 todas as equipes. É solicitado pela plenária esclarecimentos ou informações adicionais,
77 pergunta-se sobre o que está acontecendo, pois existem equipes aprovadas desde
78 fevereiro a ainda não foi publicado a portaria pelo MS. **Vera** informa que em parte é por
79 conta das dificuldades operacionais das Coordenadorias Microrregionais e dos setores da
80 SESA, ressalta que houve um aumento muito grande em relação ao número de equipes,
81 que só de saúde bucal foram 82 e que esse fato está ocasionado um acúmulo de
82 atividades, informa ainda que os Secretários Municipais demoram em vir assinar as
83 Declarações para serem enviadas ao MS. A SESA ainda precisa definir a sistemática de
84 análise e rotina de trabalho mais ágeis, a expectativa é de que em breve o problema possa
85 ser solucionando. O atraso também é de responsabilidade do MS que mesmo recebendo as
86 Declarações demoram a publicar as Portarias. É feito outro questionamento em relação a
87 população do IBGE. **Vera** informa que o MS só trabalha com a população oficial do
88 IBGE como base para programação operacional e a população trabalhada é a da resolução
89 número nove do IBGE e que não há possibilidade de neste ano ser considerado outra

90 população, esclarecendo ainda que a vigente se refere ao Censo de 1996 com estimativa
91 para 2000. É levantado pelo plenário a questão em relação aos municípios com fluxo
92 migratório grande. **Vera** informa que infelizmente não há condições do Estado fazer
93 ajustes á resolução do IBGE. **Mário Mamede** coloca a necessidade de pelo menos ser
94 questionado de forma responsável essa questão e que esse fato cria uma distorção
95 violenta. **Vera** explica que cabe aos parlamentares federais fazer esse tipo de intervenção
96 junto ao IBGE. Internamente entre os gestores poderia se fazer essa reflexão, refere-se
97 como exemplo Fortaleza que tem uma população trabalhada maior do que a do Censo
98 2000, e que isto deve ter ocorrido em função das cidades da região metropolitana terem
99 se constituído opção de moradia, e que deveria ser possível fazer algum tipo de
100 compensação entre a população estimada e a obtida já pelo Censo 2000. Informa ainda
101 que essa questão só será resolvida dentro do tramite que esta sendo colocado pelo
102 Ministério da Saúde, mexer nessa questão hoje significa alterar a resolução do IBGE.
103 **Mário Mamede** reafirma a importância de se considerar as diferenças regionais, a
104 questão da confiabilidade das estatísticas dos agentes de saúde e a importância de
105 desencadear um processo político junto aos vários setores, pois se ao admitir-se que as
106 estimativas do Censo tem falha, não dá para esperar essas definições pois os municípios
107 sofreram algum tipo de ônus. **Vera** estimula e reconhece que é importante essa
108 articulação e que poderia ser feito através do fórum da APRECE. Jurandi (COSEMS)
109 coloca que acontecerá um fórum da APRECE na segunda feira e que será encaminhada
110 essa questão. **Item 2 da Pauta - Vigilância epidemiologica - Certificação de**
111 **Municípios para Descentralização de Ações.** Acarape e Solonópoles; estão com parecer
112 favorável da Comissão de Descentralização da Epidemiologia, com esses dois municípios
113 o Ceará fica com 80 municípios certificados. Este contingente se constitui preocupação,
114 pois isto significa que 104 municípios não estão certificados e que a preocupação é maior
115 com os municípios de plena que ainda não fizeram solicitação, e dentre estes existe um
116 numero significativo de municípios de plena que ainda não fizeram solicitação nem de
117 vigilância epidemiológica nem da vigilância sanitária. **Jurandi** coloca que também é
118 preocupação do COSEMS e que existe uma Comissão para tratar deste assunto. **Vera**
119 pontua a importância de que essa Comissão se reúna, e que possa está reconduzindo,
120 algumas estratégias de sensibilização considerando as dificuldades que o Estado esta
121 tendo de descentralizar as responsabilidades nestas áreas e ajudando aos municípios a
122 solucionarem seus problemas, informa que existem muitos casos de dengue que requerem
123 uma ação da vigilância sanitária por exemplo. **Evandro**, ressalta a importância de fazer
124 uma avaliação inclusive dos municípios que já foram certificados e que assim se poderá
125 ter uma noção geral de como está a situação no estado. **Item 3 da Pauta - Saúde Mental**
126 **Autorização de Recursos Adicionais para Funcionamento do CAPS em Marco e**
127 **Horizonte.** É feito uma abordagem sobre a situação de **Marco**, onde se coloca que o
128 ponto de justificativa para implantação do CAPS foi a pesquisa realizada em junho
129 /2000, sobre o atendimento na região, onde a partir do conhecimento dessa realidade a
130 CIB Micro se reuniu e determinou a implantação de serviço para prestar assistência
131 diferenciada a essas pessoas; em setembro de 2000 foi feito um parecer da CIB micro,
132 onde os municípios de Acaraú , Cruz, Jijoca e Itarema se comprometeram em encaminhar
133 pacientes. A CIB/Ce aprovou por unanimidade a autorização de alocação de recursos
134 adicionais não podendo exceder ao valor de R\$ 21.000,00 (vinte e hum mil reais) mês,
135 sendo que o valor real só será conhecido após apresentar o levantamento de internação na

136 área de psiquiatria com a dedução de parte dos recursos para custear esta Unidade. Surge
137 no plenário a pergunta em relação a pacientes internados desses municípios; Vera informa
138 que ainda não foi realizado esse levantamento mas que será necessário fazer. **Horizonte** já
139 existe serviço ambulatorial funcionando com 70 pacientes cadastrados, a CIB já aprovou
140 proposta em 28 de junho 2000, também existe parecer da Comissão Estadual de Saúde
141 Mental favorável a necessidade de recursos adicionais importa em R\$ 23.065,00 (vinte e
142 três mil e sessenta e cinco centavos) mensal. A CIB/Ce aprova por unanimidade a
143 alocação dos recursos adicionais e o cadastramento junto ao SIA/SUS do CAPS de
144 Horizonte. È levantada uma questão em relação aos medicamentos: a programação de
145 medicamentos só e feita de um ano para o outro, como fica em relação ao aumento de
146 atendimento; Vera orienta que essa questão seja vista com a assistência farmacêutica da
147 SESA, e que seja solicitado a inclusão dos municípios de Marco e Horizonte na
148 programação. **Item 4 da Pauta - Plano Diretor de Regionalização – PDR – Esboço**
149 **dos 21 Planos Microrregionais.** Vera apresenta a propostas das 21 Micros, ressaltando a
150 preocupação com a necessidade de um aprofundamento técnico político, pois o segundo
151 momento apresentará a estrutura operacional destes Planos, identificando os serviços
152 existentes, e necessários, ações de intervenção, e os investimentos. Esse segundo
153 momento só poderá acontecer após aprovado esse primeiro momento do plano.
154 Importante considerar que isso não termina aqui que é importante associar os dois
155 aspectos, assistência e gestão, para que assim se possa ter mais segurança do que pode
156 estar sendo apresentado em relação ao modelo de reorganização de serviços no Estado.
157 Ressalta o esforço dos gerentes das micros e que qualquer ponto de sugestão ou
158 preocupação deverá ser encaminhado a CIB - Microrregional para que seja rediscutida. A
159 proposta foi elaborada tendo como base o modelo de reorganização dos Serviços de Saúde
160 de Estado aprovado pelo CESAU no final de 1998, que conta com 21 Microrregões de
161 Saúde agregadas a 3 Macrorregiões de Saúde, sendo trabalhada pelas CIB.
162 Microrregionais a divisão das Microrregiões em Módulos Assistenciais. A Macrorregião
163 de Fortaleza é composta das Microrregiões de Fortaleza, Itapipoca, Caucaia, Baturité,
164 Maracanaú, Aracati, Russas, Limoeiro do Norte, Quixada, Iguatú, Icó e Canindé; a
165 Macrorregião do Cariri é composta das Microrregiões de Crato, Juazeiro do Norte e Brejo
166 Santo; e a Macrorregião de Sobral é composta das Microrregiões de Sobral, Tianguá,
167 Crateús e Camocim. As propostas das CIB's Microrregionais de composição dos
168 módulos assistenciais são as seguintes: 1. Micro - Fortaleza: Fortaleza (2.139.372hab);
169 Euzébio e Itaitinga (59.367hab), sendo Euzébio o município - sede; Aquiraz (57,654hab);
170 Horizonte (28.511hab); Pindoretama (14.909hab); Cascavel (52.393hab); Pacajús,
171 Chorozinho e Ocara (57.116hab), sendo Pacajús município – sede. Os municípios pólo:
172 Fortaleza, Cascavel e Pacajús. 2. Micro – Itapipoca: Itapipoca, Miraima e Tururu
173 (106.249hab) sendo Itapipoca município – sede; Amontada (31.586hab); Trairi
174 (41.265hab) e Uruburetama (16.851hab). Município Pólo; Itapipoca. 3. Micro – Caucaia:
175 Caucaia e Umirim (263.246hab), sendo Caucaia o município – sede; Pentecoste,
176 Apuiaries, General Sampaio, Tejuissuoca e São Luiz do Curu (66.634hab), sendo
177 Pentecoste o município – sede; Itapagé (41.494hab), São Gonçalo do Amarante
178 (57.916hab); Paraipaba (21.871hab) e Paracuru (25.856hab). Municípios Pólos: Caucaia e
179 Pentecoste. 4. Micro – Baturité; Baturité, Mulungu e Aratuba (52.242hab), sendo Baturité
180 o município sede; Aracoiaba (25.042hab); Itapiúna (15.528hab), Capistrano (15.444hab),
181 Pacoti e Guaramiranga (18.032hab), sendo, Pacoti o município – sede. Municípios Pólos:

182 Baturité e Aracoiaba. 5. Micro – Maracanaú: Maracanaú (162.638hab); Pacatuba e
183 Guaiuba (64.430hab), sendo Pacatuba o Município – sede; Redenção e Acarape
184 (32.579hab) sendo Redenção o município sede; Barreira (18.618hab); Maranguape e
185 Palmácia (99.897hab), sendo Maranguape o município sede. Município Pólos:
186 Maracanaú, Maranguape e Redenção. 6. Micro – Aracati: Aracati e Itaiçaba (69.848hab),
187 sendo Aracati o município – sede; Icapuí (17.203hab); Fortim (12.276hab); Beberibe
188 (38.934hab). Município Pólo: Aracati. 7. Micro – Russas: Russas e Palhano
189 (64.603hab); sendo Russas o município – sede; Jaguaruana (31.863hab); Morada Nova e
190 Ibicuitinga (70.751hab), sendo Morada Nova o município – sede; Jaguaratama
191 (16.567hab). Município Pólo: Russas. 8. Micro – Limoeiro do Norte: Limoeiro do Norte,
192 Alto Santo, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte (113.894hab), sendo
193 Limoeiro do Norte o município – sede; Jaguaribe e Jaguaribara (41.558hab), sendo
194 Jaguaribe o município – sede; Pereiro (13.476hab); Iracema, Ereré e Potiretama
195 (24.885hab) sendo Iracema o município – sede. Município Pólo: Limoeiro do Norte. 9.
196 Micro - Quixadá: Quixadá, Banabuiú, Choró e Ibaretama (105.721hab), sendo Quixadá o
197 município – sede; Quixeramobim (55.221hab), Pedra Branca (36.838hab), Senador
198 Pompeu, Milhã e Solonópole (52.520hab), sendo Senador Pompeu o município – sede.
199 Municípios Pólos: Quixadá e Quixeramobim. 10. Micro – Iguatú: Iguatú (79.851hab);
200 Jucás (19.870hab); Cariús (16.759hab); Saboeiro (17.162hab); Catarina (13.134hab);
201 Acopiara (46.198hab); Piquet Carneiro (12.404hab); Quixelô (14.641hab); Mombaça
202 (38.377). Município Pólo: Iguatú. 11. Micro – Tauá: Tauá e Arneiroz (55.737hab), sendo
203 Tauá o município – sede; Aiuaba (14.452hab); Parambú (31.543hab). Município – Pólo:
204 Tauá. 12. Micro – Canindé: Canindé e Itatira (83.836hab), sendo Canindé o município –
205 sede; Paramoti (11.831hab); Caridade (15.153hab); Boa Viagem Madalena (62.919hab),
206 sendo Boa Viagem o município – sede. Município – pólo: Canindé. 13. Micro – Crato:
207 Crato, Altaneira, Assaré, Nova Olinda, Santana do Cariri e Tarrafas (160.271hab), sendo
208 Crato o município – sede; Farias Brito (21.848hab); Várzea Alegre (34.457hab); Campos
209 Sales, Antonina do Norte e Salitre (42.888hab), sendo Campos Sales o município – sede.
210 Município – pólo: Crato. 14. Micro – Juazeiro do Norte: Juazeiro do Norte e Granjeiro
211 (211.253hab), sendo Juazeiro do Norte o município – sede; Barbalha (48.815hab); Jardim
212 (26.598hab), Missão Velha (30.303hab); Caririaçu (26.983hab). Municípios Pólos:
213 Barbalha e Juazeiro do Norte. 15. Micro – Brejo Santo: Brejo Santo, Abaiara, Barro, Jatí,
214 Penaforte e Porteiras (90.229hab), sendo o Brejo Santo o município sede; Mauriti
215 (39.177hab); Milagres (24.095hab); Aurora (24.905hab), Município Pólo: Brejo Santo.
216 16. Micro – Sobral: Sobral, Alcântara, Cariré, Groaíras, Forquilhas, Irauçuba,
217 Frecheirinha, Massapê, Menioca, Senador Sá e Uruoca (285.179hab), sendo Sobral o
218 município – sede; Ipu e Pires Ferreira (83.626hab), sendo Ipú o município – sede; Santa
219 Quitéria, Hidrolândia e Catunda (64.056hab), sendo Santa Quitéria o Município – sede:
220 Santana do Acaraú (28.658hab); Coreau e Moraújo (27.013hab), sendo Coreau município
221 – sede: Mucambo, Graça, Pacujá (33.289hab), sendo o Mucambo o município sede;
222 Reriutaba e Varjota (37.569hab), sendo Reriutaba o município – sede. Município – Pólo:
223 Sobral. 17. Micro – Tianguá: Tianguá (54.303hab); São Benedito e Carnaubal
224 (54.158hab), sendo São Benedito o município sede; Croatá (16.609hab); Guaraciaba do
225 Norte (33.498hab); Ibiapina (21.978hab); Ubajara (29.390hab); Viçosa do Ceará
226 (45.183hab). Municípios Pólos: Tianguá e São Benedito. 18. Micro – Crateús: Crateús,
227 Quiterianópolis, Ipaoranga e Aarendá (103.526hab), sendo Crateús o município sede;

228 Novo Oriente (25.061hab); Independência (22.481hab); Monsenhor Tabosa (15.014hab);
229 Nova Russas (29.875hab); Ipueiras e Poranga (47.973hab). Município Pólo: Crateús. 19.
230 Micro – Acaraú: Acaraú (45.200hab); Itarema (26.195hab); Marco, Bela Cruz e
231 Morrinhos (63.479hab), sendo Marco o município – sede; Cruz e Gijoca (30.745hab),
232 sendo Cruz o município - sede. Município Pólo: Acaraú. 20. Micro – Camocim:
233 Camocim, Barroquinha, Chaval, Granja e Martinópole (131.962hab), sendo Camocim o
234 município – sede. não identificaram o município Pólo. 21. Micro – Icó: Icó, Baixio,
235 Ipaumirim e Umari (81.159hab), sendo Icó o município sede; Cedro (23.666hab); Lavras
236 da Mangabeira (31.583hab); Orós (20.457hab). Município Pólo: Icó. Após a apresentação,
237 **Vera** coloca que o Conselho Gestor da SESA se reuniu para analisar as propostas
238 elaboradas pela CIB's Microrregionais e selecionou alguns pontos para aprofundamento
239 que serão apresentados a seguir pelo Alex e que em cima dessas observações serão
240 agregadas as sugestões e análises pelo plenário. A metodologia é primeiramente ouvir os
241 membros da CIB, vindo em seguida os convidados que se encontram no plenário.
242 Secretaria de Quixadá coloca a necessidade ainda de discutir questões de princípios e que
243 se preocupa por exemplo com o grande número de módulos. **Jurandi**, coloca que o
244 Prefeito de Aratuba não concordou com a pactuação que foi feita na CIB de Baturité e
245 reivindica que o seu município também seja sede de módulo; Alex coloca as seguintes
246 questões: 1. O modelo de reorganização de serviços deve ser elaborado de forma coerente
247 com a NOAS e com as estratégias de reorganização e princípios organizativos definidos
248 pelo CESAU em 1998. 2. Este processo exige que os gestores municipais definam
249 propostas factível e de que o foco seja o cidadão. 3. E por último reforça que as áreas de
250 assistência de média especialidade especialmente para odontologia, radiologia e
251 laboratório exigem custeio caro entre outras coisas para poder se manter a qualidade. São
252 levantadas algumas preocupações mais gerais: a Secretária de Quixadá, levanta a questão
253 dos pólos, fazendo algumas indagações: tomando como referencia o caso específico de
254 Quixadá, que tem condições para ser pólo, e está previsto a implantação de outro pólo,
255 Como fica essa questão? O que significa concretamente quando se propõe um polo
256 baseado só em alguns serviços? No caso de Quixadá que tem condições de fazer todas as
257 ações, o que acontece? Os municípios pólos não podem fazer o que o outro vizinho que
258 também é polo faz ? Alex pontua que essa é justamente a pactuação que esta ocorrendo
259 em cada micro, e que desde o inicio se está pactuando mais de um polo no sentido de
260 contemplar a necessidade e os interesses de cada região, como exemplo foi citado a
261 pactuação da região de Baturité, onde foi revisto a questão das cirurgias; outro exemplo, a
262 questão de Ipú em relação a Sobral, ressaltando-se que é importante que se tenha alguns
263 serviços concentrados assegurando a qualidade, e que essa negociação deverá ser feita em
264 cima de alguns critérios. **Jurandi**, comenta sobre a proposta apresentada, e afirma que
265 somente poderá se posicionar após ser discutido, uma vez que o desenho que foi feito, foi
266 discutido e aprovado pela CIB - Micro. Afirma que a proposta em relação a Pacajús por
267 exemplo não se aplica a realidade, fica difícil portanto opinar a respeito. Socorro –
268 ressalta a importância de se acertar alguns pontos para poder avançar. **Alcides** (assessor
269 do COSEMS) informa que foi realizado um encontro onde se considerou alguns critérios
270 e que identificou algumas áreas críticas no Estado, baseado na NOAS. Pergunta se nessas
271 discussões que aconteceram nas CIB's Microrregionais foram considerados esses critérios
272 que estão definidos na NOAS. Comenta que quando se analisa só capacidade instalada,
273 grande parte dos municípios teriam condições de ser sede de polo, pergunta ainda como

274 foram considerados os outros critérios. Vera responde que houve o cuidado de apresentar
275 para os municípios todos os dados existentes, sendo difícil, pois não existem nenhuma
276 pesquisa que aponte necessidades, todos os dados só consideram as exigências
277 institucionais, não existem outros mecanismos que considerem esses outros aspectos,
278 espera-se que os gestores considerem essas questões. Afirma que é difícil desenvolver um
279 processo de planejamento de saúde com abrangência estadual elaborado de forma
280 ascendente num prazo tão curto que assegure a participação popular, exceto o Conselho
281 Municipal de Saúde. Rogério, acha que tem que considerar que existe falta de confiança
282 entre os gestores, acha que isso gerou essa situação de todo mundo querer ser sede de
283 modulo, acha que essa discussão tem que voltar para Micro e ser feita uma conversa
284 franca; **Lúcia**, coloca que esse é um momento importante onde novamente poderá se
285 refletir na Micro ampliando os horizontes; Evandro- considera que é importante que se
286 considere que na hora que as propostas voltam para Micro estão sendo acatadas as
287 sugestões do Conselho Gestor. Alex retoma as discussões e apresenta as sugestões do
288 Conselho Gestor de SESA. **Micro de Fortaleza** - Sugestões: formar um módulo
289 assistencial com os municípios de Cascavel e Pindoretama, sendo Cascavel o município
290 sede; preocupação: com a capacidade atual de oferta e o nível de organização institucional
291 para assumir as responsabilidades da gestão plena de sistema municipal (anexo III da I.N.
292 nº 01 da NOAS-2001) dos municípios de Euzébio e Pacajús; **Micro de Caucaia** -
293 Sugestões: Pentecoste ser classificado como município sede de módulo assistencial;
294 Itapajé assumir as responsabilidades de município pólo, notadamente na área de urgência
295 e emergência; **Micro de Maracanaú** - Sugestões: organizar apenas 02 (dois) pólos:
296 Maracanaú e Maranguape; Redenção como município- sede do módulo assistencial, com
297 garantia de ofertar os procedimentos realizados atualmente; Preocupações: com a
298 capacidade atual de oferta e o nível de organização institucional para assumir as
299 responsabilidades da gestão plena de sistema municipal (anexo III da IN nº 01 da NOAS-
300 2001) dos municípios de Pacatuba e Barreira; **Micro de Baturité** - Sugestão: formar um
301 módulo assistencial composto dos municípios de Capistrano e Itapiúna, tendo
302 preferencialmente Capistrano como município- sede; **Micro Canindé** - Sugestão: formar
303 um módulo assistencial composto dos municípios de Paramoti e Caridade, tendo
304 preferencialmente Caridade como município – sede; **Micro de Itapipoca** - aprovado
305 proposta original; **Micro de Aracati** - preocupação: com relação ao município de Fortim
306 como município- sede de módulo assistencial, em função da situação atual da assistência
307 ofertada a população e as exigências da NOAS; **Micro de Quixadá** - aprovado a
308 proposta; **Micro de Russas** - aprovado a proposta; **Micro de Limoeiro do Norte** -
309 preocupação: com a capacidade de oferta atual em relação as exigências da NOAS e do
310 nível de desenvolvimento institucional para assumir as responsabilidades de gestão dos
311 municípios de Jaguaribara e Limoeiro do Norte; **Micro de Sobral** - aprovado a proposta;
312 **Micro de Acaraú** - Sugestões:, que sejam estruturados 02(dois) pólos: Cruz e Acaraú,
313 com áreas de atenção definidas; evitando superposição de oferta; **Micro de Tianguá** -
314 Sugestões: que o município de Tianguá assuma a responsabilidade de oferta em cirurgia ,
315 com urgência e emergência, inclusive com Traumatologia - ortopedia; preocupação: com os
316 municípios de Ubajara e Guaraciaba do Norte se constituírem módulos, dada as
317 exigências de serviços e de desenvolvimento institucional para assumir as
318 responsabilidades da gestão plena de sistema municipal; **Micro de Tauá** - Sugestão: que

319 Auiaba fique adscrita ao módulo de Tauá; preocupação: com as condições de oferta atual
320 e o nível de desenvolvimento institucional do município de Parambu; **Micro Crateús** -
321 Sugestões: que o município de Monsenhor Tabosa fique adscrito ao módulo assistencial
322 de Tamboril; que os municípios de Novo Oriente e Independência fiquem adscritos à
323 Crateús assuma a responsabilidade de atendimento como módulo e pólo; preocupação:
324 com as condições atuais das SMS de Nova Russas e Ipueiras para assumirem as
325 responsabilidades de gestão (I.N nº 01 – anexo III) da NOAS-2001; **Micro de Camocim**
326 - Sugestão: de que Camocim assuma as responsabilidades de municípe- pólo; **Micro de**
327 **Icó** – aprovado a proposta; **Micro de Iguatú** - Sugestões: que Saboeiro, Jucás e Carius
328 fiquem adscritos à Iguatú; que Deputado Irapuã Pinheiro, Catarina e Piquet Carneiro
329 fiquem adscritos à Acopiara; **Micro Brejo Santo** - aprovado a proposta; **Micro Crato** -
330 preocupação: com as condições de oferta do município de Farias Brito para assumir as
331 exigências da NOAS; **Micro de Juazeiro do Norte** - aprovado a proposta. Após a
332 apresentação do Alex foram iniciadas as discussões, ouvindo dos membros da CIB e de
333 convidados comentários e apreciação quanto as Sugestões do Conselho Gestor. Alcides
334 Assessor do COSEMS - propõe que se especifiquem os critérios dos níveis de gestão;
335 Vera - reafirma que os critérios já foram considerados e que essas questões vão ser
336 encaminhadas como sugestões para as micros refletirem; Alcides, recoloca a questão dos
337 critérios exemplificando o seguinte: dentro de uma região que dois municípios tem a
338 mesma condição de oferta, precisa se considerar a economia de escala. O plenário se
339 posiciona dizendo que esses critérios já estão claros. Alcides pergunta onde estão
340 colocados esses critérios, e é respondido que estão claros nos documentos em especial na
341 NOAS. Mesmo assim fica a sugestão de que essas coisas sejam colocadas de forma mais
342 claras. Vera informa que os dados que estão sendo considerados são as informações com
343 base institucionais; o plenário se manifesta colocando que é uma questão de confiança em
344 relação as informações. O representante do município de Madalena diz que essas decisões
345 relacionadas a sediar módulos foi muito mais uma questão política e não a partir de
346 conhecimentos técnicos e que quando voltar para rediscussão a CIB. Microrregional se
347 conduzirá do mesmo jeito. Alex coloca que esse é um dos argumentos da importância de
348 se retornar a CIB Micro para que se reavaliem os critérios técnicos. Alex, pontua a
349 questão da micro de Caucaia, onde existe a preocupação com o município de Pentecoste
350 como Pólo, foi repassado que existe uma decisão do gestor municipal em estar investindo
351 no mesmo, pois hoje não existe essa capacidade. Outro equívoco é que em ele sendo o
352 pólo só atenderia sua própria população. Não foi feito nenhuma sugestão diferente, mas
353 levantado algumas preocupações, causando estranheza a mudança de Umirim e São Luiz
354 do Curu. Jurandir não entende por que Umirim que fica mais distante de Caucaia e mais
355 próximo de Itapipoca tem como referência Caucaia e não Pentecoste. Alex coloca que
356 quando foram determinadas as Micros, não apareceu no estudo de fluxo de referência de
357 Umirim encaminhamentos para Itapipoca. Reforçando a sugestão do Conselho da SESA
358 que é a revisão de Pentecoste como Pólo, tendo em vista que Itapajé é mais próximo e
359 tem capacidade instalada sendo importante que se considere o fluxo viário. Jurandi
360 recoloca a questão, de não ter muito elemento para decidir. Rogério considera que Itapajé
361 tem condição de ser Pólo, pois estão fazendo um investimento no hospital que vai
362 funcionar daqui a 6(seis) meses. Lúcia está de acordo que volte para ser discutida na
363 Micro a sugestão, de que seja Itapaje o pólo e que em outro momento possa se
364 considerar Caucaia. Alex, lembra que Caucaia hoje não tem condição em atendimento

365 hospitalar nem para a população própria do município. Informa que não houve em
366 nenhum momento a manifestação do desejo de que Itapajé seja município pólo. Informa
367 sobre a importância em relação aos traumas numa determinada localidade que é de maior
368 risco em relação aos acidentes de trânsito. Raquel, considera complicado que se discuta
369 dessa forma sem se ter elementos e que tem a ver com uma série de outras questões. Vera
370 retoma explicando que o que se está fazendo é refletir sobre algumas sugestões e
371 preocupações sobre o modelo elaborado pelas CIB's Microrregionais e que é importante
372 que se retorne a Micro para continuar essa reflexão. Coloca a questão dos critérios
373 relacionados a mudança de Caucaia para Itapajé, principalmente em relação as urgências
374 e emergências. Alex reforça, explicando que Itapajé tem uma capacidade instalada
375 melhor, se comparada com a de Pentecoste, que é precária e que Itapajé fica no meio do
376 caminho entre Sobral e Fortaleza; que Caucaia não tem suficiência hoje, mas que tem um
377 hospital sendo construindo na Jurema, não sabendo como vai ser no futuro. Socorro,
378 coloca que entende a angústia de Raquel mas que precisa ser superada. Coloca que não
379 sabe como que vai ser o posicionamento de prefeitos e secretários em rever essas
380 definições quando se sabe que existem alguns municípios que não tem condição sequer de
381 atender a necessidade em seu próprio município nem em ações básicas; que é importante
382 se ter essa consciência pensando primeiramente na população, de modo que a mesma não
383 venha a ser mais prejudicada ainda; que tem recibo vários telefonemas de deputados e
384 políticos solicitando essa necessidade de ser pólo como se representasse um símbolo de
385 prestígio e ascensão, como se fosse uma estrela a mais. A representante de São Luiz do
386 Curu, diz que as definições da CIB - Microrregional de Caucaia não correspondem a
387 realidade do seu município. Coloca que São Luiz do Curu é bem pequeno mas que em 96
388 houve recursos no orçamento para construção de um hospital e que tem hoje um hospital
389 bastante estruturado e uma rede básica bastante estruturada. Dentro da micro de Caucaia
390 é o único hospital de BR que existe, tudo entra lá desde trauma até outras coisas. A
391 Atenção Básica não existe no município, já noticiado até em TV. Relata que herdou uma
392 herança maldita mas que esta tentando reestruturar, mesmo sendo difícil, existe a intenção
393 de fazer. Que estão tentando fazer da melhor maneira possível, já estão com 4 equipes de
394 PSF já compraram veículo novo, conseguiram a troca de equipamentos que antes era
395 colocado para cirurgia para atender as exigências da NOAS. Já esta com o pessoal de
396 engenharia dentro do hospital procedendo as modificações necessárias. Informa da
397 presença do prefeito, como forma de reafirmar o compromisso de investir no sistema de
398 saúde local, inclusive procedendo a restauração do sistema de saúde local para poder ser
399 sede de módulo. O Prefeito fala, reiterando a posição da Secretária dizendo que os
400 investimentos são altos mas que estão sendo priorizados, inclusive cortando orçamento de
401 outras áreas para destinar a saúde. Coloca que transita bem junto a todos os prefeitos é
402 que nem sempre e do jeito como alguns técnicos colocam, que existe a preocupação maior
403 dos prefeitos que é a de resolver a problemática de saúde de suas localidades. Em relação
404 específica a São Luiz do Curu só em finais de semana recebem uma média de seis traumas
405 ocasionados por acidentes com motoqueiros que vem trafegando pela BR e que além do
406 atendimento, também utilizam as ambulâncias do município no transporte de acidentados.
407 O fato de se estar encravado na Br, o hospital tem servido de amparo para as pessoas que
408 vem as vezes até de ônibus, de outros municípios, as vezes com problema até de
409 hipertensão. Quer ressaltar também que Itapipoca é destaque para os demais municípios
410 da região e que o acesso e bem mais fácil. Alcides, coloca que se fosse secretário de

411 algum município teria como prioridade vir a ser Polo, pois é importante se considerar as
412 responsabilidades do estado em relação a investimento e custeio. Vera esclarece que isso
413 já esta descrito e definido no documento onde estão colocadas as informações em relação
414 as responsabilidades do Estado. Alcides coloca que precisava conhecer essas informações
415 em relação ao papel do Estado, pois isso ajudaria aos municípios a tomarem suas
416 definições. Evandro coloca que é importante que essas decisões sejam tomadas pela
417 Micro. Quando São Luiz do Curu coloca que tem essas condições e que está situado
418 numa BR naturalmente ele será Pólo e que dependendo das condições do município ele
419 poderá ser sede de módulo. A Secretária de São Luiz do Curu- reafirma a importância das
420 urgências e emergências e traumas que assegurem o deslocamento de pacientes até
421 Fortaleza. Alex, coloca duas questões em relação a Maracanaú: 1º. Redenção - proposto
422 como um terceiro Pólo, havia já mais ou menos um consenso que Maracanaú e
423 Maranguape seriam Pólos na reunião da CIB Microrregional surge a possibilidade de
424 Redenção vir a ser um Pólo. O Conselho Gestor questiona considerando que o Polo faria o
425 segundo nível de assistência em função das atribuições, ressaltando algumas funções que
426 deverão ser realizadas pelo Pólo. Entende que Redenção já tem condição de fazer parto
427 cesárea e coloca que já existe a proposta de que aqueles municípios que já tem capacidade
428 maior do que a necessária para o nível básico que mantenham essas ações. A proposta é
429 de que Redenção seja sede de módulo, mas continue a realizar os procedimentos que hoje
430 realizam, já que os procedimentos hospitalares são definidos na PPI e que portanto é
431 inteiramente possível de ser feita, porém manifesta a preocupação com Barreira. 2º. Outra
432 preocupação é o deslocamento de Patacuba para o primeiro nível, mas pelo porte
433 populacional deverá haver investimento para que o mesmo seja dotado de estrutura de
434 sede de módulo. Em relação a Barreira existe a necessidade de ter um maior investimento
435 e o porte populacional é bastante inferior ao de Pacatuba. A representante da Micro coloca
436 que tanto a Secretária como o Prefeito foram bastante conscientizados da necessidade de
437 investimento. Evandro pontua a necessidade de considerar o que significa a questão de
438 Barreira em relação aos investimentos e o que significa isso em relação aos outros
439 municípios, quanto ao tempo que os outros municípios tem que esperar até que a Barreira
440 se estruture. Pontua também a preocupação em relação a questão do Pólo no que se refere
441 a investimento, o investimento é muito grande tem que se considerar isso, e que se discuta
442 que escala é essa que se está tentando contemplar no processo de Organização, na medida
443 em que só numa Micro se tem três pólos. O representante de Redenção levanta a questão
444 da PPI, observando que a mesma pode contemplar aspectos não considerados neste
445 momento. Alex, esclarece que do ponto de vista das definições, a concepção de Pólo que
446 o Estado está colocando, merece uma reflexão se no caso de Redenção pode ou não ser
447 considerado Pólo, e que a negociação na PPI em relação ao que faz não o define
448 necessariamente como Pólo, e que é possível dentro da tipologia manter aquilo que já vem
449 sendo feito. Vera, explica que dessa forma não há nenhuma implicação entre ser Pólo ou
450 não em termos de PPI, pois se ele já vinha fazendo algum tipo de cirurgia eletiva ele vai
451 continuar fazendo, o que não significa que ele vai ter condição de receber referências
452 dentro do que está definido como Pólo. O que foi acordado era de se garantir que
453 continuasse sendo feito o que já era feito sem necessariamente se transformar em Pólo que
454 tem a ver com as referências. O representante de Redenção, informa que o pleito é de ser
455 Pólo, não em tudo, mas na área materno infantil, considerando a qualidade da assistência
456 prestada nessa área inclusive com prêmios e que caso a Bipartite não aprove esse pleito,

457 que seja revisado a definição de Pólo da micro. E propõe que se faça um levantamento em
458 termos de custo e se identifique onde é que se gasta menos, se em Redenção ou em
459 Maracanaú. Alex coloca que nesse momento essa questão não está sendo discutida para
460 não se atrasar mais ainda o processo de organização das micros. A Secretária de Acarape
461 coloca que tradicionalmente a população já procura Redenção e não Maracanaú, que é
462 difícil convencer a população. Alex esclarece que o mais importante não é se chama Pólo
463 ou não, uma vez que será mantido os mesmos procedimentos anteriores e que os recursos
464 serão assegurados pela câmara de compensação. A diferença está no modelo de gestão da
465 região. A questão é com relação aos investimentos para melhorar a assistência, em
466 relação ao parto significa investir para nascimentos de riscos que hoje não faz. Jurandi
467 coloca que a questão é de que seja mantido o que já se faz hoje. Vera informa que uma
468 discussão dessas tem que ser assegurada em nível de PPI, e que o que se tem que
469 assegurar hoje é a Tipologia. Que é importante se utilizar a tipologia como subsidio de
470 programação e que a partir da câmara de compensação é que se fará as correções dessa
471 programação, Socorro pontua que essa questão abre precedente e que é importante se
472 considerar a possibilidade de abrir para todos municípios não só Redenção. O
473 representante de Redenção, ler a ata da CIB Micro regional dizendo que não acredita que
474 seja mudada a decisão tomada anteriormente, que acredita que somente a CIB/Ce poderá
475 decidir diferente sobre essa questão. Vera reforça o procedimento em relação a voltar para
476 CIB Micro. Helmo, reforça o encaminhamento feito, considerando importante essa
477 reflexão, acrescentando que deve ser observado a posição dos municípios que estão na
478 básica ampliada em relação a PPI. Não se sabe como vão ficar essas questões, que é
479 importante que fique claro para poder se retornar aos municípios. Jurandi, se coloca
480 considerando super democrático o processo de voltar para as micro, mesmo considerando
481 que essa questão precisa ser definida, pois se Redenção, não se enquadra na definição da
482 NOAS tem que se dá a oportunidade também a outros municípios Em relação as sugestões
483 da CIB Microrregional de Baturité. Vera coloca como recomendação a necessidade de se
484 rever a questão do módulo assistencial de Capistrano e Itapuina. Jurandi, recoloca a
485 questão da não aceitação do Prefeito de Aratuba. Alex recoloca a proposta do Conselho
486 Gestor: que os dois constituíssem um módulo; considerando a insuficiência de população
487 e custo operacional. A Representante de Itapiúna relata que quando avaliado, viu-se que
488 seu município era que apresentava tecnicamente melhores condições, inclusive com maior
489 capacidade técnica, diferente do que foi discutido na Micro. Vera informa que não
490 corresponde aos dados obtidos nos sistemas SIA e SIH que revelam que Capistrano
491 apresenta melhores condições do que Itapiúna e outro fato que pesou foi o fato de em
492 Itapiúna ter um CAPS e o serviço de fisioterapia. O que Itapiúna tem a mais não
493 corresponde às necessidades de primeiro nível. Evandro esclarece que na verdade o que a
494 Bipartite Microrregional colocou foi semelhante ao que a representante coloca a
495 diferença é a proposta do Conselho Gestor da SESA. O que esta sendo analisada é em
496 relação aos registros de internação e em relação ao CAPS. A representante insiste que
497 Itapiúna apresenta as condições para ser sede de módulo e que essa reflexão já foi feita a
498 nível regional. Alex esclarece a posição da Micro, que não há dúvida com relação a isso, o
499 Conselho Gestor analisa que nenhum dos dois se encontra em condições de ser sede, por
500 questão da população ser muito pequena e que com essa população não existe
501 sustentabilidade. A segunda coisa é saber se há uma acordo entre os dois municípios para
502 que haja esse investimento na sede do módulo. Existe ainda a proposta dos dois ficarem

503 junto com Aracoiaba ou Baturité compondo o módulo ou a outra possibilidade é dos dois
504 se comporem , sendo que nessa opção as dificuldades são um pouco maiores. Jurandi se
505 coloca no mesmo sentido já explicitado anteriormente. Alex fecha com a opção das duas
506 alternativas já colocadas anteriormente. A Plenária retoma a questão da **Micro de**
507 **Fortaleza**, em relação a questão de Pindoretama, colocando que apresenta uma série de
508 serviços. Vera coloca que a questão que pesou foi em relação a área hospitalar; o
509 representante argumenta que inclusive já tem odontologia especializada, Vera coloca que
510 pelos registros ainda não constam e que deve ser procurado o Controle e Avaliação para
511 ser discutido. **Micro de Quixadá**, viu se a necessidade de discutir as ações a serem
512 ofertadas por cada um dos Pólos. Evandro, pergunta o que está sendo apontado na câmara
513 técnica em relação ao segundo nível em Quixeramobim e Quixadá; A Secretária de
514 Quixadá coloca que o município tem se colocando em condições de ser Pólo e que
515 Quixeramobim também se coloca existindo duplicidade de ações. Vera diz que a
516 recomendação é de que em curtíssimo prazo essa discussão seja feita. Raquel retoma a
517 questão de Quixadá, colocando que Quixeramobim vem se colocando como podendo ser
518 pólo na área de traumatologia, não concorda que se exclua Quixadá dessa área ,mas
519 concorda que sejam até dois pólos. Jurandi, coloca que é fato que se conseguiu fazer um
520 desenho com muita competência e que é necessário se fazer a otimização dos dois
521 municípios. **Micro de Russas**, manifestou – se a preocupação em relação a Jaguaretama,
522 a distância é muito grande para o município de Russas. Vera coloca que somente com a
523 operacionalização é que se vai conseguir fazer os ajustes. **Micro de Limoeiro do Norte**,
524 duas questões: foram discutidas: Helmo diz que em Jaguaribara, a situação é excepcional,
525 a cidade foi construída, projetada, tem inclusive um hospital de 30leitos, pois havia um
526 compromisso de que a cidade nova não poderia ter nada a menos do que tinha antes. Há
527 um crescimento rápido, já foi instalado um centro de saúde e um hospital em função disso
528 Jaguaribara poderá vir a crescer daí então poderá se justificar o fato de vir a ser um
529 município sede de módulo, mas isso é uma questão para o futuro. Em seguida Lúcia,
530 coloca que a preocupação é em relação a Limoeiro, pois não tem condição de
531 operacionalização da proposta de ser Pólo, uma vez que sua estrutura não permite.
532 Lembra que em outro momento tinha ficado acordado que seria centralizado os serviços
533 de neonatologia em Limoeiro, e que até hoje não foram operacionalizados, que Limoeiro
534 apesar de apresentar vocação para sede, apresenta problemas operacionais, mesmo já
535 tendo tido mudança de secretários. O novo coloca que só tem 45 dias no cargo e que está
536 trabalhando. Afirma ainda que não se pode ficar a mercê de mudanças de Secretário.
537 Helmo reforça que esse município que hoje está sendo colocado como Pólo da micro não
538 tem estrutura para exercer todas as responsabilidades. Vera afirma que o problema é
539 deficiência de gestão, e que para isso o Secretário deve estar chamando a Prefeita de
540 Limoeiro para ver qual é o compromisso dela com a questão; Helmo sugere que o próprio
541 Secretário da Saúde do Estado chame também o Prefeito para saber qual é a possibilidade
542 de assumir a proposta. Lúcia coloca que é necessário se discutir sobre outras
543 possibilidades de gestão, lamenta que as discussões são apressadas que depende muito do
544 ritmo de cada município, as vezes o Secretário tem uma posição e a Micro tem outra ,
545 talvez com a participação de um técnico da SESA pudesse agilizar essas decisões. Em
546 relação a proposta da Micro de Crateús o Secretário de Ararendá coloca que o Estado
547 deve ter alguns cuidados com Crateús, o aparelho de ultra sonografia esta sendo tirado
548 para um hospital privado; deve-se ter cuidado com essas questões, não se pode criar um

549 sistema para um Prefeito de quatro anos e sim deve-se ter o cuidado com qual é a
550 prioridade que se dá ao sistema de saúde, se é para os convênios ou se é para os serviços
551 públicos. Socorro coloca a necessidade de se ver como lidar com a diferença do que os
552 Prefeitos colocam no gabinete dela e do que está sendo colocada aqui, isso em relação ao
553 Prefeito de Crateús. **Micro de Sobral**, foi manifestado pela plenária a preocupação de ser
554 muito grande o número de municípios do módulo de Sobral e grande parte dos serviços se
555 concentrarem na Santa Casa. **Micro de Acaraú**, foi expressa forte preocupação em
556 relação ao município Pólo, dado que os Hospitais são vinculados a grupos políticos
557 adversários. Apesar de não estar aqui, houve uma preocupação de Cruz em se colocar com
558 disponibilidade de vir a ser município Pólo. Marco também teria alguma possibilidade.
559 Ricardo diretor do hospital de Marco afirma que existe um investimento com
560 possibilidade de se adequar às condições necessárias. Quanto a questão de Cruz é
561 verdade que teria um maior potencial em relação as condições físicas, embora não foi
562 assegurado que ele seria Pólo, existe a idéia de se fazer a divisão, o investimento potencial
563 seria também para Cruz. Considera ainda que Acaraú é que deve mesmo ser Pólo. Vera
564 coloca que deve se voltar para a Micro a sugestão de que se analise a questão de Cruz,
565 pontuando que o investimento só em Acaraú torna a região mais vulnerável. **Micro de**
566 **Tianguá**, Foi manifestado a preocupação com os municípios que ficam em baixo da Serra
567 que nos casos de Urgências e Emergência terão que recorrer a Sobral já que Tianguá não
568 quer assumir esta área. Se sabe que Tianguá tem geograficamente uma posição estratégica
569 para assumir a condição de Pólo, porém a Secretária falou que não aceita, pois o Prefeito
570 já esta assumindo a área Materno Infantil. Apesar do Hospital dispor de equipamentos
571 modernos para urgências e emergências em traumatologia. A CIB decidiu acatar todos os
572 pontos abordados pelo Conselho Gestor da SESA e através de Comunicado informar as
573 CIB's Microrregionais: Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Canindé, Acaraú,
574 Tianguá, Tauá, Crateús, Camocim e Iguatú, para rediscussão, devendo retornar para
575 apreciação desta Comissão no próximo dia 18. E aprovar as propostas das CIB's
576 Microrregionais: Itapipoca, Aracati, Quixadá, Russas, Limoeiro do Norte, Sobral, Icó,
577 Brejo Santo, Crato e Juazeiro do Norte. **Item 5 da Pauta - Media Complexidade em**
578 **Vigilância Sanitária**. A solicitação de habilitação para execução de ações de média
579 complexidade em vigilância sanitária para o município de Fortaleza – Dra. Diana: existe
580 um certo desinteresse por parte dos municípios em cumprir os requisitos para se habilitar
581 e exercer as funções de vigilância sanitária. Informa que hoje só existem quatro
582 municípios habilitados em vigilância sanitária e de plena só dois e que em consequência
583 disso, com o cadastramento de unidade de Saúde que pressupõe a existência de licença e
584 alvará dos estabelecimentos, os municípios que não se encontram habilitado essa
585 responsabilidade fica com o Estado. E que o Estado não tem condições físicas de executar
586 essa tarefa, existindo então um impasse, pois grande parte dos municípios apesar de terem
587 essa responsabilidade não estão habilitados. Surge então a pergunta de como fazer; a
588 sugestão é de que se dê a esses municípios responsabilidades especificas relacionadas a
589 vigilância sanitária pelo período de Maio até Julho - 2001 e após isso cada município
590 deverá submeter a CIB solicitação de certificação. A proposta então é de uma
591 transferência transitória até a aprovação pela CIB, quando então será definido se eles tem
592 ou não condições de assumir essa área. Vera reafirma a proposta de que a CIB transfira a
593 responsabilidade de fiscalização da SESA para SMDS Fortaleza para viabilizar o
594 cadastramento, foi firmado compromisso que Fortaleza seria capacitada pela SESA.

595 Que a CIB coloque os municípios com essa responsabilidade na área de vigilância
596 sanitária para serviços de média complexidade específica para cadastro, todos os
597 municípios de plena deverão estar habilitados em vigilância sanitária. Diana ressalta a
598 tendência dos municípios de deixarem essa questão de lado, questiona que quase todos os
599 municípios já tem alguma prática em ações de vigilância sanitária, apesar dos
600 treinamentos, dos estímulos da SESA, não estão sendo feitas essas atividades a contento,
601 solicita aos secretários que invistam nessa atividade reforçando os conceitos de vigilância
602 a saúde. Propõe fechar a data com o município de Fortaleza com prazo para realizar
603 treinamento e para realizar cadastros em Fortaleza. A CIB. Ce aprovou a solicitação da
604 COVAC de delegar responsabilidade de auditoria e fiscalização de estabelecimentos de
605 Saúde para efeito de concessão de licença e alvará de funcionamento que faz parte do
606 recadastramento de unidades de Saúde de Fortaleza, a SMDS no período de maio a
607 julho/01. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando
608 que eu Lourdes Gões, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim
609 assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do
610 Ceará. Fortaleza, onze de maio do ano dois mil e um.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos dezoito dias do mês de maio do ano dois mil e um, às dez horas, no Auditório da SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Sétima Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Maria Vilauva, Vice Presidente do COSEMS, Rogério Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Joaquim Clementino, Secretário Municipal de Maracanaú, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Jaguaribe, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES/SESA, Lilian Alves Amorim de Borba, COVAC/SESA, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Maria do Perpetuo do Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA. Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Iguatú. Como convidados: Rosélia Maria S. Mesquita, MR – Canindé, Bernado, SMS de Icapuí, Getúlio Barros, SMS de Brejo Santo, Jeovania Carvalho, SMS de Capistrano, Marta Maria, SMS de Itapiúna, Sérgio Horta, SMS de Pentecoste, Madalena, SMS de Pentecoste, Francisca de Fátima, SMS de Pacajus, Maria de Fátima, SMS de Cruz, Sammuell Boyadjian, Médico, Analia Boyadjian Gomes, SMS Paramoti, Ana Paula M. Ribeiro, SMS de Paramoti, Fernando Fernandes, SMS de Caridade, Mauro Cavalcante, SMS de Fortim. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que faz comentários sobre a reunião de 11/05/01 que apreciou o Esboço do Plano de Diretor de Regionalização – PDR e formulou sugestões para conhecimento e ajuste por parte das CIB(s) microrregionais. E que hoje será discutido essas sugestões e preocupações, e emitido o parecer final sobre este momento do PDR. Como conduta geral a CIB acatará todas as propostas que foram consensuadas pelas CIB's Microrregionais, mesmo que sejam contrárias as sugestões enviadas. E em seguida da início ao **Item 1 da Pauta – Apreciação das Sugestões para ajuste do Primeiro Momento do Plano Diretor de Regionalização – PDR. MR – Fortaleza –** A CIB/CE apresenta como sugestão formar um módulo assistencial com os municípios de Cascavel e Pindoretama, sendo Cascavel o município sede. E manifesta a preocupação em relação a capacidade atual de oferta e o nível de organização institucional para assumir as responsabilidades da gestão plena de sistema municipal (Anexo III da I.N. no. 01 da NOAS – 2001) dos municípios de Eusébio e Pacajus. A CIB - Fortaleza se reuniu e encaminhou a ata da reunião e nela reconhece a preocupação da CIB/CE em relação aos municípios de Pacajus e Eusébio no que se refere a estrutura de oferta e o nível de organização institucional dos mesmos. Porém os mesmos se comprometeram em avançar no sentido de atingir um melhor nível organizacional. Não houve acatamento do município de Pindoretama em se incorporar ao módulo de Cascavel, mantendo Pindoretama com módulo assistencial. A proposta da CIB - Fortaleza é de manter a proposta anterior com a decisão de manter como município pólo: Fortaleza e Cascavel. **Vera** coloca que fica muito preocupada com a ausência dos representantes de Fortaleza Rosemary e Adelmo nesta discussão. **Evandro** fez observação em relação as dificuldades de habilitação de Pindoretama, pois vai ser necessário um grande investimento e o tempo é pouco. **Alex** concorda com Evandro, e se manifesta contrário a decisão da Microrregião em aprovar mesmo sabendo que esta não é a melhor opção para

48 a organização da Micro. Após discussão a CIB/CE acatou a decisão da CIB – Fortaleza.
49 **MR – Caucaia** - As sugestões da CIB/CE são de: **1) Pentecoste** ser classificado como
50 município sede de módulo assistencial. **2) Itapajé** assumir as responsabilidades de
51 município pólo, notadamente na área de urgência e emergência. A CIB – Caucaia
52 reuniu-se e não acatou a proposta na totalidade e apresentou a seguinte proposta: **1)**
53 **Itapajé** como município sede de módulo assistencial, incorporando o município de
54 Umirim e prestando assistência de urgência e emergência, para o módulo atendendo
55 ainda as necessidades de assistência de pacientes acidentados na BR. **2) Manter o**
56 **módulo de Pentecoste**, para assegurar os serviços do 1º nível de atenção a
57 aproximadamente 67.000 habitantes. **3) Manter Caucaia** como pólo, embora sabendo
58 que o mesmo deverá ter um investimento elevado para atender com suficiência a
59 população do pólo. **4). Paraipaba** ser sede de módulo – assistencial dele mesmo, com o
60 compromisso de adquirir um aparelho de Raio X a curto prazo, com 25.000 habitantes e
61 bons indicadores de saúde. A Secretária de Saúde de São Luis do Curu município com
62 população de 11.000 habitantes pleiteou ser sede de módulo assistencial. A Dra. Marilac,
63 sugeriu a junção de Umirim e São Luis do Curú como forma de viabilizar a organização
64 do módulo assistencial, mas não houve acordo das partes interessadas. Desta forma a CIB
65 –Microrregional acordou manter São Luiz do Curú no módulo de Pentecoste. Após
66 discussão a CIB/Ce não acatou a solicitação da SMS de São Luiz do Curú , em virtude
67 da mesma não ter consenso na CIB – Caucaia e decidiu aprovar a incorporação do
68 município de Umirim ao módulo assistencial de Itapajé podendo o mesmo ofertar
69 serviços de atendimento de urgência e emergência para os pacientes acidentados na BR e
70 Pentecostes ser município sede de módulo e não pólo. **MR- Maracanaú** – A sugestão da
71 CIB/CE de organizar apenas 02 (dois) pólos: Maracanaú e Maranguape e Redenção
72 como município sede de módulo assistencial, com a garantia de ofertar os procedimentos
73 realizados atualmente. Manifestou a preocupação com a capacidade atual de oferta e o
74 nível de organização institucional para assumir as responsabilidades da gestão plena de
75 sistema municipal (Anexo III da IN no. 01 da NOAS – 2001) dos municípios de Pacatuba
76 e Barreira. A CIB – Maracanaú reconhece que as providências a serem adotadas em
77 relação a Pacatuba e Barreira para que os mesmos assumam as responsabilidades de
78 gestores plenos são muitas e, em meio às discussões surgiu a possibilidade de ampliar o
79 módulo de Redenção, depois que a Dra. Vera Coêlho/SESA informou a decisão do
80 Gestor Estadual em assegurar que os municípios em GPAB-A permaneçam internando
81 em Clínica Médica e Pediatria, com repasse financeiro por produção e que os municípios
82 sede de módulo assistencial possam continuar realizando as internações cirúrgicas .
83 Desta forma, Redenção pode ser sede de módulo recebendo por produção as cirurgias
84 para sua população e as referenciadas por Acarape, Barreira e Guaiuba. Barreira como
85 município plena da atenção básica ampliada, continuará realizando as internações em
86 clínica médica e pediatria não sendo preciso responsabilizar-se com as ações
87 especializadas a serem ofertadas no módulo assistencial. Propôs ainda que Guaiuba se
88 incorpore ao módulo de Redenção, uma vez comprovada na série histórica maior
89 referência para Redenção que para Pacatuba. Foi apresentada a sugestão de organizar um
90 módulo com Redenção, Acarape, Barreira e Guaiuba tendo Redenção como sede. Após
91 apreciação e discussão a CIB- Maracanaú aprovou por unanimidade a seguinte proposta:
92 1). Dois pólos: Maracanaú e Maranguape (nas ações anteriormente definida na Câmara
93 Técnica da Atenção Secundária). 2). Quatro módulos assistências: Maracanaú para sua
94 população de 162.638 habitantes. Maranguape e Palmácia com 99.897 habitantes;

95 Pacatuba para sua população de 48.073 habitantes e Redenção com Acarape, Barreira e
96 Guaiuba com 67.554 habitantes. A apresentada em plenária está proposta a Secretária de
97 Saúde de Barreira questionou como proceder com os procedimentos laboratoriais que
98 hoje são realizados no município. Foi colocado pelos representantes da CIB-CE que o
99 município continuará prestando os serviços que hoje oferta e que quando da qualificação
100 da microrregião, esta previsto pela NOAS, os pagamentos destes procedimentos poderão
101 ser pagos pelo município sede de módulo . E ainda que com base na Tipologia o Hospital
102 Local poderá desde que tenha condições técnicas/operacionais, continuar realizando
103 internações obstétricas (parto normais), pediátricas e de clínica por generalista. Após
104 discussão a CIB/Ce acatou a decisão da CIB – Maracanaú. **MR - Baturité** – A CIB/Ce
105 sugere seja formado um módulo assistencial composto dos municípios de Capistrano e
106 Itapiúna, tendo preferencialmente Capitrano como município sede. A CIB – Baturité não
107 acatou as sugestões da CIB/CE e apresentou uma proposta que não obteve consenso:
108 Módulo assistencial de Aracoiaba, módulo assistencial de Baturité composto de Mulungu
109 e Aratuba, módulo de Pacoti composto com Guaramiranga , módulo assistencial de
110 Capistrano e módulo assistencial de Itapiúna. A Secretária de Saúde de Itapiuna ,
111 argumentou pela manutenção de seu município como módulo assistencial tendo em vista,
112 alguns investimentos já realizados objetivando garantir assistência secundária aos seu
113 municis, justificativa também apresentada pela Dra. Jeovana Carvalho, Secretária
114 Municipal de Saúde de Capistrano, argumentando que seu município além dos
115 investimentos já realizados com o recurso do tesouro municipal dispõe atualmente do
116 CAPS – Centro de Apoio Psicossocial e de uma unidade de fisioterapia em pleno
117 funcionamento como referência para a Microrregião, justificando desta forma que
118 Capistrano está se estruturando para enquadrar-se como sede de módulo assistencial,
119 impossibilitando portanto a fusão dos dois municípios como um só módulo assistencial.
120 O Prefeito Municipal de Aratuba , Júlio César, ressaltou que desta forma, os municípios
121 irão continuar enviando pacientes para Fortaleza, inviabilizando o processo de
122 organização Microrregional. Por esta razão foi elaborada uma proposta pelos Prefeitos
123 em reunião na AMAB que consta de dois módulo assistenciais: Baturité composto por
124 Mulungu, Guaramiranga, Pacoti e Aratuba e o de Aracoiaba composto por capistrano e
125 Itapiúna , sendo Baturité e Aracoiaba municípios sede de modulo assistencial e pólo.
126 Apesar de toda a discussão, não houve consenso da CIB - Baturité, ficando a decisão final
127 a cargo da CIB/Ce, que por consenso acataram a Proposta da AMAB, como as ressalvas
128 de que: o Estado deve investir imediatamente nos municípios de Baturité e Aracoiaba
129 para que a oferta de serviços seja suficiente e com qualidade; seja assegurado recursos
130 para financiamento das unidades hospitalares básicas e seja a mesma revisada em
131 janeiro – 2002. A Secretária de Itapiuna fez questão de registrar o seu protesto em relação
132 a decisão da CIB/Ce e afirma que na reunião que houve na CIB - Microrregional ficou
133 acordado que o município de Itapiúna apresentava as melhores condições de ser
134 município sede, até por uma série de questões, não só técnico operacional mas também
135 técnico gerencial, que é um elemento que deve ser também colocado em questão. Pois
136 vimos que Aracoiaba, Baturité e Capistrano na gestão passada tiveram sérios problemas e
137 que hoje não conseguiram alcançar bons resultados na atenção básica, pois não tiveram
138 continuidade gerencial. O município de Itapiuna tem uma organização reconhecida por
139 todos os secretários, não poderia ser prejudicado em função de um passado que não
140 agradou a muita gente. Quando colocamos essa necessidade do município de Itapiuna ser
141 município sede de si próprio, foi com base na avaliação dos requisitos exigidos pela

142 NOAS. Após a fala da Secretária de Itapiuna a Secretária de Capistrano pediu que fosse
143 registrado também a sua indignação em relação a decisão da CIB/CE por ter acatado a
144 proposta da AMAB. **MR – Canindé** – A CIB/CE sugere formar um módulo assistencial
145 composto pelos municípios de Paramoti e Caridade, tendo preferencialmente Caridade
146 como município sede. A CIB – Canindé esteve reunida e não acatou a proposta da
147 CIB/CE, a decisão por unanimidade da CIB de Canindé foi permanecer com a proposta
148 anterior. Na proposta da CIB – Canindé Paramoti se mantém como módulo assistencial,
149 bem como o município de Caridade. Paramoti, através da Secretária de Saúde Dra. Ana
150 Paula , alega que a intenção do município é ser módulo assistencial. Caridade, através
151 do Secretário Dr. Fernando Fernandes, manifestou interesse que a decisão da reunião
152 anterior do município de Caridade, dia 03/05/2001, fosse mantido pois seria a melhor
153 forma de atender os anseios dos municípios da microrregião. A decisão da CIB – Canindé
154 anteriormente foi definida assim: Caridade módulo assistencial, assim como Paramoti,
155 Boa Viagem e Madalena compondo módulo e Itatira compondo módulo com Canindé.
156 Canindé como pólo da microrregional. A Secretária de Saúde de Paramoti expõe que o
157 município tem uma estrutura montada, bem como Caridade. E não é justo que Paramoti
158 perca essa condição. Após ampla discussão a CIB/Ce aprovou a proposta da CIB –
159 Canindé. No entanto, o Dr. Alex e Dra. Socorro fizeram questão de registrar em ata a
160 indignação em relação a proposta consensuada pela CIB – Microrregião. **MR – Aracati** -
161 A CIB/CE manifestou a preocupação em relação ao município de Fortim como
162 município sede de módulo assistencial, em função da situação atual da assistência
163 ofertada a população e as exigências da NOAS. A CIB - Aracati registrou preocupação,
164 mas manteve a decisão de Fortim ser módulo assistencial dele mesmo, tendo em vista que
165 a Prefeita assegurou que irá cumprir todas as exigências da NOAS para se manter na
166 Gestão Plena de Sistema Municipal. **MR – Acaraú** - A CIB/ Ce sugere que sejam
167 estruturados 02 (dois) pólos: Cruz e Acaraú, com área de atenção definidas, evitando
168 superposição de oferta. A CIB – Acaraú não acatou a decisão da CIB/CE e por consenso
169 apresenta sua decisão de manter só Acaraú como pólo. A CIB/CE acatou a decisão da
170 CIB – Acaraú. **MR – Tianguá** – A CIB/Ce sugere que o município de Tianguá assumisse
171 a responsabilidade de oferta em Cirurgia, com Urgência e Emergência, inclusive com
172 Traumato – Ortopedia. E manifesta a preocupação em relação aos municípios de Ubajara
173 e Guaraciaba do Norte se constituírem módulos, dada as exigências de serviços e de
174 desenvolvimento institucional para assumir as responsabilidades da Gestão Plena de
175 Sistema Municipal. A CIB – Tianguá reuniu – se e por unanimidade decidiu manter os
176 municípios de Ubajara e Guaraciaba como módulo assistencial, já que eles assumiram o
177 compromisso de atender as exigências necessárias para serem módulos assistenciais.
178 Quanto aos municípios pólos Tianguá e São Benedito foi definido na CIB/MR que:
179 Tianguá assumiria as Cirurgias, Traumato – Ortopedia, Urgência e Emergência e São
180 Benedito assumiria as Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica, Cardiologia e
181 Oftalmologia, de conformidade com as sugestões da CIB/CE.. A CIB/CE acatou a
182 decisão da CIB – Tianguá. **MR – Tauá** – A CIB/Ce sugere que o município de Aiuaba
183 fique adscrito ao módulo de Tauá. E manifesta preocupação com as condições de oferta
184 atual e o nível de desenvolvimento institucional do município de Parambu. A CIB – Tauá
185 acatou a sugestão da CIB/CE , mas manteve Parambu com módulo assistencial. A
186 CIB/CE acatou a decisão da CIB - Tauá. **MR – Crateús** - A CIB/CE sugere que o
187 município de Monsenhor Tabosa fique adscrito ao módulo assistencial de Tamboril. E
188 que os municípios de Novo Oriente e Independência fiquem adscrito à Crateús, desde que

189 o município de Crateús assuma a responsabilidade de atendimento como módulo e pólo.
190 E manifestou preocupação com as condições atuais da SMS de Nova Russa e Ipueiras
191 para assumirem as responsabilidades de gestão (I.N. no. 01 – Anexo III) da NOAS –
192 2001. A CIB – Crateús reuniu – se e acatou parcialmente a decisão da CIB/Ce. Os
193 municípios de Novo Oriente e Independência passam a compoendo o módulo de Crateús.
194 Mas o município de Monsenhor Tabosa se mante com o módulo assistencial. E propõe
195 ainda: 1) O prazo de quatro meses para os municípios se adequarem à condição de sede
196 de módulo assistencial. 2)A inclusão de investimentos para os municípios de Novo
197 Oriente e Independência no PDR, como forma de que no futuro eles sejam sede de
198 módulo assistencial, a ser pleiteada no prazo de um ano. 3) Aferir a suficiência de
199 capacidade do município de Crateús, através de auditoria da SESA, para a condição de
200 sede de módulo e pólo. A CIB/CE acatou a decisão da CIB – Crateús. **MR – Camocim** –
201 A CIB sugere que o município de Camocim assuma as responsabilidades de município
202 pólo. A CIB – Camocim não apresentou nenhuma justificativa contrária. A decisão da
203 CIB/CE é que Camocim se estruture para ser um pólo. **MR – Iguatú** –A CIB/Ce sugere
204 que o município de Saboeiro, Jucás e Cariús fiquem adscritos à Iguatú. E que o município
205 de Deputado Irapuan Pinheiro, Catarina e Piquet Carneiro fiquem adscrito à Acopiara. A
206 CIB – Iguatú com base na Tipologia dos hospitais que garante a manutenção da oferta
207 destes serviços foi possível obter consenso em relação a seguinte proposta: Mombaça
208 como módulo assistencial. Quixelô como módulo assistencial. Cariús como módulo
209 assistencial. Catarina, Piquet Carneiro e Deputado Irapuam Pinheiro integrarão o módulo
210 de Acopiara sendo Acopiara a sede do módulo .Jucás e Saboeiro integrarão o módulo de
211 Iguatú. Iguatú será sede de módulo e também município pólo. O único ponto que diverge
212 da sugestão da CIB/CE é Cariús ser módulo assistencial. A CIB/CE acatou a decisão da
213 CIB-Iguatú. A CIB/CE com base nas decisões adotadas na reunião 11/05/01 e as revistas
214 nesta reunião encaminhará o documento: 1º Momento do PDR para apreciação e
215 aprovação do CESAU. **Item 2 da Pauta – INFORMES: 1. O MS publicou uma**
216 **Portaria com a Relação de Indicadores para o Pacto da Atenção Básica para o ano –**
217 **2001. 2. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde selecionou 31**
218 **profissionais para 13 municípios do Estado (Alcântaras, Alto Santo, Ararendá,**
219 **Aurora, Cariré, Coreaú, Ererê, Freicheirinha, Ipaumirim, Hidrolândia, Miraíma,**
220 **Morrinhos e Senador Sá.** Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a
221 reunião, determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos, servindo como
222 secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
223 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, dezoito de
224 maio de dois mil e um.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos quatro dias do mês de junho do ano dois mil e um, às quinze horas, Sala de Reunião da COVAC/SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Oitava Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Diana Camem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, José Adelmo Martins, SMDS/PMF, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Rogério Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Jaguaribe, Secretária Municipal de Saúde de Jaguaribe, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA. Como convidados: José Marco, SMS de Barbalha, Sebastiana Shirley, MR de Fortaleza, Laura P. Santiago, Eva Maria Marques, Mércia Marques Jucá da CEOAP/SESA, Maria Cleonice Holanda, CESIH/COVAC/SESA. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que deu início a mesma **Item 1 da Pauta – Solicitação de Cadastramento de Equipe do PSF e PSF/Saúde Bucal junto ao SIA.** Solicitações de cadastramento de equipes: **Programa da Saúde da Família e PSF/Saúde Bucal:** Ubajara 02 (duas) e 01 (uma) . **Programa da Saúde da Família :** Itapiúna 01 (uma), Solonopole 04 (quatro), Farias Brito 01 (uma), Maracanaú 01 (uma), Tauá 08 (oito), Aiuaba 02 (duas), Granja 06 (seis), Jaguaruana 01 (uma). **PFS/Saúde Bucal:** Caucaia 28 (vinte e oito), Acarape 01 (uma), Meruoca 01 (uma), Mucambo 01 (uma), Santana do Acaraú 04 (quatro), Uruoca 01 (uma), Granja 01 (uma), Tejuissuoca 01 (uma), Itapajé 04 (quatro), Caridade 02 (duas), Senador Pompeu 01 (uma), Iracema 01 (uma), Pambu 01 (uma), Santana do Cariri 02 (duas), Salitre 01 (uma). Todas as solicitações foram aprovadas pela CIB. **Item 2 da Pauta – PPI – 2001 – Diretrizes, Responsabilidades e Critérios de Alocação de Recursos.** Vera distribui o documento e discuti item a item com os participantes. **Em relação a PPI – 2001 expõe os objetivos Gerais:** 1) Garantir a equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde. 2) Reverter a lógica de alocação de recursos centrada na oferta, pela lógica de alocação baseada nas necessidades da população. 3) Consolidar o papel das Secretárias Estaduais. 4) Estabelecer processos e métodos democráticos que assegurem o mando único. 5) Conferir transparência na definição dos critérios de distribuição dos recursos federais estaduais e municipais. 6) Concretizar operacionalmente as diretrizes de regionalização da assistência. 7) Permitir o desenvolvimento das ações de controle e avaliação. 8) Definir as responsabilidades de cada nível de governo no financiamento, na prestação dos serviços e na regulação. **Diretrizes para a Programação:** 1) A programação da assistência integra o processo geral de planejamento e deve refletir as prioridades para o setor expressas em : • Planos Estaduais. • Municipais de Saúde. • Agenda de Saúde e Quadro de Metas Municipais e Estaduais. 2) A programação deve ser coordenada pelo gestor estadual em articulação com os municípios. 3) A programação deve envolver recursos federais, estaduais e municipais. **Programação dos Recursos Federais para a Assistência:** • Abertura Programática dos recursos federais para a assistência ambulatorial foi por nível de complexidade, em coerência com o processo de

48 regionalização. • Para a assistência hospitalar foi acrescida a possibilidade de
49 detalhamento por especialidade. **Planilha de Consolidado:** I. Assistência Ambulatorial:
50 A) Atenção Básica : 1) PAB Fixo: a) PAB e b) PAB Ampliado; 2) Incentivos: a) Saúde
51 da Família (Ag. Comunitário e Saúde Bucal) ; b) Vigilância Sanitária; c) Combate as
52 Carências Nutricionais; d) Assistência Farmacêutica Básica e Saúde Mental; e)
53 Vigilância Epidemiológica e Ambiental e f) Saúde Índigenas. B) Atenção Ambulatorial
54 de Média Complexidade: 1) 1º - Nível de referência – M1 e 2) 2º e 3º - Níveis de
55 referência – M2 e M3. C) Atenção Ambulatorial de Alta Complexidade: 1) Internação; 2)
56 Internação de alta complexidade e 3) FIDEPS. **Programação da Atenção Básica:** •
57 Responsabilização de todos os municípios pela ampliação do acesso à atenção básica. •
58 Equidade – reestruturação do elenco de procedimentos da AB e do valor per capita
59 nacional. • Autonomia do gestor local – aumento de volume de recursos transferidos
60 fundo a fundo para os municípios. **Programação da Atenção de Média Complexidade:**
61 • Primeiro nível de referência para atenção básica: conjunto de procedimentos
62 ambulatoriais e hospitalares com oferta a mais desconcentrada possível, conformando os
63 módulos assistências. Per capita nacional e referência “ em bloco”. • Segundo e terceiro
64 nível de referência: procedimentos de maior complexidade que podem ser ofertados no
65 pólo microrregional, regional ou estadual de referência. Per capita estadual e
66 programação das referências “em cascata”. **Programação da Atenção de Alta**
67 **Complexidade:** Deve ser ofertado nos municípios pólos regionais , estaduais ou
68 macrorregional , e deve considerar : • base populacional que garanta economia de escala.
69 • condições de acesso geográfico. • perfil epidemiológico. **Metodologia para**
70 **Programação da Atenção de Alta Complexidade:** • Programação precedida de estudos
71 da distribuição macrorregional e regional de serviços. • Proposição de uma delimitação
72 orçamentária clara no teto estadual para o seu custeio. • Referência definidas no sentido
73 contrário ao da lógica de “Cascata”: metas físicas e financeiras definidas para a região e
74 alocadas no município – pólo regional, pactuado – se a posterior a área de abrangência. •
75 Centrais de Regulação. **Diretrizes para a Programação da Assistência Hospitalar:** A
76 programação de internações para cada município deve ser proporcional à população,
77 tendo como limite máximo, 8% de cobertura populacional ao ano para internações em
78 todas as clínicas, respeitando – se: • o perfil epidemiológico, • a complexidade da rede
79 assistencial. • a inserção de cada unidade na regionalização da assistência. • as referências
80 negociadas entre os municípios. **Ferramentas Básicas:** • Parâmetros de cobertura ou de
81 concentração. • “Bandas paramétricas”, como auxiliar na definição dos parâmetros
82 estaduais. • Limites inferiores – indicam a possibilidade de crescimento para estados com
83 oferta reduzida em relação aos demais. • Limites superiores – indicam limites de super –
84 oferta e necessidade de estabilização ou regressão dos patamares de oferta. **Produtos a**
85 **serem encaminhados ao Ministério da Saúde:** 1) Definição do limite financeiro dos
86 recursos federais previstos para a assistência para todos os municípios. 2. Programação
87 dos recursos federais, estaduais e municipais para a assistência. 3) Definição de
88 periodicidade e métodos de revisão dos limites financeiros municípios aprovados. 4)
89 Quadro síntese da agenda estadual de saúde e Pacto de Metas Assistenciais para 2002.
90 **Composição dos Limites Financeiros dos Municípios:** • Parcela de recursos financeiros
91 federais correspondente às ações e serviços programados para seus municípios em seu
92 territórios. • Parcela de recursos financeiros federais correspondente ao atendimento das
93 referência de outros municípios, alocadas no processo de pactuação. **Em relação a**
94 **Divisão de Responsabilidades:** **Conselho Estadual de Saúde** – CESAU: • Aprovar o

95 Plano de Regionalização – PDR da Assistência à Saúde do Estado do Ceará, contendo as
96 macrorregiões e microrregiões de saúde, com os módulos assistências identificando os
97 municípios – sede e municípios – pólos; os prazos para qualificação das microrregiões; o
98 plano diretor de investimentos para formação e expansão de módulos assistências, e de
99 estruturação de serviços de apoio localizados em municípios - pólos; proposição de
100 estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de
101 revisão periódica dos tetos financeiros dos municípios. • Aprovar a Tipologia dos
102 Hospitais na Rede Assistencial do SUS – Ce. • Aprovar os Parâmetros para análise da
103 capacidade de assumir as 7 Áreas de Atuação Estratégica: controle da tuberculose,
104 eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial , controle de diabetes mellitus,
105 saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal. • Aprovar a Programação Pactuada e
106 Integrada – PPI. **Conselho Municipal de Saúde – CMS:** • Apreciar e Aprovar a
107 Proposta de Reorganização dos Serviços de Saúde integrantes do sistema municipal de
108 saúde. • Apreciar e Aprovar a Programação de Saúde do município. **Comissão**
109 **Intergestores Bipartite do Ceará – CIB/Ce:** • Aprovar o PDR e enviá-lo para
110 apreciação do CESAU. • Aprovar a PPI e enviá-la para aprovação do CESAU. • Aprovar
111 as diretrizes políticas e os critérios para elaboração da PPI e enviá-los para apreciação e
112 aprovação do CESAU. **Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais de Saúde**
113 **- CIB's – Microrregionais:** • Elaborar o PDR e enviá-lo para apreciação da CIB/Ce. •
114 Apreciar a programação de referência e elaborar os pactos entre os gestores municipais e
115 enviá-los para apreciação e aprovação da CIB/Ce. **Secretaria da Saúde do Estado –**
116 **SESA:** • Coordenar o processo de elaboração do PDR e da PPI. • Subsidiar tecnicamente
117 o CESAU, a CIB/Ce e as CIB's Microrregionais no processo de elaboração e aprovação
118 do PDR e PPI. • Elaborar as propostas da Tipologia dos Hospitais e dos Parâmetros para
119 análise da capacidade de assumir as 7 Áreas de Atuação Estratégica: controle da
120 tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial , controle de
121 diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal. • Firmar Termo de
122 Compromisso de Garantia de Acesso com o gestor municipal para atendimento das
123 referências intermunicipais (quando for o caso). • Explicitar na PPI a programação dos
124 recursos estaduais destinados à área de assistência à saúde. **Secretarias Municipais de**
125 **Saúde – SMS:** • Participar da elaboração e implantação do PDR. • Coordenar a
126 elaboração e implantação da PPI no âmbito municipal. • Firmar Termo de Compromisso
127 de Garantia de Acesso com o gestor estadual para atendimento das referências
128 intermunicipais (quando for o caso). • Explicitar na PPI a programação dos recursos
129 municipais destinados à área de assistência à Saúde. **Em relação as Diretrizes Políticas:**
130 1) A Programação Pactuada e Integrada – PPI será elaborada de conformidade com as
131 necessidades de saúde da população, identificadas no âmbito municipal e estadual e serão
132 representadas pelos procedimentos ambulatoriais (SIA) e de internação (SIH). 2) A
133 Programação Pactuada e Integrada – PPI deve manter coerência com as diretrizes
134 políticas, objetivos e metas e prioridades dos Planos Estadual e municipais de Saúde,
135 Agenda de Saúde e Quadro de Metas para 2001.3) A Programação Local deverá ser
136 elaborada, tendo como prioridade a assistência nas 7 Áreas de Atuação Estratégica:
137 controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial ,
138 controle de diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal.4)A
139 Programação de Referência deverá ser elaborada de forma coerente com o Plano Diretor
140 de Regionalização – PDR. 5) A Programação de Referência do 1º Nível (procedimentos
141 de média complexidade ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação

142 hospitalar – detalhados no Anexo 3A e 3B da NOAS / 2001) deverá ser encaminhada
143 somente para o município – sede do módulo assistencial.6) A Programação das
144 Referências intermunicipais, exetando as ações da média complexidade de 1º Nível de
145 Referência, podem ser encaminhadas para municípios pólos localizados na microrregião
146 ou fora da microrregião. 7) A Programação de Referência deverá ser pactuada nas CIB's
147 Microrregionais e submetida a apreciação da CIB/Ce, quando as Referências ocorrerem
148 fora do espaço geográfico das microrregiões. 8)A Programação das Ações de Alta
149 Complexidade definida pela Portaria GM no. 627, datada de 26/4/2001, será elaborada
150 pela SESA com abrangência estadual. 9)A Programação Pactuada e Integrada – PPI
151 deverá explicitar os recursos federais, os estaduais e municipais a serem alocados em
152 cada Município. Os recursos estaduais e municipais deverão ser detalhados de
153 conformidade com as abertura programáticas definida na Portaria no. 42 do Ministério
154 do Planejamento, Orçamento e Gestão de 14/4/1999, publicada no DOU 15/4/1999. 10)
155 Os Recursos Federais – deverão ser explicitados por município, a parcela de recursos que
156 corresponde à assistência à Saúde da população residente e a parcela que corresponde às
157 referências intermunicipais, definidas após a negociação e pactuação entre os gestores
158 municipais.11) As unidades de Saúde que integram a Programação deverão estar
159 cadastradas junto aos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares.12) A
160 inclusão de novos serviços no Sistema deverá obedecer o estabelecido na Lei Orgânica da
161 Saúde – L. O. S. 8080/90 – artigos 24 e 25. No caso de instituições públicas e
162 filantrópicas se faz necessário a emissão de relatório técnico e avaliação do serviço e no
163 setor privado acrescenta-se a obrigatoriedade do cumprimento da Lei 8.666/93 das
164 Licitações e Contratos Públicos. **Em relação aos Critérios de Alocação dos Recursos**
165 **Federais para a Área da Assistência**. A alocação de recursos federais para
166 financiamento das ações de assistência à saúde da população residente no município
167 obedecerá os critérios abaixo descritos: **1. Ações Básicas Ampliadas:** Valor Per Capita
168 Nacional (PAB – Fixo): variando entre R\$ 10,00 à R\$ 18,00 / ano e Valor Per Capita
169 Nacional (PAB – A): indefinido. **2. Ações de Média Complexidade – 1º Nível de**
170 **Referência:** a) **Ambulatorial:** Valor Per Capita Nacional: R\$ 6,00 / ano, b) Internação
171 Valor Per Capita Estadual indefinido. **3. Ações de Média Complexidade 2º Nível de**
172 **Referência:** a)Ambulatório: Valor Per Capita Estadual indefinido: b) Internação: Valor
173 Per Capita Estadual indefinido: **4. Ações de Alta Complexidade / Custo.** Valor Definido
174 pelo MS: (R\$ 11,04). **5. A programação dos recursos federais para custeio das ações**
175 **ambulatoriais de média complexidade do 1º Nível de Referência,** aplicado a população do
176 município, não deve exceder o valor per capita nacional definido pelo MS para custeio
177 destas ações (R\$ 6,00). **6. À redistribuição dos recursos federais destinados ao custeio das**
178 **Ações de Média Complexidade – 2º e 3º Nível de Referência,** garantindo um valor per
179 capita para todos os municípios, precede um estudo do COSEMS para verificação da
180 repercussão e impacto da medida sobre os municípios que atualmente apresentam um
181 valor per capita maior. Após apresentação dos documentos das Diretrizes,
182 Responsabilidades e os Critérios de Alocação de Recursos foram entregues ao COSEMS
183 para análise e sugestões, para posterior discussão nesta Comissão. **Item 3 da Pauta –**
184 **Pacto da Atenção Básica : Resultados 2000 e Proposta para 2001.** Eva Técnica da
185 CEOAP/SESA apresenta o Pacto de Indicadores da Atenção Básica e a sugestão da
186 metodologia para informar os municípios: 1) Reunir todos os Secretários Municipais de
187 Saúde com seus respectivos Coordenadores das equipes de PSF e outros técnicos do
188 município com o objetivo de repassar as seguintes informações sobre os indicadores de

189 atenção básica. (I). Em relação aos conceitos básicos: • Constitui instrumento nacional
190 de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referente à atenção básica. •
191 Serve de base para a construção do processo de qualificação da gestão municipal, como
192 exposto na NOAS/SUS 1/2001. Histórico : Estabelecido pela Portaria GM/MS no. 3.924
193 de 13 de novembro de 1998 e sofrendo alterações de acordo com as recomendações da IV
194 Oficina Nacional de Pacto da Atenção Básica realizada no período de 28 a 30 de
195 novembro de 2000. (II) Em relação a análise e avaliação do Pacto dos Indicadores da
196 Atenção Básica de 2000: a) dividir os participantes em equipes por municípios; b)
197 entregar a cada equipe o Pacto dos Indicadores de 2000; c) solicitar que seja analisado
198 cada indicador se atingiu a meta estabelecida e se não atingiu , discutir quais foram as
199 dificuldades e entraves; d) apresentação dos grupos; e) sistematização das metas
200 atingidas ou não da Microrregião feita pelo Gerente ou substituto. (III). Em relação aos
201 indicadores a serem pactuados no ano 2001 pelos municípios: a) entregar aos municípios,
202 de acordo com a sua população , >_ de 80.000 habitantes, o anexo III e < de 80.000
203 habitantes, o anexo II e a todos os município o anexo IV da Portaria 723 de 14 de maio de
204 2001; b) explicar a diferença entre os anexos II e III: • A diferenciação dos municípios
205 foi adotado porque a taxa de mortalidade infantil não é aplicável para população pequena.
206 Nesses casos em que os óbitos infantis tendem a ser frequentes, cada óbitos a mais ou a
207 menos provoca grande oscilações na taxa, sendo melhor indicado o uso de número
208 absolutos. (IV). Discutir cada indicador, conforme anexo IV, observando : •
209 Conceituação, • Método de cálculo; • Interpretação; • Uso; Limitações; • Fonte de
210 informação. (V). Definição das metas por indicadores de saúde: • Dividir os participantes
211 por municípios; • Distribuir modelo de planilha de metas; • Disponibilizar papel madeira e
212 pincel atômico ; • solicitar que sejam definidas as metas de 2001; • Apresentação dos
213 municípios. Finalmente, solicitar aos município o envio da planilha assinada pelo
214 Secretário Municipal de Saúde em 03 vias (01 para o Secretário Municipal de Saúde, 01
215 para Microrregional e 01 para a CEOAP) e em disquete num prazo que permita a
216 Microrregional disponibilizar este material para o CEOAP até, no máximo , dia
217 25/06/2001 (data de chegada na CEOAP). A CIB/CE aprovou a Proposta Metodológica
218 apresentada pela CEOAP. Em seguida Alex apresenta o Pacto de Indicadores da Atenção
219 Básica. Situação de 2000 do Estado do Ceará. Os indicadores são os seguintes: • Taxa
220 de mortalidade infantil (SIAB), somente situação 2000 - 28,34 por 1000 NV. • Taxa de
221 mortalidade infantil por causa evitáveis, somente situação 2000 - 15,9%. • Proporção de
222 óbitos infantis sem assistência médica, somente situação 2000 - 1,3%. • Taxa de
223 mortalidade materna , somente situação de 2000 - 69,3 por 100.000 NV. • Proporção de
224 óbitos de mulheres em idade fértil investigadas, situação 2000 – 100%. • Proporção de
225 recém – nascidos de mães com 04 ou mais consultas de pré – natal, situação 2000 -
226 81,8%. • Proporção de partos e abortamentos em adolescentes, situação 2000 – 24,8%. •
227 Cobertura vacinal de rotina por DPT em menores de 01 ano, situação 2000 - 99,5%. •
228 Cobertura vacinal contra influenza em idoso, somente a situação em 2000 – 79,9%. •
229 Proporção de casos de sarampo investigados em 48 horas, após a notificação, situação
230 2000 – 93,1%. • Número de casos confirmados de tétano neonatal, situação 2000 – 1. •
231 Número de casos confirmados de sífilis congênita, situação 2000 – 57. • Taxa de
232 incidência de tuberculose , situação 2000 – 42,96 por 100.000 hab. • Taxa de prevalência
233 de hanseníase, situação de 2000 – 4,6 por 10.000 hab. • Taxa de internação por acidentes
234 vascular cerebral na população de 30 e 59 anos de idade, Situação 2000 – 6,6 por 10.000
235 hab. • Visita domiciliar por família/mês, situação 2000 – 6,7. • Proporção da população

236 coberta pelos Programa Saúde da Família, situação 2000 – 54,7%. • Consultas médicas
237 nas especialidades básicas por habitantes, situação 2000 – 1,22. • Concentração de
238 procedimentos odontológico coletivos na faixa etária de 0 a 14 anos, situação 2000 – 1,1.
239 Após apresentação a CIB/CE considerou relevante tomar conhecimento do desempenho
240 dos Indicadores da Atenção Básica do Estado, para poder apreciar a Proposta do Pacto
241 Estadual com mais subsídio. **Item 4 da Pauta – Informes : 1 – O CESAU aprovou a**
242 **Proposta de Reorganização da Assistência do Estado – Produto do 1º - Momento do**
243 **PDR em reunião no dia 28/05/01.** O CESAU aprovou a Proposta de Reorganização da
244 Assistência do Estado – Produto do Primeiro Momento em reunião de 28.05.01, com
245 exceção da Proposta da Microrregião de Baturité, pois os Prefeito e os Secretários do
246 Maciço entraram com recurso contra a decisão da CIB/Ce. Eles apresentaram recursos
247 ao Conselho, que por decisão enviou para análise e decisão da Comissão responsável
248 pelo acompanhamento do processo de reorganização do Estado. Esta Comissão após
249 análise decidiu aprovar a seguinte proposta: módulo assistencial composto por
250 Mulungu e Baturité, este último sendo sede de módulo e pólo. Itapiúna módulo
251 assistencial, Capistrano módulo assistencial, Aratuba módulo assistencial. Pacoti
252 município sede módulo composto com Guaramiranga e Aracoiaba módulo assistencial e
253 pólo. Em função desta decisão estamos iniciando nesta semana o 2º Momento do Plano de
254 Diretor. Neste 2º Momento, iremos descrever os serviços existentes, os serviços
255 necessários, as ações de intervenção e o plano de diretor de investimento. Já estamos com
256 as MR informadas para dar início ao Segundo Momento. Na MR de Ico o município de
257 Cedro apresentou recurso para o CESAU para ser pólo, só que foi diferente a forma de
258 condução, porque na CIB – MR, foi aprovado por unanimidade a proposta de Ico como o
259 único pólo. Depois foi que Cedro se sentiu prejudicado, dado que na reunião da CIB -
260 MR não teve adesão dos Prefeitos e Secretários em relação a proposta de ser pólo. Então
261 não se convenceu e recorreu ao CESAU. O CESAU não aprovou ainda este recurso. **2.**
262 **Bolsa Alimentação – Programa do MS para Implantação a partir de julho – 2001.** A
263 Bolsa Alimentação é um programa do Ministério da Saúde, que pretende reduzir, até
264 2003, a taxa de mortalidade infantil de 34 por mil para 30 mil nascidos vivo. O programa
265 Bolsa – Alimentação beneficiará, a partir de julho, grávidas, nutrizes e crianças de até
266 seis anos identificadas como carentes e, conseqüentemente, com risco de ficarem
267 desnutridas, receberão cada R\$ 15 por mês. O Programa é destinado a combater as
268 carências nutricionais de cerca de 3,5 milhões de pessoas, das quais 2,76 milhões de
269 crianças e 802 mil gestantes e mulheres que estão amamentando. Cada família cadastrada
270 poderá receber até três bolsas, ou seja, R\$ 45 por mês. Isso porque cada uma tem, em
271 média, dois filhos com até seis anos. Os benefícios serão pagos por meio de cartão
272 magnético em nome da mãe, para saques em pontos de atendimento da Caixa Economica
273 Federal. Quando estiver funcionando plenamente, o programa custará ao Orçamento do
274 Ministério cerca de R\$ 576 milhões por ano. A bolsa – alimentação tem duração de seis
275 meses, mas pode ser prorrogada por novos períodos iguais caso a pessoa se mantenha nas
276 condições de carência e cumpra uma série de compromisso com a saúde. Entre eles, fazer
277 consultas de pré – natal, pesar e vacinar o bebê regulamente, estimular o
278 desenvolvimento físico e psicológico da criança e receber orientações sobre cuidados
279 com alimentação, planejamento familiar e amamentação. A triagem dos inscritos será
280 feita pelos agentes comunitários de saúde, equipes do Saúde da Família ou pelas unidades
281 de saúde nas localidades onde não há PACS ou PSF. Os conselhos municipais de saúde
282 farão a homologação final dessas listas. Cada localidade receberá uma cota de bolsas,

283 calculada de acordo com dados do IBGE. Os municípios terão que assinar uma Carta de
284 Adesão , se comprometendo a oferecer os serviços exigidos aos beneficiários, como
285 vacinação. Pesagem das crianças e assistência a saúde. Criada para suprir carências
286 nutricionais, a bolsa – alimentação é complementar a bolsa – escola do Ministério da
287 Educação, que contempla crianças a partir dos sete anos de idade. O Ministério da Saúde
288 distribuiu uma minuta de “cartilha” com as principais informações sobre o programa e
289 disponibilizou – aos gestores estaduais. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por
290 encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos, servindo
291 como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
292 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, quatro de
293 junho de dois mil e um.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos doze dias do mês de junho do ano dois mil e um, às quinze horas, na Sala de Reunião do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Nona Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Rogério Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Luiz Odorico Monteiro, Secretário Municipal de Saúde de Sobral, Alexandre José Mont’ Alverne Silva, COPOS/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA, Rosemary Freitas Maciel, Secretária Municipal de Desenvolvimento Social/PMF, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Jaguaribe, Ana Maria dos Santos Fonseca, Secretária Municipal de Saúde de Palmácia, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá. Como convidados: Alcides Miranda, COSEMS, Jurandi Jesuino, SMS de Beberibe, Roberto C. Moreira, SMS Dep. Irapuan Pinheiro, Francisco Pedro da Silva, SMS de Mombaça. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma comentando que o Alex irá apresentar as Ações de Intervenção da SESA em relação a Epidemia de Dengue em Fortaleza porque o Coordenador Ernani se encontra em reunião na CAGECE. Em seguida passa a palavra ao Alex para apresentar a Proposta. **Item 1 da Pauta – Controle do Dengue no Estado.** O dengue é uma doença provocada por um vírus transmitido pelo mosquito *Aedes Aegypti*, e tem como sintomas mas freqüentes febre alta, dor de cabeça, dores nos músculos e articulações, podendo, em alguns casos, ocorrer sangramentos. Neste ano de 2001 até a data atual foram notificados 22.437 casos de dengue dos quais 11.515 (51,3%) foram confirmados com uma incidência de 159,93 por cada 100.000 habitantes, distribuídos em 114 (62,0%) municípios. No mesmo período do ano anterior foram notificados 13.991 casos dos quais 6.752 (48,3%) foram confirmados com uma incidência de 93,79 casos por cada 100.000 habitantes distribuídos em 66 (35,9%) municípios. A análise comparativa dos dados do boletim desta semana em relação ao da semana anterior revela o acréscimo de 1.784 casos confirmados, sendo 1,1, 60, 381,883 e 1 casos cujas datas do início dos sintomas foram, respectivamente, dos meses de janeiro, fevereiro, março, abril, maio e junho. Ibaratama e Barroquinha são os novos municípios com notificação conhecida de casos. No mês de maio ocorreu transmissão de casos de dengue em 81 (44,0%) municípios. Apesar de estar havendo um número maior de casos neste ano em relação a 2000, observa-se um menor número de municípios infestados pelo mosquito: 117 (63,5%) contra 134 (72,8%) em 2000. Neste ano a vigilância virológica realizada no Estado detectou a predominância do sorotipo Den – 2 em relação Den – 1, na proporção de 5 para 1. O índice de infestação predial do mosquito vetor no município de Fortaleza, no primeiro trimestre de 2001 foi de 8,38% com 129 (96,9%) dos bairros infestados e em igual período do ano anterior esse índice era de 9,05 com 131 (100%) dos bairros infestados. Até o atual momento deste ano há confirmação de 33 casos de Febre Hemorrágica da Dengue, em 07 (sete) municípios: Fortaleza - 27,

48 Acopiara – 01, Beberibe –01, Juazeiro do Norte – 01, Crato – 01, Pacajus – 01 e Caucaia
49 – 01. Três casos evoluíram para óbito: Fortaleza – 03 e Juazeiro – 01. Em investigação
50 encontram-se 47 casos. Esclarecemos que os critérios da OMS para classificação de
51 casos de FHD são os seguintes: 1) Febre ou história recente de febre de 7 (sete) dias ou
52 menos; 2) Manifestação hemorrágicas, evidenciadas pelo menos uma das seguintes:
53 prova do laço positivo, petéquias, equimoses, púrpura, sangramentos do trato
54 gastrointestinal, de mucosas, locais de punção venosa e outros; 3) trombocitopenia
55 (plaquetas 100.000 mm³) ; 4) Extravasamento de plasma por aumento da permeabilidade
56 vascular manifestado por: a) hematócrito aumentado em 20% ou mais sobre o basal para
57 idade e sexo; b) hematócrito diminuindo em 20% ou mais após reidratação; c) sinais
58 associados a extravasamento de plasma: ascite derrame pleural e hipoproteinemia.
59 Ressalta-se ainda importância da devida atenção ao doente, principalmente quando há a
60 suspeita de dengue hemorrágica. Os sinais de alerta da FHD são: Dor abdominal intensa
61 e contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia dolorosa, derrames cavitários,
62 sangramentos importantes, cianose, hipotensão arterial, pressão arterial convergente,
63 hipotensão postural, diminuição da diurese, agitação, letargia, pulso rápido e fraco,
64 extremidade frias diminuição repentina da temperatura corpórea associada à sudorese
65 profusa, taquícardia e lipotímia, aumento repentino do hematócrito. Em relação às
66 atividades de Combate ao Vetor, as mesmas estão sendo desenvolvidas em todos os
67 municípios quer sob responsabilidade do Estado ou dos próprios municípios já
68 certificados na Área de Epidemiologia e Controle de Doenças, com a finalidade de
69 conferir mais incremento às ações de controle , estão sendo tratados com larvicida
70 não apenas os domicílios com depósito positivos para o Aedes Aegypti, em 100% dos
71 imóveis visitados em toda cidade. A borrifação espacial está sendo feita em todos os
72 bairros da cidade em ciclos de periodicidade semanal. Atualmente, estão em
73 funcionamento 19 máquinas acopladas em veículos. Visando o reforço das ações do
74 controle do vetor, o Governo do Estado disponibilizou o Corpo de Bombeiro do Ceará,
75 que está liberando 50 homens para vedação de caixa d'água , naqueles bairros com maior
76 índice de infestação, iniciando pelo Conjunto Ceará. O material utilizado para este
77 trabalho está sendo adquirido pelo Governo do Estado. Esta sendo realizado , também,
78 manejo de depósito domiciliares, com a utilização de peixes larvófagos (Betta splendens).
79 Aproximadamente 33.000 depósitos já foram “peixados”. A Secretaria da Saúde do
80 Estado do Ceará está efetuando em parceria com o DNOCS, a criação dos referidos
81 peixes. Após a apresentação os participantes se manifestaram: **Jurandi** ressalta que dá
82 última reunião da CIB para cá, o Estado se empenhou em resolver este problema. O
83 controle tem que ser feito em todos os municípios, tendo em vista que um busca
84 controlar e outro não, aí o controle fica ameaçado. Deve ser feita uma grande mobilização
85 junto aos Prefeitos, para que as ações de prevenção e controle ocorra ao mesmo tempo e
86 de forma contínua. **Carlile** gostaria de saber a Proposta que foi elaborada para Fortaleza
87 com a participação do Presidente da FUNASA. **Rosemary** diz que a proposta foi enviada
88 ao Prefeito e que a Prefeitura está investindo no recrutamento e capacitação de pessoal
89 para reduzir o ciclo para 40 dias, colocando torneiras em potes, fechando caixas d'água
90 e colocando o peixe beta nas caixa d'água , divulgando medidas preventivas junto a
91 população e para os profissionais de saúde e pagando plantonistas nos hospitais públicos.
92 Os municípios da área metropolitana , também, tem que fazer sua parte. A dificuldade de
93 acesso aos domicílios é um problema alguns proprietários não permitem o lacramento
94 das caixas d'águas, cisternas (principais fontes de contaminação). **Socorro** diz que a

95 situação do município de Fortaleza é grave, e o seu enfrentamento não é só institucional,
96 depende muito da sociedade. E que o Governo do Estado , como o Alex já se referiu, está
97 envolvendo a Organização do Corpo de Bombeiro , a CAGECE na contratação de 1000
98 Estagiários para educação nos domicílios e os Correios. E concorda que o trabalho tem
99 que se dá de forma contínua para controle dos focos. **Alex** afirma que um dos maiores
100 problemas são os terrenos em volta dos trilhos tem muito lixo. **Rosemary** diz que os
101 terrenos da RFFSA tem muito lixo sim e que já solicitou que fosse feita a limpeza, por ser
102 propriedade privada e está sob sua responsabilidade. **Odorico** diz que a Dengue é o
103 maior problema de saúde pública que estamos vivendo hoje no Brasil, que a estratégia de
104 mobilização da sociedade é indispensável para o enfrentamento desta doença. Deve – se
105 aproveitar esse momento da estiagem para trabalhar continuamente no trabalho de
106 mobilização, é importante o envolvimento do Governador, Prefeitos, Assembléia e
107 Câmara de Vereadores. As questões técnicas mal resolvidas entre o Anastácio e o Ivo
108 contribuiu para o avanço da letalidade. A vigilância deve ser intensificada com diagrama
109 de controle, da mesma forma que foi feita com a Cólera. **Carlile** o mais importante é o
110 que a Rosemary falou, lacrar as caixa d'água . O problema é o gasto que é muito alto para
111 o Prefeitura bancar sózinha. O Estado irá bancar com seus recursos? O lavricida é
112 importante mas lacrar as caixas d'água é mais importante. **Evandro** expressa que, os
113 municípios devem ser descentralizados, para que os recursos, principalmente os
114 incentivos possam ser captados. **Rosemary** diz que deve fazer junto com as
115 Microrregionais o dia D para todos os municípios do Estado, a partir de uma
116 normatização de conduta. **Odorico** entende este problema como de saúde pública,
117 portanto se faz necessário: • Fortalecer a Comissão Estadual de Controle; • Constituir as
118 Comissões Municipais; • Elaborar um plano municipal de intervenção, que possa contar
119 com o financiamento do Estado e dos municípios, pois o recursos federal só é suficiente
120 para pagar pessoal. **Eliade** reforça a proposta do Carlile. Registra que a divergência entre
121 os dados da SMS e da SESA é um problema que deve ser evitado. **Alex** chama atenção
122 de que os municípios devem fazer busca ativa pois o número de casos é bem maior do
123 que o que foi registrado. **Moacir** chama a atenção de que existe um setor muito
124 importante para mudar o comportamento da população , que é a educação e que deve ser
125 feito uma mobilização dos professores da área metropolitana. E que a situação não se
126 altera só com o trabalho da saúde. **Evandro** diz que esta proposta já vem sendo
127 desenvolvida, mas que falta sensibilização para agir. **Rosemary**. A população tem a
128 obrigação dela, temos que fazer uma Campanha Agressiva. **Jurandi** diz que o município
129 de Beberibe fez um trabalho de educação com a população e que conseguiram reduzir o
130 índice de infestação, mas que não foi uma ação contínua. Após esta discussão a CIB
131 decidiu que no dia 19/06/01, às 14:30 na sala da COPOS, a Comissão Estadual deve se
132 reunir para estabelecer o prazo para desenvolvimento do plano de intervenção. **Item 2**
133 **da Pauta – Ajuste do Teto Financeiro do Estado – Recursos Federais.** O MS colocou
134 para o Estado do Ceará Recursos Adicionais para os incentivos INTEGRASUS, Exames
135 e Reagentes para Carga Viral do HIV, e Reajuste do Procedimento de Internação
136 Psiquiátrica , bem como expansão de Oferta. O Teto passa para R\$ 377.975.380,00,
137 sendo destinado para a Média e Alta Complexidade. A SESA elaborou uma proposta
138 para subsidiar a decisão da CIB quanto a alocação destes recursos. A preocupação dos
139 membros da CIB é que o tempo para discussão é muito reduzido, tendo que se passar por
140 cima de muitas questões que precisavam ser aprofundadas. Mas objetivando não

141 prejudicar os municípios foi definida uma Proposta de Alocação destes recursos que será
142 revista após a conclusão da PPI – 2001/2002. Apenas os municípios de Barbalha, Crato,
143 Fortaleza, Sobral e Quixadá foram alocados recursos novos, permanecendo o restante dos
144 recursos de ampliação de oferta sob gestão estadual. Do Teto de R\$ 377.975.380,00, R\$
145 291.249.217,00 foram alocados para Média Complexidade e R\$ 86.726.123,00 para a
146 Alta Complexidade. Sob Gestão Estadual ficaram R\$ 205.952.687,00 e sob Gestão
147 Municipal o restante (R\$ 172.022.693,00). Os recursos sob **Gestão Municipal** foram
148 distribuídos da seguinte forma: **Aracoiaba** - R\$ 1.434.096,00, **Aratuba** - R\$ 247.812,00,
149 **Barbalha** – R\$ 6.425.016,00, sendo deste R\$ 1.603.322,00 para Alta Complexidade,
150 **Baturité** – R\$ 1.189.572, **Brejo Santo** – R\$ 2.185.332,00, **Canindé** – R\$ 2.554.644,00,
151 **Capistrano** – R\$ 607.236,00, **Crateús** – R\$ 3.328.020,00, **Crato** – R\$ 6.944.272,00,
152 sendo R\$ 6.082,00 para Alta Complexidade e R\$ 291.784,00 para Psiquiatria, **Fortaleza**
153 – R\$ 83.121.895,00 sendo R\$ 5.279.244,00 para Alta Complexidade e R\$ 979.627,00
154 para Psiquiatria, **Fortim** – R\$ 361.104,00, **Icapuí** – R\$ 422.544,00, **Iguatú** – R\$
155 4.645.380,00, **Iracema** – R\$ 442.788,00, **Itapiúna** - R\$ 427.512,00, **Jaguaribe** – R\$
156 832.668,00, **Juazeiro do Norte** – R\$ 6.834.873,00, sendo R\$ 23.355,00 para Alta
157 Complexidade, **Maracanaú** – R\$ 13.697.460,00, **Marco** – R\$ 505.416,00, **Nova Russas**
158 – R\$ 878.496,00, **Pacoti** – R\$ 284.472,00, **Pedra Branca** – R\$ 1.074.264,00, **Pereiro** –
159 R\$ 362.616,00, **Quixadá** – R\$ 3.040.644,00 sendo R\$ 218.640,00 para Alta
160 Complexidade, **Quixeramobim** – R\$ 1.822.440,00, **Santana do Acaraú** – R\$
161 707.700,00, **Sobral** – R\$ 26.116.569,00, sendo R\$ 4.429.749,00 para Alta
162 Complexidade, **Tamboril** - R\$ 764.556,00 e **Trairi** – R\$ 763.296,00. A Alta
163 Complexidade sob gestão municipal se refere aos procedimentos que anterior a Portaria
164 MS 627/ datada de 16/06/01 eram classificados como especializados, permanecendo
165 grande parte dos procedimentos de Alta Complexidade sob Gestão Estadual, sendo
166 repassados para Gestão Municipal após a elaboração da PPI – 2001/2000. Nada mais
167 havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D’Arc
168 Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim
169 assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do
170 Ceará. Fortaleza, doze de junho de dois mil e um.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos vinte e nove dias do mês de junho do ano dois mil e um, das 8:30 às 12:00 horas, no auditório do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a décima Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Joaquim Clementino, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, Rogério Teixeira, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Maria Vilauva Lopes, Vice – Presidente do COSEMS, Luiz Odorico M. de Andrade, Secretário Municipal de Saúde de Sobral, Lilian A. A. Beltrão, COVAC/SESA, Socorro Martins, Chefe de Gabinete da SESA, José Adelmo Martins, Coordenador da Saúde da SMDS/PM Fortaleza, Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE. Como convidados: Silvia Mamede, ESP/CE, Bernardo, SMS de Icapuí, Eva Marques, CEOAP/SESA, Alcides Miranda, COSEMS/Ce, Lúcia Holanda SMS Itapajé, José Carlos de Barros Lima, ESP/CE. Vera, inicia a Reunião passando a palavra para a superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará, Silvia Mamede, que apresenta o **ITEM 1 DA PAUTA - PROJETO DE INVESTIMENTO PARA AS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS- PROFAE**. Informa, que o projeto na 1ª etapa só contemplava o Curso de Auxiliar de Enfermagem, mas que nesta etapa são incluídas outros componentes. Explica como é desenvolvido o Programa e quais são os componentes, informando sobre as regras de funcionamento, enfatizando os aspectos operacionais de cada componente. Sobre o componente três, que é relativo ao fortalecimento do SUS, enfatiza os recursos disponíveis para a área de informática como forma de modernizar as escolas de formação e para reforço e ampliação da capacidade de formação de outros profissionais ainda não incluídos no PROFAE. Informa que o Centro Formador funcionará nas instalações onde funciona hoje a Casa da Juventude, que será adequada e interligada ao prédio da Escola. Diz que os recursos do projeto serão colocados basicamente para à informática e ressalta que o mesmo tem muita limitação pois os recursos são restritos e determinados de acordo com as normas do Ministério da Saúde. Vera solicita que seja explanado sobre as parcerias. Silvia relata que o projeto será todo desenvolvido em parceria com a Secretaria de Ciência e Tecnologia, inclusive utilizando as mesmas estruturas que hoje existem nos Núcleos de Ciência e Tecnologia, ou seja toda a parte de infra-estrutura será gerenciada pela Ciência e Tecnologia. E que a Biblioteca da ESP será transferida para uma sede nova e que isso será uma coisa que potencializará a ESP, na medida em que atenderá também outros alunos e não só os vinculados ao PROFAE, o que significa a utilização dos recursos para ampliar toda a estrutura da Escola. A proposta é colocada em discussão: Odorico, considera extremamente importante, e diz que a CIB deve aprovar a proposta mesmo que os recursos estejam todos amarrados, afirma que é importante e que inclusive poderá possibilitar parcerias com a Escola de Sobral que será apresentada em seguida. Socorro pontua a questão da importância de circular informações sobre o PROFAE, uma vez que tem sido procurada pelos secretários pedindo esclarecimentos sobre o que é e quais as prioridades adotadas pelo programa. Vilauva pede esclarecimentos sobre o técnico de THD, pois tem conhecimento de cursos

47 que foram iniciados e não tiveram continuidade. Silvia esclarece que o Curso era realizado
48 com os recursos do FAT e que esses recursos só foram suficientes para custear apenas 2
49 meses e que o Estado deveria ter financiado o restante, mas até o momento não repassou os
50 recursos. Vilauva reafirma que é importante que se defina essa questão uma vez que os
51 alunos continuam sendo pagos pelas Secretarias Municipais. Socorro coloca que é
52 importante que se analise essa questão, e promete entrar em contato com o Subsecretário no
53 sentido de resolver este problema. A CIB aprovou o Projeto apresentado pela ESP/Ce.
54 **ITEM 2 DA PAUTA - PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO DA ESCOLA DE**
55 **SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL.** Odorico informa que a Escola será inaugurada no
56 próximo dia 06 de julho e convida a todos para participarem do evento. E diz que essa
57 Escola está incluída no projeto PROARES e que parte dos recursos já tinham sido
58 destinado a estruturação de uma Escola de Formação e que hoje está ligada a um Centro de
59 Saúde da Família. Socorro ressalta a qualidade da construção desse Centro, inclusive com
60 obras de arte. Odorico informa sobre as obras e os projetos e diz que a saúde se destaca
61 entre os setores de Sobral. Sobre a Escola ressalta os seus princípios e concepções, fazendo
62 uma analogia com a tenda investida do mestre de ofício de Atenas, onde o mestre vai para a
63 tenda do aprendiz e também o conceito de território como bases para implementação da
64 estratégia de saúde da família. Informa também que hoje conta com 70 residentes da
65 primeira turma, com 60 da segunda, perfazendo um total de 130 residentes. Afirma que a
66 residência é por essência um treinamento em serviço. Esclarece também que tem trabalhado
67 o pessoal de nível médio, THD e outros. Socorro pede que seja falado sobre uma questão
68 prática, como por exemplo o processo de reconhecimento desses Cursos. Odorico esclarece
69 sobre o processo de reconhecimento, informando que os cursos são realizados em convênio
70 com a Universidade do Vale do Acaraú - UVA e que a Residência só no primeiro ano de
71 formação envolve 2.500 horas. E que se faz necessário ampliar a discussão sobre
72 legalização e que o grosso dos preceptores tem mestrado e que isso pode possibilitar a
73 viabilização de equivalência com a especialização. Ressalta que o processo de elaboração
74 de monografia se dá dentro dos critérios acadêmicos o que caracteriza como um espaço de
75 produção científica. Informa por ultimo a estrutura da Escola sendo: um laboratório de
76 informática, sala de ensino a distancia, auditório, 3 salas de aula e um centro de
77 documentação, toda estruturação é num estilo moderno. Informa ainda que esta articulando
78 com a BIREME em São Paulo para montagem de uma biblioteca virtual em Saúde,
79 principalmente em Saúde da Família, inclusive que já conta com uma bibliotecária. Propõe
80 então que a Escola de Sobral em conjunto com ESP se constituam em dois pólos de
81 capacitação no Estado do Ceará, sendo que a de Sobral é em parceria com a Uva e UFC,
82 uma vez que tem professores da UFC que são também preceptores em Sobral. A lógica de
83 formação da Escola de Sobral é a mesma da Escola de Medicina daquele município. Tomaz
84 , Coordenador da Escola apresenta a proposta de trabalho da Escola, cita que espera que
85 este seja o primeiro contado da Escola com a BIPARTITE e espera a participação de todos
86 na inauguração. No Contexto Atual da Implantação da Estratégia Saúde da Família no
87 Brasil : é adotada como Estratégia Estruturante do SUS com 10.473 equipes implantadas
88 em 3.090 municípios (Dezembro 2000); Meta de 20.000 equipes até 2002; Inclusão de
89 outras categorias profissionais: odontólogos e outros. No Estado a situação atual da
90 implantação da Estratégia Saúde da Família: 800 equipes aprovadas pela Bipartite Estadual
91 em 2000; Meta de 1500 equipes até o final do ano 2000; Região Noroeste do Ceará: 207
92 equipes cadastradas; Meta de 323 equipes. Necessidades de Formação e Capacitação de

93 Recursos Humanos em Saúde da Família - Quantitativas: Carência principalmente de
94 médicos para comporem equipes de saúde da família. Em algumas regiões, como a Norte,
95 também há carência de enfermeiros; Profissionais capacitados em Gestão e Gerência;
96 Carência de técnicos de nível médio, como técnicos de laboratório, radiologia, citotécnicos,
97 etc. Necessidades de Formação e Capacitação de Recursos Humanos em Saúde da Família:
98 Qualitativas: Formação dos profissionais: predominantemente hospitalar e medicalizante,
99 centrada no atendimento individual, práticas eminentemente curativas, dificuldades de
100 trabalhar em equipe multiprofissional, limitações para atender de forma integral à
101 população, e desconhecimento de práticas de vigilância à saúde. A Escola assume a
102 Formação de Recursos Humanos na Área de Saúde da Família - Nível Superior: ESF e
103 Gestores e Nível Médio - Agentes de Saúde e Pessoal de Apoio. Concepção Pedagógica da
104 Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral: Dialógica - "...ninguém educa
105 ninguém, ninguém se educa; os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo"
106 (Freire, 1975); e Problematizadora - Participativa. Residência em Saúde da Família de
107 Sobral : formando especialistas em larga escala através de Consórcio da Prefeitura
108 Municipal de Sobral e Universidade Estadual Vale do Acaraú. A opção pelo formato de
109 Especialização/Residência deu-se pela constatação de que o perfil desejado para o
110 profissional de saúde da família, só poderia ser alcançado a partir de um modelo de
111 treinamento/formação em serviço, onde residente e preceptor defrontando-se com os
112 problemas do cotidiano da atenção básica, elaborassem uma nova prática, superando o
113 modelo de atenção à saúde centrado na doença. Diferenças entre a Residência da Saúde da
114 Família e os modelos tradicionais de formação nos Modelos Tradicionais: O aprendiz de
115 Ofício vai à tenda do Mestre de Ofício para especializar-se, no Modelo da Residência da
116 Saúde da Família: Tenda Invertida - o locus e o momento de formação do profissional
117 passa a ser, a unidade de saúde e a comunidade onde a equipe do PSF atua. O "Mestre" ou
118 "Preceptor" é que desloca-se para o local de trabalho do residente, onde está o território e a
119 população, e, com eles, os problemas de saúde do cotidiano. Relações tradicionais entre as
120 categorias profissionais de saúde no Modelo das casinhas paralelas e a construção da
121 interdisciplinaridade no saúde da família. Definição: Curso de pós-graduação *latu sensu*
122 com duração de 5.538 horas para formação multiprofissional, principalmente de médicos e
123 enfermeiros especialistas em saúde da família, caracterizado por treinamento em serviço
124 sob a supervisão de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, organizado a
125 partir de uma parceria e consorciamento entre a Prefeitura Municipal de Sobral e a
126 Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA). Atividades de Treinamento em Serviço-
127 Práticas em serviços ambulatoriais nas próprias unidades do PSF acompanhadas por
128 membros do grupo de preceptoria, Sessões de discussão de casos, Estágios em ambulatórios
129 ou serviços especializados, Plantões em serviços hospitalares do município e
130 Acompanhamento de usuários das Áreas Descentralizadas de Saúde nos outros níveis de
131 atenção. Residência em Saúde da Família de Sobral - Início: setembro de 99 - 1a. Turma
132 com 70 residentes: médicos e enfermeiros. 2a. Turma – 60 residentes: médicos,
133 enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogo,
134 educador físico, terapeuta ocupacional - Oficinas para capacitação de Secretários
135 Municipais e técnicos da área para gestão de Sistemas Municipais de Saúde - Capacitar
136 Secretários e Técnicos da área para: Elaboração e implementação de Planos Municipais de
137 Saúde, Aplicar Regulamentação do Sistema Único de Saúde, Organização de Fundos
138 Municipais de Saúde; Curso de Capacitação em Sistemas Municipais de Informação-

139 Capacitar técnicos das secretarias municipais de saúde para: Identificar o conceito e os
140 objetivos da Vigilância à Saúde, Identificar o conceito e os objetivos da Vigilância
141 Epidemiológica, Utilizar Subsistemas Nacionais de Informação à Saúde, Organizar
142 sistemas municipais de informação e Elaborar Boletins Epidemiológicos; Curso de
143 Capacitação em Codificação de Causas Básicas de Óbito- Capacitar os técnicos das
144 secretarias municipais de saúde para: Identificar objetivos do SIM, Identificar o
145 preenchimento correto de Declarações de Óbito, Codificar Causas Básicas de Óbito
146 segundo o CID 10, Dar entrada nos dados das Declarações de Óbito e produzir relatórios.
147 Workshop SUS, municipalização e organização da Atenção Básica em Sistemas Municipais
148 de Saúde - Sensibilizar gestores municipais, técnicos da área, lideranças políticas e
149 populares para importância da municipalização e organização da atenção básica de saúde,
150 Atualização dos gestores, lideranças e técnicos na legislação do SUS. Capacitação de
151 Profissionais de Nível Médio - Técnicos de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem para
152 Atenção Básica de Saúde , Técnicos em Laboratório, Citotécnicos, Técnicos em
153 Radiologia, Técnicos em Vigilância Sanitária, Técnicos em Vigilância Epidemiológica
154 Técnicos em Endemias, Técnicos em Informática para Saúde, Capacitação de Pessoal de
155 Apoio nas Unidades Básicas de Saúde, Auxiliares Administrativos, Auxiliares de Serviço,
156 Vigias, Motoristas. Capacitação de Agentes de Saúde - Mudança no perfil demográfico e
157 epidemiológico, Mudança nas demandas para o Agente de Saúde, Papel de “Promoção da
158 Saúde” e Trabalho com coletivos. Após a apresentação várias pessoas se colocaram
159 parabenizando a experiência. Adelmo, parabeniza e pergunta: como são as equipes de
160 Saúde da Família de Sobral? e como estão as questões relacionadas ao hospital? Odorico
161 responde: que na verdade se trabalha a Saúde da Família como estratégia e não como
162 programa, que essa estratégia é estruturante, que é a porta de entrada e se articula com uma
163 rede de referência , e que funciona como uma rede estruturante. Não existe um Centro de
164 Saúde normal ou especializado tudo é de Saúde da Família. Informa que nesse momento
165 tem um profissional do Rio Grande do Sul só para ensinar como é o pré- natal de baixo
166 risco. Informa que o papel central dos profissionais é o de ser preceptor. A CIB manifesta
167 interesse em fortalecer a proposta de Estruturação desta Escola e unanimente parabeniza a
168 iniciativa do Secretário de Saúde de Sobral. **ITEM 3 DA PAUTA - INCENTIVO**
169 **INTEGRASUS** . Lilian informa que foram incluídos no Teto do Estado recursos para o
170 incentivo as Unidades Filantrópicas que integram o SUS: INTEGRASUS no valor de R\$
171 160.987,06 mensal e que com base nas Portarias MS N ° 604 datada de 24/04/01 e de N°
172 1.413 datada de 30/08/01, foi feito a seleção, e 6 hospitais foram considerados aptos, e que
173 na hora de apresentar a documentação, a Santa Casa de Fortaleza, Hospital São Francisco
174 do Crato e ICC de Fortaleza, estavam sem o atestado de filantropia, portanto não participam
175 nesse primeiro momento. A proposta é de que os recursos sejam rateados com: São
176 Vicente - Barbalha R\$ 41.730,80, o Hospital do Coração de Sobral R\$ 24.354,55 e Santa
177 Casa de Sobral R\$ 94.901,71. Os que estão sem registro no Conselho de Assistência Social
178 não atendem as exigências da Portaria, e ressalta que a situação da Santa Casa de Fortaleza
179 é que desde 98 se encontra sem o certificado, a mesma coisa acontece com o Hospital São
180 Francisco do Crato. É colocado a importância de que Adelmo converse com o Diretor da
181 Santa Casa, há dois anos o registro no Sistema é de Filantrópico, o que faz necessário e
182 urgente resolver essa questão da documentação pendente. Socorro informa que a questão
183 da Santa Casa já vem se arrastando desde 98, e que já havia sido informada. Adelmo
184 pergunta o que significa em termos financeiros e é informado que significa uma perda de

185 11% dos recursos faturados na área de internação . A CIB aprova a proposta apresentada
186 por Lilian estabelece que quando os outros hospitais atenderem os pré-requisitos a
187 proposta deverá ser reavaliada. **ITEM 4 DA PAUTA - APRESENTAÇÃO DO PACTO**
188 **DA ATENÇÃO BÁSICA – 2001** . Alex apresenta o pacto da atenção básica- estadual
189 para 2001- a proposta visa reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil de 28,34 por 1.000 N.V.
190 obtido em 2000 para 26 por 1.000 N.V. em 2001. A Taxa de Mortalidade Infantil por
191 causas evitáveis em 2000 foi de 15,9%, e está sendo proposta uma redução para 14,0%. A
192 proporção de Óbitos Infantis sem Assistência Médica, em 2000 foi de 1,3% e está sendo
193 proposto manter a cobertura de 1,3% para 2001, credita que provavelmente exista uma sub
194 notificação dos óbitos infantis, que existe uma deficiência no SIM, que embora exista um
195 esforço em melhora-lo ainda existe uma série de problemas, a proposta é de que seja feito
196 algum tipo de normatização a respeito do fluxo, principalmente em relação aos Cartórios.
197 Relata as dificuldades identificadas, que algumas declarações ficam só nos Cartórios não
198 chegando ao conhecimento dos serviços. Vilauva intervém: lembrando que quando o óbito
199 acontece no município o agente de saúde tem que notificar. Alex esclarece que esse é o
200 problema, o registro é feito no sistema de notificação SIAB mas não no SIM. Mário coloca
201 a questão do território limite, que algumas crianças morrem em municípios vizinhos,
202 quando não encontram atendimento nesses municípios, buscam na unidade mais próxima
203 de outro município, em caso de óbitos a responsabilidade termina sendo do município que
204 prestou atendimento. O Coeficiente de Mortalidade Materna, a meta é chegar a 75/ 100.000
205 N.V. em 2001. Ano de 2000 morreram 108, mulheres, para se alcançar a meta o número de
206 óbitos deve ficar em torno de 100 óbitos, desafio fortalecer a qualidade da assistência ao
207 parto. Segundo Alex a rede terciária está relativamente bem instalada, o problema seria na
208 rede secundária. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil, Alex afirma que 100%
209 dos óbitos de mulheres em idade fértil são investigados, permanecendo a meta para 2001 de
210 100%. Vilauba, coloca que já existe o pacto com a saúde reprodutiva e que tem se
211 procurado cumprir, propõe que se chame as unidade terciárias para se analisar o
212 funcionamento desse pacto.. Alex ressalta que a questão é que o nível secundário, na região
213 de Baturité não está organizado e que o comitê de mortalidade materna, não está
214 funcionando a contento em Fortaleza, ressalta que é importante que o Secretario de
215 Fortaleza reforce a proposta. Em relação a Proporção de partos e abortamentos em
216 adolescentes em 2000 se obteve 24,8% e proposta para 2001 é de manter os 25,0%. Pode
217 existir um viés do indicador, redução do número de filhos por mulheres, interferindo no
218 coeficiente de parto de abortamento em adolescentes. Cobertura de DPT menores de 1 ano,
219 a meta para 2001 é de acima 95%; a meta para Influenza em idosos é de acima 70%, tendo
220 atingido 79,9 em 2000; em relação aos casos de sarampo investigados após a notificação, a
221 proposta é atingir 95% em 2001; A meta de Número de Casos Confirmados de Tétano
222 Neonatal para 2001 é zero. A Taxa de Incidências de Tuberculose obtida em 2000 foi de
223 42,96 por 100.000 hab. sendo proposta uma meta para 2001 de 40 por 100.000 hab. Vilauva
224 coloca a questão de que nos treinamentos de Tuberculose são apresentados os números de
225 casos descobertos em seu município, que são questionáveis a seriedade e veracidade destes
226 casos. Em relação a meta da Hanseníase proposta para 4,3 por 10.000 hab em 2001. A CIB
227 discutiu os indicadores, o subregistro e os treinamentos. Vilauva sugere que se discuta
228 novamente a meta da Hanseníase. Vera coloca que é importante se observar a capacidade
229 das equipes em dar acompanhamento aos casos identificados, reforçando a necessidade de
230 se fazer os outros procedimentos após a descoberta dos casos, principalmente se

231 assegurando os tratamentos. Constata-se que é polêmica a questão da análise dos casos, é
232 colocada a preocupação sobre os dados existentes em relação a hanseníase. Alex coloca o
233 esforço que tem sido feito na detecção e controle da hanseníase; em relação à Taxa por
234 Internação por Acidente Vascular (30 a 59 anos) para 2001 'de 6,0 por 10.000 habitantes,
235 ficando bem próxima do alcançado no ano 2000 que ficou em torno de 6,6/10.000; as Visitas
236 Domiciliares por família/mês- a meta para 2001 proposta é de 0,63, é importante observar
237 que nesse indicador abrange as visitas por famílias, realizadas por todos os profissionais. A
238 Proporção da população coberta pelo PSF, já considerando a meta corrigida, ao invés de
239 1.500 equipes ao final do ano, se coloca 1.200 equipes até o final do ano, perfazendo um
240 percentual de 57,5% para o Estado e para o interior 75,9%, sendo proposta a meta estadual
241 para 2001 de 48%; essa mudança se dá em função da dificuldade de se conseguir médicos; a
242 Cobertura de Consultas Médicas Básicas por habitante, em 2000 foi 1,22%, está sendo
243 proposto para 2001, 1,3%, em relação a Concentração de Procedimentos Odontológicos na
244 população de 0 a 14 anos, Alex considera que ainda é baixo, hoje está com 1,1, propõe
245 subir para 1,2, com um crescimento de 100%; A Secretária de Mulungu manifesta
246 preocupação em relação aos municípios que não tinha nada no ano anterior por deficiência
247 do serviço. Comentando que, na medida em que se organiza dados como mortalidade
248 infantil, vão aparecer óbitos antes não notificados. Pergunta então, como fica essa
249 questão? Vera explica como se fará o cálculo dos dados levando em consideração esses
250 fatos. A Secretária informa que como no caso da mortalidade infantil não existia
251 notificação, era zero, agora é que está sendo levantado os casos de Mulungu, por isso vão
252 aparecer novos casos, passando a idéia de que os serviços possam ter piorados, e o que
253 acontece é que na verdade o serviço está melhorando. Vera recomenda que a Secretária
254 procure o setor de vigilância epidemiológica da SESA para saber como proceder nesse
255 caso. A proporção de recém - nascido de mães com 4 ou mais consultas de pré natal em
256 2000 foi alcançada uma cobertura de 81,8% sendo proposta uma meta de 82% para 2001; e
257 o Número de casos confirmados de sífilis congênito está sendo proposta uma meta para
258 2001 em 40 casos, uma redução de 29,8% em relação ao alcançado em 2000 que foi 57
259 casos. E em seguida Vera solicita aos membros da CIB parecer em relação as metas do
260 Pacto 2001. A CIB aprovou o PACTO da Atenção Básica- 2001 com a ressalva de que a
261 meta da área de Hanseníase deverão ser rediscutidos, com a participação de técnico desta
262 área, na próxima reunião. **ITEM 5 DA PAUTA – SAÚDE DA FAMÍLIA –**
263 **QUALIFICAÇÃO DE EQUIPES DE PSF E PSF/SAÚDE BUCAL.** Vera solicita que os
264 Secretários que ainda não assinaram as Declarações para serem enviadas ao M.S venham
265 assinar por que senão terão problemas em relação a operacionalização das novas equipes.
266 Informa que estão sendo solicitados: a qualificação de 11 Equipes de Saúde da Família:
267 Russas(3), General Sampaio (1), Itaitinga (1) , Mucambo (1), São Luis do Curu (1),
268 Palmácia (1) , Apuiarés (1) e Saboeiro (1); 18 equipes de saúde bucal: Mauriti (1), Ipú (3),
269 Taboleiro do Norte (2), Paraipaba (3), Jardim (2), Eusébio (4), Quixeré (1), São Luis do
270 Curu (1) e Palhano (1). Esses municípios estão com parecer favorável da CEOAP. A CIB
271 aprovou a qualificação destas equipes. **ITEM 6 DA PAUTA - INFORMES: 6.1.**
272 **PROPOSTA DO VR. PER CAPITA PARA MICRORREGIÃO DE SAÚDE**
273 **APROVADA PELA CIT.** Em função da necessidade de informações sobre SIOPS estará
274 vindo a Fortaleza um técnico do Ministério da Saúde no dia 05 próximo às 14:00 para uma
275 exposição no auditório da SEFAZ, com o objetivo de informar e tirar dúvidas sobre o
276 sistema. Ressalta a importância da participação de todos pois o Ceará está com baixa

277 cobertura no SIOPS. **6.2. PUBLICAÇÃO DO AJUSTE DO TETO DO ESTADO.** O
278 Ministério da Saúde informa que a partir da Portaria Conjunta N° 28, datada de 19/06/01
279 não aprovou a proposta de distribuição dos recursos discutida na CIB-C, reduziu os
280 recursos de Alta Complexidade (R\$ 6.702.35,00) e acresceram o de média Complexidade
281 (R\$ 24.872.333,00), não mexeram nada em relação aos municípios de plena só em relação
282 aos recursos sob gestão estadual. **6.3. PROPOSTA DO VR. PER CAPITA PARA**
283 **MICRORREGIÃO DE SAÚDE APROVADA PELA CIT.** O Secretário Estadual
284 participou da reunião da tripartite onde foi aprovado os critérios de alocação de recursos
285 adicionais para a qualificação de microrregião de saúde donde o M.S. assume a diferença
286 dos Estados que se encontram com gasto abaixo de R\$ 6,00/hab/ano. **6.4. 2º MOMENTO**
287 **DO PDR ANÁLISE E COMENTÁRIOS DO MS .** Vera relata que recebeu informação
288 da Gisele - Técnica do Ministério da Saúde de que o trabalho do Ceará circulou em vários
289 setores do MS, a crítica é de que o Modelo de Reorganização do Estado do Ceará esta
290 apresentando Módulo Assistencial abaixo de 25.000 hab. Vera esclarece que se era essa a
291 recomendação deveria ter sido colocado na NOAS e que isso não foi colocado e que
292 nenhum processo de reorganização é decorrente só da visão técnica. Nada mais havendo a
293 tratar , a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu Lourdes Gões , servindo
294 como secretária , lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
295 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, vinte e nove dias
296 do mês de junho do ano dois mil e um.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 11ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos treze dias do mês de julho do ano dois mil e um, das 8:30 às 12:00 horas, no auditório do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Primeira Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: José Adelmo Martins, Coordenador da Saúde da SMDS/PMF, Lilian Alves A. Beltrão, COVAC/SESA, Calile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Maria Vilauva Lopes, Vice - Presidente do COSEMS, Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Paola C. de Borba, CODAS/SESA, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES/SESA. Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú. Como Convidados(as): José Wellington Aguiar, IJF, Silvia Regina, COSEMS, Alcides Miranda, COSEMS, Antônio Rodrigues Juvenal Carvalho. A reunião foi aberta e presidida por Vera que deu início a mesma pelo **Item 1.1. da Pauta – Saúde da Família: Revisão da Norma Operacional do PSF (Entrega do Documento)**. Vera explica, que em janeiro de 99 foi feita uma revisão sobre as normas do PSF, depois foi feito uma Avaliação para verificar se as modificações haviam impactado no Programa. Basicamente as mudanças referiam-se a carga horária do médico, permitido que 8 horas fossem utilizados em plantão ou outras atividades, essa normatização é a que está vigente até o momento. O processo de regionalização é acompanhado por um técnico do Ministério da Saúde que manifestou preocupação em relação a essa decisão. Este fato é preocupante pois o Ministério da Saúde em supervisão em Outros Estados não tem aceito alterações em relação a norma federal. O objetivo de revisão da Norma Estadual é de adequar as alterações já aprovadas pela CIB e normatizar outros aspectos operacionais do Programa. Vera solicita a Paola que apresenta o documento, a mesma diz que não se sente muito a vontade em função de não ter participado de sua elaboração. Vera explica que havia sido discutido anteriormente e que a proposta foi fruto de reflexão desta Comissão. Paola explica que o importante é que a norma assegure as famílias uma melhor assistência. E que as alterações foram feitas com base na observação de que estava havendo várias distorções em relação a utilização das horas do profissional médico fora da assistência básica, e fora da sua área de abrangência, ressalta que as modificações se dão em cima da possibilidade de assegurar essa assistência na área de abrangência. Vera apresenta a estrutura da Norma: primeiro composição da Equipe de PSF, sendo compatibilizada a partir da estrutura do Ministério; em relação ao cadastramento, foi incluída a questão da qualificação; isso porque a qualificação permite que o município em consonância com o plano de qualificação, possa ir se adequando na medida em que for qualificado novas equipes e também possibilitando que esses municípios possam receber o incentivo; outro fato foi a modificação freqüente de profissionais nos municípios. Evandro intervém e coloca que além dessas questões existem outras como a presença de profissionais que não são do país, pois não tem reconhecimento formal do Conselho Regional de Medicina – CRM; O Secretário de Icapuí - Bernardo, intervém dizendo que essa situação é também uma questão gerencial, que ocorreram casos de corte de pagamento de profissionais em função de notícias de jornais sem comunicar o gerente local acarretando um prejuízo para população. Vera coloca que, se não houve a comunicação ao gerente local, foi uma falha, mas que a Secretaria não pode atestar um

48 atendimento de um profissional que não tem o reconhecimento formal do CRM.
49 Bernardo, continua argumentando que a conduta de corte foi prejudicial ao município, e
50 informa que acompanhou todos os passos do ponto de vista ético e operacional, reafirma
51 que o corte foi prejudicial e que a Secretaria arbitrou em uma questão que parecia
52 irregular sem está respaldada pelos procedimentos, inclusive judiciais, que segundo o
53 mesmo seria necessário. Vilauva intervém dizendo que essa questão é bastante polêmica
54 e que deveria ser discutida posteriormente. Bernardo informa que o CRM foi bastante
55 ético e que encaminhou de forma correta. Evandro solicita que conste na norma a
56 regularização dos profissionais estrangeiros. Essa idéia é reafirmada por outras pessoas
57 da plenária, considerando interessante, no sentido de que não fique só na
58 responsabilidade dos Secretários Municipais de Saúde. Bernardo coloca que a questão
59 não é apenas dos Médicos Cubanos e nem só de Icapuí e sim de todos os outros
60 municípios e que deve ser visto como uma questão mais ampla. Vera continua
61 apresentando a estrutura da norma colocando as informações necessárias para efeito de
62 cadastramento e de incentivo; a questão da clientela, responsabilidade por população
63 adscrita de equipe mínima, carga horária padrão e utilização das horas. Na utilização das
64 horas é onde se coloca as principais mudanças se reduzindo para 8 horas a
65 disponibilização para plantão semanal no hospital local, as horas para planejamento são
66 reduzidas, sendo que as horas que poderiam ser utilizadas em auditoria foram canceladas.
67 Outra questão pactuada é em relação a capacitação que consta na norma como sendo
68 oferecida só pela Escola de Saúde Pública – ESP, tal fato foi prontamente corrigido sendo
69 colocado que poderia então ser feito por qualquer instituição do pólo de capacitação e não
70 apenas pela Escola de Saúde Pública. É entregue oficialmente ao COSEMS para que
71 apreciem e que tragam uma decisão até a 1º reunião de agosto; lembra que em agosto a
72 reunião esta agendada para o dia 17, o que significa que será necessário uma reunião
73 extraordinária para a primeira semana de agosto, fica acertado o dia 03. São colocadas as
74 distorções que existem nos municípios, Vera coloca que a supervisão do Ministério da
75 Saúde buscar identificar as distorções do programa e que é importante identificar antes
76 essas irregularidades. E que as irregularidade em relação a norma do Ministério da Saúde
77 serão ainda maiores se compradas com a norma estadual. Vilauva coloca que as
78 irregularidades existem não só no Ceará, mas em todos os outros Estados; que existem
79 arranjos das mais variadas formas, que é necessário se fazer um coro só no sentido de não
80 atestar municípios, caso se identifique irregularidades; que é necessário se ter coragem
81 para tomar essa decisão. Adelmo coloca que é importante que as distorções sejam
82 identificadas. E que é importante que os Municípios conheçam essa norma e que saibam
83 que terá essa supervisão. E questiona a rigidez das normas do Ministério de Saúde sendo
84 necessário se ver as particularidades de cada região. É feita a solicitação de que se
85 encaminhem o documento também para os Conselhos Municipais de Saúde, proposta
86 aceita. Evandro, propõe que essa questão seja avaliada na discussão do COSEMS e que
87 no item relativo a férias e licenças a maternidade, que fosse dito que não haveria redução
88 de salário do profissional. **Item 1.2. da Pauta - Saúde da Família – Qualificação de**
89 **Equipes do PSF e Saúde Bucal.** Solicitação de qualificação apenas para Saúde Bucal
90 sendo: Cariré – 1 equipe; Amontada - 1 equipe; Paramoti – 1 equipe; Jaguaribe – 3
91 equipes; Limoeiro de Norte – 1 equipe; Ubajara – 2 equipes; São Benedito – 1 equipe;
92 Icapuí – 1 equipe; Pires Ferreira – 1 equipe; Santa Quitéria – 3 equipes; General Sampaio
93 – 1 equipe. A CIB aprovou a qualificação das Equipes acima relacionadas. Foi indagada
94 por uma pessoa da plenária em relação a possibilidade de incorporação de um

95 profissional da área de odontologia para cada equipe; Vera informa que a incorporação de
96 profissional de Odontologia na Saúde da Família se deu em função da promoção da saúde
97 tendo o profissional que trabalhar com outros profissionais. Carlile solicita informações
98 sobre o atesto de incentivo, e a questão do pagamento das equipes que se cadastram e
99 como é o fluxo. É solicitada a presença de Lucineide da CEOAP para esclarecer.
100 Lucineide esclarece que o dia do atesto é dia 10 e que se as equipes já começaram a
101 funcionar até essa data pode ser dado o atesto. É sugerido que seja colocado na norma,
102 um ponto sobre a substituição. **Item 2 da Pauta - Plano de Combate as Carências**
103 **Nutricionais.** Vera lembra que o Ministério da Saúde havia solicitado a revisão ou
104 confirmação dos planos e que o Ceará já havia encaminhado; recentemente foi enviado
105 ofício pelo Ministério da Saúde ampliando o prazo para que os Secretários fizessem nova
106 análise, confirmando o plano ou modificando-o. Com a prorrogação 2 municípios
107 solicitam alteração Russas e Barro, os demais não se manifestaram sendo que ainda
108 temos até o dia 31 de julho para encaminhar alguma alteração. A própria SESA vai fazer
109 o encaminhamento dos municípios que já haviam solicitado modificações. Adelmo
110 solicita informação sobre a possibilidade de alterações do tipo de leite; É colocado por
111 Bernardo que a lógica é de que possa ser substituído o tipo de leite, uma vez que o
112 objetivo do programa é a reabilitação nutricional. Vera afirma a necessidade de que seja
113 consultada a equipe de coordenação estadual para verificar esse assunto. **Item 3 da Pauta**
114 **- Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - SMDS- Fortaleza.**
115 **Classificação da UTI do IJF de porte 01 para porte 02.** Foi autorizado pela
116 BIPARTITE o incentivo em relação ao porte 01 e que foi feito levantamento mas não
117 existe recurso disponível para assegurar o pagamento do incentivo pela classificação com
118 porte 02. Lilian – apresenta o estudo sobre o que representa a transferência da UTI do IJF
119 para porte 02, pois tecnicamente o IJF está apto a passar para porte 02, mas que cabe ao
120 município rever sua programação para tal. O Instituto Dr. José Frota – Central –
121 URGÊNCIA / EMERGÊNCIA – Média trimestre - R\$ 298.065,79, mais o acréscimo da
122 Portaria – 280.140,30 igual ao Teto – 578.206,09. Em Janeiro – 01: Faturamento –
123 681.191,24; Diferença (-)102.985,15; Fevereiro – 01; Faturamento – 591.052,16;
124 Diferença (-)12.846,07; Março – 01: Faturamento – 676.818,31; Diferença (-)98.612,22;
125 Abril – 01: Faturamento – 612.205,56; Diferença (-)33.999,47; Maio – 01: Faturamento –
126 627.579,13; Diferença (-)49.373,04. Obs.: A diária da UTI TIPO I é= R\$137,00 – até o
127 terceiro dia, R\$70,04 – do quarto dia em diante; UTI TIPO II =R\$164,00. 21 leitos x 30 =
128 630 diárias; até o 3º dia – 80% - 504 x 137,00 = R\$69.048,00; do 4º dia em diante – 20%
129 - 126 x 70,04 = R\$8.825,04 – Total =R\$77.873,04; UTI TIPO II; 630 diárias x 164,00 =
130 103.320,00; DIFERENÇA: 103.320,00 – 77.873,04 = 25.446,96. Vera, informa que o
131 que compete ao Estado é reconhecer a mudança de porte, o Estado classifica, mas que
132 cabe ao gestor municipal fazer esse ajuste financeiro, pois o Ministério não aloca mais
133 recursos para esse fim. **Aumento do percentual do FIDEPS de 50% para 75%.** O
134 Ministério da Saúde através da Portaria 3.459 de agosto de 98 define sobre esta questão
135 quando diz: na adaptação das rotinas de processamento do SIH/SUS, a SAS e o DATSUS
136 adotarão as providências necessárias para que, tanto o adicional de 50% (cinquenta por
137 cento), como o FIDEPS, incidam sobre os valores básicos de remuneração da tabela
138 SIH/SUS dos procedimentos constantes do Anexo da Portaria GM/MS/N 2925/98, sem
139 que o FIDEPS incida, cumulativamente, sobre o valor do referido adicional. Não existem
140 recursos adicionais para tal, e que compete ao município de Fortaleza como Plena de
141 Gestão Municipal fazer os ajustes necessários, como é o mesmo caso para o Hospital

142 Amigo da Criança. O Adelmo argumenta que conforme foi dito o IJF já foi avaliado
143 como Hospital de alto porte, que havia solicitado uma discussão oficial sobre essa
144 questão e que a pouco dias foi autorizado pela CIB Incentivos para a UTI da Maternidade
145 Escola, do HGF e também do Hospital de Barbalha. Vera informa que o de Barbalha não
146 foi incentivo e sim o custeio de novos serviços. Adelmo argumenta que então vai ter que
147 fechar a UTI para poder passar para porte 02; Vera argumenta que não, que isso ele vai
148 ter que adequar na programação global e que existe a possibilidade de rediscutir por
149 ocasião da PPI; que a ampliação de recursos só se deu em relação às iniciativas voltadas
150 para macro região. E informa que no próximo dia 25, o COSEMS irá receber os
151 documentos sobre os critérios de alocação de recursos para PPI – 2001/2002 para se
152 posicionar na última reunião de julho e que nesse momento Fortaleza pode estar
153 apresentando o déficit real do IJF, que pelo peso que tem, deve ser tratado como uma
154 unidade hegemônica dentro do município, isso possibilitará que se possa ver também
155 como está a alocação de recursos dentro do próprio município de Fortaleza, uma vez que
156 o município de Fortaleza que recebe quase 50% dos recursos do SUS, tem muito mais
157 possibilidade de realocar recursos e já tem mecanismo para isso, pois está em plena.
158 Vilauva coloca que teve algumas dúvidas em relação a algumas unidades, que não sabe se
159 estão sob a Gestão do Estado ou de Fortaleza; que algumas unidades como por exemplo o
160 ICC está cobrando taxas para prestar serviços e diz que aproveita para fazer a denúncia,
161 pois encaminhou um paciente para o ICC e que só tinha conseguido atendimento depois
162 de muito esforço e por amizade; e que teve outro caso onde a Assistente Social informou
163 que todos os exames são terceirizados e que teria que pagar R\$ 60,00 (sessenta reais) para
164 assegurar o atendimento. Informa ainda que a Quimioterapia não cobrou mas que não
165 tinha vaga para o SUS só para particular e convênio. Lilian solicita que Vilauva formalize
166 estas denúncias para que possam ser apuradas. Vera retoma as questões de pautas,
167 esclarecendo que não há possibilidade de que incida sobre o mesmo procedimento os dois
168 incentivos; sugere que seja feita uma análise sobre os critérios de alocação de recursos no
169 município de Fortaleza. Adelmo volta para a questão do IJF e diz que antes do município
170 de Fortaleza ter sido classificado como Plena a SESA já havia dado o parecer favorável e
171 se não houve a definição dos recursos. E argumenta que é muito difícil, pois o teto de
172 Fortaleza não é suficiente e que Belo Horizonte tem um teto muito maior do que
173 Fortaleza. **Em relação ao Incentivo Hospital Amigo da Criança**, Lilian diz que além de
174 se enquadrar na mesma situação anterior, tem uma outra questão pois tem uma denúncia
175 em andamento que ainda não foi finalizada e isso impossibilita qualquer concessão de
176 recursos adicionais para essa finalidade. E que este assunto foi discutido na CIB em
177 agosto de 99. Processo 99254325 – 8 datado de 24 de agosto de 1999. Informa que é
178 preciso entender que quem classifica o Hospital como Amigo de Criança é o Ministério
179 da Saúde e não a SESA e que nem sempre sabe da situação real das unidades. O fato foi
180 apurado pela COVAC - SESA e conclui que realmente houve negligência e falha e que
181 em última instância quem responde é o hospital e que foi encaminhado ao CRM e se
182 aguarda a conclusão. O Diretor da Maternidade coloca que até hoje nunca recebeu
183 nenhuma resposta. E por último a **Implantação de 06 CAPS**, Vera informa que a CIB já
184 definiu o processo para implantação de CAPS, que é preciso fazer o projeto para depois
185 chegar a CIB para se posicionar, e que até hoje só chegou solicitação para incluir em
186 pauta mas não foi enviado o projeto. Reafirma a necessidade de enviar projeto para poder
187 legalizar tanto os que estão funcionando como os que vão funcionar, desde que já tenha
188 as definições tomadas, que isso é necessário para regularizar a questão dos recursos

189 adicionais a serem incorporados nos CAPS. **Item 4 da Pauta - Secretaria Municipal de**
190 **Aratuba: Denúncia sobre o atendimento prestado pelo Hospital Maternidade José**
191 **Pinto do Carmo - Baturité.** Vilauva coloca a denúncia: inicia afirmando que quando trás
192 essa denúncia, a intenção é fortalecer a Micro, espera que haja resposta para o caso, pois
193 encaminhou uma paciente para o Hospital com indicação de um parto Cirurgico de risco.
194 Depois que a paciente estava interna o Hospital me contactou pedindo que fosse
195 providenciado a sua transferência. Diz que também encaminhou Ofício para a Direção do
196 Hospital e que a resposta da diretora administrativa do hospital é de que não cabia a
197 Secretária de Aratuba e sim ao CRM se preocupar com o caso. Vilauva coloca a
198 preocupação em relação ao funcionamento das Micros e que espera que o Estado se
199 empenhe em relação a esse caso e que possa ser encaminhado de forma satisfatória. É
200 enfatizado o fato que a Maternidade de Baturité que é de referência, não faz cesárea nas
201 24 horas. Vera pontua a necessidade de controle e avaliação de forma constante, que o
202 Estado deverá assumir e garantir assim o bom funcionamento, assegurando o sistema de
203 referência para outros níveis e que o que não está correto é a conduta que não assegura o
204 atendimento necessário, principalmente em relação ao transporte de pacientes que são
205 internados em unidades onde o serviço não tem resolubilidade; o transporte para
206 encaminhar o paciente para outra unidade competente ao gestor do município onde a
207 Unidade está localizada, a unidade que faz a internação e não resolve o problema do
208 paciente deve se responsabilizar pelo transporte do paciente. Alcides coloca que a
209 resposta dada pela administradora do Hospital foi ética e que a necessidade é que se
210 tivesse uma resposta administrativa. A CIB decide encaminhar o fato à Microrregião de
211 Baturité para numa reunião de trabalho em conjunto como o Controle e Avaliação da
212 SESA, se apurem os fatos e encaminhe o que for necessário. Vilauva reforça essa
213 necessidade, ressaltando que é importante se ver a situação pois existem outros casos
214 relativos a transferência de outros pacientes. Lilian sugere que através do COSEMS se
215 circule um ofício para todos os Secretários Municipais quanto ao compromisso em
216 relação a transferência de pacientes. **Item 5 da Pauta – Cartão Nacional SUS –**
217 **Cadastramento da População residente em área limites de município.** Lilian,
218 responsável pela implantação do Cartão SUS no CE, coloca que a adesão será até o dia 30
219 de julho próximo, através de termo de adesão, sendo necessário confirmação. Que já
220 foram entregues todos os materiais de orientação para o preenchimento do Cartão e já
221 definido os valores dos procedimentos de cadastros para todos os municípios; em relação
222 a população limite ainda será necessário definir; a população a ser utilizada é a do IBGE
223 e que hoje não é possível identificar o profissional que realizou, o quantitativo e o tipo de
224 serviço; é questionado quem vai fazer o cadastramento é respondido que é o município de
225 origem; é colocado o caso de Sobral; Lilian informa que existem pessoas que tem
226 residência em Sobral e em Fortaleza e que cabe ao cidadão escolher onde irá se cadastrar.
227 Vilauva coloca outras questões relacionadas ao acompanhamento das pessoas e que são
228 necessárias definir normas sobre o assunto, pois se não o município que presta o serviço
229 irá assumir toda a despesa sem receber os recursos federais. Alcides coloca que a questão
230 principal é definir em relação a atenção básica. O representante de Sobral coloca que
231 pode haver dificuldade em relação a definição dos recursos do PAB, uma vez que pode
232 haver deslocamento de paciente de um município para outro. Em relação ao recém
233 nascido, Lilian informa que todos vão receber um cartão provisório até terem o registro
234 definitivo; que até o final do ano todos devem está cadastrados, o prazo é dezembro de
235 2001 e que a Caixa Econômica está com um convênio com Ministério da Saúde para

236 viabilizar o registro. Informa ainda que anteriormente o município só iria receber o
237 recurso após avaliação, agora vão receber 50% antecipado, e os outros 50% após
238 avaliação, da Caixa. O Secretário de Saúde de Maranguape coloca que é difícil fazer esse
239 cadastramento e relata sua experiência. **Item 6 da Pauta – Meta de Hanseníase para**
240 **2001 – Meta 4.1.** Pendência da reunião anterior: é explicado o porque da manutenção da
241 meta anterior: Nelci (Técnica da Área de Epidemiologia da SESA), coloca que até o ano
242 passado o tratamento era de dois anos para a forma multibacilar, forma mais prevalente
243 no Estado; o que significa que infelizmente os casos não estão sendo detectados
244 precocemente. O Ceará tem casos da forma mais grave. A endemia de Hanseníase está
245 em declínio, mas mesmo assim a detecção de casos tem sido muito tardia; o que se tem
246 observado é que desde que foi implantada a PCT vem caindo a prevalência. A meta para
247 2001 é de 4,1 por 10.000 habitantes. É solicitado esclarecimentos a Nelci sobre os
248 esquemas de tratamento, sendo esclarecido pela mesma, ressaltando a importância da
249 descentralização. Nelci relata casos de pacientes que estavam com forma grave apesar de
250 residentes em Fortaleza; ressaltando também que já existe tratamento com dose única e
251 que estão vencendo por que não conseguem detectar nenhum paciente com as condições
252 necessárias para fase uso desse medicamento, pois os casos só são detectados
253 tardiamente. É relatada a experiência de Sobral onde as rezadeiras recebem orientação
254 para que encaminhem os pacientes precocemente. A CIB após explicação sobre a
255 situação da Hanseníase no Estado aprovou a Meta – 2001 para Controle de Hanseníase,
256 que integrará o Pacto da Atenção Básica-2001. **Item 7 da Pauta – Vigilância**
257 **Epidemiologia: Certificação de município para descentralização de ações.** Dois
258 municípios solicitam certificação em Epidemiologia e Controle de Doenças com parecer
259 favorável da Comissão: Paracuru e São Luiz do Curu. **Item 8 da Pauta - Informes: 1.**
260 **Portaria GM 976 de 04.07.2001.** Que trata da prorrogação até o dia 06 de Setembro/01
261 para que os Estados apresentem a seguinte documentação: Plano Diretor de
262 Regionalização – PDR, Plano Diretor de Investimento. PDI, Programação Pactuada e
263 Integrada – PPI, e o Relatório Conclusivo sobre adequação dos municípios atualmente
264 habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM. A Norma prever caso não seja
265 possível cumprir esse prazo a prorrogação de 30 dias (06 de outubro/01) Um ponto
266 importante é que os documentos estejam no MS nesta data o que significa que o prazo
267 para envio ao CESAU desta documentação deve ser até 15 de Setembro. Portanto a CIB
268 deverá ter no mínimo 15 dias para discussão. A Portaria define o modelo do relatório
269 conclusivo que deve ser preenchido pela SES. O Secretário Executivo do MS está
270 convidando os Secretários Estaduais para uma reunião no dia 19 de julho, com o objetivo
271 de avaliar o nível em que se encontra esse processo nos Estados. **2. Portaria GM 818 e**
272 **SAS/MS 815 datadas de 05/06/2001.** O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM.
273 818 datada de 05/06/2001 que institui um sistema de rede para atendimento aos
274 deficientes físicos incorporados a órteses e próteses e a Portaria 185 SAS, que disciplina
275 o pagamento; os recursos são do FAEC não incorporado ao teto e exige o aparato de
276 Controle Avaliação pois vai funcionar por APAC a partir de 01 de Setembro todas as
277 órteses e próteses para deficientes físicos só poderão ser pagas através de APAC. Vera
278 lembra que é importante definir esta rede e inclui-lá no PDR, para não interromper a
279 assistência que já vem sendo prestada pelos municípios. É encerrada a reunião por Vera,
280 lembrando que dia 24 vai se estar oficialmente entregando para o COSEMS os critérios
281 de alocação de recursos e os parâmetros para PPI 2001/2002 com o objetivo de subsidiar
282 as discussões quando da Reunião do próximo dia 27. Nada mais havendo a tratar, a CIB

283 deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D' Arc Taveira dos Santos,
284 servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos
285 membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza,
286 treze de julho de dois mil e um.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 12ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos três dias do mês de agosto do ano dois mil e um, das 8:30 às 12:00 horas, no auditório do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Segunda Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Rogério Teixeira, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES/SESA, Joaquim Clementino, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, José Adelmo Martins, Coordenador da Saúde da SMDS/PMF, Jurandi Frutuoso, Presidente do COSEMS, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete da SESA, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Saúde de Jaguaribe, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá. Como Convidados: Nestor Vasconcelos, SMS de Limoeiro do Norte, Alcides Miranda, COSEMS, Sebastiana Shirley, MR - Fortaleza, Bernardo, SMS de Icapuí, Marco, SMS de Icó, Maria Tereza N.B. Timbó, MR – Crateús, Maria Josélia M. Pinheiro, SMS de Erere, José Policarpo, SMS de Cascavel, Maria Moraes Lima, MR - Juazeiro do Norte, Raul Daniel, SMS de Choró, Neusa Goya, COSEMS. A reunião foi aberta e presidida por Vera que deu início a mesma pelo **Item 1 da Pauta – Apreciação das Sugestões apresentada pelo COSEMS/CE sobre os Documentos de Orientação para Elaboração da PPI – 2001/2000.** Vera informa que foi entregue a documentação para o COSEMS na 8ª Reunião desta Comissão em 04/06/01, exceto os Parâmetros de Cobertura Assistencial, e passou a palavra para o Jurandi, o mesmo informa que o COSEMS/Ce concordou com a abordagem dos documentos: Divisão de Responsabilidades entre as Instância Colegiadas (CESAU, CMS, CIB/Ce, CIB' Microrregionais), SESA e SMS e das Diretorias Políticas só propõe mudança no item 8 que trata da Programação das Alta Complexidade onde acrescenta: devendo ser apreciada pela CIB/Ce. As discussões foram centradas nas Propostas para Alocação de Recursos Federais para as Média Complexidade – MEC e Parâmetros de Cobertura Assistencial. Vera informa que o Teto Financeiro Mensal para a Média Especialidade para o Estado em Reais é de R\$ 24.872.333,00, no entanto para a PPI 2001/2000, os recursos incluídos neste teto destinados a Municipalização do Hospital de Maracanaú (R\$ 873.324,00), Reagentes para os Exames do Programa de Controle da AIDS (R\$ 45.214,00), Manutenção dos CAPS (R\$ 520.104,00) e Incentivos (R\$ 2.865.015,00), que totalizam R\$ 4.303.657,00, não estão incluídos na Proposta de Programação Descentralizada, ficando então livre para Programar R\$ 20.568.676,00. **Proposta No. 1 – Eixo Estratégico:** Garantir a série histórica da produção. Valores/Ano Per Capita - 1º Nível de Referência Especializada – N.R, Ambulatório programar R\$ 6,00 e operacionalizar R\$ 4,28 e Internação programar e operacionalização R\$ 12,68; 2º e 3º Nível de Referência Especializada: Ambulatório programar e operacionalizar R\$ 7,84 e Internação R\$ 11,87, já deduzido os Incentivos. **Proposta no. 2 – Eixo Estratégico:** Excluir das Internações do 1º N.R. as Internações por Diarréia e Crise Asmática na população maior que 5 e menor que 59 anos e Expandir o Ambulatório Especializado. Valor/ano Per Capita - 1º

48 N.R. Ambulatório programar R\$ 6,00 e operacionalizar R\$ 4,28 e Internação programar
49 e operacionalizar R\$ 11,49 e 2º e 3º N.R. Ambulatório programar e operacionalizar R\$
50 9,00 e Internação R\$ 11,87. Após ampla discussão a CIB/Ce acatou a sugestão do
51 Odorico de manter uma Reserva Técnica, assegurando para o Ambulatório de 1º N.R a
52 operacionalização de R\$ 4,00 Per Capita Ano e optaram pela Proposta no. 2. Ficando os
53 Documentos de Orientação para Elaboração da PPI 2001/2002 da seguinte forma:
54 Divisão de Responsabilidades e Diretrizes Políticas descritas na Ata da 8ª Reunião, com
55 acréscimo sugerido pelo COSEMS no item 8 das Diretrizes Políticas; Critérios de
56 Alocação dos Recursos Federais para a Área da Assistência - A alocação de recursos
57 federais para financiamento das ações de assistências à saúde da população residente no
58 município obedecerá os critérios abaixo descritos: (01) Ações Básicas Ampliadas – Valor
59 Per Capita Nacional do PAB – Fixo e do PAB – Ampliado; (02) Ambulatório de Média
60 Complexidade: 1º N. R – Valor Per Capita Nacional de R\$ 6,00, operacionalizando R\$
61 4,00, 2º e 3º N.R – Valor Per Capita Estadual de R\$ 9,00; (03) Internação de Média
62 Complexidade: 1º N.R – Valores Per Capita Estadual de R\$ 11,49 e de 2º e 3º N.R de R\$
63 11,87 excluídos os Incentivos; Parâmetros de Cobertura Assistencial de 1º Nível de
64 Referência Especializada: (1) Atendimento Médio com observação até 24 h – 47% das
65 Consultas de Urgência e Emergência = 0,14 atendimento/hab/ano, (2) Terapias em Grupo
66 – 0,006 sessões/hab/ano, (3) Terapias Individuais – 0,03 terapias/hab/ano, (4) Cirurgias
67 Ambulatoriais – 0,03 procedimentos/hab/ano, (5) Imobilização Provisória – 0,01
68 procedimentos/hab/ano, (6) Odontologia Especializada – 0,13 atendimento/hab/ano, (7)
69 Patologia Clínica – 80% das Consultas Médicas Básicas, (8) Radiologia – 3,0% das
70 Consultas Médicas Básicas, (9) Ultra-sonografia Obstétrica 1,4% das Consultas Médicas
71 Básicas, (10) Ultra-sonografia Pélvica – 0,7 das Consultas Médicas Básicas, (11)
72 Fisioterapia – 10% do Total das Consultas Médicas e (12) Terapias – 1,1% das Consultas
73 Médicas. **Item 2 da Pauta – Saúde da Família: 2.1. Revisão da Norma Operacional**
74 **do PSF.** Vera inicia, fazendo uma retrospectiva: a 1ª Norma aprovada pela CIB/Ce foi
75 datada de 25/07/1999, quando o Dr. Carlile na época Assessor da SESA, propôs o
76 estabelecimento de norma para orientação da operacionalização do PSF no Ceará, em
77 28/12/1999 houve reformulação a pedido do COSEMS, em 14/01/2000 a CEOAP
78 apresenta sugestões de modificação dessa Norma que foram apreciadas e aprovada pela
79 CIB/Ce que se encontra vigente até o presente
80 momento. Em fevereiro de 2001 o COSEMS apresenta uma proposta estabelecendo dois
81 momentos o de qualificação e o de cadastramento, como forma de reduzir o tempo entre o
82 funcionamento das Equipes e o Pagamento dos Incentivos. Em seguida o **Alcides** chama
83 atenção para que não seja colocada uma camisa de força nos municípios uma vez que as
84 normas quando elaboradas fora do município, impedem que as mesmas sejam adequadas
85 as suas realidades. E se posiciona a favor da formulação de diretrizes e não de normas.
86 **Neusa** apresenta as sugestões do COSEMS: (1ª) **Mudar o Título do Documento de**
87 **Norma para Diretrizes Operacionais do PSF no Ceará.** Vera discorda e informa que o
88 Documento de Diretrizes é de cunho político e que já foram estabelecidas pelo CESAU.
89 E que o documento em discussão apresenta aspectos operacionais bem específicos
90 contendo uma abordagem normativa, e se a discussão for só de diretrizes o documento de
91 referência não deve ser esse. **Socorro e Alex** concordam com os argumentos da Vera.
92 **Bernardo** considera que a questão é apenas semântica, e faz críticas aos detalhes
93 abordados no documento. **Socorro** se coloca dizendo que concorda que existe um
94 número grande de detalhes, mas é necessário que se mantenha algumas questões

95 acordadas como forma de orientação para os municípios, como por exemplo as Reuniões
96 com as Equipes do PSF na sexta – feira à tarde, que para a grande maioria dos municípios
97 causam transtornos uma vez que o final de semana fica descoberto ficando a população
98 sem assistência. **Alcides** coloca que é necessário se discutir normas gerais, resguardando
99 aos municípios a possibilidade de fazer suas próprias normas. **Jurandi** se coloca
100 afirmando que a discordância é em relação aos detalhes, tal constatação é acordada
101 também por Vera e Alex. **Adelmo** reforça a necessidade da existência de Normas Gerais
102 e que deve ser assegurado aos municípios a possibilidade de normatização específica.
103 **Raquel** concorda com o Adelmo e reforça a necessidade que se estabeleça normas gerais
104 que direcionem as ações do PSF em todos os municípios, mas deixando o detalhamento
105 sob responsabilidade de cada um. Após as discussões a CIB/Ce manteve o Título do
106 Documento: Norma Operacional do PSF. **(2^a) Alterar o número de agentes na equipe**
107 **mínima de 04 a 06 ACS para 06 a 10 ACS.** As discussões possibilitam o consenso do
108 número de ACS por Equipe de 04 a 10, mantendo a coerência com a Norma Federal , mas
109 assegurando as reivindicações de alguns municípios. **(3^a) Alterar a relação de 1 Equipe**
110 **de Saúde Bucal para 2 Equipes do PSF, garantindo para cada equipe do PSF uma**
111 **equipe de saúde bucal.** Vera coloca a preocupação com o pagamento dos Incentivos da
112 outra equipe, já que a CIB/Ce não tem autonomia para modificar a lógica de
113 financiamento com recursos federais. **Raquel** contra argumento, solicitando que se defina
114 primeiro o que é importante para o Estado antes de se decidir. A CIB decidiu manter na
115 Norma 1 Equipe de Saúde Bucal para 2 Equipes de PSF e reivindicar politicamente a
116 proposta de uma para uma junto ao Ministério da Saúde. **(4^a) Excluir do item**
117 **informações necessárias para cadastramento das Equipes os sub – item 6.1, 6.2 e**
118 **6.3. que tratam da especificação da infra – estrutura.** **Evandro** coloca a necessidade
119 de que se apresente como recomendação o que se considera como estrutura mínima
120 necessária ao funcionamento das Equipes. A CIB/Ce decide manter os sub – item 6.1 e
121 6.3. e exclui o item 6.2. **(5^a) Modificar o texto:** Os profissionais integrantes das equipes
122 de saúde da família terão prazo máximo de até dois meses após a aprovação do
123 cadastramento da equipe a qual pertencem para realizar o Curso Introdutório em Saúde da
124 Família que deverá ser oferecido gratuitamente pela Escola de Saúde Pública do Ceará,
125 para: O Secretário de Saúde terá prazo máximo de até 02 meses após aprovação do
126 cadastramento da equipe para solicitar o Curso Introdutório em Saúde da Família, que
127 deverá ser oferecido gratuitamente pelas Unidades de Ensino que compõem o Polo de
128 Capacitação em Saúde da Família do Ceará. O Curso Introdutório deverá ser oferecido
129 em nível microrregional, e quando isto não for possível, em nível macrorregional.
130 Sugestão aceita pela CIB/Ce. **(6^a) Modificar o Texto:** Se após 02 meses ao
131 cadastramento, os profissionais não comprovarem o Curso Introdutório, o incentivo da
132 equipe deverá ser bloqueado, salvo no caso em que não tenha havido oferta do curso pela
133 ESP/Ce. Sendo desbloqueado imediatamente após comprovação do referido curso, para:
134 Se decorrido 02 meses do curso ter sido ofertado os profissionais não comprovarem sua
135 realização, o incentivo da equipe respectiva deverá ser bloqueada **(7^a) Excluir o item –**
136 **Substituição de profissionais, médico ou enfermeiro, de equipes já cadastradas a**
137 **recebendo o incentivo do PSF, os mesmo terão um prazo de até 02 meses para**
138 **comprovarem participação no Curso Introdutório – ESP/Ce.** Alex indaga as razões
139 que levaram o COSEMS a excluir este item. Neusa responde que este assunto já é tratado
140 quando do cadastramento. Vera esclarece que a substituição é diferente do
141 cadastramento, pois a substituição é de profissionais de uma equipe que anteriormente foi

142 cadastrada. A CIB/Ce mantêm o item substituição com a seguinte redação: Os
143 profissionais de saúde já cadastrados e recebendo o incentivo do PSF, os mesmo terão um
144 prazo de até 02 meses para comprovarem a participação no Curso Introdutório, salvo no
145 caso em que não tenha havido oferta do referido curso. **(8^a) Modificar o Texto:** Os
146 Certificados de Cursos Específicos em Saúde da Família apresentados pelos Profissionais
147 Médicos e Enfermeiros, de outros Estados ou de outras Instituições de Ensino ,
148 vinculados ou não aos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente ou Saúde
149 da Família serão aceitos desde que tenham conteúdo e carga horária compatível, no
150 mínimo, ao Curso Introdutório oferecido pela ESP/Ce após avaliação da Coordenação da
151 Célula de Atenção Primária, para: Os Certificados de Cursos Específicos em Saúde da
152 Família apresentados pelos Profissionais de outros Estados ou de outras Instituições de
153 Ensino, vinculados ou não aos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente
154 ou Saúde da Família serão avaliados pela Unidades de Ensino que compõem o Pólo de
155 Capacitação em Saúde da Família no Ceará e aprovados pela CEOAP/SESA, após
156 pactuação na CIB/Ce, quando houver necessidade. Sugestão aceita pela CIB/Ce. **(9^a)**
157 **Modificar o Texto:** Os incentivos das equipes de saúde da família, já cadastradas, serão
158 mantidos nas seguintes situações de ausência temporária de um profissionais médico e/ou
159 enfermeiro. Férias: Cada um dos profissionais poderá gozar 30 dias de férias ao ano
160 desde que seja em períodos alternados de 15 dias: Licença - Maternidade e Licença -
161 Saúde. Desde que sejam comprovadas por laudo e ou perícia médica, para: Os
162 incentivos das equipes de saúde da família, já cadastradas, serão mantidos nas seguintes
163 situações de ausência temporária de um profissionais que compõem a equipe: em
164 períodos de férias, licença – maternidade, licença – saúde e cursos de interesse do PSF,
165 desde que autorizados pelo gestor municipal. **Evandro** coloca que o ponto que exige
166 aprofundamento é a concessão de benefícios e que licença à saúde é o mais grave. **Vera**
167 ressalta que a situação, da maioria dos profissionais de saúde do PSF, se encontra ilegal,
168 donde os direitos trabalhistas não são assegurados e esclarece que o que está sendo
169 colocado pelo Evandro é necessidade de que se explicita um tempo limite. **Adelmo** se
170 posiciona que é necessário que se defina um período máximo, propondo que seja de
171 sessenta dias. **Eliade** se coloca dizendo que a proposta é que seja o mesmo tempo que já
172 se tem hoje para não perder o incentivo. **Bernardo** inicia fazendo uma reflexão a partir
173 da idéia de que o PSF deveria deixar de ser um programa e se constituir de fato em
174 estratégia de reorganização de atenção básica e que deveria ser implantada pelos
175 municípios e que os critérios adotados deveriam se basear no descendiamento, para
176 aqueles que não a cumprissem. **Vera** se coloca dizendo que concorda que os recursos
177 deveriam ser disponibilizados para que os municípios pudessem implementar suas ações
178 básicas, mas que isso deve ser encaminhado num outro momento. **Jurandi** coloca que
179 existem algumas situações que o profissional precisa se ausentar por mais tempo, pelo
180 menos três meses (noventa dias). A decisão da CIB/Ce e de que o prazo máximo de
181 licença à saúde seja de noventa dias, e acata a redação do COSEMS/Ce. **(10^a) Modificar**
182 **o Texto:** Em todos os casos especificados anteriormente, o município deverá garantir um
183 profissional com pelos menos 20 horas semanais, assegurando o atendimento às famílias
184 assistidas pelo profissionais afastado, para: Em todos os casos especificados
185 anteriormente, o município deverá garantir mecanismos que assegurem o atendimento às
186 Famílias assistidas pelo profissionais afastado. A CIB/Ce acata a modificação do texto
187 feito pelo COSEMS, mas acrescenta que não será permitida a ausência de mais de um
188 profissional de saúde por equipe, simultaneamente. **(11^a) Excluir o item:** No caso de

189 substituição de um dos profissionais da equipe de saúde da família, o município terá o
190 prazo até a data do atesto dado pela Secretaria de Saúde do Estado para contratação de
191 um novo profissional, sem que isto implique no período especificado, em perda do
192 incentivo. A CIB/Ce não acatou a sugestão do COSEMS e manteve o item com a
193 seguinte redação. No caso de substituição de um dos profissionais da equipe de saúde da
194 família, o município terá o prazo até a data de registro de dados no SIAB pela Secretaria
195 Municipal de Saúde para contratação de um novo profissional, sem que isto implique, no
196 período especificado, em perda do incentivo. **2.2. da Pauta – Solicitação de**
197 **Qualificação de Equipes do PSF e Saúde Bucal.** Municípios que solicita qualificação
198 de equipes para o Programa Saúde da Família: Brejo Santo (03), Amontada (01), Jardim
199 (02), Guaraciaba do Norte (04), Fortaleza (04), Paramoti (01), Marco (01), Itaitinga (01).
200 Saúde Bucal: Quixadá (02), Uruburetama (01), Itaitinga (01), Itapipoca (02), Itatira (01),
201 Jaguaratama (02), Morada Nova (07), Nova Olinda (02), Russas (06), Cascavel (02),
202 Trairi (05), Brejo Santo (04), Ibareta (01), Solonópole (02), Penaforte (01), Mombaça
203 (01), Coreau (02). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas Equipes. Nada mais havendo
204 a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D' Arc Taveira
205 dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e
206 pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará.
207 Fortaleza, três de Agosto de dois mil e um.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 13ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001**
3
4

5 Aos dezessete dias do mês de agosto do ano dois mil e um, às nove horas, Sala de
6 Reunião do CESAU/SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital,
7 Fortaleza, realizou-se a Décima Terceira Reunião Ordinária da Comissão
8 Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os
9 seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Jurandi
10 Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Francisco Evandro T. Lima,
11 COMIRES/SESA, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de
12 Quixadá, Rogério Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Alexandre José
13 Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Maria Imaculada Fonsêca,
14 CEOAP/CODAS/SESA, Diana Camem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA,
15 Maria do Perpetuo Socorro Martins, Chefe de Gabinete/SESA, Eliade Bezerra,
16 Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Carlile Lavor, Secretário Municipal de
17 Saúde de Caucaia. Como convidados: Isabel Cristina Cavalcante, Ana Márcia e
18 Eliane, NUASF, Neusa Goya, COSEMS, Fátima Gurgel, CEDIT/SESA, Regina Célia
19 Ribeiro, CEATE/COVAC/SESA, Geovanna, CAPS de Horizonte, Daniela Queiroz,
20 PM Fortaleza, Carlos Governador CAPS de Icó, Maria Tereza Timbó, CIB Crateús,
21 Emilia Pimentel M. Barros, NUAS, Hanna Karine , CAPS de Morada Nova, Ana
22 Lúcia Pinto, CAPS de Aracati. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que
23 deu início a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Saúde Mental - Relatório da**
24 **Assistência Farmacêutica sobre a situação do gerenciamento dos medicamentos**
25 **nos CAPS – Isabel Cristina, Ana Márcia e Emília.** Isabel, coloca para todos, que
26 a Bipartite esteve reunida no início do ano para discutir os critérios de distribuição
27 dos recursos destinados pelo Ministério para aquisição de medicamentos da saúde
28 mental. Os recursos são liberados para os Estados, que devem definir os critérios de
29 distribuição na CIB, estes recursos são transferido mensalmente do Fundo Nacional
30 de Saúde para o FUNDES. A Bipartite definiu que os medicamentos se destinaram
31 aos municípios sede de CAPS. Então ficou acordado que cada gerente de CAPS
32 devem fazer a programação de medicamentos. Através do Relatório de Supervisão do
33 NUASF tomamos conhecimento que tem muitos medicamentos em estoque e que
34 deverão ser consumidos em curto prazo porque a maioria dos CAPS não presta
35 assistência com abrangência suficiente para utilização destes medicamentos. Por
36 outro lado observamos uma realidade de que algumas unidades ambulatoriais do
37 Estado que prestam assistência em psiquiatria não tem acesso a estes medicamentos.
38 O Estado do Ceará está com estoque de medicamento em casa, sem na verdade poder
39 administrar. Foi feito um levantamento e pelo nível de consumo atual, os CAPS não
40 terão até o final do ano possibilidade de utilização destes medicamentos no montante
41 que foi estabelecido. A não ser que haja um grande esforço por parte do gestor
42 municipal de ampliação do atendimento como foi programado. Existem Unidades
43 que estão tecnicamente no sistema, mas que não estão prestando serviços mesmo
44 tendo os recursos incorporado no teto do município. Com a palavra **Emília** que
45 apresenta a situação atual dos recursos financeiros para 2001 - R\$ 1.200.000,00, foi
46 realizada aquisição de medicamento no valor de R\$ 439.145,00, resta um saldo de R\$
47 760.855,00 e um estoque de R\$ 382.975,83. A distribuição dos Recursos Financeiros
48 para os CAPS referente ao ano 2001 no valor R\$ 1.182.322,09 distribuídos para:
49 Fortaleza com R\$ 51,940,40, Aracati com R\$ 88.587,00, Barbalha com R\$ 42.970,00,
50 Capistrano com R\$ 24.967,56, Crateús com R\$ 86.432,98, Cascavel com R\$

51 68.080,90, Canindé com R\$ 96.206,14, Horizonte com R\$ 34.801,80, HUWC com R\$
52 73.298,00, Icó com R\$ 56.839,00, Iguatú com R\$ 74.530,00, Itapipoca com R\$
53 82.460,00, Juazeiro do Norte com R\$ 108.007,45, Marco com 27.364,68, Morada
54 Nova com R\$ 81.489,00, Quixadá com R\$ 69.998,41, Sobral com R\$ 114.347,90 . E
55 com Recursos para Créditos referente ao ano 2000 no valor de R\$ 114.423,26
56 distribuídos para: Aracati com R\$ 8.929,16, Barbalha com R\$ 6.936,66, Crateús com
57 R\$ 6.559,58, Cascavel com R\$ 9.303,47, Canindé com R\$ 12.896,47, HUWC com
58 R\$ 6.668,30, Icó com R\$ 6.029,68, Iguatú com R\$ 8.893,78, Itapipoca com R\$
59 3.379,33, Juazeiro do Norte com 13.535,90, Morada Nova com R\$ 14.651,01,
60 Quixadá com R\$ 11.161,57, Sobral com R\$ 5.478,35. Os municípios que possuem
61 unidades ambulatoriais em psiquiatria são: Eusébio, Caucaia, Paraipaba, Tejuissuoca.
62 Maranguape, Solonopole, Russas, Jucás, Várzea Alegre, Quixeramobim, Icapuí, Pedra
63 Branca, Maracanaú e Limoeiro do Norte. Após apresentação da situação dos recursos
64 financeiros os membros manifestaram - se: **Raquel** acha que o medicamento deve
65 ser da Saúde Mental, mas coordenado pelo CAPS. **Carlile** diz que os medicamentos
66 devem ser dos municípios que integram a Micro. **Imaculada** ressalta que os
67 medicamentos de Saúde Mental devem ser também para as Equipes do Programa da
68 Saúde da Família e para os municípios. Da Micro, o que há necessidade de avaliação
69 pela COPOS do funcionamento destes CAPS. **Alex** afirma que no elenco de
70 medicamentos básicos há medicamentos que podem ser administrados pelo
71 generalista e onde não existe CAPS os ambulatorial de psiquiatria devem ser
72 beneficiados. **Silvana do CAPS de Cascavel** concorda com a proposta da Raquel.
73 **Ana Lúcia CAPS de Aracati** acha que o saldo dos recursos deveria ser aplicado nos
74 ambulatoriais. A CIB confirmar a prioridade para uso dos medicamentos de saúde
75 mental pelos CASP e decidiu: 1) Que os medicamentos não utilizados deverão ser
76 destinados aos ambulatorios de psiquiatria com prioridade para os localizados em
77 municípios que estejam em processo de estruturação de CAPS. 2) Realizar nova
78 avaliação com 3 meses após a remessa de medicamentos. 3) Revisão da Norma
79 Operacional dos CAPS no Estado. **Item 2 da Pauta - Gestão do SUS em Fortaleza**
80 **- Relatório de Auditoria – Problemas identificados - Alex e Marilac.** Adiado para
81 próxima reunião dado a ausência do Gestor de Fortaleza – Dr. Adelmo. **Item 3 da**
82 **Pauta - Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN – Organização da Rede**
83 **Estadual de Coleta e Cadastramento de municípios junto ao SUS .** Com a
84 palavra Jocileide e Ana Augusta da CECRIA/SESA comentam sobre a Portaria No.
85 822 do Gabinete do Ministro, datada de 06 de junho de 2001. Considerando a
86 necessidade de ampliar o acesso a exames para detecção de anormalidades no
87 metabolismo do recém nascido. O MS institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde,
88 o Programa Nacional de Triagem Neonatal/ PNTN . O Programa ora instituído deve
89 ser executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de
90 Saúdes, Distrito Federal e Municípios e tem por objetivo o desenvolvimento de ações
91 de triagem neonatal em fase pré – sintomática, acompanhamento e tratamento das
92 doenças congênitas detectadas inseridas no Programa em todos os nascidos - vivos.
93 promovendo o acesso, incremento da qualidade e da capacidade instalada dos
94 laboratórios especializados e serviços de atendimento, bem como organizar e regular
95 o conjunto destas ações de saúde. O PNTN se ocupará da triagem com detecção dos
96 casos suspeitos, confirmação diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos casos
97 identificados nas seguintes doenças congênitas de acordo com a respectiva Fase de
98 implantação do Programa. **Fase I - Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito. Fase**
99 **II - Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito + Doenças Falciformes e outras**
100 **Hemoglobinopatias; Fase III – Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças**

101 Falciformes e outras Hemoglobinopatias + Fibrose Cística. Determina que às
102 Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com
103 seu nível de responsabilidade no Programa, que organizem Redes Estaduais de
104 Triagem Neonatal que serão integradas por: a) Posto de Coleta ; b) Serviços de
105 Referência em Triagem Neonatal / Acompanhamento e Tratamento de Doenças
106 Congênitas do Tipo I,II ou III. Compete aos municípios a organização/estruturação /
107 cadastramento de tantos postos de coleta quantos forem necessários para a adequada
108 cobertura e acesso de suas respectivas populações, sendo obrigatório a implantação de
109 pelo menos 01 (um) Posto de Coleta por município (municípios em que ocorram
110 partos), com conformidade com o estabelecido no anexo II desta Portaria. Após
111 apresentação e discussão a CIB decidiu: 1º O Estado deve ser cadastrado para a Fase I
112 (Gradualmente ir ampliando o cadastro). O HIAS sendo unidade de Referência Tipo
113 I. E 03 (três) unidades HGCC, HGF e MEAC, sendo posto de coleta. O LACEN na
114 primeira e segunda Fase. 2º Que a SESA estabeleça um cronograma para implantação
115 dos Postos de Coleta e implantação da Fase seguinte. 3º A SESA deverá elaborar
116 comunicado para os municípios no sentido de informar sobre o Programa e solicitar
117 informações sobre a Proposta das Unidades a serem Posto de Coleta. **Item 4 da Pauta**
118 **- Portaria MS 1158, datada de 08/08/01 – Normas para Avaliação da Atenção**
119 **Básica para Habilitação de conformidade com a NOAS.** Foi prestado informações
120 sobre a Portaria e sobre o Memo Circular da COMIRES No.87/01, datado de 15/08/01
121 que trata da divisão de responsabilidades da SESA em relação ao Relatório
122 Conclusivo dos Municípios em GPSM, ficando a CEOAP – Imaculada responsável
123 pela avaliação da Atenção Básica conforme a Portaria no. 1158. Desta forma os
124 Parâmetros Mínimos para Avaliação da Atenção Básica - Ceará aprovado pela CIB
125 (Ata no. 3, 20/03/01) não serão mais utilizados. **Item 5 da Pauta - Parâmetros para**
126 **PPI – 2001/2000 – Revisão dos Critérios de Alocação de Recursos.** Foi
127 apresentado pela Vera Coelho as alterações que ocorreram na Proposta de Alocação
128 de Recursos aprovada pela CIB/Ce na Reunião 03/08/01, em função de um erro no
129 levantamento dos procedimentos de internação de 1º Nível realizado em 2000, pois
130 foram incluídos procedimentos de 2º e 3º Nível elevando o valor do custo médio da
131 internação, consequentemente do valor per capita deste nível. Retirando estes
132 procedimentos, o valor a ser trabalhado na PPI. 2000/2002 passa a ser: Internação de
133 1º Nível R\$ 8,38, assegurando uma cobertura de 3,77%, com um custo médio de R\$
134 222,35, com um custo mensal de R\$ 5.030.666,00. Outro ponto foi que na Proposta
135 não foram excluídos os incentivos, ficando os mesmos no valor das Internações de 2º
136 e 3º Nível. Dado que o MS no documento da PPI retira estes incentivos, tivemos então
137 que retirar do montante a ser programado estes incentivos. Ficando para Internações
138 de 2º e 3º Nível para programação local R\$ 12,58, assegurando uma cobertura de
139 3,45%, com um custo médio de R\$ 342,87. Não houve alteração do montante de
140 internação, permanecendo o valor global mensal de R\$ 15.447.308,00, sendo R\$
141 5.030.666,00 para o 1º Nível, R\$ 7.551.627,00 para o 2º e 3º Nível, e R\$ 2.865.015,00
142 para os Incentivos de Urgência e Emergência, Gestante de Risco, UTI, Neurocirurgia,
143 Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal, Gastroplastia e FIDEPS. Após a
144 exposição a CIB acatou as alterações processadas pela SESA. Quanto aos Parâmetros
145 de Cobertura Assistencial foram aprovados. Ficando a Proposta da seguinte forma:
146 **Atendimento Médico (consultas) - 2,00 consultas/hab/ano:** • Consulta Básica – 1,3
147 consultas/hab/ano. • Consulta Especializadas – 0,7 consultas/hab/ano. • Urgência e
148 Emergência – 0,3 consultas/hab/ano. • Outras Especializadas – 0,4 consultas/hab/ano.
149 **Cirurgia Ambulatorial – 0,1 consultas/hab/ano:** • Cirurgia 1º N.R – 0,03
150 consultas/hab/ano. • Cirurgia 2º e 3º N.R – 0,07 consultas/hab/ano. **Atendimento**

151 **Odontológico - 1,0 atendimento/hab/ano:** • Odontol. Básico – 0,8 atend/hab/ano. •
152 Odontol. Especializada – 0,2 atend/hab/ano: • 1º N.R– 0,13 atend/hab/ano. • 2º e 3º
153 N.R – 0,07 atend/hab/ano. **Radiodiagnóstico:** • Radiodiagnóstico 1º N.R – 3,0% das
154 C.M.B. • Radiodiagnóstico 2º N.R 4,3% das C.M.E. **Ultra – Sonografia:** • Ultra -
155 Sonografia 1º N.R – 1,4% das C.M.B (obstétrica) e 0,7% das C.M.B (pélvica). • ultra
156 - sonografia 2º e 3º N.R – 0,37 das C.M.E. **Patologia Clínica:** • Patologia 1º N.R. –
157 80% das C.M.B. • Patologia 2º e 3º N.R – 40% das C.M.E. **Fisioterapia – 12% do**
158 **total das C.M:** • Fisioterapia 1º N.R 10% do total das C.M. • Fisioterapia 2º e 3º N.R
159 – 2% do total das C.M. **Imobilização Provisória – 0,01 procedimento/hab/ano.**
160 **Terapias em Grupo – 0,006 sessão/hab/ano. Terapias Individuais – 0,03**
161 **sessão/hab/ano. Internação:** • 1º N.R – 3,77% da pop./ano. • 2º e 3º N.R – 3,45%
162 da população/ano. Alta Complexidade – 0,22% da população/ano. **Item 6 da Pauta -**
163 **Saúde da Família: Solicitação de Qualificação de Equipes no PSF e PSF/Saúde**
164 **Bucal.** Solicitação de qualificação de Equipes no Programa Saúde da Família:
165 Carnaubal (02), Iguatu (05) e Mombaça (02). Programa Saúde da Família e Saúde
166 Bucal: Cedro (03) e (02), Miraíma (01) e (01) e Chorozinho (02) e (02). Saúde Bucal:
167 Ererê (01), Aiuaba (01) e Tururu (01). Todas as solicitações foram aprovadas pela
168 CIB/Ce. **Item 7 da Pauta - Proposta para Rede Estadual de Assistência ao**
169 **Portador de Deficiência Física – Portarias No.(s) 818/GM e 185/SAS.** Com a
170 palavra a Fátima da CEDIT/SESA apresenta as Portarias 818/GM e 185/SAS, datadas
171 de 05/06/2001 e faz alguns comentários sobre as mesma. Que o Ministério da Saúde
172 considerando a necessidade de organizar a assistência à Pessoa Portadora de
173 Deficiência Física em serviços hierarquizados e da integralidade das ações de saúde.
174 Resolver criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de
175 Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. E determina às Secretarias
176 Estaduais de Saúde e do Distrito Federal a organização de suas respectivas Redes
177 Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, conforme as
178 diretrizes contidas na Portaria GM/MS no. 95, de 26 de janeiro de 2001, que aprova a
179 Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 e as Normas para
180 Cadastramento constantes do Anexo I desta Portaria. As Redes Estaduais de
181 Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física serão composta pelos: a)
182 Serviços de Reabilitação Física - Primeiro Nível de Referência Intermunicipal. b)
183 Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário. c) Referência em Medicina
184 Física e Reabilitação. d) Leitos de Reabilitação em Hospital geral ou Especializado. A
185 equipe da SESA apresenta a Proposta para a Rede Estadual de Assistência ao Portador
186 de Deficiência Física da seguinte forma: 1º) Serviço de Reabilitação Física – Nível
187 intermediário com o código 18/116 em Fortaleza: Centro de Saúde José de Alencar.
188 2º) Serviço de Reabilitação Física - Primeiro Nível de Referência Intermunicipal com
189 o código 18/117 as seguintes: Fortaleza (Instituto de Prevenção do Câncer), Caucaia,
190 Maranguape, Maracanaú (*), Baturité, Capistrano, Itapiúna, Canindé, Aracati, Pedra
191 Branca, Quixadá, Quixeramobim, Limoeiro do Norte, Santa Quitéria, Sobral (*),
192 Iguatú (*), Campos Sales, Juazeiro do Norte (*). Missão Velha. OBS. (*) os
193 municípios que já elaboram projetos para convênio junto ao Ministério da Saúde de
194 ampliação e organização de núcleos de Reabilitação Física de Nível Intermediário.
195 Esta proposta deverá ser encaminhada para o MS para Reunião da operacionalização
196 da APAC no dia 03/09/01. E que haverá nos dias 01 e 02/10/01 uma oficina para
197 elaboração do Manual Operativo para Dispensação de Órtese, Prótese e Meios
198 Auxiliares de Locomoção com a participação das Unidades de Reabilitação onde
199 funcional a dispensação de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção. Após

200 apresentação da Proposta os membros manifestaram-se: **Alex** coloca que deverá ser
201 ampliada a rede de assistência, porém tem que ver se as unidades estão adequadas
202 para realização dos serviços. **Vera** coloca que o COSEMS precisa analisar a relação
203 destes municípios. Tem municípios que já vem realizando estes procedimentos, e que
204 não constam na relação como por exemplo o Crato e em Fortaleza, as duas unidades
205 são da responsabilidade do Estado. Após ampla discussão a CIB decidiu que : 1^a) A
206 COVAC enviará uma ofício - circular comunicando aos municípios sobre as normas
207 das Portarias. 2^o) Constitui uma Comissão da Bipartite para fazer uma revisão da
208 Proposta e a CIB/Ce delega autoridade de aprovação a mesma. **Item 8 da Pauta –**
209 **INFORME: 1. Reunião da CIT em 16/08/01 – Relato dos assuntos discutidos –**
210 **Alex e Neusinha.** Na reunião da CIT de ontem a discussão foi praticamente sobre a
211 Política da Assistência Farmacêutica no País. E que foi colocada a preocupação em
212 relação ao Ministério da Saúde não ter definido o PAB ampliado, ficou acordado que
213 esta informação seria feito depois da discussão do Orçamento do ano 2000. E de que
214 integra esta Comissão representando os município numa Comissão Tripartite, para
215 discutir a Assistência Farmacêutica, a Secretária da SMDS/PM Fortaleza – Rosemary.
216 Outra preocupação é em relação aos Estados estarem fazendo modificação nos tetos
217 de Plena, sem a PPI esteja concluída. **2. Programação Pactuada Integrada – PPI –**
218 **ECD, para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças – 2001- Marilac.**
219 Houve a entrega do documento para que os municípios façam uma avaliação dos
220 indicadores que estão sendo pactuados. Esta Programação será objeto de Discussão na
221 próxima reunião da CIB/Ce com a participação da Marilac da COPOS. A PPI /2001
222 está composta por 106 ações que serão acompanhada por 13 áreas da Epidemiologia.
223 **3. Registro de Preços Nacional do MS.** Isabel comunica que o MS colocou a
224 disposição a Lista de Preços Nacional, contendo 73 itens de medicamentos. Mas o
225 Ceará já adquiriu 23 destes itens mais baratos. Devemos circular a informação para os
226 municípios. Eliade sugere que faça um Registro de Preço Estadual, para que os
227 municípios possam adquirir medicamentos sem fazer licitação. **4. O MS decidiu**
228 **realizar os pagamentos dos Incentivos PASC/PSF do mês de julho - 01 com base**
229 **nos valores da competência junho – 01, em função dos problemas detectados na**
230 **base de informação do SIAB – Imaculada.** **5.Realização da I Conferência**
231 **Estadual de Vigilância Sanitária.** Diana fez a entrega para todos os membros
232 presentes o Plano de Ação de Mobilização da I Conferência Estadual de Vigilância
233 Sanitária no Ceará, elaborado pela COVAC, objetivando cumprir o que determina a
234 Resolução no. 130, de 03/07/01. A Conferência Estadual deverá ser realizada nos dias
235 22, 23 e 24 de outubro de.2001 e deverá ser procedida pelas Pré – Conferência
236 Microrregionais. Esta Proposta será objeto de Discussão na próxima reunião da
237 CIB/Ce. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião,
238 determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária,
239 lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
240 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, dezessete de agosto
241 do ano dois mil e um.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 14ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos tinta e um dias do mês de agosto do ano dois mil e um, às nove horas, no Auditório da SESA, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Quarta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Jurandi Frutuoso, Presidente do COSEMS, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES/SESA, Lúcia H. Godim Castro, Secretária Municipal de Saúde de Jaguaribe, José Adelmo Martins, Coordenador da SMDS/PMF, Rosemary Marciel, Secretária da SMDS/PMF, Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Diana Camem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Lilian Alves A Beltrão, COVAC/SESA, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá, Rogério Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Maria do Perpetuo Socorro Martins, Chefe de Gabinete/SESA. Como convidados: Neusa Goya e Alcides Miranda, ambos COSEMS, Eliany N. de Oliveira, SMS de Sobral/UVA, Regina Célia Ribeiro, CEATE/COVAC/SESA, Maria de Fátima Mota, SMS de Mulungu, Ana Maria, SMS de Tianguá, Pedro Correia Júnior, SMS de Maranguape, Dina Cortez Lima, CEVIGI/COPOS/SESA. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que deu início a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Plano de Ação de Mobilização da I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária – Diana.** Colocando que Diana uma das Gerente da COVAC irá expor o Plano de Ação e Mobilização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Com a palavra Diana diz que já faz mais ou menos um ano que assumiu a Coordenação desta área de Saúde Pública na SESA. E coloca algumas percepções sobre o que vem acontecendo com a Vigilância Sanitária em relação a questão da saúde pública. Há quinze anos atrás se deu início o processo de descentralização do SUS. Vindo em primeiro a questão da atenção a saúde, onde todos os procedimentos da assistência foram passados para os municípios como parte do fortalecimento da gestão, logo em seguida a área da assistência farmacêutica, a da epidemiologia e por ultimo a vigilância sanitária. Em seguida faz a apresentação do Plano. A Conferência foi instituída através da Resolução de no. 130, de 03 de julho de 2001, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária por recomendação da 11ª Conferência Nacional de Saúde, constituí – se processo democrático de construção histórica de um campo específico e qualificado na área de Saúde e momento impar que permitirá, através de exposição de temas, análise de teses, e troca de experiência, repensar a Vigilância Sanitária na perspectiva de Sistema Nacional. A realização de uma Conferência de Vigilância Sanitária introduz o Controle Social como instrumento de construção de políticas deste setor, e amplia a participação do usuário no acompanhamento da execução desta políticas, na perspectiva de direitos sociais. A Conferência responde ainda a duas outras demandas: A primeira diz respeito à necessidade aproximação do usuário aos serviços de vigilância, abrindo espaço para o debate que orienta a produção de conceitos e diretrizes. A segunda, do setor vigilância sanitária, quando propõe a discussão e a definição de estratégias para a efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, enquanto parte integrante do Sistema Único de Saúde. Pensar e repensar políticas de Vigilância Sanitária é, antes de mais nada,

48 aprofundar a análise da organização do processo de trabalho dentro do modo de produção
49 vigente e seus reflexos nas condições de vida, do trabalho e do meio ambiente. Estes
50 pensares devem levar em consideração a necessidade de se discutir e criar um modelo de
51 desenvolvimento para a Vigilância Sanitária que atenda aos pressupostos da Lei Orgânica
52 da Saúde – Lei 8.080/90, e inclusive, de mais nova lei Orgânica do SUS, da Atenção da
53 Saúde Indígena , Lei 9836 de 23.09.99. A **I Conferência Nacional de Vigilância**
54 **Sanitária** será realizada em duas etapas: **Etapa Estadual** realizar – se à nos dias 23,23 e
55 24/10/2001 e será procedida de Pré – Conferências Microrregionais, no período de 01 a
56 29/09/2001. **Etapa Nacional**, a ser realizada no período de 26 a 30/11/2001, em Brasília.
57 Neste sentido, é de suma importância a efetiva participação dos atores envolvidos para
58 que se tenha uma Conferência com alto grau de representatividade. É importante ressaltar
59 que o papel do Conselho Nacional de Saúde, bem como do Conselho Estadual de Saúde,
60 e dos Conselhos Municipais de Saúde e as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite,
61 será decisivo para a realização deste evento. Por isso faz – se necessário o empenho de
62 todos os órgão competentes do sistema, na três esferas do Governo do Estado do Ceará e
63 Municipal no sentido de que esse evento alcance o êxito esperado. Na tentativa de
64 facilitar o desenvolvimento do referido evento, apresentamos este Plano de Ação como
65 instrumento estratégico de trabalho capaz de viabilizar a realização do mesmo. **Em**
66 **relação ao objetivos específicos:** • Analisar a situação da Vigilância Sanitária no Estado
67 do Ceará. • Promover ampla participação social para o debate e definição das diretrizes
68 gerais da política estadual de Vigilância Sanitária, como preparação para a Conferência
69 Nacional de Vigilância Sanitária, em Brasília, DF. • Estimular a participação dos
70 município, especificamente do município de Fortaleza, dado seu contingente populacional,
71 e Conselhos Municipais de Saúde no debate e formulação de propostas para a efetivação
72 do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. • Eleger a delegação Estadual do Estado do
73 Ceará, para a Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. • Eleger proposta
74 influenciadoras para o Sistema de Vigilância Sanitária. **Em relação a estratégias de**
75 **mobilização:** • Apresentar o Plano de Ação de Mobilização da I Conferência Estadual de
76 Vigilância Sanitária no Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores
77 Bipartite, visando sua aprovação e adesão para realiza – lo. • Oficializar, através da
78 emissão de Portaria do Sr. Secretário da Saúde, a criação da Comissão Executiva
79 Colegiada e a Convocação da I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária. • Negociar
80 o agendamento e operacionalizar das Pré – Conferências Microrregionais junto à
81 Coordenação e as 21 Gerências Microrregionais de Saúde. • Apresentar o Plano de Ação
82 de Mobilização Estadual de Vigilância Sanitária ao Conselho de Secretários Municipais
83 de Saúde – COSEMS, e solicitação de apoio efetivo para mobilizar a participação dos
84 municípios. • Reunir os Setores de Planejamento, Financeiro e Recursos Humanos da
85 Secretaria Estadual de Saúde, estabelecendo parceria para a organização e realização da
86 Conferência. • Reunir a Comissão Colegiada Executiva para discutir as tarefas
87 necessárias ao cumprimento do seu papel em: a) Discutir e elaborar a proposta de
88 realização da I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária, b) Estimular e participar da
89 organização e realização das Pré – Conferência no interior do Estado, c) Acompanhar a
90 organização e realização das Conferências Estaduais e d) Discutir e providenciar a
91 elaboração de documentos técnicos e textos vinculados ao Temário da Conferência. **Em**
92 **relação a Metodologia a ser utilizada durante a realização da etapa estadual,**
93 **compreenderá os seguintes instrumentos:** • Mesa redonda, para qual deverão ser

94 convidados Conferencistas que em suas exposições, abordem os vários eixos temáticos
95 do Tema Central. • Espaço apropriado para debates sobre os temas abordados nas Pré –
96 Conferências e Conferência Estadual, inclusive nas mídias dos municípios sede; •
97 Oficinas de trabalho, para aprofundamento dos temas abordados nas Mesa Redondas e
98 produção de propostas que serão apresentadas na Sessão Plenária. • Sessões Plenárias,
99 para votação de propostas e eleições de Delegados Estaduais. **Em relação as Pré –**
100 **Conferencias Microrregionais** nos termos do § 4º do Art. 1º da Lei no. 8.142/90, a
101 representação dos usuários na I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária será
102 paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. Dessa forma e de
103 acordo com o Regimento Interno da Conferência Nacional os participantes serão
104 distribuídos em duas categorias: a) Delegados com direitos a voz e voto e b) Convidados
105 com direito a voz. Este mesmo regimento indica a distribuição dos Delegados
106 obedecendo às seguintes proporções: 1) 50% de Usuários. 2) 25% de Gestores e
107 Trabalhadores de Saúde. 3) 25% de Representantes dos Setores Regulados. Entende-se
108 por Setor Regulado, publico ou privado, todos os estabelecimentos que possam gerar
109 riscos à saúde, decorrente de ações sobre o meio ambiente, produção e circulação de bens
110 ou serviços. Entende – se por Gestores e Trabalhadores de Saúde: Dirigentes Federais,
111 Estaduais e Municipais de órgão públicos de saúde, da administração direta e indireta,
112 responsáveis, no âmbito da esfera correspondentes de governo, pela coordenação e
113 execução da política de saúde, e ainda os Representantes dos Poderes Legislativos e
114 Judiciários das diversas esfera do Poder Público. Em assim sendo, e para atender a
115 questão da paridade , cada município deverá enviar às Pré – Conferência Microrregionais
116 um número mínimo de 08 representantes: 04 representantes de Usuários, 01 Profissional
117 de Vigilância Sanitária , 01 Gestor de Saúde, e 02 Representantes do Setor Regulado.
118 Após apresentação do Plano os membros manifestaram – se: **Jurandi** como estão os
119 municípios já visitados pelo Estado? **Diana** quase todos os hospitais do Estado, na área
120 da assistência, foram visitados, na maioria apresentam carências de recursos humanos,
121 deficiências nas estruturas físicas e de equipamentos, inexistência de Comissão de
122 Controle de Infecção Hospitalar. Em alguns hospitais faltam até pias para lavar as mãos.
123 Mas há muita disposição dos gestores em melhorar estas Unidades. Na área da gestão
124 estão sendo analisados os 29 municípios em GPSM. Destaca que todos os municípios do
125 Estado, deveriam está assumindo com competência as ações de baixa complexidade em
126 VISA, pois não é difícil, principalmente o controle das Farmácias, monitoramento da
127 água e inspeção, estas são as três ações básicas, e foram identificadas muitas as falhas.
128 **Alcides** muitos poucos municípios possuem o código sanitário. Seria interessante nesta
129 Conferência incluir uma Mesa para obter subsídio para elaboração destas normas
130 dirigidas aos municípios. **Eliade** reforça a solicitação de que a SESA ofereça capacitação
131 nesta área e sugere que a auditoria no município ao identificar as falhas deveria primeiro
132 apresenta – las e discutido com o Gestor. **Diana** esclarece que foi feito um Termo de
133 Compromisso onde o município assume transporte, comunicação, RH e a SESA fica
134 responsável pela capacitação. E que o Cronograma de Execução, que irá até o final do
135 ano, está sendo cumprindo. **Alex** lembra que se encontra em discussão na Assembléia o
136 Código de Saúde que consta um Capitulo da Vigilância Sanitária. **Raquel** reforça o que
137 o Eliade falou, em relação a assistência, não houve dialogo, os técnicos não
138 permaneceram mais de 5 minutos em sua supervisão. **Lúcia** ressalta que o município a
139 Equipe de Supervisão se comportou de maneira adequada. **Ana Márcia** solicita os

140 relatórios de supervisão do hospital de Tianguá. Após as discussões a CIB aprovou o
141 Plano de Ação de Mobilização da I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária. **Item**
142 **2 da Pauta - Discussão sobre o Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área**
143 **de Saúde – Silvia Mamede - ESP/Ce.** Silvia Mamede propôs uma Oficina de Trabalho
144 na ESP/CE para o dia 11/09/01, às 8:30 para análise dos objetivos, da Grade Curricular e
145 dos Critérios de Seleção, e diz que cada Instituição após esta oficina definirá sua
146 metodologia de aprendizagem. **Item 3 da Pauta - Programação Pactuada Integrada –**
147 **PPI – ECD, para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças – 2001- Dina.** Vera
148 coloca que foi entregue na reunião passada a PPI para o COSEMS para que pudesse
149 formular algum tipo de abordagem em relação a essa Proposta. Com a palavra Dina
150 gerente da CEVIG/COPOS/SESA que entrega cópia da PPI da Epidemiologia de 2001 e
151 faz a exposição da mesma. A PPI do ano 2001 foi divulgada oficialmente em julho de
152 2001. E apresenta algumas modificações em relação a de 2000. Na PPI-2000 tinha 84
153 parâmetros, e na PPI – 2001 temos 106 parâmetros. Para melhor compreensão fizemos
154 uma comparação dos parâmetros de 2001 com as da PPI de 2000 e o que mudou em
155 relação a PPI – 2000. **Em relação a Ação 1 - Notificação**, a modificação que teve foi
156 em relação a redação dos parâmetros. 1.1. Notificar casos de meningite. 1.2. Notificar
157 casos de paralisia flácidas agudas PFA.1.3. Notificar casos de difteria. 1.4. Notificar
158 casos de Coqueluche.1.5. Notificar casos de doenças exantemáticas. 1.6. Notificar casos
159 de cólera. 1.7. Realizar Notifica negativa de PFA. 1.8. Realizar notificação negativa de
160 sarampo. 1.9 Notificar casos de Hanseníase. 1.10. Notificar casos de Tuberculose. 1.11.
161 Notificar casos de DST (sífilis congênita).1.12. Notificar casos de DST/AIDS (infecção
162 por HIV em gestantes). 1.13. Notificar casos de DST (sífilis em gestantes). **Em relação**
163 **a Ação 2 – Investigação** – Tinha um parâmetro e foi acrescido mais um. 2.1. Realizar
164 investigação oportuna dos casos de doenças de notificação compulsória – DNC.
165 2.2.Realizar coleta adequada de 1 amostra de fezes para cada casos de paralisia flácida
166 aguda – PFA. **Em relação a Ação 3 – Diagnóstico laboratorial de confirmação de**
167 **casos de doenças de notificação compulsória** – Tinha dois parâmetros e foram
168 acrescidos quatro. 3.1. Realizar diagnóstico laboratorial de doenças de notificação
169 compulsória – DNC, exceto coqueluche e tétano. 3.2. Realizar diagnóstico laboratorial de
170 meningite bacteriana, 3.3. Prover diagnóstico virológico de dengue. 3.4. Realizar
171 diagnostico laboratorial de raiva humana. **Em relação a Ação 4 – Vigilância**
172 **ambiental – Fatores não biológicos** Tinha dois parâmetro e foi acrescido mais um.
173 4.1.Cadastrar as fontes de abastecimento coletivo (sistemas públicos e privados) e
174 alternativos (mananciais superficiais, poços, caminhões pipas, etc) de água dos
175 municípios. 4.2. Implantar coleta de água nos sistemas coletivos (públicos ou privados) e
176 alternativos (mananciais superficiais, poços, caminhões pipas, etc) de água dos
177 municípios, para avaliação da potabilidade. 4.3.Implantar análise bacteriológica
178 (coliformes fecais e totais) e físico – químicas (turbidez e cloro residual) da água nos
179 sistemas coletivos (públicos ou privados) e alternativos (mananciais superficiais, poços,
180 caminhões pipas, etc) de água dos municípios, para avaliação da potabilidade. **Em**
181 **relação a Ação 5 – Vigilância ambiental – Fatores biológicos . Sub - Ação 5.1.**
182 **Vigilância entomológica** – Tinha cinco e foi acrescido mais seis.5.1.1.Realizar pesquisa
183 de triatomíneos em domicílios em áreas endêmicas. 5.1.2. Realizar classificação /exame
184 de triatomíneos em áreas endêmicas. 5.1.3. Realizar coleta de pulicídeos em áreas focais
185 de peste. 5.1.4. Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do Aedes
186 aegypti e Aedes albopictus em imóveis conforme orientação técnica. 5.1.5. Realizar

187 pesquisa larvária para levantamento de índices de infestação pelo *Aedes aegypti*. 5.1.6.
188 Realizar vigilância de pontos estratégicos do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. 5.1.7.
189 Implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo *Aedes aegypti*
190 com rede de ovitrampas. 5.1.8. Realizar coleta de flebotômíneos com envio de amostra
191 para laboratório de referência . 5.1.9. Realizar coleta de anafelinos em municípios na
192 região extra amazônica com vistas à confecção da carta anofélica. 5.1.10. Realizar
193 ensaios biológicos para avaliar a eficácia das operações com inseticidas no combate ao
194 anofelino em municípios pertencentes a região da Amazônia Legal. 5.1.11. Realizar
195 ensaios biológicos para avaliar a eficácia das operações com inseticidas no combate ao
196 flebotômíneo, com transmissão de calazar. **Sub – Ação 5.2. Vigilância de hospedeiros e**
197 **reservatórios.** 5.2.1. Realizar pesquisa malacológica em coleções hífricas de importância
198 epidemiológica das áreas endêmicas para esquistossomose . 5.2.2. Realizar captura de
199 roedores para vigilância de peste em áreas focais. 5.2.3. Prover sorologia de material
200 coletado em carnívoros e roedores para detecção de circulação de peste em áreas focais.
201 **Sub – Ação 5.3. Controle químico, biológico e outros.** Tinha seis foi acrescentados mais
202 dois. 5.3.1. Realizar borrifação em domicílios para controle de triatomíneos em áreas
203 endêmica. 5.3.2. Realizar borrifação em domicílios para controle de flebotômíneos em
204 municípios com casos notificados de calazar. 5.3.3. Realizar borrifação intradomiciliar
205 para controle de malária (seletivo). 5.3.4. Realizar tratamento de imóveis com focos do
206 *Aedes aegypti*. 5.3.5. Realizar aplicação de inseticida residual para controle do *Aedes*
207 *aegypti* em pontos estratégicos. 5.3.6. Realizar ensaios biológicos para avaliar a eficácia
208 das operações com inseticidas no combate ao *Aedes aegypti*. 5. 3.7. Realizar
209 monitoramento da susceptibilidade das populações de *Aedes aegypti* aos inseticidas. 5.3.8.
210 Realizar aplicação intradomiciliar de inseticida controle da peste. **Sub – Ação 5.4.**
211 **Imunização de reservatórios (cães e gatos).** 5.4.1. Campanha de vacinação anti-rábica
212 em cães. 5.4.2. Campanha de vacinação anti-rábica em gatos. 5.4.3. Vacinação de rotina
213 em cães apreendidos. 5.4.4. Realizar bloqueio de focos de raiva animal. **Sub – Ação 5.5.**
214 **Vigilância e controle de população animal: hospedeiros e reservatórios.** 5.5.1. Prover
215 exames sorológico para diagnóstico de calazar em cães. **Sub - Ação 5.6. Captura e**
216 **apreensão de cães errantes.** 5.6.1. Realizar captura e apreensão de cães em áreas de
217 Centro de Controle de Zoonoses. 5.6.2. Eutanásia de cães com calazar. 5.6.3. Eutanásia
218 de cães com raiva **Em relação a Ação 6 – Controle de doenças transmitidas por**
219 **vetores. Sub – Ação 6.1. Diagnóstico e tratamento.** Tinha nove foi acrescentado mais um.
220 6.1.1. Realizar exames coproscópicos para controle de esquistossomose e outras
221 helmintoses em áreas endêmicas. 6.1.2. Tratar casos de esquistossomose. 6.1.3. Prover
222 exames para diagnóstico de filariose em áreas focais. 6.1.4. Tratar portadores de filariose
223 em áreas focais. 6.1.5. Tratar portadores de oncocercose em áreas de transmissão. 6.1.6..
224 Prover exame para diagnóstico de malária. 6.1.7. Tratar de doença de malária. 6.1.8.
225 Realizar diagnóstico e tratamento de casos de leishmaniose tegumentar americana – LTD.
226 6.1.9. Reduzir raiva humana transmitida por animais doméstico (cães e gato). 6.1.10.
227 Reduzir a incidência de tétano neonatal. **Sub – Ação 6.2. Busca ativa e orientação à**
228 **população de risco de ocorrência de peste.** 6.2.1. Realizar busca ativa de eventos de
229 importância epidemiológica nas áreas com foco de peste. **Em relação a Ação 7 –**
230 **Imunização. Sub – Ação 7.1. Vacinação de rotina.** Tinha oito foi acrescentado mais dois
231 7.1.1. Realizar vacinação de rotina com vacina oral contra a poliomielite (SABIN),
232 terceira dose. 7.1.2. Realizar vacinação de rotina com vacina contra a difteria, o tétano e a
233 coqueluche (DTP), terceira dose. 7.1.3. Realizar vacinação de rotina com vacina contra a

234 tuberculose – forma graves (BCG). 7.1.4. Realizar vacinação de rotina com vacina contra
235 o sarampo. 7.1.5. Realizar vacinação de rotina com vacina contra a hepatite B, terceira
236 dose. 7.1.6. Realizar vacinação de rotina com vacina contra o sarampo, a caxumba e a
237 rubéola (Triplice Viral). 7.1.7. Realizar vacinação de rotina com vacina contra febre
238 amarela. 7.1.8. Realizar vacinação de rotina com vacina contra Haemophilus influenza
239 tipo B , terceira dose. 7.1.9. Realizar vacinação de rotina com vacina contra difteria e
240 tétano (DT). 7.1.10. Realizar vacinação de rotina com vacinação anti – rábica (profilaxia).
241 **Sub – Ação 7.2 – Vacinação de Campanha.** 7.2.1. Realizar campanha anual (em duas
242 etapas) contra poliomielite em < de 5 anos. 7.2.2. Realizar campanha anual contra a
243 influenza. **Sub – Ação 7.3. Vigilância de eventos adversos pós vacinação.** 7.3.1.
244 Implantar e implementar a notificação de eventos adversos pós vacinação. 7.3.2.
245 Investigar os eventos adversos graves pós vacinação. **Em relação a Ação 8 –**
246 **Monitorização de agravos de relevância epidemiológica.** Tinha três foi acrescido mais
247 dois. 8.1. Implantar/implementar a monitorização das doenças diarreicas aguda. 8.2.
248 Implantar a vigilância epidemiológica de doenças transmitidas por alimentos (DTA). 8.3.
249 Investigar óbitos de menores de 1 ano. 8.4. Investigar óbitos maternos. 8.5. Realizar a
250 Vigilância do Tracoma através de exames em busca ativa e tratamento dos casos
251 diagnosticados. **Em relação a Ação 9 – Divulgação de informação epidemiológica.**
252 9.1. Elaborar informes epidemiológicos com dados de doenças de notificação
253 compulsória , óbitos e nascidos vivos. **Em relação a Ação 10 – Elaboração de estudos e**
254 **pesquisas em epidemiologia.** 10.1. Realizar análise da situação de saúde . 10.2. Avaliar
255 as ações programáticas. **Em relação a Ação 11 - Alimentação e Manutenção de**
256 **Sistemas de Informação. Sub – Ação 11.1. SIM.** Tinha três e foi acrescido mais dois.
257 11.1.1. Realizar coleta de declaração de óbitos – DO. 11.1.2. Realizar processamento de
258 declaração de nascidos vivos. – DN. 11.2.3. Realizar envio regular de dados. 11.2.4.
259 Realizar retroalimentação de informações. 11.2.5. Captar nascimentos vivos. **Sub –**
260 **Ação 11.2. SINASC.** Tinha três e foi acrescido mais dois. 11.2.1. Realizar coleta da
261 declaração de Nascidos Vivos – DN. 11.2.2. Realizar processamento da declaração de
262 Nascidos Vivos – DN. 11.2.3. Realizar envio regular de dados. 11.2.4. Realizar
263 retroalimentação de informações. 11.2.5. Captar nascimentos vivos. **Sub – Ação 11.3.**
264 **SINAN.** Tinha duas foi acrescida mais uma. 11.3.1. Realizar envio regular de dados.
265 11.3.2. Realizar retroalimentação de informação. 11.3.3. Realizar encerramento oportuno
266 dos casos. **Sub – Ação 11.4. SI-API.** 11.4.1. Realizar envio regular de dados. 11.4.2.
267 Realizar retroalimentação de informações. **Sub – Ação 11.5. SI-EDI (Sist. de inf. de**
268 **Estoque e Distribuição de Imonobiológicos).** 11.5.1. Realizar envio regular de dados.
269 **Sub – Ação 11.6. SI- EAPV (Sist. de inf. de Eventos adversos).** 11.6.1. Realizar envio
270 regular de dados. A Dra. Marilac da Coordenadoria de Políticas de Saúde –
271 COPOS/SESA fez algumas considerações sobre a PPI da Epidemiologia de 2001. 1^a- O
272 instrumento de parâmetros de programação para ações de epidemiologia e controle de
273 doenças foi amplamente discutido por técnicos das três esferas de governo, ou seja ,
274 representantes do CONASEMS, da Câmara Técnica de Epidemiologia do CONASS e do
275 Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI). Sua validação já ocorreu em nível da
276 Comissão Intergestores Tripartite. 2^a- O CENEPI só disponibilizou a versão final de
277 Epidemiologia de 2001 em 23 de julho de 2001, pois estava aguardando definições de
278 certas ações e parâmetros de alguns setores do Ministério da Saúde. A demora algumas
279 vezes transcorreu para se chegar a um consenso de um número mínimo de ações
280 essenciais a serem consideradas por áreas técnicas. Havia áreas técnicas que insistiam em

281 apresentar uma série de ações. A versão final, em parte, representa o que foi possível o
282 CENEPI entrar em consenso com as áreas técnicas do Ministério da Saúde. 3^a - A Câmara
283 Técnica de Epidemiologia do CONASS considera o atual instrumento ainda extenso, ao
284 incluir 106 ações (A PPI de 2000 continha 84 ações). Por outro lado, todo esse conjunto
285 de ações é visto no momento como importante para garantir a sustentabilidade da
286 descentralização de epidemiologia e ações de controle de doenças. De qualquer forma, a
287 sua redução será possível para a versão de 2002. Um grupo Tripartite já está formulando
288 a PPI para 2002 numa modelagem entendida com mais adequada para pactuação de
289 compromissos entre gestores. 4^a- Em recente (28/08/2001) discussão de um grupo de
290 técnicos, a sugestão é de que em nível estadual haja a repactuação, utilizando a atual PPI
291 de 2000, pouco mais aperfeiçoada que sua edição anterior e que traz como ações novas:
292 vigilância do tracoma, vigilância entomológica com ovitrampas, vacinação de rotina
293 antirábica, educação em saúde e mobilização social. 5) Considerando a complexidade de
294 haver novo pacto com todos os municípios certificados (aqui no Ceará são 82 municípios
295 certificados pela Bipartite), a esta altura do ano, propõe – se manter para os municípios
296 neste ano de 2001, a PPI de 2000 com os ajuste necessários, como metas revisadas (em
297 função das novas metas estaduais conforme a PPI de 2001), exclusão da campanha de
298 vacinação de seguimento de vacinação contra o sarampo (atividade prevista só para o ano
299 2000). Solicita –se da CIB, uma vez estando de acordo com esta sugestão, de respaldá –la
300 formalmente, através de resolução ou outra forma pertinente. O importante é haver a
301 oficialização dessa decisão da pactuação em bloco do Estado com o conjunto dos
302 municípios em nível da CIB, na forma de algum documento para que por ocasião da
303 auditoria do Ministério da Saúde nos municípios certificados esses não venham sofrer
304 prejuízo por estarem utilizando a PPI de 2000 no ano 2001. Esta é a orientação
305 consensuada sugerida pelo grupo Tripartite que se reuniu no CENEPI na reunião de
306 28/08/2001. **Vera** diz que esta é a proposta apresentada pela COPOS/SESA à CIB para
307 ser apreciada. Após ampla discussão a CIB/Ce apreciou e acatou a proposta da
308 COPOS/SESA em não fazer PPI – 2001 com Ações Previstas para 2001 e Parâmetros de
309 2001 e sim manter os indicadores da PPI – 2000 com as alterações sugeridas. **Item 4 da**
310 **Pauta - CEACRI/SESA – Apresenta o Programa Bolsa Alimentação .** A Benedita –
311 CEACRI faz apresentação do Programa Bolsa Alimentação. O Programa vem sendo há
312 alguns meses discutido no Ceará, tendo duas experiências piloto como Maranguape e
313 Limoeiro do Norte. Esse dois municípios já fizeram o cadastramento no Sistema –
314 DATASUS. A Bolsa Alimentação e para dar apoio financeiro para gestante, nutrizes e
315 crianças de 6 meses a 6 anos, de famílias com renda familiar per capita inferior a 0,5
316 salário mínimo, em risco nutricional, destinado à complementação da renda familiar para
317 reforço da alimentação, mediante cumprimento de uma agenda de compromissos com o
318 Sistema de Saúde Local. Pretende ser importante mecanismo de vinculação das famílias
319 em risco com o SUS para a realização de ações básicas de saúde. Buscando a
320 cumplicidade da família na construção da sua saúde. Em relação a justificativa: O acesso
321 à alimentação adequada é um direito humano fundamental na medida em que esta
322 constitui-se na primeira condição para a própria vida. A concretização deste direito
323 compreende responsabilidades tanto da parte do Estado quando da sociedade e dos
324 indivíduos. Alimentação correta, a nutrição adequada são a base da saúde infantil, é
325 requisitos indispensáveis para uma boa saúde ao longo do curso da vida. 80% da
326 desnutrição e parte importante dos óbitos infantis ocorrem nas famílias pobres situadas no
327 primeiro quintil da renda, ou seja, nas 20% mais pobres. Em relação a agenda de

328 compromissos: A) Gestantes: - Realizar todas as consultas de pré-natal. - Participar de
329 atividades educativas em planejamento familiar e aleitamento materno. B) Nutrizes (mães
330 amamentando até o 6^o mês de vida do bebê: - Realizar o registro de Nascimento. – Manter
331 a amamentação. – Fazer pesagem periódicas da criança. – Manter vacinação de criança
332 em dia. – Participar de atividades educativas em planejamento familiar e cuidados gerais
333 com a criança. C) Mães de crianças de 6 meses a 6 anos: - Fazer pesagem periódica da
334 criança. – Manter vacinação em dia. – Participar de atividades educativas em
335 alimentação, saúde e cuidados gerais com a criança apropriadas para cada idade. –
336 Participar de atividades educativas sobre planejamento familiar, cuidados com a sua
337 saúde e prevenção do acidentes e violências. D) Do gestor municipal de saúde: - Estar
338 habilitados em uma das condições de gestão do SUS. – Apresentar Carta de Adesão. –
339 Implantar o Sistema de Informações. – Fornecer ao DATASUS o cadastramento inicial
340 dos beneficiários. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. – Entregar os cartões e
341 materiais educativos promovendo atividades mobilizadoras da comunidade. – Prover
342 todas as ações da saúde que fazem parte da Agenda de Compromisso dos beneficiários e
343 acompanhar o seu cumprimento. – Analisar a pertinência de renovação, encaminha-las
344 ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação e ao DATASUS. Como aderir ao
345 programa: • Solicitação do Kit para Secretaria Estadual de Saúde. • Elaboração da Carta
346 de Adesão (modelo Portaria GM/MS) . • Elaboração Relatório de Avaliação do ICCN. •
347 Envio para aprovação do Conselho Municipal de Saúde. • Envio do pleito para Secretaria
348 Estadual de Saúde. • Aprovação Comissão Intergestores Bipartite. • Cadastro das
349 famílias. • Digitação dos Dados no Sistema de Informações. • Apresentação para
350 homologação da lista de beneficiários pelo Conselho Municipal de Saúde. • Envio dos
351 dados para o DATASUS. • Portaria específica do Ministério da Saúde confirmará a
352 adesão do município ao Programa. Em relação a Caixa Econômica Federal: • Receber os
353 nomes dos beneficiários dos municípios através do DATASUS e a correspondente
354 autorização de pagamento dos benefícios (autorizador é o nível municipal através do
355 envio do cadastro). • Emitir o cartão magnético e envia ao gestor municipal , junto com
356 caderneta com a Agenda de Compromisso. O gestor municipal organizará formas de
357 distribuição dos cartões às famílias garantido a vinculação ao SUS. • Provê o pagamento
358 em todos os municípios nas agências , correspondentes bancários ou pagamento off-line.
359 • Efetua os créditos na data prevista. • Recolhe crédito após 60 dias parado em conta
360 corrente e devolve ao Fundo Nacional de Saúde. • Envia dados sobre pagamento que
361 estarão disponíveis via internet, simultaneamente para todos os gestores do SUS
362 (municipais, estaduais e federais). Quem recebe os Cartões: • Os cartões serão enviados
363 da Caixa Econômica Federal para a Secretaria Municipal de Saúde. • O SMS organizará
364 a distribuição para as famílias, aproveitando para ser um momento de mobilização da
365 comunidade e reforço de atividades educativas. • A entrega dos cartões deverá servir
366 como atividade de vinculação destas famílias aos serviços municípios de saúde. Em
367 relação ao Controle Social das Inscrições. • Beneficiários serão identificados pelo
368 PACS/PSF ou rede de Saúde. • O cadastro será homologado pelo Conselho Municipal de
369 Saúde. • Outras organizações sociais deverão ser chamadas para participar ex. Pastoral da
370 Criança. • Outras ações de inserção social passam ser direcionadas a estas famílias para
371 que melhorem as condições de vida e deixem de ser beneficiárias. Quando aderir. •
372 Adesão é a partir de julho de 2001. Em relação ao modelo atual de atenção ICCN: • O

373 número de beneficiário: 615.000 crianças de 6 a 24 meses a 307.000 adicionais (criança
374 até 5 anos, principalmente irmãos e gestantes). Após apresentação os membros
375 manifestaram – se: **Jurandi** acha que o programa amplia os recursos, mas amplia mais
376 ainda os beneficiários e abre espaço para que o dinheiro seja utilizado pela família, o
377 problema é acompanhamento exige muito do gestor. Tem que ser excluído como Ação de
378 Saúde e visto sim como acréscimo de Renda. **Benedita** o grande trabalho foi deslocar a
379 responsabilidade da Coordenadoria do Programa para o SUS. A experiência vem sendo
380 apoiada pelas Organizações Internacionais, como experiências no Chile e no México. Há
381 famílias que as Bolsas proporcionam uma renda bem superior a que ela hoje tem. **Alcides**
382 diz que o programa é politicagem sim, se os Estados não se posicionarem. **Benedita** diz
383 que nenhum município é obrigado a aderir ao Programa. Pode continuar com o PCCN. O
384 PCCN não é eficiente, em Fortaleza os recursos permaneceram mais de 1 ano em caixa,
385 sem que o leite fosse adquirido. **Rosemary** diz que recebeu ordem judicial dos
386 fornecedores e por isso não comprou o leite. **Adelmo** o PCCN em Fortaleza teve
387 problemas, mas o número de desnutridos reduziu. Não é contra o Programa novo, mas
388 deve ser visto os Indicadores. Concorda em parte com o Alcides. **Raquel** não é contra o
389 Programa de Renda Mínima, mas discorda da forma que foi feito no Brasil. O CMS de
390 Quixadá não concordou. **Lúcia** solicita informação sobre as balanças que o Estado está
391 cobrando? O município que não aderiu ficará em situação muito difícil. **Fátima** indaga
392 sobre os critérios de desligamento? **Mário** faz muitas críticas ao PCCN e aponta
393 distorções. Concorda com o Programa, desde que seja gerido pelo Gestor Municipal. O
394 município não tem como não aderir ao Programa de Bolsa, pois o MS irá entrar de forma
395 pesada. O programa tem que ser monitorado pela CIB/Ce. **Benedita** os compromissos
396 que os gestores firmam assegura que o Programa seja vinculado a Assistência à Saúde. O
397 município tem autonomia e que será avaliado após 16 meses. **Vera** estar havendo um
398 equívoco, a autonomia do município é de aderir ou não aderir ao Programa, a do CMS é
399 de aprovar ou não, e da CIB/CE é aprovar ou não. Após discussão a CIB/Ce, registra o
400 Protesto ao Programa por não ter sido discutido pelos Estados e Municípios na Comissão
401 de Gestores. **Item 5 da Pauta - Gestão do SUS em Fortaleza e Banabuiú – Relatório**
402 **de Auditoria do MS – Problemas identificados e Recomendações.** Lilian apresenta os
403 problemas e as recomendações, para que a Bipartite possa definir como monitorar estas
404 recomendações. **BANABUIÚ** a auditoria foi realizada no período de 5 a 9/02/2001
405 referente ao exercício de 1997. Origem da Auditoria atender diligência do Tribunal de
406 Contas da União, TCU – 015.413/1997, decisão no. 669/2000/TCU/Plenário, visando
407 esclarecer quanto a indícios de irregularidades na gestão dos recursos financeiros, pelo
408 falecido ex – Prefeito do Município de Banabuiú no exercício de 1997. Constatções
409 (Não Conformidades – Impropriedades/Irregularidades): 1. Falta de parte da
410 documentação contábil nos arquivos da Prefeitura, contrariando o § 4º do artigo 139 do
411 Decreto no. 93872/86. 2. Falta de organização na estruturação dos processos de
412 pagamentos. 3. Várias contas correntes utilizadas para a realização de contrapartida
413 municipal. 4. Pagamentos em espécie, contrariando o artigo 44 do Decreto no. 93.872:
414 folhas de pagamentos de pessoal com espelho de cheque em nome da tesoureira da
415 Prefeitura, Senhora Antônia Cristina da Silva Costa e/ou da Secretária Municipal de
416 Saúde; e sem espelho de cheque com a informação de ser pago por “caixa”. 5. Nota de
417 Empenho com data posterior a data da nota fiscal e do recebimento do material,
418 contrariando o artigo 60 da Lei no. 4320/64. 6. Devolução de recursos financeiros sem
419 comprovante de transferência. Consta no processo, apenas, um recibo não assinado, em

420 nome da Prefeitura municipal, datado de 30/05/1997, em valor de R\$ 3.219,14 (três mil,
421 duzentos e dezenove reais e quatorze centavos) e na capa deste, a seguinte informação: “
422 debitado do FMS” para o “caixa” (processo no. 378). 7. Transferências de recursos
423 financeiros do SUS, conta corrente no. 22.238-0, BB S/A, para contas correntes da
424 Prefeitura. 8. Secretário Municipal de Saúde, Senhor José Ednilson Silveira acumulando
425 funções como prestador de serviços (odontólogo), autorizando inclusive seus
426 pagamentos, contrariando o §4º do artigo 26 da Lei no. 8080/90. 9. Pagamento em valor
427 maior (espelho do cheque , nota de empenho e recibo) que as notas fiscais arquivadas no
428 processo. 10. Nota fiscal, NFS – 560 da BATCAR – Baterias Peneus e Serviços LTDA,
429 paga em duplicidade conforme processos de no. 095, 096, 173 e 174. 11. Pagamento de
430 seguro obrigatório de veículo sem o DPVAT arquivado e, em nome de Marinalva Nobre
431 da Silveira. 12. Pagamentos somente com recibos fazendo referência à existência das
432 notas fiscais e licitação em outros processos, os quais não foram apresentados. 13.
433 Pagamento de aquisição de medicamentos à FURP, sem nota fiscal e nota de empenho,
434 somente com recibo. 14. Processos de licitação não formalizados de acordo com o artigo
435 38 da Lei 8666/93. Sendo estes partes integrantes dos processos de pagamentos. Dos
436 fatos apurados concluímos ser Procedente a denúncia de irregularidade na aplicação dos
437 recursos financeiros do SUS, no exercício de 1997, haja vista a falta de toda
438 documentação comprobatória no local em que se deram os registros contábeis
439 contrariando o § 4º do artigo 139 do Decreto no. 3872/86; e a constatação de várias
440 despesas com impropriedades e/ou irregularidade. As Recomendações: À Secretária
441 Municipal de Saúde: não realizar pagamento de despesas: com documento fiscal sem
442 data, em espécie, visto que contraria o artigo 44 do Decreto no. 93.872/86, sem prévio
443 empenho pois contraria o artigo 60 da Lei no. 4320/64 e em duplicidade. Não realizar
444 transferências de recursos do SUS para contas correntes da Prefeitura, visto que indica o
445 uso indevido dos recursos da saúde, contrariando o inciso IV do artigo 2º da Lei 8142 de
446 29/12/1990. Não contratar serviços do próprio Secretário Municipal de Saúde
447 (médico/odontólogo), pois contraria o artigo 26 da Lei no. 8080/90. Arquivar nos
448 processos de pagamentos todos os documentos comprobatórios (contábeis e fiscais) e
449 eles inerentes , evitando a sistemática de constar somente no primeiro pagamento, quando
450 este ocorre de forma parcelada. Sistematizar a forma de arquivamento dos documentos,
451 nos processos de pagamentos e licitatórios, possibilitando maior controle do uso dos
452 recursos públicos e cumprimento dos princípios constitucionais básicos de legalidade,
453 impessoalidade, moralidade e probidade administrativa. Constituir processos específicos
454 de licitação em cumprimento ao artigo 38 da Lei no. 8666/93. Manter devidamente
455 arquivado no órgão de contabilidade da Prefeitura e/ou Secretaria Municipal de Saúde os
456 documentos contábeis com vistas a cumprir o §4º do artigo 139 do Decreto no. 93872/86.
457 Observar a Planilha de Glosas anexa a estas recomendações para recolhimento do valor
458 atualizado monetariamente, na forma da legislação, ao Fundo Nacional de Saúde. A
459 CIB/CE decidiu: 1) Enviar ofício para todos os gestores municipais informando as
460 recomendações da Auditoria do MS. 2) Convidar o SMS para informar a CIB/Ce como se
461 encontra a gestão dos recursos federais no município. **FORTALEZA – Órgão /**
462 **Entidade Auditada é a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social.** Município
463 em Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. Data da habilitação, PT/GM/MS
464 no. 1343 de 19.11.99. Auditoria realizada em 19 a 30.06.2000. Período de abrangência
465 1999 e janeiro a maio de 2000. Origem da Auditoria Memo/CGAUD no. 415/00, de
466 09.06.2000 e Ofício/DCAA no. 258 e 259/00. Elemento de Auditoria de Gestão. Objetivo

467 da Auditoria é avaliar a Gestão Municipal de Saúde quando aos aspectos organizacionais,
468 assistência à saúde, regularidade da aplicação dos recursos e integração e inter-relação
469 aos demais níveis de gestão do SUS. Recomendações /Fundamentação: A Secretaria de
470 Assistência à Saúde – SAS - Notificar o Gestor Municipal que deverá: A) Intermediar
471 junto ao Gestor Estadual e Municipal para que o município assuma integralmente suas
472 ações em saúde em conformidade com o modelo de gestão para o qual foi habilitado –
473 NOB/SUS/01/96. B) Elaborar tempestivamente a Programação Anual do Plano
474 Municipal de Saúde e com dados atualizados. C) Recomendar que os responsáveis pelos
475 diversos setores sejam formalmente nomeados (Núcleos de Vigilância Sanitária). D)
476 Elaborar Relatório de Gestão de acordo com inciso IV, artigo 4º da Lei 8142/90. E)
477 Implementar as ações técnicas dos seguintes Programas Saúde da Mulher, da Criança e
478 do Adolescente, do Idoso do Trabalhador, Saúde da Mental, de acordo com o que
479 determina as respectivas Portarias. F) Suprir as necessidades de recursos humanos e
480 capacidade instalada nas especialidades de neurologia, otorrinolaringologia e
481 endocrinologia para diminuir a demanda reprimida. G) Garantir a assistência
482 odontológica a toda população. H) Articular junto ao Gestor Estadual a Gerência das
483 Ações e Serviços de Média e Alta Complexidade, com vistas a atender o contido na
484 IN/MS 01/97, NOB?SUS 01/96. I) Estabelecer registros dos programas de saúde do
485 adolescente, do idoso e do trabalhador. J) Garantir a referência e contra – referência as
486 gestantes e pacientes do Programa Saúde da Família. Á Secretaria de Políticas de Saúde
487 – SPS – Notificar o Gestor Municipal que deverá: A) Estabelecer metas de vigilância
488 epidemiológica para 2000 e adequar a área física e quantidade de recursos humanos para
489 desenvolvimento das atividades. B) Alimentar o SIAB e SISVAN, na forma das PT/GM
490 1887/97 e 157/98. C) adequar o PCCN quanto aos critérios de ingressos e desligamento,
491 distribuição dos produtos aos beneficiários, de acordo com as PT/MS 2/09/98 e 709/99.
492 D) Estabelecer controles dos pacientes portadores de AIDS acometidos de Tuberculoses
493 Pulmonar. E) Implementar as ações técnicas dos seguintes programas PACS, PSF e
494 PCCN de acordo com o que determina as respectivas Portarias. F) Cumprir rigorosamente
495 a utilização dos recursos destinados ao PCCN em tempo hábil. À Secretária Executiva
496 /Fundo Nacional de Saúde – Notificar o Gestor que deverá: A) Observar a Lei no. 866/93
497 no que refere aos processos licitatórios. B) Rever a Lei de criação do Fundo Municipal de
498 Saúde quanto a definir a forma de controle, acompanhamento, prestação e tomada de
499 contas, na forma da Lei no. 4320/64. C) Estabelecer registros de controles de
500 almoxarifado na forma do capítulo 02 03.01.6 da IN/DTN 10/91. Após apresentação a
501 **Rosemary** - Secretária da SMDS - Fortaleza afirma que a grande maioria dos problemas
502 identificados foram ou estão em processo de solução. O processo de informação do
503 Relatório foi muito ruim, pois o mesmo não foi enviado para a SMDS, a comunicação foi
504 feita em corredores da SESA e na Câmara de Vereadores. E adverte que não foi ética a
505 postura da Dra. Benedita, quando na sua exposição sobre o Programa da Bolsa
506 Alimentação, fez referência a SMDS - Fortaleza sem conhecer as razões do problema. E
507 solicita registro em ata da insatisfação do município pelo fato de o mesmo ter sido
508 divulgado sem informação prévia do Gestor Municipal. Decisão da CIB/CE o relatório
509 devem ser dado conhecimento primeiramente ao Gestor Municipal, antes de inclusão na
510 Pauta da CIB/CE. **Item 6 da Pauta – NOAS Prorrogação do Prazo de Entrega dos**
511 **Documentações referidos no Art. 2 da Portaria SAS no. 976, datada de 04/07/200.**
512 **Item 7 da Pauta - Vigilância Epidemiológica: Certificação de município para**
513 **descentralização de ações.** Seis municípios obtiveram parecer favorável do NUEPI para

514 serem certificados: Tianguá, Cruz , Senador Pompeu, Itarema, Jijoca de Jericoacoara e
515 Marco. As certificações foram aprovadas através da Resolução da CIB/C de no. 12/2001,
516 no uso de suas atribuições legais e considerando: I) Portaria GM/MS no. 1.399, de 15 de
517 dezembro de 1999, que regulamenta a NOB.SUS 01/96 no que se refere as competências
518 da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de
519 doenças e define a sistemática de financiamento. II) Instrução Normativa da FUNASA
520 no. 002, de 5 de junho de 2000, que regulamenta os procedimentos de Certificação de
521 Municípios, Estados e Distrito Federal para a Gestão das Ações de Epidemiologia e
522 Controle de Doenças. RESOLVE. Art.1. Aprovar a Certificação dos Municípios , acima
523 discriminados, para a Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, após
524 conhecimento do parecer favorável da Comissão Estadual de Descentralização. Art. 2
525 Esta resolução entrará em vigor na data da assinatura. Porem só será encaminhada para o
526 FUNASA/MS depois de revisar a PPI da Epidemiologia. **Item 8 da Pauta - Saúde da**
527 **Família: Solicitação de Qualificação de equipes.** Municípios que solicitam
528 qualificação no Programa Saúde da Família: Tabuleiro do Norte 03 (três), Parambu 03
529 (três), Coreaú 02 (duas), Acopiara 04 (quatro), Bela Cruz 02 (duas), Itarema 01 (uma),
530 Forquilha 04 (quatro), Alto Santo 02 (duas), Maranguape 06 (seis), Crato 08 (oito).
531 **PSF/Saúde Bucal: Icó 03 (três) e Varjota 01 (uma).** Todas as qualificação foram aprovada
532 pela CIB. **Item 9 da Pauta - Composição da Rede Estadual de Assistência ao**
533 **Portadores de Deficiência Física – Fátima.** A CIB/Ce, reunida em 17/08/91 constituiu
534 uma Comissão Técnica para definir as Unidades que irão compor a Rede Estadual de
535 Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física no Estado do Ceará. A Comissão
536 elaborou a seguinte proposta: 1) Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário o
537 Centro de Saúde José de Alencar no município de Fortaleza. 2) Serviço de Reabilitação
538 Física - Primeiro Nível de Referência Intermunicipal: o Instituto de Prevenção do Câncer
539 - Fortaleza, o Hospital Municipal Alberto Gadelha - Caucaia, o Centro de Saúde de
540 Treinamento - Maranguape, o Hospital Municipal - Maracanaú, o Centro de Fisioterapia
541 - Itapiúna, o Centro de Saúde - Canindé, o Centro de Reabilitação Municipal - Quixadá,
542 o Centro de Reabilitação Física - Limoeiro do Norte, a Santa Casa - Sobral, o Casa de
543 Saúde - Iguatu, o Centro de Nutrição - Crato e o Hospital Infantil Estefânia Rocha Lima -
544 Juazeiro do Norte. A CIB/Ce acatou a Proposta da Comissão Técnica. **Item 10 da Pauta**
545 **- Composição da Rede Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN**
546 **– Jocileide.** A CIB/Ce, reunida em 17/08/91 constituiu uma Comissão Técnica para
547 definir as Unidades que irão compor a Rede Estadual do Programa Nacional de Triagem
548 Neonatal/PNTN no Estado do Ceará. A Comissão propõe seguinte Proposta: 1) -
549 Serviços de Referência em Triagem Neonatal – SRT – Tipo o Hospital Infantil Albert
550 Sabin – HIAS. 2) Laboratório Especializado em Triagem Neonatal – Tipo I o
551 Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN. 3) Rede Estadual de Coleta as seguintes
552 Unidades: Hospital Geral César Cals , Hospital Geral de Fortaleza, Maternidade Escola
553 Assis Chateaubriand. A CIB acatou a Proposta da Comissão Técnica. **Item 11 da Pauta:**
554 **INFORMES: 1. Ofício – Circular no. 125/01 da SPS/MS - Programa de**
555 **Humanização do Parto e do Nascimento – Situação Atual.** A Secretário de Políticas
556 de Saúde apresenta a atual situação do Programa de Humanização do Parto e do
557 Nascimento no Ceará. Este programa tem como objetivo reforçar o combate aos índices
558 de mortalidade materna e perinatal no país. O programa pretende assegurar a melhoria do
559 acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto
560 e puerpério às gestantes e ao recém nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

561 Para tanto estão sendo disponibilizados recursos financeiros que acrescentam R\$ 90,00
562 aos valores já adotados para assistência a cada gestante usuário do SUS no ciclo
563 gradídico-puerperal. Para fazer jus a essa verba complementar o município deve enviar ao
564 MS o Termo de Adesão . A área técnica da saúde da Mulher definiu como meta para o
565 ano 2001 aderiu ao Programa as capitais brasileiras e os municípios das respectivas
566 regiões metropolitanas, os municípios com população acima de 50.000 habitantes, os que
567 possuem cobertura acima de 70% do PSF. Complementarmente pretende – se aderir 15%
568 dos municípios atendidos pelo Projeto Alvorada. O programa recebeu até hoje 1.237
569 proposta de Termo de Adesão, já tendo 1.086 município aderidos. Segundo nossos
570 arquivos, o Estado do Ceará, apresenta a seguinte situação: 1) 33 (trinta) municípios
571 enviaram o Termo de Adesão. 2) 29 (vinte e nove) municípios já aderiram ao Programa.
572 Como é do interesse do MS apoiar os Estados e Municípios na implantação e
573 implementação do Programa, então coloca a disposição uma equipe da área Técnica de
574 Saúde da Mulher para agilizar o processo. **2. HEMOCE - IJF está solicitando proposta**
575 **de serviços para fornecimento de hemoderivados ao HEMOCE e FUJISAN.** Vera
576 coloca a Rosemary e o Adelmo a par da situação de que o IJF - Parangaba está
577 solicitando uma proposta de serviços para fornecimento de hemoderivados ao HEMOCE
578 e FUJISAN. O HEMOCE atualmente já fornece hemoderivado ao IJF – Parangaba.
579 Como a prioridade é garantida ao HEMOCE por ser um prestador público. O mesmo não
580 pode ser tratada como privado. Adelmo diz que se reunirá na próxima semana com o
581 pessoal do IJF – Parangaba para tratar sobre o assunto. **3.Ofício – Circular no. 131/**
582 **SPS/MS – Informando que se encontra disponível no endereço**
583 **http://www.datasus.gov.br/atbasica /pacto/2001, o software do sistema de**
584 **Monitoramento do Pacto da Atenção Básica – SIMPACTO/ Módulo de Metas, no**
585 **qual a Secretaria Estadual de Saúde deverá registrar as metas municipais e**
586 **estaduais para cada um dos indicadores de 2001. E o manual também encontra – se**
587 **no citado endereço.** Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião,
588 determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos, servindo como Secretária,
589 lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
590 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, trinta e um de agosto do
591 ano dois mil e um.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 15ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

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

Aos quatorze dias do mês de setembro do ano dois mil e um, as nove horas, na Sala de Reunião do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Quinta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Rogério Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Saúde de Jaguaribe, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Maria Vilauva Lopes, Secretária Municipal de Saúde de Aratuba, José Adelmo Mendes Martins, Coordenador da Saúde da SMDS/PMF, Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Alexandre José Mont'Alverne Silva, COPOS/SESA. Como convidados: Alcides Miranda, COSEMS, Mara Rubria, SMDS/PMF, Maria de Fátima Mota, SMS de Mulungu, Vanda Deucila Moura, CEACRI, Neusa Goya, COSEMS, Pedro Correia, SMS de Maranguape. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que dar início a mesma informando sobre a pauta, que seria apenas um ponto, mas que por necessidade foram incluídos outros assuntos. **Item 1 da Pauta – Carta de Adesão Municipal ao Programa Bolsa Alimentação.** Vera informa que o Estado encontra-se com auditores federais que estão auditando o Programa de Combate a Carência Nutricional e dado a formalização de denúncias a respeito desse programa. Os municípios que solicitam a Carta de adesão ao Programa Bolsa Alimentação são: Beberibe, Maranguape, Viçosa e São Gonçalo do Amarante, com parecer favorável da CEACRI. A CIB/Ce aprovou a Carta de Adesão Municipal ao Programa Bolsa Alimentação destes municípios, conforme a Medida Provisória NO. 2.206. de 10 de agosto de 2001 da Presidência da República. **Item 2 da Pauta - Solicitação de qualificação de equipes PSF e PSF/Saúde Bucal.** Programa Saúde da Família: Tejuçuoca (01), Tianguá (01) e Saboeiro (01). PSF/Saúde Bucal: Icó (05), Acaraú (03), Maranguape (09), Guaiuba (02) e Tauá (01). Todas as qualificações foram aprovada pela CIB/CE. **Item 3 da Pauta - Plano Diretor de Investimento - PDI.** Vera informa que a apresentação será por Municípios e por Micro para que se possa ter noção do Investimento por Micro. Inicia lembrando o modelo de assistência proposto e coloca que os projetos com previsão de orçamento abaixo de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) foram retirados. Informa também que foram apresentados projetos de até R\$ 100,00 (cem reais) e que não é possível contemplar dentro de um plano de investimento. Vera faz apresentação dos Quadros Demonstrativos dos Projetos por Município/Microrregião constante no Plano de Regionalização - Setembro de 2001: **1ª Microrregião de Saúde – Fortaleza: Fortaleza/Capital** • Reforma, Ampliação e Climatização das Unidades Assistenciais do Hospital de Messejana, Fonte Indefinida no valor de 1.300.000. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital de Messejana – Projeto I, Tesouro Estadual no valor de 205.571 e Outras Fontes no valor de 1.068.106. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital de Messejana – Projeto II, Fonte Indefinida no valor de 2.085.000. • Aquisição de 03 Ambulâncias para o Hospital de Messejana, Fonte Indefinida no valor de 270.000. • Aquisição de Equipamentos para Informatização do

51 Hospital de Messejana, Tesouro Estadual no valor de 210.988. • Reforma,
52 Ampliação e Aquisição de Equipamentos para o HEMOCE, Tesouro Estadual no
53 valor de 96.477 e Outras Fontes no valor de 501.273. • Reestruturação Física da
54 Rede de HEMOCENTROS Regionais, Tesouro Estadual no valor de 48.215 e
55 Outras Fontes 602.513. • Aquisição de Equipamentos para a Rede de
56 HEMOCENTROS (Projeto I), Outras Fontes no valor de 667.185. • Aquisição
57 de Equipamentos e de Unidade Móvel para a Rede de HEMOCENTROS (Projeto
58 II), Tesouro Estadual no valor de 221.352 e Outras Fontes no valor de 1.619.469.
59 • Aquisição de Equipamentos para o HEMOCENTRO de Fortaleza, Tesouro
60 Estadual no valor de 59.931 e Outras Fontes no valor de 539.379. • Reforma ,
61 Ampliação de Equipamentos para o Hospital São José, Tesouro Estadual no valor
62 de 37.122 Outras Fontes no valor de 192.878. • Aquisição de Equipamentos para
63 Informatização do Hospital São José, Tesouro Estadual no valor de 108.902. •
64 Desapropriação dos Terrenos para Ampliação do Hospital Geral Dr. César Cals,
65 Tesouro Estadual no valor de 300.000 e Outras Fontes no valor de 523.790 •
66 Aquisição e instalação de Subestação Abridada de 500Kva para o Hospital Geral
67 César Cals, Tesouro Estadual no valor de 194.000. • Aquisição e Instalação de
68 Equipamentos para Prevenção e Combate ao Incêndio para o Hospital Geral
69 César Cals, Tesouro Estadual no valor de 40.000. • Aquisição de Equipamentos
70 para Setores Estratégicos do Hospital Dr. Geral César Cals, Tesouro Estadual no
71 valor de 101.763 e Outras Fontes no valor de 528.737. • Reforma e Ampliação
72 de Setores Estratégicos do Hospital Geral Dr. César Cals, Tesouro Estadual no
73 valor de 1.509.272. • Construção do Centro de Parto Normal do Hospital Geral
74 Dr. César Cals, Tesouro Estadual no valor de 121.204 e Outras Fontes 200.000. •
75 Construção de Área para resíduos Infectantes no Hospital Geral Dr. César Cals,
76 Tesouro Estadual no valor de 18.000. • Aquisição de Equipamentos de
77 Informática para o Hospital Geral Dr. César Cals, Tesouro Estadual no valor de
78 152.920. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Infantil Albert Sabin -
79 HIAS, Tesouro Estadual no valor de 91.635 e Outras Fontes no valor de 476.115.
80 • Construção e Reforma da UTI Pediátrica, Centro Cirúrgico e Centro de
81 Material do Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS, Tesouro do Estado no valor de
82 1.000.000 e Fonte Indefinida no valor de 1.500.000. • Aquisição de
83 Equipamentos de Informática para o Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS,
84 Tesouro Estadual no valor de 136.959. • Reforma do Centro de Nutrição e
85 Dietético do Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fonte Indefinida no valor
86 de 70.000. • Reforma e Ampliação das Unidades III e IV do Hospital de Saúde
87 Mental de Messejana, Tesouro Estadual no valor de 130.000. • Reforma do
88 Centro de Estudos do Hospital de Saúde Mental de Messejana, Tesouro Estadual
89 no valor de 80.000. • Aquisição de Equipamentos de Informática para o Hospital
90 de Saúde Mental de Messejana, Tesouro Estadual no valor de 143.900. •
91 Reforma da Lavanderia do Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fonte
92 Indefinida no valor de 30.000. • Implantação de (02) duas Residências
93 Terapeuticas do Hospital de Saúde Mental de Messejana, Tesouro Estadual no
94 valor de 140.000. • Reforma do Ambulatório de Dependência Química – CEPAD
95 do Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fonte Indefinida no valor de 50.000.
96 • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Geral de Fortaleza – (Projeto I),
97 Tesouro Estadual no valor de 230.145 e Outras Fontes no valor de 1.195.782. •
98 Aquisição de Equipamentos para o Hospital Geral de Fortaleza – (Projeto II),

99 Tesouro Estadual no valor de 2.500.000. • Aquisição de Equipamentos de
100 Informática para o Hospital Geral de Fortaleza, Tesouro Estadual no valor de
101 194.739. • Reforma, Ampliação e Revitalização do Hospital Geral de Fortaleza,
102 Tesouro Estadual no valor de 10.000.000. • Reforma e Adaptação das
103 Instalações Físicas do Hospital Jesus Sacramento, Tesouro Estadual no valor de
104 7.000.000. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Jesus Sacramento,
105 Tesouro Estadual no valor de 2.500.000. • Reforma, Ampliação e Aquisição de
106 Equipamentos para o Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN, Tesouro
107 Estadual no valor de 21.082 e Outras Fontes no valor de 109.018. • Reforma e
108 Ampliação das Instalações do LACEN, Tesouro Estadual no valor de 200.000. •
109 Aquisição de Equipamentos de Informática para o LACEN, Tesouro Estadual no
110 valor de 208.865 e Outras Fontes no valor de 100.000. • Reforma da Sala de
111 Nebulização e Esterilização do Centro de Saúde José de Alencar, Tesouro
112 Estadual no valor de 615.000 e Fonte Indefinida no valor de 615.000. •
113 Aquisição de Equipamentos de Informática para o Centro de Saúde José de
114 Alencar, Tesouro Estadual no valor de 178.361. • Aquisição de Equipamentos
115 para o Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, Tesouro Estadual no valor de
116 50.424 e Outras Fontes no valor de 261.994. • Reforma do Centro Integrado de
117 Hipertensão e Diabetes, Tesouro Estadual no valor de 300.000 e Fonte Indefinida
118 273.700. • Aquisição de Equipamentos de Informática para o Centro Integrado de
119 Diabetes e Hipertensão, Tesouro Estadual no valor de 61.650. • Reforma do
120 Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará – IPCC, Tesouro Estadual no valor de
121 150.000. • Aquisição de Equipamentos para Informatização do Instituto de
122 Prevenção do Câncer – IPCC, Tesouro Estadual no valor de 145.646. •
123 Ampliação e Construção do Pavimento Superior do Centro de Saúde Dona
124 Libânia, Tesouro Estadual no valor de 120.000. • Aquisição de Equipamentos de
125 Informática para o Centro de Saúde Dona Libânia, Tesouro Estadual no valor de
126 17.000. • Ampliação do Centro de Saúde do Meireles, Tesouro Estadual no valor
127 de 200.000. • Aquisição de Equipamentos de Informática para o Centro de Saúde
128 Meireles, Tesouro Estadual no valor de 50.750. • Reforma do Centro
129 Especializado de Odontologia do Benfica, Tesouro Estadual no valor de 150.000
130 e Fonte Indefinida no valor de 130.000. • Reforma da Subestação e Aquisição do
131 Grupo Gerador para o Centro Especializado de Odontologia – CEO – CENTRO,
132 Tesouro Estadual no valor de 100.000 e Fonte Indefinida no valor de 50.000. •
133 Reforma do Centro Especializado de Odontologia – CEO – Rodolfo Teófilo,
134 Tesouro Estadual no valor de 50.000. • Aquisição de Equipamentos para Setores
135 Estratégicos do Hospital Cura D’Ars, Fonte Indefinida no valor de 965.000, •
136 Reforma, Ampliação e Aquisição de Equipamentos para as Emergências I e II do
137 Instituto Dr. José Frota – IJF, Fonte Indefinida no valor de 1.270.090. • Reforma
138 do Instituto de Prevenção à Distribuição e a Excepcionalidade - IPREDE, Fonte
139 Indefinida no valor de 1.870.000. • Reforma, Ampliação e Aquisição de
140 Equipamentos para a UTI da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Fonte
141 Indefinida no valor de 91.000. • Implantação do Serviço de Neurocirurgia da
142 Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Fonte Indefinida no valor de 1.445.000.
143 • Aquisição de Equipamentos para os Setores Estratégicos do Hospital
144 Universitário Walter Cantídio, Fonte Indefinida no valor de 3.000.000. •
145 Reabertura da Emergência do Hospital Universitário Walter Cantídio, Fonte
146 Indefinida no valor de 1.900.000. • Ampliação da Unidade de Terapia Intensiva

147 do Hospital Universitário Walter Cantídio, Tesouro Estadual no valor de
148 550.000. • Aquisição de Equipamentos para os Setores de Urologia, Radiologia e
149 Hemodinâmica do Hospital Universitário Walter Cantídio, Tesouro Estadual no
150 valor de 2.680.000. • Aquisição de Equipamentos para as Oficinas Terapeutas –
151 CAPS/SER II IV, VI, Tesouro Estadual no valor de 90.000. • Reforma,
152 Ampliação e Aquisição de Equipamentos para o Hospital Nossa Senhora da
153 Conceição, Fonte Indefinida no valor de 503.000. • Reforma, Ampliação e
154 Aquisição de Equipamentos para o Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do
155 Ceará, Fonte Indefinida no valor de 548.495. • Ampliação do Centro de
156 Assistência a Criança Lúcia de Fátima - CROA, Fonte Indefinida no valor de
157 400.000. • Ampliação e Reforma da Emergência do Hospital Distrital Edmilson
158 Barros de Oliveira, Fonte Indefinida no valor de 290.000. • Ampliação da
159 Emergência e Centro Cirúrgico do Hospital Distrital Evandro Aires de Moura,
160 Fonte Indefinida no valor de 3.700.000. • Reforma, Ampliação e Aquisição de
161 Equipamentos para o Hospital Distrital Maria José B. Oliveira – Parangaba,
162 Fonte Indefinida no valor de 350.000. • Aquisição de Equipamentos de Ultra-
163 Sonografia para o Hospital da Polícia Militar, Fonte Indefinida no valor de
164 190.000. • Reforma, Ampliação e Equipamentos da Unidade de Medicina Física
165 e Reabilitação do Hospital da Polícia Militar, Fonte Indefinida no valor de
166 252.514. • Reforma, Ampliação e Aquisição de Equipamentos para Centro de
167 Saúde, Tesouro Municipal no valor de 13.485. • Reforma, Ampliação e
168 Aquisição de Equipamentos para Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor de
169 1.758.541. • Reforma e Ampliação de Centros de Saúde, Fonte Indefinida no
170 valor de 85.000. • Reforma e Ampliação de Centros de Saúde, Tesouro
171 Municipal no valor de 53.900. • Reforma e Ampliação de Equipamentos para o
172 Centro de Saúde da Floresta, Outras Fontes no valor de 120.000. • Reforma do
173 Centro de Saúde Evandro Ayres de Moura, Tesouro Municipal no valor de
174 15.000. • Aquisição de Equipamentos para Centros de Saúde, Fonte Indefinida
175 no valor de 297.880. • Aquisição de Ambulância para SOS Fortaleza, Outras
176 Fontes no valor de 1.200.000. • Aquisição de Ambulância para o GSU, Outras
177 Fontes no valor de 1.200.000. **Fortaleza/Interior: Aquiraz** • Reforma do
178 Hospital Geral Manuel Assunção Pires, o município assume a contrapartida,
179 Outras Fontes no valor de 450.000. • Construção e Aquisição de Equipamentos
180 para Unidade Básica de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 45.174 e Outras
181 Fontes no valor de 406.565. • Reforma e Aquisição de Equipamentos para
182 Unidade Básica de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 450.739. **Cascavel** •
183 Aquisição da Estrutura Física do Hospital Nossa Senhora das Graças, Tesouro
184 Estadual no valor de 12.000. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Nossa
185 Senhora das Graças, Tesouro Estadual no valor de 90.000. • Aquisição de
186 Equipamentos para Policlínica Municipal, Tesouro Estadual no valor de
187 180.000. • Aquisição da Estrutura Física do Laboratório Municipal, Outras
188 Fontes no valor de 10.000. • Aquisição de Equipamentos para o Laboratório
189 Municipal, Outras Fontes no valor de 30.000. • Aquisição de Veículo para Centro
190 Psicossocial – CAPS, Fonte Indefinida no valor de 25.000. **Eusébio** • Aquisição
191 de Equipamentos para o Hospital Municipal e Centro de Fisioterapia, Fonte
192 Indefinida no valor de 40.000. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Dr.
193 Amadeu Sá Fonte Indefinida no valor de 140.000. **Itaitinga** • Ampliação e
194 Aquisição de Equipamentos para a Unidade Mista de Saúde, Tesouro Municipal

195 no valor de 124.962 e Outras Fontes no valor de 758.120. • Construção e
196 Aquisição de Equipamentos para o Centro Odontológico, Outras Fontes no valor
197 de 120.000. **Horizonte** • Aquisição e Reforma do Hospital e Maternidade
198 Venâncio Raimundo de Sousa, Fonte Indefinida no valor de 250.000. •
199 Aquisição de Equipamentos para o Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo
200 de Sousa, Tesouro Municipal no valor de 101.000. **Pacajús** • Reforma e
201 Ampliação da Unidade Mista de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 480.000.
202 • Aquisição de Veículo (ambulância) para Unidade Mista de Saúde, Fonte
203 Indefinida no valor de 45.000. **Ocara** • Aquisição de Equipamentos para Casa de
204 Saúde e Maternidade, Fonte Indefinida no valor de 100.000. • Ampliação da
205 Casa de Saúde e Maternidade, o município assume a contrapartida, Outras Fontes
206 no valor de 120.000. **Pindoretama** • Implantação do Serviço de Ultra –
207 Sonografia no Centro de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 40.000.
208 **Chorozinho** • Ampliação e Aquisição de Equipamentos para Unidade Mista de
209 Saúde , Fonte Indefinida no valor de 120.000. **2ª Microrregião de Saúde**
210 **Caucaia: Caucaia** • Construção de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, o
211 município assume a contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 200.000. •
212 Reforma do Hospital Municipal Abelardo Gadelha, Fonte Indefinida no valor de
213 300.000. • Construção e Aquisição de Equipamentos para o Hospital Regional,
214 Tesouro Estadual no valor de 2.500.000 e Fonte Indefinida no valor de
215 2.500.000. • Construção da 2ª Etapa da Unidade Santa Tereza, Fonte Indefinida
216 no valor de 300.000. • Ampliação do Laboratório do Hospital Dr. Abelardo
217 Gadelha de Patologia Clínica, Fonte Indefinida no valor de 100.000. **Itapajé** •
218 Aquisição de Equipamentos para o Laboratório do Hospital Municipal João
219 Ferreira Gomes, Outras Fontes no valor de 27.779. • Aquisição de Equipamentos
220 para o Hospital Municipal João Ferreira Gomes , Outras Fontes no valor de
221 100.000. • Aquisição e Reforma do Hospital João Ferreira Gomes, Tesouro
222 Municipal no valor de 100.000 e Tesouro Estadual no valor de 300.000. •
223 Aquisição de 02 (duas) Ambulâncias para o Hospital Maternidade João Ferreira
224 Gomes, Tesouro Estadual no valor de 140.000. • Implantação do CAPS no
225 Hospital Municipal, Fonte Indefinida no valor de 40.000. • Aquisição de
226 Aparelho de Raio X Odontológico para Posto de Saúde 1 do PSF, Fonte
227 Indefinida no valor de 8.000. • Construção do Posto de Saúde na localidade de
228 Mulungu, Tesouro Municipal no valor de 13.000. **Umirim** • Aquisição de
229 Equipamentos para o Serviço de Urgência e Emergência da Unidade Obstétrica,
230 Tesouro Municipal no valor de 13.000. • Aquisição de Equipamentos para o
231 Posto de Coleta da Unidade Obstétrica, Fonte Indefinida no valor de 8.000. •
232 Aquisição de Equipamentos para a Lavanderia da Unidade Obstétrica, fonte
233 indefinida no valor de 25.000. • Aquisição de Ambulância, Fonte Indefinida no
234 valor de 30.000. • Construção do Posto de Saúde de Carnaúba, Fonte Indefinida
235 no valor de 20.000. • Aquisição de Equipamentos Odontológicos para Unidades
236 Básica, Outras Fontes no valor de 10.000. • Construção e Aquisição de
237 Equipamentos do Posto de Saúde do Moreira, Fonte Indefinida no valor de
238 20.000. • Reforma e Ampliação do Posto de Saúde São Joaquim, Tesouro
239 Municipal no valor de 10.000. • Reforma e Aquisição de Equipamentos do Posto
240 de Saúde Caxitoré, Tesouro Municipal no valor de 28.000. **Paraipaba** •
241 Aquisição de uma Lavanderia para o Hospital Municipal, Fonte Indefinida no
242 valor de 33.769. • Ampliação do Hospital Municipal, Fonte Indefinida no valor

243 de 50.000. • Aquisição de Aparelho de Raio X de 100MA para Hospital
244 Municipal, Fonte Indefinida no valor de 18.480. **Pentecoste** • Aquisição e
245 Reforma do Hospital Maternidade Vale do Curu, Tesouro Estadual no valor de
246 315.000. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Maternidade Vale do
247 Curu, Tesouro Estadual no valor de 300.000. • Reforma de Unidade Básicas de
248 Saúde , Fonte Indefinida no valor de 80.000. • Construção de seis (06) Unidades
249 Básicas de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 240.000. • Aquisição de
250 Equipamentos Odontológicos para Unidades Básicas de Saúde , Fonte Indefinida
251 no valor de 35.000. **Paracuru** • Aquisição de Aparelho de Raio X para Santa
252 Casa, Outras Fontes no valor de 60.000. • Aquisição de Equipamentos
253 Odontológicos para o Postos de Saúde , Outras Fontes no valor de 20.000. •
254 Aquisição de Equipamentos para o Posto de Saúde São Pedro, Outras Fontes no
255 valor de 20.000. • Aquisição de 01 (um) Consultório Odontológico para o Postos
256 de Saúde de São Pedro, Outras Fontes no valor de 10.000. **Apuiarés** • Aquisição
257 de Equipamentos para o Laboratório da Unidade Mista de Saúde da Família,
258 Tesouro Municipal no valor de 12.344. • Aquisição de Equipamentos para
259 Unidades Básicas de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 138.872. •
260 Aquisição de Ambulância para Unidade Mista da Família, o município assume a
261 contrapartida, Outras Fontes no valor de 82.278. • Reforma do Posto de Saúde , o
262 município assume a contrapartida , Outras Fontes no valor de 30.000. **General**
263 **Sampaio** • Construção e Aquisição de Equipamentos para Posto de Saúde Olho
264 D'Água , Outras Fontes no valor de 75.000. • Reforma e Aquisição de
265 Equipamentos para o Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 40.000. •
266 Construção do Posto de Saúde São João e Equipamentos para os Postos de Saúde
267 de Lagoa do Meio, Caraúba e São João, o município assume a contrapartida,
268 Outras Fontes no valor de 101.991. • Aquisição de Ambulância, Fonte Indefinida
269 no valor de 100.000. **São Luis do Curu** • Aquisição de Ambulância, Fonte
270 Indefinida no valor de 25.000. • Construção de Posto de Saúde Ipiranga, Fonte
271 Indefinida no valor de 25.000. **Tejuçuoca** • Aquisição de Equipamentos para
272 Unidade Mista Roque Silva Mota, Fonte Indefinida no valor de 28.838. •
273 Aquisição de Equipamentos para o Serviço de Fisioterapia para Unidade Mista
274 Roque Mota, Fonte Indefinida no valor de 7.521. • Construção e Aquisição de
275 Equipamentos para 04 (quatro) Posto de Saúde , Fonte Indefinida no valor de
276 236.712. • Aquisição de Equipamentos para Consultório Odontológico das
277 Equipes do PSF, Fonte Indefinida no valor de 8.677. **São Gonçalo do Amarante**
278 • Reforma e Aquisição de Equipamentos para Posto de Saúde, o município
279 assume contrapartida, outras fontes no valor de 177.600. • Construção e
280 Aquisição de Equipamentos para Posto de Saúde, o município assume
281 contrapartida, outras fontes no valor de 216.600. • Reforma e Aquisição de
282 Equipamentos para Posto de Saúde, o município assume contrapartida, Fonte
283 Indefinida no valor de 52.000. • Aquisição de Equipamentos Odontológico para
284 Posto de Saúde, o município assume contrapartida, outras fontes no valor de
285 96.000. • Reforma e Aquisição de Equipamentos para Posto de Saúde, o
286 município assume contrapartida, outras fontes no valor de 223.800. **3^o**
287 **Microrregião de Saúde - Maracanaú: Maracanaú** • Reforma, Aquisição e
288 Reestruturação do Hospital Municipal, o município assume contrapartida, outras
289 fontes no valor de 17.500.000. • Ampliação, Reforma e Aquisição de
290 Equipamentos para o Laboratório de Patologia Clínica João Pereira Andrade,

291 Tesouro Municipal no valor de 440.000. • Estruturação e Implantação do Banco
292 de Leite do Hospital Municipal, Tesouro Municipal no valor de 10.000. •
293 Implantação de CAPS, o município assume contrapartida, outras fontes no valor
294 de 60.500. • Estruturação do Serviço de Saúde do Trabalhador, o município
295 assume contrapartida, outras fontes no valor de 78.000. **Maranguape** •
296 Aquisição de Equipamentos para o Hospital Gonzaga Mota, o município assume
297 contrapartida, outras fontes no valor de 291.429. • Ampliação do Hospital
298 Gonzaga Mota, o município assume contrapartida, outras fontes no valor de
299 500.000. • Aquisição de Equipamentos para o Centro Psicossocial - CAPS, o
300 município assume contrapartida, outras fontes no valor de 33.000. • Aquisição
301 de Equipamentos para Odontologia e Fisioterapia do Centro de Saúde e
302 Treinamento, o município assume contrapartida, outras fontes no valor de
303 94.000. • Aquisição de Equipamentos para Centro de Saúde, o município assume
304 contrapartida, outras fontes no valor de 40.500. • Reestruturação Física e
305 Aquisição de Equipamentos para Unidade Básica de Saúde, o município assume
306 contrapartida, outras fontes no valor de 490.975. • Aquisição de Equipamentos
307 para Unidade Básica de Saúde Guabiraba, o município assume contrapartida,
308 outras fontes no valor de 27.000. • Construção e Aquisição de Equipamentos
309 para Unidades Básicas de Saúde, o município assume contrapartida, outras
310 fontes no valor de 120.000. **Palmácia** • Aquisição de Equipamentos para Centro
311 de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 23.000. **Pacatuba** • Reforma e Aquisição
312 de Equipamentos para Unidade Mista de Saúde Dr. Edmar C. Barroso, Fonte
313 Indefinida no valor de 65.000. **Redenção** • Reforma e Aquisição de
314 Equipamentos para Hospital e Maternidade Paulo Sarasate, Fonte Indefinida no
315 valor de 283.000. • Reforma do Centro Integrado de Reabilitação, Fonte
316 Indefinida no valor de 8.000. • Reforma e Ampliação do Centro de Saúde
317 Redenção, Fonte Indefinida no valor de 12.000. • Reforma e Ampliação do
318 Posto de Saúde Guassi, Fonte Indefinida no valor de 32.000. • Ampliação do
319 Posto de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 16.000. • Aquisição de
320 Equipamentos para Postos de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 36.000.
321 **Acarape** • Construção e Aquisição de Equipamentos para a Implantação do
322 Serviço de Obstetrícia na Unidade Mista de Saúde de Acarape, Fonte Indefinida
323 no valor de 26.264. • Aquisição de Equipamentos Odontológicos para o Centro
324 de Saúde Francisco da Chagas, Fonte Indefinida no valor de 5.900. • Ampliação
325 e Aquisição de Equipamentos para Postos de Saúde, Fonte Indefinida no valor de
326 62.822. **Guaiúba** • Reforma, Ampliação e Aquisição de Equipamentos para
327 Hospital D. Aluísio Lorscheider, Fonte Indefinida no valor de 49.000. • Aquisição
328 de Equipamentos e Veículo para Unidades Básicas de Saúde da Família, Fonte
329 Indefinida no valor de 120.000. • Construção de 03 (três) Unidades Básicas de
330 Saúde, Fonte Indefinida no valor de 381.000. **Barreira** • Ampliação de Postos
331 de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 40.000. • Aquisição de Equipamentos
332 odontológicos para Postos de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 85.000. **4**
333 **Microrregião de Saúde – Baturité:** **Baturité** • Reforma e Aquisição de
334 Equipamentos para Centro Cirúrgico do Hospital e Maternidade José Pinto do
335 Carmo, Tesouro Estadual no valor de 50.000. • Aquisição de Equipamentos e
336 Reforma da Área Física do Centro de Saúde, Tesouro Estadual no valor de
337 100.212. • Implantação do Centro Especializado de Odontologia Microrregional,
338 Tesouro Estadual no valor de 365.200. • Construção e Aquisição de

339 Equipamentos para Posto de Saúde de Mondego, Tesouro Municipal no valor de
340 35.000. **Mulungu** • Reforma e Ampliação do Hospital e Maternidade Valdemar
341 Alcântara, Fonte Indefinida no valor de 200.000. • Aquisição de Equipamentos
342 para Postos de Saúde, Tesouro Estadual no valor de 20.000. • Reforma e
343 Ampliação do Centro de Saúde de Mulungu, Tesouro Municipal no valor de
344 50.000. • Reforma e Ampliação de Postos de Saúde, Tesouro Municipal no valor
345 de 100.000. **Aracoiaba** • Reforma e Ampliação do Hospital e Maternidade Santa
346 Isabel, Fonte Indefinida no valor de 600.000 • Aquisição de Equipamentos para o
347 Hospital e Maternidade Santa Isabel, Tesouro Estadual no valor de 400.000 •
348 Aquisição de Equipamentos para o Laboratório de Patologia da Microrregional,
349 Tesouro Estadual no valor de 150.000 • Reforma e Ampliação do Laboratório de
350 Patologia Microrregional, Tesouro Estadual no valor de 100.000. **Aratuba** •
351 Construção e Aquisição de Equipamentos para Unidades Básicas de Saúde,
352 Outras Fontes no valor de 214.047. **Capistrano** • Reforma e Aquisição de
353 Equipamentos para Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Nazaré, Fonte
354 Indefinida no valor de 100.000. • Reforma e Ampliação do CAPS, Fonte
355 Indefinida no valor de 66.000. • Aquisição de Equipamentos para os CAPS,
356 Fonte Indefinida no valor de 30.000. • Aquisição de Veículo para o CAPS, Fonte
357 Indefinida no valor de 30.000. • Construção de Postos de Saúde, o município
358 assume a contrapartida, Outras Fontes no valor de 212.388. • Aquisição de
359 Equipamentos para Posto de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 20.885. **Pacoti**
360 • Aquisição de Equipamentos para Laboratório do Hospital Pedre Quiliano,
361 Fonte Indefinida no valor de 16.100 • Reforma e Ampliação do Centro de
362 Saúde, Outras Fontes no valor de 149.984. **5ª Microrregião de Saúde –**
363 **Canindé: Canindé** • Construção do Centro de Hemodiálise, Outras Fontes no
364 valor de 210.000. • Aquisição de Equipamentos para o Centro de Hemodiálise,
365 Outras Fontes no valor de 295.940. • Reequipamentos para o Setor da Lavanderia
366 do Hospital São Francisco, Tesouro Estadual no valor de 150.000. •
367 Reaparelhagem do Laboratório de Análises Clínicas do Centro de Saúde
368 Francisco Cordeiro Campos, Tesouro Estadual no valor de 30.000. • Aquisição
369 de Equipamentos Odontológicos para Centro de Saúde Francisco Cordeiro
370 Campos, Fonte Indefinida no valor de 63.000. • Aquisição de Equipamentos
371 Odontológicos para Unidades Básicas de Saúde, Fonte Indefinida no valor de
372 34.000. **Itatira** • Reforma e Ampliação de Centro de Saúde, Tesouro Municipal
373 no valor de 15.000. • Aquisição de Equipamentos para o Centro de Saúde,
374 Tesouro Municipal no valor de 20.000. • Aquisição de Equipamentos para
375 Unidades Básicas de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 75.000. • Reforma e
376 Ampliação da Unidades Básicas de Saúde da Lagoa do Mato, Tesouro Municipal
377 no valor de 25.000. • Implantação do Posto de Coleta do Laboratório na Unidade
378 Básica da Lagoa do Mato, Fonte Indefinida no valor de 20.000. • Aquisição de
379 Equipamentos para Unidade Básica da Lagoa do Mato, Fonte Indefinida no valor
380 de 85.000. • Reforma da Unidade Básicas de Saúde, o município assume a
381 contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 20.000. **Boa Viagem** • Aquisição de
382 Equipamentos para o Laboratório da Casa de Saúde Adília Maria, Fonte
383 Indefinida no valor de 100.000. • Aquisição de Equipamentos para o Centro
384 Cirúrgico da Casa de Saúde Adília Maria, Fonte Indefinida no valor de 100.000.
385 **Madalena** • Aquisição de Equipamentos para Hospital e Maternidade Mãe
386 Totonha, Fonte Indefinida no valor de 80.000 • Aquisição de Equipamentos para

387 Unidade Básica de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 36.000. **Caridade** •
388 Aquisição de Equipamentos para Unidade Mista de Saúde, Fonte Indefinida no
389 valor de 218.729. **Paramoti** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital e
390 Maternidade Dr. Aramis Paiva (I), Fonte Indefinida no valor de 150.000. •
391 Aquisição de Equipamentos para o Hospital e Maternidade Dr. Aramis Paiva (II),
392 Tesouro Municipal no valor de 15.000. • Aquisição de Raio X Odontológico
393 para Centro de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 6.000. • Aquisição de
394 Equipamentos para Unidades Básicas de Saúde, Fonte Indefinida no valor de
395 35.000. **6ª Microrregião de Saúde – Itapipoca: Itapipoca** • Ampliação do
396 Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo, Tesouro Estadual no valor de
397 35.000. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital e Maternidade São
398 Vicente de Paulo, Tesouro Estadual no valor de 15.000. • Aquisição de
399 Ambulância para o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo, Tesouro
400 Estadual no valor de 60.000. • Aquisição de Equipamentos Odontológicos para
401 Unidades Básicas, Tesouro Municipal no valor de 60.000. **Miraíma** •
402 Ampliação e Aquisição de Equipamentos para o Posto de Saúde, Tesouro
403 Municipal no valor de 15.000. **Tururu** • Ampliação da Unidade Mista de
404 Saúde, Tesouro Municipal no valor de 120.000. • Aquisição de Equipamentos
405 Odontológico para Unidades Básicas de Saúde, Tesouro Municipal no valor de
406 15.000. • Aquisição de Aparelho de Raio X, Tesouro Municipal no valor de
407 20.000. **Amontada** • Reforma e Ampliação da Unidade Mista de Saúde de
408 Amontada, o município assume a contrapartida, Outras Fontes no valor de
409 150.000. • Aquisição de Equipamentos para a Unidade Mista de Saúde, Tesouro
410 Municipal no valor de 25.000. • Reforma e Ampliação de Centro de Saúde, Fonte
411 Indefinida no valor de 20.500. • Aquisição de Equipamentos para Centro de
412 Saúde, Fonte Indefinida no valor de 19.000. **Trairi** • Ampliação e Aquisição de
413 Equipamentos Odontológicos para Unidade Mista de Saúde, Tesouro Municipal
414 no valor de 6.000. • Ampliação e Aquisição de Equipamentos para Postos de
415 Saúde, Tesouro Municipal no valor de 35.000. • Aquisição de Equipamentos
416 Odontológicos para o Posto de Saúde de Canaã, Tesouro Municipal no valor de
417 6.000. **Uruburetama** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Municipal,
418 Tesouro Municipal no valor de 47.000. • Aquisição de Equipamentos
419 Odontológicos para Unidade Básica de Saúde, Tesouro Municipal no valor de
420 13.000. **7ª Microrregião de Saúde – Aracati: Aracati** • Aquisição de
421 Equipamentos para o Hospital Santa Luiza de Marilac, Tesouro Estadual no valor
422 de 158.525. • Reforma do Hospital Santa Luiza de Marilac, Fonte Indefinida no
423 valor de 15.481. • Reforma do Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias, Tesouro
424 Estadual no valor de 386.024. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital
425 Municipal Dr. Eduardo Dias (I), Fonte Indefinida no valor de 184.000. •
426 Aquisição de Equipamentos para o Laboratório Municipal Dr. Eduardo Dias,
427 Fonte Indefinida no valor de 49.000. • Aquisição de Equipamentos para o
428 Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias (II), Tesouro Estadual no valor de 37.500 e
429 Outras Fontes no valor de 212.500. • Construção de um Prédio para
430 Funcionamento do CAPS, Fonte Indefinida no valor de 130.000. • Aquisição de
431 Veículo para o PSF, Fonte Indefinida no valor de 285.000. • Implantação do
432 Centro Especializado de Atenção a Criança, Fonte Indefinida no valor de
433 199.000. **Itaipaba** • Reforma da unidade Mista Josefa Maria, o município assume
434 a contrapartida, Outras Fontes no valor de 200.000. • Reforma do Posto de Saúde

435 do Projeto São Vicente, Tesouro Municipal no valor de 15.000. • Aquisição de
436 Equipamentos para o Centro de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 6.000.
437 **Fortim** • Adequação da Estrutura Física da Unidade Mista Municipal Dr.
438 Waldemar Alcântara, Tesouro Municipal no valor de 10.000. • Aquisição de
439 Equipamentos para Unidade Mista Municipal Dr. Waldemar Alcântaras, Fonte
440 Indefinida no valor de 75.000. • Modernização Gerencial da Unidade Mista Dr.
441 Waldemar Alcântara, Fonte Indefinida no valor de 10.000. • Otimização dos
442 Serviços de Ginecologia nos Postos de Saúde, Tesouro Municipal no valor de
443 15.000. • Adequação dos Serviços de Vacinação, Esterilização e Expurgo nos
444 Postos de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 13.500. • Implantação do
445 Serviço Odontológico no Posto de Maceió, Outras Fontes no valor de 10.000.
446 **Beberibe** • Reforma e Ampliação do Hospital Municipal, Fonte Indefinida no
447 valor de 900.000. • Adequação Física e Aquisição de Equipamentos para
448 implantação do Serviço de Radiologia Municipal, Fonte Indefinida no valor de
449 22.000. • Construção de (02) duas Unidades Básicas de Saúde, Fonte Indefinida
450 no valor de 240.000. • Aquisição de Equipamentos para o Centro de Saúde,
451 Outras Fontes no valor de 106.303. • Aquisição de Ultra – Som para o Centro de
452 Saúde, Fonte Indefinida no valor de 66.305. **Icapuí** • Reforma e Ampliação de
453 Equipamentos para a Unidade Mista de Saúde Maria Madalena Rodrigues de
454 Medeiros, o município assume a contrapartida, Outras Fontes no valor de
455 150.000. • Construção da Unidade de Saúde de Barreira, o município assume a
456 contrapartida, Outras Fontes no valor de 33.000. • Reforma e Ampliação da
457 Unidade Mista de Redonda, Tesouro Municipal no valor de 8.500. • Instalação da
458 Unidade de Saúde de Morro Alto (SEDE), o município assume a contrapartida,
459 Outras Fontes no valor de 17.000. **8ª Microrregião de Saúde – Quixadá:**
460 **Quixadá** • Reestruturação Física do Hospital Eudásio Barroso (I), o município
461 assume a contrapartida, Outras Fontes no valor de 174.672. • Reestruturação
462 Física do Hospital Eudásio Barroso (II), o município assume a contrapartida,
463 Outras Fontes no valor de 200.000. • Aquisição de Equipamentos Oftalmológicos
464 para o Hospital Eudásio Barroso, Tesouro Estadual no valor de 105.000. •
465 Aquisição de Equipamentos para Consultórios de Otorrinolaringologia do
466 Hospital Eudásio Barroso, Tesouro Estadual no valor de 79.220. • Construção e
467 Aquisição de Equipamentos para o HEMOCENTRO, Tesouro Estadual no valor
468 de 244.668 e Outras Fontes no valor de 901.741. • Reestruturação Física das
469 Unidades Básicas de Saúde, o município assume a contrapartida, Outras Fontes
470 no valor de 992.738. **Ibaretama** • Ampliação e Aquisição de Equipamentos para
471 Unidades Básicas de Saúde, Outras Fontes no valor de 200.000. **Choró** •
472 Construção de Unidades Básicas de Saúde (I), o município assume contrapartida,
473 Outras Fontes no valor de 272.872. • Construção de Unidades Básicas de Saúde
474 (II), o município assume contrapartida, Outras Fontes no valor de 110.000. •
475 Conclusão da Unidade Mista na Sede do Município, Fonte Indefinida no valor de
476 468.206. **Banabuí** • Aquisição de Equipamentos para o Laboratório de Análise
477 Clínicas do Centro de Saúde, Outras Fontes no valor de 15.160. • Reforma e
478 Aquisição de Equipamentos para Unidade Básica de Saúde de Rinaré, Outras
479 Fontes no valor de 30.000. **Quixeramobim** • Reforma e Ampliação do Hospital
480 Regional Dr. Pontes Neto, Tesouro Estadual no valor de 500.000. • Aquisição de
481 Equipamentos para Hospital Regional Dr. Pontes Neto, Outras Fontes no valor de
482 500.000. • Adequação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Outras Fontes

483 no valor de 104.000. • Construção e Aquisição de Equipamentos para Unidades
484 Básicas de Saúde da Família (I), o município assume contrapartida, Outras
485 Fontes no valor de 760.000. • Construção e Aquisição de Equipamentos para
486 Unidades Básicas de Saúde da Família (II), Fonte Indefinida no valor de
487 1.216.000. **Senador Pompeu** • Reforma Geral e Aquisição de Equipamentos
488 para Policlínica, Fonte Indefinida no valor de 107.000. • Aquisição de
489 Equipamentos para Laboratório Regional de Saúde Pública, Tesouro Estadual no
490 valor de 35.000. • Reforma e Ampliação das Unidades Básicas de Saúde, Fonte
491 Indefinida no valor de 222.000. **Milhã** • Reforma e Ampliação das Unidade
492 Básica de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 23.000. **Solonópole** • Aquisição
493 de Equipamentos para o Hospital e Maternidade Maria Suely Nogueira, o
494 município assume contrapartida, Outras Fontes no valor de 100.000. • Reforma e
495 Ampliação de Unidades Básicas de Saúde da Família, Fonte Indefinida no valor
496 de 456.000. **Pedra Branca** • Reforma e Aquisição de Equipamentos para o
497 Hospital São Sebastião, o município assume a contrapartida, Outras Fontes no
498 valor de 600.000. • Construção e Aquisição de Equipamentos para Unidades
499 Básicas de Saúde da Família, Fonte Indefinida no valor de 304.000. **9^a**
500 **Microrreional de Saúde – Russas: Russas** • Aquisição de Equipamentos para
501 o Hospital e Casa de Saúde de Russas, Tesouro Estadual no valor de 187.200. •
502 Ampliação e Reforma do Hospital e Casa de Saúde, Tesouro Estadual no valor
503 de 109.840. • Aquisição de Equipamentos para Centro Comunitário Margarida
504 Leandro, Fonte Indefinida no valor de 179.119. **Palhano** • Aquisição de
505 Equipamentos para o Hospital e Maternidade Maria Tereza de Jesus Mateus, o
506 município assume contrapartida, Outras Fontes no valor de 10.673. • Construção
507 de Unidade Básica de Saúde de Ribeira, Outras Fontes no valor de 57.163.
508 **Jaguaretama** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital e Maternidade
509 Adolfo Bezerra de Meneses, Fonte Indefinida no valor de 51.099. **Morada Nova**
510 • Construção do Hospital Regional Francisco Galvão de Oliveira, Tesouro
511 Estadual no valor de 596.000 e Fonte Indefinida no valor de 154.000. •
512 Ampliação do Serviço de Pronto Atendimento - SPA, Fonte Indefinida no valor
513 de 18.000. **Jaguaruana** • Ampliação e Reforma do Hospital e Maternidade
514 Nossa Senhora da Expectação, Fonte Indefinida no valor de 990.000. • Aquisição
515 de Equipamentos para o Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Expectação,
516 Fonte Indefinida no valor de 127.000. • Aquisição de Equipamentos para o
517 Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Expectação, Fonte Indefinida no valor
518 de 42.600. **10^a Microrregião de Saúde – Limoeiro do Norte: Limoeiro do**
519 **Norte** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Dr. Deoclécio Lima Verde,
520 Tesouro Estadual no valor de 259.477. • Aquisição de Ambulância com UTI
521 móvel, Fonte Indefinida no valor de 230.000. • Reforma e Ampliação do
522 Hospital Municipal Dr. Declécio Lima Verde, Fonte Indefinida no valor de
523 87.000. • Reforma e Aquisição de Equipamentos para o Hospital São Raimundo,
524 Tesouro Estadual no valor de 82.000. • Aquisição de Equipamentos para o
525 Hospital São Raimundo, Tesouro Estadual no valor de 86.000. • Aquisição de
526 Equipamentos para Unidades Básicas de Saúde, Fonte Indefinida no valor de
527 120.000. **Alto Santo** • Construção da Unidade Básica de Saúde do Castanhão ,
528 Tesouro Municipal no valor de 75.000. • Construção da Unidade Básica de
529 Saúde de Baixio Grande, o município assume contrapartida, Outras Fontes no
530 valor de 148.000. • Construção da Unidade Básica de Saúde de Baixio da

531 Umburana, Fonte Indefinida no valor de 75.000. **Quixeré** • Reforma e
532 Ampliação do Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 23.000. •
533 Construção e Aquisição de Equipamentos para a Unidade Básica de Saúde de
534 Água Fria, Fonte Indefinida no valor de 40.000. • Ampliação dos Postos de
535 Saúde de Lagoinha e Tomé, Fonte Indefinida no valor de 15.500. **Tabuleiro do**
536 **Norte** • Aquisição de Equipamentos para Unidades Básicas de Saúde, Fonte
537 Indefinida no valor de 100.000. • Construção da Unidade Básica de Saúde, Fonte
538 Indefinida no valor de 60.000. **São João do Jaguaribe** • Aquisição de
539 Equipamentos para o Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Fátima, Fonte
540 Indefinida no valor de 19.000. • Aquisição de Equipamentos Odontológicos para
541 o Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 15.000. **Jaguaribe** • Reforma do
542 Hospital Regional, Fonte Indefinida no valor de 14.400. • Aquisição de
543 Equipamentos para o Hospital Regional, Fonte Indefinida no valor de 77.282. •
544 Aquisição de Veículo para o Hospital Regional, Fonte Indefinida no valor de
545 81.829. • Construção de Centro Ambulatorial Especializado, Fonte Indefinida no
546 valor de 45.000. • Adequação das Unidades Básicas de Saúde, Fonte Indefinida
547 no valor de 157.000. • Aquisição de Equipamentos para Unidades Básicas de
548 Saúde, Fonte Indefinida no valor de 11.188. **Iracema** • Reforma, Ampliação e
549 Aquisição de Equipamentos para o Hospital e Maternidade Maria Roque de
550 Macedo, o município assume contrapartida, Outras Fontes no valor de 255.000.
551 • Aquisição de UTI Móvel, o município assume contrapartida, Outras Fontes no
552 valor de 81.000. • Construção de Unidade Básica de Saúde de Pedra Bola, o
553 município assume contrapartida, Outras Fontes no valor de 61.193 **Ererê** •
554 Ampliação e Reforma da Unidade Mista de Saúde, Fonte Indefinida no valor de
555 75.000. • Ampliação, Reforma e Aquisição de Equipamentos para Unidades
556 Básica de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 91.000. • Reforma, Ampliação e
557 Aquisição de Equipamentos para o Posto Odontológico, Fonte Indefinida no
558 valor de 28.000. **Potiretama** • Aquisição de um Veículo para o PSF do Centro de
559 Saúde, Fonte Indefinida no valor de 16.000. • Aquisição de Ambulância para a
560 Unidade Mista Raimundo Diogenes Paiva, Fonte Indefinida no valor de 30.000.
561 **Pereiro** • Reforma do Hospital Municipal, Fonte Indefinida no valor de 60.000.
562 • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Municipal Humberto Queiroz,
563 Fonte Indefinida no valor de 115.000. • Aquisição de Equipamentos para o
564 Laboratório do Hospital Municipal Humberto Queiroz, Fonte Indefinida no valor
565 de 55.000. • Construção de 02 (duas) Unidades Básicas de Saúde, Outras Fontes
566 no valor de 60.000. • Aquisição de Equipamentos para Unidades Básicas de
567 Saúde, Fonte Indefinida no valor de 5.700. • Aquisição de 02 (duas)
568 Ambulâncias, Fonte Indefinida no valor de 60.000. **11^ª Microrregião de Saúde**
569 **- Sobral:** • Ampliação e Reequipar a Unidade de Reabilitação no Centro de
570 Especialidade Médicas, Outras Fontes no valor de 110.000. **Alcântaras** •
571 Reformar e Equipar Hospital Antônio Rocha Freire, o município assume
572 contrapartida, Fonte Indefinida, no valor de 26.000. **Freicheirinha** • Reformar e
573 Equipar Unidades Básicas de Saúde, o município assume contrapartida, Fonte
574 Indefinida no valor de 50.000. **Irauçuba** • Reformar e Equipar Unidade Mista
575 de Saúde, o município assume contrapartida, Fonte Indefinida no valor de
576 34.000. **Massapê** • Reformar e Ampliar o Hospital e Maternidade Ana Paula de
577 Aguiar, o município assume contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 30.000.
578 **Meruoca** • Reformar e Ampliar o Hospital Municipal Chagas Barreto, o

579 município assume contrapartida, Outras Fontes no valor de 25.000. **Senador Sá** •
580 Reformar e Equipar o Hospital Municipal, o município assume contrapartida,
581 Fonte Indefinida no valor de 45.000. **Uruoca** • Reformar e Ampliar a Unidade
582 Mista de Saúde, o município assume contrapartida, Outras Fontes no valor de
583 110.000. **Coreu** • Reformar do Hospital Municipal, Tesouro Estadual valor de
584 30.000. • Aquisição de Equipamentos para Apoio Diagnóstico do Hospital
585 Municipal, Tesouro Estadual no valor de 110.000. **Ipu** • Ampliação do Hospital
586 Maternidade Dr. Francisco Araújo, Fonte Indefinida no valor de 40.000. •
587 Aquisição de Equipamentos para Unidade Mista de Saúde Dr. José Evangelista,
588 Outras Fontes no valor de 45.000. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital
589 e Maternidade, Outras Fontes no valor de 40.000. **Mucambo** • Aquisição de
590 Equipamentos para Serviços de Ultra–Sonografia da Unidade Mista de Saúde,
591 Fonte Indefinida no valor de 50.000. • Aquisição de Equipamentos para Unidade
592 Mista, o município assume contrapartida, Outras Fontes no valor de 350.000. •
593 Ampliação da Unidade Mista de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 110.000.
594 **Graça** • Construção e Reforma e Aquisição de Equipamentos para Unidades
595 Básicas de Saúde, o município assume contrapartida, Outras Fontes no valor de
596 400.000. **Moraújo** • Aquisição de Equipamentos para Unidade Mista de Saúde,
597 Outras Fontes no valor de 10.000. **Cariré** • Aquisição de Equipamentos para o
598 Hospital Municipal Ana Celestina Rodrigues, o município assume contrapartida,
599 Outras Fontes no valor de 10.000. **Forquilha** • Aquisição de Equipamentos para
600 o Centro de Saúde, o município assume contrapartida, Outras Fontes no valor de
601 8.000. **Groairas** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital e Maternidade
602 Joaquim Guimarães Neto, Outras Fontes no valor de 10.000. **Pacujá** •
603 Aquisição de Equipamentos para o Hospital Municipal, Outras Fontes no valor de
604 10.000. • Conclusão do Hospital Municipal, Outras Fontes no valor de 400.000.
605 **Reriutaba** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Maternidade Rita do
606 Vale Rego, o município assume contrapartida, Fonte Indefinida no valor de
607 130.000. • Reforma do Hospital Municipal Maternidade Rita do Vale Rego, o
608 município assume contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 30.000. **Santana**
609 **do Acaraú** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Geral D. Maria José
610 Vasconcelos, Outras Fontes no valor de 45.000. **Santa Quitéria** • Aquisição de
611 Equipamentos para o Hospital Público Municipal, Fonte Indefinida no valor de
612 80.000. **Hidrolândia** • Reforma e ampliar o Hospital, o município assume a
613 contrapartida, Outras Fontes no valor de 140.000. **Pires Ferreira** • Aquisição
614 de Equipamentos Centro de Saúde, Outras Fontes no valor de 8.000. **Varjota** •
615 Aquisição de Equipamentos para a Unidade Obstétrica, Outras Fontes no valor
616 de 8.000. **Catunda** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Geral, Outras
617 Fontes no valor de 8.000. **12ª Microrregião de Saúde – Acaraú:** **Acaraú** •
618 Aquisição de Equipamentos para o Centro de Saúde, o município assume a
619 contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 190.000. • Aquisição de
620 Equipamentos para o Hospital Moura Ferreira, o município assume a
621 contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 70.000. • Aquisição de
622 Equipamentos para o Hospital Moura Ferreira (I), o município assume a
623 contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 995.000. • Aquisição de
624 Equipamentos para o Hospital Moura Ferreira (II), o município assume a
625 contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 100.000. **Cruz** • Aquisição de
626 Equipamentos para o Hospital Municipal Dona Maria Muniz, o município

627 assume a contrapartida, Fonte indefinida no valor de 130.000. • Aquisição de
628 Raio X Odontológico para o Centro de Saúde, o município assume a
629 contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 7.500. **Itarema** • Ampliação do
630 Hospital Municipal Natércia Rios, o município assume a contrapartida, Fonte
631 Indefinida no valor de 60.000. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital
632 Municipal Natércia Rios, o município assume a contrapartida, Fonte Indefinida
633 no valor de 104.500. **Marco** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital
634 Municipal Jaime Osterno, Fonte Indefinida no valor de 110.000. • Construção do
635 Prédio e Aquisição de Equipamentos para o CAPS, Fonte Indefinida no valor de
636 207.000. • Aquisição de Equipamentos para Fisioterapia, o município assume a
637 contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 39.400. **Bela Cruz** • Aquisição de
638 Equipamentos para o UMS, Tesouro Municipal no valor de 95.000. **Morrinhos** •
639 Reforma e Ampliação da UMS, o município assume a contrapartida, Fonte
640 Indefinida no valor de 108.000. **13^a Microrregional de Saúde – Tianguá:**
641 **Tianguá** • Ampliação e Reforma da Estrutura Física do Hospital e Maternidade
642 Madalena Nunes, Tesouro Estadual no valor de 235.000. • Aquisição de
643 Equipamentos para o Hospital e Maternidade Madalena Nunes, Fonte Indefinida
644 no valor de 1.300.000. • Construção da Sede do Laboratório Municipal, Tesouro
645 Estadual no valor de 18.000. • Aquisição de Ambulância para o Hospital e
646 Maternidade Madalena Nunes, Tesouro Estadual no valor de 70.000. •
647 Aquisição de Equipamentos para o Laboratório Municipal, Tesouro Estadual no
648 valor de 67.000. • Aquisição de Equipamentos para o Centro de Saúde, Tesouro
649 Municipal no valor de 7.500. • Aquisição de Equipamentos Odontológico para o
650 Ambulatório Municipal, Outras Fontes no valor de 16.000. • Adequação da
651 Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, Tesouro Municipal no valor de
652 123.000. • Aquisição de Equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde,
653 Tesouro Municipal no valor de 26.900. • Aquisição de Equipamentos para Posto
654 de Saúde do Bairro Santo Antônio, Fonte Indefinida no valor de 19.350. **São**
655 **Benedito** • Reforma da Estrutura Física do Hospital Municipal de São Benedito,
656 Tesouro Estadual no valor de 640.000. • Aquisição de Equipamentos para o
657 Hospital Municipal de São Benedito, Fonte Indefinida no valor de 845.648. •
658 Reforma e Adequação da Estrutura Física do Hospital e Maternidade Nossa
659 Senhora de Fátima, Fonte Indefinida no valor de 291.678. • Aquisição de
660 Equipamentos para o Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Fátima, Fonte
661 Indefinida no valor de 436.566. • Reforma de Centros de Saúde, Fonte Indefinida
662 no valor de 80.454. • Aquisição de Equipamentos para Centro de Saúde, Fonte
663 Indefinida no valor de 48.388. • Reforma de Unidades Básicas de Saúde, Fonte
664 Indefinida no valor de 95.104. • Reforma de Equipamentos de Unidades Básicas
665 de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 37.276. **Carnaubal** • Reaparelhamento
666 da UMS Nossa Senhora Auxiliadora, Fonte Indefinida no valor de 185.000. •
667 Expansão do Centro de Saúde II, Fonte Indefinida no valor de 35.000. •
668 Aquisição de Equipamentos para o Centro de Saúde II, Fonte Indefinida no valor
669 de 27.000. • Aquisição de Equipamentos Odontológicos para o Centro de Saúde
670 I, Outras Fontes no valor de 12.750. • Expansão das Unidade Básicas de Saúde,
671 Outras Fontes no valor de 60.000. • Reaparelhamento das Unidades Básicas de
672 Saúde, Tesouro Municipal no valor de 30.000. • Aquisição de Equipamentos
673 Odontológicos para as Unidades Básicas de Saúde, Outras Fontes no valor de
674 51.000. **Croatá** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Municipal, Fonte

675 Indefinida no valor de 28.319. • Aquisição de Equipamentos Odontológicos
676 para as Unidades Básicas de Saúde, Outras Fontes no valor de 35.080.
677 **Guaraciaba do Norte** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital e
678 Maternidade São José, Fonte Indefinida no valor de 119.341. • Aquisição de
679 Equipamentos de Fisioterapia para o Hospital Maternidade São José, Fonte
680 Indefinida no valor de 19.065. • Aquisição de Equipamentos Odontológicos para
681 o Centro de Saúde, Outras Fontes no valor de 11.950. • Aquisição de
682 Equipamentos para a Unidade de Terapia Ocupacional do Centro de Saúde, Fonte
683 Indefinida no valor de 8.256. • Aquisição de Equipamentos para Unidades
684 Básicas de Saúde, Outras Fontes no valor de 8.256. **Ibiapina** • Aquisição de
685 Equipamentos para o Hospital Maternidade Nossa Senhora das Graças, Fonte
686 Indefinida no valor de 40.000. • Aquisição de Equipamentos Odontológicos para
687 o Centro Odontológico Manoel Pereira, Outras Fontes no valor de 12.506. •
688 Aquisição de Equipamentos Odontológicos para Unidades Básicas de Saúde,
689 outras fontes no valor de 63.750. **Ubajara** • Expansão da UMS Francisca
690 Belamina da Costa, Fonte Indefinida no valor de 96.388. • Aquisição de
691 Equipamentos para a UMS Francisca Belamina da Costa, Fonte Indefinida no
692 valor de 35.000. • Aquisição de Equipamentos para a Unidades Básicas de
693 Saúde, Fonte Indefinida no valor de 30.000. • Aquisição de Equipamentos
694 Odontológicos para Unidades Básicas de Saúde, Outras Fontes no valor de
695 47.037. • Aquisição de Equipamentos para o Posto de Coleta na Unidades
696 Básicas de Saúde de Araticum, Fonte Indefinida no valor de 35.000. **Viçosa do**
697 **Ceará** • Reforma e Ampliação do Hospital Municipal, Fonte Indefinida no valor
698 de 765.220. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Municipal, Fonte
699 Indefinida no valor de 132.000. • Aquisição de Equipamentos para Unidades
700 Básica de Saúde, Outras Fontes no valor de 101.872. • Aquisição de Unidades
701 Básicas de Saúde, Outras Fontes no valor de 96.005. **14ª Microrregião de**
702 **Saúde – Tauá: Tauá** • Ampliação, Reforma e Aquisição de Equipamentos
703 para o Hospital e Maternidade Regional Dr. Alberto Feitosa Lima, Outras Fontes
704 no valor de 82.000. • Reforma e Aquisição de Equipamentos para o Laboratório
705 do Hospital e Maternidade Regional Dr. Alberto Feitosa Lima, o município
706 assume a contrapartida, Outras Fontes no valor de 54.000. • Adequação da
707 Estrutura Física e Aquisição de Equipamentos para o Laboratório Regional,
708 Outras Fontes no valor de 60.000. • Reforma das Instalações Física e Aquisição
709 de Equipamentos Implantação do CAPS, Fonte Indefinida no valor de 50.000. •
710 Aquisição de Equipamentos para o Centro Integrado de Atenção à Saúde, Fonte
711 Indefinida no valor de 50.000. **Aiuaba** • Aquisição de Equipamentos para o
712 Hospital Nossa Senhora do Patrocínio, o município assume a contrapartida, Fonte
713 Indefinida no valor de 80.000. • Aquisição de Equipamentos para o Centro de
714 Saúde e Fisioterapia, o município assume a contrapartida, Fonte Indefinida no
715 valor de 10.000. • Aquisição de Equipamentos para os Postos de Saúde, o
716 município assume a contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 40.000. **Arneiroz**
717 • Aquisição de Equipamentos para a Unidade Básica de Saúde, Fonte Indefinida
718 no valor de 38.000. **15ª Microrregião de Saúde – Crateús: Crateús** •
719 Aquisição de Equipamentos para o Hospital Geral, Tesouro Estadual no valor de
720 488.500. • Reforma do Prédio do CAPS, Tesouro Municipal no valor de 25.000.
721 • Aquisição de Equipamentos para o CAPS (I), Tesouro Estadual no valor de
722 27.890. • Aquisição de Equipamentos para o CAPS (II), Outras Fontes no valor

723 de 33.000. • Reforma e Ampliação do CESA, Tesouro Estadual no valor de
724 31.917 e Outras Fontes no valor de 165.833. • Reforma e Aquisição de
725 Equipamentos para o Laboratório do CESA, Tesouro Municipal no valor de
726 45.000. • Aquisição de Equipamentos para o Serviço Odontológico do CESA,
727 Fonte Indefinida no valor de 13.000. • Construção de Unidades Básicas de
728 Saúde, Fonte Indefinida no valor de 210.000. • Aquisição de Equipamentos para
729 Unidades Básicas de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 30.000. • Aquisição
730 de Equipamentos Odontológicos para Unidades Básicas de Saúde, Fonte
731 Indefinida no valor de 60.000. • Construção e Reforma de Unidades Básicas de
732 Saúde, Outras Fontes no valor de 110.000. • Reforma de Unidades Básicas de
733 Saúde, Tesouro Municipal no valor de 30.000. **Ararendá** • Aquisição de
734 Equipamentos Odontológicos, Tesouro Estadual no valor de 30.000. •
735 Construção de Posto de Saúde, o município assume a contrapartida, outras fonte
736 no valor de 75.000. • Construção de Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor
737 de 49.700. • Aquisição de Equipamentos para o Laboratório de Patologia
738 Clínica, o município assume contrapartida, Fonte Indefinida no valor de 19.888.
739 **Independência** • Reforma de Posto de Saúde, Tesouro Municipal no valor de
740 6.660. • Ampliação do Centro de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 40.000.
741 • Aquisição de Equipamentos Odontológicos para Unidades Básicas de Saúde,
742 Fonte Indefinida no valor de 30.000. • Aquisição de Equipamentos para a UMS,
743 Tesouro Municipal, Tesouro Municipal no valor de 15.000. • Construção do
744 Posto de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 70.000. • Aquisição de
745 Equipamentos para UMS e Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor de
746 80.000. **Ipaporanga** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Municipal,
747 Fonte Indefinida no valor de 15.000. • Reforma do Centro de Saúde, Tesouro
748 Municipal no valor de 9.000. • Ampliação e Aquisição de Equipamentos para
749 Posto de Saúde, o município assume a contrapartida, Outras Fontes no valor de
750 24.000. **Novo Oriente** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Municipal
751 e Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 85.000. • Adequação da
752 Esterilização e Lavanderia do Hospital, Fonte Indefinida no valor de 60.000. •
753 Aquisição de Equipamentos Odontológicos para Unidades Básicas de Saúde,
754 Fonte Indefinida no valor de 60.000. • Ampliação do Centro de Saúde, Tesouro
755 Municipal no valor de 40.000. **Quiterianópolis** • Aquisição de Equipamentos
756 Odontológicos para Unidades Básicas de Saúde, Fonte Indefinida no valor de
757 45.000. • Aquisição de Equipamentos para Unidade Mista de Saúde, Fonte
758 Indefinida no valor de 100.000. • Construção da Unidade Mista de Saúde, Fonte
759 Indefinida no valor de 200.000. • Aquisição de Equipamentos para o Posto de
760 Coleta do Posto de Saúde da SEDE, Fonte Indefinida no valor de 15.000.
761 **Ipueiras** • Ampliação e Reforma do Hospital e Maternidade Otacílio Mota,
762 Tesouro Municipal no valor de 100.000. • Aquisição de Equipamentos para o
763 Hospital e Maternidade Otacília Mota, Tesouro Estadual no valor de 200.000. •
764 Aquisição de Equipamentos para Unidades de Fisioterapia, Tesouro Municipal
765 no valor de 5.500. • Aquisição de Equipamentos Odontológicos para Centro de
766 Saúde, Fonte Indefinida no valor de 6.000. • Reforma do Centro de Saúde,
767 Tesouro Municipal no valor de 6.360. • Reforma e Ampliação para Unidades
768 Básicas de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 74.000. • Construção da
769 Unidades de Saúde de Carnaubas, Fonte Indefinida no valor de 80.000. **Poranga**
770 • Aquisição de Equipamentos da Lavanderia e Setor de Esterilização do Hospital

771 Municipal, Tesouro Municipal no valor de 31.000. • Aquisição de Equipamentos
772 Odontológicos, Tesouro Municipal no valor de 24.000. • Reforma e Ampliação
773 dos Postos de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 130.000. **Nova Russas** •
774 Aquisição de Equipamentos Odontológicos para Unidades Básicas de Saúde,
775 Fonte Indefinida no valor de 40.000. • Construção da Unidades Básicas de
776 Saúde, Fonte Indefinida no valor de 140.000. • Aquisição de Equipamentos para
777 o Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 70.000. • Ampliação, Reforma
778 e Aquisição de Equipamentos para Hospital Municipal, Fonte Indefinida no valor
779 de 260.000. **Tamboril** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Municipal,
780 Fonte Indefinida no valor de 255.000. • Aquisição de Equipamentos para
781 Unidades Básicas de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 210.000. • Aquisição
782 de Equipamentos Odontológicos para Unidades Básicas de Saúde, Fonte
783 Indefinida no valor de 100.000. • Aquisição de Equipamentos de Fisioterapia do
784 Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 50.000. • Aquisição de
785 Equipamentos para Unidade de Saúde da Mulher, Tesouro Municipal no valor de
786 50.000. • Aquisição de Equipamento para Unidade de Saúde de Holanda, Fonte
787 Indefinida no valor de 35.000. **16ª Microrregião de Saúde - Camocim:**
788 **Camocim** • Ampliação do Hospital e Maternidade Deputado Murilo Aguiar,
789 Tesouro Estadual no valor de 36.000. • Aquisição de Equipamentos para o
790 Laboratório do Hospital e Maternidade Deputado Murilo Aguiar, Tesouro
791 Municipal no valor de 64.000. • Aquisição de Aparelho de Ultra-Sonografia para
792 o Hospital e Maternidade Deputado Murilo de Aguiar, Outras Fontes no valor de
793 35.000. • Aquisição do Hospital do Sindicato Rural, Fonte Indefinida no valor de
794 18.000. • Aquisição de Equipamentos Odontológicos para Centro de Saúde,
795 Fonte Indefinida no valor de 9.500. **Chaval** • Construção e Aquisição de
796 Equipamentos para o Centro de Saúde, Outras Fontes no valor de 1.927.657.
797 **Granja** • Construção e Aquisição de Equipamentos para Hospital Municipal,
798 Outras Fontes no valor de 2.182.036. **17ª Microrregião de Saúde – Icó: Icó** •
799 Construção e Aquisição de Equipamentos para a Sala de Recuperação do
800 Hospital Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, Fonte Indefinida no valor de
801 95.000. • Ampliação e Aquisição de Equipamentos para Sala de Raio X e
802 Lavanderia do Hospital Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, Fonte
803 Indefinida no valor de 79.000. • Construção do Bloco D e F do Hospital Regional
804 de Icó, o município assume a contrapartida, Outras Fontes no valor de 965.000. •
805 Aquisição de Veículo para CAPS, Tesouro Estadual no valor de 20.000. •
806 Ampliação e Aquisição de Equipamentos para o Laboratório de Patologia
807 Clínica do Hospital Regional de Icó, o município assume a contrapartida, Outras
808 Fontes no valor de 133.000. • Construção do Bloco B do Hospital Regional do
809 Icó, o município assume a contrapartida, Outras Fontes no valor de 20.000. •
810 Aquisição de Equipamentos para Hospital Regional de Icó, Fonte Indefinida no
811 valor de 3.061.086. **Cedro** • Reequipamento do Hospital Enéas Viana de
812 Araújo, Fonte Indefinida no valor de 85.000. • Ampliação da Lavanderia do
813 Hospital Enéas Viana de Araújo, Fonte Indefinida no valor de 35.000. •
814 Aquisição de Equipamentos para o Laboratório de Patologia Clínica do Centro
815 de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 35.000. • Ampliação do Laboratório de
816 Patologia Clínica do Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 30.000. •
817 Aquisição de Equipamentos de Fisioterapia para o Centro de Saúde, Fonte
818 Indefinida no valor de 22.000. • Aquisição de Eletrocardiograma e Ultra-Som

819 para Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 62.000. • Aquisição de
820 Equipamento para Cirurgia Ambulatorial do Hospital Enéas Viana de Araújo,
821 Fonte Indefinida no valor de 41.700. **Orós** • Aquisição de Equipamentos da
822 Lavanderia e Ampliação da Sala de Pediatria do Hospital e Maternidade Luiza
823 Teodoro da Costa, Fonte Indefinida no valor de 335.000. • Aquisição de
824 Aparelho de Raio X Odontológicos para Centro Social Urbano, Fonte Indefinida
825 no valor de 15.000. • Reforma da Central de Esterilização do Hospital e
826 Maternidade Luiza Teodoro da Costa, Fonte Indefinida no valor de 10.000 •
827 Aquisição de Aparelho de Raio X Odontológico para o Centro de Saúde, Fonte
828 Indefinida no valor de 15.000. **Lavras da Mangabeira** • Reforma do Posto de
829 Saúde, Tesouro Municipal no valor de 30.000. • Aquisição de Equipamentos
830 Laboratório de Análise Clínica, Outras Fontes no valor de 35.000. **18^a**
831 **Microrregião de Saúde – Iguatú: Iguatu** • Aquisição de Equipamentos para o
832 Hospital Regional de Iguatú, indefinida no valor de 500.000. • Aquisição de
833 Equipamentos para o Hospital Santo Antônio dos Pobres, Fonte Indefinida no
834 valor de 60.000. • Aquisição de Equipamentos para o Hospital e Maternidade
835 Agenor Araújo, Fonte Indefinida no valor de 80.000. • Aquisição de
836 Equipamentos para Centro de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 40.000 •
837 Aquisição de Equipamentos para Laboratório Regional de Iguatú, Fonte
838 Indefinida no valor de 152.000. **Acopiara** • Aquisição de Equipamentos para o
839 Hospital Maternidade Júlia Barreto, Fonte Indefinida no valor de 88.000. •
840 Aquisição de Equipamentos para o Hospital Geral Suzana Gurgel do Vale, Fonte
841 Indefinida no valor de 80.000. • Aquisição de Equipamentos para o Centro de
842 Nutrição, Fonte Indefinida no valor de 60.000. **Deputado Irapuan Pinheiro** •
843 Reforma e Ampliação da UMS, Fonte Indefinida no valor de 180.000. **Piquet**
844 **Carneiro** • Reforma e Ampliação da UMS, Fonte Indefinida no valor de
845 118.900. • Reforma e Ampliação do Posto de Saúde de Ibicuã, Fonte Indefinida
846 no valor de 29.800. • Reforma e Ampliação da Casa de Parto de Ibicuã, Fonte
847 Indefinida no valor de 20.300. **Cariús** • Aquisição de Equipamentos para
848 Unidades Básicas de Saúde da Sede, o município assume a contrapartida, Outras
849 Fontes no valor de 23.000. **Mombaça** • Aquisição de Equipamentos para o
850 Hospital e Maternidade Antonina Aderaldo Castelo, Fonte Indefinida no valor de
851 130.000. **Quixelô** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Município, o
852 município assume a contrapartida, Outras Fontes no valor de 40.000. **19^a**
853 **Microrregião de Saúde – Brejo Santo: Brejo Santo** • Construção de Posto de
854 Saúde (Projeto I), o município assume a contrapartida, Outras Fontes no valor de
855 126.885. • Construção de Posto de Saúde (Projeto II), o município assume a
856 contrapartida, Outras Fontes no valor de 128.196. • Construção de Posto de
857 Saúde (Projeto III), Tesouro Municipal no valor de 63.500. • Reforma do Posto
858 de Saúde (PSF do Morro Dourado), Tesouro Municipal no valor de 22.000. •
859 Reforma do Posto de Saúde (PSF do Vila Conceição), Tesouro Municipal no
860 valor de 66.380. • Aquisição de Autoclaves para os Postos de Saúde – Lagoa do
861 Mato e Vila da Conceição, Tesouro Municipal no valor de 7.500. **Abaiara** •
862 Reforma e Aquisição de Equipamento para os Postos de Saúde do PSF, Fonte
863 Indefinida no valor de 101.470. • Equipamento para Reestruturar Postos de
864 Saúde do PSF, Tesouro Municipal no valor de 9.090. **Jati** • Ampliação e
865 Aquisição de Equipamentos para o Centro de Saúde, Tesouro Municipal no valor
866 de 25.000. • Ampliação da Unidade Básica de Saúde, Tesouro Municipal no

867 valor de 100.000. • Construção da Unidade Básica de Saúde, Tesouro Municipal
868 no valor de 70.000. **Aurora** • Reforma e Aquisição de Equipamentos para a
869 Policlínica de Acilon Gonçalves, o município assume a contrapartida, Outras
870 Fontes no valor de 275.000. • Reforma, Ampliação e Equipamentos para o
871 Centro de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 35.000. • Construção e
872 Aquisição de Equipamentos para o Posto de Saúde Cachoeira, o município
873 assume a contrapartida, Outras Fontes no valor de 25.000. • Construção e
874 Aquisição de Equipamentos para Posto de Saúde, o município assume a
875 contrapartida, Outras Fontes no valor de 175.000. • Reforma e/ou Ampliação e
876 Aquisição de Equipamentos para os Posto de Saúde, Tesouro Municipal no
877 valor de 120.000. • Ampliação e Aquisição de Equipamentos para o Posto de
878 Saúde Varzante, Tesouro Municipal no valor de 30.000. • Reforma e Aquisição
879 de Equipamentos para o Centro de Saúde, Tesouro Municipal no valor de 6.000.
880 **Milagres** • Construção do Centro Integrado de Educação e Saúde, Tesouro
881 Municipal no valor de 10.000. **20ª Microrregião de Saúde – Crato: Crato** •
882 Aquisição de Equipamentos para o Centro de Saúde Teodorico Teles, Fonte
883 Indefinida no valor de 25.000. **Nova Olinda** • Construção de Posto de Saúde,
884 Fonte Indefinida no valor de 160.000. • Reequipar o Centro de Saúde, Fonte
885 Indefinida no valor de 10.000. **Santana do Cariri** • Reforma e Aquisição de
886 Equipamentos para o Hospital e Maternidade Senhora Santana, Tesouro Estadual
887 no valor de 120.000. **Araripe** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Lia
888 Loiola Alencar, Tesouro Estadual no valor de 132.520. • Ampliação do Hospital
889 Lia Loiola Alencar, Tesouro Estadual no valor de 72.000. • Ampliação e
890 Aquisição de Equipamentos para Centro de Saúde Antônia A Alencar, Fonte
891 Indefinida no valor de 103.500. **Farias Brito** • Aquisição de Equipamentos para
892 Unidade Mista de Saúde, Fonte Indefinida no valor de 64.222. • Aquisição de
893 Equipamentos para o Laboratório, Fonte Indefinida no valor de 33.460. **Campos**
894 **Sales** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital Municipal Dra. Emília
895 Castelo Branco, o município assume contrapartida, Fonte Indefinida no valor de
896 51.410. **21ª Microrregião de Saúde – Juazeiro do Norte: Juazeiro do Norte** •
897 Aquisição de Equipamentos para o Hospital e Maternidade São Lucas (I),
898 Tesouro Estadual no valor de 300.000. • Aquisição de Equipamentos para o
899 Hospital e Maternidade São Lucas (II), Fonte Indefinida no valor de 200.700. •
900 Aquisição de Equipamentos para o Laboratório do Centro de Dermatologia,
901 Tesouro Estadual no valor de 6.770. • Aquisição de Equipamentos para o Centro
902 de Saúde Mário Malzoni, o município assume a contrapartida, Fonte Indefinida
903 no valor de 100.000. • Aquisição de Equipamentos para o Centro de Nutrição de
904 Juazeiro do Norte, o município assume contrapartida, Fonte Indefinida no valor
905 de 69.740. • Aquisição de Equipamentos para o Posto de Saúde, Tesouro
906 Municipal no valor de 21.000. **Barbalha** • Aquisição de Equipamentos para o
907 Centro Especializado, Tesouro Estadual no valor de 22.920. • Aquisição de
908 Equipamentos para o Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, Fonte
909 Indefinida no valor de 15.000. • Aquisição de Equipamentos para a Unidades
910 de Saúde Básicas (I), Fonte Indefinida no valor de 60.500. • Aquisição de
911 Equipamentos para Unidades de Saúde Básicas (II), Tesouro Municipal no valor
912 de 38.500. **Caririaçu** • Aquisição de Equipamentos para o Hospital e
913 Maternidade Geraldo Lacerda Botelho, Fonte Indefinida no valor de 82.000. •
914 Aquisição de Equipamentos para Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão,

915 Outras Fontes no valor de 10.000. • Aquisição de Equipamentos para o Centro
916 Integrado à Saúde da Mulher, Fonte Indefinida no valor de 35.000. • Aquisição
917 de Equipamentos para Unidades Básicas de Saúde, Fonte Indefinida no valor de
918 79.900. • Construção da Unidade Básica de Saúde, Fonte Indefinida no valor de
919 75.000. **Jardim** • Aquisição de Equipamentos para Centro de Saúde Wilson
920 Róriz, Fonte Indefinida no valor de 70.000. • Construção da Unidade Básica de
921 Saúde, Fonte Indefinida no valor de 50.000. **Missão Velha** • Aquisição de
922 Equipamentos para Centro de Saúde Raimundo Alves de Oliveira, Fonte
923 Indefinida no valor de 10.000. Os membros representantes do segmento
924 município, fizeram alguns questionamentos em relação aos critérios que a SESA
925 tinha adotado para alocar os Recursos do Tesouro Estadual e a concentração dos
926 mesmos na Capital. A Dra. Socorro Martins explica que este fato ocorre em
927 função da rede própria da SESA está localizada na Capital, e da necessidade de
928 dá continuidade aos Projetos de Estruturação que se encontram em andamento.
929 Disse ainda que as demandas de investimentos dos municípios do interior foram
930 analisadas e selecionadas de maneira coerente com a Diretriz do CESAU de que
931 o Estado deve investir de forma prioritária nas unidades de apoio Microrregional.
932 Outros pontos discutidos foram os investimentos para o novo Hospital da SESA
933 na Capital e o baixo volume de investimentos em algumas Microrregião do
934 Estado. Quanto a este último ponto ficou acordado que após a conclusão do
935 processo de informação e capacitação para reorganização de serviços nas 15
936 Microrregiões, as Câmaras Técnicas apresentarão projetos que subsidiarão a
937 reformulação deste PDI, dado que os mesmos serão definidos já com um suporte
938 técnico bem mais ajustados a Proposta de Reorganização. A CIB/Ce adiou a
939 decisão sobre a aprovação do PDI para a próxima reunião. Em seguida **Vera**
940 entrega ao COSEMS, três alternativas para estabelecimento de prioridades para
941 os projetos que não tem fonte de recursos definida, para que o mesmo apresente
942 escolha. Nada mais havendo a tratar, a CIB/Ce deu por encerrada a reunião,
943 determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo como
944 secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
945 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza,
946 quatorze de setembro do ano dois mil e um.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 16ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 2001**
3
4

5 Aos vinte e oito dias do mês de setembro do ano dois mil e um, às nove horas, na Sala
6 de Reunião do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza,
7 realizou-se a Décima Sexta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da
8 Saúde do Ceará - CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Carlile
9 Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Francisco Evandro T. Lima,
10 COMIRES/SESA, Maria Vilauva Lopes, Vice - Presidente do COSEMS/CE, Rogério
11 Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Vera Maria Câmara
12 Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de
13 Saúde de Quixadá, Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Lúcia H.
14 Gondim Castro, Secretária Municipal de Jaguaribe, Lilian Alves Amorim Beltrão,
15 COVAC/SESA, Ana Maria dos Santos Fonseca, Secretária Municipal de Saúde de
16 Palmácia, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Maria do Perpetuo
17 Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA, Maria Imaculada Fonseca,
18 CEOAP/CODAS/SESA, José Adelmo Martins, Coordenador da Saúde da
19 SMDS/PMF. Como convidados: Eduardo Rocha, SMDS/PMF, Alcides Miranda,
20 COSEMS, Magarethe, Horizonte, Rodrigues, SMS de Dep. Irapuan Pinheiro. A
21 reunião foi aberta e presidida por Vera Coelho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da**
22 **Pauta - Bolsa Alimentação - Carta de Adesão Municipal.** Municípios que
23 solicitaram o Programa Bolsa Alimentação: Itatira, Óros, Jijoca de Jericoacoara,
24 Morrinhos, Bela Cruz, Cruz, Itarema e Marco, obtiveram parecer favorável da
25 CEACRI. A CIB/Ce aprovou as solicitações destes municípios em relação a Carta de
26 Adesão Municipal ao Programa Bolsa Alimentação, conforme a Medida Provisória de
27 10 de agosto de 2001 da Presidência da República. Informamos que na semana
28 passada, recebemos um telefonema de uma técnica do Ministério da Saúde, que é
29 responsável por este Programa manifestando a preocupação com a baixa adesão dos
30 municípios cearenses ao Programa. **Item 2 da Pauta – Transferência do Servidor**
31 **da FUNASA José Gomes Roque do Distrito Sanitário do Crato para a Sede da**
32 **Coordenação do Rio Grande do Norte.** Solicitação de Transferência do Servidor da
33 FUNASA o Sr. José Gomes Roque do Distrito Sanitário da Microrregional do Crato
34 para a Sede da Coordenação Regional do Rio Grande do Norte. Vera informa que
35 existe uma Instrução Normativa no. 03 de 17/07 /2000 do MS/FUNASA, que no
36 artigo terceiro que diz a respeito ao remanejamento de servidor entre município ou
37 Estado, a pedido de ofício após publicação da portaria de cessão, somente poderá
38 ocorrer após aprovação dos respectivos, Conselhos Municipais ou Estaduais de Saúde
39 e da Comissão Intergestores Bipartite. A CIB apreciou e aprovou a transferência do
40 Senhor José Gomes Roque, Guarda de Endemias, Classe "B" padrão "V", matrícula
41 no SIAPE 0474625, lotado na 14ª Microrregional de Saúde Crato para a Sede da
42 Coordenação Regional do Rio Grande do Norte. **Item 3 da Pauta - Plano Diretor de**
43 **Investimento – PDI - Apreciação e Definição de Estratégias para**
44 **Estabelecimento de Prioridades de Demandas sem Fonte Definida.** Vera apresenta
45 o Consolidado do PDI - 2001 distribuídos entre as 21 Microrregionais de Saúde por
46 fontes de recursos com valores em 1,00 e percentual da seguinte forma: **1ª - Fortaleza**
47 **- Capital - Tesouro Municipal** - R\$ 82.385 com percentual de 0,1, **Tesouro do Estado**
48 **- R\$ 30.051.933 com percentual 29,5, Outras Fontes** - R\$ 13.902.449, com percentual
49 **13,7, Indefinida** - R\$ 57.675.574 com percentual de 56,7. Com um total de R\$

50 101.712.341. **Interior** - Tesouro Municipal - R\$ 791.136 com percentual de 19,1,
51 Tesouro do Estado - R\$ 282.000 com percentual 6,8, Outras Fontes - R\$ 1.894.685
52 com percentual 45,7, Indefinida - R\$ 1.170.739 com percentual de 28,2. Com um total
53 de R\$ 4.138.560. **2ª Caucaia** - Tesouro Municipal - R\$ 315.216 com percentual de
54 3,3 , Tesouro do Estado - R\$ 3.555.000 com percentual 36,8 , Outras Fontes - R\$
55 952.248 com percentual 9,9, Indefinida - R\$. 4.830.797 com percentual de 50,0. Com
56 um total de R\$ 9.653.261. **3ª Maracanaú** - Tesouro Municipal - R\$ 450.000 com
57 percentual de 2,1, Tesouro do Estado (não tem recursos alocados), Outras Fontes - R\$
58 19.235.404 com percentual 91,9, Indefinida - R\$ 1.245.630 com percentual de 6,0
59 .Com um total de R\$ 20.931.034. **4ª Baturité** - Tesouro Municipal - R\$ 205.000 com
60 percentual de 6,8, Tesouro do Estado - R\$ 1.165.413 com percentual 38,7, Outras
61 Fontes - R\$ 576.419 com percentual 19,1, Indefinida - R\$ 1.063.585 com percentual
62 de 35,3. Com um total de R\$ 3.010.416. **5ª Canindé** - Tesouro Municipal - R\$ 81.000
63 com percentual de 4,5, Tesouro do Estado - R\$ 108.000 com percentual 10,9 , Outras
64 Fontes - R\$ 505.940 com percentual 28,3, Indefinida - R\$ 1.016.729 com percentual
65 de 57,0. Com um total de R\$ 1.783.669. **6ª Itapipoca** - Tesouro Municipal - R\$
66 362.530 com percentual de 54,8, Tesouro do Estado - R\$ 110.000 com percentual
67 16,6, Outras Fontes - R\$ 150.000 com percentual 22,6, Indefinida - R\$ 39.500 com
68 percentual de 6,0. Com um total de R\$ 662.030. **7ª Aracati** - Tesouro Municipal - R\$
69 68.000 com percentual de 1,9, Tesouro do Estado - R\$ 582.049 com percentual 16,4 ,
70 Outras Fontes - R\$ 728.803 com percentual 20,5, Indefinida - R\$ 2.175.786 com
71 percentual de 61,2. Com um total de R\$ 3.554.638. **8ª Quixadá** - Tesouro Municipal -
72 R\$ 23.000 com percentual de 0,3, Tesouro do Estado - R\$ 963.888 com percentual
73 11,0, Outras Fontes - R\$ 4.357.183 com percentual 50,0, Indefinida - R\$ 3.377.206
74 com percentual de 38,7. Com um total de R\$ 8.721.277. **9ª Russas** - Tesouro
75 Municipal (não tem recursos alocados), Tesouro do Estado - R\$ 893.040 com
76 percentual 35,4, Outras Fontes - R\$ 67.836 com percentual 2,7, Indefinida - R\$
77 1.561.818 com percentual de 61,9. Com um total de R\$ 2.522.694. **10ª Limoeiro do**
78 **Norte** - Tesouro Municipal - R\$ 75.000 com percentual de 2,7, Tesouro do Estado -
79 R\$ 427.477 com percentual 15,2, Outras Fontes - R\$ 605.193 com percentual 21,5,
80 Indefinida - R\$ 1.703.899 com percentual de 60,6. Com um total de R\$ 2.811.569.
81 **11ª Sobral** - Tesouro Municipal (não tem recursos alocados), Tesouro do Estado - R\$
82 140.000 com percentual 5,6, Outras Fontes - R\$ 1.737.000 com percentual 69,4,
83 Indefinida - R\$ 625.000 com percentual de 25,0. Com um total de R\$ 2.502.000. **12ª**
84 **Acaraú** - Tesouro Municipal - R\$ 95.000 com percentual de 4,4, Tesouro do Estado
85 (não tem recursos alocados), Outras Fontes (não tem recursos alocados), Indefinida -
86 R\$ 2.121.400 com percentual de 95,6. Com um total de R\$ 2.216.400. **13ª Tianguá** -
87 Tesouro Municipal - R\$ 157.400 com percentual de 2,4, Tesouro do Estado - R\$
88 1.030.000 com percentual 15,9 , Outras Fontes - R\$ 516.206 com percentual 8,0,
89 Indefinida - R\$ 4.740.053 com percentual de 73,5. Com um total de R\$ 6.443.659. **14ª**
90 **Tauá** - Tesouro Municipal (não tem recursos alocados), Tesouro do Estado (não tem
91 recursos alocados), Outras Fontes - R\$ 196.000 com percentual 42,2, Indefinida - R\$
92 268.000 com percentual de 57,8. Com um total de R\$ 464.000. **15ª Crateús** - Tesouro
93 Municipal - R\$ 941.520 com percentual de 22,4, Tesouro do Estado - R\$ 748.307
94 com percentual 17 ,8, Outras Fontes - R\$ 407.833 com percentual 9,7, Indefinida -
95 R\$ 2.108.588 com percentual de 50,1 .Com um total de R\$ 4.206.248. **16ª Camocim** -
96 Tesouro Municipal (não tem recursos alocados), Tesouro do Estado - R\$ 100.000 com
97 percentual 2,3, Outras Fontes - R\$ 4.144.693 com percentual 97,0, Indefinida - R\$ 27
98 .500 com percentual de 0,7. Com um total de R\$ 4.272.193. **17ª Icó** - Tesouro
99 Municipal - R\$ 30.000 com percentual de 0,5, Tesouro do Estado - R\$ 20.000 com

100 percentual 0,3, Outras Fontes - R\$ 1.153.000 com percentual 22,5, Indefinida - R\$
101 3.920.786 com percentual de 76,5. Com um total de R\$ 5.123.786. **18ª Iguatú** -
102 Tesouro Municipal (não tem recursos alocados), Tesouro do Estado (não tem recursos
103 alocados), Outras Fontes - R\$ 63.000 com percentual 3,9, Indefinida - R\$ 1.539.000
104 com percentual de 96,1. Com um total de R\$ 1.602.000. **19ª Brejo Santo** - Tesouro
105 Municipal - R\$ 564.470 com percentual de 40,4, Tesouro do Estado (não tem recursos
106 alocados), Outras Fontes - R\$ 730.081 com percentual 52,3, Indefinida -R\$ 101.470
107 com percentual de 7,3. Com um total de R\$ 1.396.021. **20ª Crato** - Tesouro
108 Municipal (não tem recursos alocados), Tesouro do Estado - R\$ 204.520 com
109 percentual 26,5, Outras Fontes -R\$ 120.000 com percentual 15,5, Indefinida -
110 R\$.447.592 com percentual de 58,0. Com um total de R\$ 772.112. **21ª Juazeiro do**
111 **Norte** - Tesouro Municipal - R\$ 59.500 com percentual de 4,8, Tesouro do Estado -
112 R\$ 329.690 com percentual 26,4, Outras Fontes - R\$ 10.000 com percentual 0,8,
113 Indefinida - R\$ 847.840 com percentual de 68,0. Com um total de R\$ 1.247.030. O
114 total das 21 Microrregionais: Tesouro Municipal - R\$ 4.301.157 com percentual de
115 2,3, Tesouro do Estado - R\$ 40.783.316 com percentual 21,5, Outras Fontes - R\$
116 52.053.973 com percentual 27,4, Indefinida - R\$ 92.608.492 com percentual de 48,8.
117 O total geral de R\$ 189.746.938. E ainda faz uma revisão nas alternativas entregue ao
118 COSEMS na reunião passada. **Alternativa (I) para Estabelecimento de Prioridades**
119 **para os Projetos que não tem Fonte de Financiamento Definida.** Projeto de
120 expansão de oferta e/ou fortalecimento de serviços do 2º e 3º Nível de Referência de
121 prioridade alta. Projeto de expansão de oferta e/ou fortalecimento de serviços de saúde
122 nos municípios integrantes das Microrregiões de Tauá, Acaraú, Camocim, Russas e
123 Limoeiro do Norte de prioridade alta. Projeto de expansão de oferta para garantir a
124 suficiência necessária a qualificação da Microrregião de prioridade média. Projeto de
125 expansão de oferta de serviços básicos de saúde de prioridade baixa. **Alternativa (II)**
126 **para Estabelecimento de Prioridades para os Projetos que não tem Fonte de**
127 **Financiamento Definida.** Projeto de Expansão de oferta de serviços básicos de saúde
128 necessários para Qualificação da Microrregião de prioridade alta. Projeto Expansão
129 e/ou fortalecimento oferta de serviços de 1º Nível de Referência necessários para
130 Qualificação da Microrregião de prioridade alta. Projeto de Expansão e ou
131 fortalecimento de oferta de serviços de 2º e 3º Nível de Referência de prioridade
132 média. Projeto de expansão de oferta de serviços básicos de saúde de prioridade baixa.
133 **Alternativa (III) para Estabelecimento de Prioridades para os Projetos que não**
134 **tem Fonte de Financiamento Definida.** Projeto de Expansão de oferta e/ou
135 fortalecimento de serviços de saúde nos municípios integrantes das Microrregiões de
136 Tauá, Acaraú, Camocim, Russas e Limoeiro do Norte de prioridade alta. Projeto de
137 expansão de oferta e ou fortalecimento de Unidade de Apoio para Pólo de prioridade
138 média. Os demais projetos de prioridade baixa. Após apresentação os participantes se
139 manifestaram: **Vilauva** ressalta que a PPI não irá funcionar porque não tem recursos.
140 **Alcides** indaga se as necessidades de saúde são conhecidas, onde foram solicitadas as
141 demandas. E afirma que a equidade no acesso está comprometida dado que a
142 estratégia para definição das prioridades se refere apenas aos projetos com fonte
143 indefinida, e que 63% destes projetos são para municípios localizados na
144 Microrregião de Fortaleza (Capital e Interior). **Socorro** esclarece que os projetos
145 foram definidos pelos Secretários Municipais de Saúde e aprovados nas CIB 's
146 Microrregionais, e que o PDI não será executado em apenas 1 (um) ano. A questão
147 maior a ser discutida é se os projetos possibilitam a operacionalização do PDR. **Alex**
148 chama atenção que a CIB não deve analisar apenas a fonte do Tesouro do Estado, pois
149 existem regiões que tiveram alocação de recursos de outras fontes. E que além dos

150 recursos para investimento a SESA no Orçamento para 2002, alocou R\$ 10 milhões,
151 para auxílio Financeiro a Unidades Hospitalares de Apoio de 2º e 3º Nível de
152 Referência a Microrregião/Macrorregião, e R\$ 23 milhões para pagamento dos
153 Agentes Comunitários de Saúde. E que é fundamental importância que a CIB defina
154 estratégia para alocação de recursos. Essa é uma reunião histórica. **Vilauva** manifesta
155 a sua surpresa em relação ao alto investimento na Capital com Recursos do Tesouro
156 do Estado, o Interior não foi capaz de fazer pressão para mudar esta situação. Está
157 faltando recursos para o Interior. Este fato comprova a necessidade de discussão
158 prévia das gestões pelo COSEMS. E ressalta a sensibilidade do Governador em
159 resolver as questões levadas a ele. **Carlile** propôs que fosse concedido um valor por
160 Unidade de Referência Microrregional como por exemplo R\$ 50 mil/mês. E sugere
161 em relação aos Recursos do Tesouro Estadual: 1º - Não mexer na alocação já
162 definida. 2º - Fazer uma proposta para captar novos investimento. **Socorro** chama
163 atenção que o Estado expandiu os recursos alocados no Orçamento - 2002 em relação
164 a 2001. **Imaculada** solicita esclarecimentos sobre as base de orientação para
165 elaboração do PDI. **Vera** diz que o PDI tem como objetivos garantir a oferta com
166 suficiência do 1º Nível de Referência e das 7 Áreas de Atuação Estratégias, com a
167 finalidade de Habilitar os Municípios na Atenção Básica Ampliada e de Classificar as
168 Microrregiões de Saúde no Estado. No entanto o modelo de reorganização do Estado
169 avança, buscando ofertar nas Microrregiões serviços de 2º e 3º Nível de Referência.
170 As demanda foram definidas pelos Secretários Municipais de Saúde e analisadas
171 pelas CIB 's Microrregionais. Vale ressaltar que as demandas do 2º e 3º Nível de
172 Referência das Microrregiões de Baturité, Maracanaú, Quixadá, Iguatú, Crateús e
173 Tianguá foram identificadas a partir dos projetos das Câmaras Técnicas, nas 15
174 Microrregiões restantes processo de reorganização se encontra em andamento e as
175 demandas foram definidas pelos Secretários Municipais de Saúde, que poderão ser
176 ampliadas quando da conclusão dos trabalhos pelas Câmaras Técnicas. **Adelmo** não
177 questiona os recursos que foram alocados em Fortaleza, mas considera que deve se
178 avançar no custeio. E diz que a CIB é um espaço para discussão e pactuação. E em
179 seguida indaga por que Fortaleza não recebe recursos para pagamento das Agente
180 Comunitários de Saúde – ACS, já que todo o Interior recebe. **Alex** informa que o
181 PACS começou com o objetivo de enfrenta a seca no interior que existem problemas
182 operacionais em relação a Fortaleza. **Carlile** confirma a fala do Alex e considera que
183 o investimento atual com o PACS deve ser avaliado. **Eliade** manifesta preocupação
184 com os recursos de custeio para garantir o funcionamento das Unidades de Apoio.
185 **Raquel** solicita que as discussões sejam direcionadas para os pontos que exigem
186 decisão da CIB, tais como: Investimento muito centralizado na Capital, o
187 investimento com um novo Hospital em Fortaleza e o Custeio das Unidades de
188 Referência. **Odilon** solicita que seja revisto os critérios de alocação de Recursos do
189 Tesouro já que Tauá não foi contemplado. **Socorro** informa que quando do
190 estabelecimento das prioridades para alocação de Recursos do Tesouro do Estado os
191 projetos da Microrregião de Tauá não se encontravam na SESA, e os mesmos só
192 chegaram fora do prazo de elaboração da Proposta Orçamentária de 2002. Após
193 discussão a CIB/CE aprovou o Plano Diretor de Investimento – PDR com a
194 observação de que após a conclusão dos projetos pelas Câmaras Técnicas das 15
195 Microrregiões: Fortaleza, Caucaia, Canindé, Itapipoca, Aracati, Russas, Limoeiro do
196 Norte, Sobral, Acaraú, Tauá, Camocim, Icó, Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte, o
197 mesmo será ajustado a nova realidade. E decidiu pela Alternativa (II) para
198 Estabelecimento de Prioridades para os Projetos que não tem Fonte de Financiamento
199 Definida. Projeto de Expansão de oferta de serviços básicos de saúde necessários para

200 Qualificação da Microrregião prioridade alta; Projeto Expansão e/ou o fortalecimento
201 oferta de serviços de I Nível de Referência necessários para Qualificação da
202 Microrregião prioridade alta; Projeto de Expansão e ou fortalecimento de oferta de
203 serviços de 2º e 3º Nível de Referência prioridade média; e Projeto de expansão de
204 oferta de serviços básicos de saúde prioridade baixa. **Item 4 da Pauta - Recursos de**
205 **Expansão Alocados no teto do Estado – Encontro de Contas.** Vera fez a entrega do
206 documento para discussão do COSEMS/CE. **Item 5 da Pauta - Programa Saúde da**
207 **Família - Qualificação de equipes do PSF e Saúde Bucal.** Municípios que solicitam
208 qualificação no Programa Saúde da Família: Tamboril (02), Monsenhor Tabosa (02),
209 Tianguá (03), Limoeiro do Norte (05), Ocara (01), Erêre (01) e PSF/Saúde Bucal:
210 Ipaporana (01), Jaguaruana (01) e Baixio (01). A CIB/Ce aprovou a qualificação
211 destas equipes. **Item 6 da Pauta - Incentivo PASC/PSF/Saúde Bucal - Os recursos**
212 **da competência Agosto - 01 da Grande maioria dos município foram bloqueados.**
213 Municípios solicitam o pagamento dos recursos dos incentivos financeiros ao
214 Programa de Saúde da Família - PSF, á Atenção à Saúde Bucal, a Programas
215 Similares ao PSF e ao Programa Agentes Comunitários de Saúde, competência
216 Agosto de 2001, passou a ser gerado com base nos dados cadastro de profissionais do
217 SIAB, que contém uma série de críticas que impedem a duplicidade de profissionais
218 atuando num mesmo município ou em município diferentes. Após discussão a
219 CIB/CE decidiu **1) Politicamente** que Dr. Anastácio de Queiroz Souza - Secretário
220 de Saúde, encaminhará um ofício ao Dr. Cláudio Duarte da Fonseca - Secretário de
221 Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, solicitando que considere o atesto que foi
222 enviado pela SESA para a competência agosto/2001.2) **Tecnicamente** - treinamento
223 operacional do SIAB para os municípios e revisão do programa SIAB. Nada mais
224 havendo a tratar, a CIB/CE deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana
225 D' Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária lavrasse a presente Ata que vai
226 por mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
227 Estado do Ceará. Fortaleza, vinte e oito de setembro de dois mil e um.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 17ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA - 2001

Aos cinco dias de outubro do ano dois mil e um, às nove horas, na Sala de Reunião do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Sétima Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, José Adelmo Mendes Martins, Secretário da SMDS/PMF, Francisco Evandro T. Lima, COMIRES/SESA, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA, Maria Imaculada Fonseca, CEOAP/CODAS/SESA, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Eduardo Martins Rocha, SMDS/PMF. Como convidados: Rodrigues Carvalho Nogueira, SMS de Dep. Irapuan Pinheiro, Maria Aurenice de Oliveira, CECONS/COPOS/SESA. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta – PPI – 2001- Apreciação dos Critérios de Alocação dos Recursos do Tesouro do Estado.** Aurenice Técnica da CECONS/COPOS/SESA que apresenta o Roteiro de Orientação aos Estados e Municípios para Preenchimento do Instrumento Eletrônico da PPI – SIS PPI – Quanto à Alocação de Recursos Estaduais e Municipais na Saúde e Assistência: 1. Nos termos da Emenda Constitucional n.º 29/2000, qual o valor e que percentual representa o total das receitas tributárias líquidas do Estado orçado para as ações e serviços de saúde no ano 2001? Nos termos da Emenda Constitucional n.º 29, o percentual que representa o total das receitas tributárias líquidas do Estado orçado para ações e serviços de saúde para o ano 2001 foi de 8,03%. **Base de Cálculo:** • Receita tributária líquida = R\$ 2.726.285.107,10. • Valor da alocação de recursos próprios para ações e serviços de saúde no Orçamento 2001 da Secretaria Estadual da Saúde = R\$ 218.730.819,87. 2. Quais prioridades foram definidas para a alocação dos recursos estaduais em ações e serviços de saúde para o ano 2001? As prioridades definidas para aplicação dos recursos estaduais em ações e serviços de saúde para o ano 2001 foram: • Redução da mortalidade infantil. • Redução da mortalidade materna. • Controle e erradicação de algumas doenças transmissíveis. • Redução da mortalidade precoce das doenças cardiovasculares, câncer e violências. 3. Quais prioridades foram definidas para aplicação dos recursos estaduais para assistência à saúde para o ano 2001? As prioridades definidas para aplicação dos recursos estaduais na assistência à saúde para o ano 2001 foram: **ATENÇÃO BÁSICA:** • Pagamento de Subvenções Sociais para entidades civis sem fins lucrativos. • Medicamentos básicos para os municípios, conforme legislação. • Pagamento dos agentes comunitários de saúde para atendimento ao Programa - Saúde da Família em todos os municípios cearenses. • Ações de assessoria ao Programa Saúde da Família. • Compra de veículos para o PSF, para os municípios, com cobertura acima de 70% da população assistida pelo PSF. • Capacitação de profissionais de saúde para atuar no PSF. • Ampliação, reforma e reestruturação de unidades básicas de saúde. **ATENÇÃO SECUNDÁRIA:** • Medicamentos especiais para os municípios; •

47 Alocação de recursos para unidades ambulatoriais de média complexidade administradas
48 pela SESA e rede de laboratórios de saúde pública e hemocentros; • Repasse, através de
49 convênio, de recursos financeiros para instituições hospitalares conveniadas, definidas
50 como apoio do sistema de referência para atendimento da atenção secundária. •
51 Ampliação, reforma e reestruturação de unidades de média complexidade. • Aquisição de
52 um Hospital para atendimento secundário em Fortaleza. **ATENÇÃO TERCIÁRIA:** •
53 Repasse, através de convênio, de recursos financeiros para instituições conveniadas
54 definidas como apoio do sistema de referência para atendimento da atenção terciária e
55 que encontram-se com problemas de sustentabilidade financeira comprovada. • Alocação
56 de recursos para unidades hospitalares próprias da SESA. • Ampliação, reforma e
57 reestruturação de unidades hospitalares de alta complexidade. 4. Que abertura ou
58 estrutura o estado utiliza para a programação global dos recursos destinados ao custeio
59 das ações e serviços de saúde, em sua totalidade ? A estrutura que o estado utiliza para
60 programação global dos recursos destinados ao custeio das ações e serviços de saúde, em
61 sua totalidade é o Fundo Estadual de Saúde – FUNDES, caracterizado como
62 Administração Indireta da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará. Estes recursos estão
63 alocados e de conformidade com a estrutura programática da SESA através dos
64 Programas Finalísticos e de Gestão, Ações, e Projetos ou Atividades, distribuídos em 45
65 Unidades Orçamentárias. 5. Descreva as “áreas programáticas” utilizadas rotineiramente
66 pelo estado para a programação de seus recursos próprios destinados à ações e serviços
67 de saúde e detalhe os programas, projetos, ou outras categorias mais gerais nas quais
68 essas “áreas programáticas” são desagregadas. As “áreas programáticas” utilizadas no
69 ano 2001, foram definidas pelo Plano Plurianual 2000 – 2003, após revisão feita em
70 2001, para a programação dos seus recursos próprios destinados à ações e serviços de
71 saúde por programas, ações, projetos ou atividades, de forma desagregadas, encontra - se
72 detalhada no anexo. 6. Que abertura ou estrutura o estado utiliza para a programação dos
73 recursos destinados ao custeio da assistência à saúde ? A natureza dos Projetos ou
74 Atividades é que identificam a destinação dos recursos de custeio da assistência à saúde
75 no que se refere à atenção primária, secundária e terciária. 7. Descreva as áreas
76 programáticas utilizadas rotineiramente pelo Estado para a programação de seus recursos
77 próprios destinados à assistência e detalhe os programas, projetos ou outras categorias
78 mais gerais nas quais essas “áreas programáticas” são desagregadas. **Vide anexo 1.** 8. O
79 Estado conta com programação dos recursos elaborada de forma a permitir a separação
80 dos programas e projetos relacionados ao custeio da assistência ambulatorial e hospitalar?
81 Em caso afirmativo, descrever as aberturas utilizadas e os respectivos recursos. Em caso
82 negativo, recomenda-se que seja realizada uma estimativa, a partir de algum critério
83 estabelecido, do volume global dos recursos para a assistência hospitalar e ambulatorial.
84 Sim, de acordo com o quadro **anexo 2.** 9. O Estado conta com abertura programática ou
85 orçamentária que separa os recursos próprios estaduais destinados ao custeio da
86 assistência por tipo de rede, seja por nível de complexidade, natureza jurídica, ou outro
87 critério? Em caso afirmativo, descreva a abertura utilizada e a alocação de recursos
88 programada para 2001. Não. 10. As estruturas descritas anteriormente servem ao
89 detalhamento da alocação dos recursos de investimento? Em caso afirmativo, descrever a
90 alocação utilizando as aberturas usualmente utilizadas pelo estado. Somente no caso da
91 Rede de Laboratórios de Saúde Pública e Hemocentros. Os demais recursos de
92 investimentos estão alocados de acordo com a Unidade Orçamentária que coordena o

93 Projeto, sendo os mais representativos: **Gabinete do Secretário.** • Cooperar
94 financeiramente com unidade de saúde micro-macro regionais. • Reforma, Ampliação e
95 reestruturação da rede física da SESA. • Implantação e estruturação de Unidade
96 Hospitalar. **Coordenadoria de Políticas em Saúde - COPOS.** • Projeto Nordeste –
97 Implantação e estruturação de unidades de saúde (KFW). • Reforma, Ampliação e
98 Reestruturação da Rede Física da SESA – (REFORSUS). • Aquisição de Equipamentos
99 para Hospitais de Atendimento de Urgência/Emergência. • Saúde da população indígena
100 e vigilância ambiental (VIGISUS). • REFORSUS/RNIS – Implantação da rede de
101 informação em saúde. • Fortalecer infraestrutura do sistema estadual de Vigilância em
102 Saúde – VIGISUS. **Coordenadoria de Desenvolvimento, Apoio e Atenção à Saúde -**
103 **CODAS.** • Revitalização dos serviços de assistência farmacêutica Regional. •
104 Reestruturar Unidades Micro-Macro regionais e básicas de saúde. 11. É possível
105 desagregar os gastos estimados para 2001 com pessoal administrativo de nível central e
106 regional do pessoal lotado em unidades assistenciais? Em caso afirmativo, descrever a
107 alocação de recursos com pessoal pelas aberturas possíveis. É possível desagregar pois
108 cada folha de pagamentos se refere a uma unidade orçamentária. 12. Existe incentivo
109 estadual para a área de Atenção Básica? Em caso afirmativo, descreva o tipo de
110 incentivo, os critérios de cálculo e formas de transferência, bem como os valores
111 transferidos. Existe, através do P/A – Apoio financeiro aos Municípios/DERES e
112 Organizações da Sociedade Civil para execução do Programa Agente de Saúde, onde são
113 pagos os Agentes Comunitários de Saúde, repassado através de Convênio com 49
114 Associações e os demais municípios através de repassa às Microrregionais. Foram
115 transferidos até o mês de agosto, o valor de R\$ 14.508.352,00. Doação de 57 veículos
116 para o PSF, que foi efetivado através do P/A Reestruturar Unidades Micro-Macro
117 regionais e básicas de saúde, no total de R\$ 1.886.130,00. O critério adotado para
118 recebimento do veículo é o município ter pelo menos 70% de cobertura de PSF. 13. O
119 Estado complementa com recursos próprios a tabela do SUS? Em que tipo de
120 ações/procedimentos? Não. Há recursos adicionais para as unidades de saúde, entretanto
121 não são com base em procedimentos. 14. Existe algum tipo de incentivo de custeio com
122 recursos estaduais alocado em assistência de média e alta complexidade? E caso
123 afirmativo, descreva as modalidades de incentivo existentes, seus critérios e mecanismos
124 de cálculo, formas de transferência, bem como os valores transferidos. Não. Há recursos
125 adicionais para as unidades de saúde, entretanto não são com base em procedimentos. 15.
126 Existe mecanismo que permite a transferência de recursos próprios do estado destinados à
127 assistência para os municípios? Descreva os mecanismos e formas de transferência
128 existentes. Não. Após a apresentação da Aurenice, todos os participantes solicitaram
129 esclarecimentos e depois ressaltaram a importância deste momento, onde a SESA
130 informa e debate os recursos do Tesouro do Estado destinados à Saúde. **Item 2 da Pauta**
131 **– Recursos de Expansão da Oferta Alocados no Teto do Estado – Análise e**
132 **Discussão.** Foi entregue o documento para apreciação do COSEMS/CE em reunião
133 passada. Lilian explica como estão sendo aplicados os recursos do Ceará em valores
134 mensais para: **I) Expansão de Oferta – R\$ 1.012.697,00. II) Recursos incluídos no**
135 **TFAM – R\$ 217.997,00.** Sendo distribuído entre os municípios de Barbalha –
136 182.337,00, Quixadá – R\$ 18.220,00, Sobral – R\$ 17.440,00. **III) Recursos Sob Gestão**
137 **Estadual – R\$ 794.700,00.** Sendo distribuídos entre os serviços de: a) Cirurgia
138 Cardíaca/UTI Hemodinâmica em Barbalha – R\$ 134.440,00, b) Radioterapia (saiu do

139 Extra Teto e foi incluído no Teto Estadual) – R\$ 315.208,00, c)Cirurgia Oncológica (saiu
140 do Extra Teto e foi incluído no Teto Estadual) – R\$ 79.605,00, d)Cirurgia Cardíaca
141 (Câmara de Compensação Interestadual) - (saiu do Extra Teto e foi incluído no Teto
142 Estadual) - R\$ 29.824,00, e)Quimioterapia (Visitantes) - (saiu do Extra Teto e foi
143 incluído no Teto Estadual) - R\$ 3.004,00, f)Patologia Clínica Especializada (saiu do
144 Extra Teto e foi incluído no Teto Estadual) – R\$ 15.252,00, g)Alta Complexidade – AC –
145 R\$ 217.367,00. **OBSERVAÇÃO.:** Em Alta Complexidade o Teto Mensal foi de – R\$
146 5.738.986,00 e a Média Gasto foi de – R\$ 6.237.745,00 e (Utilizando R\$ 217.367,00 da
147 Expansão de Oferta e R\$ 281.392,00 da MEC). Após explicação os membros
148 representantes do COSEMS/Ce concordaram com a destinação dos recursos para
149 expansão da oferta alocados no Teto do Estado a partir de junho.01. Mas manifestaram
150 preocupados com a elevação dos gastos com Alta Complexidade. **Item 3 da Pauta –**
151 **Programação de Alta Complexidade 2001 – Ajuste.** Foi entregue a Proposta de Ajuste
152 dos Tetos da Alta Complexidade dos Municípios em GPM e sob Gestão da SESA para
153 que o COSEMS promova discussão com os municípios interessados. **Item 4 da Pauta –**
154 **Informes: 1. Ofício no. 946/2001 da SMDS/PMF, indicando o Sr. Eduardo Martins**
155 **Rocha como Suplente do Sr. José Adelmo Mendes Martins, Secretário da SMDS-**
156 **Fortaleza – Membro nato da Bipartite. 2 CEOAP – Informa que Dr. Anastácio de**
157 **Queiroz Sousa encaminhou ofício a SPS/MS – Dr. Cláudio Duarte da Fonseca,**
158 **solicitando ressarcimento dos Incentivo PASC/PSF/Saúde Bucal, competência**
159 **Agosto/2001 . E o mesmo respondeu através do Ofício Circular no. 190 SPS/MS,**
160 **datado de 02/10/2001 que irá assumir os repasses destes recursos.** A SESA recebeu
161 ofício circular no. 190 - SPS/MS, datado de 02/10/2001, comunicando que esta Secretaria
162 de Políticas de Saúde vem recebendo uma série de correspondência e telefonemas de
163 Secretarias Estaduais e Municipais justificando o não cadastramento de equipes de saúde
164 da família , saúde bucal e agente comunitários de saúde no Sistema de Informação de
165 Atenção Básica – SIAB. Como é do conhecimento de todos o repasse dos recursos dos
166 incentivos financeiros ao Programa de Saúde da Família – PSF, à Atenção Saúde Bucal, a
167 Programas similares ao PSF e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a partir
168 da competência Agosto de 2001, passou a ser gerado com base nos dados cadastro de
169 profissionais do SIAB, que contém uma série de críticas que impedem a duplicidade de
170 profissionais atuando num mesmo município ou em município diferentes. A CIB/CE
171 recomenda que Dr. Anastácio de Queiroz Souza – Secretário de Saúde, encaminhe ofício
172 ao Dr. Cláudio Duarte da Fonseca – Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da
173 Saúde solicitando que seja providenciado pagamento dos Incentivos PACS/PSF/Saúde
174 Bucal. **3) Pagamento das Cirurgias Oncológica do Hospital Curas D’ars**
175 **classificando como procedimentos Alta Complexidade.** A CIB/CE solicita que a
176 SMDS/PMF e o Diretor do Hospital Curas D’ars faça se reúnam para buscarem
177 alternativas para efetuar os pagamentos dos serviços prestados. Nada mais havendo a
178 tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos
179 Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e
180 pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará.
181 Fortaleza, cinco de outubro de dois mil e um.

| | | | | | |
|---|---|----------------|----------------|----------------|------|
| ANEXO 1 | | | | | |
| SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE | | | | | |
| COORDENADORIA DE POLÍTICAS EM SAÚDE | | | | | |
| Célula Economia da Saúde | | | | | |
| PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA PARA 2001 POR PROGRAMA / AÇÃO / PROJETO / ATIVIDADE | | | | | |
| Nº / PROGRAMA / AÇÃO / PROJETO/ATIVIDADE | | TOTAL GERAL | TOTAL 00 | 00-0 | 00-1 |
| 371-GERENC REC NEC AO FUNC DE ORG E ENT PÚBLICAS | | 121.711.519,85 | 112.310.513,60 | 112.310.513,60 | |
| 400 | Coordenação e Manutenção Geral | 121.711.519,85 | 112.310.513,60 | 112.310.513,60 | |
| 1 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 99.030.000,00 | 99.030.000,00 | 99.030.000,00 | |
| 2 | 40.00 2 Concessão e Manut de Aposentadorias e Pensões | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 | |
| 3 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 600.615,62 | 347.151,62 | 347.151,62 | |
| 4 | 73.00 0 Imp estrut e manut de bens e serv de TI | 30.000,00 | - | - | |
| 5 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 702.000,00 | 702.000,00 | 702.000,00 | |
| 6 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 222.000,00 | 222.000,00 | 222.000,00 | |
| 7 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 16.661.692,45 | 8.462.160,20 | 8.462.160,20 | |
| 8 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 142.000,00 | 142.000,00 | 142.000,00 | |
| 9 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 142.000,00 | 142.000,00 | 142.000,00 | |
| 10 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 370.237,00 | 285.237,00 | 285.237,00 | |
| 11 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 277.328,00 | 215.682,00 | 215.682,00 | |
| 12 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 213.846,00 | 171.822,00 | 171.822,00 | |
| 13 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 254.221,00 | 251.421,00 | 251.421,00 | |
| 14 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 194.947,00 | 169.947,00 | 169.947,00 | |
| 15 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 207.386,00 | 171.362,00 | 171.362,00 | |
| 16 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 87.273,00 | 67.569,00 | 67.569,00 | |
| 17 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 170.100,00 | 132.100,00 | 132.100,00 | |
| 18 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento Administrativo | 111.635,00 | 81.227,00 | 81.227,00 | |
| 19 | 40.00 0 Manutenção e Funcionamento | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | 0 | Administrativo | 210.847,00 | 162.847,00 | 162.847,00 | |
| 20 | 40.00 0 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 397.509,00 | 332.925,00 | 332.925,00 | |
| 21 | 40.00 0 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 184.994,00 | 154.994,00 | 154.994,00 | |
| 22 | 40.00 0 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 246.672,00 | 191.672,00 | 191.672,00 | |
| 23 | 40.00 0 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 110.497,00 | 71.297,00 | 71.297,00 | |
| 24 | 40.00 0 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 179.812,00 | 129.812,00 | 129.812,00 | |
| 25 | 40.00 0 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 120.862,78 | 98.374,78 | 98.374,78 | |
| 26 | 40.00 0 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 168.518,00 | 109.514,00 | 109.514,00 | |
| 27 | 40.00 0 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 149.215,00 | 95.431,00 | 95.431,00 | |
| 28 | 40.00 0 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 115.667,00 | 87.323,00 | 87.323,00 | |
| 29 | 40.00 0 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 218.632,00 | 153.632,00 | 153.632,00 | |
| 30 | 40.00 0 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 171.013,00 | 109.013,00 | 109.013,00 | |
| 286 - MELHORIA DA ASSIST PRESTADA PELA REDE SUS | | | 87.611.003,25 | 3.971.618,00 | 1.751.472,00 | 2.220.146,00 |
| 22 4 | Reestruturar Unidades de Saúde | | 16.385.084,00 | 3.780.146,00 | 1.560.000,00 | 2.220.146,00 |
| 31 | 72.23 7 | Reforma, Amp e Reest da Rede Física da SESA (REFORSUS) | 7.005.554,00 | 551.116,00 | - | 551.116,00 |
| 32 | 73.00 1 | Cooperar fin c un de saúde Micro-Macro Regionais | 3.480.000,00 | 1.560.000,00 | 1.560.000,00 | |
| 33 | 79.00 5 | Reest de Un Micro e Macro Reg Básicas | 5.899.530,00 | 1.669.030,00 | - | 1.669.030,00 |
| 22 5 | Projeto Ações Básicas de Saúde no Ceará (KFW) | | 8.375.047,00 | - | - | |
| 34 | 70.08 7 | Projeto Nordeste-Imp e Est de Un de saúde | 8.101.958,00 | - | - | |
| 35 | 73.11 2 | Projeto Nordeste-Imp e Est de Un de saúde - TI | 273.089,00 | - | - | |
| 22 7 | Garantir Assistência aos Usuários do SUS | | 62.759.400,25 | 100.000,00 | 100.000,00 | |
| 36 | 61.09 5 | Exames de Alta Complexidade | 300.000,00 | - | - | |
| 37 | 61.09 6 | Programa de Tratamento Fora do Domicílio | 1.900.000,00 | - | - | |
| 38 | 61.09 7 | Aquisição de Órtese e Prótese | 300.000,00 | - | - | |
| 39 | 60.20 7 | Pagamento de Internações - Repasse SUS | 29.393.880,00 | - | - | |
| 40 | 60.20 8 | Pagto de Proc Amb de Alto Custo - SUS-Repasse | 20.201.187,50 | - | - | |
| 41 | 60.20 9 | Pgto de Proc Ambul Especializado - SUS-Repasse | 9.798.865,00 | - | - | |
| 42 | 73.00 | Impl, Estrut e Manut. - Tecnologias de | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|----------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| | 0 | Informação | 865.467,75 | 100.000,00 | 100.000,00 | |
| 228 | Fortalecer as Instâncias Colegiadas do SUS | | 91.472,00 | 91.472,00 | 91.472,00 | |
| 43 | 40.000 | Manutenção e Funcionamento Administrativo | 91.472,00 | 91.472,00 | 91.472,00 | |
| 287 - VIGILÂNCIA A SAÚDE | | | 38.392.662,49 | 7.508.695,50 | 924.808,00 | 6.583.887,50 |
| 229 | Assessorar os Municípios na Org dos Serv Básicos | | 280.000,00 | 200.000,00 | 200.000,00 | |
| 44 | 60.357 | Programa Saúde da Família | 200.000,00 | 200.000,00 | 200.000,00 | |
| 45 | 62.004 | Assessoria Mun no Prg Comum Ativa | 80.000,00 | - | - | |
| 231 | Fortalecer as Ações de Vig Sanitária e Ambiental | | 5.696.686,93 | 827.026,70 | 82.650,00 | 744.376,70 |
| 46 | 60353 | Implem do Sistema de Vigilância Sanitária | 827.000,00 | 95.000,00 | 26.000,00 | 69.000,00 |
| 47 | 73.109 | Implem do Sistema de Vigilância Sanitária-TI | 80.650,00 | 62.650,00 | 56.650,00 | 6.000,00 |
| 48 | 69.031 | Saúde da População Indígena e Vigilância Ambiental | 4.667.896,93 | 667.376,70 | - | 667.376,70 |
| 49 | 73.009 | Saúde da População Indígena e Vigilância Ambiental-TI | 121.140,00 | 2.000,00 | - | 2.000,00 |
| 232 | Fortalecer as Ações de Vigilância Epidemiológica | | 4.209.409,76 | 439.338,00 | 264.158,00 | 175.180,00 |
| 50 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 225.000,00 | - | - | |
| 51 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 71.280,00 | - | - | |
| 52 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 11.238,00 | - | | |
| 53 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 11.238,00 | - | | |
| 54 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 3.964,00 | - | | |
| 55 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 5.319,00 | - | | |
| 56 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 5.771,00 | - | | |
| 57 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 4.366,00 | - | | |
| 58 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 8.032,00 | - | | |
| 59 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 5.448,00 | - | | |
| 60 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 5.770,00 | - | | |
| 61 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 15.690,00 | - | | |
| 62 | 60.054 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 4.963,00 | - | | |

| | | | | | | |
|-----------------|------------|--|----------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| 63 | 60.05 4 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 8.742,00 | - | | |
| 64 | 60.05 4 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 2.254,00 | - | | |
| 65 | 60.05 4 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 8.193,00 | - | | |
| 66 | 60.05 4 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 3.924,00 | - | | |
| 67 | 60.05 4 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 2.016,00 | - | | |
| 68 | 60.05 4 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 21.492,00 | - | | |
| 69 | 60.05 4 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 1.727,00 | - | | |
| 70 | 60.05 4 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 8.089,00 | - | | |
| 71 | 60.05 4 | Real de Camp e Imp da Vig Epid da Raiva Animal | 9.988,00 | - | | |
| 72 | 61.08 3 | Imp do Sist de Vig Epid e dos Sist de Informação | 775.940,00 | 81.000,00 | - | 81.000,00 |
| 73 | 73.09 7 | Imp do Sist de Vig do Sist de Informaçã-TI | 115.000,00 | - | - | |
| 74 | 79.00 4 | Fortalecer Infraest. Estadual de Vigilã. Saúde - VIGISUS | 2.179.800,20 | 277.158,00 | 264.158,00 | 13.000,00 |
| 75 | 73.09 8 | Fortalecer Infraest. Est. de Vigilã. Saúde - VIGISUS-TI | 387.985,56 | 8.000,00 | - | 8.000,00 |
| 76 | 72.45 2 | REFORSUS-RNIS - Imp da Rede de Inform em Saúde | 306.180,00 | 73.180,00 | - | 73.180,00 |
| 23 3 | | Desenvolver Ações de Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis | 3.545.561,00 | 631.694,00 | 160.000,00 | 471.694,00 |
| 77 | 60.05 9 | Ações de Cont e Prev das DST/Aids e Drogas | 2.419.997,00 | 342.741,00 | - | 342.741,00 |
| 78 | 73.10 1 | Ações de Cont Prev das DST/Aids e Drogas-TI | 25.050,00 | - | - | |
| 79 | 60.36 4 | Atividades de Cont da Tuberculose/Tabagismo/Silicose | 266.983,00 | 53.947,00 | - | 53.947,00 |
| 80 | 69.03 2 | Ações de Errad do Sarampo, Tétano e Rubéola | 215.000,00 | 165.000,00 | 160.000,00 | 5.000,00 |
| 81 | 69.03 4 | Ações de Vig Epid do Cólera e outras Diarréias | 177.000,00 | 21.000,00 | - | 21.000,00 |
| 82 | 69.03 3 | Ações de Controle da Hanseníase | 379.011,00 | 49.006,00 | - | 49.006,00 |
| 83 | 73.10 0 | Ações de Controle da Hanseníase - TI | 62.520,00 | - | - | |
| 23 4 | | Desenvolver Ações de prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis por vetores | 24.661.004,80 | 5.410.636,80 | 218.000,00 | 5.192.636,80 |
| 84 | 60056 | Ações Educativas de Controle do Dengue | 1.151.000,00 | 218.000,00 | 218.000,00 | |
| 85 | 62010 | Cont doençasChagas e Leishmaniose Visceral | 1.448.004,80 | 131.636,80 | - | 131.636,80 |
| 86 | 69035 | Atividades de Controle das Doenças Endêmicas | 22.017.000,00 | 5.061.000,00 | - | 5.061.000,00 |
| 87 | 73.11 | Ativ de Controle das Doenças | | | | |

| | | | | | | |
|--|------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|------------------|
| | 0 | Endemicas - T.I. | 45.000,00 | - | - | |
| 288 - MELHORIA DO NÍVEL DE SAÚDE DA CRIANÇA | | | 27.625.959,05 | 22.533.525,05 | 22.503.525,05 | 30.000,00 |
| 23 | 6 | Desenvolver Ações de Suplementação Alimentar | 88.747,00 | 7.547,00 | 7.547,00 | |
| 88 | 62.03 2 | Acompanhar Ações de Combate as carências nutricionais | 88.747,00 | 7.547,00 | 7.547,00 | |
| 23 | 8 | Manter o Prog.de Agentes Comunitário de Saúde | 20.923.188,00 | 20.923.188,00 | 20.923.188,00 | |
| 89 | 60058 | Pagto dos Agentes de Saúde | 20.923.188,00 | 20.923.188,00 | 20.923.188,00 | |
| 32 | 5 | Assessorar Municípios na Implantação e Org de Serv Saúde da Criança | 6.614.024,05 | 1.602.790,05 | 1.572.790,05 | 30.000,00 |
| 90 | 60179 | Subvenções Sociais | 1.307.040,00 | 1.307.040,00 | 1.307.040,00 | |
| 91 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 1.745.000,00 | - | - | |
| 92 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 1.041.000,00 | - | - | |
| 93 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 242.289,00 | - | - | |
| 94 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 129.090,00 | - | - | |
| 95 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 24.978,00 | - | - | |
| 96 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 31.137,00 | - | - | |
| 97 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 35.982,00 | - | - | |
| 98 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 109.000,00 | - | - | |
| 99 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 42.411,00 | - | - | |
| 100 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 57.456,00 | - | - | |
| 101 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 27.819,00 | - | - | |
| 102 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 354.688,00 | - | - | |
| 103 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 31.176,00 | - | - | |
| 104 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 46.032,00 | - | - | |
| 105 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 16.521,00 | - | - | |
| 106 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 43.236,00 | - | - | |
| 107 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 24.267,00 | - | - | |
| 108 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 27.300,00 | - | - | |
| 109 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 75.846,00 | - | - | |
| 11 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação | | | | |

| | | | | | | |
|--|------------|--|------------|------------|------------|-----------|
| 0 | | materno-infantil | 27.915,00 | - | - | |
| 11 1 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 45.477,00 | - | - | |
| 11 2 | 60052 | Realizar Campanhas de Vacinação materno-infantil | 52.614,00 | - | - | |
| 11 3 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 11 4 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 11 5 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 11 6 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 11 7 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 11 8 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 11 9 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 12 0 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 12 1 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 12 2 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 12 3 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 12 4 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 12 5 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 12 6 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 12 7 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 12 8 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 12 9 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 13 0 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 13 1 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 13 2 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 13 3 | 73.00 0 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 7.369,05 | 7.369,05 | 7.369,05 | |
| 13 4 | 72.23 6 | Infância Feliz (Van Leer) | 109.000,00 | 9.000,00 | 9.000,00 | |
| 13 5 | 62.00 3 | Imp e Imp At Perinatal e Obstétrica | 710.000,00 | 30.000,00 | - | 30.000,00 |
| 13 6 | 69.02 7 | Implantação de Bancos de Leite | 102.000,00 | 102.000,00 | 102.000,00 | |
| 289 - ASSISTÊNCIA ESPECIAL À MULHER | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|----------|--|---------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| | | | 2.342.003,00 | 2.342.003,00 | 2.342.003,00 | |
| 23 | 7 | Ass Municípios na Implant e Org de Serv de Assistência Especial à Mulher | 735.503,00 | 735.503,00 | 735.503,00 | |
| 13 | 7 | 61.09 0 Assessoria e Acomp na Saúde Reprodutiva | 687.673,00 | 687.673,00 | 687.673,00 | |
| 13 | 8 | 69.01 4 Ass e Acomp na Est de Comitês de mort materna | 47.830,00 | 47.830,00 | 47.830,00 | |
| 24 | 0 | Garantir Insumos para os Serv de Planej Familiar | 1.606.500,00 | 1.606.500,00 | 1.606.500,00 | |
| 13 | 9 | 69.01 3 Aquisição de Insumos p os serv de Plan Familiar | 1.606.500,00 | 1.606.500,00 | 1.606.500,00 | |
| 290 - PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVOS | | | 2.025.882,80 | 525.234,80 | 483.915,00 | 41.319,80 |
| 33 | 2 | Assessorar Municípios na Implantação e Org de Serv de prevenção e Controle de doenças Crônico-degenerativas | 2.025.882,80 | 525.234,80 | 483.915,00 | 41.319,80 |
| 14 | 0 | 61.08 8 Municipalização das Ações do Plano Glogal de Controle do Tabagismo e outros faotres de risco | 463.967,80 | 41.319,80 | - | 41.319,80 |
| 14 | 1 | 73.10 4 Municipalização das Ações do Plano Glogal de Controle do Tabagismo e outros faotres de risco-TI | 22.000,00 | - | - | |
| 14 | 2 | 69.03 6 Atividades de Prevenção e controle do Câncer | 807.000,00 | 75.000,00 | 75.000,00 | |
| 14 | 3 | 73.10 3 Atividades de Prevenção e controle do Câncer-TI | 18.000,00 | - | | |
| 14 | 4 | 69.03 8 Atividades de Controle de Prevenção e Controle das doenças cardiovasculares | 616.515,00 | 323.515,00 | 323.515,00 | |
| 14 | 5 | 73.10 2 Atividades de Controle de Prevenção e Controle das doenças cardiovasculares - TI | 13.000,00 | - | - | |
| 14 | 6 | 69.03 0 Implantar Comitês de Controle de Tabagismo | 85.400,00 | 85.400,00 | 85.400,00 | |
| 291 - ATEND AS VÍTIMAS DE AC DE TRÂNSITO | | | 3.620.000,00 | 2.020.000,00 | 2.020.000,00 | |
| 33 | 0 | Ass Munic na Implant e Org de Serv de Atend às Vítimas de Ac de Trânsito | 3.620.000,00 | 2.020.000,00 | 2.020.000,00 | |
| 14 | 7 | 69012 Assessoria e Acomp na Est de Comitês | 50.000,00 | 50.000,00 | 50.000,00 | |
| 14 | 8 | 72451 Aquisição de equip p Hospitais de at de urg/emergência | 3.350.000,00 | 1.750.000,00 | 1.750.000,00 | |
| 14 | 9 | 69029 Ass e Acomp na Imp e Org de Serv de At as Vítimas de Ac de trânsito | 220.000,00 | 220.000,00 | 220.000,00 | |
| 292 - ASSISTÊNCIA A GRUPOSESPECIAIS | | | 415.241,67 | 212.981,67 | 165.369,00 | 47.612,60 |
| 32 | 9 | Assessorar Municípios na Implantação e Org de Serv de Ass a Grupos Especiais | 415.241,67 | 212.981,67 | 165.369,00 | 47.612,60 |
| 15 | 0 | 62005 Implatar e Implentar Serv de At a saúde do Trabalhador | 88.152,67 | 12.892,67 | - | 12.892,60 |
| 15 | 1 | 73.10 7 Imp e Imp. Serv de At a saúde do Trab.-TI | 12.000,00 | 12.000,00 | - | 12.000,00 |
| 15 | 2 | 62006 Implantar e Implem. os serv de At a saúde do Idoso | 103.000,00 | 103.000,00 | 103.000,00 | |
| 15 | | 73.10 Impl. e Impl. os serv de At a saúde do | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|---------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 3 | 6 | Idoso - TI | 10.000,00 | 10.000,00 | 10.000,00 | |
| 154 | 62008 | Fortalecer as ações à Saúde e des do adolescente | 138.000,00 | 13.000,00 | 8.000,00 | 5.000,00 |
| 155 | 73.105 | Fortal.as ações à Saúde e do adolescente - TI | 7.000,00 | 7.000,00 | - | 7.000,00 |
| 156 | 69009 | Capacitação e Pesquisa para o Adolescente | 57.089,00 | 55.089,00 | 44.369,00 | 10.720,00 |
| 293 - SAÚDE OCULAR E PREVENÇÃO DA CEGUEIRA | | | 25.000,00 | 25.000,00 | 25.000,00 | |
| 328 | Ass Munic na Implant e Org de Serv de Saúde Ocular e Prev da Cegueira | | 25.000,00 | 25.000,00 | 25.000,00 | |
| 157 | 61091 | Projeto Saúde Ocular | 25.000,00 | 25.000,00 | 25.000,00 | |
| 294- FORTALECIMENTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA | | | 300.000,00 | 300.000,00 | 300.000,00 | |
| 327 | Ass Mun na Impl e Org de Serv de At Psic - CAPS | | 300.000,00 | 300.000,00 | 300.000,00 | |
| 158 | 61094 | Implantação e Implem de 20 CAPS nas Microrregioes | 300.000,00 | 300.000,00 | 300.000,00 | |
| 295 | ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL | | 339.996,00 | 339.996,00 | 339.996,00 | |
| 322 | Ass Mun na Impl e Org de Serv Saúde Bucal | | 339.996,00 | 339.996,00 | 339.996,00 | |
| 159 | 60354 | Saúde Bucal | 331.996,00 | 331.996,00 | 331.996,00 | |
| 160 | 73.108 | Saúde Bucal - TI | 8.000,00 | 8.000,00 | 8.000,00 | |
| 296 - FORTALECIMENTO DA REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA | | | 8.063.618,00 | 963.464,00 | 963.464,00 | |
| 242 | Reestruturar os Laboratórios de Saúde Pública | | 1.281.000,00 | - | - | |
| 161 | 73004 | Reforma,Amp e Equipar LACENS nas Micros | 1.281.000,00 | - | - | |
| 243 | Expandir a Rede de Laboratório de Saúde Pública | | 403.200,00 | - | - | |
| 162 | 73003 | Cosntruir e Equipar Lacen de Itapipoca | 403.200,00 | - | - | |
| 24 | Garantir a Manut dos Laboratórios de | | | | | |

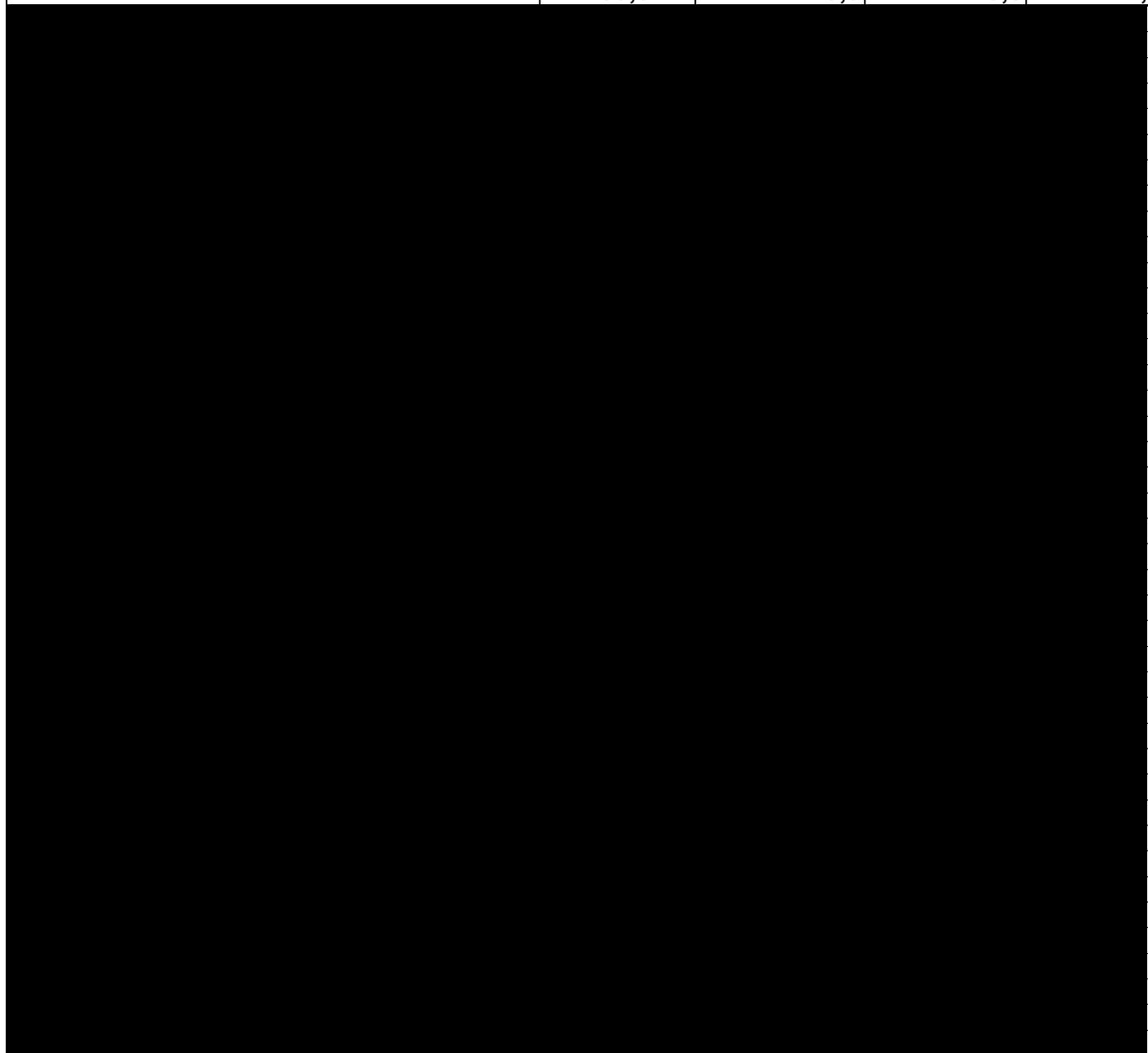
| | | | | | | |
|---|---|---|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| 4 | Saúde Pública | | 6.379.418,00 | 963.464,00 | 963.464,00 | |
| 163 | 40.100 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | 925.000,00 | 925.000,00 | 925.000,00 | |
| | 61.103 | FAE,AC,SIH | 3.032.750,00 | - | - | |
| 164 | 73.000 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 38.464,00 | 38.464,00 | 38.464,00 | |
| 165 | 62.009 | Fortal do Diag laboratorial (TFECD) | 1.448.827,00 | - | - | |
| 166 | 61.081 | Fortal da Análise de Produto | 934.377,00 | - | - | |
| 297 - FOTALECIMENTO DA REDE DE HEMOCENTROS | | | 14.313.098,00 | 1.174.166,00 | 949.196,00 | 224.970,00 |
| 245 | Reestruturação os Hemocentos | | 1.041.350,00 | 224.970,00 | - | 224.970,00 |
| 167 | 79006 | Reformar, Ampliar e Reeq Hemocentos | 1.041.350,00 | 224.970,00 | - | 224.970,00 |
| 1025 | Expandir a rede de Hemocentos | | 349.196,00 | 349.196,00 | 349.196,00 | |
| 168 | 73002 | Construir e Equipar o HEMOCE de Quixadá | 349.196,00 | 349.196,00 | 349.196,00 | |
| 296 | Garantir a Manutenção da Rede de Hemocentos | | 12.922.552,00 | 600.000,00 | 600.000,00 | |
| 169 | 40.100 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | 12.922.552,00 | 600.000,00 | 600.000,00 | |
| 298 - MANUT E EXP DA ASSIST PREST P UN DA SESA | | | 130.956.476,17 | 52.078.323,68 | 52.078.323,68 | |
| 250 | Reestruturar as Un de Saúde Próprias da SESA | | 23.374.679,38 | 23.374.679,38 | 23.374.679,38 | |
| 170 | 72237 | Reforma e Amp da Rede Física da SESA | 10.374.679,38 | 10.374.679,38 | 10.374.679,38 | |
| 171 | 73.077 | Impl. E Estruturação de Unidade Hospitalar | 13.000.000,00 | 13.000.000,00 | 13.000.000,00 | |
| 251 | Manter as Unidades de Saúde Próprias da SESA | | 107.581.796,79 | 28.703.644,30 | 28.703.644,30 | |
| 172 | 40.100 | Manut e Func Adm de Un da SESA - Hosps de Maracanaú | 408.347,00 | 408.347,00 | 408.347,00 | |
| 173 | 61.103 | FAE,AC,SIH | 28.340,00 | - | - | |
| 174 | 69.007 | Custeio das Atividades Primárias | 158.977,00 | - | - | |
| 175 | 40.100 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | 7.550.220,00 | 7.550.220,00 | 7.550.220,00 | |
| 176 | 73.000 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 194.748,38 | 194.748,38 | 194.748,38 | |
| 177 | 61.103 | FAE,AC,SIH | 15.734.400,00 | - | - | |
| 178 | 69.007 | Custeio das Atividades Primárias | 398.200,00 | - | - | |
| 179 | 40.100 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | 5.930.000,00 | 5.830.000,00 | 5.830.000,00 | |
| 18 | 73.000 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | | | | |

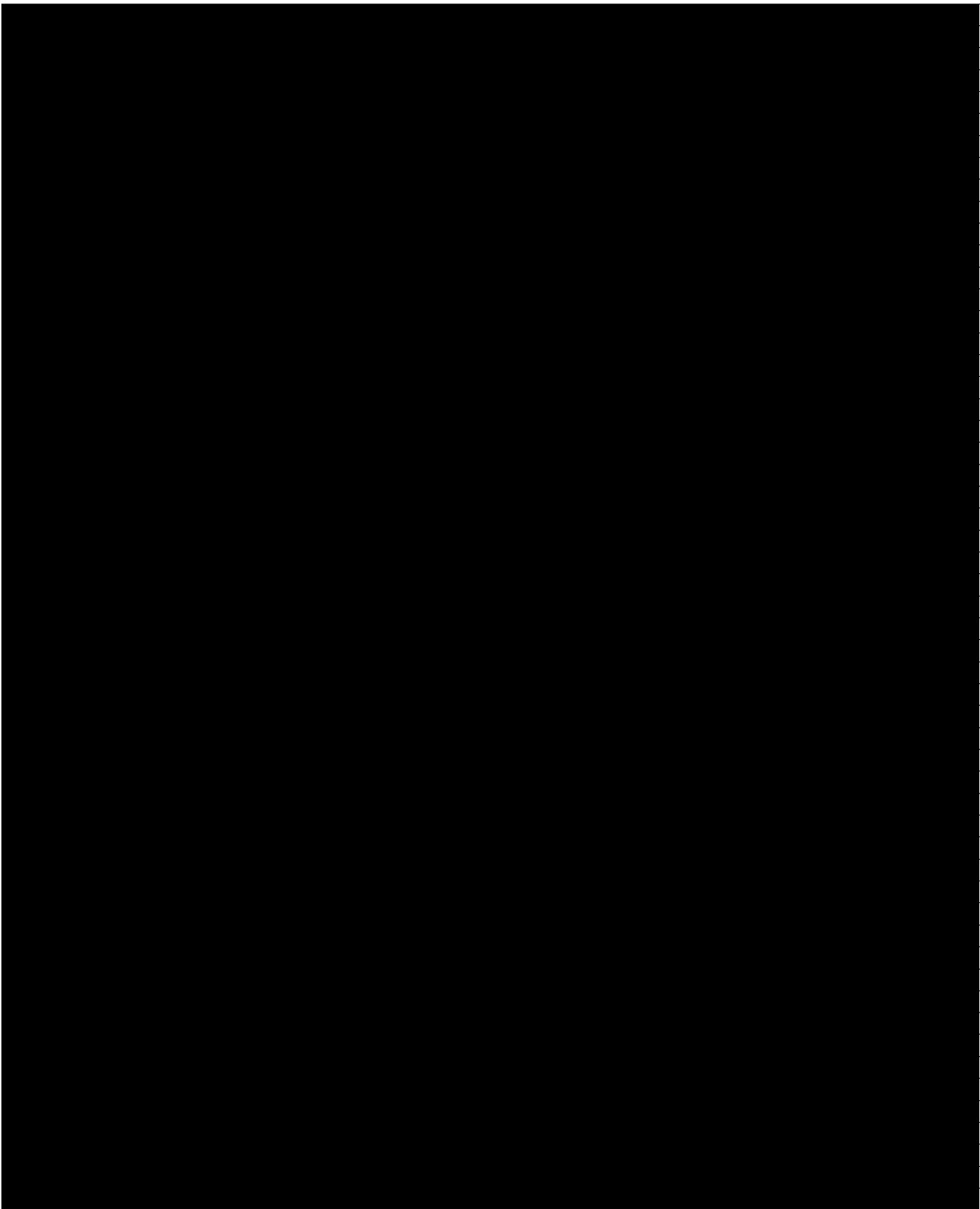
| | | | | | |
|----|-------|--------------------------------------|---------------|--------------|--------------|
| 0 | 0 | | 155.493,92 | 155.493,92 | 155.493,92 |
| 18 | 61.10 | FAE,AC,SIH | | | |
| 1 | 3 | | 12.603.800,00 | - | - |
| 18 | 69.00 | Custeio das Atividades Primárias | | | |
| 2 | 7 | | 309.100,00 | - | - |
| 18 | 40.10 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | | | |
| 3 | 0 | | 5.000.000,00 | 5.000.000,00 | 5.000.000,00 |
| 18 | 73.00 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | | | |
| 4 | 0 | | 142.144,39 | 142.144,39 | 142.144,39 |
| 18 | 61.10 | FAE,AC,SIH | | | |
| 5 | 3 | | 12.807.617,49 | - | - |
| 18 | 69.00 | Custeio das Atividades Primárias | | | |
| 6 | 7 | | 623.700,00 | - | - |
| 18 | 40.10 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | | | |
| 7 | 0 | | 4.177.240,00 | 4.121.240,00 | 4.121.240,00 |
| 18 | 73.00 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | | | |
| 8 | 0 | | 218.323,26 | 218.323,26 | 218.323,26 |
| 18 | 61.10 | FAE,AC,SIH | | | |
| 9 | 3 | | 14.778.500,00 | - | - |
| 19 | 69.00 | Custeio das Atividades Primárias | | | |
| 0 | 7 | | 213.400,00 | - | - |
| 19 | 40.10 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | | | |
| 1 | 0 | | 2.264.000,00 | 2.264.000,00 | 2.264.000,00 |
| 19 | 73.00 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | | | |
| 2 | 0 | | 112.492,56 | 112.492,56 | 112.492,56 |
| 19 | 61.10 | FAE,AC,SIH | | | |
| 3 | 3 | | 2.455.201,00 | - | - |
| 19 | 69.00 | Custeio das Atividades Primárias | | | |
| 4 | 7 | | 148.500,00 | - | - |
| 19 | 40.10 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | | | |
| 5 | 0 | | 739.676,00 | 731.000,00 | 731.000,00 |
| 19 | 73.00 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | | | |
| 6 | 0 | | 102.288,38 | 102.288,38 | 102.288,38 |
| 19 | 61.10 | FAE,AC,SIH | | | |
| 7 | 3 | | 2.455.201,00 | - | - |
| 19 | 69.00 | Custeio das Atividades Primárias | | | |
| 8 | 7 | | 148.500,00 | - | - |
| 19 | 40.10 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | | | |
| 9 | 0 | | 239.200,00 | 239.200,00 | 239.200,00 |
| 20 | 61.10 | FAE,AC,SIH | | | |
| 0 | 3 | | 1.556.166,00 | - | - |
| 20 | 69.00 | Custeio das Atividades Primárias | | | |
| 1 | 7 | | 94.940,00 | - | - |
| 20 | 40.10 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | | | |
| 2 | 0 | | 100.000,00 | 100.000,00 | 100.000,00 |
| 20 | 73.00 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | | | |
| 3 | 0 | | 38.464,00 | 38.464,00 | 38.464,00 |
| 20 | 61.10 | FAE,AC,SIH | | | |
| 4 | 3 | | 818.000,00 | - | - |
| 20 | 69.00 | Custeio das Atividades Primárias | | | |
| 5 | 7 | | 504.000,00 | - | - |
| 20 | 40.10 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | | | |
| 6 | 0 | | 124.000,00 | 124.000,00 | 124.000,00 |
| 20 | 73.00 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | | | |

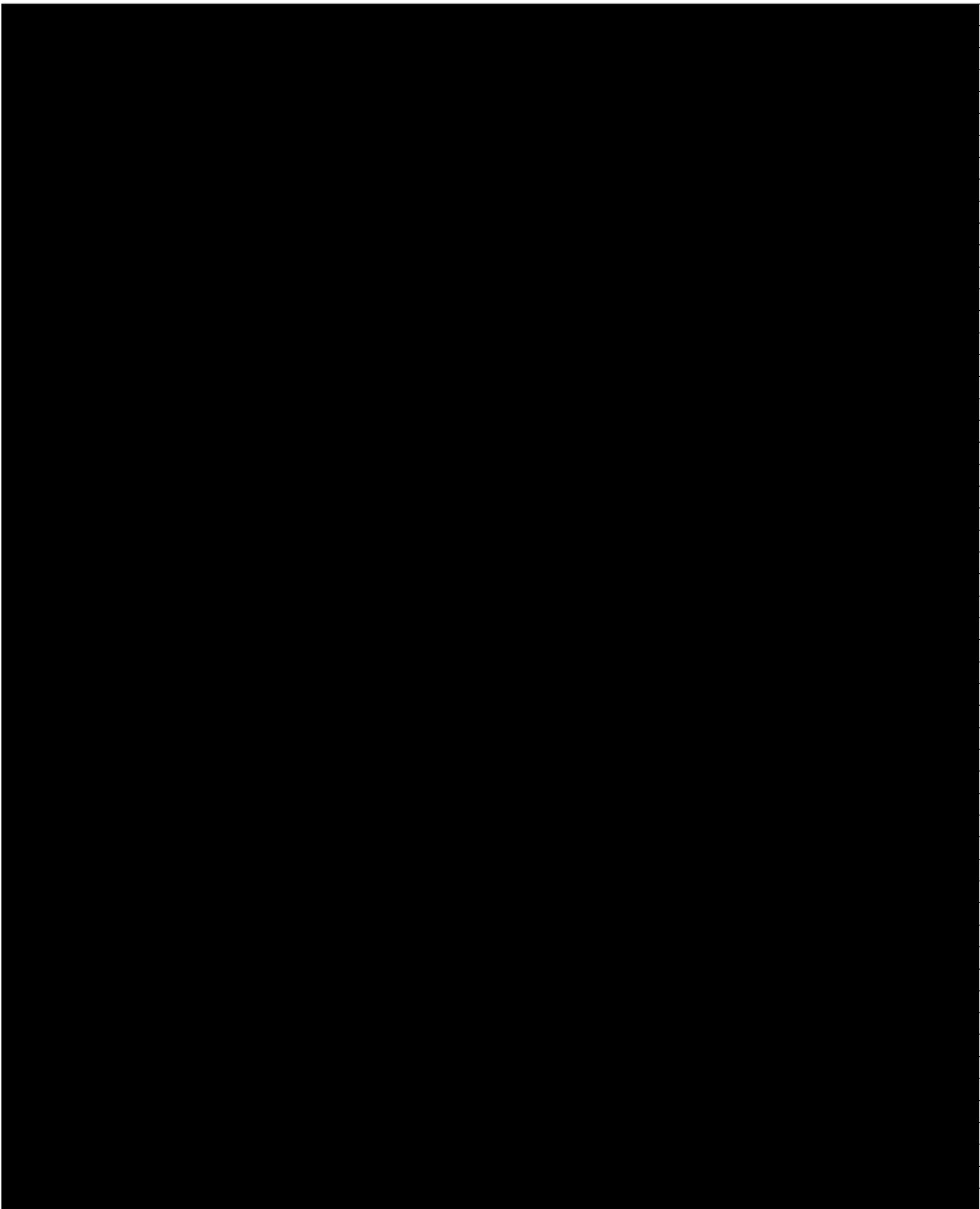
| | | | | | |
|---------------------------------------|--------|--------------------------------------|--------------|------------|------------|
| 7 | 0 | | 38.464,00 | 38.464,00 | 38.464,00 |
| 208 | 61.103 | FAE,AC,SIH | 1.771.000,00 | - | - |
| 209 | 69.007 | Custeio das Atividades Primárias | 1.048.000,00 | - | - |
| 210 | 40.100 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | 92.800,00 | 92.800,00 | 92.800,00 |
| 211 | 73.000 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 38.464,00 | 38.464,00 | 38.464,00 |
| 212 | 61.103 | FAE,AC,SIH | 156.970,00 | - | - |
| 213 | 69.007 | Custeio das Atividades Primárias | 338.800,00 | - | - |
| 214 | 40.100 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | 64.000,00 | 64.000,00 | 64.000,00 |
| 215 | 73.000 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 38.464,00 | 38.464,00 | 38.464,00 |
| 216 | 61.103 | FAE,AC,SIH | 180.416,00 | - | - |
| 217 | 69.007 | Custeio das Atividades Primárias | 311.298,00 | - | - |
| 218 | 40.100 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | 82.000,00 | 82.000,00 | 82.000,00 |
| 219 | 73.000 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 95.973,41 | 95.973,41 | 95.973,41 |
| 220 | 61.103 | FAE,AC,SIH | 2.251.300,00 | - | - |
| 221 | 69.007 | Custeio das Atividades Primárias | 762.000,00 | - | - |
| 222 | 40.100 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | 159.000,00 | 159.000,00 | 159.000,00 |
| 223 | 73.000 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 38.464,00 | 38.464,00 | 38.464,00 |
| 224 | 61.103 | FAE,AC,SIH | 219.000,00 | - | - |
| 225 | 69.007 | Custeio das Atividades Primárias | 861.850,00 | - | - |
| 226 | 40.100 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | 154.325,00 | 154.325,00 | 154.325,00 |
| 227 | 73.000 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 38.464,00 | 38.464,00 | 38.464,00 |
| 228 | 61.103 | FAE,AC,SIH | 320.000,00 | - | - |
| 229 | 69.007 | Custeio das Atividades Primárias | 154.000,00 | - | - |
| 230 | 40.100 | Manut e Func Adm de Unidades da SESA | 492.800,00 | 492.800,00 | 492.800,00 |
| 231 | 73.000 | Imp.Est. E Manut de Bens Serv de TI | 38.464,00 | 38.464,00 | 38.464,00 |
| 232 | 61.103 | FAE,AC,SIH | 2.568.000,00 | - | - |
| 233 | 69.007 | Custeio das Atividades Primárias | 1.934.300,00 | - | - |
| 299 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | | | | | |

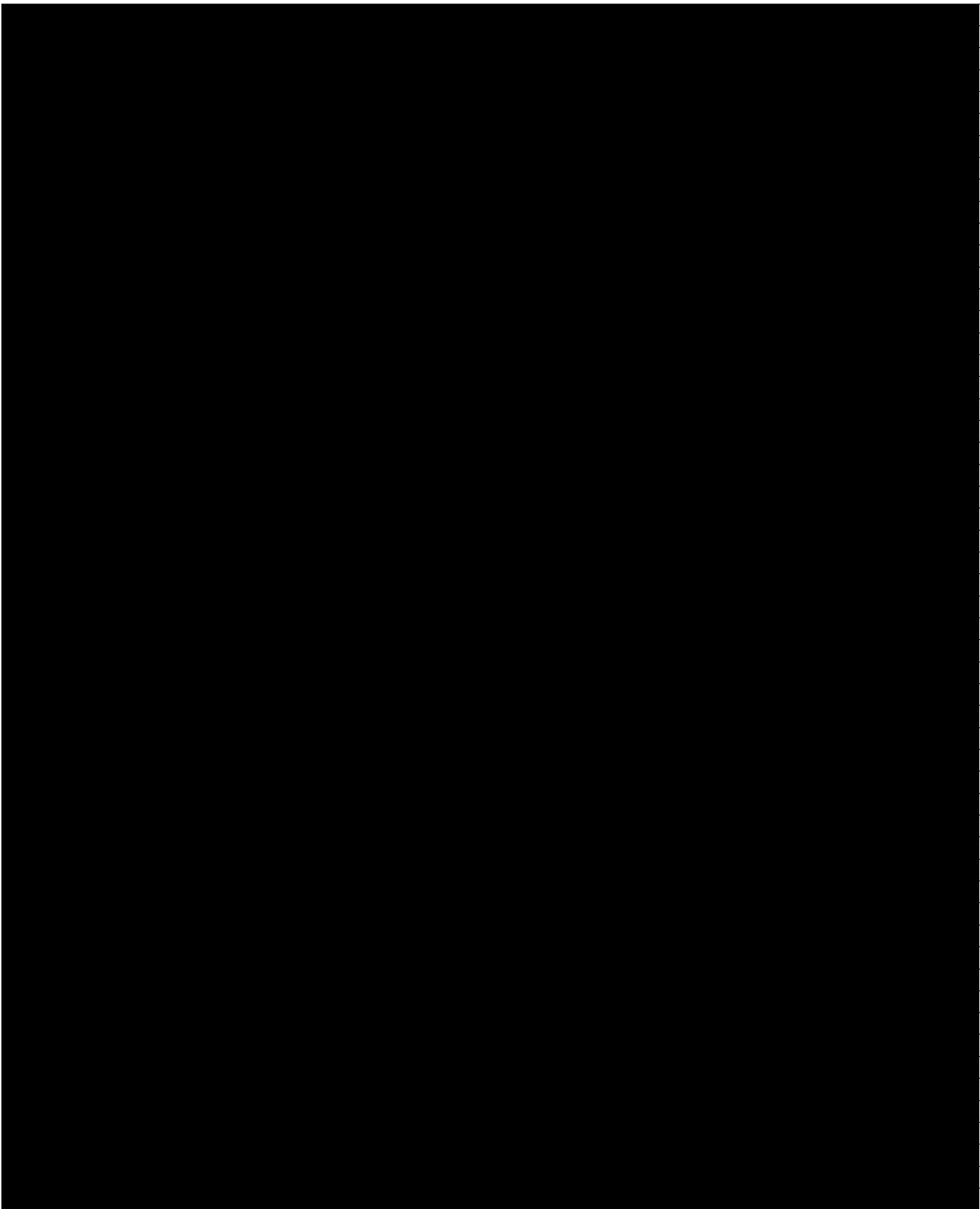
| | | | | | | |
|---|-----------|--|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | | 31.002.643,57 | 7.824.718,57 | 5.008.996,57 | 2.815.722,00 |
| 24 | 7 | Adquirir Medicam Essenciais, Especiais e Excepcionais | 30.622.601,00 | 7.444.676,00 | 4.628.954,00 | 2.815.722,00 |
| 23 | 4 | 60.05 3 | Aquisição de Medicamentos Excepcionais | 17.578.344,00 | 798.000,00 | 798.000,00 |
| 23 | 5 | 60.34 7 | Aquisição de Medicamentos Essenciais | 11.257.703,00 | 4.860.122,00 | 2.044.400,00 |
| 23 | 6 | 69.01 5 | Aquisição de Medicamentos Especiais | 1.786.554,00 | 1.786.554,00 | 1.786.554,00 |
| 24 | 8 | Revitalizar os Serv de Assist Farmacêutica Regionais | 188.552,57 | 188.552,57 | 188.552,57 | |
| 23 | 7 | 69016 | Revit dos Serv de Ass Farmacêutica Regional | 83.000,00 | 83.000,00 | 83.000,00 |
| 23 | 8 | 73.11 1 | Revit dos Serv de Ass Farm. Regional - TI | 105.552,57 | 105.552,57 | 105.552,57 |
| 33 | 4 | Ass Munic na Imp e Org de Serv de Assist Farmacêutica | 191.490,00 | 191.490,00 | 191.490,00 | |
| 23 | 9 | 72227 | Implant.do Laborat de Fitoterapia do Deasf | 191.490,00 | 191.490,00 | 191.490,00 |
| 300 - RESIDÊNCIA MÉDICA | | | 2.725.580,00 | 2.725.580,00 | 2.725.580,00 | |
| 25 | 2 | Garantir a oferta de Residência Médica nos Hospitais | 2.725.580,00 | 2.725.580,00 | 2.725.580,00 | |
| 24 | 0 | 40000 | Manut e Funcionamento Administrativo | 2.725.580,00 | 2.725.580,00 | 2.725.580,00 |
| 301 - ART INST, SAÚDE, ENSINO E TECNOLOGIA | | | 5.141.896,00 | 260.000,00 | 260.000,00 | |
| 25 | 3 | Desenvolvimento de Rec Humanos para o SUS | 5.111.896,00 | 230.000,00 | 230.000,00 | |
| 24 | 1 | 70248 | Apoio Fin a profiss para eventos nac e internacionais | 20.000,00 | - | - |
| 24 | 2 | 70249 | Capac e Recic de tec na área de doenças crônico-degenerativs e Causas externas | 177.800,00 | - | - |
| 24 | 3 | 70251 | Apoio Fin a profiss.de saúde para eventos nac e internacionais | 120.000,00 | - | - |
| 24 | 4 | 70256 | Capacitação e reciclagem de RH p assistência a saúde | 2.989.040,00 | 230.000,00 | 230.000,00 |
| 24 | 5 | 70259 | Capac e Recic de profissionais de saúde para atuar na promoção, proteção e recup da saúde materno infantil | 1.495.056,00 | - | - |
| 24 | 6 | 70261 | Apoio ao desenv e aperf de conhecimentos e habilidades de RH para assistência a saúde | 310.000,00 | - | - |
| 10 | 26 | Estruturar Rede de Estudo e Pesquisa Econ à Saúde | 30.000,00 | 30.000,00 | 30.000,00 | |
| 24 | 7 | 70256 | Capacitação e reciclagem de RH p assistência a saúde | 30.000,00 | 30.000,00 | 30.000,00 |
| 302 - PROD DE CONHEC E DIFUSÃO DE INF EDUCATIVAS | | | 657.000,00 | 240.000,00 | 240.000,00 | |
| 25 | 5 | Realizar Pesquisas e Estudos Especiais em Saúde | 657.000,00 | 240.000,00 | 240.000,00 | |
| 24 | | 69.04 | Realiz. de Inf., Educação e | | | |

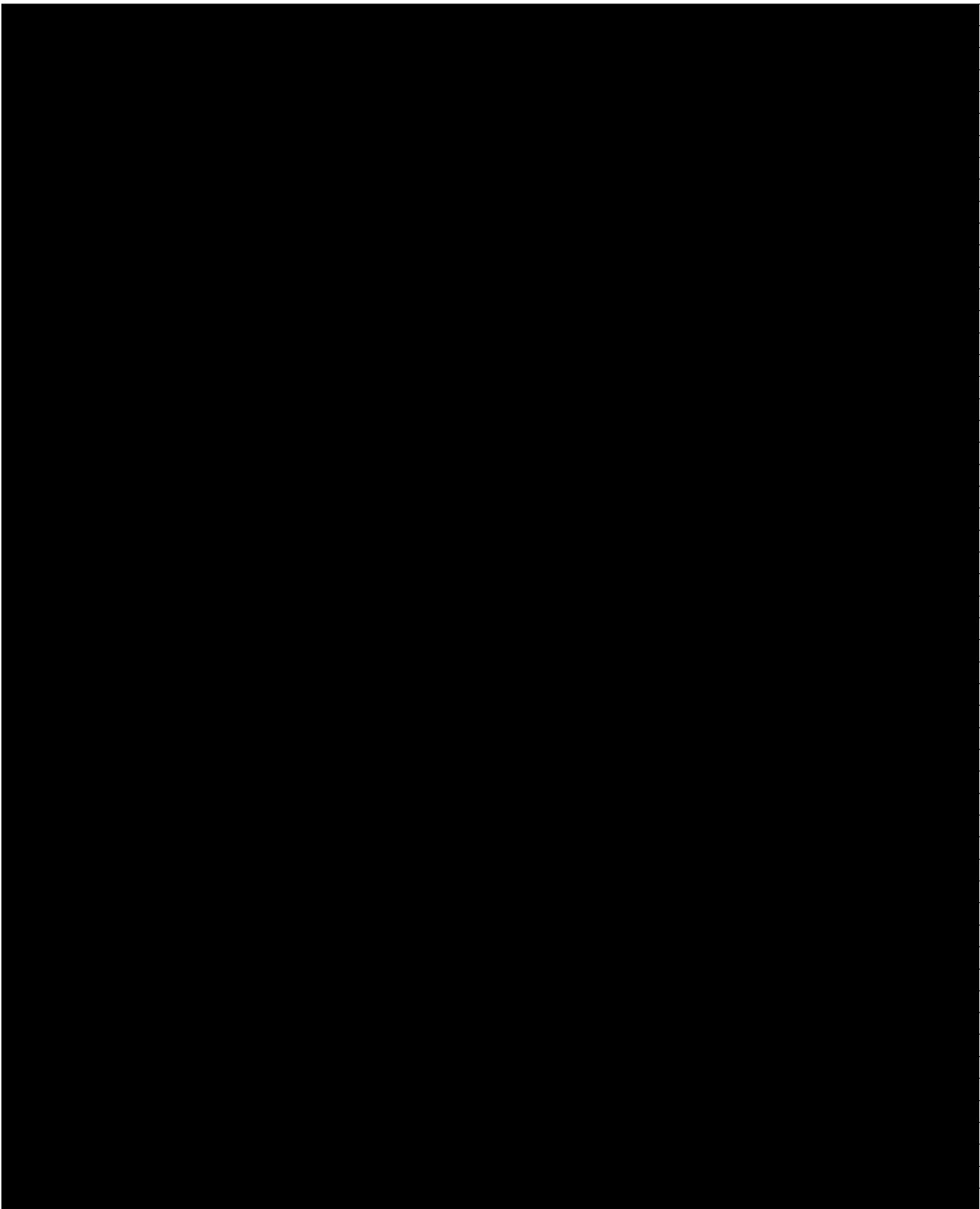
| | | | | | | |
|--|--------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| 8 | 0 | Comunicação (IEC) | 240.000,00 | 240.000,00 | 240.000,00 | |
| 249 | 69.039 | Realizar Estudos e Pesquisas em Políticas de Saúde | 137.000,00 | - | - | |
| 250 | 70.254 | Realizar Estudos e pesquisas/saúde Materno-Infantil | 200.000,00 | - | - | |
| 251 | 70.258 | Aquisição, Produção, Dissemin e Dist de documentos relativos a Est e Pesquis/ Doenças Crôn degenerativas | 80.000,00 | - | - | |
| TOTAL PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA 2001 | | | 477.269.579,85 | 217.355.819,87 | 205.392.161,90 | 11.963.657,97 |
| % DE RECURSOS EM RELAÇÃO AO TOTAL | | | 100,0 | 45,5 | 43,0 | 2,2 |

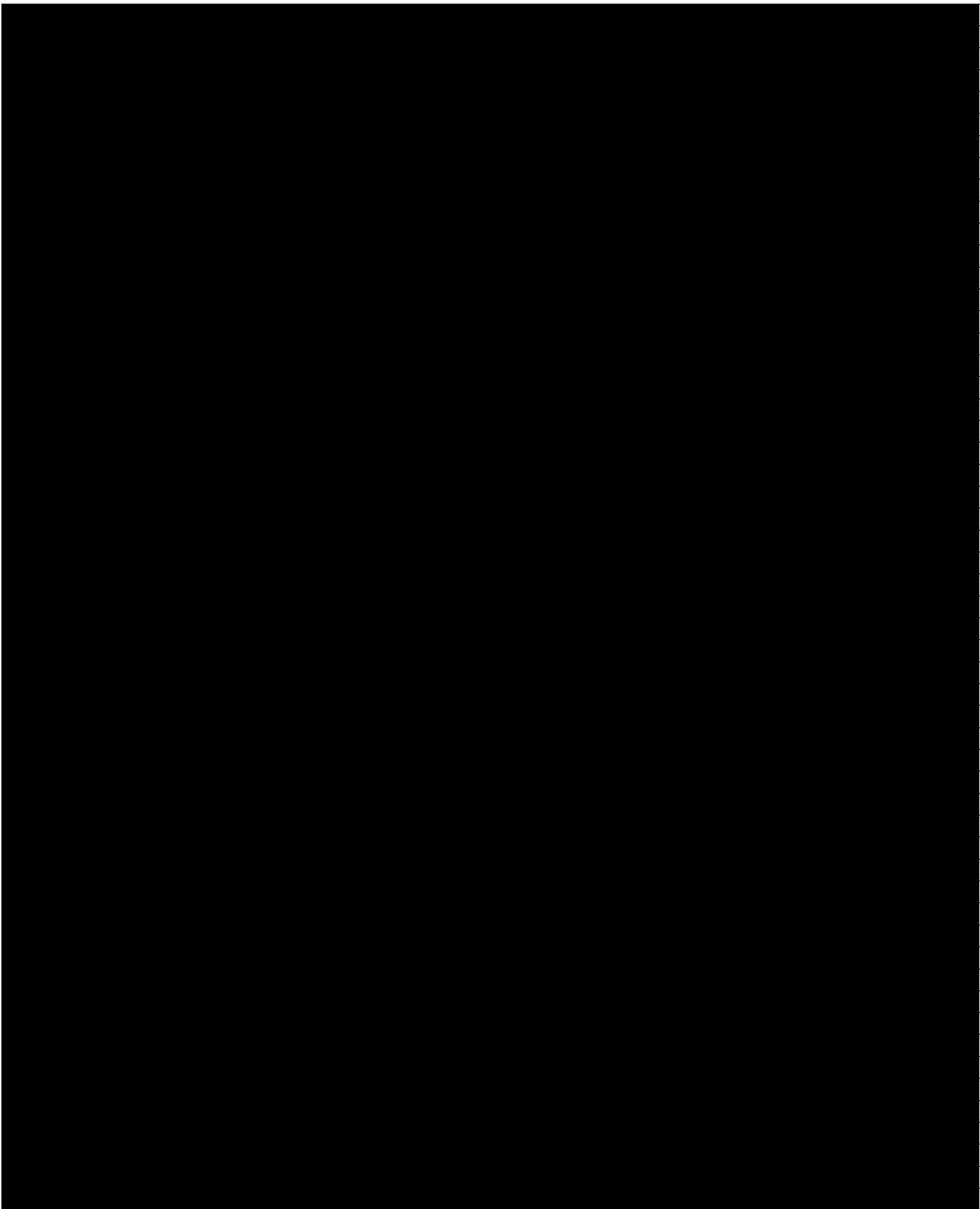


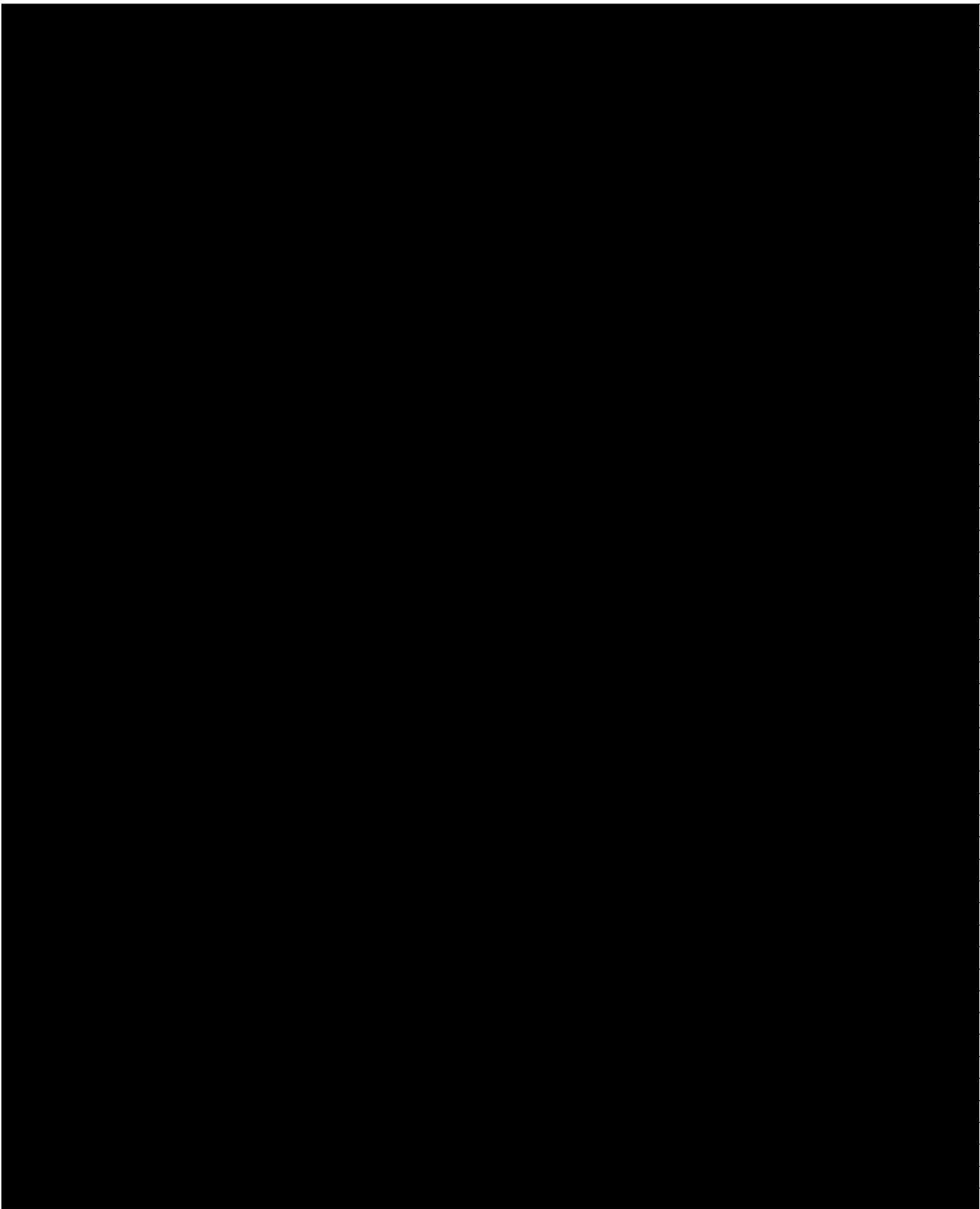


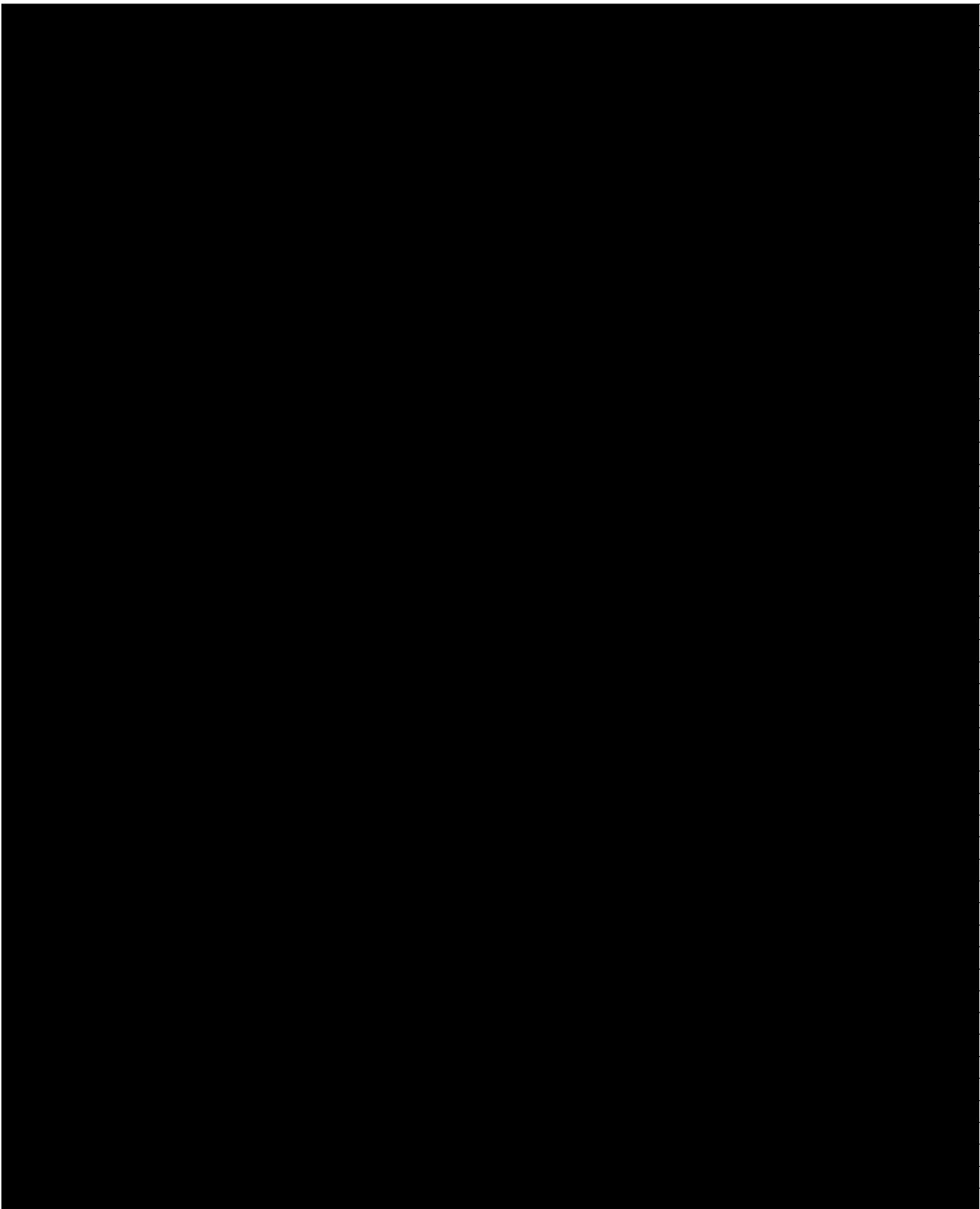


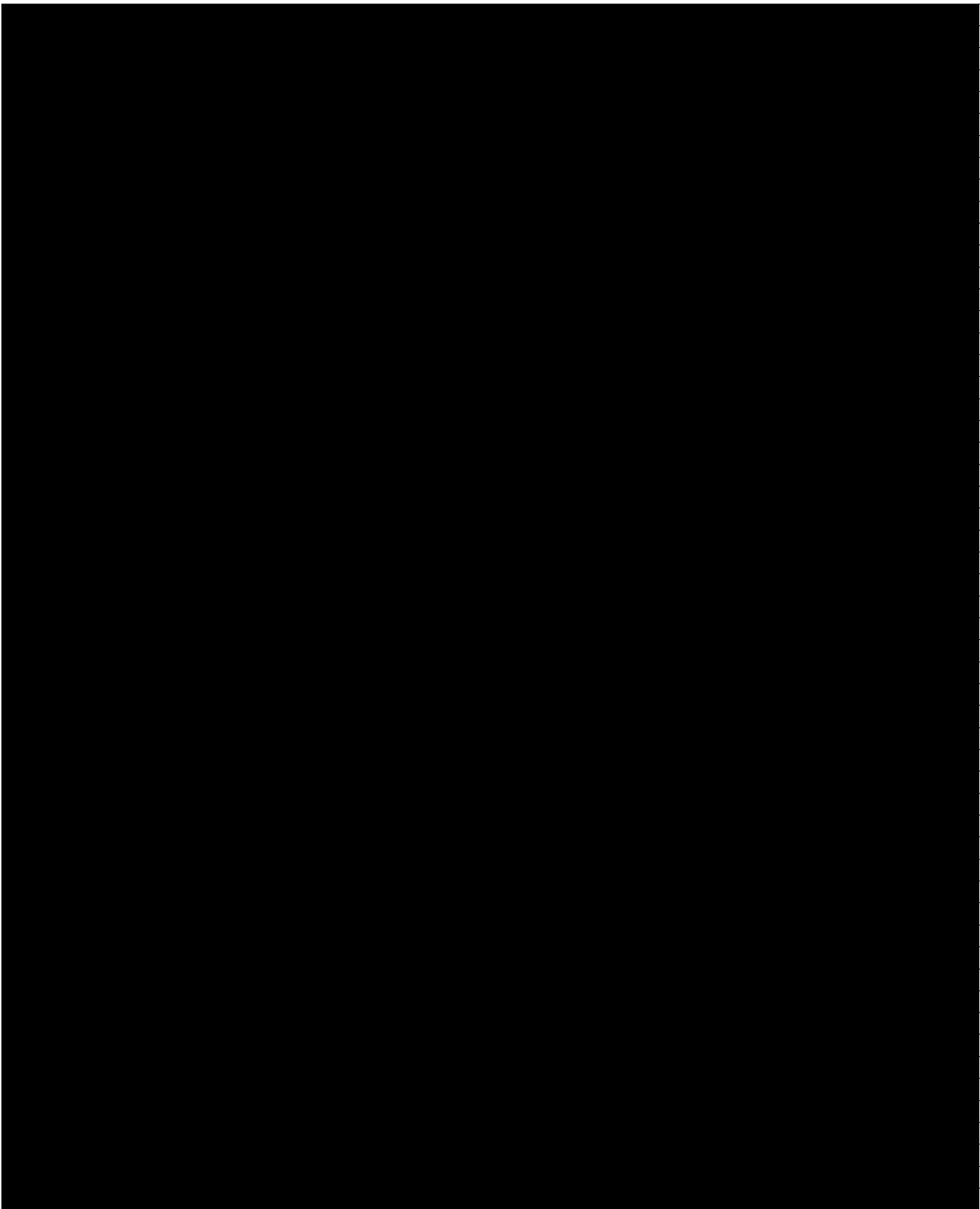


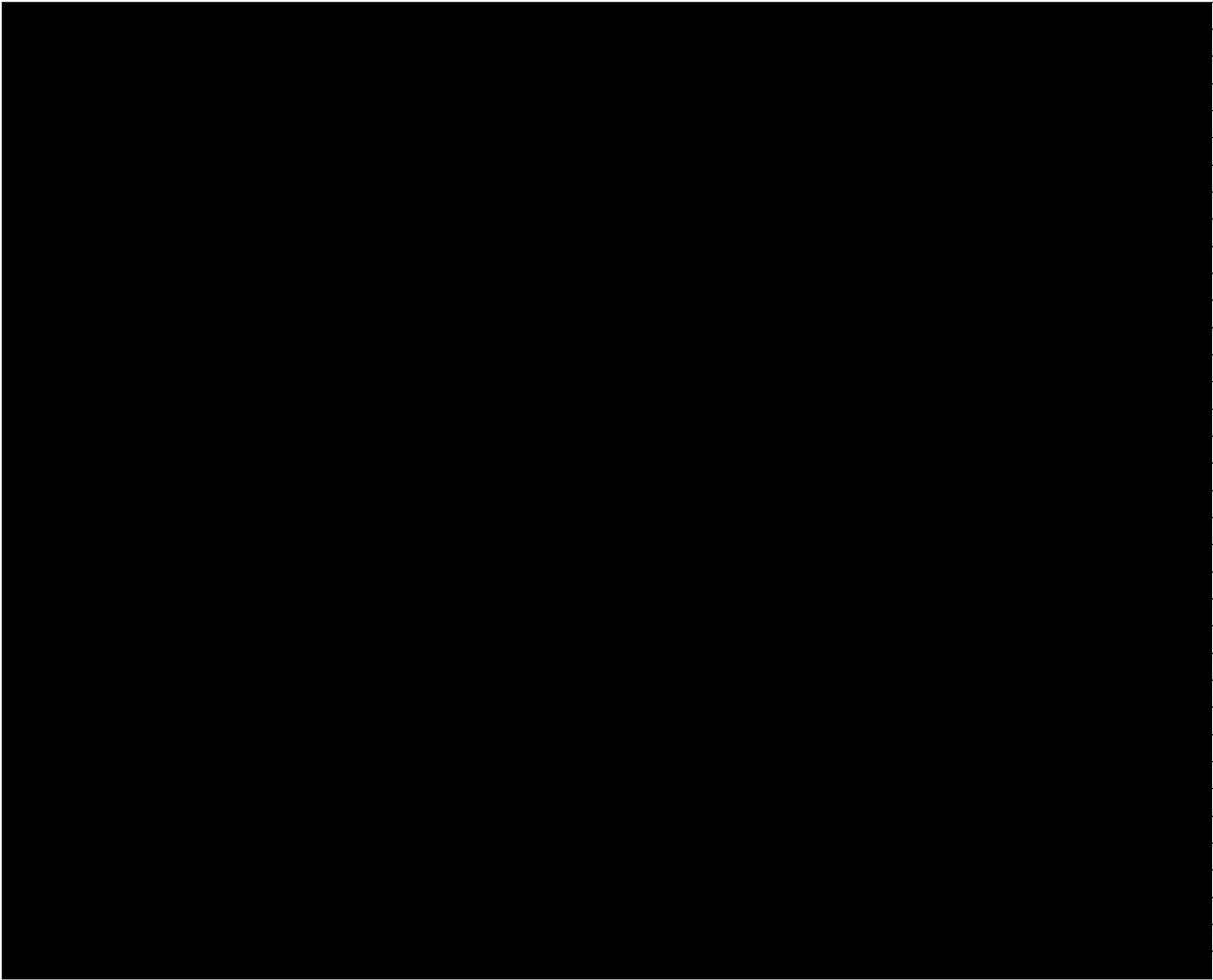












ANEXO 2

| Código | Descrição | Fonte | Valor |
|--|---|--------------|----------------------|
| 24200184 – Hospital Geral de Fortaleza-HGF | | | 23.977.568,38 |
| 41100 | Manutenção e Funcionamento Administrativo de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 7.650.220,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 15.734.400,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 398.200,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 194.748,38 |
| 24200194 – Hospital Geral Cesar Cals | | | 18.998.393,92 |
| 41100 | Manutenção e Funcionamento Administrativo de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 5.830.000,00 |
| | | 70 | 100.000,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 12.603.800,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 309.100,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 155.493,92 |
| 24200204 – Hospital Infantil Albert Sabin | | | 18.573.461,88 |
| 41100 | Manutenção e Funcionamento Administrativo de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 5.000.000,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 12.807.617,49 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 623.700,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 142.144,39 |
| 24200214 – Hospital de Messejana (coração e pulmão) | | | 19.387.463,26 |
| 41100 | Manutenção e Funcionamento Administrativo de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 4.121.240,00 |
| | | 70 | 56.000,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 14.778.500,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 213.400,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 218.323,26 |
| 24200224 – Hospital São José de doenças infecciosas | | | 4.980.193,56 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 2.264.000,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 2.455.201,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 148.500,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 112.492,56 |
| 24200234 – Hospital Mental de Messejana | | | 3.445.665,38 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 731.000,00 |
| 41100 | Manutenção e Funcionamento Administrativo de Unidades de Saúde da SESA | 70 | 8.676,00 |

| | | | |
|---|--|----|---------------------|
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 2.455.201,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 148.500,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 102.288,38 |
| 24200244 – Hospital Madalena Nunes em Tianguá | | | 1.890.306,00 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 239.200,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 1.556.166,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 94.940,00 |
| 24200314 – Rede de Laboratórios de Saúde Pública | | | 8.063.618,00 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 925.000,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 3.032.750,00 |
| 62009 | Fortalecimento do diagnóstico laboratorial, suas ações de vig.epidemiológica, sanitária e ambiental-TFECED | 83 | 1.448.827,00 |
| 73000 | Reformar, Ampliar e equipar lab. de Saúde Púb. nas MR | 83 | 1.281.000,00 |
| 61081 | Fortalecimento da análise de Produtos-LACEN | 83 | 934.377,00 |
| 73003 | Construir e equipar o Lab de Saúde Pub de Itapipoca | 83 | 403.200,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 38.464,00 |
| 24200324 – Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão | | | 1.460.464,00 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 100.000,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 818.000,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 504.000,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 38.464,00 |
| 24200334 – Centro Especializado em Odontologia –CEO-Centro | | | 2.981.464,00 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 124.000,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 1.771.000,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 1.048.000,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 38.464,00 |
| 24200344 – CEO - Rodolfo Teófilo | | | 627.034,00 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 92.800,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 156.970,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 338.800,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 38.464,00 |
| 24200354 – CEO - Benfica | | | 594.178,00 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 64.000,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 180.416,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 311.298,00 |

| | | | |
|---|---|----|----------------------|
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 38.464,00 |
| 24200364 – Instituto de Prevenção do Câncer do Cará – IPCC | | | 3.191.273,41 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 82.000,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 2.251.300,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 762.000,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 95.973,41 |
| 24200374 – Centro de Saúde D. Libânia (especializado em dermatologia e tuberculoses) | | | 666.789,00 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 154.325,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 320.000,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 154.000,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 38.464,00 |
| 24200384 – Centro de Saúde do Meireles | | | 1.278.314,00 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 159.000,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 219.000,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 861.850,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 38.464,00 |
| 24200404 – Centro de Saúde José de Alencar | | | 5.033.564,00 |
| 41100 | Manut. e Func. Adm. de Unidades de Saúde da SESA | 00 | 492.800,00 |
| 61103 | Assistência ambulatorial especializada, auto custo e internações | 83 | 2.568.000,00 |
| 69007 | Custeio de Atividades de serviços primários | 83 | 1.934.300,00 |
| 73000 | Implantação, estruturação e manutenção de bens e serviços de tecnologia da informação | 00 | 38.464,00 |
| 24200424 – Rede de Hematologia e Hemoterapia do Ceará | | | 14.313.098,00 |
| 41100 | Manutenção e Func. Adm. de Un. de Saúde da SESA | 00 | 600.000,00 |
| | | 83 | 12.322.552,00 |
| 73002 | Construir e equipar o Hemocentro de Quixadá | 00 | 349.196,00 |
| 79006 | Reformar, Ampliar e Reequipar Hemocentros | 00 | 224.970,00 |

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 18ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 2001**
3
4

5 Aos onze dias do mês de outubro do ano dois mil e um, às nove horas, na Sala de
6 Reunião do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza,
7 realizou-se a Décima Oitava Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite
8 da Saúde do Ceará - CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Carlile
9 Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Eduardo Martins Rocha,
10 SMDS/PMF, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Maria Vilauva Lopes, Vice -
11 Presidente do COSEMS/CE, Vera Maria Câmara Coêlho, COPOS/CEPPE, Alexandre
12 José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Francisco Evandro T. Lima,
13 COMIRES/SESA, Jurandi Frutuoso, Presidente do COSEMS/Ce, Luiz Odorico
14 Andrade, Secretário Municipal de Saúde de Sobral, Lilian Alves Amorim Beltrão,
15 COVAC/SESA, Ana Maria dos Santos Fonseca, Secretária Municipal de Saúde de
16 Palmácia, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá,
17 Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Maria do Perpetuo Socorro
18 Parente Martins, Chefe de Gabinete/SESA. Como convidados: Alcides Miranda,
19 COSEMS, Rodrigues Carvalho, SMS de Dep. Irapuan Pinheiro, Fernanda Coêlho,
20 SMS do Crato, Rubens Martins, SMS de Juazeiro do Norte, Claudia Alves Leite, SMS
21 de Brejo Santo, Tácio Luna, SMS de Barbalha. A reunião foi aberta e presidida por
22 Vera Coelho que iniciou pelo **Item 1 da Pauta - Bolsa Alimentação - Carta de**
23 **Adesão Municipal.** Municípios que solicitaram o Programa Bolsa Alimentação:
24 Pindoretama, Acaraú, Guaiuba, Guaraciaba do Norte, Ipueiras, Ibicuitinga, São
25 Benedito e Redenção, com parecer favorável da CEACRI. A CIB/Ce aprovou as
26 solicitações destes municípios em relação a Adesão ao Programa Bolsa Alimentação,
27 conforme a Medida Provisória no. 2.206, de 10 de agosto de 2001 da Presidência da
28 Republica. **Item 2 da Pauta - Programa Saúde da Família - Qualificação de**
29 **equipes do PSF e Saúde Bucal.** Municípios que solicitaram qualificação no
30 Programa Saúde da Família e Saúde Bucal: Jijoca de Jericoacoara (01) e (01) e Saúde
31 Bucal: Orós (01), Itapipoca (04), Paramoti (01), Independência (01), Monsenhor
32 Tabosa (01), Ocara (01), Horizonte (01). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas
33 equipes. **Item 3 da Pauta – Vigilância Epidemiológica – Certificação de município**
34 **para descentralização de ações para os municípios.** Onze (11) municípios estão
35 com parecer favorável do NUEPI para serem certificados. Conforme reunião de
36 31/08/01, houve mudança na PPI da Epidemiologia, e será necessário que as metas
37 sejam revistas, os municípios a serem certificados são: Aracoiaba, Tabuleiro do Norte,
38 Acaraú, Viçosa do Ceará, Guaraciaba do Norte, Apuiarés, Umirim, Deputado Irapuan
39 Pinheiro, Mulungu, São Benedito e Cedro. A CIB decidiu continuar o processo sem
40 reajuste das metas. As certificações dos 11 (onze) municípios foram aprovadas
41 através da Resolução da CIB no. 14/2001, no uso de suas atribuições legais e
42 considerando: I. Portaria GM/MS no. 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que
43 regulamenta a NOB.SUS 01/96 no que se refere as competências da União, Estados,
44 Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças e
45 define a sistemática de financiamento. II. A Instrução Normativa da FUNASA no.
46 002, de 5 de junho de 2000, que regulamenta os procedimentos de Certificação de
47 Municípios, Estados e Distrito Federal para a Gestão das Ações de Epidemiologia e
48 Controle de Doenças. RESOLVE: Art.1. Aprovar a Certificações dos Municípios para
49 a Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, após conhecimento do

50 parecer favorável da Comissão Estadual de Descentralização para Aracoiaba,
51 Tabuleiro do Norte, Acaraú, Viçosa do Ceará, Guaraciaba do Norte, Apuiarés,
52 Umirim, Deputado Irapuan Pinheiro, Mulungu, São Benedito e Cedro. Art.2. Esta
53 resolução entrará em vigor na data de sua assinatura. **Item 4 da Pauta – Solicitação**
54 **de habilitação para execução de Ações de Média Complexidade em Vigilância**
55 **Sanitária para os municípios.** Municípios que solicitaram a Descentralização de
56 Média Complexidade são: Maracanaú, Itapiúna, Pacoti, Quixeramobim, Quixadá,
57 Sobral, Marco, Crateús, Tamboril, Brejo Santo e Baturité, que obtiveram parecer
58 favorável da COVAC/SESA para serem habilitados. As habilitações dos municípios
59 foram aprovadas através da Resolução da CIB/Ce no. 13/2001, no uso de suas
60 atribuições legais e considerando. Considerando que a Portaria GM/MS no. 1.008, de
61 08 de setembro 2000, que regulamenta as transferência fundo a fundo para o
62 financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados,
63 municípios e distrito federal, na área de vigilância sanitária. Resolve: Art. 1. Aprovar
64 a Descentralização das ações de Média Complexidade para os municípios: Maracanaú
65 R\$ 10.604,46, Itapiúna R\$ 1.000,26, Pacoti R\$ 661,08, Quixeramobim R\$ 3.533,76,
66 Quixadá R\$ 4.229,58, Sobral R\$ 9.510,78, Marco R\$ 1.223,16, Crateús R\$ 4.279,56,
67 Tamboril R\$ 1.555,68, Brejo Santo R\$ 2.338,56 e Baturité R\$ 1.808,40 Art. 2. Esta
68 Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura. **Item 5 da Pauta –**
69 **Programação Alta Complexidade.** A COVAC apresentou uma Proposta de
70 Programação dos Recursos Federais para a Alta Complexidade reduzindo os recursos
71 de Barbalha, Quixadá e Sobral de acordo com a média de produção. Sendo os tetos
72 reduzidos para R\$ 55.498,00, R\$ 8.000,00 e R\$ 319.870,12 respectivamente, e o valor
73 total da redução (R\$ 137.608,00) foi alocado no teto sob gestão estadual. Depois das
74 discussões e ponderações feitas pelos representantes dos municípios, no sentido de
75 que os gastos com assistência de Alta Complexidade não deveria ser assumido com
76 recursos da Média Complexidade e de que a SESA deveria estabelecer mecanismos
77 de controle mais eficazes nesta área, a CIB aprovou a proposta apresentada pela
78 COVAC e decide que sejam mantidos os recursos fixados pela Portaria Conjunta
79 SE/MS no. 28, datada de 19/06/2001 para a Alta Complexidade (R\$ 6.702.352,00).
80 **Item 6 da Pauta – PPI 2001/2002 – Apreciação dos Tetos Municipais.** Vera
81 apresentou os relatórios preliminares da Programação Ambulatorial e de Internação da
82 Média e da Alta Complexidade. Depois da apresentação os membros dos municípios
83 na CIB/Ce se manifestaram: **Carlile** propõe que o COSEMS não aprove a PPI
84 2001/2002 e que promova um amplo debate com os Secretários Municipais sobre o
85 Investimento, e acrescenta que a Alta Complexidade deve permanecer sob gestão
86 estadual e que não seja retirado recursos da Média Complexidade para cobrir despesas
87 da Alta Complexidade e que o Estado deve assumir o pagamento do montante que
88 excede o Teto Fixado. **Eduardo** discorda de que a Alta Complexidade deve ficar sob
89 gestão do estadual e diz que deve ser visto a capacidade de gestão de cada município
90 que se propõe a assumir esta responsabilidade. **Jurandi** ressalta que o Estado deveria
91 assumir o co – financiamento dos Hospitais da Saúde da Família, pois os recursos
92 fixados nesta programação são insuficientes para assegurar o funcionamento destas
93 Unidades. Os membros representantes da SESA na maioria apresentaram pontos de
94 vistas diferentes dos apresentados pelos representantes dos municípios: **Alex** esclarece
95 que os gastos com a Alta Complexidade se fazem necessários pois os pacientes
96 necessitam desta assistência, e a SESA já faz um controle considerado satisfatório
97 nesta área e defende que a gestão da Alta Complexidade permaneça sob gestão
98 estadual. Quanto ao financiamento dos Hospitais Locais da Saúde da Família defende
99 que deve ser definida uma proposta que não se prenda apenas na modalidade de

100 pagamento por produção de serviços. **Socorro Martins** afirma que não se sente
101 segura para assumir a decisão de não retirar recursos da Média Complexidade para a
102 Alta Complexidade, dado que o atendimento é autorizado por APAC e o paciente
103 necessita de assistência para sobreviver. As discussões não possibilitaram o consenso
104 entre os membros sobre o assunto, fato que levou o Presidente do COSEMS/Ce a
105 solicitar adiamento da decisão por 15 dias, prazo necessário para ampliar as
106 discussões com os Secretários Municipais. Solicitação acatada pela CIB/Ce. **Item 7**
107 **da Pauta – Informe. 1.Campanha Nacional para Saúde Escolar , Quem Ouve**
108 **Bem, Aprende Melhor.** Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a
109 reunião, determinando que eu, Joana D' Arc Taveira dos Santos, servindo como
110 secretária lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
111 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, onze de
112 outubro de dois mil e um.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 19ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos vinte e seis de outubro do ano dois mil e um, as nove horas, na Sala de Reunião do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Nona Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Eduardo Martins Rocha, Coordenador da Saúde da SMDS/PMF, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Saúde de Jaguaribe, Maria Vilauva Lopes, Vice – Presidente do COSEMS, Vera Maria Câmara Coêlho, CEEPE/COPOS/SESA, Maria Imaculada Fonsêca, CEOAP/CODAS/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete. Como convidados: Lucélia Duavy, Secretária Executiva da Regional VI, Maria Dilma da Silva, SMS de Sobral, Maria do Socorro, SMS de Sobral. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que deu início a mesma pelo **Item 1 da Pauta – Carta de Adesão Municipal ao Programa Bolsa Alimentação.** Municípios que Solicitaram Bolsa Alimentação: Aiuaba, Tianguá, Ibiapina, Madalena, Freicheirinha, Barreira, Iguatú, Palhano, Palmácia, Cascavel, Cariré, Cariús, Quixelô, Farias Brito, Senador Sá, Santana do Acaraú, Groaíras e Pacatuba, com parecer favorável da CEACRI. A CIB/Ce aprovou as solicitações destes municípios em relação a Adesão ao Programa Bolsa Alimentação, conforme a Medida Provisória No. 2.206 de 10 de agosto de 2001 da Presidência da República.

Item 2 da Pauta - Solicitação de qualificação de equipes PSF e PSF/Saúde Bucal. Programa Saúde da Família: Aquiraz (05), Jaguaribe (01) e Morrinhos (04). PSF/Saúde Bucal: Aquiraz (02), Antonina do Norte (01), Canindé (03), Saboeiro (01), Iguatú (03) e Piquet Carneiro (01). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes.

Item 3 da Pauta – CAPS: Relatórios de Fortaleza e Quixeramobim . Vera fez a leituras dos relatórios elaborados pela Tezera Betânia Lopes Bezerra, técnica da Célula do Adulto e do Idoso, que emitiu parecer favorável. A CIB/Ce apreciou e aprovou o Cadastramento no SIA, mas o reajuste do TFAM só será possível quanto da implantação da PPI.2001/2002.

Item 4 da Pauta – Alteração na Portaria do MS 1.158/01 – Avaliação da Atenção Básica. A proposta de modificação da Portaria de Avaliação da Atenção Básica para fins de Habilitação dos Municípios na NOAS 01/2001. As modificações expostas abaixo foram acordadas em Seminários Tripartite realizada no dia 17/10/01, na sede do CFM em Brasília, com a presença de representação do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS e visam ajustar a Portaria GM no. 1158, de 08/0801. Houve consenso sobre a necessidade de criação de uma estratégia mais ampla e permanente de acompanhamento e avaliação da atenção básica sendo sugerida a criação de uma comissão tripartite que defina indicadores e elabore propostas para viabilização desse acompanhamento. Foi sugerido que esse trabalho seja associado a definição do Pacto da Atenção Básica para 2002. Por solicitação do CONASS foi acordado que municípios não habilitados em qualquer forma de gestão, incluindo os recém emancipados, poderão habilitar-se em GPAB segundo critérios da NOB/96. Quanto aos municípios em GPSM, que não tenham cumprido os critérios da Portaria de Avaliação, ficou acordado que os mesmos não perderão a condição de gestão em que se encontram habilitado, mas que o modulo assistencial no qual eles pertencem não poderá ser qualificado até que os critérios propostos sejam cumpridos. Mudança na Portaria 1.158. O artigo 1º referente ao Pacto da Atenção Básica passa a ter as seguintes redação nos componentes: Componentes I

51 – Pacto da Atenção Básica. Cumprimento da meta proposta pelo gestor municipal ou
52 gestor estadual ou, o mínimo 1,5 consultas básica/hab/ano para o ano anterior, do
53 indicador “ consultas médicas em especialidades básicas por habitante/ano”, incluindo
54 as consultas médicas de urgência básica códigos 0201102-6 e 0201103-4 do
55 SIA/SUS; Alcance de no mínimo 90% do indicador de cobertura vacinal de rotina em
56 DPT. Fica excluído da avaliação o indicador referente a cobertura de pré – natal.
57 Componente III – Alimentação dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.
58 Alimentação regular com falha inferior a 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados,
59 nos últimos 12 meses anteriores ao pleito de habilitação, das informações nos
60 seguintes bancos de dados nacionais: a) SIA , b) SINAN, c) SINASC, d) SIM, e) SI-
61 PNI, f) SIAB – para municípios que receberam incentivos do Ministério da Saúde
62 para PACS ou PSF. No Quadro V do Anexo, item Teste Especifico para Diabetes
63 Mellitus deverão ser acrescidos os seguintes códigos da tabela SIA-SUS; 0102217,
64 0102218, 0102219, 0102220, 0102221. **Item 5 da Pauta – Programação Pactuada**
65 **e Integrada – PPI – 2001/2002. Pontos para aprofundamento.** O COSEMS enviou
66 o ofício de 176, datado de 24/10/01 do Presidente , informando que na reunião
67 ampliada da Diretoria do COSEMS/Ce, que contou com a participação de seus Vice –
68 Presidentes microrregionais e representantes no Conselho Estadual de Saúde e
69 Comissão Intergestores Bipartite, verificou-se a necessidade deste Conselho
70 aprofundar o debate interno sobre a NOAS e suas implicações. Tal necessidade
71 decorre da Entidade ter identificado diferentes questionamento entre os Secretários de
72 Saúde a respeito, principalmente, da PPI em curso, apontando a urgência na
73 discussão e tomada de posição em relação aos problemas identificados. Nesse sentido
74 , em nome do COSEMS, solicita que o processo de discussão da PPI e seus
75 desdobramentos sejam retirados da pauta, até que COSEMS aprofunde e delibere
76 sobre suas posições, o que deverá ocorrer nos próximos 15 dias. Ressalta que esta
77 solicitação não significa uma suspensão do processo de discussão com o Estado, mas
78 refere-se ao reconhecimento do COSEMS sobre a necessidade de encaminhar suas
79 posições de forma democrática e responsável, possibilitando, assim a realização de
80 pactuação referendadas pelo conjunto de seus Secretários. **Item 6 da Pauta –**
81 **INFORMES: 1. Ofício da SMDS/PMF – Comunica que José Adelmo Mendes**
82 **Martins como representante Titular na CIB/CE. 2 Portaria No. 428, da**
83 **SAS/MS, datado de 02/10/2001 – Habilita o Estado do Ceará na Fase I de**
84 **Implantação do Programa Nacional de Triagem e Classificação, o HIAS como**
85 **Unidade de Referência.** Com base na Portaria 822, de 06 /06/01, publicado no
86 Diário Oficial de 07/06/01, que inclui os procedimentos para implantação de Serviços
87 de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento das Doenças
88 Congênitas, o MS habilita o Estado do Ceará na Fase I de Implantação do Programa
89 Nacional de Triagem Neonatal, que prevê a triagem neonatal, da confirmação
90 diagnostica, o acompanhamento e o tratamento da fenilcetonúria, hipotireoidismo
91 congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e fibrose cística. O
92 Cadastro do Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) - Hospital
93 Infantil Albert Sabin. As demais unidades que integram a Rede Estadual de triagem
94 Neonatal do Ceará, encontram – se relacionadas no processo SESA no. 01267577/6.
95 Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu
96 Joana D´ Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata
97 que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da
98 Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, vinte e seis de outubro de dois mil e um.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 20ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001**
3
4
5

6 Aos dezanove dias do mês novembro do ano dois mil e um, quinze horas, na Sala de
7 Reunião do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza,
8 realizou-se a Vigésima Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da
9 Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Paola
10 Colares de Borga, CODAS/SESA, Francisco Evandro Teixeira Lima,
11 COMIRES/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete,
12 Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Saúde de Jaguaribe, Lilian Alves
13 Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Alexandre José Mont' Alverne Silva,
14 COPOS/SESA, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira. Como convidados: Isabel
15 Cristina Cavalcante, NUASF/CODAS/SESA, Ana Márcia, NUASF/CODAS/SESA,
16 Neusa Goya, COSEMS, Maria Ivonete Dutra Fernandes, SMS de Quixadá, Ericson,
17 SMS de Barbalha, José Correia, Hospital Santo Antônio, Eliane A. de Lavor Vieira,
18 NUASF/CODAS/SESA. A reunião foi aberta e presidida por Socorro Martins que
19 deu início a mesma pelo **Item 1 da Pauta – Carta de Adesão Municipal ao**
20 **Programa Bolsa Alimentação.** Municípios que solicitaram Bolsa Alimentação:
21 Ubajara, Aurora, Quixeramobim, Solonópole, Capistrano, Nova Olinda, Tauá,
22 Carnaubal, Jardim, Ipú, Barbalha, Uruoca, Altaneira, Caridade, Tamboril, Itapiúna,
23 Cedro, Jucás, Canindé, Poranga, Saboeiro, Santana do Cariri, Ipaporanga, Itaiçaba,
24 Acopiara, Potengi, Penaforte, Várzea Alegre, Tabuleiro do Norte, Jati, Pentecoste,
25 Ararendá, Mulungu, Quixeré e Jaguaribara, com parecer favorável da CEACRI. A
26 CIB/Ce aprovou as solicitações destes municípios em relação Adesão ao Programa
27 Bolsa Alimentação, conforme a Medida Provisória No. 2.206, de 10 de agosto de
28 2001 da Presidência da República. **Item 2 da Pauta - Solicitação de qualificação de**
29 **equipes PSF e PSF/Saúde Bucal. Programa Saúde da Família :** Chorozinho (01),
30 Ocara (02), Umirim (01), Pentecoste (01), Quixeramobim (01), Itaiçaba (01),
31 Camocim (10). **Saúde Bucal:** Maranguape (02), Cariré (01), Irauçuba (01). A
32 CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes. **Item 3 da Pauta – Hospital do**
33 **Coração do Cariri - Solicitação de pagamento de atendimentos prestados.** Lilian
34 expõe a situação do Hospital do Coração do Cariri, em relação aos pagamentos,
35 dizendo que ocorreram problemas na apresentação das contas porque o serviço não
36 estava credenciado. O Hospital em apreço foi vistoriado por esta Secretaria em
37 novembro/2000, tendo apresentado condições satisfatórias para atendimento na área
38 de cirurgia cardiológica, o que resultou na autorização do atendimento a partir de
39 fevereiro/2001, mesmo sem a classificação pelo MS, dado a grande demanda
40 reprimida existente na Região. Fatores externos como demora na Vistoria pela
41 Sociedade Brasileira de Cardiologia e a greve no Diário Oficial da União,
42 contribuíram para o atraso da Publicação Oficial, tendo sido publicada a Portaria
43 apenas no início de agosto, e nesse mês o Hospital apresentou todas as AIH
44 previamente autorizada pela SESA, tendo sido glosadas em mais de 50% por erro na
45 cobrança da UTI. A SESA enviou ofício ao MS/João Gabbardo dos Reis solicitando
46 em caráter excepcional, autorização para exclusão da crítica instituída pela Portaria
47 SAS/MS no. 117 de 10/04/2000, que normatiza o período máximo de seis meses para
48 apresentação dos prontuários, para que o mesmo possa ter seus procedimentos pagos
49 na competência setembro/01. O MS informou que não é possível liberar a crítica junto
50 ao Sistema de pagamento, devido a fiscalização do Tribunal de Contas, e sugere que o

51 pagamento seja processado pela modalidade administrativa. Sugestão não acatada
52 pela SESA por impedir o registro dos serviços produzidos no Sistema. Por esta razão
53 é que o assunto está sendo colocado para apreciação da Bipartite, pois a SESA não
54 pode através da COVAC, autorizar o pagamento ao Prestador sem que seja autorizado
55 previamente por este Colegiado. A CIB/CE aprovou através da Resolução de no
56 15/01, que autoriza a COVAC a proceder os pagamentos dos procedimentos de
57 cirurgias cardíacas realizadas pelo Hospital do Coração do Cariri, que foram
58 autorizados pelo auditor do município de Barbalha, no período de fevereiro/01 a
59 março/01. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião,
60 determinando que eu Joana D´Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária,
61 lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
62 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, dezanove de
63 novembro de dois mil e um.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 21ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001**
3
4

5 Aos trinta dias do mês novembro do ano dois mil e um, as nove horas, na Sala de
6 Reunião do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza,
7 realizou-se a Vigésima Primeira Reunião Ordinária da Comissão Intergestores
8 Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes
9 membros: Jurandi Frutuoso, Presidente do COSEMS, Eduardo Martins Rocha, Vera
10 Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Joaquim Clementino, Secretário
11 Municipal de Saúde de Maracanaú, Paola Colares de Borga, CODAS/SESA,
12 Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão,
13 COVAC/SESA, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Luiza de
14 Marilac Meireles Barbosa. Como convidados: Maria Dilma Silva, SMS de Sobral,
15 Silvana Macêdo de Moraes, Secretaria de Saúde de Fortaleza, Isabel Cristina
16 Cavalcante, NUASF/CODAS/SESA, Ana Márcia Almeida, NUASF/CODAS/SESA,
17 Maria de Fátima Monte, SMS de Mulungu, Eliane A de Lavor Vieira, CEFIT/SESA,
18 César Forti, Hospital de Maracanaú, Ana Cristina América, SMS de Crato. A reunião
19 foi aberta e presidida por Vera Coêlho que deu início a mesma pelo **Item 1 da Pauta**
20 **- Assistência Farmacêutica – Pacto e Programação 2002 - Isabel Cristina.** Logo
21 de início **Alcides** indaga se o Estado do Ceará tem conhecimento de uma iniciativa do
22 MS de colocar medicamentos nas Farmácias Privadas para vender a preços subsidiado
23 à população do SUS, notícia publicada na Folha de São Paulo, e sem novos recursos
24 para a área. **Isabel Cristina** informa que este assunto não foi discutido na Câmara
25 Técnica da Assistência Farmacêutica, mas tem informação de que o MS alocou
26 recursos adicionais no Orçamento – 2002, e que o MS pretende implantar esta
27 proposta que é baseada na experiência do México, mas irá obter maiores informações
28 sobre o assunto. Em seguida **Isabel** inicia a apresentação pelo **1º Ponto - Plano**
29 **Estadual de Assistência Farmacêutica para 2001/2002. Em relação as Diretrizes**
30 **Políticas e Prioritárias:** • Coordenar e executar as ações de assistência farmacêutica
31 no âmbito do Estado. • Promover a revitalização da assistência farmacêutica
32 microrregional. • Prestar assessoria técnica aos municípios na estruturação e
33 organização dos serviços nos níveis administrativos e de atenção à saúde através das
34 microrregiões. • Promover atividades de normatização e de regulamentação para
35 promoção do uso racional de medicamentos. • Promover a inserção das ações de
36 assistência farmacêutica na atenção primária, com ênfase para o PSF e PACS e definir
37 as atribuições dos profissionais envolvidos na área. • Desenvolver uma logística de
38 medicamentos adequada, garantindo um abastecimento regular de medicamentos
39 essenciais com base nos procedimentos de programação, aquisição, armazenamento e
40 sistema de distribuição e controle de qualidade. • Disponibilizar os medicamentos de
41 alto custo na terapêutica de maior complexidade na atenção terciária. • Garantir os
42 medicamentos e insumos farmacêuticos elencados e pactuados para atenção básica e
43 para atenção secundária (referências) e programas estratégicos do SUS/CE (Saúde
44 Mental, Saúde Reprodutiva, Hipertensão e Diabetes, AIDS/DST) patologias
45 oportunistas. • Promover o desenvolvimento e capacitação dos profissionais de saúde
46 afins, além de priorizar as atividades de educação em saúde para pacientes, famílias e
47 comunidade. • Apoiar e inserir as atividades de fitoterapia na atenção primária de
48 saúde, como ação complementar de terapêutica medicamentosa. • Desenvolver
49 investigação/pesquisa para análise situacional e definição de indicadores de impacto

50 para assistência farmacêutica como instrumento de acompanhamento e avaliação,
51 norteadores para tomadas de decisões e as intervenções. Disponibilizar campo de
52 estágio e desenvolvimento de novas tecnologias. • Conceituar e consensuar as
53 atividades de atenção farmacêutica, inserindo-as nas ações de saúde. **Em relação as**
54 **Estratégias para Reorientação da Assistência Farmacêutica:** 1. Articulação
55 Intersetorial – Desenvolvimento Institucional. 2. Assessoria Técnica – Microrregiões,
56 Municípios e Unidades de Saúde de Referência. 3. Desenvolvimento e Logística. 4.
57 Garantir os Medicamentos Essenciais, Especiais e de Alto Custo: • Atenção primária
58 – PPI/Assistência Farmacêutica Básica. • Atenção secundária – Programa estratégicos
59 da Secretária da Saúde do Estado do Ceará: a) Saúde Mental, b) Saúde Reprodutiva,
60 c) Hipertensão e Diabetes, d) AIDS/DST. • Atenção Terciária – Programa de
61 Medicamento de Alto Custo . 5. Desenvolver Sistema de Informação. 6.
62 Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos. 7 Promoção do Uso Racional.
63 8. Inserção da Assistência Farmacêutica e da Atenção Farmacêutica no Programa
64 Saúde da Família. A decisão da CIB/Ce é de que a Proposta antes de ser apreciada
65 deve ser analisada pelo COSEMS que deverá trazer parecer na próxima reunião.
66 **Isabel** informa que o prazo de apresentação dos Planos Estaduais de Assistência
67 Farmacêutica Básica ao Ministério referente ao exercício de 2002, foi prorrogado para
68 31/03/2002. **2º Ponto - Pré – requisitos para Enquadramento dos Municípios no**
69 **Nível de Gestão.** **Isabel** faz comentários sobre o aspecto legal – Marco referencial
70 da Constituição Brasileira, reafirma os mais avançados princípios para definir o
71 modelo de assistência à saúde: sistema gratuito, universal, hierarquizado, respaldado
72 pela participação popular (controle social). **Lei 8.080/90** – rege os princípios
73 fundamentais do Sistema Único de Saúde: • estruturação e organização, diretrizes,
74 responsabilidades, financiamento e outros; • assistência integral, inclusive a
75 farmacêutica; • Controle Social. **Portaria no. 3.916/98** - Política Nacional de
76 Medicamentos: • Define as diretrizes, prioridades, estratégias, competências e
77 responsabilidades; • estabelece os conceitos, modelos, objetivos e metas. **Lei no.**
78 **9.787/99** – Lei dos Genéricos • regulamenta a utilização de nomes genéricos.
79 **Portaria no. 176/99** - Define incentivo a Assistência Farmacêutica Básica. **Portaria**
80 **no. 956/200** – Estabelece critérios e requisitos para qualificação dos Estados e
81 Municípios ao Incentivos da Assistência Farmacêutica Básica. **Regulamentação**
82 **Complementar – NOB – Norma Operativa Básica do SUS/96** – Define estratégias
83 e movimentos táticos que orientam a operacionalização do Sistema Único de Saúde.
84 **NOAS – Norma de Organização de Assistência à Saúde – 2001: 1) Reorganização**
85 **da Assistência Farmacêutica – Microrregionalização:** • Garantir o acesso –
86 redistribuição; • Hierarquização da atenção; • Habilitação de Estados e Municípios. **2)**
87 **Descentralização:** • qualificação em: gestão plena da assistência básica ampliada e
88 gestão plena do sistema municipal; • definição das sete áreas de atuação estratégicas.
89 **Crítérios para enquadramentos dos municípios nos Níveis de Gestão: Plena de**
90 **Atenção Básica Ampliada:** 1) Identificar através de instrumento oficial a estrutura
91 organizacional da Assistência Farmacêutica no Organograma da Secretaria Municipal
92 de Saúde. 2) Dispor do profissional farmacêutico para gerenciar a área da Assistência
93 Farmacêutica no Âmbito Municipal. 3) Dispor de equipe farmacêutica para
94 desempenhar as atividades da Atenção Farmacêutica considerando população, número
95 de equipes do PSF e as atividades da atenção ampliada. 4) Portaria do Secretário
96 Municipal de Saúde designando o gerente de Assistência Farmacêutica , a equipe que
97 irá compor o órgão, bem como definir as competência da área de abrangência em
98 consonância com a Política Nacional da Assistência Farmacêutica – (Portaria

99 3.916/98). 5). Dispor de área física e infra – estrutura adequada para pleno
100 desenvolvimento das atividades operativas do ciclo da Assistência Farmacêutica de
101 acordo com capacidade de gestão que possibilite o ganho em escala. 6) Incluir no
102 Plano Municipal de Saúde as ações da Assistência Farmacêutica a serem
103 desenvolvidas, contemplando no mínimo as ações básicas. Plena do Sistema
104 Municipal: 1) Identificar através de instrumento oficial a estrutura organizacional da
105 Assistência Farmacêutica no Organograma da Secretaria Municipal de Saúde. 2)
106 Dispor do profissional farmacêutico para gerenciar a área da Assistência Farmacêutica
107 no Âmbito Municipal, conforme Legislação Sanitária vigente. 3) Dispor de Comitê
108 Municipal de Farmácia e Terapêutica, multidisciplinar e intersectorializado
109 constituído através de portaria do Secretário Municipal de Saúde e aprovado pelo
110 Conselho Municipal de Saúde. 4) Portaria do Secretário Municipal de Saúde
111 designando o gerente de Assistência Farmacêutica, a equipe que irar compor o órgão,
112 bem como definir as competências da área de abrangência e dos profissionais de
113 Saúde que compõe a equipe multidisciplinar. 5). Dispor de área física e infra –
114 estrutura adequada para pleno desenvolvimento das atividades operativas do ciclo da
115 Assistência Farmacêutica de acordo com capacidade de gestão que possibilite o ganho
116 em escala. 6) Incluir no Plano Municipal e Microrregional de Saúde as ações da
117 Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidas, contemplando no mínimo as ações
118 básicas e de média complexidade. 7) Disponibilizar profissionais farmacêuticos para
119 atividades da Atenção Farmacêutica considerando população x no. de equipes do PSF
120 x as ações de saúde especializadas (referências local e microrregional). A CIB/Ce
121 decidiu que o COSEMS irá fazer uma discussão da Proposta e em caso de aceitação,
122 comunicará a SESA através de Ofício para que a mesma inclua estas exigências no rol
123 dos requisitos para Habilitação. **3º Ponto - Seleção de Medicamentos – RESME/CE**
124 **– Elenco de medicamentos básicos que irão compor o Plano Estadual: Lista**
125 **contendo 66 itens. Medicamentos Substituídos:** Mebendazol 100mg para
126 Albendazol 400mg comprimido, Hidróxido de alumínio para Hidróxido de Alumínio
127 + Magnésio suspensão oral frasco, Isossorbida 5mg para Isossorbida 10mg
128 comprimido, Pacetamol 100mg/ml para Paracetamol 200mg/ml frasco,
129 Metronidazol 250mg para Secnidazol 1g comprimido, Metronidazol suspensão para
130 Secnidazol suspensão oral frasco dosador 450mg (30mg/ml). **Medicamentos**
131 **Incluídos:** Albendazol suspensão oral 40mg/ml, Cefalexina suspensão Oral
132 25mg/5ml, Cetoconazol 200mg comprimido, Inibidor ECA de única tomada
133 comprimido, Omeprazol 20mg comprimido, Prednisolama 3mg/ml, Tiabendazol
134 creme dermatológico. A CIB/Ce aprovou o elenco de medicamento apresentado pelo
135 NUASF com a inclusão de medicamento para controle de asma. **4º Ponto –**
136 **Financiamento:** Proposta é que o sejam assegurados recursos Federal R\$ 1,00
137 hab./ano, Estadual R\$ 0,80 hab./ano e Municipal R\$ 1,00 hab./ano. E apresenta
138 relatório sobre os recursos gastos com medicamentos pelo Tesouro do Estado no
139 período de 1995 à 2001. Em 1995 – R\$ 106.137,31, 1996 – R\$ 1.811.321,52, 1997 –
140 R\$ 583.503,91, 1998 – R\$ 2.824.242,95, 1999 – R\$ 2.623.018,69, 2000 – R\$
141 4.281.972,04 e 2001 – R\$ 4.037.700,34. Após apresentação os participantes se
142 manifestaram: **Alcides** lembra que, os dados de série histórica não tem muito sentido
143 visto que até 1999 a situação era bem diferente da 2000 que já conta com a E.C 29,
144 o Estado em 2002 tem que investir 9% na saúde, tem que se abrir a caixa preta em
145 relação aos gastos da saúde, procurado conhecer os recursos para custeio e quanto
146 destes é usado com medicamentos e outros itens. **Jurandi** diz que esta discussão foi
147 iniciada em abril.01, quanto foi visto que muito municípios já gastavam mais de R\$
148 3,00 hab./ano, e que o valor para o Estado de R\$ 0,80 é muito pouco. E ressalta que a

149 Comissão responsável para levantar estes custos nunca se reuniu, e se faz necessário
150 que esta Comissão se reúna e a presente subsídios para a discussão da Proposta. **Alex**
151 reconhece a insuficiência destes recursos (0,80 hab./ano), mas afirma que os
152 membros da SESA não podem pactuar nenhum aumento de recursos, mas reforça a
153 idéia de que os recursos são insuficientes, e com os dados do Jurandi é impossível se
154 conformar com esta situação. E se compromete em avaliar esta situação. **Silvana**
155 manifesta sua preocupação com o financiamento do Tesouro para Atenção Básica no
156 município de Fortaleza, pois a SESA, repassa todos os recursos para as suas próprias
157 unidades desta forma, fica complicado atender a população. **Eduardo** esclarece que o
158 Adelmo já está discutindo esta questão há 3 meses com a SESA, de forma bem
159 racional. **Isabel** esclarece que a proposta orçamentária de 2002 foi elaborada
160 inicialmente com R\$ 1,00, mas foi reduzida posteriormente pela Direção da SESA. A
161 CIB/Ce decidiu: 1) A proposta da SESA (financiar R\$ 0,80 hab./ano) para
162 medicamentos básicos, será objeto de aprofundamento do COSEMS e 2) A Comissão
163 para estudo do Orçamento da SESA 2002 deverá se reunir para subsidiar decisão do
164 COSEMS. A Comissão é representada por: COSEMS o Alcides, SMDS de Sobral a
165 Leilane e SESA a Helena Lima e Isabel. **Item 2 da Pauta – Programa Bolsa**
166 **Alimentação - Carta de Adesão para os Municípios.** Municípios que solicitaram
167 Adesão ao Programa: Arneiroz, Pacajús, Massapê, Assaré, Pedra Branca, Iracema,
168 Banabuiú, Independência, Crato e Deputado Irapuan Pinheiro, todos com parecer
169 favorável da CEACRI. A CIB/Ce aprovou as solicitações destes municípios em
170 relação a Carta de Adesão ao Programa Bolsa Alimentação, conforme a Medida
171 Provisória No. 2.206 de 10 de agosto de 2001 da Presidência da República. **Item 3 da**
172 **Pauta – Saúde da Família - Qualificação de equipes do Programa Saúde da**
173 **Família e Saúde Bucal. Programa Saúde da Família:** Itarema (01), Milagres (04).
174 **Saúde Bucal:** Boa Viagem (01), Alto Santo (01), Bela Cruz (03), Moraujo (01),
175 Forquilha (02), Ipaumirim (01), Barro (01). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas
176 equipes. **Item 4 da Pauta – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de**
177 **Doenças – TFECD – Situação Atual dos Recursos Federais para a SESA –**
178 **Marilac e Paola.** A situação atual dos Recursos Financeiros de Epidemiologia e
179 Controle de Doença – TFECD, apresentados pelo o CENEPI/FUNASA, mostra que o
180 Estado do Ceará apresenta saldo em 30/09/2001 de R\$ 6.811.058,00, isso representa
181 7,7 números de parcelas acordadas para repasse mensal ao Estado do Ceará. A
182 Tripartite solicita que o Estado analise estas informações e que a CIB se posicione
183 sobre a proposta de utilização destes recursos. No entanto mesmo antes da CIB se
184 pronunciar o Ministério da Saúde enviou um Ofício Circular no. 244/CENEPI
185 /FUNASA, datado de 22.10.2001 solicitando a Proposta para utilização dos recursos.
186 A SESA através do ofício no. 1.031/2001 informou ao Ministério da Saúde a situação
187 dos recursos do TFECD. Com a palavra Dra. Marilac apresenta a análise dos recursos
188 questionados e afirma que os mesmos se encontram comprometidos nas (04) quatro
189 áreas: 1) Controle de Endemias no valor de R\$ 3.007.000,00. 2) LACEN no valor de
190 R\$ 1.835.877,88. 3) Imunização no valor de R\$ 1.100.000,00. 4) Epidemiologia no
191 valor de R\$ 865.861,66. As quatro área no valor Total de R\$ 6.808.739,54. **Alcides**
192 informa que esta demanda foi a partir da situação do apresentada pelo CENEPI na
193 CIT, mas o que parece é que não existe resíduo em nenhum Estado. **Jurandi**
194 concorda que não existe saldo do TFECD no Estado . E solicita informação sobre a
195 perspectiva da Dengue para 2002. **Ernani** esclarece que os riscos de epidemia são
196 altos, mas se houver decisão do gestor se consegue reduzir estes riscos, como
197 exemplo, cita o caso de Pedra Branca que estava com alto índice de infestação e hoje
198 foi reduzido a zero. E o Estado está apoiando os municípios descentralizados para

199 controle da infestação do mosquito. **Alcides** diz que o surgimento do D – 3 é
200 inevitável, a grande preocupação hoje é a entrada pela fronteira com a Venezuela e
201 indaga o que está sendo feito em relação a barreira rodoviária ? **Marilac** o Plano de
202 Controle de Dengue está alocando recursos adicionais para os Estados com limites
203 com a Venezuela. O Ceará está intensificando a pesquisa de isolamento do vírus.
204 **Dina** diz que a previsão é de uma epidemia em 2002 maior que a de 2001, e se faz
205 necessário trabalhar intensamente nos municípios para evitar o agravamento do
206 quadro. **Alex** ressalta que na semana passada a SESA fez um apelo ao município de
207 Fortaleza para trabalha intensamente no sentido de reduzir a infestação do Aegdes. É
208 necessário ter a população como aliada, para não acontecer a previsão da Dina. **Pedro**
209 informa que em 14/09/01 foi feito pela SESA uma reunião com os 33 municípios em
210 situação de risco que iriam receber insumos para a intensificação do Combate do
211 Dengue, até hoje nada se concretizou. E indaga como se encontra esta situação?
212 **Ernani** o Ministério da Saúde irá auxiliar estes municípios, mas até o momento nada
213 foi liberado. A CIB/Ce aprovou o relatório de acompanhamento dos recursos do
214 TFECD repassados para o FUNDES até out.01, que confirma a não existência de
215 Saldos Orçamentários. Os recursos financeiros estão alocados e os processos
216 administrativos em andamento, caracterizando a classificação de recursos
217 comprometidos. **Item 5 da Pauta – Hospital Municipal de Maracanaú – Redução**
218 **dos Leitos de Tisiologia.** Com a palavra Dr. Joaquim Clementino, Secretário de
219 Saúde de Maracanaú, comunica que o Hospital Municipal de Maracanaú está
220 reduzindo os leitos de Tisiologia de 34 para 10 leitos, em virtude de processo de
221 reforma a que será submetido. Salaria que os leitos destinados à Tisiologia somente
222 darão vazão a demanda dos pacientes de Maracanaú, prioritariamente, e aos pacientes
223 oriundos dos demais municípios da Microrregional III. Portanto, o Hospital
224 Municipal não é mais a referência de Tisiologia para o Estado. Os membros se
225 manifestaram: **Vera** diz que o município que tem maior frequência de
226 encaminhamento de pacientes com tuberculose é Fortaleza com 46,5%, conforme a
227 planilha janeiro a outubro/2001 da COVAC/SESA e que esta decisão irá afetar
228 diretamente a população residente em Fortaleza. **Alex** diz que esta intenção é antiga, o
229 Patriarca já vinha solicitando esta redução. Alguns pacientes podem ser tratados em
230 hospitais gerais, os complicados já são atendidos nos hospitais de Messejana e São
231 José e os mesmo não tem condições de expansão. Tem informação que os
232 Gonzaguinhas só atenderão a área materno – infantil, neste caso a oferta na área
233 clínica fica mais reduzida e a assistência aos pacientes tuberculosos. **Eduardo** a
234 SMDS - Fortaleza está retomando a discussão com o Prefeito pois esta é uma decisão
235 dele, e que a equipe da SMDS - Fortaleza não concorda. Quando tomou conhecimento
236 da proposta de Maracanaú, começou a trabalhar no sentido de agilizar a expansão da
237 oferta nesta área. **Lilian** diz que a desativação dos leitos de Tuberculose não é nova,
238 mas hoje estamos convivendo com um fato real de redução, os pacientes existem e
239 não podem ficar sem assistência. E propõe que Fortaleza assuma a assistência a partir
240 dos Hospitais Públicos e Filantrópicos. **Jurandi** temos que vê os prazos antes de
241 firmar os acordos para não prejudicar os pacientes que necessitam de assistência. A
242 CIB/Ce decidiu que a COPOS, SMD - Fortaleza, Maracanaú, Direções dos Hospitais
243 de Messejana, São José, Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, deverão se reunir
244 para estruturar um Plano de Desativação dos Leitos de Maracanaú e a
245 Implementação da Assistência em Fortaleza e nos Municípios Sede de Micro. Ficando
246 o Coordenador da COPOS – Dr. Alex responsável pela comunicação e coordenação
247 do grupo. **Item 6 da Pauta – Secretários de Saúde da Microrregião do Crato –**
248 **Solicitação para que a SMS do Crato efetue os pagamentos dos atendimentos**

249 **prestados pela Casa de Saúde São Joaquim Bezerra de Farias.** O Diretor da Casa
250 de Saúde solicita que a CIB adote providências junto ao Gestor de Saúde do Crato no
251 sentido de que seja incluído na Programação desta Unidade os Procedimentos de
252 Traumatologia referenciados pelos Municipais de Altaneira, Antonina do Norte,
253 Araripe, Assaré, Campos Sales, Farias Brito, Nova Olinda, Pontegi, Santana do Cariri,
254 Salitre, Tarrafas e Várzea Alegre, que se encontram alocados no Hospital São
255 Francisco Unidade sob Gestão Municipal. Vera explica que esse assunto não era
256 necessário ter vindo à Bipartite. A Secretária de Saúde do Crato tem autonomia para
257 processar as mudanças na Programação. A CIB/Ce reafirma que esta situação pode
258 ser resolvida pela Secretária de Saúde do Crato, dado que o Município tem
259 autonomia de decisão sobre o assunto. **Item 7 da Pauta – Secretaria Municipal de**
260 **Sobral – Solicita credenciamento junto ao Sistema Único de Saúde para a**
261 **Unidade de Fonoaudiologia e Saúde Ltda- UNIFONO.** A Solicitação de inclusão
262 ou exclusão de serviços de saúde em municípios em GPSM vem para apreciação da
263 Bipartite por exigência do MS (Portaria no. 91 de jan/99). Por esta razão o município
264 de Sobral está dando ciência da inclusão no SUS de um novo serviço: Unidade de
265 Fonoaudiologia e Saúde LTDA – UNIFONO. A CIB/CE acatou a decisão do Gestor
266 Municipal de inclusão deste Serviço no SUS, mas por se tratar de um Serviço
267 Especializado discordou da estratégia definida para acesso dos pacientes pelo
268 município e afirma que o acesso tem que se dá por referência. E que o financiamento
269 deste Serviço deverá ser assegurado dentro do teto atual vigente. **Item 8 da Pauta –**
270 **Informes: 1- Portaria GM/MS no. 2.034, datada de 07/11/01 – Estabelece o valor**
271 **do PAB Ampliado.** O Ministério da Saúde publicou a Portaria 2.034, que fixa em R\$
272 10.50 (dez reais e cinquenta centavos) por habitante ano o valor do PAB Ampliado
273 para efeito do cálculo dos recursos que serão transferidos do Fundo Nacional de
274 Saúde para os respectivos Fundos de Saúde dos municípios habilitados nos termos da
275 NOAS – SUS 01/2001. Os municípios que recebem o PAB – FIXO em valor superior
276 ao PAB Ampliado definido por esta Portaria, não terão alteração no seu valor per
277 capita. O recebimento do PAB Ampliado estará condicionado também à observância
278 dos dispositivos contidos na Portaria No. 1158, de 8 de agosto de 2001, que estabelece
279 componentes para avaliação da atenção básica dos municípios pleiteantes à
280 habilitação segundo a NOAS 01/2001. **2. Supervisão do MS ao PSF no Ceará –**
281 **Roteiro de Observação.** Ministério da Saúde encaminhou o Roteiro de Observações
282 de Equipe de Saúde da Família que será utilizado pela Comissão do Ministério da
283 Saúde no Ceará em abril de 2002. No sentido de informar os municípios, foi entregue
284 cópia do documento ao COSEMS. **3. SPS/MS – Encaminha o Ofício No. 1123,**
285 **datado de 30/10/01 – comunicando a relação dos municípios bloqueados na**
286 **competência outubro 2001(PAB) – Município de Acopiara, bem como a Relação**
287 **de municípios com falha de Informação na competência – outubro 2001 –**
288 **Municípios de: Acopiara, Boa Viagem, Icapuí e Maracanaú Salitre.** Nada mais
289 havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu Joana
290 D´Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai
291 por mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
292 Estado do Ceará, Fortaleza, trinta de novembro de dois mil e um.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 22ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001**
3
4

5 Aos quatorze dias de dezembro do ano dois mil e um, as nove horas, na Sala de
6 Reunião do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza,
7 realizou-se a Vigésima Segunda Reunião Ordinária da Comissão Intergestores
8 Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros:
9 Vera Maria Câmara Coêlho, CEEPE/COPOS/SESA, Jurandi Frutuoso Silva,
10 Presidente do COSEMS, Rogério Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de
11 Umirim, Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Joaquim Clementino
12 Ferreira, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, Ana Maria dos Santos
13 Fonseca, Secretária Municipal de Saúde de Palmácia, Eliade Bezerra, Secretário
14 Municipal de Saúde de Iguatú, Eduardo Martins Rocha, Coordenador da Saúde da
15 SMDS/PMF, Paola Colares Borba, CODAS/SESA, Maria Vilauva Lopes, Vice –
16 Presidente do COSEMS, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Maria do
17 Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete, Alexandre José Mont’Alverne
18 Silva, COPOS/SESA. Como convidados: Neusa Goya, COSEMS, Alda Leal, SMDS-
19 PSF, Getúlio Barros, SMS de Brejo Santos, Rodrigo Nogueira, SMS de Deputado
20 Irapuan Pinheiro, Ricardo Gadelha de Abreu, SMS de Capistrano, Maria de Fátima
21 Mota, SMS de Mulungu, Eridan Albuquerque, SMS de Aquiraz, Ricardo Araújo,
22 SMS de Barbalha, Benedita Rodrigues, CEACRI/COPOS/SESA, Eliane Aragão de
23 Labor, CEFIT/NUAS/CODAS/SESA. A reunião foi aberta e presidida por Vera
24 Coêlho que deu início a mesma pelo **Item 1 da Pauta – Vigilância Epidemiologia –**
25 **Certificação de Município para Descentralização de Ações.** Quatro municípios
26 obtiveram parecer favorável do NUEPI para serem certificados: Bela Cruz,
27 Guaramiranga, Milhã e Chóro. As certificações foram aprovadas através da Resolução
28 da CIB/CE de no. 17/2001. O número de municípios certificados no Estado totalizam
29 102 municípios, restando ainda 82 municípios. **Item 2 da Pauta - Solicitação de**
30 **qualificação de equipes PSF e PSF/Saúde Bucal.** Programa Saúde da Família:
31 Quixadá (03), Graça (01) e Guaiuba (01). **PSF/Saúde Bucal:** Ocara (01) e Guaraciaba
32 do Norte (02). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes. **Item 3 da Pauta –**
33 **Apresentação das Propostas dos Cursos de Atualização em Gestão e de**
34 **Especialização em Gestão dos Serviços de Saúde – ESP/Ce.** Silvia Mamede
35 Presidente da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/Ce apresenta a Proposta de
36 Captação de Recursos junto ao Ministério da Saúde para financiamento de Cursos
37 Avançados: **1º Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde -**
38 **Objetivos:** • Ofertar um elenco básico de informações sobre o SUS, para os gestores
39 municipais de saúde. • Apoiar tecnicamente os gestores municipais na organização
40 dos sistemas municipais de saúde , fortalecendo a descentralização das ações e
41 serviços de saúde no âmbito do SUS. • Incentivar a troca de experiências entre os
42 municípios, atuando como indutor desta prática e colocando esta experiências à
43 disposição do conjunto dos municípios. • Discutir as políticas de saúde, a partir do
44 contexto político normativo do SUS, como base para a organização dos serviços
45 municipais de saúde, priorizando a atenção básica, os programas de saúde da família e
46 de agentes comunitários de saúde. • Discutir o papel do gestor na condução da
47 política municipal de saúde e instrumentalizá-lo para otimizar os recursos disponíveis.
48 Para este curso está previsto um número de 147 vagas para o Estado com alocação de
49 recursos financeiros no valor de R\$ 56.000,00. **As questões pendentes:** 1. Definição
50 do Processo para as inscrições/seleções. 2. Mecanismos para garantia da qualidade

51 dos cursos. 3. Distribuição dos recursos. 2º Curso de Especialização em Gestão de
52 Sistemas e Serviços de Saúde – Tem como objetivo geral: • Desenvolver Cursos de
53 Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde, otimizando a capacidade
54 gerencial dos participantes e suas atividades nas Secretarias de Saúde na busca de
55 soluções dos graves problemas de saúde que enfrentam as populações locais e
56 microrregionais do Estado do Ceará. Dispondo de 106 vagas. Com uma previsão de
57 recursos financeiros por aluno no valor de R\$ 270,00. Eline da UVA – se manifesta
58 dizendo que é inviável trabalhar com o custo per capita por aluno. Alex sugere que
59 seja garantido vagas por microrregionais. O Estado deverá enviar a proposta
60 detalhada até o dia 19/12/01, no entanto ainda se encontram pendentes as seguintes
61 questões: (1). Mecanismos para acreditação dos cursos. (2). Prazos para apresentação
62 dos Projetos x Instituições interessadas. (3). Processo para inscrição e seleção dos
63 candidatos. (4). Distribuição dos recursos. Após apresentação dos Pontos pendentes a
64 CIB/Ce decidiu: 1º - Em relação ao mecanismo para acreditação dos cursos, ficou
65 decidido que a Coordenação do Pólo deveria elaborar um Instrumento de Acreditação,
66 mas considerando que esta questão não é pré - requisito para a liberação do cursos o
67 prazo pode ser definido pela Coordenação. E que retornará a CIB/Ce no caso de não
68 haver consenso. 2º - Em relação aos Projetos por Instituições como o prazo para
69 apresentação junto ao MS foi estabelecido a CIB acatou o procedimento adotado pela
70 ESP/CE e decidiu que fosse comunicado para as outras instituições o mais rápido
71 possível como forma de garantir a apresentação dos seus Projetos. 3º - Em relação ao
72 Processo de Inscrição e Seleção dos candidatos, isto só ocorrerá a partir da validação
73 do Curso pelo Pólo. A inscrição fica a Cargo da Instituição sendo assegurado no
74 mínimo de 20 candidatos e no máximo de 40 candidatos por curso. **Item 4 da Pauta**
75 **– Bolsa Alimentação – Mudanças no Processo de Adesão e Situação Atual do**
76 **Programa no Ceará.** Benedita apresenta as informações a CIB/Ce, do ofício circular
77 no. 236 da Secretária de Políticas de Saúde – MS sobre as mudanças no processo de
78 Adesão do Programa Bolsa Alimentação que foram pactuada na última reunião da
79 CIT. As mudanças: 1. No Cadastro de Usuários será utilizado o cadastro único para os
80 Programas Sociais do Governo Federal. 2. Relatório do ICCN foi simplificado e
81 permite que os municípios adquiram outros produtos e amplie as Unidades
82 Beneficiadas (incluindo Creches) e os Beneficiários (irmão sadios). 3. No caso de
83 recursos existentes o município tem que preencher o Plano Municipal de Ajuste – não
84 precisa enviar para a SESA e para o MS. 4. Não será necessário mais que o processo
85 seja autorizado pela CIB/Ce. A área técnica da SESA só fará a comunicação dos
86 municípios com Adesão ao Programa. E informa a relação dos municípios que
87 aderiram ao Programa Bolsa Alimentação no período de 30/11/01 a 14/12/2001,
88 conforme orientação no ofício no. 240 SPS/MS de 28/11/2001, municípios de: Icó,
89 Crateús, Paramoti, Paraipaba, Caucaia, Paracuru, Nova Russas, São Luiz do Curu,
90 Itaitinga, Caririaçu, Croatá, Eusébio, Guaramiranga, Umirim, Quixadá, Novo Oriente,
91 Ibaretama, Itapipoca e Icapuí, Porteiras, Juazeiro do Norte, Jaguaratama, Catunda e
92 Campos Sales. Informa que 105 municípios já estão com Declarações da CIB
93 enviadas ao Ministério. E 11 municípios já foram cadastrados no Sistema DATASUS.
94 **Item 5 da Pauta – Posto de Coleta de Triagem Neonatal – Definição dos Locais.**
95 Ana Júlia faz comentário sobre a Portaria no. 822, de 06/06/01, que inclui os
96 procedimentos para implantação de Serviços de Referência em Triagem
97 Neonatal/Acompanhamento e Tratamento das Doenças Congênitas e obedecendo a
98 Lei 8.069/90 do Ministério da Saúde que estabelece todas as Unidades que atende a
99 gestante deve realizar o teste do metabolismo do recém nascido, e define normas
100 para que o Estado se cadastre. O Ceará foi habilitado através da Portaria da SAS/MS

101 428, datada de 03/10/2001 na Fase I de Implantação do Programa Nacional de
102 Triagem Neonatal, que classifica o HIAS como Unidade de Referência. O ideal é que
103 todos os municípios disponha de Posto de Coleta. A referida Portaria define normas
104 para o cadastramento destes Postos. A coleta tem que ser feita na 1ª semana de vida
105 (3 a 5 dias de vida) . No Ceará o material deve ser encaminhada para o LACEN, pois
106 o mesmo tem suporte para realizar os exames na quantidade de 150.000. A coleta tem
107 um código, e valor é R\$ 0,50 (cinquenta centavos) por coleta. O número de coleta vai
108 depender da capacidade operacional do município. **Socorro Martins** acha difícil um
109 recém nascido nascer em um município e fazer a coleta em outro, o ideal seria que
110 cada município tivesse um Posto de Coleta. **Vilauva** solicita treinamento sobre a
111 Coleta para os Técnicos das Microrregionais, para que possam ser multiplicadores
112 para treinamento dos técnicos dos municípios. A CIB/Ce decidiu acatar a sugestão da
113 Vilauva, e solicitou que a COMIRES enviasse ofício circular aos Gerentes
114 Microrregionais informando sobre a Proposta acatada. **Item 6 da Pauta – Pontos**
115 **para Pactuação COSEMS/SESA para dar continuidade ao Processo da**
116 **Programação Pactuada e Integrada – PPI no Estado do Ceará.** O COSEM/ Ce
117 apresenta os seguintes Pontos para dar continuidade ao Processo da Programação
118 Pactuada e Integrada: 1. Apresentar pauta da CIB/Ce com antecedência, quando
119 houver assunto para aprofundamento. 2. Avaliar incompatibilidade entre PDR e PDI,
120 já que algumas regiões não foram contempladas com Investimento do Tesouro do
121 Estado, conforme demonstrado na proposta inicial do COSEMS/Ce. 3. Utilizar
122 Sistema SISPPi (MS) para avaliar PPI/Ce elaborada com sistema próprio. 4.
123 Apresentar de forma analítica o resultado da PPI/Ce. 5. Revisar capacidade instalada e
124 de oferta de serviços nos municípios projetados no PDR como sede ou pólo. 6. Definir
125 como cobrir o déficit da alta complexidade, não mais utilizando os recursos da média
126 complexidade. 7. Cobertura das perdas em municípios habilitados em GPSM,
127 claramente visualizado na PPI. 8. Cobertura das perdas nos hospitais com menos de
128 30 leitos localizados em municípios satélites. 9. Criar uma Comissão Permanente
129 SESA/Ce/COSEMS/Ce para discutir os pontos de divergências acima descritos bem
130 como dar continuidade no aprofundamento dos pontos indicados na proposta
131 COSEMS. Os representantes da SESA manifestam –se de acordo com a grande
132 maioria das questões apresentadas pelo COSEMS, mas ressaltam os seguintes pontos:
133 **Em relação aos item 2 -** A programação de investimento elaborada pela SESA para
134 operacionalização em 2002, teve com base PDI, no entanto reconhece que algumas
135 Microrregiões de Saúde necessitavam de uma assessoria da SESA para levantamento
136 das suas necessidades no sentido de garantir a implantação do PDR. E que esta falha
137 será corrigida no processo dado que este Plano é de médio prazo. E afirma a
138 concordância de considerar as Micros de Acaraú, Camocim, Limoeiro do Norte,
139 Russas e Tauá prioritárias para alocação de recursos; **item 7-** A SESA já se articulou
140 com a Direção do Governo do Estado e foi assegurado recursos por transferência
141 direta do FUNDES para o FMS, para os municípios que se encontram em plena de
142 sistema municipal e que tiveram perda de recursos federais pela orçamentação da
143 PPI, exceto para Fortaleza; **item 8 –** A SESA identificou que 54 municípios – satélites
144 que possuem hospitais locais com capacidade de até 30 leitos no 1º semestre 2001
145 apresentaram uma média de faturamento maior que o valor orçado na PPI –
146 2001/2002 e que esta redução implicava no fechamento destes hospitais. Por esta
147 razão elaborou uma proposta que possibilita a manutenção dos valores faturados no 1º
148 semestre 2001 para os hospitais com faturamento maior que R\$ 10 mil (Unidades
149 localizadas nos 22 municípios de: São Luiz do Curu, Umirim, Milhã, Solonópole,
150 Alto Santo, São Tabuleiro do Norte, Carire, Hidrolândia, Irauçuba, Massapê,

151 Iporanga, Novo Oriente, Poranga, Chaval, Ipaumirim, Jucás, Piquet Carneiro,
152 Saboeiro, Jati, Porteiras, Assaré e Santana do Cariri) e a elevação dos valores orçados
153 para o mínimo de R\$ 10 mil (Unidades localizadas nos 32 municípios de: Tejuçuoca,
154 Guaiuba, Palmácia, Guarimiranga, Mulungu, Itaiçaba, Banabuiú, Choró, Ibaretama,
155 Palhano, São João do Jaguaribe, Jaguaribara, Catunda, Freicheirinha, Groairás,
156 Meruoca, Moraújo, Uruoca, Varjota, Carnaubal, Arneiroz, Ararendá, Martinopole,
157 Baixio, Umari, Catarina, Deputado Irapuan Pinheiro, Altaneira, Antonina do Norte,
158 Nova Olinda, Potengi e Salitre). A forma de repasse dos recursos federais para estas
159 unidades será por produção no valor correspondente a Programação e a diferença para
160 o Teto Financeiro assegurado será transferido fundo a fundo. A única exceção é do
161 Hospital de Jati que é Privado e o teto será assegurado na sua totalidade por produção;
162 e o **item 6** – Há concordância da SESA de que a Programação da Alta Complexidade
163 tem que ser compatibilizada ao teto financeiro alocado pelo CESAU, mas quando da
164 operacionalização afirma que não irá deixar de processar o pagamento dos
165 procedimentos previamente autorizados para pacientes com necessidades de
166 assistência de alta complexidade. Depois da manifestação dos membros
167 representantes da SESA, o Colegiado acatou a Proposta do COSEMS, com o
168 compromisso da SESA de retomar o processo de elaboração da PPI 2001/2002. **Item**
169 **7 da Pauta – Apresentação e Discussão do Relatório Preliminar de Avaliação dos**
170 **29 municípios em GPSM.** Vera apresenta o relatório da situação dos municípios de
171 plena do sistema municipal em relação aos requisitos exigidos para manutenção da
172 habilitação segundo a NOAS – 2001, emitidos pelo Nível Central da SESA - Controle
173 e Avaliação, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Conselho Estadual de
174 Saúde, e Célula de Apoio à Organização do Nível de Atenção Primária. Municípios
175 que foram considerados aptos para habilitação: Itapiúna, Acopiara, Iguatú, Brejo
176 Santo, Crateús, Tamboril, Fortim, Icapuí, Jaguaribe, Pereiro, Marco, Pedra Branca,
177 Quixeramobim e Trairi. Municípios que se encontram com pendências: Aratuba na
178 área de Vigilância Sanitária, Baturité sem parecer conclusivo em relação ao CMS,
179 Capistrano nas áreas de Controle e Avaliação e Vigilância Sanitária, Pacoti na
180 Vigilância Epidemiológica e nos Indicadores da Atenção Básica em relação a
181 Cobertura Vacina, Barbalha no Controle e Avaliação em relação a Alta
182 Complexidade, Juazeiro do Norte no Controle e Avaliação em relação Alta
183 Complexidade e nos Indicadores da Atenção Básica em relação a Cobertura de
184 Consulta Médica Básica, Nova Russas na Vigilância Sanitária, Canindé na Vigilância
185 Sanitária e nos Indicadores da Atenção Básica em relação a Cobertura de Consulta
186 Médica Básica, Crato na Vigilância Sanitária, Iracema na Vigilância Epidemiológica
187 e nos Indicadores da Atenção Básica em relação a Cobertura Vacinal, Maracanaú no
188 Controle e Avaliação em relação a Alta Complexidade, Quixadá no Controle e
189 Avaliação em relação a Alta Complexidade, Sobral no Controle e Avaliação em
190 relação a Alta Complexidade e sem parecer conclusivo em relação ao CMS, Santana
191 do Acaraú na Vigilância Sanitária e Fortaleza no Controle e Avaliação em relação a
192 Alta Complexidade e sem parecer conclusivo em relação ao CMS. A CIB após
193 discussão decidiu que os municípios deverão ser informados sobre as pendências a
194 serem solucionadas e o tempo que dispõe para adotar as providências. **Item 8 da**
195 **Pauta CAPS – Solicitação de Cadastramento para os CAPS de Caucaia e**
196 **Aquiraz.** Caucaia no Plano de Diretor de Regionalização tem o perfil de município
197 sede de módulo assistencial e de pólo microrregional tem sido proposto a inclusão de
198 CAPS no modelo de reorganização da assistência. A CEADI emitiu parecer técnico
199 com a seguinte abordagem. O atendimento prestado em Saúde Mental a nível
200 ambulatorial funciona no município desde setembro de 2001, contando com 75

201 pacientes cadastrados, com uma equipe composta por 01 psiquiatra, 01 enfermeiro,
202 01 psicóloga, 01 terapeuta ocupacional, 01 assistente social e pessoal elementar. Não
203 dispõe de profissional de nível médio, não cumprindo assim, as exigências da
204 Portaria 404/94 – SESA, combinada com as Portarias 088/93, 3.224/92 – MS. O
205 Espaço físico destinado ao CAPS, é localizado dentro de uma escola pela qual a
206 passagem é feita pela portaria. Este imóvel foi reformado pelo Programa de Apoio a
207 Reformas Sociais de Saúde e Educação – PROARES, para ser uma Unidade do
208 Programa Saúde da Família, mas está sendo aproveitada para a instalação do CAPS.
209 Tem um terreno com muro que fica ao lado do prédio (CAPS), que dá para rua, que
210 poderia ter aberto para passagem dos pacientes e funcionários, ficando assim, o CAPS
211 isolado da Escola. A estrutura física conta com salas para recepção, terapeuta
212 ocupacional, psicóloga, assistente social, farmácia, reunião, odontologia, psiquiatria
213 (não tem lavatório), 02 banheiros (um para os funcionários e outros para pacientes
214 (masculinos e femininos), uma pequena área de serviços com pia. A sala para as
215 oficinas é inadequada para trabalho em grupos, pois a mesma precisa dispor de um
216 espaço de 15 m², com pias adequadas. Não tem sala para repouso, é necessário no
217 mínimo 02 leitos e no máximo 06 leitos para repouso eventual. Não tem refeitório, é
218 necessário um espaço com 1 m², dotado de lavatório e bebedouro com água filtrada e
219 copa anexa ao refeitório com pia medido 8 m². É indispensável o posto de
220 enfermagem ou sala de enfermagem. Consultório com lavatório, medido 9 m², sala de
221 atividade 20 m² para multiuso. No mesmo Distrito de Jurema, existem uma Unidade
222 de Saúde Djalma Soares que se encontra desativada, é um local adequado para
223 implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. O mesmo dispõe de áreas
224 livre, com árvores, e bem arejado, conta com estrutura física que se assemelha a uma
225 residência, adequado-se a instalação de um CAPS, como preconiza as Portarias do
226 Ministério da Saúde e da SESA. Conforme a Portaria 405/94 – SESA, as instalações
227 para funcionamento de um CAPS, deve assemelhar –se a uma residência comum,
228 contando com compartimentos espaçosos para atividades, espaços livre, área de lazer,
229 esporte e de ambulância, e ventilação para bem estar dos pacientes como também dos
230 funcionários. E conclui afirmando que a estrutura, física do prédio onde a SMS
231 pretende instalar o CAPS, não condiz as respectivas áreas mínimas exigidas pela
232 Portaria 405/94 – SESA, e sugere que o Posto de Saúde Djalma Soares seja reformado
233 ou identificando outro local, que obedeça as exigências das Portarias da SESA e do
234 Ministério da Saúde, como também, dá um prazo para que isso aconteça, para que os
235 pacientes tenham um atendimento adequado e os funcionários um ambiente de
236 trabalho mais produtivo. A CIB/Ce decidiu encaminhar este parecer a Gerente
237 Microrregional de Saúde de Caucaia para conhecimento de que a CIB/Ce apreciou a
238 solicitação de implantação e cadastramento deste CAPS em Caucaia e decidiu acatar o
239 parecer técnico da Célula de Normatização da Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso
240 – CEADI. E solicita ainda que esta Microrregional informe ao município sobre as
241 questões a serem atendidas para funcionamento pleno da Unidade e que após as
242 correções a SMS de Caucaia deverá solicitar nova supervisão junto a CEADI.
243 **Jurandi** diz que temos dois CAPS com sérios problemas o de Horizonte e de Marco e
244 que é preciso que a CIB faça alguma coisa no sentido de assegurar o seu
245 funcionamento. **Vera** diz que as situações dos CAPS Fortaleza, Quixeramobim e
246 Marco são diferentes, pois os municípios de Quixeramobim, Marco e Fortaleza se
247 encontra na plena do sistema municipal e estão com parecer favorável das suas
248 unidades e os recursos não foram incorporado ao teto, o CAPS de Horizonte é outra
249 situação, pois o município se encontra na atenção básica, desta forma os recursos
250 assegurados, na Programação são repassados de acordo com a produção. Só que a

251 proposta do município é que ele pudesse ter assegurado através de repasse todos os
252 recursos programado, para que ele pudesse ter capital de giro e assegurasse o
253 funcionamento desta unidade. Só que esta proposta foi feita diretamente ao Gabinete
254 do Secretário e não a Bipartite. **Solicitação do Município de Aquiraz** para
255 implantação de um CAPS, município com inserção de município – sede de módulo
256 assistencial no PDR, com uma população de 62 mil habitantes, que ora está
257 encaminhando seus pacientes para os serviços psiquiátricos hospitalares em Fortaleza.
258 A proposta é que este Centro preste assistência à saúde aos usuários dos Sistemas
259 Locais de Saúde de Eusébio e Aquiraz. O parecer técnico da CEADI é favorável. A
260 CIB/Ce apreciou e aprovou o cadastramento do CAPS de Aquiraz junto ao SIA com
261 alocação de recursos adicionais no valor mensal de R\$ 22.479,00. **Item 9 da Pauta –**
262 **Assistência Farmacêutica – Exposição das Propostas elaboradas pela Comissão**
263 **Técnica sobre os Critérios de Habilitação quanto a Assistência Farmacêutica.**
264 Conforme decisão da reunião ocorrida no dia 31/11/01, caberia ao COSEMS dar
265 encaminhamento às questões referentes aos critérios na área de Assistência
266 Farmacêutica, necessários ao enquadramento dos municípios nos níveis de gestão da
267 NOAS. Visando proceder a essa discussão foi realizada uma reunião, dia 04/12/01,
268 com um grupo de Secretários Municipais de Saúde, e a Gerente da CECAT, Dra.
269 Isabel Cristina, havendo sido então deliberado o que se segue: 1º - Quanto aos
270 municípios em gestão plena do sistema municipal: exclusão do item 03: “ Dispor de
271 Comitê Microrregional de Farmácia e Terapêutica, multidisciplinar e
272 intersetorializado designado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB)
273 Microrregional ” por se tratar de uma exigência que se encontra fora da capacidade de
274 decisão do município; manter os demais itens. Dado que o processo de análise dos
275 requisitos exigidos pela NOAS – 2001 para os 29 municípios em GPSM se encontra
276 em fase final, ficou acordado pela CIB/Ce que os mesmos terão 150 dias (término
277 31/05/02) para decidirem os requisitos específicos da Assistência Farmacêutica. 2º -
278 Quanto aos municípios em gestão plena de atenção básica foi decidido que os
279 municípios deverão atender as exigências específica de Assistência Farmacêutica para
280 o enquadramento. O COSEMS/Ce tem clareza que todo o processo atualmente
281 vivenciado pelo Estado do Ceará, quanto a NOAS, necessita permanentemente ser
282 discutido e avaliado pelo conjunto de Secretários de Saúde mas reconhece, também,
283 que essa discussão deve acontecer “ pari passu” com o atendimento às exigências
284 determinadas pela NOAS -2001 para a Habilitação de Município, evitando toda forma
285 de prejuízo para os mesmos. **Item 10 da Pauta – Hospital Santo Antônio –**
286 **Solicitação de pagamento de atendimento prestados.** A CIB/Ce apreciou e
287 aprovou através da Resolução de no. 17/2001 a solicitação do Secretário Municipal de
288 Saúde de Barbalha de utilizar os Recursos Federais de Alta Complexidade / Alto
289 Custo, que se encontram em caixa para pagar os atendimentos de Neurocirurgia Nível
290 I (162) e de Nível II (69) que foram prestados pelo Hospital Maternidade Santo
291 Antônio – Barbalha, acima da meta programada no exercício 2001. Com a ressalva de
292 que os pagamentos só sejam efetuados para os procedimentos devidamente
293 autorizados pelo médico Auditor do Município de Barbalha. **Item 11 da Pauta –**
294 **Problemas operacionais do SUS: 1. Suspensão de Cirurgias Eletivas em**
295 **Fortaleza.** A Gerente da CESIH, Melânia Ximenes comunica ao Controle e
296 Avaliação que tem recebido nos últimos 3 meses várias denúncias de pacientes
297 procedentes do interior do Estado quanto a não autorização de procedimentos
298 cirúrgicos eletivos pela SMDS; apesar de terem sido encaminhados com Guia de
299 Referência. Conforme o levantamento das Internações realizadas nas Unidades
300 Hospitalares, sob gestão do município de Fortaleza, por procedência do SIH/SUS no

301 período de dezembro de 2000 a agosto de 2001, foi identificado uma média de R\$
302 990.000,00 de recursos oriundos do interior e o município de Fortaleza vem mantendo
303 um valor médio de atendimento de pacientes do Interior inferior a média definida
304 quando da habilitação em Gestão Plena de R\$ 1.200.000,00 em novembro de 1999.
305 Além do que este valor deveria ter sido reajustado em 25% a partir do aumento de
306 tabela dado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 1999, totalizando R\$
307 1.500.000,00. **Lilian** comenta que recentemente a Direção de algumas Unidades
308 encaminhou a COVAC cópia de um Fax, encaminhado pelo Adelmo reduzindo em
309 50% a cota de cirurgias eletivas a partir de nov/01. E apresenta como justificativa do
310 aumento o crescimento de prontuário retidos nas unidades hospitalares que executa
311 procedimentos de urgência e emergência; a falta de recursos financeiros para cobrir o
312 déficit dos procedimentos de alto custo, e por último a reforma do HGF - Hospital
313 Geral de Fortaleza executado pela SESA, tendo que absolver a demanda na rede
314 contratada e municipal. Lilian esclarece que em relação a reforma do HGF a SESA
315 fez convênio com o Hospital Batista para receber essa demanda do HGF, então esses
316 pacientes não foram lançados na rede de gestão do município. **Eduardo** que a
317 decisão da SMDS Fortaleza foi exclusiva para os atendimentos de pacientes
318 residentes na Capital e que está havendo muitos equívocos quanto a interpretação
319 deste comunicado por parte dos Diretores destes Hospitais. E se compromete em
320 manter contato com todas as Unidades para fazer os esclarecimentos sobre o assunto.
321 **Vera** coloca que se faz necessário que informe corretamente o paciente através da
322 Central de Marcação, pois eles estão vindo fazer denúncias na SESA, porque talvez
323 tenha a informação no município. Ficou acordado que a COVAC deverá fazer o
324 registro destes casos e comunicar a SMDS - Fortaleza. **2. Pagamento dos exames**
325 **(SADT) necessários aos pacientes oncológicos atendidos no Hospital São Vicente**
326 **em Barbalha.** Vera informa que a Portaria que classifica esta Unidade é a Portaria
327 SAS no. 560, datada de 06 de dezembro de 2001 e no seu art. 4º cita que sua vigência
328 é a partir da competência janeiro/2002, e que a mesma já vem prestando serviços de
329 Quimioterapia, Radioterapia e Marcadores Tumores à população desde de julho de
330 2001 com um déficit no valor de R\$ 108.877,93 e aproximadamente R\$ 80.000,00 em
331 internações. E esses recursos foram creditados no Fundo Municipal de Saúde, área
332 da alta complexidade, mas o gestor municipal diante da Portaria do Ministério da
333 Saúde não tem autonomia de pagamento se não for respaldado pela CIB/Ce. No
334 tocante aos exames Lilian sugere colocar parte dos recursos da alta complexidade na
335 média para cobrir as despesas com os exames (SADT) necessários aos pacientes
336 oncológicos, como proposta sugere que seja alocado 10% do valor da Alta
337 Complexidade para a Média Complexidade. Diante das sugestões apresentadas pela
338 Lilian a CIB/Ce decidiu autorizar os pagamentos dos procedimentos de
339 Quimioterapia, Radioterapia e Marcadores de Tumores, bem como as internações em
340 oncologia realizadas no Hospital São Vicente, desde que tenham sido autorizadas pelo
341 Auditor da Secretaria Municipal de Barbalha, e o remanejamento de 10% do valor do
342 teto de Alta Complexidade desta área para a Média Complexidade com objetivo de
343 viabilizar o pagamento dos exames (SADT) dos pacientes oncológicos. Nada mais
344 havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu Joana D´
345 Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por
346 mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
347 Estado do Ceará, Fortaleza, quatorze de dezembro de dois mil e um.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 23ª REUNIÃO ORDINÁRIA - 2001

Aos vinte oito dias de dezembro do ano dois mil e um, as dez horas, na Sala de Reunião do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Vigésima Terceira Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Joaquim Clementino Ferreira, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, Maria Vilauva Lopes, Vice Presidente do COSEMS, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Eduardo Martins Rocha, Coordenador da Saúde da SMDS/PMF, Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Alexandre José Monte'Alverne Silva, COPOS/SESA, Paola Colares Borba, CODAS/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete, Vera Maria Câmara Coêlho, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA. Como convidados: Alcides Miranda, UECE, Maria Ivonete Fernandes, SMS de Quixadá, Ricardo Gadelha de Abreu, SMS de Capistrano, Maria das Graças Barbosa Peixoto, CEOAST/CODAS/SESA, Magna de Sousa, CEOAST/CODAS/SESA, Regina Célia Ribeiro, CEATE/COVAC/SESA. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que deu inicio a mesma pelo **Item – Único da Pauta – Apreciação da PPI – 2001/2002 e do Relatório Conclusivo dos Municípios em GPSM.** Vera informa que o valor do teto do Estado hoje não é o mesmo que foi trabalhado na PPI, pois o mesmo teve um acréscimo em relação ao aumento do procedimento Hemodiálise 2 e da inclusão de novos procedimentos que passaram a ser prestados pelos IPCC, HGF e HIAS. Em seguida apresenta duas Propostas elaboradas, com valores mensais em R\$ 1,00, para discussão e decisão sobre o ajustes finais da alocação de recursos federais tendo como subsídio a PPI. **1ª Proposta:** (I) **Para a Média Complexidade** foi fixado um teto de 24.872.333. (I.1). **Em relação as Deduções:** foram destinados 4.303.657, tendo sido Programado 3.874.907, restando uma Reserva de 428.750. A Programação envolve: • Auxilio Hospital Maracanaú – 543.324, • Portaria Reagentes/AIDS – 45.214, • CAPS – 42.591, e • Incentivos Hospitalares – 2.864.778. (I.2). **Em relação a Programação Municipal:** foram destinados 20.568.676, tendo sido orçado em 20.360.712, restando uma Reserva de 207.964. **Vera** lembra que no valor per capita da internação do 2º e 3º Nível de Referência não foram incluídos recursos para psiquiatria, dado que esta área é trabalhada de maneira especial pelo MS. e que para as internações nesta área foram destinadas 927.158, já incluídos. (II). **Para a Alta Complexidade** foi fixado um teto de 7.518.763, tendo a Programação uma Orçamentação de 7.771.490, apresentando um Déficit de 252.727. (III). **No total** temos um teto de 32.391.096, uma Programação orçada em 32.007.109 e uma Reserva de 383.987. Esta Reserva (383.987) não é suficiente para cobrir as despesas comprometidas com os Hospitais Locais (304.194) e com os CAPS (98.513) que totalizam em 402.707, restando um Déficit de 18.720. Esta Proposta assegura uma Operacionalização do ambulatório especializado de 1º Nível de Referência de R\$ 4,00 hab/ano. **2ª - Proposta:** assegura uma operacionalização do ambulatório especializado de 1º Nível de Referência de R\$ 3,54 hab/ano, reduz os gastos com internação em psiquiatria em 10% ficando para esta área 834.422, e assegura uma programação para a Alta Complexidade que contempla a expansão de 933.857. No total se obtém m um Déficit de 748.184. Após a apresentação das Propostas os representantes dos municípios na CIB/Ce solicitaram tempo para discussão e apreciação. As propostas não foram aceitos pelos representantes dos municípios, tendo sido elaborada uma **3ª - Proposta** que assegura o

51 valor operacional de R\$ 4,00 hab/ano para o ambulatório especializado do 1º Nível de
52 Referência; redução do valor das internações em psiquiatria em 10%; não expansão
53 dos gastos com procedimentos de Alta Complexidade; manter os compromissos com
54 os Hospitais Locais e CAPS. Reforçam a necessidade do Governo do Estado, com
55 seus recursos próprios, cobrir o déficit dos municípios em GPSM dado a redução dos
56 tetos pela PPI e os gastos excedentes do teto da Alta Complexidade. Após ampla
57 discussão a CIB/CE decidiu em: 1º - Manter o valor operacional para o 1º Nível de
58 Referência Ambulatorial em R\$ 4,00 per capita/ano. 2º - Reduzir em 10% o valor das
59 Internações Psiquiátricas. 3º - O Estado/SESA com recursos próprios deverá assumir o
60 financiamento adicional dos municípios em GPSM, que na PPI-2001/2002 obtiveram
61 perdas, excetuando Fortaleza. 4º - O Estado/SESA com recursos federais deverá
62 assumir o repasse de recursos para os Municípios Satélites que possuem Hospitais
63 Locais até 30 Leitos para garantir a manutenção do valor faturado no 1º Semestre 01.
64 5º - A Gestão de Alta Complexidade será assumida pelos municípios em GPSM, em
65 caso excepcional a gestão dos procedimentos de TRS permanecerá sob
66 responsabilidade da SESA até abril de 2002, tempo necessário para que a SESA
67 promova a capacitação dos Recursos Humanos dos municípios nesta área. 6º - O
68 Estado/SESA deverá exercer o controle da Alta Complexidade na busca da redução
69 progressiva do déficit. 7º - O valor de Programação da Alta Complexidade deve ser
70 ajustada ao Teto, sendo recomendado que o valor excedente seja retirado da
71 Programação de TRS e Hemoterapia. Em seguida **Vera** reapresenta o relatório da
72 situação dos municípios de plena do sistema municipal em relação aos requisitos
73 exigidos para habilitação segundo a NOAS – 2001 com base nos pareceres, emitidos
74 pelo Nível Central da SESA - Controle e Avaliação, Vigilância Sanitária, Vigilância
75 Epidemiológica, Conselho Estadual de Saúde, Célula de Apoio ao Desenvolvimento
76 da Atenção Básica. **Municípios sem pendências:** Aratuba, Baturité, Capistrano,
77 Itapiúna, Acopiara, Iguatú, Barbalha, Brejo Santo, Crateús, Tamboril, Fortim, Icapuí,
78 Jaguaribe, Pereiro, Maracanaú, Marco, Pedra Branca, Quixeramobim, Quixadá,
79 Sobral, Santana do Acaraú e Trairi. **Municípios com pendências:** Pacoti em
80 Vigilância Epidemiológica e Indicadores da Atenção Básica em relação a Cobertura
81 Vacinal, Juazeiro do Norte em Indicadores da Atenção Básica em relação a Cobertura
82 de Consulta Médica Básica, Nova Russas em Vigilância Sanitária, Canindé em
83 Indicadores da Atenção Básica em relação a Cobertura de Consulta Médica Básica,
84 Crato em Vigilância Sanitária, Iracema em Vigilância Epidemiológica e Indicadores
85 da Atenção Básica em relação a Cobertura Vacinal, Fortaleza em Controle e
86 Avaliação em relação a Alta Complexidade e Vigilância Sanitária. Decisão da
87 CIB/CE enviar a documentação dos municípios de Juazeiro do Norte e Canindé que se
88 encontram com pendência em relação a Cobertura de Consulta Médica Básica, Pacoti
89 e Iracema em relação a Cobertura Vacinal e os demais municípios como Nova Russas,
90 Crato e Fortaleza deverão resolver as pendências antes de ser enviadas a
91 documentação ao MS. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião,
92 determinando que eu Joana D´Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária,
93 lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
94 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, vinte e oito de
95 dezembro de dois mil e um.