

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 ANO 2002

Aos vinte e cinco dias de janeiro do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião do 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: Maria Vilauva Lopes, Vice – Presidente do COSEMS, Eduardo Martins Rocha, SMDS/PMF, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete da SESA, Nágela Maria dos Reis Norões, COMIRES, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Rogério Teixeira, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Ana Maria dos Santos Fonseca, Secretária Municipal de Saúde de Palmácia, Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA. Como convidados: Ricardo Araújo, SMS de Barbalha, Edna Lacerda Queiroz, CEVISA/SMS/PMF, Eugênio Franco, SMS/PMF, Maria de Fátima de A. Correia, NUVIS/CEIPA, Angela Fátima, NUVIS/CEVISA, Italo Ney B. Paulino, SMS de Quixelô. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta – CAPS : 1º Marco – Comunicando Desativação; 2º Quixadá – Solicitação de Ampliação do Teto Financeiro e Inclusão de Projeto de Investimento no PDI; e 3º Horizonte – Dificuldades Operacionais para se Manter com a Sistemática de Pagamento por Produção.** Vera comunica que o CAPS de Marco foi desativado pela Secretaria Municipal de Saúde com base na justificativa de que os recursos federais não foram alocados no teto financeiro, mas com a vigência de PPI 2001/2002 os recursos para custeio desta Unidade estão incluídos no teto, garantido seu funcionamento a partir de 01/02/2002. E lembra que esta situação ocorreu em função de que a Bipartite aprovou em plenária os CAPS de Marco, Quixeramobim, Fortaleza (03) e como os mesmos estão localizados em municípios de plena do sistema municipal, para que os recursos se incorporassem ao teto seria necessário a implantação da PPI. Isto porque com a PPI – 2001/2002, foi retirado do teto da média complexidade o valor de R\$ 520 mil para o financiamento destes Centros, antes de estabelecer o valor per capita da média complexidade. **Quixadá** solicitação de ampliação do teto financeiro, assunto retirado de pauta por solicitação da Secretária Municipal de Saúde. **Horizonte** Silvia Bonfim coloca as dificuldades operacionais para manter o CAPS com a sistemática de pagamento por produção de serviços, e informa que o Prefeito tem manifestado preocupação com o aumento dos gastos com saúde no seu município e que não existe viabilidade para assumir o custeio total desta Unidade. Silvia reforça a necessidade de alocação de recursos federais adicionais aos recursos obtidos por produção, pois a produção só será ampliada caso se invista na aquisição de material e insumos. **Vera** coloca que a situação do CAPS de Horizonte é diferente dos CAPS citados acima, pois o município se encontra habilitado, segundo a NOB.96, na gestão plena da atenção básica e que a Bipartite autorizou a programação de recursos e o cadastro junto ao SIA/SUS, mas o município só recebe os recursos se produzir. As dificuldades apresentadas pelo município tem como justificativa a carência de recursos financeiros, desta forma sugere que a CIB analise a alternativa de que a SESA repasse recursos federais para o município independente de produção, para viabilizar o seu pleno funcionamento e assim ter

48 condições de produzir até o valor fixado em Programação. A CIB/Ce após as discussões
49 decidiu que a SESA, em caráter excepcional repasse recursos federais através do
50 FUNDES para o FMS de Horizonte para auxílio financeiro ao CAPS, por se tratar de uma
51 unidade estratégica para operacionalização da política de reforma psiquiátrica no Estado.
52 **Item 2 da Pauta - Vigilância Sanitária – Habilitação para Execução das Ações de**
53 **Média Complexidade em Vigilância para os Municípios.** Diana faz apresentação dos
54 pareceres técnicos sobre as condições exigidas para que as ações de média complexidade
55 em Vigilância Sanitária sejam descentralizadas para os municípios de Acopiara, Aratuba,
56 Iguatú, Barbalha, Canindé, Capistrano, Crato, Fortaleza, Icapuí, Jaguaribe, Juazeiro do
57 Norte, Nova Russas, Pereiro, Santana do Acaraú, Trairi e Morada Nova. Em relação ao
58 município de Fortaleza ressalta que a Estrutura Organizacional da Prefeitura Municipal
59 foi modificada dado que foi extinta a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
60 (SMDS) e instituída a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e que as responsabilidades
61 na área de vigilância sanitária serão assumida pela Célula de Vigilância Sanitária e
62 Ambiental (CEVISA) que está subordinada diretamente à Coordenação de Políticas de
63 Saúde. A CEVISA dispõe de 01 Gerente de Célula, 01 Assistente Técnico de
64 Normatização, Controle e Avaliação de Vigilância Sanitária e 01 Encarregado de
65 Atividades Técnicas. Com as funções de Normatizar, Planejar, Avaliar, Monitorar e
66 Acompanhar as Ações pertinentes a Vigilância Sanitária e Ambiental. Compete as
67 Secretarias Executivas Regionais (SER) executar as ações normatizadas pelo
68 CEVISA/SMS. **Em relação a Estrutura dos Distritos de Saúde das SER,** encontra-se
69 em estudo, entretanto deverá acompanhar parcialmente a mesma estrutura da SMS que
70 contempla, além do coordenador da VISA, 01 Assistente para a Área de Produtos e
71 Serviços Alimentícios, 01 Assistente para Produtos e Serviços Farmacêuticos, 01
72 Assistente para Serviços de Saúde e Saúde do Trabalhador, 01 Assistente para Vigilância
73 Ambiental. As Secretarias Executivas apresentam autonomia financeira, entretanto são
74 subordinadas tecnicamente a SMS. **Em relação ao Cadastramento de Estabelecimento**
75 **Comerciais de,** está sendo realizado em etapas, tendo em vista as especificidades de cada
76 SER. Atualmente dispõe de 23.198 estabelecimentos cadastrados, o que representa
77 aproximadamente 40% do universo. As SER VI, V, IV, e III, apresentam 100% de seus
78 estabelecimentos cadastrados. As SER I e II, encontram-se em processo de implantação
79 dos cadastrados. A previsão para conclusão dos cadastro de SER I é de 02 meses, SER II
80 é de 04 meses. **Em relação as Ações de Média Complexidade,** se faz necessário a
81 parceria da Secretaria Estadual de Saúde e Microrregional I, no sentido de fortalecer a
82 CEVISA, considerando o processo de mudança organizacional da Secretaria de Saúde de
83 Fortaleza, e o processo de Reorganização dos Serviços de Vigilância Sanitária Municipal
84 através de capacitação de recursos humanos, redefinição de papéis, e planejamentos das
85 ações conforme programação pactuada integrada. Sendo necessário o estabelecimento de
86 um cronograma para repasse das ações de média complexidade. **Plano de**
87 **Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária:** Descentralização Imediata:
88 Controle de Numerações da Notificação Receituário B; Consultórios Odontológicos com
89 ou sem equipamento de Raio X; Centro de Saúde; Clínica Médica com ou sem
90 Imunização; Ambulatório; Laboratório de Análises Clínicas e Patológica; Casa de
91 Repouso; Clínicas de Fisioterapia; Lavanderias; Indústria de Alimentos Dispensados de
92 Registro; e **Descentralização em junho/2002:** Cadastro de 100% dos Estabelecimentos de
93 baixa e média complexidade; Distribuidoras de Medicamentos: Indústria e Comércio de
94 Produtos de Higiene; Indústria de Saneamentos/Domissanitários sem Ação Residual. **Em**

95 **relação ao Compromisso assumido a SMS - Fortaleza deverá:** enviar mensalmente,
96 através da Microrregional de Fortaleza, Quadro Demonstrativo das Inspeções sanitárias
97 realizadas nos seguintes Estabelecimentos: 1. Farmácia e Drogarias. 2. Distribuidoras de
98 Medicamentos. 3. Industrias de Alimentos Dispensados de Registro. 4. Industria de
99 Cosmético e Produtos de Higiene Pessoal – Nível 1 de risco. 5. Industria de Saneantes /
100 Domissanitários sem Ação residual. 6. Consultório Odontológico com ou sem Raio X. 7.
101 Laboratório de Patologia e Análises Clínicas **Em relação ao Recursos Humanos** a
102 realizar Concurso Público para ampliar o quadro de profissionais de Vigilância Sanitária
103 e Ambiental, já que o atual quadro não é suficiente para a magnitude do trabalho que
104 precisa ser realizado. Após apresentação e discussão a CIB/Ce aprovou a habilitação dos
105 Municípios: Acopiara, Aratuba, Iguatú, Barbalha, Canindé, Capistrano, Crato, Fortaleza,
106 Icapuí, Jaguaribe, Juazeiro do Norte, Nova Russas, Pereiro, Santana do Acaraú, Trairi e
107 Morada Nova. nas Ações de Média Complexidade **Item 3 da Pauta - Saúde da Família**
108 **- Qualificação de Equipe no PSF e Saúde Bucal para os municípios:** Programa Saúde
109 da Família: Saboeiro (01), Canindé (02), Quixeré (02), Quixeramobim (03), Barbalha
110 (02), Jardim (01), Farias Brito (02), Viçosa do Ceará (01), Caridade (01). Saúde Bucal:
111 Quixeramobim (02), Redenção (01), Itarema (01), Camocim (02), Ararendá (01), Novo
112 Oriente (01), Lavras da Mangabeira (01). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas
113 equipes. **Item 4 da Pauta - Bolsa Alimentação – Comunicação dos municípios que**
114 **aderiram ao Programa do período de 15/12/2001 a 24/01/2002.** A CEACRI/SESA
115 informa os municípios que aderiram ao Programa Bolsa Alimentação no período de
116 14/12/01 à 24/01/02, conforme orientação contida no ofício circular no. 240 da SPS/MS
117 de 28/11/2001: Milagres, Coreau, Piquet Carneiro, Acarape, Hidrolândia, Chaval, Brejo
118 Santo, Araripe, Aratuba, Abaiara, Mauriti, Monsenhor Tabosa, São Benedito, Missão
119 Velha, Aracati, Horizonte, Amontada, Tarrafas, Barro Reritaba, Miraíma, Fortaleza, Boa
120 Viagem, Potiretama, Aracoiaba, Tejuçuoca, Pereiro, Uruburetama, Quiterianópolis e
121 Alto Santo. **Item 5 da Pauta - PPI. 2001/2002 – Alteração dos Tetos dos Municípios**
122 **em função da população Trabalhadora (população 2001).** Pelo fato da PPI ter sido
123 modificada em relação a utilização da população do IBGE – 2001, os TFAM dos
124 municípios de Plena do Sistema Municipal na Média Complexidade passaram a ter a
125 seguinte composição em valores mensais de R\$ 1,00: Acopiara – 139.078, Aratuba –
126 16.106, Barbalha – 471.413, Baturité – 110.513, Brejo Santo – 269.452, Canindé –
127 283.161, Capistrano – 49.975, Crateús – 411.043, Crato – 652.129, Fortaleza –
128 6.704.763, Fortim – 20.864, Icapuí – 30.473, Iracema – 44.698, Iguatú – 376.940,
129 Itapiúna – 33.869, Jaguaribe – 78.829, Juazeiro do Norte – 602.707, Maracanaú –
130 1.013.582, Marco – 75.269, Nova Russas – 60.588, Pacoti – 20.465, Pedra Branca –
131 93.768, Pereiro – 25.459, Quixadá – 280.022, Quixeramobim – 173.991, Santana do
132 Acaraú – 58.539, Sobral – 1.728.719, Tamboril – 62.218, Trairi – 90.565. Total das
133 Plenas Municipal – 13.979.228. Total sob Gestão Estadual – 11.087.530. Total do Estado
134 – 25.066.758. O Resultado desta modificação em relação ao teto ficou da seguinte forma:
135 Acopiara acréscimo de 19.570, Aratuba redução de 4.545, Barbalha acréscimo de
136 69.605, Baturité acréscimo de 11.382, Brejo Santo acréscimo de 87.341, Canindé
137 acréscimo de 70.274, Capistrano redução de 628, Crateús acréscimo de 133.738, Crato
138 acréscimo de 73.946, Fortaleza acréscimo 217.876, Fortim redução de 9.228, Icapuí
139 redução de 4.739, Iracema acréscimo de 7.799, Iguatú redução 10.175, Itapiúna redução
140 de 1.757, Jaguaribe acréscimo de 9.440, Juazeiro do Norte acréscimo de 35.080,
141 Maracanaú acréscimo de 202.127, Marco acréscimo de 33.151, Nova Russas redução de

142 12.620, Pacoti redução de 3.241, Pedra Branca acréscimo 4.246, Pereiro redução de
143 4.759, Quixadá acréscimo de 44.855, Quixeramobim acréscimo de 22.121, Santana do
144 Acaraú redução de 436, Sobral redução 78.516, Tamboril redução de 1.495, Trairi
145 acréscimo de 26.957. Total do acréscimo 1.069.508 e da redução 132.136. A CIB/Ce
146 decidiu: 1º - Aprovar os TFAM dos Municípios de Plena a partir de 01/02/02, com
147 exceção dos municípios de Acopiara, Crateús e Traíri, que se encontram com pendências
148 a serem solucionadas, segundo Relatório da COVAC e também Maracanaú pelo fato da
149 COVAC não ter apresentado o relatório. Os tetos destes municípios serão acatados
150 quando da apresentação de novo relatórios emitido pela COVAC. Os recursos
151 permaneceram nos valores fixados em jan.02. 2º - Os Secretários Municipais dos
152 Municípios de Plena do Sistema Municipal que recebem referências de outros
153 municípios, deverão assinar os Termos de Compromissos de Garantia de Acesso para
154 serem enviados a Documentação a CIT. 3º - Os Municípios de Pacoti e Iracema com
155 pendências na Cobertura Vacinal e Juazeiro do Norte e Canindé com pendências na
156 Consultas Médica Básica foram acatadas as justificativas apresentadas pelos Secretários
157 Municipais. **Item 6 da Pauta – Aprovação da PPI. 2001/2002.** A CIB/CE aprova a PPI
158 - 2001/2002, através das Resoluções 02e 03/2002, a partir da competência fevereiro de
159 2002, o Teto Financeiro da Assistência à Saúde dos Municípios estão descritos nos
160 Anexos, II e III destas Resoluções. E estabelece o prazo de 03 (três) meses para revisão
161 dos limites financeiros dos recursos federais dos municípios cearenses para a média e alta
162 complexidade ambulatorial e hospitalar definidos a partir da Programação Pactuada e
163 Integrada da Assistência à Saúde – 2001/2002. **Item 7 da Pauta - Certificação de**
164 **Município na Área de Epidemiologia e Controle de Doenças: de Cariús.** Solicitação
165 do município de Cariús, com parecer favorável do NUEPI para ser certificado. A
166 CIB/CE aprovou a Certificação do Município de Cariús, para a Gestão das Ações de
167 Epidemiologia e Controle de Doenças, após conhecimento do parecer favorável da
168 Comissão Estadual de Descentralização. **Item 8 da pauta – INFORME: 1. Instrução**
169 **Normativa no. 03/2001 – TCM – Normas de Orientação e Fiscalização da Aplicação**
170 **dos Recursos Mínimos de Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde**
171 **nos Municípios do Estado do Ceará. 2. Ofício No. 37/02 da SMS de Fortaleza**
172 **comunicando o Dr. Eugênio Santana Franco - suplente do Dr. José Adelmo Mendes**
173 **Martins – Titular na CIB/Ce.** Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a
174 reunião, determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos, servindo como
175 secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
176 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, vinte e cinco
177 de janeiro do ano dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos quinze dias do mês de fevereiro do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião do 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: Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Rogério Teixeira, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Francisco Evandro Teixeira de Lima, COMIRES/SESA, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Eugênio Franco, Coordenador da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete da SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Alexandre José Mont’Alverne Silva, COPOS/SESA, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA. Como convidados (as): Mário Mamede, SMS de Horizonte, Carlos Mário, SMS de Quixadá, José Jakson Sampaio, UECE, Silva Regina, COSEMS, Eliane A Lavor Vieira, NUASF, Antônia Eufrazina, CELAF/COPS/SMS. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta – CAPS : 1. Quixadá – solicitação de recursos adicionais.** Antes de passar a palavra a Raquel, gestora do município de Quixadá, Vera faz uma abordagem para que as pessoas possam perceber como foi trabalhada a Programação em relação aos CAPS. Quando da definição dos critérios de alocação de recursos a CIB decidiu que os CAPS, para efeito de programação, teriam os recursos assegurados fora do teto fixado para a média complexidade. Isto porque o valor per capita/ano definido para o 2º e 3º Nível de Referência não é suficiente para cobrir os custos operacionais desta Unidade. Conforme proposta da Comissão de Reforma Psiquiátrica do Estado o custo mínimo de um CAPS é de R\$ 22.479,00 para desenvolvimento das ações especializadas, sendo retirado do teto estadual R\$ 520.104,00 para financiamento de 23 Centros. Até o momento foram aprovados pela CIB/Ce 20 CAPS, restando recursos para a expansão de 03 CAPS. A decisão de trabalhar com o valor médio é apenas por um curto período, pois a Coordenação Estadual fará uma supervisão em todos os CAPS com o objetivo de fazer uma classificação em relação ao perfil da assistência, o que possibilitará a revisão da proposta atual de financiamento. Raquel apresenta a solicitação de alocação de recursos adicionais para o CAPS. Essa demanda mostra que os recursos fixados são insuficientes para manter o CAPS de conformidade com o modelo que já vem funcionando. E coloca que não estava presente na reunião que decidiu trabalhar com valor padrão para o custeio do CAPS e acha que cada um tem característica diferente, consequentemente custeio diferente. E ressalta que o CAPS de Quixadá está completando oito anos de funcionamento e neste período obteve inúmeras vitórias na constituição de uma política, um saber e uma prática de saúde mental de base municipal, centrada na habilitação social e na cidadania. E mostra que a produção foi superior ao valor alocado no teto (R\$ 22.479,00), em agosto R\$ 25.624,94 e setembro R\$ 26.591,20; e o custo operacional é superior a este valores, quando somamos os gastos com combustível, aluguel, pagamento dos profissionais e a manutenção de veículos. Hoje por exemplo temos necessidade de contratar uma Terapeuta Ocupacional de 40 h dado a implantação de programas de saúde

48 mental para o trabalhador, idoso, portador de necessidade educacional especial,
49 adolescente e dependentes químicos. E propõe uma expansão do financiamento de R\$
50 22.479,00 para R\$ 31.259,00. O Professor **Jackson Sampaio**, médico psiquiatra
51 supervisor do CAPS de Quixadá, reafirma a necessidade de que a CIB/Ce desenvolva
52 esforço no sentido de que seja operacionalizada a política de saúde mental definida para o
53 Estado. E reforça que o modelo de assistência nesta área é diversificada e que os CAPS
54 devem ser estruturados prioritariamente em município sede de microrregião de saúde.
55 Destaca a importância dos CAPS de Iguatú, Quixadá e Canindé no contexto desta
56 política, bem como a necessidade de que seja definido o financiamento de forma
57 compatível com a estrutura operacional de cada Centro. A proposta de trabalho do CAPS
58 de Quixadá é diferenciada pois além de prestar serviços, esta unidade coordena a política
59 de saúde mental do município, desenvolvendo um trabalho integrado com as Equipes de
60 Saúde da Família e o Hospital Geral. Atualmente estão desenvolvendo uma Pesquisa para
61 identificar a magnitude da natureza e a qualidade da dependência de álcool, tabaco,
62 diazepam, cola de sapateiro, cocaína e maconha, para subsidiar a política de atenção aos
63 dependentes químicos dentro do CAPS e não criando outros serviços especializados.
64 Outro desafio que se apresenta é a assistência ao portador de transtorno (de distúrbios)
65 especiais (cego, surdo, deficientes físicos e mentais) com necessidades educacionais, a
66 ser trabalhado em conjunto com a Secretária de Educação. E por último sugere que se
67 continue no esforço de reduzir os recursos que se gasta com internações hospitalares em
68 psiquiatria, e que a CIB/Ce possa assegurar a expansão de um número maior de CAPS no
69 Estado. **Vera** solicita que os membros da CIB se manifestem em relação a proposta
70 apresentada pela Secretária de Quixadá, e que é alocar recursos adicionais para custeio do
71 CAPS no valor mensal de R\$ 31.259,00, permitindo assim a ampliação da estrutura de
72 oferta. Os conselheiros se manifestaram: **Alex** defende que se deve tratar os diferente de
73 forma diferente. Os recursos de R\$ 22.479,00 foram tratados como PISO. Não se pode
74 trabalhar só com a produção, temos que vê outras formas de avaliação. Os hospitais para
75 continuar com o mesmo valor de financiamento aumentavam a média de permanência.
76 Temos dificuldade real de financiamento, é preciso fazer uma análise do custo
77 operacional de todos os CAPS, da qualidade e eficácia dos serviços prestados. **Socorro**
78 sugere que seja realizado um estudo para análise da situação dos CAPS. **Jurandi diz que**
79 o problema é como conseguir recursos para custeio. Temos que criar critérios para
80 diferenciar os CAPS, antes de alocar recursos adicionais para alguns CAPS. **Evandro**
81 ressalta que a Comissão poderia identificar os indicadores de avaliação. A CIB/Ce
82 decidiu que o Coordenador Estadual deverá convocar a Comissão Estadual de Reforma
83 Psiquiátrica para avaliar a situação de funcionamento dos CAPS, estabelecer critérios de
84 avaliação e elaborar uma proposta de financiamento tendo como base o perfil de
85 assistência e o custo operacional, no prazo de 30 dias a partir da convocação. **Item 2 da**
86 **Pauta - Saúde da Família – Qualificação de Equipe no PSF para os municípios:**
87 Solicitações de qualificações dos municípios de Canindé (01), Santana do Cariri (01) e
88 Pedra Branca (01). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes. Os representante dos
89 municípios na Bipartite solicita que seja incluído na pauta da próxima reunião a
90 problemática sobre o pagamento dos incentivos da saúde bucal. **Item 3 da Pauta -**
91 **Bolsa Alimentação – Comunicação dos municípios que aderiram ao Programa do**
92 **período de 24/01/2002 à 14/02/2002.** A CEACRI/SESA informa os municípios que
93 aderiram ao Programa no período de 24/01/02 à 14/02/02, conforme orientação contida
94 no ofício circular no. 240 da SPS/MS de 28/11/2001: Sobral, Fortim, Alcântara e

95 Irauçuba. Os representante dos municípios na CIB solicitam que sejam incluído em pauta
96 da próxima reunião a discussão sobre a operacionalização do programa. **Item 4 da**
97 **Pauta - Certificação de Município na Área de Epidemiologia e Controle de**
98 **Doenças:** Solicitações de Certificações dos municípios de Boa Viagem, Croatá e
99 Ubajara, com parecer favorável do NUEPI. A CIB/Ce aprovou a Certificação das Ações
100 de Epidemiologia e Controle de Doenças, após conhecimento do parecer favorável da
101 Comissão Estadual de Descentralização. **Item 5 da Pauta – Assistência Farmacêutica**
102 **– Critérios para Habilitação de Municípios.** Vera coloca que quando a Bipartite foi
103 discutir o Pacto definiu a responsabilidade de financiamento dos governos estadual e
104 municipal com medicamentos básicos para subsidiar a programação tendo sido acordado
105 que a proposta do COSEMS em termo do aumento do valor per capita de medicamentos
106 básicos com recursos próprios do Tesouro do Estado seria rediscutida. E foi constituída
107 uma Comissão com a participação do Alcides – COSEMS, Leilane – SMS de Sobral,
108 Eduardo – SMS de Fortaleza, Isabel Cristina e Helena Lima – SESA, que estudaram o
109 Orçamento do ano 2002, para subsidiar a decisão da Bipartite. Outro ponto para discussão
110 é a inclusão de critérios específicos da Assistência Farmacêutica no elenco de exigências
111 para habilitar os municípios. Então temos duas questões: 1) A posição da Comissão em
112 relação ao financiamento próprio do Tesouro do Estado para os medicamentos básicos e
113 2) A inclusão ou não dos requisitos específicos da Assistência Farmacêutica. **Eliane**
114 **Lavor** da Assistência Farmacêutica faz comentários sobre as Diretrizes e as Estratégias
115 para Reorganização da Assistência Farmacêutica aprovadas pela CIB em 14/12/200. Em
116 seguida apresenta os Critérios para enquadramento dos municípios nos níveis de gestões:
117 **Plena da Atenção Básica Ampliada:** 1. Identificar através de instrumento oficial a
118 estrutura organizacional da Assistência Farmacêutica no âmbito da Secretaria Municipal
119 de Saúde. 2. Dispor de um profissional farmacêutico para gerenciar a área da Assistência
120 Farmacêutica no Âmbito Municipal. 3. Dispor de Comitê de Farmácia e Terapêutica,
121 Multidisciplinar e Intersetorial constituído através de Portaria do Secretário municipal de
122 Saúde e aprovada pelo Conselho. 4. Portaria do Secretário Municipal de Saúde
123 designando o gerente de Assistência Farmacêutica, a equipe que irá compor, bem como
124 as competências da área de abrangência em consonância com a Política Nacional da
125 Assistência Farmacêutica – Portaria 3.916/98. 5. Dispor de área física e infra-estrutura
126 adequada para o pleno desenvolvimento das atividades operativas do ciclo da Assistência
127 Farmacêutica de acordo com capacidade de gestão que possibilite o ganho em escala. 6.
128 Incluir no Plano Municipal de Saúde as ações da Assistências Farmacêutica a serem
129 desenvolvidas, contemplando no mínimo as ações básicas. **Plena do Sistema Municipal:**
130 1. Identificar através de instrumento oficial, a estrutura organizacional da Assistência
131 Farmacêutica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. 2. Dispor do profissional
132 farmacêutico para gerenciar a área da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal,
133 conforme Legislação Sanitária vigente. 3. Portaria do Secretário Municipal de Saúde
134 designando o gerente de Assistência Farmacêutica, a equipe que irá compor o órgão,
135 bem como as competências da área de abrangência e dos profissionais de saúde que
136 compõe a equipe Multidisciplinar. 4. Dispor de área física e infra-estrutura adequada para
137 pleno desenvolvimento das atividades operativas do ciclo da Assistência Farmacêutica
138 de acordo com capacidade de gestão que possibilite o ganho em escala. 5. Incluir no
139 Plano Municipal de Saúde as ações da Assistências Farmacêutica a serem desenvolvidas,
140 contemplando no mínimo as ações básicas, de média complexidade. Após a apresentação
141 dos requisitos, **Eliane** lembra que foi acordado na CIB/CE anteriormente que para os 29

142 municípios em GPSM não seria exigidos estes critérios para habilitar e sim para avaliação
143 e manutenção da habilitação. A CIB/Ce decidiu compor uma Comissão com
144 representantes da SESA e município de grande, médio e pequeno porte para fazer uma
145 revisão dos critérios e apresentar uma proposta na próxima reunião. **Item 6 da Pauta –**
146 **Fechamento do Serviços de Traumatologia do Hospital Regional de Iguatú.** O
147 COSEMS comunica a decisão da SMS de Iguatú de fechar o Serviço de Traumatologia
148 do Hospital Regional pelo fato da SESA não ter repassado os recursos do Tesouro do
149 Estado decorrentes de acordos firmados anteriormente. O Eliade reforça que a SESA não
150 cumpriu o compromisso de auxiliar financeiramente este Serviço para que o mesmo
151 prestasse assistência a população da Microrregional. Socorro assume o compromisso de
152 agilizar o repasse dos recursos e dado a relevância do Serviço para apoio ao Sistema de
153 Referência Microrregional, solicita ao Secretário que mantenha o Serviço funcionando.
154 **Item 7 da Pauta - INFORMES: 1. Portaria Conjunta SE/SAS no. 98, datada**
155 **27.12.2001 – Prorroga os efeitos da Portaria Conjunta SE/SAS no. 31/2000, para**
156 **fins de acerto de contas dos valores já repassados aos Estados e pagamento aos**
157 **Municípios em GPSM até as seguintes datas: PNASH até 21.01.2002 e CNES até**
158 **31.06.2002.** Esta Portaria é para alertar aos municípios em relação a questão dos
159 cadastros de estabelecimentos de saúde. A preocupação maior é com o município de
160 Fortaleza, pois o mesmo ainda não tem todos os cadastros atualizados. **2. Portaria GM**
161 **no. 2.103, datada de 13.11.2001 – Estabelece que a partir de jan. 2002 será realizado**
162 **encontro de contas entre o valor repassado e o efetivamente produzido na Alta**
163 **Complexidade.** Essa portaria vai fazer um acerto de conta da alta complexidade. **3**
164 **Calendário de Reunião da CIT.** É necessário para orientar a CIB/Ce, quando do envio
165 de documentação para habilitação. **4 . Portaria Conjunta no. 01, datada 08.01.2002.**
166 **Qualifica o Hospital do Coração do Cariri em Barbalha a receber o Incentivo de**
167 **Integração ao Sistema Único de Saúde - INTEGRASUS II.** Esta Portaria cria o
168 Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS II, onde qualifica
169 os hospitais filantrópicos e sem fins lucrativo. Aprova para a Fundação Otília Correia
170 Saraiva - Hospital do Coração do Cariri em Barbalha o incentivo no valor de R\$
171 9.141,01. **5. Denúncia sobre a Diminuição de Salário dos profissionais enfermeiros e**
172 **dentistas do PSF feito por Kaelly Saraiva do Município de São Gonçalo do**
173 **Amarante.** Vera coloca que se trata de um movimento no Estado do Ceará de
174 insatisfação de alguns profissionais (enfermeiros) da saúde da família em relação a
175 conduta de alguns gestores. Paola coloca que recebeu do Ministério da Saúde uma cópia
176 da denúncia da Enfermeira Kaelly Saraiva reclamando da diminuição do Salário dos
177 Enfermeiros e Dentistas do PSF dentre outras coisas. Nada mais havendo a tratar, a CIB
178 deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos,
179 servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos
180 membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza,
181 quinze de fevereiro do ano dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

5 Aos oito dias do mês de março do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião
6 do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a
7 Terceira Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará –
8 CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Lúcia H. Gondim Castro,
9 Secretária de Saúde de Jaguaribe, Alexandre José Mont'Alverne Silva, COPOS/SESA,
10 Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Eugênio Santana Franco,
11 COPS/PMF, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Diana Carmem Almeida N. de
12 Oliveira, COVAC/SESA, Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Jurandi
13 Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins,
14 Chefe de Gabinete da SESA, José Adelmo Mendes Martins, Secretário Municipal de
15 Saúde de Fortaleza, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Rogério
16 Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Lilian Alves Amorim
17 Beltrão. Como convidados (as): Aldrovaldo, SMS de Fortaleza, Maria Vilma Neves
18 Lima, SMS de Fortaleza, Sheila Maria Santiago Borges, SMS de Fortaleza, Isabel
19 Cristina Cavalcante Carlos, NUASF/CODAS, Eliane Aragão de Lavor Vieira,
20 NUASF/CODAS, Alcides Miranda, COSEMS/Ce, Maria Lúcia T. Monte, SMS de
21 Aquiraz. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo
22 **Item 1 da Pauta – Plano Estadual de Assistência Farmacêutica – Isabel Cristina.**

23 Lembrando que já foi acordado na CIB/Ce em 14/12/01 as Diretrizes Políticas e o Elenco
24 de Medicamentos Básicos. Temos dois pontos para ser discutidos. 1º - **Ponto** é em
25 relação aos Critérios da Assistência Farmacêutica que na reunião passada foi apresentado
26 pela Eliane Lavor e vimos que cometemos um equívoco em relação ao item 3. Então a
27 Bipartite decidiu aprofundar mais o assunto com a Comissão e apresentar hoje. Com a
28 palavra a **Isabel Cristina** apresenta os requisitos para enquadramento dos municípios
29 nos níveis de gestão: municípios para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica
30 Ampliada deverão cumprir os seguintes Requisitos: 1. Criar e formalizar através de
31 instrumento legal, a estrutura organizacional da Assistência Farmacêutica no âmbito da
32 Secretaria Municipal de Saúde; 2. Portaria do Prefeito Municipal designando o
33 profissional farmacêutico para gerenciar o setor de Assistência Farmacêutica, a equipe
34 que irá compor o órgão, bem como definir as competências da área de abrangência em
35 consonância com a Política Nacional (Portaria 3.916/98) e Estadual de Assistência
36 Farmacêutica; 3. Dispor de área física e infra – estrutura adequada para elenco
37 desenvolvimento das atividades técnicas e administrativas da Assistência Farmacêutica
38 de acordo com a capacidade de gestão, considerando a central farmacêutica e as
39 farmácias dos serviços de saúde (PSF, farmácias ambulatoriais e hospitalares); 4. Incluir
40 no Plano Municipal de Saúde as ações de Assistência Farmacêutica a serem
41 desenvolvidas, contemplando no mínimo as ações básicas e garantir os recursos
42 financeiros como responsabilidades concorrentes do municípios. E para os municípios
43 habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal deverão cumprir os seguintes
44 Requisitos: 1. Criar e formalizar através de instrumento legal, a estrutura organizacional
45 da Assistência Farmacêutica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde; 2. Dispor do
46 profissional farmacêutico para gerenciar área da Assistência Farmacêutica no âmbito
47 municipal, conforme Legislação Sanitária vigente; 3. Portaria do Prefeito Municipal

48 designando o profissional farmacêutico como gerente da Assistência Farmacêutica, a
49 equipe que irá compor o órgão, bem como definir as competências da área de abrangência
50 e dos profissionais de saúde que compõe a equipe Multidisciplinar, de acordo com a
51 Política Nacional (Portaria 3.916/98) e Estadual de Assistência Farmacêutica; 4. Dispor
52 de área física e infra-estrutura adequada para pleno desenvolvimento das atividades
53 técnicas e administrativas e do Sistema Integral de Assistência Farmacêutica de acordo
54 com a capacidade de gestão, considerando a central farmacêutica e as farmácias dos
55 serviços de saúde (PSF, farmácias ambulatoriais e hospitalares); 5. Incluir no Plano
56 Municipal de Saúde as ações de Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidas,
57 contemplando no mínimo as ações básicas, de média complexidade e de promoção ao uso
58 racional e adequado de medicamentos. Após apresentação dos requisitos os conselheiros
59 manifestaram – se: **Jurandi** destaca os dados que mostram que grande parte dos
60 municípios tiveram avanço nesta área dado a inclusão pela CIB/Ce das exigências para
61 habilitação na NOB.96, e diz que se faz necessário normas para embaçar as negociações
62 com os Prefeitos e que 100% dos municípios foram habilitados e cumpriram estas
63 exigências. **Adelmo** concorda com o Jurandi que deve ser feita alguma coisa para amarrar
64 as responsabilidades dos municípios. **Rogério** indaga se todos municípios de plena
65 municipal tem compra centralizada? **Isabel** responde que apenas 15 municípios. **Alex**
66 coloca a problemática de não se fazer diferença entre porte de município. É importante se
67 aprofundar os critérios em relação ao porte do município. Adesão ao Comitê
68 Microrregional de Assistência Farmacêutica em GPAB - A e GPSM < 20.000 habitantes.
69 A CIB/CE aprovou os critérios da área de assistência farmacêutica que farão parte
70 integrante do processo de habilitação dos municípios cearenses. Os municípios
71 habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal segundo a NOB.SUS/96, terão que
72 comprovarem estes Requisitos até o dia 31/05/2002 para se manterem com as
73 prerrogativas deste nível de gestão. **2° - Ponto** - É em relação ao financiamento do valor
74 per capita para compra de medicamentos básicos pela três esferas de governo: Federal o
75 valor total R\$ 5.450.676,50 o valor per capita de R\$ 1,00; Estadual o valor total R\$
76 5.942.091,36 o valor per capita de R\$ 0,80 e Municipal o valor total R\$ 5.450.676,50 o
77 valor per capita R\$ 1,00. Com valor total de R\$ 16.843.444,36 e valor per capita de R\$
78 2,80. Houve manifestação dos participantes: **Alcides** se diz constrangido dado que na
79 reunião da Comissão foi informado pela Técnica da SESA que os recursos alocados no
80 Orçamento 02 eram suficientes para se alcançar 0,93 habitantes ano. E agora o valor
81 apresentado é inferior, foi uma questão da Assembléia ou da SESA? **Socorro** responde
82 que é da SESA, dado que foi desde o início fixado R\$ 0,80 (expandido de R\$ 0,60 para
83 R\$ 0,80) e que por necessidade de ajuste do Orçamento 2002 foi mantido os R\$ 0,80.
84 **Isabel** diz que o valor agregado para aquisição de anticoncepcionais é de R\$ 1.600.000,00,
85 que resultara num acréscimo do per capita. **Paola** reforça dizendo que o Dr. Anastácio
86 afirma que se fizer necessário alocar mais recursos será feito. **Jurandi** diz que o Alcides
87 tem razão, que em função da informação fornecida pela Comissão de que a dotação
88 fixada no Orçamento – 2002 para medicamentos básicos era suficiente para garantir um
89 per capita de R\$ 0,93 entrou em contato com os Prefeitos e os mesmos aumentaram os
90 seus valores per capita. **Carlile** indaga se o Estado que compra os medicamentos mais
91 barato, pode aceitar mais recursos dos municípios. **Isabel** até R\$ 2,00 é suportável.
92 **Lúcia** registra que houve avanço, mas não é suficiente para suprir ainda as necessidades.
93 **Alex** entende que é insuficiente, mas não tem dados precisos, tem municípios com
94 informações que demonstre as carências? E devemos continuar insistindo, que áreas se

95 apresentam com maior necessidade. Neusinha o processo de pactuação é novo, e se deve
96 ter cuidado de que as decisões acordadas não sejam modificadas antes de retornarem a
97 discussão devem ser retornadas. Após as discussões e dado o posicionamento da
98 Representação da SESA a CIB/Ce acatou, sob protesto do COSEMS/Ce, os valores per
99 capitas para aquisição de medicamentos básicos. **Item 2 da Pauta – Saúde da Família –**
100 **Discussão sobre a problemática do pagamento dos incentivos da saúde bucal,**
101 **qualificação de equipes no Programa Saúde da Família e Saúde Bucal e Projeto**
102 **Similar de Fortaleza.** Paola apresenta o fluxo de alimentação do SIAB e o Cronograma
103 de liberação de recursos. Por exemplo, o município informa a micro o funcionamento de
104 03 equipes do PSF e SB do mês de janeiro até o dia 05 de fevereiro, a Micro informa a
105 SESA até o dia 10 de fevereiro e a SESA informa ao DAB/MS até o dia 15 de fevereiro.
106 A SESA ao informar o MS no dia 15 de fevereiro, alimenta dados do mês de janeiro;
107 informando como se fosse competência de fevereiro já que a alimentação se dar neste
108 mês. Considerando o mês financeiro do Ministério que funciona de 15 de um mês a 15
109 de outro mês, logo o município estará recebendo os recursos de janeiro no dia 15 de
110 março aproximadamente. Em relação ao processo de qualificação de equipes do PSF e de
111 Saúde Bucal. 1ª Fase - A solicitação de qualificação de equipes pelo município à Micro.
112 2ª Fase – A Micro emite parecer e envia para CELBUC. 3ª Fase – A CELBUC emite
113 parecer para CEOAP. 4ª Fase – A CEOAP emite parecer e envia para CODAS. 5ª Fase –
114 A CODAS toma conhecimento e envia para CIB/Ce. 6ª Fase – A CIB/Ce analisa e aprova
115 a qualificação e prepara a Declaração para o Secretário Municipal assinar e Presidente da
116 CIB/CE e encaminha para o DAB/MS para ser publicado no Diário Oficial da União.
117 Após a qualificação da equipe pelo MS, o município terá que fazer o cadastramento da
118 equipe junto ao CESIA. **Eva – Técnica da CEOAP** diz que recebeu um ofício 101/02 –
119 DAB/SPS/MS da Regina Coeli Pimenta de Mello remetendo a relação de municípios
120 cujas solicitações de complementação do crédito dos incentivos às equipes da Saúde da
121 Família, equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde não foram atendidas,
122 por terem sido enviadas após 25/01/02 ou se referirem a 2002. Essas restrições foram
123 informadas às Secretarias Estaduais de Saúde através do Ofício (SPS 003/02 de
124 25/01/2002). A relação de municípios com complementações ao repasse dos incentivos
125 PACS/PSF não atendidas foram: Amontada, Apuiarés, Aquiraz, Aracati, Banabuiú,
126 Beberibe, Caridade, Cascavel, Caucaia, Choró, Fortim, General Sampaio, Horizonte,
127 Ibicuitinga, Icapuí, Itaitinga, Itapajé, Jaguaratama, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do
128 Norte, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, Pereiro, Quixeramobim, Quixadá, São Gonçalo
129 do Amarante, São Luiz do Curu, Tejuçuoca, Tururu, Umirim e Uruburetama. A SESA so
130 pode enviar os ofícios após recebimento das planilhas dos municípios, a CEOAP enviou
131 antes do prazo limite 25/01/02. **Eduardo** o SIAB é um sistema gratuito, mas alguns
132 municípios contratam serviços de empresa e montaram outros sistemas, desta forma o
133 município se torna refém da empresa, e na hora de transmissão dos dados há
134 inconsistência, não se pode obter a mesma base de dados. **Neusinha** se a lógica é a
135 mesma e se paga a Saúde da Família e não paga a Saúde Bucal? **Eduardo** quando se
136 trabalha com outros sistemas o odontológicos é registrado fora do campo, outros
137 profissionais, e da inconsistência. **2º Ponto** – É em relação a qualificação de equipe no
138 Programa Saúde da Família: Itatira (02), Trairi (03), Uruburetama (01), Senador Pompeu
139 (02), Araripe (01), Jardim (01). Saúde Bucal: Apuiaré (01), Acarape (01), Guaiuba (01),
140 Pedra Branca (01), Catunda (01), Gijoca de Gericoacoara (01), Carnaubal (01), Cedro
141 (01), Mucambo (01), Tabueleiro do Norte (01) e Madalena (01). A CIB/CE aprovou a

142 qualificações destas equipes. **3º Ponto - Projeto Similar de Fortaleza.** Com a palavra
143 **Adelmo** apresenta o projeto similar ao Programa Saúde da Família em Fortaleza “Saúde
144 Comunitária”. A Portaria 1.348 datada de 18/11/99, define os critérios para
145 regulamentação e concessão de incentivos a municípios que tenham projetos similares ao
146 PSF. O Projeto “Saúde Comunitária” as equipes de saúde trabalham em territórios
147 definidos, com adscrição da população sob responsabilidade das unidades básicas de
148 saúde. O projeto é composto por 11 (onze) unidades de saúde, com cobertura de 100% da
149 população adscrita. Se faz necessário 350 equipes utilizando o parâmetro médio de
150 3.450 pessoas/equipe, podendo ampliar até 507 equipes se for usado o parâmetro mínimo
151 de 2.400 pessoas/equipe, atualmente o município dispõe de 101 equipes do PSF
152 cadastrada, com 107 equipes em pleno funcionamento. Os médicos e enfermeiros
153 cumprem carga horária de seis horas corridas e são todos profissionais com vínculos
154 empregatício. O incentivo a ser pago pelo Ministério da Saúde ao projeto similar é de R\$
155 18.000,00 por equipe/ano independente da cobertura. Após apresentação do Projeto os
156 conselheiros manifestaram – se: **Eugênio** a redução da carga horária irá representar um
157 avanço dado que o profissional se manterá na área por 6 (seis) horas. **Carlile** a mudança é
158 grande, isto é reformular o que já existe. **Paola** a idéia é muito boa, mas que não deve ser
159 trabalhada em todos os municípios. **Carlile** como se fará as mudanças do modelo
160 tradicional de atendimento espontâneo para atendimento a população adscrita? **Adelmo**
161 constatamos in locu que os profissionais não estavam dando a carga horária, não é so os
162 médicos, mas que nesta área está sendo trabalhado os profissionais, ficando 6 (seis) horas
163 para atendimento a 3.400 famílias. A CIB/Ce aponta a necessidade de formalização da
164 proposta através de projeto e solicita ao Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza que
165 elabore o mesmo para ser analisado e encaminhado ao MS para apreciação. **Item 3 da**
166 **Pauta - Bolsa Alimentação – Comunicação dos municípios que aderiram ao**
167 **Programa do período de 14/02 à 07/03/2002.** Benedita comenta sobre o Decreto do
168 Presidência da Republica no. 3.877, estabelece que para o cadastramento dos
169 beneficiários no Programa Bolsa – Alimentação, deve ser utilizado o Cadastro Único para
170 os Programas Sociais do Governo Federal. Esse mesmo cadastro é utilizado para o
171 Programa Bolsa – Escola e outros que efetuam transferência diretas de renda para
172 famílias carentes. Assim , ao incluir a população do município nesse cadastro,
173 possibilitará também o ingresso destas famílias nos demais programa sociais. Além disso,
174 ressalta que todas as famílias registradas no Cadastro Único dos Programas Sociais do
175 Governo Federal já estarão incluídas no Cadastro do SUS, evitando a duplicação de
176 esforço. A CEF e o DATASUS cuidarão da transmissão de dados entre cadastros não
177 necessitando nenhum procedimento adicional por parte do município. Este Cadastro
178 Único contempla todas as informações do Cartão SUS que são de interesse para a Bolsa
179 Alimentação e já inclui informações sobre a renda familiar. Isto faz com que o formulário
180 de pré – cadastro familiar da Bolsa Alimentação não precise mais ser preenchido,
181 facilitando o trabalho do município. Além disso, cita como vantagens adicionais: a) a
182 transmissão de dados será direto para a CEF, tornando mais ágil e mais simples para
183 município; b) o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal – CEF , tornarão
184 disponíveis formulários e aplicativos de entrada de dados no Cadastramento Único de
185 Beneficiários dos Programas do Governo Federal em quantidade suficiente para
186 cadastramento das famílias no Programa. Os municípios não precisarão mais tirar cópias
187 ou mandar imprimir os cadastros do CAD-SUS em suas gráficas para fins de
188 cadastramento na Bolsa Alimentação; c) As Secretarias Estaduais de Saúde poderão

189 encaminhar relação com nome e endereço dos municípios que desejem receber os
190 formulários ao MS pelo fax (61) – 488.8228 ou e-mail bolsa alimentação @ saúde .go.br;
191 d) a Caixa Econômica Federal também poderá apoiar os municípios na transmissão de
192 dados via Internet o que será de grande ajuda para aqueles municípios que tem mostrado
193 dificuldade em executar este procedimento. Para tal, os mesmos deverão ser orientados a
194 fazer uma articulação com o Gerente da CEF no município ou no mais próximo onde haja
195 uma agência deste banco. A CEACRI/SESA informa os municípios que aderiram ao
196 Programa Bolsa Alimentação no período de 15/02 a 08/03/2002, conforme orientação
197 contida no ofício circular no. 240 da SPS/MS de 28/11/200, Santa Quitéria, Senador
198 Pompeu, Maracanaú, Baixio e Pacujá. **Item 4 da Pauta - Certificação de Município na**
199 **Área de Epidemiologia e Controle de Doenças.** Solicitação do município de Carriaguá,
200 com parecer favorável do NUEPI para ser certificado. A CIB/CE aprovou a Certificação
201 deste município para a Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, após
202 conhecimento do parecer favorável da Comissão Estadual de Descentralização. **Item 5 da**
203 **Pauta – SMS de Sobral – Solicita Cadastramento para Unidade de Terapia**
204 **Intensiva - Lilian.** Lilian coloca que se trata de uma solicitação do Hospital do
205 Coração de Sobral para credenciamento dos seus leitos de UTI como UTI Especializada
206 Tipo II, com 07 leitos. Foi feito o Relatório de auditoria desta Unidade, e a mesma está de
207 acordo com o seu credenciamento. A documentação só pode ser encaminhada ao setor de
208 alta complexidade do Ministério da Saúde, após a alocação de recursos. A repercussão
209 financeira mensal importa em R\$ 34.524,00. Vera coloca que para passar do Nível I para
210 o Nível II, necessita de recursos adicionais e até maio/02 não está previsto reprogramação
211 com revisão de teto, a não ser se o SMS de Sobral assumir os recursos. A CIB/Ce decidiu
212 incluir esta demanda quando do ajuste de Teto Financeiro. **Item 6 da Pauta – Repasse**
213 **de recursos adicionais para o Serviços de Órteses e Prótese do Centro de Saúde**
214 **José de Alencar.** A CIB/CE considerando as disposições contidas na Portaria GM no.
215 818 de 05/06/2001, que cria mecanismos para a organização e implantação de redes
216 estaduais de assistência a pessoa portadora de deficiência física; a inserção do serviço
217 prestado pelo Centro de Saúde José de Alencar na Rede Estadual de Assistência ao
218 Portador de Deficiência Física, classificado como Serviço de Reabilitação Física – Nível
219 Intermediário, para atendimento a população de todo o Estado; a municipalização do
220 Centro de Saúde José de Alencar passando para a Administração da Secretaria Municipal
221 de Saúde de Fortaleza no início do ano em curso. Aprovar a o repasse de recursos
222 financeiros federais através do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES para o Fundo
223 Municipal de Saúde – FMS de Fortaleza no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais)
224 como auxílio para o Serviço de Reabilitação Física do Centro de Saúde José de Alencar.
225 **Item 7 da Pauta – INFORMES: 1. Ofício Circular no. 004/2002 – Dr. Jackson**
226 **Coelho Sampaio , Coordenador do Programa Nacional de Humanização da**
227 **Assistência Hospitalar – Regional Nordeste 01 que envolve os Estados de (RN, CE,**
228 **PI, e MA), desenvolvido pelo MS, com parceria das Secretarias Estaduais e**
229 **Municipais de Saúde , além da Representação dos Hospitais incluídos em sua**
230 **primeira fase, convida os componentes da Bipartite para participarem da I**
231 **Teleconferência a ser realizada no dia 22/03/2002, na Sede da Embratel, no horário**
232 **de 12 às 14 horas.** Vera comenta que este evento vai coincidir com Seminário
233 Internacional sobre Participação Social na ESP/Ce, que seria prudente que a Bipartite
234 encaminhasse um ofício ao Professor Jackson comunicando da impossibilidade de
235 participação, não sei se o COSEMS terá interesse de esta participando desta

236 Teleconferência ou se todos estarão na Escola. Da SESA a Lilian já vai participar, pois é
237 um projeto que envolve os Hospitais, nesta 1ª Fase fazem parte o IJF, Santa Casa, HGF,
238 HIAS em relação a questão da Humanização. **2. NOAS – 2002 – Publicada através da**
239 **Portaria no. 273 datada de 28/02/2002.** Vera comenta que foi Publicada a Norma
240 Operacional da Assistência - 2002. E solicita que os membros da CIB/Ce façam um
241 leitura para discussão na próxima reunião sobre as alterações, dentre elas destacam-se: a
242 não obrigatoriedade de habilitação em Plena do Sistema Municipal para os Municípios
243 Sede de Módulo Assistencial; Exclusão da exigência de apresentação da Programação
244 Físico Financeiro nos Planos Municipais de Saúde; Exclusão da exigência de médico
245 auditor para os municípios que forem habilitar-se em Plena da Atenção Básica Ampliada;
246 e Inclusão do Pacto da Atenção Básica como exigência para habilitação e o comando
247 único sobre os prestadores podem ser assumido pelo município em GPSM ou pela SESA
248 no caso do município em GPABA ou não habilitado. **3. Nova Normatização Federal**
249 **sobre modalidades de serviços ambulatoriais de saúde mental. Portaria GM no. 366**
250 **datada de 19/02/2002.** Trata sobre nova normatização federal para as modalidades de
251 serviços ambulatoriais de saúde mental. Através desta Portaria é proposta uma tipologia
252 para os CAPS's, regulamenta responsabilidades e recursos humanos necessários. Para
253 discutir esta nova normatização o MS irá promover uma reunião no próximo dia 19,
254 tendo como participantes representantes dos coordenadores estaduais da área de saúde
255 mental e das comissões de reforma psiquiátrica. Após o entendimento da tipologia
256 proposta para os CAPS's deverá ser feita uma discussão na CIB/Ce sobre os CAPS's
257 atualmente em funcionamento no Estado e a forma de adequá-lo à normatização em vigor
258 **4. UECE – Curso Rápido de Gestão não será mais ofertado dado as dificuldades de**
259 **negociação com a ESP.Ce e o cronograma estabelecido.** **5. Nova Composição da CIB**
260 **da Microrregião de Canindé.** Ofício 72 da Microrregião de Canindé informando
261 modificação em sua composição. Ficando como membros titulares: Rosélia Maria Soares
262 Mesquita – Gerente Microrregional, Antônio Joaquim Sobrinho – Gerente Financeiro
263 Administrativo, Célia Viana da Silva Brasileiro, Gerente Técnica, Fernando Wilson
264 Fernandes da Silva – SMS de Canindé, José Nelson Belarmino Filho – SMS de Boa
265 Viagem. E membro suplentes: José Roberto Pereira de Sousa – SMS de Paramoti, Carlos
266 Flaubert Patrício Almeida – SMS de Madalena, Pedro Gervásio M. Martins – SMS de
267 Canindé. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando
268 que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente
269 Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da
270 Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, oito de março do ano dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos vinte e sete dias de março do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião do COVAC, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se Quarta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS/CE, Rogério Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Eugênio Franco, COPS/SMS de Fortaleza, Maria Imaculada Fonseca, CEOAP/SESA, Alexandre José Mont’ Alverne Silva, COPOS/SESA, Raquel Ximenes Marques, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete da SESA. Como convidados: Maria Tereza N. Braga Timbó, SMS de Tamboril, Antônio Tadeu C. Marques, Tamboril, Setúlio Barros, SMS de Brejo Santo, Neusa Goya, COSEMS/CE, Carmem Osterno, SMS de Marco, Carlos Alberto Komora, SMS de Maracanaú, Sheila Maria Santiago, Fortaleza, Magna, CEOAST/CODAS/SESA e Marco Nunes, SMS de Icó. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Proposta de mudança na condução das reuniões da CIB/Ce – COSEMS.** Jurandi considera a CIB/Ce um espaço privilegiado de pactuação entre os gestores da política de saúde em nível estadual e municipal, e considera, ainda a necessidade de aprofundamento de discussões em torno de temas relevante ao processo de organização do SUS no Estado. Coloca uma Proposta para mudança da condução das reuniões da CIB/Ce. As Propostas são: •Agendamento dos itens de pauta com os respectivos horários de discussão e tempo previsto; • Pactuação de temas para discussões; •Avaliação, acompanhamento, financiamento e Recursos Humanos do Programa Saúde da Família – PSF; • CADSUS; • Endemias (dengue, cólera, sarampo, etc.); • Financiamento do Setor Saúde; • Organização dos CAPS (tipologia); • Papel do Estado e dos Municípios em GPSM; • Regionalização; • Sistema de Informação em Saúde; • Sistema de Regulação. Vera coloca que como representante do Estado acha a proposta excelente, precisamos reordenar as questões a serem discutidas pela CIB/Ce, mesmo que surjam questões emergenciais, por solicitação do Ministério da Saúde, da SESA ou dos municípios, devemos ter uma pauta própria para que possamos estudar e aprofundar os assuntos, pois existe pactuação entre os gestores. A CIB é um Colegiado que tem conforme a NOB – 93/96, uma função primordial que é a pactuação entre gestores. No Ceará temos uma problemática com o Conselho Estadual de Saúde/Ce em não aceitar a Comissão Intergestores Bipartite, pois o Conselho sempre interpreta que a CIB ocupa um espaço na formulação de política. Embora que desde que assumi a Secretaria Executiva da CIB/Ce, todas as questões que diz a respeito a subsídios para formulação política são encaminhados para o Conselho Estadual de Saúde/Ce. É importante que os assuntos sejam colocados previamente, e que seja divulgado para o Conselho Estadual de Saúde/Ce, assim como todas as pautas, atas e decisões ocorridas neste fórum. O próprio Conselho Estadual de Saúde neste momento já está conduzindo a discussão dos CAPS, pois o Conselho tem várias Comissões no qual a Comissão esta discutindo a questão dos

47 CAPS. Após discussão a CIB/Ce decidiu agendar os seguintes assuntos: a Dengue
48 reunião em 12/04/03 sendo responsável pelo pontos de discussão o Carlile e a Marilac e
49 o CADSUS para 26/04/02, sendo responsável Lilian. **Item 2 da Pauta – Proposta de**
50 **mudança na Norma Operacional do PSF apresentada pela SMS de Deputado**
51 **Irapuan Pinheiro**. Uma Proposta de modificações da SMS de Deputado Irapuan
52 Pinheiro em relação a Norma Operacional Básica do PSF. **Imaculada** apresenta a
53 Proposta do município de Deputado Irapuan Pinheiro que é a utilização da Unidade Mista
54 Local como Unidade do Programa Saúde da Família, Distrito Sanitário I, utilizando a
55 carga horária do profissional médico de oito horas diurnas, durante quatro dias da
56 semana, no atendimento dentro da referida unidade. Com as estratégias de: a) separação
57 técnica, dentro da área física da Unidade Mista, das atividades, referente às ações,
58 procedimentos, responsabilidades etc. da Atenção Básica e Atenção Hospitalar e
59 Ambulatorial de Média Complexidade. b) garantia de tempo disponível ao profissional
60 médico para a realização das atividades extra – unidade, inerentes ao Programa Saúde da
61 Família, com carga horária de oito horas diurnas durante a semana e de dois sábados no
62 mês, com carga horária de oito horas por sábado. c) O encaminhamento, caso necessário,
63 a ser realizado por outra Equipe do PSF do município será realizado com a prescrição e
64 recebido pela enfermeira responsável pela Atenção Hospitalar da Unidade. d) Viabilizar,
65 através do Cartão SUS, o controle do fluxo da clientela adscrita e não adscrita da equipe
66 do Programa de Saúde da Família da Sede, organizando assim o atendimento básico e
67 Hospitalar / Ambulatorial de Média Complexidade. e) Campanha Educativa com o intuito
68 de esclarecer, à população do município, a organização hierarquica dos serviços de saúde.
69 f) Triagem, ser realizada pela enfermeira responsável pela Atenção Hospitalar, dos
70 pacientes de demanda espontânea que procuram o serviço de urgência e emergência, que
71 não pertençam à área da equipe do PSF da Sede, com objetivo de não sobrecarregar o
72 médico com atendimento desnecessários e mante – lo livre para atendimento programado
73 da clientela de sua área de abrangência. g) Instituir o fluxo organizado e formal das
74 referências realizadas dentro do município, visando diminuir a procura espontânea dos
75 serviços. h) Divulgar, mensalmente, através da rádio local o calendário de atendimento
76 das equipes do PSF. Visando a diminuição da procura dos serviços de forma inadequada.
77 i) Visitas domiciliares, palestras, reuniões com comunidade e outras atividades extra –
78 unidade pré programadas visando a educação e o controle do fluxo. j) Divulgação de
79 calendário pra atendimento programado da clientela a ser atendida dentro das sete áreas
80 de Atenção Proposta pela NOAS. Após apresentação os conselheiros manifestaram – se:
81 **Imaculada** considera as justificativas apresentadas pelo município e o parecer da
82 Microrregional e emite parecer favorável a Proposta desde que seja restrita a municípios
83 de pequeno porte até 15.000 mil habitantes e apresenta indicadores sociais e econômicos
84 críticos. **Alex** estamos voltando a discussão da tipologia dos hospitais frente as
85 dificuldades de manter médico 24 horas no hospital, tem que ser assegurado o
86 profissional enfermeiro 24 horas na unidade, caracterizando uma Unidade do PSF, com
87 atendimento obstétrico - Centro de Atenção a Parto Normal. Coloca que podemos ter uma
88 Unidade com o Programa Saúde da Família e um Centro de Atenção ao Parto Normal.
89 **Lilian** diz que o sistema não permite colocar equipe de PSF dentro de UMS. Não é
90 possível ter uma única estrutura e dois cadastro. E coloca ainda que em relação a
91 classificação pode se fazer a cobrança, porque a tabela permite cobrar no nível de
92 hierarquia 5, mas não permite fazer o cadastro. **Raquel** pede esclarecimento dado que a
93 população tem um modelo de assistência centrado no hospital. O que deverá ser feito

94 para que o médico do PSF na equipe descentralizada permaneça com atendimento. **Paola**
95 o médico no hospital irá atender urgência além da responsabilidade de atendimento
96 programado a população adscrita o difícil é estabelecer o que é urgência. A proposta de
97 reordenamento de serviços se faz necessária. **Vera** coloca que o município está pedindo
98 alteração da Norma do PSF em função da problemática do município de pequeno porte
99 que é Deputado Irapuan Pinheiro, e coloca a preocupação de que a alteração desta
100 Norma, não seja feita de forma geral, dado que esta questão deverá ser avaliada em
101 cada município que está enfrentando problemas, os municípios de pequeno porte, tem
102 grande dificuldade de manter o Hospital Local com médico, reforçando o que o Alex
103 coloca, porque para o município de pequeno porte este estabelecimento hospitalar para
104 essa população fica muito oneroso, devido a remuneração do profissional médico. Outra
105 preocupação é a de que o profissional que vai ficar nesta unidade irá fazer atendimento
106 programado a população adscrita, e ainda o atendimento de todas as urgências, inclusive
107 os partos dos paciente que chegam a essa Unidade, é uma carga muito grande, acho
108 muito difícil, que um profissional desenvolva todas estas atividades mesmo com a grande
109 credibilidade do Secretário de Deputado Irapuan Pinheiro. **Maria Tereza** – Secretária de
110 Tamboril solicita a transferência da equipe de Holanda para Sede, mas o parecer da
111 Micro e da CEOAP não foi favorável e o município não tem condições de contratar uma
112 nova equipe. **Imaculada** o princípio organizativo do PSF é a acessibilidade, não é justo
113 tirar uma equipe da zona rural para sede do município. A equipe teve este consenso.
114 **Maria Tereza** afirma que a equipe está cadastrada e não está funcionando. **Imaculada**
115 afirma que primeiro tem que ser preenchida a equipe que se encontra cadastrada para
116 depois cadastrar nova equipe. Após discussão a CIB/Ce decidiu: 1) Acatar o parecer da
117 CEOAP, desde que o município assumisse os compromissos: 2) Pelo fato do SIA
118 considerar a Unidade Programa Saúde da Família (código 45) com nível de hierarquia
119 incompatível com o exigido para Unidade Mista de Saúde, decidiu atribuir a decisão ao
120 Secretário de Saúde do Município de transformação do perfil da Unidade para viabilizar a
121 manutenção do médico da Saúde da Família. **Item 3 da Pauta – Habilitação Segundo**
122 **a NOAS – Município Cearenses 08 (oito) Habilitados pela CIT em 21/03/2002 e**
123 **Parecer da SPS e SAS Desfavorável a Habilitação de 21 Municípios Cearenses.** **Vera**
124 informa que a documentação dos vinte nove municípios com Gestão Plena Municipal
125 enviadas ao Ministério da Saúde para ser apreciado na reunião de 21/03/2002, foram
126 habilitados apenas oito municípios na Gestão Plena do Sistema Municipal segundo a
127 NOAS - 2002, e vinte e um municípios estão com parecer desfavorável pela SPS/SAS.
128 Doze municípios estão aptos na Atenção Básica Ampliada: Aratuba, Fortaleza, Iguatú,
129 Jaguaribe, Maracanaú, Nova Russas, Pedra Branca, Pereiro, Quixadá, Quixeramobim,
130 Santana do Acaraú e Sobral. Sendo que destes doze municípios quatro estão com
131 pendência em relação ao comando único dos prestadores que são: Sobral, Quixadá,
132 Fortaleza e Maracanaú, esses municípios deverão ser capacitados pelo Controle e
133 Avaliação da SESA para gerenciar o serviço da terapia renal substitutiva. Nos
134 municípios de Maracanaú e Quixadá os técnicos já foram capacitados, e encontram – se
135 com dificuldades Fortaleza, pois é necessário fazer esta capacitação. Dos doze
136 municípios habilitados seis estão com o Piso da Atenção menor que R\$ 10,50 como
137 Aratuba, Fortaleza, Maracanaú, Pedra Branca, Quixadá e Quixeramobim que terão
138 aumento através do PAB - Ampliado. Na discussão dos dezessete municípios do Estado
139 do Ceará, que não foram está habilitados na Básica Ampliada, tivemos muitas
140 dificuldades em relação aos indicadores do Pacto, analisamos e apresentamos um novo

141 parecer conclusivo para Acopiara, Barbalha, Baturité, Canindé, Capistrano, Juazeiro do
142 Norte, Icapuí, Itapiúna e Brejo Santo, para ser enviado ao Ministério da Saúde. Só que o
143 parecer que enviamos ao Ministério da Saúde não foi aceito, porque segundo a Portaria
144 2.215, avalia - se o Pacto do ano anterior, caso não seja atendido, devemos avaliar o
145 Pacto dos últimos seis meses do ano, isto é o primeiro semestre do ano vigente. Então
146 quando fizemos esta avaliação pegamos o Pacto 2000 quando o município não tinha
147 atingido sua meta, nem a do Estado, e apresentamos o resultado do Pacto de 2001. Então
148 o Ministério da Saúde acha que não estávamos seguindo a Portaria. O Ministério colocou
149 que não podemos trabalhar com o Pacto 2001, porque o Sistema Nacional do PNI, não
150 estava concluído no componente Nacional. Então pedimos ao Ministério da Saúde para
151 aceitar o parecer já que o Estado do Ceará tinha fechado o componente Estadual, para
152 viabilizar a questão da análise do Pacto 2001 na globalidade. Vera diz que a preocupação
153 é trabalhando com o Pacto 2001, vamos ter alguns municípios que não tinha problema
154 com produção e nem com o Pacto, agora vão apresentar problemas com os dois. Não
155 atingido o Pacto o município só será reavaliado após seis meses. Então quem não se
156 habilitar agora, só poderá se habilitar no mínimo em agosto. O Pacto 2000 só foi
157 utilizado para este doze municípios no qual oito já estão oficializado, e 4 faltam apenas o
158 comando único. Os municípios que estão com pendências em relação a consultas médicas
159 básicas: Capistrano, Pacoti, Trairi e Iracema. No Sistema de Informação nenhum dos
160 municípios estão com problemas. Em relação ao cadastro estamos com problemas com os
161 municípios: Juazeiro do Norte e Barbalha, e a CEOAP já deu parecer justificando. Em
162 relação a Produção o grande problema é de não ter registro da coleta de citologia
163 oncológica no SIA, mas fizemos a análise e vimos que alguns município faziam registro no
164 SISCOLO. O Ministério da Saúde vai verificar o SISCOLO. Municípios que estão com
165 problemas: Acopiara, Barbalha, Baturité, Crateús, Fortim, Icapuí e Pacoti, no qual temos
166 que fazer a justificativa em termos de produção. Alguns municípios não tem registro de
167 procedimentos coletivo de odontologia, atividade de agente comunitário, atividade
168 educativa, atendimento domiciliar. O Crato e Marco não tem registros de atendimentos
169 domiciliares, Iracema não tem registro no atendimento educativo, Barbalha não tem
170 registro de coleta para exame citopatológico, Baturité não tem registro de Procedimento
171 Coletivo. **Item 6 da Pauta - INFORMES: 1. Ofício Circular no. 16 DAB/SPS/MS -**
172 **28/02/2002 – Estabelece Cronograma para Elaboração do Pacto da AB.2002.** Vera
173 comenta sobre o Ofício Circular 16 do DAB em que comunica a necessidade de que seja
174 firmado o prazo para Atenção Básica para 2002. Neste Pacto da Atenção Básica está
175 estimado em que os municípios enviem até o final de abril suas metas para as Secretárias
176 Estaduais e que essa enviem ao Ministério da Saúde até o final de maio. Não houve
177 alterações ainda em relação aos indicadores, para que os municípios não sejam pegues de
178 surpresa. É importante que os municípios comecem trabalhar o Pacto para 2002 com o
179 mesmo elenco de indicadores do Pacto de 2001, porque se houver mudança, a mudança
180 será mínima. Portanto, é necessário que seja avaliado as metas propostas para 2001 por
181 essa Secretária e Municípios o quanto antes mesmo com dados preliminares, uma vez
182 que o processo subsidiará a pactuação do Pacto 2002. Vera solicita que o COSEMES/Ce
183 possa circular esta informação e a necessidades destes municípios em avaliar o Pacto
184 2001 e estude o Pacto 2002. **2.Ofício Circular no. 42/SPS/MS – 08/03/2002 –**
185 **Informa o período de avaliação do PSF no Ceará: 03 a 14 de junho de 2002.** **3.**
186 **Ofício Circular no. 26/SPS/MS – 20/02/2002 – Informa que a 2ª fase de intensificação**
187 **da Campanha Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero: coleta de material**

188 **para exames citopatológicos: 18 março a 12 abril de 2002.** Vera chama atenção para
189 necessidade que esses serviços prestados aos município possam esta registrado no BPA,
190 mesmo sendo o pagamento da coleta extra teto, através do FAEC, não só registrar no
191 SISCOLO, pois estamos sabendo da problemática dos municípios de plena, por não fazer
192 esse registro no SIA, pois a Portaria 2.215 estabelece como sistema oficial o SIA. O
193 preenchimento e envio semanal dos formulários de monitoramento da coleta de material
194 para citopotologia do colo do útero., no âmbito municipal, esses formulários deverão ser
195 consolidados e enviados ao nível estadual toda quarta – feira, e as Secretárias Estaduais
196 de Saúde deverão proceder a consolidação dos dados às quinta – feira e enviar as
197 planilhas ao Instituto Nacional de Câncer, que consolidará os dados nacionais, e os dados
198 apresentados nessas planilhas não são cumulativos. Em relação as cobranças das coletas
199 por meio de BPA (código 07.051.00) ao final de cada mês; esse procedimento é
200 remunerado com recursos extra teto (FAEC) no valor de R\$ 1,00, das Consultas médicas
201 e ou ginecológica por meio de BPA ao final de cada mês, e da leitura de lâminas, que é
202 paga como recursos extra teto (código 12.011.01) no valor de R\$ 5,37. Conforme
203 determina a Portaria no. 62 , de 25 /01/02 da SAS a partir da competência fevereiro/02,
204 somente serão aceitas informações processadas na versão 3.04 do SICOL. **4. Secretária**
205 **de Saúde de Palmácia – Ana Maria dos Santos Fonseca, comunica afastamento da**
206 **SMS, a partir de 12/03/2002.** O afastamento ocorreu em virtude de problemas de saúde
207 na família e não poder dá a devida assistência ao cargo que faz jus. Jurandi faz um
208 comentário sobre as saídas dos secretários, que soma um total de 11 (onze) municípios:
209 Milagres, Aurora, Jaguaruana, Chorozinho, Morada Nova, Horizonte, Palmácia,
210 Maracanaú, Solonopole, Icapuí e Araripe. Este fato vem preocupando o COSEMS. A
211 maioria destes são técnicos e apresentam dificuldades de articulação. Vera sugeri que a
212 APRECE faça uma reunião com seus Secretários Municipais de Saúde para definir as
213 competências e obrigações de cada um. **5. Municípios que aderiram ao Programa**
214 **Bolsa Alimentação no período de 08/03 à 25/03/2002.** A CEACRI/SESA informa os
215 municípios que aderiram ao Programa Bolsa Alimentação no período de 08/03 à
216 25/03/02, conforme orientação contida no ofício circular no. 240 da SPS/MS de
217 28/11/2001: Ipaumirim, Graça, Granjeiro, Pacoti e Catarina. **6. Ofício no. 12/02 do**
218 **COSEMS – Informa algumas modificações na representação dos gestores**
219 **municipais junto a CIB/Ce.** Municípios de Grande Porte: Efetivo Dr. Carlile Lavor,
220 Secretário Municipal de Saúde de Caucaia como Suplente Dr. Carlos Alberto Komora
221 Viera, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú. Municípios de Pequeno Porte:
222 Suplente Dr. Rodrigo Carvalho Nogueira, Secretário Municipal de Deputado Irapuan
223 Pinheiro. Paridade com a SESA: Membro efetivo Dr. Moacir de Sousa Soares, Secretário
224 Municipal de Saúde de Crateús. **7. NOAS 2002: O que muda.** Vera Informa aos
225 participante que a NOAS/2002 foi Publicada em 28/02/2002. E coloca duas questões que
226 a NOAS/2002 modificou: 1ª Questão – Não será necessário mais que o município se
227 habilite na Plena do Sistema Municipal para ser sede de módulo assistencial, isso em
228 parte vai agilizar a questão do processo de qualificação, por outro lado é um mecanismo
229 que vai coloca no município a divisão de responsabilidades, porque neste estágio é o
230 Estado que assume o questão do comando único sobre os prestadores da média e alta
231 complexidade. Neste caso o município fica gestor apenas da atenção básica. A
232 responsabilidade de atendimento da média complexidade em termo de prestação de
233 serviços contrato, programação, avaliação, pagamento é o Estado quem assume. 2ª
234 Questão – O município só se habilita em GPSM se assumir o comando único sobre todos

235 os prestadores localizados no seu território. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por
236 encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo
237 como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
238 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, vinte e sete de
239 março do ano dois mil e dois.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002**
3
4

5 Aos doze dias de abril do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião do
6 CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se Quinta
7 Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce.
8 Estiveram participando os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho,
9 CEPPE/COPOS/SESA, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS/CE, Luiza de
10 Marilac Meireles Barbosa, COPOS/SESA, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde
11 de Caucaia, Rodrigo Carvalho Nogueira, Secretário Municipal de Deputado Irapuan
12 Pinheiro, Rogério Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Diana
13 Carmen Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Francisco Evandro Teixeira Lima,
14 COMIRES/SESA, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Saúde de Jaguaribe,
15 Maria Imaculada Fonseca, CEOAP/CODAS/SESA, Alexandre José Mont' Alverne Silva,
16 COPOS/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Eugênio Franco,
17 COPS/SMS de Fortaleza. Como convidados: Mário Lúcio R. Martins, COSEMS, José
18 Policarpo A. Barbosa, COSEMS, Antônio César G. Pereira, SMS de Pedra Branca,
19 Francisco Deusimar Girão e Calos César Morais Sampaio, ambos da SMS de Fortaleza –
20 Regional IV, Getúlio Barros, SMS de Brejo Santo, Neusa Goya, COSEMS, Maria Dilma
21 da Silva, SMS de Sobral, Dina Cortêz, CEVIG/COPOS/SESA, Ernani Carneiro,
22 CETRAV/SESA, Maria de Fátima Mota, SMS de Mulungu, Maria Ivete Dutra
23 Fernandes, SMS de Quixadá. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que
24 iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Dengue no Ceará – Situação Atual e**
25 **Medidas de Intervenção – Dra. Marilac.** Dr. Ernani Técnico CETRAV faz exposição
26 sobre o Controle do Dengue no Ceará, relata que o número de municípios infestados pela
27 Dengue em 1996: 108 municípios, 1997, 100 municípios, em 1998, 98 municípios e em
28 2001 169 municípios. Foram aplicados no combate a Dengue em 1996 R\$ 9.097 mil e em
29 2001 R\$ 24.998 mil. Diz que há dificuldades na apuração dos gastos, portanto os valores
30 estão subestimados. Suas considerações são as seguintes: 1ª - se tem mosquito, tem
31 dengue; 2ª - o controle deve ser efetivo no período de janeiro a junho; 3ª - o controle
32 químico focal e o PV (visita das residências no espaço de dois meses); 4ª - o fumacê só
33 serve para reduzir a quantidade de mosquito e o uso indiscriminado do veneno pode ter
34 efeito danosos na população; 5ª - a limpeza pública deve ser intensificada em especial no
35 período de janeiro a junho; 6ª - incentivo a mobilização permanente da sociedade; e 7ª -
36 as SMS devem agilizar o trabalho do Agente de Saúde. Dina diz que neste ano a SESA
37 confirmou 4.947 casos de dengue, com a incidência de 243,45 casos por 100.000
38 habitantes. Dos 4.947 casos confirmados no Estado, 1.272 (26%) foram procedentes de
39 Fortaleza e 3.675 (74%) do Interior. Foram confirmado 18 casos de dengue hemorrágico
40 (Barbalha - 2, Maracanaú - 1, Crateús - 1, Catarina - 1, Caucaia – 3 , Boa Viagem 1 e
41 Fortaleza - 9) e 8 estão em investigação. Dos 18 casos de dengue hemorrágico, 3
42 evoluíram para óbito nos municípios de Crateús, Barbalha e Catarina. No mesmo período
43 do ano anterior, havia confirmação de 12.118 casos. Até a data de hoje em 2002, ocorreu
44 a transmissão de dengue em 125 (68%) municípios, enquanto em igual período do ano de
45 2001 foram confirmados casos em 104 (57%) municípios. Situação epidemiológica do
46 dengue em 1986 foram confirmados 4.419 casos com incidência de 75,61, em 1996
47 foram confirmados 789 casos com incidência de 11,39, em 2001 foram confirmados

48 28.950 casos com incidência de 402,20 e 2002 foram confirmados 4.947 casos com
49 incidência de 243,45 até a data de 11/04. Após a apresentação dos técnicos da SESA
50 alguns municípios cearenses apresentam suas experiências exitosas no Controle do
51 Dengue: Pindoretama na pessoa de Mário Lúcio, Pedra Branca na pessoa de Antônio
52 César Gonçalves Pereira, Cascavel na pessoa de Policapo e Fortaleza – SER IV na pessoa
53 de Deusimar. **Item 2 da Pauta – Situação Sanitária dos Hospitais que integram a**
54 **Rede de Assistência das Microrregiões de Fortaleza – Interior, Maracanaú,**
55 **Baturité, Canindé e Aracati.** Diana faz abordagem sobre a situação sanitária dos
56 hospitais que integram a Rede de Assistência das Microrregiões de Fortaleza – Interior,
57 Maracanaú, Baturité e Aracati, colocando logo de início algumas Definições sobre
58 Risco: 1) É a medida da probabilidade e da severidade de efeitos adversos (Cor Way,
59 1982). 2) É a probabilidade de ocorrer acidentes e doenças resultando em ferimentos ou
60 mortes (Inhabe, 1982). 3) É a possibilidade de ocorrência de um evento indesejável que
61 diz respeito ao contexto social, bem como elementos históricos, culturais, econômicas,
62 políticos e ambientais (De Kadt e Tasca, 1993). 4) Epidemiologicamente, risco é a
63 proporção de pessoas que não estão afetadas no início durante este período estudado, mas
64 que desenvolve o evento de risco durante este período (Epidemiologia, Bioestrutura e
65 Medicina Preventiva, 1999). Em seguida expõe sobre a evolução do enfoque de
66 “Vigilância” oriundo do conceito de guerra: Guerra de movimento na Erradicação;
67 Guerra de Posição no Controle; e Guerra fria em Vigilância (1975, Juan César Garcia).
68 Entre os anos 30 e 40 houve a expansão do objeto da epidemiologia e nos anos 60 houve
69 a incorporação da noção de riscos. Afirma que em maio de 2001 houve a Primeira
70 Inspeção Sanitária para preenchimento da FCES, avaliação do PNASH e reconhecimento
71 das Unidades, no Segundo Semestre houve a realização de Inspeção Sanitária de retorno.
72 No Primeiro Semestre do ano corrente houve a terceira visita. Coloca ainda o quadro
73 demonstrativo de algumas características dos Hospitais Inspeccionados: Fortaleza –
74 Interior foram visitadas 09 unidades, sendo 1º Nível 04, 1º e 2º nível 01 e 04 unidades
75 básicas. Maracanaú foram visitadas 10 unidades, sendo 1º Nível 01, 1º e 2º nível 04 e 05
76 unidades básicas. Baturité foram visitadas 08 unidades, sendo 1º Nível 01, 1º e 2º nível 02
77 e 05 unidades básicas. Canindé foram visitadas 04 unidades, sendo 1º Nível 01 e 03
78 unidades básicas. Aracati foram visitadas 03 unidades, sendo 1º e 2º nível 01 e 02
79 unidades básicas. totalizando 34 Unidades Inspeccionadas nestas Microrregiões. Das 34
80 unidades supervisionadas 03 unidades não estavam funcionando plenamente, 02 se
81 encontravam em reforma, 01 estava desativada e 01 sem condições higiênicas para
82 funcionar. Relata os problemas mais frequentes: • Ausência/insuficiência de recursos
83 humanos principalmente de médicos e enfermeiros cobrindo os horários noturno e de fins
84 de semana. Não identificação de responsabilidade técnica. • Inexistência da Comissão de
85 Controle de Infecção Hospitalar e ausência de lavatórios para degermação das mãos. •
86 Inadequação dos espaços físicos, barreira e fluxo que evitem contaminação. •
87 Ausência/Insuficiência de equipamentos básicos de Emergência. •
88 Ausência/Inadequação de equipamentos de lavanderias. • Ausência de Gerador de
89 Energia. • Não realização do controle da qualidade da água. • Não utilização (não
90 existem) de rotinas. Em resumo, das 54 Unidades classificadas como hospitais locais no
91 Estado a serem beneficiadas com repasse de recursos independente de produção, 36 se
92 encontram em condições aceitáveis de funcionamento e 18 apresentam irregularidades
93 apontados nos relatórios da equipe da VISA/SESA. Vera diz que está sendo colocada

94 esta abordagem pela Diana com o objetivo de que a Bipartite tome conhecimento da
95 situação destas unidades e se posicione sobre o dilema vivido pela SESA: como firmar
96 Convênio para repassar recursos para as Unidades Hospitalares em situação de risco? Só
97 lembrando, a Bipartite, em função das dificuldades de implantação da PPI do Estado do
98 Ceará, dado que nós utilizamos uma normatização para classificação de procedimentos a
99 serem assegurados por nível de complexidade e o nível de complexidade foi vinculado a
100 inserção do município no modelo de reorganização da assistência no Estado,
101 conseqüentemente ao perfil da Unidade, no tocante ao 1º nível de referência estas
102 unidades só poderão realizar os procedimentos classificados como de 1º nível, isto
103 implicou num movimento dos Secretários de Saúde destes municípios dados as grandes
104 perdas financeiras em relação aos valores faturados antes da PPI. Essa discussão ocorreu
105 no prazo de três meses, quando o Estado elaborou uma Proposta e colocou para
106 apreciação do Colegiado de Secretários Municipais. A Proposta beneficia cinquenta e
107 quatro municípios, no sentido de não ser a PPI a responsável pelo fechamento de
108 Estabelecimento de Saúde no Estado, foi assegurado o repasse financeiro no valor do
109 faturamento do 1º semestre de 2001 e no caso dos municípios com faturamento abaixo de
110 10 mil manter o piso mínimo de 10 mil. Ao término da exposição da Diana e da Vera os
111 participantes se manifestam: **Fátima, SMS de Mulungu** pergunta qual o município que
112 não gostaria que seu hospital trabalhasse com uma situação regularizada? A prioridade do
113 seu município em 2001 foi investir no PSF e reduzir as internações, fato que hoje está
114 resultando na impossibilidade de manter o hospital funcionando na lógica do
115 financiamento por produção. **Vera**, coloca que a CIB/Ce não vinculou o repasse dos
116 recursos as condições de funcionamento, e sugere que seja dado um prazo para os
117 municípios cumprirem as exigências, pois acha necessário que a SESA assessore os
118 municípios na área de Vigilância Sanitária. **Erismundo, SMS de Aracati** fala que o
119 prazo é muito curto para o município cumprir as exigências da Vigilância Sanitária e
120 afirma sua indignação em relação a conduta adotada pela equipe da VISA/SESA.
121 **Rogério, SMS de Umirim** concorda com a abordagem feita pela Fátima. **Rodrigo, SMS**
122 **de Deputado Irapuan Pinheiro**, coloca que deve se estudar as conseqüências da
123 decisão de fechar ou manter as unidades abertas. Diz que contratou enfermeiro para o
124 Hospital pelo período de 6 meses e isto não representou ganho para o município.
125 Concorda com abordagem da Fátima. **Lúcia, SMS de Jaguaribe** lembra que a maioria
126 das questões apontadas pela equipe da VISA/SESA são relativas aos processos de divisão
127 de trabalho cuja solução se faz com ações simples, que não necessitam de recursos;
128 solicita que sejam promovidos eventos pelo COSEMS para discussão das condições
129 operacionais das Unidades Hospitalares. **Fátima, SMS de Mulungu** diz que o problema
130 não é da enfermeira e sim de gerenciamento e lembra que a supervisão do Conselho
131 Regional de Medicina indica o que deve ser feito. **Eugênio, SMS de Fortaleza** diz que
132 deve ser dado um prazo para que os problemas sejam solucionados e que a decisão
133 política de fazer é o que vale. Em relação ao enfermeiro discorda de que o mesmo seja
134 responsável pela situação crítica destas unidades. **Imaculada**, lembra que as normas não
135 podem ser flexíveis ao ponto de prejudicar as pessoas que são assistidas. **Eugênio, SMS**
136 **de Fortaleza** ressalta que não deve ser fixado um prazo igual para cumprimento das
137 exigências por todos e sim para cada caso. **Lilian**, propõe que cada município deve
138 apresentar um cronograma para solução dos problemas para negociação. A CIB/Ce diante
139 das críticas e sugestões apresentadas decidiu que os municípios que estão em situação
140 irregular de funcionamento identificada pela VISA/SESA deverão apresentar um

141 cronograma para solução dos problemas e negocia - lo com a equipe responsável pela
142 supervisão (VISA/SESA), que terá a responsabilidade de liberar os recursos programados
143 após a negociação. **Item 3 da Pauta – INFORMES: 1.Nomeação da Dra. Leni Lúcia**
144 **Nobre como Secretária de Saúde de Maranguape.** Vera informa que recebeu ofício
145 no.72/2002 – Gabinete do Prefeito Municipal de Maranguape, informando a nomeação da
146 Dra. Leni Lúcia Leal Nobre como Secretária Municipal de Saúde, a partir de 01/04/2002.
147 **2. Mudança na Composição da CIB Microrregional de Aracati.** Ofício no. 176/02 do
148 Gerente da 7ª MR de Aracati, informa que em Icapuí houve mudança de Secretário
149 Municipal de Saúde e conseqüente houve modificação na Composição da CIB –
150 Microrregional. Vice – Presidente Microrregional do COSEMS – Titular, Erisvaldo
151 Moura Cavalcante, SMS de Aracati; Suplente, Juraci Jesuíno da Sillva, SMS de Beberibe.
152 Representante de município de médio porte – Titular, Juraci Jesuíno da Silva, SMS de
153 Beberibe, Suplente, Aline Maria Barbosa Domício, SMS de Icapuí. Representante de
154 município de pequeno porte – Titular, José Jorge Pereira Alves, SMS de Itaiçaba,
155 Suplente, Mauro Cavalcante de Sousa Júnior, SMS de Fortim. **3. Informe de Alerta da**
156 **Vigilância Epidemiológica do risco da introdução do Vírus do Sarampo no Brasil.**
157 **4.Informe sobre o PTIS.** Imaculada informa que não foi selecionado nenhum município
158 do Estado do Ceara para integrar o PTIS - 2. **5. Nomeação da Ivonete como Secretária**
159 **Municipal de Saúde de Quixadá.** Raquel se despede agradecendo a todos da CIB/Ce e
160 informa que irá ser candidata a Deputada Estadual e em seguida apresenta Ivonete
161 Técnica da Secretária Municipal onde já vem desempenhando um bom trabalho no
162 município. Vera coloca que Raquel teve uma boa atuação como representante dos
163 municípios de médio porte na CIB/Ce. **6. PROESE.** Vera informa que é um Projeto
164 Coordenado pelo Ministério da Saúde financiado pelo BIRD e BID no período de sete
165 anos, dividido em quatro componentes: 1º - Conversão do modelo (município população
166 >100 mil); 2º Capacitação de Recursos Humanos; 3º Monitoramento do projeto; e 4º
167 Administração do Programa. Foi instituído uma Comissão pelo Ministério da Saúde para
168 normatizar os critérios para avaliação a aceitação dos Projetos Municipais. O fluxo não
169 passa pela apreciação do Estado (SES/CIB). Os incentivos do Programa Saúde da Família
170 serão mantidos. **7. Mudança da Composição da representação dos Municípios na**
171 **CIB/Ce.** Ofício S/N, datado 09/04/2002 do COSEMS, informa dois novos representantes
172 na CIB/Ce, Município de Médio Porte, Titular Eliadi Bezerra Duarte, SMS de Iguatú,
173 Suplente, Ana Márcia Rosa Veras Pinto, SMS de Tianguá. Manutenção da Paridade,
174 Titular, Lúcia Helena Gondim, SMS de Jaguaribe, Suplente, Carmem Lúcia Osterno,
175 SMS de Marco e como Suplente de Pequeno Porte, Rodrigo Carvalho Nogueira. **8.**
176 **Sistemas de Informação Nacionais apresentam dados diferentes dos existentes nos**
177 **Municípios, que diferem dos que se encontram na SESA.** A Secretária de Saúde de
178 Mulungu chama atenção da CIB/Ce que os dados processados nas Microrregionais de
179 Saúde diferem dos enviados pelos municípios e o que é mais grave os dados processados
180 pelo Nível Central da SESA diferem dos processados pelas Microrregionais. E este fato –
181 problema vem causando prejuízos para os municípios quando do processo de avaliação.
182 Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu,
183 Joana D’Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que
184 vai por mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
185 Estado do Ceará. Fortaleza, doze de abril do ano dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos vinte e seis dias de abril do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião do CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Sexta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Eliade Bezerra Duarte, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Rodrigues Carvalho Nogueira, Secretário Municipal de Deputado Irapuan Pinheiro, José Adelmo Mendes Martins, Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete da SESA. Como convidados: Sheyla Martins, 20ª MRS, José Valmir Araújo, 11ª MRS, Redro, Hospital Cura D' Ars, Silvana Maria C. Fontenele, SMS de Viçosa do Ceará, Maria Elisene Pinto, SMS de Mirafima, Albenice Oliveira, SMS de Amontada, Regina Célia Ribeiro, CEATE/COVAC/SESA, Aldrovano, SMS de Fortaleza, Helaine Coelho, SMS de Paraipaba, Neusa Goya, COSEMS, Francinete Giffani, Projeto 4 Varas – Pirambú. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta – CADSUS**. **Lilian** inicia dizendo que o Cartão Nacional de Saúde é de uso pessoal, não deve ser entregue a outras pessoas, e em caso de perda ou roubo deve ser comunicado ao Disque Saúde pelo Fone: 0800 61 1997 (ligação gratuita). Em relação as Características/Benefícios: • Identidade do usuário no SUS. • Construção de uma base de dados cadastrais baseada na numeração do PIS/PASEP. • Integração dos sistemas nacionais de informação em saúde. • Interligação das unidades de saúde em uma grande rede nacional formada pelos Municípios, Estados e Governo Federal. Objetivos quanto aos usuários: • Construção de base de dados, de histórico e de eventos clínicos. • Imediata identificação, com ganho no atendimento. • Agilização do atendimento, com automatização da marcação de consultas e encaminhamento. • Ampliação e melhoria do acesso e de medicamentos. Objetivos quanto à gestão: • Integração de sistemas de informação. • Acompanhamento dos fluxos assistenciais, contribuindo para os processos de regionalização e de elaboração e acompanhamento da PPI. • Ressarcimento pelas empresas de Planos e Seguros Saúde. • Planejamento, acompanhamento e regulação da gestão municipal. • Planejamento da compra e dispensação de medicamentos. • Acompanhamento de programas e serviços (PACS/PSF, Hipertensão, Diabetes, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, etc). • Gestão e avaliação de recursos humanos. Projeto – Piloto – 1ª Etapa: • Nível Estadual em 27 Estados. • Nível Municipal: - 44 municípios. - Aproximadamente 13 milhões de habitantes. - Aproximadamente 2.000 unidades de saúde. Em relação a expansão do sistema : • Cadastramento da população em âmbito nacional. • Desenvolvimento de novas funcionalidades para o sistema. • Incorporação de novos Estados e Municípios ⇒ FUST – Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações. Em relação a funcionalidades, temos exemplos de telas do sistema desenvolvido para o projeto – piloto (nível de atendimento): Comprovante de Atendimento Ambulatorial; Boletim do Atendimento Ambulatorial; Boletim de Solicitação de Serviços; Solicitação de Entrega de Medicamentos; Comprovante de

47 Entrega de Medicamentos – Solicitação para Entrega do Saldo; Comprovante de
48 Internação Hospitalar, Boletim de Notificação Compulsória. Funcionalidades em Gestão :
49 Cadastros, Usuários, Unidades de Saúde e Profissionais de Saúde. Processa
50 Atendimentos como: Emite Extratos de Atendimentos, Emite Relatórios Gerenciais,
51 Emite BPA para alimentação do SIA – SUS, TAS que integra com outros sistemas de
52 informação da SMS, SES e MS que interliga com SIM/SINAN, SINASC, SIAB, SIH-
53 SUS. Temos o Termo de Adesão ao Cadastramento Nacional de Usuários do Sistema
54 Único de Saúde. Cadastro Nacional são dois: 1) Cadastro de Domicílios. 2) Cadastro de
55 Usuários. Em relação a Coleta: de onde vem os dados, como coletá-la e como processá-
56 la. Lilian ainda apresenta o fluxo de dados entre DATASUS, CEF e Município. Após
57 exposição da Lilian três municípios relatam suas experiências: Pindoretama na pessoa do
58 Mário Lúcio, Fortaleza na pessoa do Adelmo e Viçosa do Ceará na pessoa da Silvana e
59 Alex. Em seguida os Conselheiros se manifestam: **Jurandi** ressalta a satisfação de
60 constatar que os municípios estão construindo, independente dos recursos repassados pelo
61 Ministério da Saúde serem insuficientes para organização do SUS. **Adelmo** faz elogio as
62 experiências dos municípios de Pindoretama e Viçosa do Ceará. **Mário** diz que é
63 necessário fazer um movimento junto ao Ministério da Saúde, solicitando o aumento dos
64 valores repassados para os municípios (R\$ 0,50 para pessoa cadastrada) e agilização do
65 envio dos equipamentos. **Jurandi** ressalta mais uma vez a importância da mudança na
66 conduta de elaboração da pauta, incluindo o relato das experiências municipais. Após
67 discussão a CIB decidiu enviar ofício para a SAS, solicitando o aumento do valor do
68 cadastramento e agilidade na distribuição dos equipamentos. **Item 2 da Pauta –**
69 **Descentralização do Comando dos Prestadores de Serviços de TRS e a modificação**
70 **do TFAM dos municípios de Fortaleza, Crato, Juazeiro do Norte, Barbalha,**
71 **Maracanaú, Quixadá e Sobral a partir de 01/05/02.** A CIB/Ce considerando que os
72 gastos com Terapia Renal Substitutiva – TRS no Estado vem apresentando tendência
73 ascendente, que os serviços de TRS localizados nos municípios em Gestão Plena de
74 Sistema Municipal – GPSM atendem pacientes referenciados de outros municípios, e que
75 a admissão de novos pacientes ao Serviço não está assegurada no limite financeiro
76 municipal; e que a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS promoverá o Seminário
77 Nacional sobre Terapia Renal Substitutiva nos dias 2 e 3 de maio do corrente ano em
78 Salvador, que tratará dentre outros assuntos a mudança de financiamento do TRS.
79 Resolve prorrogar para 1º de junho do corrente ano o prazo para descentralização das
80 responsabilidades de gestão dos Prestadores de Serviços de TRS para os municípios em
81 GPSM no Estado. **Item 3 da Pauta - Saúde Mental : 3.1. CAPS – Proposta do Plano**
82 **de Expansão para 2002 – 2003.** Raimundo Afonso Batista de Aquino, Coordenador da
83 Saúde Mental do Estado apresenta a Proposta de Expansão para o período 2002/2003.
84 Atualmente no Estado se encontram aprovados pela CIB/Ce o cadastramento de 20
85 (vinte) CAPS: Aquiraz, Aracati, Barbalha, Canindé, Capistrano, Cascavel, Crateús, Icó,
86 Iguatú, Itapipoca, Fortaleza (03 CAPS), Horizonte, Juazeiro do Norte, Quixadá,
87 Quixeramobim, Marco, Morada Nova e Sobral. A proposta prever a expansão em 2002
88 de 09 (nove) CAPS: Caucaia, Beberibe, Pedra Branca, Tauá, Maracanaú, Fortaleza (03
89 CAPS) e Crato e para 2003 a expansão de mais 09 CAPS: Limoeiro do Norte, Santa
90 Quitéria, Ipú, Tianguá, Camocim, Brejo Santo, Juazeiro do Norte, Caucaia e
91 Maranguape. Dr. Aquino ressalta que a proposta do Ministério da Saúde só assegura a
92 expansão de 02 CAPS no Estado para 2002 e que esta proposta desta forma necessita de
93 negociação junto ao Ministério da Saúde. Após apresentação os Conselheiros se

94 manifestam: **Adelmo**, manifesta a preocupação com a grande demanda de pacientes do
95 Interior para Fortaleza e o limite fixado para expansão de CAPS no Estado ser
96 insuficiente para implantação da política de reforma psiquiátrica diminuir leitos e não ter
97 alternativa de assistência. **Eliade**, diz que o registro de paciente psiquiátrico é bastante
98 preciso e que 02 CAPS é uma meta fixada para o Estado insuficiente. **Alex**, coloca que
99 não pode usar o critério de que antigüidade é posto, se os recursos são escassos tem que
100 se ter critérios para estabelecimento de prioridades. Os 20 (vinte) CAPS aprovados pela
101 CIB/Ce devem ser avaliados e mantidos só os que tiverem condições, concorda com a
102 permanência de Caucaia e Tauá na proposta de expansão para 2002. No caso de Crato e
103 Fortaleza deve se rever os recursos de Internação. **Rogério**, indaga por que as propostas
104 dos CAPS de Itapajé e Pentecoste foram incluídas na expansão 2003 e o de Paraipaba
105 não? **Rodrigo**, discorda dos critérios atuais para classificar os CAPS como unidade de
106 apoio da Microrregião. **Carlile**, diz que se faz necessário rever a política de saúde
107 mental, e sugere incluir este assunto como pauta principal e discorda do parecer técnico
108 emitido pela SESA em relação ao CAPS do município de Caucaia. **Aquino**, coloca que
109 não recebeu o Projeto de Paraipaba por esta razão o mesmo não foi incluído na proposta.
110 **Regina**, diz que o prazo estabelecido é de 6 meses para cadastramento após divulgação
111 da Portaria e que se faz necessário a agilização por parte dos municípios dá adequação do
112 perfil destas unidades de conformidade com a Norma Nacional. **Francinete**, coloca o
113 serviço do projeto quatro varas a disposição do SUS, transformando-o em CAPS com
114 suporte de treinamento. **Carmem**, solicita que vejam a importância de um CAPS para o
115 Crato dado a necessidade de um trabalho preventivo na área de psiquiatria. **Jurandi**, se
116 coloca como indutor do CAPS de Tauá dado a distância de 400Km para Fortaleza, por
117 ser sede de Microrregião. Diz ainda que há serviço funcionando a 4 anos em Pedra
118 Branca e que se deve apertar os 20 (vinte) CAPS para ver quem realmente está
119 funcionando! Após ampla discussão a CIB/Ce aprovou a expansão para 2002, com
120 prioridade para os CAPS de Caucaia e Tauá, bem como a proposta para 2003. Podendo as
121 propostas serem revistas após a avaliação dos 20 CAPS para adequação a Norma
122 Nacional. **3.2. Residência Terapêutica - Sobral.** O processo foi encaminhado a
123 Coordenação de Saúde Mental e obteve parecer favorável. Esta unidade se propõe a
124 atender 08 pacientes com o valor da diária de R\$ 23,00, resultando no valor mensal de R\$
125 5.520,00. A CIB/CE aprovou a solicitação de cadastramento da Residência Terapêutica
126 de Sobral e os recursos serão incluídos no Teto da Assistência do Município a partir de 1^o
127 de junho de 2002. **3.3. Projetos de Implantações de CAPS: Pedra Branca e Beberibe.**
128 As solicitações de implantação de CAPS: **Pedra Branca**, a CIB/Ce tomou
129 conhecimento do parecer técnico da CEADI que aprova a presente Proposta. No entanto
130 este CAPS não foi selecionado dentre as prioridades estabelecidas para a Expansão de
131 2002, desta forma os recursos financeiros não foram assegurados. **Beberibe**, a CIB/Ce
132 tomou conhecimento do parecer técnico da CEADI que aponta a necessidade de
133 adequação da Proposta a base normativa estabelecida para esta Unidade, e que para
134 Expansão para 2002 esta unidade não foi selecionada dentre as prioridades estabelecidas,
135 não tendo desta forma, os recursos assegurados. **Item 4 da Pauta - Descentralização das**
136 **Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.** Solicitações dos municípios de Trairí,
137 Miraíma, Morrinhos, Amontada e Tejuçuoca, com pareceres favoráveis do NUEPI para
138 serem certificados. A CIB/CE aprovou a Certificações destes municípios para a Gestão
139 das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, após conhecimento do parecer
140 favorável da Comissão Estadual de Descentralização. **Item 5 da Pauta - Saúde da**

141 **Família – Qualificação de Equipe no PSF e Saúde Bucal para os municípios.**
142 Municípios que solicitam qualificação de equipe Saúde da Família: Ararendá (02),
143 Ibiapina (01), Uruoca (02), Caririaçu (01) e São Gonçalo do Amarante (01), e Saúde
144 Bucal: Reriutaba (01), Massapê (01), Pereiro (01), Tianguá (04) e Nova Russas (01). A
145 CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes. **Item 6 da Pauta - Vigilância Sanitária**
146 **– Habilitação para execução das Ações de Média Complexidade em Vigilância para**
147 **o município de Quixelô.** A CIB/Ce aprovou a Descentralização das Ações de Média
148 Complexidade em Vigilância Sanitária para o município de Quixelô, após o parecer
149 favorável da Coordenadoria de Vigilância, Avaliação e Controle – COVAC. **Item 7 da**
150 **Pauta INFORME: 1. Município que aderiu ao Programa Bolsa Alimentação no**
151 **período de 26/03 à 25/04/2002.** A CEACRI/SESA informa que o município de
152 Morrinhos aderiu o Programa Bolsa Alimentação no período de 26/03 à 25/04/2002,
153 conforme orientação contida no ofício circular no. 240 da SPS/MS de 28/11/2001. Nada
154 mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana
155 D’Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por
156 mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado
157 do Ceará. Fortaleza, vinte e seis de abril do ano dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos dezessete de maio do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião da Antiga APC, 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: Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Carmem Lúcia Osteno, Secretária Municipal de Saúde de Marco, Maria Vilauva Lopes, Vice – Presidente do COSEMS, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Carlos Alberto Komora Vieira, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, Paola Colares de Borba, CODAS/SESA, Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Chefe de Gabinete da SESA, José Adelmo Mendes Martins, Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza, Rogério Cunha Teixeira, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Saúde de Caucaia. Como convidados: Neusa Goya, COSEMS, Aluisio, SMS de Fortaleza, Francisca Sandra, Hospital São Gerardo, Getúlio Barros, SMS de Brejo Santo, João França, Hospital Infantil Luiz França, Francisca Catarina, SMS de Canindé, Regina Cláudia Cordeiro, SMS de Canindé, Regina Célia Ribeiro, CEATE/COVAC/SESA, Aline Marques, ICC, Eduardo, SMS de Fortaleza, Carlos Nilton, SMS de Sobral. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Responsabilidades de Gestão da SESA e dos Municípios em GPSM – Vera e Jurandi.** Esse tema foi solicitado, como um tema de pauta principal, para que a Bipartite tivesse clareza das Responsabilidades da SESA e dos Municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM. Este trabalho está organizado por áreas de responsabilidades de gestão. **1ª - Área - Planejamento e Programação em Saúde:** Responsabilidades da SESA: • Elaboração do Plano Estadual de Saúde. • Elaboração do PDR e PDI. • Elaboração do Relatório de Gestão. • Estabelecimento de Diretrizes Políticas, Parâmetros de Cobertura e Critérios de Alocação de Recursos para subsidiar a Programação Pactuada e Integrada - PPI. • Coordenação do processo de elaboração PPI. • Definição de prioridades assistenciais e programação da Alta Complexidade: a) macroalocação de recursos para cada área, b) definição de prioridades de investimento, c) definição de limites financeiros municipais. • Coordenação do processo de alteração da PPI. Responsabilidades dos Municípios: • Elaboração do Plano Municipal de Saúde. • Participação no processo de elaboração do PDR e PDI. • Elaboração do Relatório de Gestão. • Participação no processo de elaboração da PPI. • Coordenação do processo de elaboração da Programação Local Básica e de Média Complexidade. • Programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços de Alta Complexidade. • Elaboração da Reprogramação Local Básica e de Média Complexidade. **2ª - Área – Organização e Gestão em Saúde:** Responsabilidades da SESA: • Estabelecimento de critérios para organização regionalizada das ações de média complexidade. • Orientação sobre a alocação de recursos e definição de limites financeiros das ações de média complexidade. • Delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade. • Coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios: Média Complexidade e Alta Complexidade. • Coordenação do processo de remanejamento de

47 recursos financeiros da Média Complexidade e Alta Complexidade entre os municípios. •
48 Otimização da oferta da Alta Complexidade. • Gestão dos recursos da Média e Alta
49 Complexidade quando o município não se encontra na GPSM. • Gestão dos prestadores
50 de serviços especializados vinculados ao SUS localizados em municípios não habilitados
51 em GPSM. • Gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e de
52 laboratórios de saúde pública. • Gestão sobre o sistema de hemonúcleos / hemocentros
53 (públicos e privados) e de laboratórios de saúde pública. • Alteração da parcela de
54 recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro dos
55 municípios em GPSM. • Comunicação a SAS/MS sobre a alteração dos tetos dos
56 municípios em GPSM. • Emissão de parecer sobre as condições técnica – administrativa
57 e de oferta de serviços dos municípios para efeito de habilitação. • Formulação e
58 execução da política de sangue e hemoterapia. • Formulação e execução da política
59 estadual de assistência farmacêutica. • Gestão das atividades: (1): - Tratamento Fora de
60 Domicílio - TFD para referência interestadual. – Medicamentos excepcionais. – Central
61 de Transplantes. • Coordenação do processo de pactuação dos indicadores da Atenção
62 Básica. • Operação dos sistemas nacionais de informação e alimentação dos bancos de
63 dados de interesse nacional. Responsabilidades do Município em GPSM: • Organização
64 das ações de média complexidade no seu território. • Definição de limites financeiros das
65 ações de média complexidade para os prestadores de serviços. • Organização dos
66 serviços de alta complexidade. • Garantia do atendimento em seu território para sua
67 população e para a população referenciada por outros municípios. • Gestão de recursos da
68 Média e Alta Complexidade. • Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão
69 sobre os prestadores de serviços vinculados ao SUS. • Assume o comando único sobre os
70 prestadores no seu território. • Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares
71 e as transferidas pelo Estado e pela União. • Autorização junto SAS/MS de repasse de
72 recursos financeiros do FNS para o FES para custeio de unidades públicas estaduais e
73 federais localizadas no seu território. • Cumprimento do Pacto Estadual de Assistência
74 Farmacêutica. • Gestão do TFD para referência dentro do Estado. (1) O Estado poderá
75 delegar essas responsabilidades para o município em GPSM. • Estabelecimento do Pacto
76 da Atenção Básica. • Operação dos sistemas nacionais de informação e alimentação dos
77 bancos de dados de interesse nacional. **3ª - Área – Regulação, Controle, Avaliação e**
78 **Auditoria.** Responsabilidades da SESA. • Elaboração do Plano Estadual de Controle,
79 Regulação e Avaliação. • Elaboração do Plano Estadual de Controle, Regulação e
80 Avaliação. • Avaliação do funcionamento do sistema estadual de saúde (desempenho dos
81 processos de gestão, forma de organização e modelo de atenção). • Controle e avaliação
82 dos prestadores de serviços de Média e Alta Complexidade localizados em municípios
83 não habilitados em GPSM: - Conhecimento global dos estabelecimentos. –
84 Cadastramento dos serviços. – Condução do processo de compra. – Contratualização dos
85 serviços. Acompanhamento do faturamento. – Quantidade e qualidade dos serviços. –
86 Autorização para realização dos procedimentos de Média e Alta Complexidade. –
87 Efetivação de pagamentos. – Definição de fluxos e rotinas intermunicipal. (1) No nosso
88 Estado o município faz solicitação à SESA para cadastramento dos serviços de Média e
89 Alta Complexidade. • Regulação da assistência, por meio da implantação de complexos
90 reguladores em municípios não habilitados em GPSM. • Coordenação da implementação

91 de mecanismos de regulação da assistência de Alta Complexidade. • Operação do SIA e
92 SIH em relação a produção de serviços prestados em municípios não habilitados em
93 GPSM. • Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais de Média e Alta
94 Complexidade em município não habilitados em GPSM. • Vistoria para inclusão de
95 novos serviços de Alta Complexidade. • Vistoria para inclusão de novos serviços de
96 Média Complexidade em municípios não habilitados em GPSM. • Controle e avaliação
97 do sistema de Alta Complexidade quanto à sua resolubilidade e acessibilidade. •
98 Estruturação e operação do componente estadual do SNA. Responsabilidades do
99 Município em GPSM. • Elaboração do Plano Estadual de Controle, Regulação e
100 Avaliação. • Regulação dos serviços de Média e Alta Complexidade. • Avaliação do
101 funcionamento do sistema municipal de saúde (desempenho dos processos de gestão,
102 forma de organização e modelo de atenção). • Controle e avaliação dos prestadores de
103 serviços localizados no seu território: - Conhecimento global dos estabelecimentos. –
104 Cadastramento dos serviços (1). – Condução do processo de compra. – Contratualização
105 dos serviços. - Acompanhamento do faturamento (2). – Quantidade e qualidade dos
106 serviços. – Autorização para realização dos procedimentos de Média e Alta
107 Complexidade. – Efetivação de pagamentos. – Definição de fluxos e rotinas
108 intermunicipal. (2) Na área de ambulatório está vinculado ao sistema próprio da SESA. •
109 Regulação da assistência, por meio da implantação de complexos reguladores. •
110 Integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação
111 ambulatoriais e hospitalares. • Operação do SIA e SIH e alimentação junto a SESA dos
112 bancos de dados nacional e estadual. • Manutenção do cadastro atualizado de unidades
113 assistenciais em seu território. • Vistoria para inclusão de novos serviços de Média
114 Complexidade. • Estruturação e operação do componente estadual do SNA. **4^a - Área –**
115 **Epidemiologia e Controle de Doenças: Responsabilidades da SESA.** • Coordenação
116 das ações de epidemiologia e controle de doenças. • Execução das ações de
117 epidemiologia e controle de doenças em municípios não certificados. Execução de
118 operação complexas voltadas ao controle de doenças. • Suprimento de materiais para
119 UBV – Unidade de Baixo Volume. • Distribuição de lavadeiras para os municípios. •
120 Acompanhamento e avaliação das ações de epidemiologia e controle de doenças no
121 âmbito estadual. • Cooperação técnica aos municípios. • Apoio logístico e estratégico à
122 atividades de atenção à saúde da população indígena. Responsabilidades do Município
123 em GPSM. • Execução das ações de epidemiologia e controle de doenças. •
124 Acompanhamento e avaliação das ações de epidemiologia e controle de doenças no
125 âmbito municipal. • Executar ações de assistência à saúde voltada para a população
126 indígena. **5^a - Área – Vigilância Sanitária.** Responsabilidades da SESA. •
127 Coordenação das ações de vigilância sanitária. • Execução das ações de vigilância
128 sanitária de Média Complexidade em municípios não certificados. Execução das ações
129 vigilância sanitária de Alta Complexidade. • Repasse de recursos para custeio das ações
130 de vigilância sanitária de Média Complexidade para os municípios certificados. •
131 Cooperação técnica aos municípios. • Acompanhamento e avaliação das ações de
132 vigilância das ações de vigilância sanitária no âmbito estadual. Responsabilidades do
133 Município em GPSM. • Execução das ações de vigilância sanitária básica e de Média
134 Complexidade. • Acompanhamento e avaliação das ações de vigilância sanitária no
135 âmbito municipal. **Item 2 da Pauta – Saúde Mental – Cadastramento do CAPS de**

136 **Caucaia.** O município de Caucaia acatou o parecer técnico da Célula de Normatização da
137 Atenção à Saúde do Adulto e Idoso. E hoje está apresentando uma nova proposta baseada
138 na solicitação do CEADI. A CIB/Ce aprovou o cadastramento do CAPS de Caucaia junto
139 ao SIA/SUS com uma programação fixada no limite financeiro mensal de R\$ 22.479,00.
140 **Item 3 da Pauta – Epidemiologia e Controle de Doenças – Solicitação de Revisão dos**
141 **Critérios de Alocação de Recursos para os Municípios Certificados – Jurandi.** Dr.
142 Ernani, coloca que o Ministério da Saúde está estudando a possibilidade de atualização da
143 população trabalhada. A atualização da população trabalhada representa um acréscimo de
144 recursos para a grande parte dos municípios. O COSEMS não elaborou a Proposta,
145 adiando a apresentação para o próxima reunião (29/05/02). **Item 4 da Pauta –**
146 **Transferência de recursos para SMS de Fortaleza para atendimento realizado no**
147 **Hospital Ponto Socorro Infantil – Francisco Sá enviados pelo HIAS /**
148 **Imunohistoquímica do ICC e Laboratório Dr. Hamilton Monteiro.** A CIB/CE,
149 considerando que o limite financeiro dos recursos federais para o município de Fortaleza
150 foi definido com base na Programação Pactuada e Integrada – PPI 2002 e o mesmo não
151 assegura o pagamento dos atendimentos realizados pelos prestadores de serviços
152 integrantes do setor complementar acima das metas programadas, e que houve aumento
153 da demanda do Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS decorrente da elevação do número
154 de doenças infantis nos primeiros meses do ano e da necessidade de transferir pacientes
155 atendidos na Emergência deste Hospital para internação nos hospitais do SUS. Bem como
156 a não inclusão de recursos federais no limite financeiro do município de Fortaleza para:
157 (1) pagamento dos exames de imunohistoquímica realizados pelo Instituto do Câncer do
158 Ceará e Laboratório Dr. Hamilton Monteiro Ltda; (2) das internações de média
159 complexidade em unidades hospitalares classificadas como de alta complexidade:
160 Instituto do Câncer do Ceará, Hospital Batista Memorial, Hospital Antônio Prudente e
161 Hospital São Raimundo; (3) dos exames de medicina nuclear para usuários do SUS que
162 ultrapassaram o valor programado definido na PPI 2002. Decidiu autorizar a Secretaria
163 da Saúde do Estado do Ceará – SESA a repassar recursos do teto sob gestão estadual
164 alocados no Fundo Estadual de Saúde – FUNDES para o Fundo Municipal de Saúde –
165 FMS de Fortaleza, para pagamento das internações prestadas pelo Pronto Socorro
166 Infantil Francisco Sá, no período de Fev. a Mai./02 que excederam a programação, dos
167 exames imunohistoquímica prestados pelo Instituto do Câncer do Ceará e Laboratório de
168 Patologia Dr. Hamilton Monteiro Ltda e dos exames de medicina nuclear prestados pelo
169 Instituto de Medicina Nuclear no período de Fev. a Mai./02, e das internações de média
170 complexidade prestadas pelas Unidades hospitalares classificadas de Alta Complexidade:
171 Instituto do Câncer do Ceará, Hospital Batista Memorial, Hospital Antônio Prudente e
172 Hospital São Raimundo, no mês Mai./02. Os repasses serão feitas mediante a produção
173 apresentada à SMS de Fortaleza, que após processamento informará à SESA através de
174 documentos o valor do repasse para cada prestador de serviços relacionado acima. **Item**
175 **5 da Pauta - Revisão dos Limites Financeiros dos Municípios em GPSM.** Vera
176 apresenta a proposta e entrega ao Jurandi para que a mesma seja apreciação pelo
177 COSEMS. **Item 6 da Pauta – INFORMES: 1. A SESA Elaborou um Manual**
178 **Operativo para Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.**
179 **2. Portaria No. 786 GM, datada de 19/04/02 – Altera o Elenco de Medicamentos**
180 **Básicos. 3. Portaria No. 702 GM, datada de 12/04/02 – Cria Mecanismos para**
181 **Organização e Implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. 4.**
182 **Portaria No. 249 SAS, datada de 12/04/02 – Estabelece normas para cadastramento**

183 **de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. 5. Portaria No. 772 GM,**
184 **datada de 17/04/02 – Habilita os municípios de Aratuba, Iguatú, Jaguaribe, Nova**
185 **Russas, Pedra Branca, Pereiro, Quixeramobim e Santana do Acaraú em GPSM**
186 **segundo a NOAS – 2001 a partir de 1º de abril de 2002. 6. Portaria No.775 GM,**
187 **datada de 17/04/02 – Qualifica o Estado do Ceará segundo a NOAS – 2001 e**
188 **habilita – o em GPSE. 7. Ofício Circular No. 91 SPS, datado de 07/05/02 – Informa o**
189 **Encontro com os Coordenadores Estaduais da Atenção Básica/PACS/PSF, no**
190 **período de 20 à 24/05/02, para avaliar os temas e projetos prioritários, cuja pauta e**
191 **local do evento serão comunicados posteriormente. 8. Portaria No. 868 GM, datado**
192 **de 07/05/02 – Fixa em R\$ 2.400,00 o valor do incentivo para cada Agente**
193 **Comunitário de Saúde por ano. 9. Ofício no. 429/2002 da SMS de Fortaleza -**
194 **Comunica que a partir de 15/05/02 o Dr. José Aluisio da Silva Soares, Coordenador**
195 **de Políticas e Saúde/SMS, passará a ser o Suplente do Secretário Municipal de**
196 **Saúde, Dr. José Adelmo Mendes Martins junto a CIB/CE.** Nada mais havendo a
197 tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos
198 Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e
199 pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará.
200 Fortaleza, dezessete de maio do ano dois mil e dois.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002**
3
4

5 Aos vinte e nove de maio do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião
6 CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a
7 Oitava Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará –
8 CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Maria Vilauva Lopes, Vice –
9 Presidente do COSEMS, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Saúde de
10 Jaguaribe, Carmem Lúcia Osteno Silva, Secretária Municipal de Saúde de Marco, Eliade
11 Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do
12 COSEMS, Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, José Aluisio da Silva
13 Soares, Coordenador da SMS de Fortaleza, Carlos Alberto Komora Vieira, Secretário
14 Municipal de Saúde de Maracanaú, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA,
15 Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Rogério Cunha Teixeira, Secretário
16 Municipal de Saúde de Umirim, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins,
17 Coordenadora de Gabinete/SESA, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira,
18 COVAC/SESA. Como convidados: Sheyla Martins Alves, 20ª - MRS, Neusa Goya,
19 COSEMS, Ricardo Araújo, SMS de Barbalha, Cláudia Alves Leite, Coordenadora da
20 Vigilância Saúde, Aldrovando Nery, SMS de Fortaleza, Cristiano Walter, SMS de
21 Fortaleza. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo
22 **Item 1 da Pauta - Pacto dos Indicadores da Atenção Básica 2002. Imaculada,**
23 Gerente da CEOAP dar as seguintes informações: Haverá uma comunicação direta do
24 município com o Ministério da Saúde. A SESA através da Microrregional de Saúde
25 deverá homologar as metas do Pacto. O município tem mais autonomia de decisão para
26 estabelecimento das metas. As metas serão definidas tendo como subsídio o estudo de
27 tendência apresentado pelo Ministério da Saúde. A Proposta de Estratégias para
28 Execução do Pacto da Atenção Básica 2002 no Estado do Ceará, foi apresentada na
29 reunião do Conselho Gestor em 27/05/2002. E nos dias 27 e 28/05/2002 foi realizada,
30 discussão e sugeridos os indicadores complementares na COPOS, com os Gerentes e os
31 Técnicos. No dia 07/06/2002, será realizada a oficina com os Gerentes Microrregionais.
32 Nos dias 10 à 14/06/2002 ocorrerá as Oficinas dos Gerentes MR com os municípios. Nos
33 dias 17 à 20/06/2002 haverá a Pactuação dos municípios nas MR's. Nos dias 20 a
34 28/06/2002 será homologado ou não os pactos pela SESA. Em seguida apresenta o
35 **Pacto 2002 dos municípios através do SISPACTO.** O município preenche a planilha
36 eletrônica no SISPACTO com dados 2001 e metas 2002, isto é o município realiza
37 avaliação dos indicadores. O município valida a planilha até o dia 20/06/2002, em
38 seguida envia para a SESA. A SESA analisa as informações, e poderá, homologa até o
39 dia 28/06/2002, ou não homologa. No caso de ser homologado o município envia a
40 planilha em papel assinada pelo gestor municipal até dia 28/06/2002. A SESA gera
41 relatório anexo XIII. No caso de não homologado o município revalida a planilha no
42 SISPACTO; a SESA homologa ou não homologa; neste último caso o Pacto constará no
43 sistema como não homologado; e será discutida na CIB/Ce; assinatura do gestor estadual
44 e presidente do COSEMS; envio pelo correio até 19/07/2002. Em seguida apresenta os
45 **indicadores principais: Saúde da Criança:** 1 – Número absoluto de óbitos em menores
46 de um ano de idade. 2 – Taxa de mortalidade infantil. 3 – Proporção de óbitos em
47 menores de um ano de idade por causas evitáveis. 4 - Proporção de óbitos em menores de

48 um ano de idade por causas mal definidas. 5 – Taxa de internações por IRA em menores
49 de 5 anos de idade. 6 – Cobertura por DTP em menores de um ano de idade. 7 –
50 Homogeneidade de cobertura vacinal de rotina por DTP em menores de um ano de idade.
51 **Saúde da Mulher:** 8 – Taxa de mortalidade materna. 9 – Número de casos confirmados
52 de tétano neonatal. 10 – Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas
53 de pré – natal. 11 – Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados. 12 –
54 Razão entre exames citopatológicos cervicais – vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a
55 população feminina nesta faixa etária. **Controle de Hipertensão:** 13 – Taxa de
56 internação por acidentes vascular cerebral (AVC). 14 – Taxa de mortalidade por doenças
57 cérebro – vasculares. **Controle de Diabetes:** 15 – Taxa de internação por cetoacidose e
58 coma diabético. 16 – Taxa de internação por diabetes. **Controle da Tuberculose:** 17 –
59 Percentual de cura nos casos novos de tuberculose. 18 – Percentual de abandono do
60 tratamento de tuberculose. **Eliminação de Hanseníase:** 19 – Percentual de abandono do
61 tratamento de hanseníase. 20 – Taxa de detecção de casos de hanseníase. **Saúde Bucal:**
62 21 – Taxa de cobertura de primeira consulta odontológica. 22 – Razão entre os
63 procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos. **Gerais:** 23 –
64 Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF). 24 –
65 Proporção de casos de sarampo investigados em 48 horas após a notificação. 25 –
66 Cobertura vacinal contra influenza em idosos. 26 – Média anual de consultas médicas nas
67 especialidades básicas por habitantes. Os indicadores complementares: **Saúde da**
68 **Criança:** 1 – Proporção de nascidos vivos com baixo – peso ao nascer. **Saúde da**
69 **Mulher:** 2 – Número de casos confirmados de sífilis congênita. 3 – Proporção de
70 nascidos vivos de mães sete ou mais consultas de pré – natal. **Controle de Hipertensão.**
71 4 – Taxa de internação por insuficiência cardíaca (ICC). **Controle da Tuberculose:** 5 –
72 Taxa de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera. **Eliminação de Hanseníase:** 6 –
73 Percentual de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados. 7 – Taxa de
74 prevalência da hanseníase. **Saúde Bucal:** 8 – Proporção de exodontia em relação às ações
75 odontológicas básicas individuais. **Gerais:** 9 – Média mensal de visitas domiciliares por
76 família. 10 – Cobertura do SIM. 11 – Cobertura do SINASC. 12 – Cobertura do SINAN.
77 **Indicadores Opcionais – Saúde - Saúde do Adolescente:** 13 – Taxa de parto e aborto
78 na adolescência. 14 – Taxa de Mortalidade por causas externas na adolescência. Após
79 apresentação do Pacto pela Imaculada, foram discutidos na Bipartite os indicadores
80 complementares: Item 3 - redução da concentração de consulta pré - natal de 07 para 06
81 consultas; Item 5 - excluir pois está contido na relação de indicadores principais e Item 9
82 - o Komora solicita esclarecimentos. Como a Marilac não estava presente para apresentar
83 justificativa técnica esse itens a Bipartite não aprovou a sua inclusão no elenco. A CIB/Ce
84 concordou com o Cronograma: em 20/06 - Validação dos Pactos; em 28/06 - A
85 SESA/MR homologa; em 07/06 - Revisão do Nível Central com a MR's; em 10 a 14/06 -
86 Oficina dos Gerentes MR com os Municípios; e em 17 a 20/06 - Pactuação dos
87 municípios nas MR's. **Item 2 da Pauta Revisão dos Limites Financeiros dos**
88 **Municípios em GPSM.** Vera faz abordagem sobre a revisão dos limites financeiros dos
89 municípios em GPSM. Coloca que segundo acordo firmado na CIB/Ce o prazo de
90 revisão da PPI.2002 é trimestral, tendo sido iniciada em 1º de fev.02 , a 1ª revisão estava
91 prevista para maio.02. E ressalta que a Proposta elaborada pela SESA está pautada nos
92 seguintes pontos: 1º Garantir o acesso da população aos serviços de saúde independente
93 de local de residência; 2º Na área de internação utilizar os dados fornecidos pela Câmara
94 de Compensação de Internação e no ambulatório considerar as modificações que foram

95 processadas pelos gestores municipais na programação; 3º Manter os recursos das
96 referências de internação nos limites financeiros dos municípios em GPSM que na
97 avaliação da Câmara de Compensação de Internação a população não foi atendida em
98 nenhum outro município; e 4º Apurar os dados apresentados no sistema nos meses de
99 fevereiro e março.02. Após apresentação os manifestaram - se: **Eliade**, diz que não é
100 correto se considerar os dados da Câmara de Compensação de Internação no casos dos
101 Serviços de Referência, pois os mesmos se organizam com base na população,
102 independente de atender ou não, se tem um custo - fixo. Na Microrregional a lógica de
103 compensação deve ser trabalhada urgentemente, porque os municípios estão atendendo
104 sem referência oficial. **Aldrovando**, coloca que os recursos federais são para o custeio
105 do Sistema. **Ilário - Prefeito de Quixadá**, discorda da abordagem feita por Aldovandro
106 e coloca que a lógica deve ser de fortalecimento do SUS. E que os municípios se
107 encontram numa fase de reestruturação dos serviços e de implantação de um novo
108 modelo de assistência, e que para implantar o modelo não se pode dissociar o custeio do
109 investimento. Considera que o tempo para apuração não é suficiente, há necessidade de
110 pactuar os critérios. Lembra que na reunião do COSEMS/Ce ontem foi visto que os
111 mecanismos de apoio ao sistema não foram implantados: Central de Regulação, Cartão
112 SUS, etc. Para gerir bem os recursos devemos pactuar esse ponto que é fundamentado na
113 proposta dos Secretários. **Hilder – Prefeito de Brejo Santo**, concorda com a abordagem
114 do Eliade e do Ilário e diz que todas as questões devem ser discutidas para subsidiar a
115 definição dos critérios. Aproveita a oportunidade e fala sobre o problema do limite das
116 cesárias e das dificuldades das unidades de referência em atender. **Socorro**, lembra que
117 não se pode deixar de colocar nas discussões todos os municípios do Estado, pois
118 devemos ter como eixo a garantia de acesso da população aos serviços de saúde.
119 **Jurandi**, manifesta a preocupação em relação as questões que foram abordadas, pois
120 existem municípios que ganham e municípios que perdem. E que esta preocupado com a
121 divisão dos colegas, e que o quadro que foi trabalhado nas discussões, hoje se apresenta
122 diferente. **Vilauva** lembra que a PPI- 2002 foi aprovada sob condição da SESA bancar
123 os recursos que os municípios em GPSM perderam em relação ao teto vigente em janeiro
124 de 2002. E afirma que este compromisso não vem sendo assumido. **Jurandi** apresenta a
125 proposta do COSEMS/Ce para a área de internação 1. Constituição de uma Comissão
126 Bipartite para discutir e estabelecer os critérios para revisão do Teto Financeiro dos
127 Municípios em GPSM, tendo como prazo, para isso, 30 dias a contar da pactuação desta
128 proposta na CIB/CE. 2. Os critérios propostos pela Comissão deverá ser pactuado na
129 CIB/Ce. 3. A partir dos novos critérios, realizar nova avaliação no mês de julho tendo
130 como referência os meses de abril, maio e junho. 4. A vigência dos novos tetos
131 financeiros deverá ser na competência julho/02. **Aldrovano** coloca que em relação a
132 alterar os tetos só a partir de 01/07/02, cria uma condição real de falência de alguns
133 serviços em Fortaleza, os serviços quando atendem querem receber os recursos
134 financeiros, e esta a Proposta trará danos para o sistema. **Policarpo - SMS de Cascavel**,
135 chama atenção para o fato que os secretários só se reúnem para discutir as perdas, e
136 concorda que se comece com a Proposta que tem o princípio de igualdade como eixo. E
137 coloca que se deve trabalhar tendo como base princípios e não casos isolados. E lembra
138 que a situação dos municípios de GPSM hoje é bem diferente da apresentada no
139 momento de habilitação pela NOB.96 e que nem todos hoje dispõem de capacidade de
140 oferta. **Aluisio – SMS de Fortaleza**, se coloca que o sistema não dispõe de Central de
141 Regulação, desta forma deve se compreender que a Câmara de Compensação de

142 Internação é um mecanismo que mostra o número de pacientes realmente atendidos. E
143 que a SESA pode discutir pontualmente. **Jurandi** acha deselegante que não são
144 contemplados na sua Proposta, alguns membros do COSEMS fiquem discordando da
145 Proposta que foi elaborada ontem pelo Colegiado. **Lilian** aproveita a oportunidade e faz
146 esclarecimentos sobre a metodologia de apuração das internações a partir da Câmara de
147 Compensação. A reunião foi suspensa para que os membros representantes dos
148 municípios se reunissem com o objetivo de discutir e emitir parecer sobre a Proposta
149 apresentada pela SESA. A posição dos membros foi de não aceitar a Proposta da SESA
150 no tocante a área de internação. A CIB/Ce decidiu: 1^a - Manter os Limites Atuais –
151 incorporando as mudanças do Ambulatório Especializado em jun.02. 2^o - Acatar a
152 Proposta do COSEMS para área de internação. 3^a - Que as alterações das Referências
153 Ambulatorial Especializada e de Internações só poderão ocorrer quando o município que
154 encaminha presente solicitação a CIB/Mr e que as partes envolvidas estejam presentes
155 no processo de discussão. 4^o - O fluxo dos processos de solicitação de revisão da PPI -
156 2002 obedecerá os seguintes passos: 1) As alterações de programação no âmbito interno
157 de cada município, continuarão a ocorrer no período de 01 a 10 de cada mês, com o
158 suporte da Microrregional. 2) As alterações das referências especializadas na área de
159 ambulatório ou internação, só poderão ocorrer quando o município interessado solicitar à
160 CIB Microrregional e registrar as decisões em ata, considerando os seguintes casos: a)
161 Quando se tratar de municípios de uma mesma Microrregião: O município solicitante
162 encaminhará o pleito à CIB Microrregional, que contará com a presença dos municípios
163 envolvidos, cuja decisão deverá ser registrada em ata. A solicitação do pleito deverá ser
164 encaminhada à CEPPE para as devidas providências. B) Quando se tratar de municípios
165 de Microrregião diferentes. O município solicitante encaminhará o pleito à CIB
166 Microrregional da sua própria Microrregião. O município solicitante comparecerá à
167 reunião e as decisões serão registradas em ata. A Gerente Microrregional do município
168 solicitante encaminhará o processo à Gerente Microrregional do município que receberá a
169 referência. O município de referência deverá participar da reunião de sua CIB
170 Microrregional e as decisões deverão ser registrada em ata. Caso o pleito seja positivo, a
171 Gerência Microrregional do município de referência enviará o processo à CEPPE para as
172 devidas providências. Os limites financeiros Mensais com vigência a partir de 1^o de
173 jun.02 ficaram assim determinados: para a área de MEC sob gestão municipal: Acopiara
174 - R\$ 127.597,00, Aratuba - R\$ 16.106,00, Barbalha - R\$ 480,669,00, Baturité - R\$
175 103.465,00, Brejo Santo - R\$ 276.657,00, Canindé - R\$ 283.832,00, Capistrano - R\$
176 50.099,00, Crateús - R\$ 278.735,00, Crato - R\$ 843.248,00, Fortaleza - R\$ 7.009.122,00,
177 Fortim - R\$ 20.864,00, Icapuí - R\$ 30.473,00, Iguatú - R\$ 381.895,00, Iracema - R\$
178 45.548,00, Itapiúna - R\$ 33.869,00, Jaguaribe - R\$ 80.682,00, Juazeiro do Norte - R\$
179 606.530,00, Maracanaú - R\$ 967.810,00, Marco - R\$ 74.609,00, Nova Russas - R\$
180 59.975,00, Pacoti - R\$ 21.237,00, Pedra Branca - R\$ 93.768,00, Pereiro - R\$ 25.459,00,
181 Quixadá - R\$ 285.792,00, Quixeramobim - R\$ 173.991,00, Santana do Acaraú - R\$
182 58.539,00, Sobral - R\$ 1.754.587,00, Tamboril - R\$ 62.218,00, Trairi - R\$ 63.671,00, sob
183 Gestão Estadual - R\$ 10.763.267,00, totalizando para MEC - R\$ 24.890.054,00. Para a
184 área de Alta Complexidade sob gestão municipal: Barbalha - R\$ 456.584,00, Crato - R\$
185 184.260,00, Fortaleza - R\$ 4.707.107,00, Juazeiro do Norte - R\$ 91.656,00, Maracanaú -
186 R\$ 99.629,00, Quixadá - R\$ 47.423,00 e Sobral - R\$ 671.570,00; sob gestão estadual -
187 R\$ 2.187.183,00, totalizando para a Alta Complexidade - R\$ 8.445.412; os recursos
188 definidos para o Estado totalizam - R\$ 33.335.466,00. **Item 3 da Pauta – Saúde da**

189 **Família – Qualificação de Equipes do Programa Saúde da Família e Saúde Bucal.**
190 **Municípios que solicitam Programa Saúde da Família:** Paraipaba (01), Potengi (01),
191 **Lavras da Mangabeira (03), Pedra Branca (01), Nova Russas (05). Saúde Bucal:** São João
192 **do Jaguaribe (01), Jardim (01), Ipueiras (01), Farias Brito (01), Lavras da Mangabeira**
193 **(02). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes. **Item 4 da Pauta – INFORMES:****
194 **1. Municípios que aderiram ao Programa Bolsa Alimentação no período de 17/05/02**
195 **à 29/0502.** A CEACRI/SESA informa os municípios que aderiram ao Programa Bolsa
196 Alimentação no período de 17/05/02 à 29/05/02, conforme orientação contida no ofício
197 circular no. 240 da SPS/MS de 28/11/2001: Parambú, Salitre, Ocara, Varjota, Meruoca,
198 Moraújo, Pires Ferreira e Russas. **2. Termo de Conserto de Procedimento e**
199 **Concepção, elaborado a partir da Audiência de Governo de 06/05/02 – Ministério**
200 **Público.** Recebemos um documento do CONASS, datado de 28/05/02, que informa o
201 propósito de superar os conflitos estabelecidos entre o Cadastramento para o Cartão SUS
202 e o Cadastramento (chamado único), para Políticas de Transferência Direta de Renda do
203 Governo Federal, o Ministério Público Federal – DF, promoveu uma “ **Audiência de**
204 **Governo**”, ocasião em que convocou os atores destes processos para uma audiência
205 mediada pelo Procurador Humberto Jacques. **Que gerou o Termo de Conserto de**
206 **Procedimento e Concepção.** Ficou decidido que no Art. 8º - A população presentemente
207 já cadastrada no CADSUS, mas ainda não cadastrada no Cadunico, deve ter seus dados
208 cadastrais imediatamente emigrados para o Cadunico. Nada mais havendo a tratar, a
209 CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D’Arc Taveira dos Santos,
210 servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos
211 membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza,
212 vinte e nove de maio do ano dois mil e dois.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002**
3
4

5 Aos quatorze dias do mês de junho do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de
6 Reunião CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-
7 se a Nonagésima Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
8 Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Ana Márcia Rosa V
9 Pinto, Secretária Municipal de Saúde de Tianguá, Francisco Evandro Teixeira Lima,
10 COMIRES/SESA, Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Eliade Bezerra,
11 Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Rogério Cunha Teixeira, Secretário Municipal
12 de Saúde de Umirim, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Maria do Perpetuo
13 Socorro Parente Martins, Coordenadora de Gabinete/SESA, José Aluisio da Silva Soares,
14 Coordenador da SMS de Fortaleza, Como convidados: Maria Tereza N.B. Timbó, SMS
15 de Tamboril, Romênia Priscila O Monte Coêlho, SMS de Aquiraz, Sheila Maria
16 Santiago, SMS de Fortaleza, Mônica Eufrazina, SMS de Fortaleza, Francisco José
17 Rodrigues, SMS de Tejuçuoca, Fábio Campos, SMS de Redenção, Albenice O Meneses,
18 Micro de Itapipoca, Mônica Façanha, CEVEPI/SMS de Fortaleza, Edna, CEVISA/SMS
19 de Fortaleza, Maria do Socorro Furtado Nogueira, CEVISA/SMS de Fortaleza,
20 Almerinda Nunes Teófilo, SMS de Maracanaú, Erivan Albuquerque, SMS de Aquiraz. A
21 reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da**
22 **Pauta - Regionalização – Papel das CIB's Microrregionais – Evandro e Neusinha.**

23 Com a palavra Evandro, Coordenador da COMIRES/SESA que faz exposição sobre a
24 situação em que se encontram as Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais.
25 **Finalidades e Composição:** • Fórum de discussão e negociação das questões
26 operacionais do SUS. • Compostas por seis membros: três da SESA e três do conjunto de
27 municípios. • Membros natos: Gerência Microrregionais e Vice – Presidente do
28 COSEMS. • Gerente Microrregional é Presidente. **Competências:** • Avaliar e apreciar os
29 assuntos: - modelo de atenção, incluindo o PSF; - processo de habilitação em nível de
30 gestão; - critérios de enquadramento de municípios em vantagens pré estabelecidas pela
31 norma do SUS. • Emitir parecer e indicar à análise da CIB/Estadual na programação
32 físico e orçamentária dos municípios financiados pelo SUS. • Emitir parecer: - acordos,
33 contratos e convênios que envolvam atividades de descentralização. • Atender demandas
34 dos gestores sobre a implementação do SUS na microrregião. • Cumprir deliberação da
35 CIB – Estadual. • Coordenar o processo de descentralização das ações, dos serviços do
36 SUS na microrregião. • Avaliar e emitir parecer em planos, relatórios de gestão, termos
37 de compromisso. • Avaliar: - Remanejamento e corte entre municípios quando houver
38 extrapolação do teto orçamentário. – Programação solicitada pelos municípios. •
39 Coordenar, orientar e emitir parecer, articulada com às microrregionais: - programação de
40 investimento a ser realizada em cada município. A **CIB-Ce** é instância superior à CIB -
41 Microrregional inclusive para sancionar todas as propostas e decisões e, em caso de
42 alterações sobre questões já pactuadas que envolva a CIB – Microrregional, deverá
43 realizar consulta à mesma. **Pontos Facilitadores:** • Fortalecimento do sentimento de
44 pertença. • Facilitadores do relacionamento entre gestores. • Troca de experiência entre
45 municípios. • Fortalecimento da instância microrregional da SESA. • Pauta acordada e
46 elaborada previamente. • Pauta elaborada mediante proposta municipais, microrregional

47 ou estadual. • Apoio das Câmaras Técnicas quando necessário. • Bom nível dos
48 Secretários, boa frequência dos municípios. • Participação de assessores municipais. •
49 Ambiente de pactuação mais próximo dos Secretários de Saúde, facilita a discussão de
50 problemas e desafios colocados em âmbito microrregional. • Pontencialização dos
51 processos de participação e co-responsabilização entre os gestores em torno da
52 organização dos sistema de saúde microrregional. • Ampliação do convívio, inclusive
53 afetivo, entre os Secretários. • Instância revestida de grande importância por possibilitar o
54 exercício democrático da pactuação entre os gestores do SUS. **Pontos Dificultadores:** •
55 Deficiência de apoio logístico: - ausência de secretária. – ausência de gravador e seus
56 acessórios. • Baixa participação dos municípios – Pólo em algumas microrregionais,
57 quando do interesse da área de assistência. • Não incorporação, ainda , da importância e
58 significados das CIB's Microrregionais, o que faz com que os resultados produzidos não
59 correspondem a sua potencialidade, enquanto instância de pactuação e discussão. • Pouca
60 sistematização, em algumas microrregiões, do funcionamento da CIB Microrregional,
61 evidenciada pela inexistência de uma agenda de reunião, elaboração de atas, definição de
62 pautas com temas significativos para o desenvolvimento microrregional. • Insuficiência
63 de informações para condução e discussão propriamente dita dos temas pautados nas
64 reuniões. Muitas vezes, os membros da CIB Microrregional desconhecem as pactuações
65 feitas na CIB/Ce. • Insuficiência na interlocução entre as CIB' s Microrregionais e a
66 CIB/Ce. Necessidade das pactuações serem respeitadas no sentido de seu efetivo
67 cumprimento. **Sugestões:** • Adquirir material para apoio logístico como gravador e
68 acessórios. • Providenciar apoio de secretária. **Conclusão:** • A constituição da
69 CIB/Microrregional representa um avanço significativo tanto no que se refere ao aspecto
70 normativo quanto a implantação de novos processos de gestão, mais democráticos e
71 participativos. Considerando ser recente sua instituição, avaliamos que as dificuldades
72 ora identificadas poderão ser superadas através do exercício mais permanente da
73 pactuação microrregional. Após a exposição do Evandro, os membros manifestaram – se:
74 **Vera** destaca dois ponto citando: 1º - É o reconhecimento das grandes dificuldades de
75 articulação entre a CIB/Ce e as CIB's Microrregionais; e o 2º é a necessidade de apoio
76 técnico às Comissões Microrregionais . E apresenta duas sugestões: 1) Fazer as reuniões
77 da CIB/Ce na Sala de Teleconferência da ESP/Ce - Entrar em Contato com Sílvia
78 Mamede. 2) Fazer Oficina de Preparação Organizativa das CIB's Microrregionais - Entrar
79 em contato com o Alcides. **Item 2 da Pauta – Descentralização da VISA – Média**
80 **Complexidade para os municípios de Araripe, Tururu e Itapipoca.** A CIB/Ce
81 aprovou a Descentralização das Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária
82 para os municípios de Araripe, Tururu e Itapipoca, após o parecer favorável da
83 Coordenadoria de Vigilância, Avaliação e Controle – COVAC. **Vera** coloca que a
84 identificação das dificuldades de firmar convênio para repasse dos recursos, dado o
85 período de proibição eleitoral. Caso não seja possível a SESA deverá fazer um Plano de
86 Trabalho em conjunto com o município para uso dos recursos da VISA Média
87 Complexidade. **Item 3 da Pauta – Saúde da Família – Qualificação de Equipe no**
88 **Município de Milagres.** O município de Milagres está solicita qualificação de 03
89 equipes no Programa Saúde da Família. A CIB/Ce aprovou a qualificação destas
90 equipes. **Item 4 da Pauta – Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle**
91 **de Doenças e Proposta de Reajuste do TFECD de Fortaleza.** Solicitações dos
92 municípios de Itapipoca e Tururu, com pareceres favoráveis do NUEPI para serem

93 certificados. A CIB/Ce aprovou a Certificação destes municípios para a Gestão das Ações
94 de Epidemiologia e Controle de Doenças, após conhecimento do parecer favorável da
95 Comissão Estadual de Descentralização. A **CEVIGE** informa a situação atual dos
96 municípios cearenses quanto a certificação da Epidemiologia e Controle de Doenças, até
97 o momento foram certificados 115 municípios pela CIB/Ce, representando 62,5%
98 restando pois 69 municípios (37,5%). Uma preocupação apresentada é de que quando da
99 atualização da população trabalhada para 2001, 36 municípios terão população menor do
100 que a de 1999 e destes 20 estão certificados, o que implica na redução do teto: Altaneira,
101 Aracati, Aracoiaba, Aratuba, Barreira, Baturité, Bela Cruz, Croatá, Farias Brito, Icapuí,
102 Iracema, Maranguape, Nova Russas, Pacoti, Saboeiro, Santana do Acaraú, Santana do
103 Cariri, Tabuleiro do Norte, Tamboril e Ubajara. Hoje estamos com a **Proposta de**
104 **Reajuste do TFECD de Fortaleza**. O município solicita a expansão do teto, passando de
105 R\$ 543.663,70 para R\$ 889.756,01 representando 63,66%. Situação Atual: MS (R\$
106 543.663,70 – 65%), TM (R\$ 422.098,03- 44%). Proposta: MS (889.756,01 – 70%), TM
107 (R\$ 381.324,01 – 30%). Fundamento: atuar de forma a vencer a barreira de se trabalhar
108 no Controle da Dengue no município. Os membros manifestam-se: **Socorro**, coloca que
109 deve se discutir a proposta com base na situação epidemiológica de todos os municípios
110 cearenses, dado que Fortaleza, já vem sendo trabalhada de forma diferenciada, onde o
111 percentual é de 98% do valor, enquanto os demais é de 60%. **Vera**, propõe que a proposta
112 seja apresentada a Comissão Estadual de Descentralização da Epidemiologia e Controle
113 de Doenças, para que seja emitido parecer, para que a CIB/Ce, em caso favorável, emita
114 uma Declaração e envie a Proposta para o MS. A CIB/Ce acatou a proposta sugerida pela
115 **Vera**. **Item 5 da Pauta - Mudanças da Norma de Concessão de Órteses e Próteses e**
116 **Meios Auxiliares de Locomoção dos Serviços que integram a Rede Estadual e**
117 **Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.** A Portaria GM No. 185,
118 datada de 05/06/2001 foi reeditada em 05/04/2002 e impossibilita que os serviços do 1º
119 Nível de Referência Intermunicipal façam concessão da maioria das Órteses e Próteses,
120 causando sérios problemas para os municípios que já tinham pacientes inscritos e com
121 demanda identificada. Os municípios com Serviços de Referência de 1º Nível só poderão
122 fazer concessão de próteses auditivas, bengalas, lentes, lupas, óculos com lentes, prótese
123 ocular, óculos com lentes corretoras, bolsas de colostomia, conjuntos de placas e bolsas,
124 bolsas coletoras, barreiras protetoras de pele e cateter duplo J. Almerinda, técnica de
125 Maracanaú, destaca que a COVAC/SESA desconhecia esta decisão do MS, fato que
126 contribuiu para que os municípios com serviços classificados como 1º Nível de
127 Referência trabalhassem no sentido de estruturar os serviços conforme proposta
128 elaborada com a SESA, e hoje os prejudicados são os pacientes que foram cadastrados no
129 Serviço. A CIB/Ce na busca de solucionar o problema, decidiu que a Equipe Técnica da
130 SESA, responsável pela Coordenação desta Área, entrasse em contato com a Direção do
131 Centro de Saúde José de Alencar (única unidade no Estado apta para adquirir órteses e
132 próteses para deficientes físicos) no sentido de que os pacientes cadastrados no município
133 de Maracanaú fossem inscritos no referido Centro. **INFORMES: 1. O Projeto de**
134 **Cooperação Brasil/França selecionou alguns Projetos de Investimento constantes do**
135 **PDI voltados para melhoria de Serviço de Urgência e Emergência 24 h nos**
136 **municípios de Fortaleza (3) e Caucaia (1). 2. Consulta Pública No. 3, de 14/05/2002**
137 **que estabelece o Sistema de Classificação Hospitalar do SUS. 3. Portaria GM No.**
138 **1027, de 31/05/2002 que reajusta os procedimentos cirúrgicos no SIH, dado a**
139 **mudança do cálculo do valor do Anestesiista. 4. Portaria GM No. 1061, de**

140 **05/06/2002 que reajusta os tetos estaduais em função da Portaria GM. No. 1027. 5.**
141 **Levantamento da Produção do SIA/SIH na MEC dos Municípios em GPSM no**
142 **período de out. a dez.01 feito pela SAS/MC. 6. Portaria GM No. 938, de 20/05/2002**
143 **que inclui na tabela do SIH procedimentos especiais: Incentivos ao Registro Civil de**
144 **Nascimento. 7. Reunião no dia 25/06/2002 com representante do MS para discussão**
145 **sobre as Denúncias apresentadas pelos Usuários do SUS com os municípios de**
146 **Acopiara, Barbalha, Crato, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Pedra**
147 **Branca e Sobral.** Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião,
148 determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária,
149 lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
150 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, quatorze de junho do ano
151 dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos dois dias do mês de julho do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião 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: Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Caucaia, Rogério Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Carmem Lúcia Osterno, Secretária Municipal de Saúde de Marco, José Aluísio da Silva Soares, Coordenador da SMS de Fortaleza, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Coordenadora de Gabinete/SESA, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Saúde de Jaguaribe, José Adelmo Mendes Martins, Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza, Luiza de Marilac Meireles Barbosa, COPOS/SESA, Maria Vilauva Lopes, Vice - Presidente do COSEMS, Diana Carmem Almeida N de Oliveira, COVAC/SESA. Como convidados: Ana Beatriz Cavalcante, SMS de Itaitinga, Getulio Barros, SMS de Brejo Santo, Edna Lacerda Queiroz, Aldrovando Nery Aguiar e Alexandra S. Miranda, SMS de Fortaleza, Alcides Miranda e Neusa Goya, COSEMS/Ce, Valdene Vasconcelos Cunha, SMS de Tianguá, Ítalo N. Bezerra Paulino, SMS de Quixelô, Adilia Maria Machado Feitosa, CEOAP/SESA, Francisco Carlos Uchôa, SMS de Maracanaú, Maria Ivonete Dutra Fernandes, SMS de Quixadá, Rejane Maria Pereira, SMS de Santana do Acaraú. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Revisão dos Tetos Financeiros dos Municípios em GPSM decorrentes dos acréscimos das internações cirúrgicas com anestesia (Portaria GM 1061, datada 05/06/02 e da transferência do teto da TRS para o FAEC (Portaria GM 1112, datada 13/09/02).** Conforme as disposições contidas na Portaria GM No. 1122, de 13/06/02, que fixa o limite anual de recursos para a Assistência Ambulatorial - Serviço de Terapia Renal Substitutiva - TRS, a serem financiados através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC; foram alterados os tetos financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal na área ambulatorial - Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS com os limites financeiros mensais a serem financiados através do FAEC para os municípios: **Barbalha** para o Hospital Maternidade Santo Antônio no valor R\$ 109.510,00; **Crato** para a UNIRIM no valor R\$ 213.612,00; **Fortaleza**: - Policlínica do Rim S.C. Ltda no valor R\$ 130.968,00, - Santa Casa de Fortaleza no valor R\$ 115.279,00, - Instituto de Nefrologia do Ceará no valor R\$ 169.691,00, - Clínica PRONEFRON no valor R\$ 290.041,00 - Hospital Universitário (HUWC) no valor R\$ 93.574,00, Instituto do Rim no valor R\$ 336.753,00, - Rim Centro no valor R\$ 108.895,00, - Instituto de Doenças Renais no valor R\$ 159.718,00, - Clínica do RIM no valor R\$ 162.159,00, PRONTORIM no valor R\$ 263.696; **Juazeiro do Norte** para o Hospital Santo Inácio no valor R\$ 105.155,00; **Maracanaú** para o Rim Centro no valor R\$ 103.878,00; **Quixadá** para o Centro de Doenças Renais e Hip. Art. CORAQ no valor R\$ 47.586,00; e **Sobral** para a Santa Casa de Misericórdia no valor R\$ 182.755,00. A Portaria No. 1.061/GM, datada de 05/06/02 fixou para o Estado do Ceará recursos adicionais mensal no valor de R\$ 402.988,00 correspondente ao impacto do reajuste dos

48 procedimentos de internação cirúrgica que envolve anestesista, representando desta forma
49 um acréscimo aos tetos dos municípios na média/alta complexidade, fixando os tetos dos
50 municípios em GPSM no valor de : Aracoiaba - R\$ 166.796,00; Aratuba - R\$ 17.546,00;
51 Barbalha - R\$ 836.419,00; Baturité - R\$ 109.247,00; Brejo Santo - R\$ 266.924,00,
52 Canindé - R\$ 273.316,00; Capistrano - R\$ 48.473,00; Crateús - R\$ 245.231,00; Crato -
53 R\$ 811.359,00; Fortaleza - R\$ 11.020.741,00; Fortim - R\$ 20.864,00; Icapuí - R\$
54 31.837,00; Iguatú - R\$ 367.661,00; Iracema - R\$ 40.294,00; Itapiuna - R\$ 29.866,00;
55 Jaguaribe - R\$ 75.101,00; Juazeiro do Norte - R\$ 581.531,00; Maracanaú - R\$
56 946.580,00; Marco - R\$ 68.270,00; Nova Russa - R\$ 60.780,00; Pacoti - R\$ 15.457,00,
57 Pedra Branca - R\$ 87.179,00; Pereiro - R\$ 32.896,00; Quixadá - R\$ 267.949,00;
58 Quixeramobim - R\$ 178.154,00; Santana do Acaraú - R\$ 58.354,00; Sobral - R\$
59 2.284.795,00; Tamboril - R\$ 63.922,00; e Trairi - R\$ 46.580,00. A Portaria 1188, datada
60 de 26/06/02, ajusta a tabela de preços SIA para os procedimentos de consultas médicas
61 especializadas e cria o piso para as consultas especializadas - PCE, no valor de R\$ 3,39
62 habitante ano. Comentários: o Ministério da Saúde fixa os valores de ajuste mensais da
63 tabela para o Estado - R\$ 629.767,00, já definido os valores à serem incorporado nos
64 tetos de GPSM - R\$ 425.042,00 e os tetos do Estado que se encontra em Plena - R\$
65 204.725,00, além destes recursos acrescenta o valor para se alcançar o PCE, que
66 representa R\$ 0,10 habitantes ano, totalizando - R\$ 60.370,00. A grande surpresa é que
67 parte dos municípios em GPSM não foram contemplados com esses recursos dado que
68 não possuem unidades do setor complementar: Capistrano, Fortim, Icapuí, Iracema,
69 Itapiúna, Jaguaribe, Marco, Nova Russas, Pacoti e Pedra Branca. **Item 2 da Pauta -**
70 **Proposta para Revisão Periódica dos Tetos dos Municípios Cearenses na Área de**
71 **Internação - COSEMS.** Com a palavra Alcides assessor do COSEMS, apresenta a
72 Proposta do COSEMS, elaborando as Diretrizes Técnicas do Processos de Reajuste dos
73 Tetos dos Municípios: 1) Elaborar ajuste de programação trimestralmente, utilizando o
74 Banco de Dado dos últimos três meses, imediatamente anterior ao trabalhado. 2)
75 Formação e Consolidação do Banco de Dados: a) Arquivos dos municípios em GPSM
76 responsável a SMS; b) Arquivos dos municípios em GPAB ou GPAB-A responsável a
77 SESA; e c) Arquivos de unidades sob gestão Estadual sediada em Fortaleza. 3) Excluir do
78 Banco de Dados: a) Procedimentos pagos com FAEC; b) Procedimentos de alta
79 complexidade / alto custo; c) Procedimentos rejeitados pelo gestor ou pela crítica do
80 sistema DATASUS; e d) Procedimentos de outros Estados. 4) Formulação do Cálculo: a)
81 O custo utilizado para compensação do valores de teto financeiro, deverá ser o mesmo
82 utilizado para programação (NR1, NR2 e NR3). Em relação ao local da referência saindo
83 + referência entrando: Por exemplo: Fórmula 1) $X [(Y : 3) \times Z] + [(H : 3) \times G]$, onde X
84 é o valor ajustado mensal, Y é a soma das AIHs aprovadas dos três meses NR1, 3 é a
85 quantidade dos meses, Z é o valor per capita de programação por NR1, H é a soma das
86 AIHs aprovadas dos três meses NR2 e NR3 e G é o valor per capita de programação por
87 NR2 e NR3. Fórmula 2) $X = \{[(Y \times G) + [(Z \times H)] - N\}$, onde X é o valor à adicionar
88 ou deduzir do programado, Y é a soma das quantidades de AIHs aprovadas de NR1 dos
89 três meses, G é o valor per capita do NR1, Z é a soma das AIHs aprovadas do NR2 e
90 NR3 dos três meses , H é o valor per capita NR2 e NR3, N é a soma do valor de
91 programação de três meses (local ou referencia); b) o município que deixou de atender
92 100% do programado e os pacientes não foram atendidos por outros municípios o
93 recursos da referência não será alterado, caso contrário será deduzido.; e c) O município

94 que enviar mais que o programado, a diferença será deduzido de sua programação local.
95 5) Emitir relatório detalhados, de fácil análise e definição dos novos tetos financeiros. 6)
96 Emitir planilhas de gastos por município (GPSM) utilizando a base de dados oficial
97 (DATASUS/MS) arquivos resumos. Em relação ao Pacto para Fortalecimento do
98 Processo: 1) Descentralizar a programação e reprogramação (ajustes da PPI) para as MR,
99 desenvolvendo um sistema informatizado inteligente, observando os pactos
100 microrregionais seus tetos financeiros pactuados. 2) Os encaminhamentos programados
101 para os municípios em GPSM, não farão referência à unidade de atendimento e sim ao
102 próprio município o gestor terá competência de regular. 3) No caso dos encaminhamentos
103 programados para os municípios satélites, a referência será para a unidade de atendimento
104 e a SESA regula. 4) A SESA terá a responsabilidade de elaborar um sistema
105 informatizado capaz de atender as Diretrizes Técnica de forma flexível e disponibilizá-
106 lo para a Microrregião. 5) O nível Estadual deve desenvolver, juntamente com as
107 instituições de ensino, uma política de capacitação de pessoal para operacionalização de
108 sistemas de regulação de acesso, controle e avaliação nas Microrregião e município em
109 GPSM. 6) Manter os recursos federais programados, como prioridade, dentro da
110 Microrregião, dando autonomia aos gestores para processar a alteração da programação,
111 no mesmo prazo de ocorrência da Câmara de Compensação (trimestral). Ressalta-se que
112 a reprogramação deverá, obrigatoriamente, ser pactuada na CIB - Microrregional,
113 anteriormente ao seu envio para a SESA, sem perder de vista o que preconiza a NOAS e
114 os plano, PDR, PDI e a PPI. Após apresentação do Alcides os participantes manifestam -
115 se: **Eliade**, ressalta a necessidade de que se tenha assegurado os mecanismos de
116 Regulação de Garantia de Acesso, para que não aconteça o que está ocorrendo como por
117 exemplo em Jucás que está em programação enviando para em Iguatú resolveu
118 encaminhar para o Crato os procedimentos que foram assegurados para Iguatú, isto deve
119 ser evitado. **Liliam**, ressalta que grande parte da proposta é o que já está sendo
120 trabalhado pela COVAC e destaca alguns pontos: 1) A Câmara de Compensação vem
121 sendo operacionalizada e se constitui o mecanismo de reajuste de teto mensal, exceto
122 para municípios em GPSM por decisão da CIB/Ce. 2) O período de ajuste do limite
123 financeiro é trimestral, nos últimos três meses imediatamente anteriores ao trabalho é
124 impossível que seja apurado o último mês, dado a não disponibilidade dos dados pelo
125 DATASUS, com maior dificuldade se for pelo APURADOR/pago e não pelo
126 APURADO/apresentado. 3) Dificuldade de excluir os procedimentos prestados a
127 pacientes de outros Estados, dado a ausência da Câmara de Compensação Interestadual. E
128 dar a seguinte sugestão: 1) Sugere que o COSEMS /Ce passa conhecer a estrutura dos
129 relatórios da Câmara de Compensação. 2) Em relação a Central de Regulação desenhada
130 pelo Estado é melhor estruturada que o SISREG, a proposta da SESA é implantar seis
131 Central de Regulação este ano. Após as discussões a CIB/Ce tomou as seguintes
132 decisões: 1) Período de Apuração, será trimestral. 2) Forma de Apuração, pela produção
133 apresentada. 3) Não excluir do Banco de Dados, os procedimentos de outros Estados. 4)
134 Fórmula do Cálculo considerar o valor global (N1+N2+N3). 5) Modificar o item 2 do
135 Pacto, para fortalecimento do processo deve se garantir que o gestor do município sede
136 do módulo assistencial ou do pólo apresente para os gestores municipais da sua área de
137 abrangência as unidades de apoio do sistema de referência com sua capacidade de oferta,
138 para que o gestor que encaminha selecione os serviços. Ressaltando que a regulação do
139 acesso à assistência é de responsabilidade do gestor municipal quando o mesmo se
140 encontrar em GPSM e do gestor estadual quando o mesmo for habilitado na GPAB ou

141 GPAB-A. **Item 3 da Pauta – Saúde da Família – Qualificação de Equipe de PSF e**
142 **Saúde Bucal.** Solicitação de qualificação de equipe no Programa Saúde da Família:
143 Canindé (01), Morada Nova (01) e Reriutaba (05). Saúde Bucal: Chaval (01),
144 Frecheirinha (01), Milagres (01) e Graça (01). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas
145 equipes. **Item 4 da Pauta – Solicitação da SMS de Fortaleza de Autorização para**
146 **Pagamento Administrativo a Santa Casa de Fortaleza - Serviço de Radioterapia -**
147 **Fev/Abr.02.** O Secretário Municipal de Fortaleza Dr. Adelmo, solicita à CIB/Ce
148 autorização para efetuar pagamento administrativo à Santa Casa de Misericórdia de
149 Fortaleza dos serviços de radiologia prestados aos usuários do SUS que foram glosados
150 quando do processamentos APAC's por exceder o orçamento fixado. No entanto o
151 município identificou posteriormente que os valores alocados em programação
152 equivocadamente foram inferiores ao limite assegurado quando da definição dos recursos
153 para financiamento destes serviços. Os valores se encontram no Fundo Municipal de
154 Saúde, mas por ser gerenciado por APAC's as contas não podem ser rerepresentadas.
155 Dado que o Serviço de Radioterapia da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza integra
156 o SUS; e considerando que no Limite Financeiro da Assistência de Alta Complexidade
157 do município de Fortaleza foram assegurados recursos financeiros no valor mensal de R\$
158 137.765,00 (cento e trinta e sete mil setecentos e sessenta e cinco reais) para este Serviço
159 e que os procedimentos de radioterapia são gerenciados através de APAC e que em caso
160 de glosas não podem ser rerepresentados; os recursos financeiros correspondentes aos
161 valores glosados se encontram no Fundo Municipal de Saúde de Fortaleza, a CIB/Ce
162 através de Resolução autoriza a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, através de
163 recursos federais disponíveis no Fundo Municipal de Saúde a efetuar pagamento
164 administrativo dos procedimentos de radioterapia glosados nos meses de fevereiro – 02
165 no valor de R\$ 14.870,18 (quartoze mil oitocentos e setenta reais e dezoito centavos),
166 março – 02 no valor de R\$ 23.954,94 (vinte e três mil, novecentos e cinquenta e quatro
167 reais e noventa e quatro centavos), e abril – 02 no valor de R\$ 26.480,64 (vinte e seis mil
168 quatrocentos e oitenta reais e sessenta e quatro centavos), que foram prestados pelo
169 Serviço da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. **Item 5 da Pauta - Solicitação de**
170 **reclassificação dos Leitos de UTI do IJF.** O IJF solicita a reclassificação de (21) leitos
171 de UTI do Porte I para o Porte II, o município declara que possui disponibilidade
172 financeira no valor de R\$ 34.020,00 correspondente ao acréscimo. A CIB/Ce aprovou o
173 pleito. **Item 6 da Pauta - Informes: 1) Habilitação de município em GPSM segundo a**
174 **NOAS pela CIT em 19/06/02: Maracanaú, Sobral, Icapuí, Crato, Brejo, Capistrano**
175 **e Marco.** Vera informa que dos (29) municípios em GPSM pela NOB- 1996, foram
176 habilitados pela NOAS - 2001 (16) municípios, restando pois (13) municípios, destes
177 Fortaleza, Fortim e Barbalha estão sendo reavaliados com possibilidades de serem
178 habilitados pela NOAS - 2001, os demais deverão apresentar nova documentação e
179 solicitar habilitação pela NOAS - 2002. **2. Portaria GM No. 878, datada de 08/05/02 -**
180 **Altera o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais**
181 **Filantrópicos sem fins lucrativos e o SUS.** Vera informa que foram selecionados (03)
182 hospitais pelo Ministério da Saúde: a Santa Casa de Misericórdia em Sobral, Hospital
183 Jesus Maria José em Quixadá e o Hospital São Vicente de Paulo em Barbalha. **3.**
184 **Portaria Conjunta No. 61/04/02 - Aprova a adesão de 39 municípios cearenses ao**
185 **Programa Nacional de Assistências Farmacêuticas/Sishiperdia.** Os municípios
186 relacionados são: Acaraú, Alcântaras, Brejo Santo, Campos Sales, Capistrano, Caruiçaba,
187 Caraubal, Catarina, Chaval, Cruz, Erere, Fortim, Ico, Itapage, Jaguaruana, Nova

188 Russas, Pentecoste, Quiterionopolis, Redenção, Santana do Acaraú, São Benedito, São
189 Luiz do Curu, Senador Sá, Solonopole, Ubajara, Umirim, Viçosa do Ceará, Itaiçaba,
190 Barroquinha, Iguatú, Orós, Quixelô, Acopiara, Carire, Graça, Groairas, Morada Nova,
191 Pedra Branca e Santana do Cariri. Destes (39) municípios (08) municípios estão em
192 GPSM. **4.Comunicado de exoneração do cargo de Secretário Municipal de Saúde de**
193 **Deputado Irapuan Pinheiro - Rodrigo Carvalho Nogueira.** Nada mais havendo a
194 tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos
195 Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e
196 pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará.
197 Fortaleza, dois de julho do ano dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 11ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos trinta dias do mês de julho do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião 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: Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Rogério Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Saúde de Jaguaribe, Carlos Alberto Komora, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú. Como convidados: Ricardo Araújo, SMS de Barbalha, Ana Beatriz Cavalcante, SMS de Itaitinga, Ana Valdici Nogueira Pinheiro, SMS de Solonopole, Maria Eudesia B.Barbosa, SMS de General Sampaio, Neusa Goya, COSEMS, Maria Tereza Timbó, SMS de Tamboril, Maria Jane C. Chagas, SMS de Morada Nova, Mauro Cavalcante, SMS de Fortim, Francisco Feitosa Vilar Filho, IJF - Centro, Rômulo, SMS de Baturité, Claudia Ricarte, SMS de Baturité. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Quixelô – Solicitação de Habilitação na GPSM Segundo a NOAS – 2002.** A reunião da CIT será no dia 14/08/02, é necessário que a CIB/Ce analise a documentação de habilitação do município de Quixelô, pois o Ministério da Saúde pede que envie os documentos para análise pelo menos 15 (quinze) dias antes. O município de Quixelô tem uma população estimada em 2001 de 15.584 habitantes, fica na Microrregião de Iguatú, é sede de modulo assistencial, cumpriu todo os requisitos de avaliação da NOAS - 2002, teve um bom desempenho na atenção primária, e só tem unidades públicas, por isto já exerce o comando único do Sistema Municipal, segundo a PPI - 2002 o limite financeiro mensal do município é R\$ 28.950,00 na área de média complexidade sendo para a internação R\$ 15.384,00 e para o ambulatório R\$ 13.563,00. É o primeiro município que esta pleiteando habilitação pela NOAS - 2002. A CIB/Ce aprovou a habilitação do município de Quixelô em GPSM segundo a NOAS - 2002. **Item 2 da Pauta - Saúde da Família – Solicitação de Qualificação de Equipe no PSF/Saúde Bucal para os municípios de Crateús e Barbalha.** PSF/Saúde Bucal: O município de Crateús (02) e Barbalha (01). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes. **Item 3 da Pauta - Projeto REFORSUS – Solicita que a CIB/Ce adote providências para enfrentamento dos problemas detectados pela fiscalização em: Itaitinga, Umirim, General Sampaio, Madalena, Hidrolândia, São Luiz Curu, Banabuiú, Solonópole, Bela Cruz, Abaiara, Penaforte, Nova Olinda, Morrinhos e Ocara.** Vera coloca que foi feito uma avaliação em treze projetos estava com dificuldades no Estado do Ceará. Deste treze projeto o de **Abaiara e Penaforte** são o de maior preocupação para o Ministério da Saúde, pois ainda não teve retorno destas Unidades; Abaiara está com problemas técnicos e Penaforte está com pendência na conclusão do projeto. A sistemática do REFORSUS, CIB/Ce selecionava os projetos, mas a articulação se dava entre o Ministério da Saúde e o Município ou a entidade filantrópica; ou a pessoa do projeto. Mas como dar problemas, o REFORSUS volta para a esfera do Estado, para que o Estado veja a situação. Como no caso de Abaiara e Penaforte que estão com problemas mais sério, então o REFORSUS está

48 solicita que a CIB/Ce se posicione em relação a estes dois municípios; porque os recursos
49 já foram liberados e estas unidades ainda não concluíram seus projetos. As demais
50 Unidades no caso de Itaitinga, Umirim, General Sampaio, Madalena, Hidrolândia, São
51 Luiz Curu, Banabuiú, Solonópole, Bela Cruz, Abaiara, Penaforte, Nova Olinda,
52 Morrinhos e Ocara, solicitam que a CIB/Ce se posicione no sentido de fazer investimento
53 foi realizado nestas unidades possa está representando uma expansão de garantia de
54 oferta para a população, pois coloca que o investimento foi feito e que estas Unidades não
55 estão apresentando produção do investimento que foi colocado. Na análise que fizemos,
56 em que eles estão colocando a CIB/Ce está sentido dificuldades em três projetos de:
57 **Hidrolândia, São Luiz do Curu e Bela Cruz**, porque foram projetos que destinaram
58 para ampliação do Centro Cirúrgico para viabilizar internações cirúrgicas nestas
59 unidades; na época não tinha política de reorganização da atenção secundária de estrutura
60 de atendimento de acordo com o sistema de referência de 2º e 3º nível de referência.
61 Conseqüentemente este investimento, vamos ter que discutir muito em relacionarem os
62 municípios de Hidrolândia, São Luiz do Curu e Bela Cruz para estar discutindo uma
63 possibilidade deste Centro Cirúrgico dentro de um contorno em que não inviabilize o
64 modelo de reorganização do Estado, mas que também o investimento não seja paralisado.
65 A nossa preocupação, é que depois das eleições no final do ano ou no início do ano, vai
66 iniciar o processo do REFORSUS - 2, e o Estado que tiver pendência não vai ter
67 oportunidade de investimento dentro do REFORSUS. É por isso que o Gabriel Ferrado,
68 Secretário de Investimento que era Coordenador do Projeto REFORSUS está colocando
69 isso volta a CIB/Ce, é como se a CIB/Ce definiu estas prioridades, selecionou estes
70 projetos de forma prioritária, agora não está tendo um retorno, então vamos está
71 cobrando deles um retorno em relação a estes investimentos. As demais unidades fizemos
72 uma avaliação e vimos não tem nada de inconsistente com o perfil, vamos ter que
73 verificar as possibilidades de cadastramento e funcionamento destas estruturas que foram
74 ampliadas. Como no caso de: **Itaitinga** a demora da fiscalização das instalações,
75 dificuldades na instalação do Raio X (montada em 29/07/02), mas só foi adquirida parte
76 do equipamento que precisa ser licitado pela SMS. O restante dos serviços precisam ser
77 fiscalizado. **Urimim** foi adquirido um Raio X, já usado e sem os equipamentos auxiliares
78 que o municípios está providenciando a aquisição de equipamento complementar.
79 **General Sampaio** o hospital não cadastrado, a documentação enviada para a COVAC
80 (02298916/1). A equipe da VISA exigiu mudança na estrutura física da Unidade, que se
81 torna inviável dado o porte do município e a carência. **Solonópole** a equipe da VISA
82 solicitando adequação da sala de esterilização, problema de carência de Recursos
83 Humanos. Necessidade de adequação da programação do município. Equipamentos
84 licitados em 1999 para o Projeto, com recursos liberados e não foram adquirido os
85 equipamentos. Houve ampliação da obstetrícia e da pediatria e a reforma prevista não foi
86 realizada. Os municípios de **Madalena, Banabuiú, Nova Olinda, Morrinhos e Ocara**
87 não estão inconsistente. A CIB/Ce decidiu enviar solicitação de relatórios até o dia
88 23/08/02 à Célula de Atenção Secundária revendo o perfil das Unidades de: Hidrolândia,
89 São Luiz do Curu e Bela Cruz. **Item 4 da Pauta - Recursos Federais – Gastos com**
90 **produção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade – 2001 em**
91 **municípios em GPSM. Dados da SAS/MS.** Vera coloca que o Secretário de
92 Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Renilson Rehem de Sousa encaminhou
93 Ofício No. 852, datado de 04/07/02 ao Secretário de Saúde, Dr. Anastácio de Queiroz
94 Sousa apresentando uma análise sobre os recursos federais transferidos e os valores

95 faturados no SIA/SIH, para a assistência ambulatorial e hospitalar (média e alta
96 complexidade), pelos municípios habilitados em gestão **Plena do Sistema Municipal**. A
97 grande maioria dos municípios se encontram com média de gastos inferior a 80% dos
98 recursos transferidos fundo a fundo: Acopiara, Aratuba, Barbalha, Capistrano, Crateús,
99 Fortim, Icapuí, Iguatú, Iracema, Itapiuna, Jaguaribe, Maracanaú, Marco, Nova Russas,
100 Pacoti, Pedra Branca, Pereiro, Quixadá, Santana do Acaraú, Tamboril e Trairi. Apenas 08
101 (oito) municípios gastam acima de 80%: Baturité, Brejo Santo, Canindé, Crato, Fortaleza,
102 Juazeiro do Norte, Quixeramobim e Sobral. Aponta que essa discrepância é preocupante,
103 uma vez que pode revelar situações de ausência de equidade no gasto de recursos ou no
104 acesso da população aos serviços de saúde. Considera que os recursos transferidos para a
105 assistência ambulatorial e hospitalar são destinados aos procedimentos de média e alta
106 complexidade, e pelo fato de ser vedado aos municípios o pagamento de tabela
107 diferenciada para a remuneração de serviços de saúde com recursos federais, segundo
108 preceitua a Portaria no. 1.606/GM de 11/09/2001, o Ministério vem envidando esforços
109 no sentido de viabilizar recursos que permitam ampliar a oferta de serviços e garantir
110 cada vez mais o acesso aos usuários do SUS à rede assistencial de saúde. Por esta razão
111 solicita que a Comissão Intergestores Bipartite - CIB/Ce seja inteirada desses dados para
112 que nela sejam avaliados os motivos que levaram os referidos municípios a executarem
113 valores tão inferiores ou superiores aos tetos financeiros estabelecidos por esta Comissão
114 para o custeio de atendimento à população que necessita da assistência prestada pelo
115 Sistema Único de Saúde. Lembra que o papel do gestor estadual como coordenador da
116 Programação Pactuada Integrada - PPI é fundamental, uma vez que é na programação que
117 são definidos todos os critérios de atendimento e alocação de recursos da saúde. O
118 processo de elaboração da PPI deve ser feito com rigor e atenção, uma vez que a PPI
119 representa um importante instrumento para garantia do acesso do cidadão aos serviços de
120 saúde. **Vera**, diz está preocupada com os municípios de Fortim, Icapuí, Iracema, Itapiuna,
121 Maracanaú, Marco, Nova Russas, Pacoti, Pereiro e Trairi que estão com a produção
122 abaixo de 50% em relação ao teto. **A SMS de Maracanaú** solicita que se faça a análise
123 isolada do Hospital de Maracanaú. **A SMS de Jaguaribe** lembra que se está tratando as
124 áreas básicas distância da MEC/AC. A CIB/Ce solicita que a COVAC/SESA realize
125 Auditoria de Gestão nos municípios em GPSM com desempenho de produção
126 especializada menor que 80% do limite financeiro fixado. **Item 5 da Pauta - PM .**
127 **Jaguaruana - Solicitação de parecer da CIB/Ce sobre o Projeto de Construção de**
128 **um Hospital no Município – Recursos do MS.** Vera coloca a CIB/Ce que a Prefeitura
129 Municipal de Jaguaruana conseguiu com o Ministério da Saúde recursos para a
130 Construção de uma Unidade Hospitalar. O Ministério da Saúde liberou a 1ª Etapa no
131 valor R\$ 374.344,00, com a contrapartida no valor de R\$ 41.594,84, totalizando o projeto
132 no valor de R\$ 415.938,84. Só que para a 2ª etapa o Ministério da Saúde solicita parecer
133 da CIB/Ce. Então o Prefeito Municipal, José Augusto de Almeida está solicitando a
134 CIB/Ce, para se posicionar em relação a este projeto. Conforme o parecer da Célula de
135 Apoio Tecnológico da SESA que fez a análise e não aprovou o mesmo, por conta do
136 projeto arquitetônico se encontrar fora do modelo padrão. A CIB/Ce decidiu convocar o
137 Prefeito Municipal e o Secretário Municipal de Saúde de Jaguaruana para participar da
138 próxima reunião, dado que o parecer da área técnica da SESA é desfavorável ao Projeto
139 Arquitetônico da Construção da Unidade Hospitalar. **Item 6 da Pauta - SMS de**
140 **Fortaleza – Solicitação de Acréscimo do FIDESP do IJF.** A SMS de Fortaleza
141 solicita aumento do valor do FIDESP do IJF no valor de R\$ 309.560,00 para R\$

142 464.350,00. A CIB/Ce decidiu que não existe recursos no teto do Estado disponível para
143 financiar este aumento (R\$ 154.790,00), desta forma solicita que a SMS de Fortaleza
144 faça uma reprogramação dos recursos de internação da MEC, incluído no seu teto para
145 subsidiar a decisão da CIB/Ce, quanto a existência de recursos disponíveis para
146 concessão deste aumento. **Item 7 da Pauta - Informes: 1. Portaria GM 1258,**
147 **09/07/02 – que trata do reajuste dos procedimentos de internação.** A Portaria
148 1.258/02 - publicada em 10/07/02, dispõe sobre o reajuste de alguns procedimentos da
149 tabela do SIH/SUS, define o teto anual para os Estados e Distrito Federal como também
150 para os municípios de plena do sistema municipal; altera a Portaria 1.027 da anestesia;
151 mantém a sistemática de pagamento dos procedimentos dos programa de humanização do
152 parto; e revoga a Portaria 1.067. Essa Portaria apresenta os recursos específicos para os
153 municípios em GPSM. Vera coloca a necessidade de se rever recursos alocados nos tetos
154 dos municípios em GPSM, pois na revisão de julho, só foram incluídos os recursos das
155 Portarias 1027 e 1188 que são da anestesia e da consulta médica especializada, pois a
156 Portaria 1258, de 10/09/09 foi editada depois do processo de revisão do teto do Estado ter
157 sido enviado ao Ministério da Saúde. O impacto em função do ajuste de alguns
158 procedimentos e da expansão de internações para alguns municípios, representa um valor
159 adicional de R\$ 145.698,00 em relação ao valor fixado na Portaria 1.061 para o Estado do
160 Ceará, que foi R\$ 402.988,00. **2. Municípios cearenses habilitados em GPSM pela**
161 **CIT em 25/07/02 segundo a NOAS-2001: Baturité, Iracema, Fortaleza, Fortim,**
162 **Barbalha e Tamboril.** Vera comunica que 07 (sete) municípios: Pacoti, Crateús,
163 Itapiúna, Acopiara, Canindé, Juazeiro do Norte e Trairi, dos 29 (vinte e nove) municípios
164 em Plena do Sistema Municipal não conseguiram se habilitar pela NOAS - 2001 e o
165 Ministério da Saúde esta devolvendo a documentação. E ainda esses municípios só
166 poderão pleitear habilitação quando tiverem a avaliação do pacto 2002 do 1º semestre -
167 2002. Essa documentação quando chegar a CEEPE, será devolvida aos municípios. **3.**
168 **Relatório de Acompanhamento, Avaliação e Programação de Medicamentos**
169 **Essenciais – 2002 – NUASF/CODAS/SESA.** Vera comunica que o NUASF fez o
170 Relatório de Acompanhamento, Avaliação e Programação de Medicamentos Essenciais -
171 2002, o NUASF/SESA pois é importante que na próxima reunião da CIB/Ce, alguém da
172 Assistência Farmacêutica venha colocar as dificuldades que estão sendo enfrentadas no
173 desempenho desta programação para que as situações problemáticas sejam enfrentadas.
174 Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu,
175 Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que
176 vai por mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do
177 Estado do Ceará. Fortaleza, trinta de julho do ano dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 12ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos nove dias do mês de agosto do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião 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: Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Maria Vilauva Lopes, Vice - Presidente do COSEMS, Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Coordenadora de Gabinete/SESA, Alexandre José Monte' Alverne Silva, COPOS/SESA, José Aluisio da Silva Soares, Coordenador da SMS de Fortaleza. Como convidados: Ricardo Araújo, SMS de Barbalha, Helian Nunes de Oliveira, SMS de Sobral, Silvandra Oltramari, CAPS de Cascavel, Neusa Goya, COSEMES, Maria de Fátima Mota, SMS de Mulungu, Sandra Maria Leia de Oliveira, COVAC/Sobral, Julia Maria Bastos Aires, SMS de Icó - CAPS. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Prefeitura Municipal de Jaguaruana - Solicitação de parecer da CIB/Ce sobre o Projeto de Construção de um Hospital no Município – Recursos do MS.** O município de Jaguaruana apresentou Projeto de Construção de Novo Prédio para o Hospital Nossa Senhora da Expectação ao Ministério da Saúde que foi aprovado sem parecer da CIB/Ce. Os recursos da 1ª Etapa já foram liberados no valor de R\$ 415.938,84 sendo financiado com recursos federais de R\$ 374.344,00 com a contrapartida de R\$ 41.594,84, para a 2ª Etapa está previsto R\$ 405.449,13 e a sua liberação está condicionada a aprovação da CIB/Ce. O processo foi apresentado para que a SESA emitir parecer. A Célula de Apoio Tecnológico da SESA fez uma vistoria e uma análise do projeto arquitetônico e não aprovou o mesmo por está em desacordo com as normas do Ministério da Saúde. A Célula de Organização em Atenção Secundária e Terciária emite o seguinte parecer: município de Jaguaruana, com população de 31.863 habitantes, localizado na 9ª Microrregião, dispõe de 01 hospital com 30 leitos, 03 Posto de Saúde e 01 Centro de Saúde. O município no Plano de Diretor de Regionalização é Município Sede de Modulo Assistencial somente para sua população. Assim sendo, deverá dispor de um Hospital tipo - 2, Sede de Módulo, conforme Resolução 03/2001 do CESAU, que prestará assistência em: - atendimento médico de urgência e emergência nas 24 horas; - internações nas clínicas médicas, pediátrica e obstétrica; - apoio diagnóstico terapêutico; - atendimento traumatológico, em regime ambulatorial. Segundo o gestor municipal, a situação atual do hospital (Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação) é bastante precária, necessitando portanto da construção de um novo hospital, para assumir o perfil de tipo - 2 - Sede de Módulo, a qual já se encontra em andamento (1ª Etapa). Entretanto, conforme o parecer técnico da CETEC, o projeto de construção não atende as normas do Ministério da Saúde, sugerindo retornar a Prefeitura Municipal de Jaguaruana para conhecimento e providencias cabíveis. Esta solicitação foi apresentada em reunião passada, mas não estava presente o SMS do município, foi feito o convite ao Secretário que hoje se encontra presente, e nós gostaríamos como CIB/Ce de ouvi - lo. **O Secretário de Saúde de Jaguaruana** justifica a mudança do nome do

48 Hospital Nossa Senhora da Expectação para o Hospital Maternidade Ministro José Serra,
49 foi uma decisão estratégica para que o município pudesse dispor de recursos federais para
50 a Construção de um prédio para o Hospital Municipal que atualmente funciona em
51 condições inadequadas. O projeto é financiado com recursos do Ministério da Saúde, as
52 solicitações das correções dos projetos arquitetônicos e de engenharia estão sendo
53 providenciadas. O município precisa muito deste investimento dado a sua inserção no
54 modelo de reorganização, e o hospital com a estrutura existente não tem menor
55 possibilidade de prestar assistência a população. A equipe de supervisão da VISA esteve
56 lá e as recomendações estão sendo providenciadas. Esta aprovação é de muita relevância
57 para o município. E pede que a Dra. Lídia fale sobre o Hospital já que o mesma foi
58 usuária do mesmo. **Lídia**, testemunha a importância de que em qualquer trecho das
59 estradas do Ceará se disponha de Unidade Hospitalares em condições adequadas para
60 assistência. Após a colocação do Secretário de Jaguaruana e o testemunho da Lídia os
61 conselheiros se manifestaram dando suas sugestões: **Eliade**, estranha o fato de não ter
62 sido solicitado parecer para a Construção da 1ª Etapa e ser agora solicitado parecer para a
63 2ª Etapa. **Vilauva**, coloca que só pelo fato de ser investimento para melhoria de estrutura
64 de prestação de serviço, já é motivo para a CIB/Ce, emitir parecer favorável. **Lilian**, é
65 oportuno vê como se encontra a disponibilidade de recursos humanos e de equipamentos.
66 Decisão da CIB/Ce. 1º) O Secretário Municipal de Saúde deverá apresentar relatórios
67 comprovando que as correções sugeridas pela Célula de Apoio Tecnológico -
68 CETEC/SESA foram providenciadas, e que mediante aprovação do parecer será
69 providenciado a Declaração pela CIB/CE. **Item 2 da Pauta - SMS de Fortaleza –**
70 **Apresentação da Reprogramação do TFAM - Área de Internação, como garantia de**
71 **concessão de aumento do FIDEPS e reclassificação dos leitos de UTL.** A SMS de
72 Fortaleza solicitou adiamento sobre o assunto. **Item 3 Saúde Mental - 3.1.**
73 **Apresentação do Relatório de Supervisão dos CAPS.** Vera informa que foram
74 apresentadas as documentações solicitando recadastramento dos CAPS segundo as
75 disposições contidas na Portaria No. 336/GM, datada de 19/02/02, que estabelece as
76 modalidades de serviços dos CAPS, definidas por ordem crescente de
77 porte/complexidade e abrangência populacional; e as disposições contidas na Portaria
78 189/SAS de 22/03/2002, que no seu Art.13 determina as etapas do processo de
79 cadastramento de novas unidades e recadastramento dos CAPS que serão de
80 responsabilidade dos gestores estaduais, com aprovação do cadastramento pela Comissão
81 Intergestores Bipartite. A Coordenação Estadual emitiu parecer favorável para
82 recadastramento no Tipo II: Aracati, Cascavel, Horizonte, Itapipoca, Morada Nova,
83 Quixadá, Barbalha, Capistrano, Iguatú, Sobral e Juazeiro do Norte, e para o Tipo I:
84 Quixeramobim. No entanto emitiu parecer com restrições ao recadastramento dos CAPS
85 de Marco e de Crateús no Tipo I, pelo fato de apresentar problemas em relação a
86 disponibilidade de médicos nas Equipes. E todos apresentam pendências no tocante as
87 condições de funcionamento apontadas pela SESA, mas não foram impeditivas para o
88 parecer final. Após apresentação dos relatórios os participantes manifestaram - se: **Vera**
89 sugere que seja definido um cronograma para solução das pendências a ser elaborada em
90 conjunto com a VISA. **Lígia** coloca que a Comissão quando da reunião da Câmara
91 Estadual do CESAU não apontou nenhuma pendência e estranha que o parecer venha
92 agora com pendências no casos da Marco e Crateús. Esclarece que a formação em saúde
93 mental segundo informações da Comissão do Ministério da Saúde no caso da enfermeira
94 para o CAPS II não pode ser considerado para efeito de parecer conclusivo. Segundo a

95 supervisão da VISA destaca que o roteiro para avaliação do PNASH os gestores tiveram
96 acesso 2 meses antes, o que não aconteceu com o CAPS. A ANVISA tem normas para
97 avaliação das condições de funcionamento das unidades hospitalares mas não tem para o
98 CAPS, desta forma há necessidade de que as normas utilizadas pela SESA/VISA sejam
99 conhecidas por todas as equipes. E que a exigência de equipamentos de urgências e
100 emergências não procede, pois estes equipamentos não fazem parte do perfil do CAPS.
101 Acolhe a sugestão de que o prazo seja definido em conjunto entre a SMS e SESA para
102 avaliação das pendências. **Silvandra** coloca que em Cascavel a Equipe da VISA fez as
103 mesmas exigências em relação a disponibilidade de equipamentos para 1º nível de
104 atendimento de urgência e emergência. E relata a angústia de não ter tido retorno do
105 relatório de supervisão e de treinamento para gerenciamento da APAC. E o que mais
106 preocupa é que apenas 14 municípios estão sendo analisados e que o prazo para
107 recadastramento se encerrou no final do mês. **Diana** esclarece que recebeu a
108 responsabilidade de supervisionar as condições de funcionamento dos CAPS, que não era
109 rotina na VISA, a inspeção foi programada em pouco tempo, e que a mesma não é
110 impeditiva para recadastramento. Lembra que não dispõe de recursos humanos para
111 atender prioritamente as necessidades dos municípios, mas que durante a supervisão
112 foram registrados nos laudos de inspeção todas as pendências identificadas. **Socorro**,
113 coloca que conversou com o Aquino e com a Sandra Solange e o problema é que alguns
114 municípios não estão enviando a documentação, mesmo a Comissão tendo entrado em
115 contato. **Alex**, avaliando a documentação de Marco confirma que não está constado o
116 documento de comprovação da titulação médica. E nada consta em relação a Crateús.
117 **Vilauva**, coloca que a SESA deverá normatizar a Equipe Técnica dos Centros de
118 Excelência em Gineco-Obstétrica e deverá exigir especialista, assim como para os
119 CAPS. Vera coloca sugestões para aprovação dos relatórios: Decisão da CIB/Ce: 1ª) A
120 documentação dos municípios de Marco e Crateús será revista pela COPOS, caso seja
121 resolvido a pendência será encaminhado juntamente com os outros para o Ministério da
122 Saúde. 2ª) A COVAC/SESA irá elaborar cronograma de solução dos problemas e
123 solicitar compadecimento dos Gerentes dos CAPS e dos Secretários; e Convocar as
124 Equipes dos CAPS para treinamento sobre o preenchimento da APAC. 3ª) Aprovar o
125 recadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, segundo porte: **CAPS I:**
126 Quixeramobim; **CAPS II:** Aracati, Cascavel, Horizonte, Itapipoca, Morada Nova,
127 Quixadá, Barbalha, Capistrano, Iguatú, Sobral e Juazeiro do Norte. **3.2. Solicitação de**
128 **Implantação de um CAPS - AD II para Sobral.** **Helian**, justifica a necessidade de
129 implantação de um CAPS AD II, dado que o município já vem trabalhando com esta
130 assistência e ainda que na 1ª normatização com os critérios estabelecidos Sobral estava
131 incluído. Entrando em contato com a Equipe do Ministério da Saúde sobre a Portaria No.
132 816/GM, datada 30/04/02, que define apenas 04 (quatro) CAPS AD para o Ceará sendo
133 para Fortaleza 02, Juazeiro do Norte 01 e Caucaia 01, foi informado que há possibilidade
134 de aprovação de mais 01 CAPS AD, caso a CIB/Ce aprove o pleito. A CIB/CE,
135 considerando que as disposições contidas na Portaria No. 305/SAS, de 03/05/2002, que
136 estabelece as normas de funcionamento e cadastramento de Centros da Atenção
137 Psicossocial para atendimento de Pacientes com transtorno causados pelo uso Prejudicial
138 e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas; as disposições contidas na Portaria No.
139 816/CM, de 30/04/2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária
140 Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas; a justificativa do município de Sobral no
141 sentido de integrar - se ao Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuário

142 de Álcool e Outras Drogas. Aprovar por unanimidade a solicitação do município de
143 Sobral de se integrar, juntamente com os municípios de Caucaia, Fortaleza e Juazeiro do
144 Norte no Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e
145 Outras Drogas, através da implantação de um CAPS - AD. **Item 4 da Pauta - Recursos**
146 **Federais - Programação Financeira para o Estado e para os Municípios em GPSM -**
147 **jul/02.** Vera coloca que os limites financeiros mensais dos municípios em GPSM com
148 vigência a partir de 1º de julho de 2002 foram aprovados pela CIB/Ce através da
149 Resolução no. 23/02 e enviados ao MS/SAS. Os limites foram estabelecidos da seguinte
150 forma: 1ª) Ambulatório Especializado - incluindo recursos adicionais referentes ao
151 impacto de aumento da CME - Consulta Médica Especializada (Portaria 1.188/GM de
152 26.06.02). 2ª) Internação Especializada - valores ajustados em função da revisão da
153 programação de referência acordada pela COSEMS/Ce e CIB/Ce - trabalhamos com: o
154 período de apuração da Câmara de Compensação de AIH: março, abril e maio - 02;
155 produção apresentada; manter no teto do município o valor da programação que os
156 pacientes não foram atendidos em nenhum outro município. Incluir os recursos
157 referentes ao impacto da Portaria 1.061/GM, datada de 05/06/2002, que diz respeito a
158 mudança da modalidade de pagamento da Anestesia na Internação. 3ª) Ambulatório da
159 Alta Complexidade - foram excluído do limite os recursos de TRS que foram para o
160 FAEC (Portaria no. 1.112/GM de 13/06/02). Após o envio desta Resolução para o
161 Ministério da Saúde, recebemos comunicação da SAS que a Proposta enviada necessitam
162 ser justificada, dado a publicação da Portaria no. 1.258/GM, datada de 10/07/02, que
163 incorpora os valores da Portaria no. 1.061/GM - Anestesia e ainda os impactos do
164 reajuste dos procedimentos de AIH e do Sten e a expansão de internação para os
165 municípios com desempenho acima de 80% como: Fortaleza, Crato, Juazeiro do Norte e
166 Sobral, e Portaria 185/GM de 05/06/01 que trata da Campanha de Protetização de
167 Deficientes Físicos que retira os recursos da MEC para o FAEC. Com base nestas
168 informações os Limites Mensais era em R\$ 1,00 da MEC foram alterados gerando para
169 alguns municípios um crédito adicional ao fixado na Resolução No. 23/2002 a ser
170 liberado posteriormente pelo Ministério os valores : Acopiara com o teto 166.796,
171 adicional 713; Aratuba com o teto 17.546, adicional 33, Barbalha com o teto 469.736,
172 adicional 741; Baturité com o teto 109.247, adicional 1.407; Brejo Santo com o teto
173 266.924, adicional 4.109; Canindé com o teto 273.316, adicional 2.574; Capistrano com
174 teto 48.473, adicional 163; Crateús com teto 405.467, adicional 2.274; Crato com teto
175 808.483, adicional 8.185; Fortaleza com teto 11.330.301, adicional 0; Fortim com teto
176 20.864, adicional 310; Icapuí com teto 31.837, adicional 91; Iguatú com teto 363.410,
177 adicional 5.527; Iracema com teto 40.299, adicional 331; Itapiúna com teto 29.866,
178 adicional 51; Jaguaribe com teto 75.101, adicional 1.250; Juazeiro do Norte com teto
179 577.357, adicional 7.806; Maracanaú com teto 946.580, adicional 5.726; Marco com teto
180 68.270, adicional 275; Nova Russas com teto 60.780, adicional 754; Pacoti com teto
181 15.457, adicional 371, Pedra Branca com teto 87.179, adicional 2.581; Pereiro com teto
182 32.896, adicional 572, Quixadá com teto 262.818, adicional 2.265; Quixeramobim com
183 teto 178.154, adicional 2.538; Santana do Acaraú com teto 58.354, adicional 2.492;
184 Sobral com teto 1.768.130, adicional 10.274; Tamboril com teto 63.922, adicional 1.899
185 e Trairi com teto 86.027, adicional 611. Por último foi apresentado um estudo realizado
186 pela COVAC que mostra que os recursos previsto pela Portaria 1.258/GM são
187 insuficiente para cobrir o impacto do reajuste das internações. Após a exposição os
188 Secretários presentes fizeram intervenção no sentido de obter maiores informações sobre

189 o assunto. **Item 5 da Pauta - Distribuição de Veículos e Equipamentos para**
190 **Municípios como parte do Programa de Controle do Dengue .** Alex coloca que a
191 FUNASA elaborou a programação de distribuição para 33 municípios. Considerando o
192 Ofício Circular CENEPI/FUNASA No. 197, datado de 08/08/2002, que estabelece os
193 quantitativos globais de Veículos, Nebulizador Portátil e Computador destinados ao
194 Programa de Controle do Dengue no Ceará; que o referido ofício atribui a CIB a
195 responsabilidade de ratificar ou retificar a Proposta de Distribuição dos Veículos,
196 Nebulizador Portátil e Computador. A CIB/CE por unanimidade aprovou a Proposta de
197 Distribuição de 128 (cento e vinte e oito) Veículos, 10 (dez) Nebulizadores Portáteis e 02
198 (dois) Computadores, destinados ao Programa do Dengue no Estado. Os municípios
199 contemplados foram: Aquiraz (01) Veículo, Pacajús (01) Veículo, Cascavel (01)
200 Veículo, Eusébio (01) Veículo, Fortaleza (67) Veículos e (07) Nebulizadores Portáteis,
201 Acarape (01) Veículo, Guaiuba (01) Veículo, Maracanaú (05) Veículos e (01)
202 Nebulizador Portátil, Maranguape (01) Veículo, Pacatuba (01) Veículo, Baturité (02)
203 Veículos, Canindé (01) Veículo, Itapipoca (01) Veículo, Aracati (01) Veículo, Quixadá
204 (01) Veículo, Quixeramobim, Morada Nova (01) Veículo, Russas (01) Veículos,
205 Limoeiro do Norte (01) Veículo, Sobral (09) Veículos e (01) Nebulizador Portátil,
206 Acaraú (01) Veículos, Tianguá (01) Veículos, Crateús (01) Veículo, Camocim (01)
207 Veículo, Iguatú (01) Veículo, Brejo Santo (01) Veículo, Crato (01) Veículo, Juazeiro do
208 Norte (04) Veículos, (01) Nebulizador Portátil. Para a SESA (18) Veículos e (02)
209 Computadores. **Item 6 da Pauta: INFORMES: 1. Portaria GM No. 1.356, datada de**
210 **25/07/02 - Inclui no Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica os métodos**
211 **anticoncepcionais.** O Ministro da Saúde, considerando a importância da implementação
212 da assistência integral à saúde da mulher; que o acesso a informação e métodos para o
213 planejamento familiar é parte fundamental dessa assistência; que a oferta ininterrupta de
214 insumos para o planejamento familiar na rede básica de saúde é condição indispensável
215 para garantir esse acesso; que a Lei no. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, estabelece a
216 responsabilidade das instâncias gestoras do SUS em todos os seus níveis por essa
217 assistência. Resolve incluir no Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, instituído
218 pela Portaria GM no. 343, de 21 de março de 2001, método anticoncepcionais. O elenco
219 de métodos anticoncepcionais será disposto em dois conjuntos, denominados kit básico
220 (Ethinilestradiol 0,03 mg e Lenovorgestrel 0,15 mg 150 cartelas, Noretisterona 0,35mg,
221 10 cartelas, Preservativos 52mm, Preservativos 49 mm 144 unidades) e kit
222 complementares (DIU Tcu 380 A 15 unidades, Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg
223 45 ampolas). O envio desses insumos beneficiará os municípios já atendidos pelo
224 Incentivo à Farmácia Básica e por aqueles que aderiram aos Programas de Humanização
225 do Pré - Natal e Nascimento ou de Interiorização da Saúde. Todos os municípios
226 receberão o kit básico. O número de kits a ser enviado para cada município será igual ao
227 número de unidades de saúde cadastrada no Programa de Humanização do Pré - Natal e
228 Nascimento ou ao número de equipes de família habilitadas, optando - se sempre pelo
229 maior número. O kit complementar será inicialmente enviado a todos os municípios com
230 população igual ou superior a 50 mil habitantes e que confirmem o desejo de recebe - lo,
231 enviando termo de adesão ao Ministério da Saúde dentro do prazo estipulado. Os
232 recursos orçamentários da presente Portaria correrão por conta do orçamento do
233 Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho - 10.303.005.4368 -
234 Atendimento à População com Medicamentos e Insumos Estratégicos. **2. Portaria SAS**
235 **No. 463, datada de 16/07/02 - Classifica o HUWC como Centro de Referência à**

236 **Saúde do Idoso.** O Secretário de Assistência à Saúde, considerando a necessidade de
237 criação e organização da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso estabelecida
238 pela Portaria GM/MS 702 de 14 de abril de 2002, e para a constituição da referida Rede,
239 é necessário o cumprimento das prerrogativas contidas na Portaria acima citada:
240 considerando a Portaria SAS/MS 249, de 14 de abril de 2002, que define as normas de
241 cadastramento e operacionalização dos Centros de Referência em Assistência à Saúde
242 do Idoso, que aprovou o cadastramento, uma vez que pedido de habilitação cumpriu as
243 normas de cadastramento da Portaria SAS/MS 249, resolveu habilita, com pendência a
244 serem regularizadas pelo gestor estadual/municipal, a Unidade Prestadora de Serviços -
245 UPS, o Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso o Hospital Universitário
246 Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, para realizar os procedimentos
247 previsto nas Portarias GM/MS 738 e SAS/MS 249, ambas de 14 de abril de 2002. Nada
248 mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana
249 D’Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por
250 mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado
251 do Ceará. Fortaleza, nove de agosto do ano dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 13ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos vinte e três dias do mês de agosto do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Terceira Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho, CEPPE/COPOS/SESA, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Carlile Lavor, Secretário Municipal de Caucaia, Rogério Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Carmem Lúcia Osterno, Secretária Municipal de Saúde de Marco, José Aluísio da Silva Soares, Coordenador da SMS de Fortaleza, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Coordenadora de Gabinete/SESA, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Saúde de Jaguaribe, José Adelmo Mendes Martins, Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza, Luiza de Marilac Meireles Barbosa, COPOS/SESA, Maria Vilauva Lopes, Vice - Presidente do COSEMS, Diana Carmem Almeida N de Oliveira, COVAC/SESA. Como convidados: Isabel Cristina Cavalcante Carlos, NUASF/SESA, Maria Ivone Ferreira Melo, CAPS/Crateús, Perla Madalena, CAPS/Crateús, Alberto, CAE/SMS, A reunião foi aberta e **presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo Item 1 da Pauta - Solicitação de Qualificação de Equipe de Programa Saúde da Família e Saúde Bucal para os municípios.** Municípios que solicitam qualificação de equipe em Saúde da Família: Salitre (01), Paracuru (01), Pindoretama (1), Assaré (02). Saúde Bucal: Aurora (03), Ibiapina (01), São Gonçalo do Amarante (01), Senador Pompeu (02). Decisões da CIB/Ce: 1. Aprova a qualificação das equipes acima solicitadas. 2. Solicita que a CEOAP apresente relatório de monitoramento do Programa da Saúde da Família na próxima reunião. 3. Solicita que a COVAC apresente relatório das internações por condições sensíveis à Atenção Ambulatorial por município com identificação da atual cobertura do PSF. **Imaculada**, informa que foi criada a profissão de ACS (Agente Comunitário de Saúde) como profissional de saúde e que houve algumas mudanças importantes: 1) não precisa que o ACS tenha residência anterior no local, é exigido que resida após a contratação. 2) a partir do dia 10/07/02 os novos ACS só poderão ser contratados e receber incentivos os que tiverem titulação pela ESP/Ce. **Lúcia, SMS de Jaguaribe** solicita que o Estado faça cumprir a norma de que os profissionais do Programa Saúde da Família trabalhem na sexta-feira, pois os que estão cumprindo estão sendo penalizados. **Evandro**, coloca que o Estado não tem condições de realizar controle sobre este fato , isto cabe ao Secretário Municipal. **Suely, SMS de São Luiz do Curu** ressalta que está prática é comum e que a mesma está impedindo a negociação da SMS com os médicos, os mesmos colocam como exigência não trabalhar na sexta-feira. **Lúcia**, sugere a alteração das Normas para incluir a obrigatoriedade de trabalho na sexta-feira. **Item 2 da Pauta - Hospital e Maternidade José Pinto do Carmo - Baturité - Solicitação de pagamento - Dr. Evandro.** O Hospital e Maternidade José Pinto do Carmo situado no município de Baturité está solicitando a SESA um Aditivo no valor de R\$ 30.000,00 sobre o Convênio Nº 15/2002 - SESA/FUNDES realizado entre o Hospital e Maternidade José Pinto do Carmo e a SESA no período de fevereiro a dezembro de 2002, ficando de fora o mês de janeiro de 2002,

48 onde os profissionais trabalharam em regime de plantão e foram pagos com recursos do
49 mês de fevereiro. Provavelmente no mês de dezembro não haverá pagamento para os
50 profissionais o que prejudicaria o andamento do Setor de UTI de médio risco e a
51 maternidade da Microrregião de Baturité. **Evandro**, coloca que o Hospital e Maternidade
52 José Pinto do Carmo é a Unidade de Referência da Microrregião de Baturité para
53 atendimento especializado nas áreas de gineco - obstetrícia e pediatria, que tem
54 contribuído significativamente na resolubilidade dos agravos da atenção secundária de
55 saúde, da população desta região. A referida unidade vem contribuindo para a redução do
56 indicador da mortalidade no Estado, através do atendimento de saúde, fato este que vem
57 aumentando consideravelmente o custeio desta unidade e pondo em risco a viabilidade da
58 manutenção destes serviços. Somos de parecer que o atendimento da presente solicitação
59 seja feito através de recursos do SUS (Fundo Estadual), como serviço prestado de alta
60 relevância. **Vera**, coloca que pela negociação Microrregional este hospital ficou com o
61 perfil materno infantil tendo como objetivo reduzir as referências em neonatologia para
62 Fortaleza. No entanto houve um aumento nos gastos deste Hospital e o Estado está
63 repassando R\$ 30.000,00 por mês a partir de fevereiro de 2002, no entanto tem um
64 déficit, referente a janeiro de 2002 que precisa ser liquidado para manter a unidade
65 equilibrada financeiramente. A CIB/Ce aprovou a liberação dos recursos solicitados no
66 valor de R\$ 30.000,00 - Parcela única com recursos federais. **Item 3 da Pauta -**
67 **Assistência Farmacêutica - Relatório de Acompanhamento, Avaliação e**
68 **Programação de Medicamentos Essenciais - 2002.** **Isabel Cristina** faz relato sobre o
69 processo de Acompanhamento, Avaliação e da Programação de Medicamentos
70 Essenciais - 2002. As informações foram obtidas nas Oficinas realizadas nas
71 Microrregionais de Saúde no período de 05 de março a 11 de abril/2002, com os
72 profissionais de saúde das microrregionais e municípios sobre abrangência da atuação das
73 mesmas. Através das Programações - PPI/ 2001 - 2002 da Assistência Farmacêutica, se
74 pode analisar os resultados técnicos, econômicos, físico - financeiros, comparar custos,
75 percentual de cobertura dos medicamentos por cada área prioritária da NOAS, avanços e
76 dificuldades, além colher sugestões para melhoria e resolutividade das ações
77 anteriormente propostas. A nova Programação da Assistência Farmacêutica - PPI/2002,
78 como instrumento de planejamento estratégico das ações de assistência farmacêutica,
79 considera a estruturação e organização dos serviços, a capacitação de recursos humanos,
80 o desenvolvimento de lideranças, a otimização dos recursos orçamentários e financeiros
81 e acima de tudo a sensibilização dos gestores municipais, secretários municipais de
82 saúde e de todos os profissionais de saúde e afins, objetivando a consolidação da área da
83 Assistência Farmacêutica, com ênfase na atenção primária - PSF e nos diversos setores
84 públicos, de um modo geral. A programação elaborada expressa a necessidade dos
85 medicamentos pela preferência de sua formulação, que se converte em dados
86 importantes para determinar a quantidade a adquirir dos produtos. A programação de
87 medicamentos essenciais tomou como base o consumo histórico, o perfil epidemiológico
88 e a capacidade instalada (consumo x oferta). **E tem como objetivos:** - aprimorar o
89 processo de programação ascendente (município - microrregional - nível central); -
90 levantar dados e informações necessárias ao processo; principalmente quanto aos
91 aspectos epidemiológico e de capacidade instalada; - ajustar o elenco de medicamentos
92 essenciais e básicos as áreas programáticas da NOAS e metas de governo; - assegurar o
93 abastecimento de medicamentos essenciais e insumos farmacêutico com base em
94 planejamento ordenado e descentralizado; - coordenar as atividades de logística,

95 considerando os critérios estabelecidos na estimativa de necessidade perfil
96 epidemiológico, consumo histórico e capacidade instalada; - ajustar a demanda da
97 necessidade ao teto financeiro; - garantir uma aquisição eficiente, com menor custo,
98 maior cobertura e resolutividade. No tocante ao Acompanhamento observa-se
99 inadimplência dos municípios: em 1999 - 13 municípios, 2000 foi reduzido, apenas 03
100 municípios e 2001 também 03 municípios. Em relação a compra centralizada
101 concluímos que 08 municípios do nível de gestão plena do sistema municipal aderiram a
102 compra centralizada no ano 2000, em 2001 este número sobe para 15 municípios e em
103 2002 para 18 municípios, correspondendo a 64,29%, isso demonstra a credibilidade e
104 aceitação pelos municípios à compra centralizada, verificado pelo baixo custo e qualidade
105 dos medicamentos adquiridos na compra centralizada através do CELIF/NUASF. Em
106 relação a compra centralizada com recursos de valor per- capita variando de R\$ 1,10 a R\$
107 2,00, em 2000 houve adesão de 20 municípios e em 2002 sobe para 88 municípios. A
108 variação de preços de alguns medicamentos adquiridos pelos municípios em gestão plena
109 do sistema municipal em relação aos preços dos mesmos medicamentos adquiridos pela
110 SESA é exorbitante. Por exemplo: o Diclofenaco de Potássio foi adquirido através do
111 preço médio de R\$ 0,14 a unidade enquanto a SESA adquiriu R\$ 0,02 representando um
112 acréscimo de 600%. Já o Hidrocorotiazida preço médio adquirido pelos municípios R\$
113 0,04 pela SESA R\$ 0,01 representando 300%, isso nos faz concluir que os municípios
114 por comprarem em pequena quantidade estão pagando mais caro, reforçando desta forma
115 a importância do fortalecimento da compra centralizada, garantido assim ganho de escala.
116 Em relação aos avanços obtidos destaca - se: • Programação de medicamentos essenciais
117 descentralizados por microrregião; • Aplicabilidade dos métodos de programação: - Perfil
118 epidemiológico (taxa de prevalência), capacidade instalada x consumo histórico; -
119 Necessidade real x ajuste ao teto financeiro; • Elenco de Medicamentos Essenciais
120 definido e priorizado, considerando: a RENAME - elenco mínimo do Ministério do
121 Saúde; a RESME - ajustada às áreas da NOAS (07 áreas); • Normatização,
122 acompanhamento e avaliação dos Programas Estratégicos do M.S; Hanseniose e
123 Tuberculose; • Normatização, Acompanhamento e Avaliação dos Programas Estratégicos
124 da SESA: - Saúde Mental (CAPS), - Saúde Reprodutiva, - Diabetes e Hipertensão; •
125 Redução da inadimplência por parte dos municípios; • Adesão dos Municípios em Plena
126 do Sistema Municipal a compra centralizada (em 15 municípios); • Aumento do valor per
127 capita por decisão de alguns municípios; • Ganho de Escala " pelo sistema de compra
128 centralizada (redução de preços); • Quantidade de itens de medicamentos ofertados maior
129 que a pactuação 2000. Em relação as dificuldades encontradas: • Programação de
130 Medicamentos Essenciais inadequada; • Dificuldades no cumprimento do prazo de
131 entrega da Programação; • Inadimplência - não pagamento das contra partidas por parte
132 dos clientes; • Burocracia no processo de aquisição; • Distribuição por parte do
133 Ministério da Saúde de Medicamentos Essenciais ocasionando uma sobreposição de
134 estoque: Farmácia Popular; Diabetes e Hipertensão; • Ausência e / ou troca de gerentes
135 municipais de Assistência Farmacêutica; • Falta ou ausência de Normas e Procedimentos
136 para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Os recursos do Tesouro do Estadual
137 para aquisição de medicamentos essenciais em 2002 representam R\$ 0,80 habitantes/ano,
138 em Fortaleza a SESA ficou responsável pelo financiamento dos medicamentos essenciais
139 para as unidade próprias, no valor de R\$ 1.840.000,00. Recursos gastos com
140 medicamentos básicos pelo Tesouro do Estado no período de 1995 a 2001 corrigidos a

141 preços de dezembro/2001, 1995 - R\$ 106.137,31, 1996 - R\$ 1.811.321,52, 1997 - R\$
142 583.503,91, 1998 - R\$ 2.824.242,95, 1999 - R\$ 2.623.018,69, 2000 - R\$ 4.281.972,04, e
143 2001 - R\$ 5.263.956,23. **Acompanhamento e Avaliação da PPI - 2001 na visão dos**
144 **Municípios.** Em relação aos avanços: • Elenco satisfatório de medicamentos. • Maior
145 número de itens. • Coerência com perfil epidemiológico. • Aumento da cobertura. •
146 Maior acesso aos medicamentos essenciais. • Maior credibilidade no processo da compra
147 centralizada pelo NUASF. • Melhoria da comunicação ente o NUASF e os municípios. •
148 Maior flexibilidade. • Negociação dos créditos a ser feita no último trimestre. Redução de
149 gastos. • Redução de compras diretas e ou privadas por parte dos municípios. • Ganho de
150 escala. • Ampliação dos recursos com base nas pactuações. • Maior participação dos
151 municípios. • Maior sensibilização dos gestores. • Melhoria da infra estrutura. •
152 Qualificação dos recursos humanos. • Informatização dos serviços de farmácia. •
153 Implantação da fitoterapia em alguns municípios. • Maior integração do farmacêutico
154 com outros profissionais e setores. • Melhor atendimento prestado. • Aumento da
155 satisfação da população. Em relação as dificuldades: • Não atendimento de 15 a 20 % dos
156 itens programados. • Falta de negociação trimestral. • Excesso de alguns itens. • Demora
157 no recebimento dos medicamentos. • Não atendimento por parte do Ministério da Saúde
158 de alguns medicamentos. • Teto financeiro insuficiente. • Equipe do NUASF reduzida. •
159 Atendimento da CAF 2 deficiente. • Excesso de Burocracia. • Dificuldades de elaborar a
160 programação com base nas necessidades de saúde. • Não repasse da contra partida por
161 parte de alguns municípios. • Penalidade do município em decorrência do outro. •
162 Transporte e acondicionamento do medicamento. • Falta de pessoal para transporte de
163 medicamento nas CAFs. • Entrega de medicamentos centralizada (Fortaleza). • O
164 calendário da PPI não coincide com do município. • Falta de fluxo de Nota Fiscal. • Falta
165 de registro do consumo histórico. • Alta rotatividade de gestores e dos profissionais do
166 PSF. • Término da farmácia popular. Sugestões dos Municípios: • Melhores condições
167 de trabalho. • Autonomia para o Farmacêutico. • Maior divulgação do NUASF. • Crédito
168 automático. • Pactuação acima de R\$ 2,00 da fonte: recursos municipais. •
169 Reprogramação de acordo com o quadro nosológico do momento (sazonalidade). •
170 Negociação trimestral. • Entrega de medicamentos de acordo com o programado. •
171 Estoque estratégico de tuberculostáticos nos municípios. • Suplementação para 10 dias.
172 • Diferenciação de embalagem. • Entrega de medicamentos diretamente aos municípios.
173 • Compra centralizada com distribuição descentralizada. • Prestação de contas em relação
174 ao recursos financeiros. • Retornar telefonemas. No intuito de otimizar a Assistência
175 Farmacêutica no Ceará foi realizada uma avaliação da Programação 2001. Dos 184
176 municípios que compõe o Estado, foram incluídos na análise 100 municípios (54,3%). O
177 questionário foi aplicado pelos técnicos do NUASF no período de março a abril de 2002.
178 Os resultados estão expresso em percentagem: Quanto à oficina como um todo: 78%
179 ótimo e 22% bom. Quanto ao grau de profundidade alcançado: 47% ótimo, 50% bom, e
180 regular 3%. Quanto a facilidade de compreensão: 65% ótimo, 40% bom e 4% regular.
181 Quanto a necessidade de continuidade para aprofundamento de conhecimentos: 85% sim,
182 12% não e 3% não opinaram. Analisando os números encontrados, concluímos que a
183 grande maioria considerou a oficina ótima. Apenas uma pequena parcela dos
184 participantes considera que o grau de profundidade não foi o esperado. A grande maioria
185 dos participantes sentem a necessidade de que haja uma continuidade dessas oficinas

186 para que seja possível aprofundar o conhecimento dos assuntos discutidos. Após o relato
187 do relatório os participantes manifestaram - se: **Ana Márcia**, diz que há dificuldade de
188 controle no cumprimento das contra partidas dos municípios e solicita que os recursos
189 sejam deduzidos antes das transferências obrigatórias dos recursos estaduais. **Jurandi**,
190 apresenta as dificuldades de se fazer a negociação com os Prefeitos. **Vera**, explica que a
191 saída é a SESA apresentar a dívida para reconhecimento junto a PGE. **Isabel**, comunica
192 que irá assumir a CODAS. **Jurandi**, agradece a colaboração da Isabel no trabalho
193 desenvolvido junto aos municípios. **Item 4 da Pauta - Solicitação de Cadastramento**
194 **de CAPS**. **Vera** coloca que os CAPS foram analisados conforme as exigência do item
195 E, Art. 13 da Portaria 336, datada de 19/02/02 e que os municípios de: Canindé, Icó,
196 Crateús, Fortaleza (SER III, SER IV e SER VI), Tauá, Marco, Aquiraz e Caucaia,
197 segundo parecer da Coordenação Estadual de Saúde os CAPS se encontram em
198 funcionamento e foram classificados; os CAPS de: Crateús e Marco devem se
199 classificados pela CIB/Ce; o CAPS de Tauá não está funcionando, o prédio foi
200 adquirido, os RH contratados, mas faltam equipamentos. Considerando as disposições
201 contidas na Portaria no. 189/SAS de 22/03/2002, que no seu artigo 13 determina as etapas
202 do processo de cadastramento de novas unidades e o recadastramento dos CAPS que
203 serão de responsabilidade dos gestores estaduais, com aprovação do cadastramento pela
204 CIB/Ce; e o parecer técnico da Coordenação Estadual de Saúde, a CIB/Ce decide: 1^ª)
205 Aprova o cadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial CAPS segundo o porte:
206 CAPS I: apenas Crateús e CAPS II: Canindé, Icó, Fortaleza - SER III, SER IV, SER VI,
207 Aquiraz e Caucaia. 2^ª) A SMS de Marco deve contratar um profissional por 40 horas
208 para ser recadastrada. 3^a) O CAPS de Tauá não foi aprovado o seu recadastramento, e
209 convoca o SMS para tratar do assunto acima colocado. **Item 5 da Pauta - Proposta de**
210 **gerenciamento do Hospital Municipal Deoclecio Lima Verde pela Sociedade**
211 **Beneficente São Camilo - Limoeiro do Norte**. **Helmo**, Gerente Microrregional de
212 Limoeiro do Norte faz o relato do que aconteceu no município em relação a este fato,
213 mas coloca que terça-feira próxima passada (20/08) foi apresentado pelo município uma
214 nova proposta, onde o mesmo propõe assumir o gerenciamento do Hospital Municipal,
215 adequando o seu perfil (Assistência Materno Infantil, Patologia Clínica e Banco de
216 Sangue). É necessário que a SESA chegue junto com o município na busca de viabilizar
217 o gerenciamento desta Unidade. O Hospital da Sociedade Beneficente São Camilo ficará
218 com Clínica Médica, Cirurgia e Traumatologia - Ortopedia. **Cacá**, ressalta que a Região não
219 pode ficar sem uma unidade de apoio para o sistema microrregional. E que a estrutura da
220 assistência atualmente é muito precária. **Diana**, afirma que mesmo que a SESA chegue
221 rápido o município precisa resolver o problema de gerenciamento desta unidade. **Lúcia**,
222 lembra que houve um ganho muito grande em relação a abertura da município e o apoio
223 da SESA, mas deve se dar um prazo para cumprimento da proposta. **Jurandi**, parabeniza
224 a Gerência Microrregional na condução da solução dos problemas, bem como da Vice -
225 Presidente do COSEMS/Ce. **Lúcia**, mas o problema maior está sendo a baixa
226 resolutividade dos serviços Microrregionais, o número de pacientes enviados para
227 Fortaleza por causas que poderiam ser atendidas no município é cada vez maior.
228 **Evandro**, coloca que os maiores problemas são decorrentes das deficiências na Atenção
229 Básica, segundo os sistemas de informações. **Item 6 da Pauta - Proposta de**
230 **localização do Hospital Microrregional de Caucaia - Dra. Marilac**. O item foi retirado
231 de pauta por solicitação da Gerente Microrregional. Na quinta-feira haverá uma reunião
232 ampliada da CIB - Microrregional de Caucaia para discutir melhor esta proposta. **Item 7**

233 **da Pauta - INFORMES: 1. Municípios que aderiram ao Programa Bolsa**
234 **Alimentação no período de 29/05/02 à 23/08/02.** A CEACRI informa que os
235 municípios de Tururu, Granja, Choró, Icó, General Sampaio e Mucambo aderiram o
236 Programa Bolsa Alimentação no período de 29/05/2002 a 23/08/2002, conforme
237 orientação contida no ofício circular no. 240 da SPS/MS de 28/11/2001. **2. CIB.Mr**
238 **Maracanaú solicita a nomeação da Dra. Zita Maria da Rocha no cargo de gerente**
239 **microrregional.** A CIB Microrregional de Maracanaú encaminhou um documento ao
240 Secretário Estadual de Saúde, solicitando nomeação da Dra. Zita Maria da Rocha no
241 cargo de Secretária Municipal de Saúde de Maracanaú em substituição da Dra. Leni
242 Lúcia Leal Nobre. **3. Projeto: Intervenção em Saúde às Famílias desabrigadas do**
243 **Conjunto Tancredo Neves - Centro de Saúde Meireles - Dra. Imaculada.** O Centro de
244 Saúde Meireles concluiu suas atividades, verificando a satisfação dos usuários, o alcance
245 de todos os objetivos e das metas propostas no Projeto. Toda a população teve acesso aos
246 serviços oferecidos, através de ações de promoção, prevenção e recuperação de agravos.
247 O reconhecimento dos serviços prestados ficou evidenciado nas reuniões de avaliações
248 com lideranças locais. A população ficou devidamente informada sobre o término do
249 projeto e do seguimento do atendimento, agora sob responsabilidade do município de
250 Fortaleza, através dos Centros de Saúde com melhor acesso para esta comunidade. Nada
251 mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana
252 D'Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por
253 mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado
254 do Ceará. Fortaleza, vinte e três de agosto do ano dois mil e dois.

1
2
3
4
5

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 14ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

6 Aos treze dias do mês de setembro do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de
7 Reunião CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta, Capital, Fortaleza,
8 realizou-se a Décima Quarta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite
9 da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros:
10 Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão,
11 COVAC/SESA, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Rogério Teixeira
12 Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Maria Imaculada Fonseca,
13 CEOAP/CODAS/SESA, Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Ítalo
14 Ney Bezerra Paulino, Secretário Municipal de Saúde de Quixelô, Maria do Perpetuo
15 Socorro Parente Martins, Coordenadora de Gabinete/SESA, Ana Márcia Rosas Veras
16 Pinto, Secretária Municipal de Saúde de Tianguá, Carlos Alberto Kômora Vieira,
17 Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, José Aluisio da Silva Soares,
18 Coordenador da SMS de Fortaleza. Como convidados: Neusa Goya, COSEMS/Ce,
19 José Ricardo C. Silva, SMS de Marco, Raimundo Alonso B. de Aquino, Coordenador
20 da Saúde Mental, Maria Ivonete, SMS de Quixadá, José Humberto Germano Correia,
21 SMS de Araripe, José Figueiredo, SMS de Barro, Madalena Maria Mota Gomes,
22 SMS de Tauá, Odilon Vieira Gomes Neto, SMS de Tauá, José Aristony, SMS de
23 Crateús, Padua Pinho, Crateús, Almerinda Neves, SMS de Maracanaú. A reunião foi
24 aberta e **presidida por Alexandre Mont' Alverne que iniciou a mesma pelo Item**
25 **1 da Pauta - Saúde da Família - Qualificação de Equipe no PSF para os**
26 **municípios:** solicitam qualificação de Equipe do Programa Saúde da Família os
27 municípios de: Maracanaú (02), Ipueiras (01), Itatira (01), Missão Velha (02). A
28 CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes. **Item 2 da Pauta - Descentralização**
29 **das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças para os municípios:**
30 Solicitam certificação os municípios de: Groairas, Uruburetama e Aiuaba, todos com
31 pareceres do NUEPI favoráveis. A CIB/Ce aprovou as Certificações destes
32 municípios para as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. **Item 3 da Pauta**
33 **- Saúde Mental - Recadastramento dos CAPS de Marco e Tauá.** A Coordenação
34 Estadual de Saúde Mental emitiu parecer favorável para recadastramento como Tipo
35 II para o CAPS de Marco; considerando que a pendência referente a contratação de
36 mais um profissional psiquiatra para o CAPS ter sido resolvida. Quanto a Tauá, foi
37 esclarecido pelo Secretário de Saúde do Município e confirmado pelo parecer da
38 Coordenação Estadual, que o CAPS encontra-se em funcionamento, tendo sido todos
39 os profissionais necessários já contratados e desenvolvendo atividades de informação
40 e sensibilização junto à comunidade. Os atendimentos serão iniciados provavelmente
41 a partir de 16/09/02. Diante de tais esclarecimentos a CIB/CE acatou os pareceres da
42 Coordenação Estadual recadastrando os CAPS de Marco como Tipo II e Tauá como
43 Tipo I. **Ainda foi indagado pelos participantes como se daria a implantação de**
44 **novos CAPS:** Dr. Alex coloca que a CIB/Ce em reunida em 26 de abril decidiu que:
45 encaminharia solicitação ao Ministério da Saúde de ampliação do número de CAPS
46 para o Estado. Assim, além dos 22 atualmente autorizados e com recursos financeiros

47 já garantidos, foram solicitado a inclusão de mais 05 CAPS para: Maracanaú (1),
48 Pedra Branca (1), Beberibe (1), Crato (1) e Fortaleza (1). **Item 4 da Pauta - SMS de**
49 **Maracanaú - Solicitação de Credenciamento do Serviço de Hemodiálise II do**
50 **Rim Centro Filial.** Esta Unidade de Saúde atende todos os pré-requisitos exigidos
51 para tal cadastramento. Entretanto, considerando a necessidade de um incremento de
52 recursos financeiros no teto financeiro do município no valor de R\$ 12.238,00 mensal
53 e, considerando, ainda, não haver no teto estadual disponibilidade desses recursos. A
54 CIB/Ce decidiu: 1º - Promover uma reunião com a participação da COVAC/SESA e
55 SMS de Maracanaú, para avaliar a situação do município (programação/produção) e
56 apresentar uma proposta a ser discutida na próxima CIB/CE. 2º - A SESA deverá
57 encaminhar solicitação ao Ministério da Saúde para que o teto financeiro de
58 Maracanaú seja ampliado, de modo a cobrir o incremento necessário. 3º - A
59 COVAC/SESA deverá verificar junto ao Ministério da Saúde se os repasses
60 financeiros do FAEC para o município estão corretos (adiantamento do FAEC). **Item**
61 **5 da Pauta - SMS de Sobral - Solicitação de Credenciamento de Leitos de UTI -**
62 **Tipo II.** Considerando a exigência do Ministério da Saúde de que as Unidades que
63 realizam cirurgia cardíaca necessitam ter leitos de UTI cadastrados como Tipo II, o
64 Hospital do Coração de Sobral apresentou tal solicitação. Em termos de impacto
65 financeiro, o referido cadastramento implica no incremento de recursos da ordem de
66 R\$ 34.524,00/mês. Como o Ministério da Saúde não disponibilizou recursos novos
67 para cobrir impactos como esse, o município de Sobral, por encontrar-se em GPSM,
68 teria que assumir, com seu teto atual, pela demanda em questão. Diante da situação, a
69 CIB/Ce pactuou encaminhar ao Ministério da Saúde solicitação de ampliação do teto
70 financeiro de Sobral, para que este arcasse com as despesas referentes ao
71 cadastramento dos leitos de UTI Tipo II do Hospital do Coração. Foi acordado que a
72 solicitação apontaria a importância do funcionamento da referida Unidade na
73 Macrorregião de Sobral, além da necessidade do Ministério da Saúde incorporar
74 novos recursos para resguardar as exigências atualmente regulamentadas. Além disso,
75 foi pactuado que a COVAC entraria em contato com o Gestor Municipal de Sobral
76 para verificar sua concordância em relação ao pleito do Hospital do Coração. **Item 6**
77 **da Pauta CIB - MR de Crateús solicita providências no sentido de assegurar o**
78 **atendimento das referências programadas para o município de Crateús.** Foi
79 esclarecido pela **Benedita Rodrigues Soares**, Gerente Microrregional de Crateús,
80 que esse assunto não teria sido por ela solicitado, mas referia-se a uma solicitação
81 expressa em um documento assinado por 07 dos 11 Secretários de Saúde da Micro. O
82 documento apresenta a insatisfação dos Secretários quanto ao não atendimento
83 efetivo das Referências Programadas para Crateús – Município Pólo da MR. Por
84 outro lado, o Secretário de Saúde de Crateús reconheceu a gravidade da situação,
85 afirmando, entretanto, que os atendimentos estão sendo realizados. Reafirmou, ainda,
86 o compromisso da Administração Municipal em responder aos compromissos
87 assumidos na MR. Diante das discussões, a CIB/Ce pactuou pela realização, através
88 da COVAC, de uma análise técnica dos dados oferecidos pela Câmara de
89 Compensação, identificando, entre outros aspectos, os encaminhamentos e os
90 atendimentos das referências no SIH. Tal análise será enviada a Gerência
91 Microrregional de Crateús que, em reunião da CIB/Micro no dia 08 de outubro
92 próximo, fará discussão para estabelecimento de novos pactos. **Item 7 da Pauta -**
93 **COSEMS/SMS de Barro - Denúncia de Alteração da Programação de**

94 **Internação.** Considerando o fato do município de Barro manifestar sua insatisfação
95 em relação a mudança na sua programação de internação cujas referências antes
96 encaminhadas para o Brejo Santo teriam sido deslocadas para o Hospital Santo
97 Antônio de Barro, o qual não estaria apresentando resolutividade no atendimento dos
98 serviços de 1º nível. Foi acordado na CIB/Ce que a COVAC fará uma avaliação da
99 situação da referida unidade hospitalar, verificando se a mesma dispõe de condições
100 de permanecer com programação no SIH. Caso seja verificado a procedência das
101 denúncias do município de Barro em relação a Unidade, os encaminhamentos
102 passarão a ser transferidos novamente para o Brejo Santo. **Item 8 da Pauta -**
103 **Termo de Adesão Municipal à Habilitação em GPAB - A (44 municípios).** Trata-
104 se de uma acordo, segundo o Secretário de Políticas do Ministério da Saúde, feito
105 entre o próprio Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, onde a Secretaria
106 de Políticas da Saúde/MS avaliaria os municípios brasileiros que se encontravam em
107 condições para habilitação imediata na GPAB-A, sendo exigido, para tanto, a
108 assinatura, pelo gestor municipal, de um Termo de Adesão disponível na página dessa
109 Secretária. No caso do Ceará, foram indicados, pela avaliação exclusiva da Secretaria
110 de Políticas da Saúde/MS, 44 municípios aptos a habilitação na gestão referida.
111 Considerando que tal atitude fere a NOAS/2002, que dentre outros pontos afirma que
112 os processos de habilitação deverão ser aprovados pelas CIB estaduais antes de serem
113 encaminhadas para a CIT. Após discussões a CIB/CE tomou as seguintes decisões: 1ª
114 - Oficializará sua posição de permanecer guiando-se pela NOAS/2002, não acatando,
115 assim, a aprovação "*ad referendum*" dos processos de habilitação dos municípios em
116 GPAB-A. 2ª - Fará solicitação junto a Secretaria de Políticas de Saúde/MS de
117 informações sobre os critérios utilizados na escolha dos municípios aptos a
118 habilitação imediata. 3ª - Solicita à SESA verificar as condições em que se encontram
119 os 44 municípios indicados pelo Ministério da Saúde. No caso desses apresentarem os
120 critérios exigidos para habilitação e, em sendo da vontade de seus gestores de
121 enquadrarem-se na habilitação proposta, a CIB/Ce deverá encaminhar os Termos de
122 Adesão para tal fim. Complementando essa proposta, a SESA deverá convocar os 44
123 Gestores Municipais para explicar-lhes as medidas tomadas pelo Ministério da Saúde
124 e apresentar a situação de cada um frente às exigências de habilitação segundo a
125 NOAS/2002. **Item 9 da Pauta - Solicitações de pagamento de procedimentos**
126 **realizados junto ao SUS e não pagos: Hospital Jesus Maria José de Quixadá,**
127 **Hospital José Pinto do Carmo em Baturité e Hospital São Vicente de Paulo em**
128 **Barbalha.** Considerando que as Unidades: Hospital José Pinto do Carmo - Baturité,
129 Hospital Jesus Maria José - Quixadá e Hospital São Vicente de Paulo - Barbalha
130 integram o Sistema de Referência Microrregional do Estado, e que as mesmas
131 prestam atendimento hospitalar especializado aos usuários do Sistema Único de
132 Saúde - SUS. E ainda que a Programação Pactuada e Integrada - PPI - 2002 fixou
133 recursos para área de internação com base na série histórica e que as internações
134 prestadas por estes hospitais ultrapassaram os limites financeiros fixados. ACIB/CE
135 aprova o repasse financeiro de recursos federais creditados no FUNDES para a área
136 de média complexidade, para cobrir as despesas com assistência prestada aos usuários
137 do SUS, que não foram assegurados nos limites financeiros destes municípios, e fixa
138 os valores a serem repassados para o Hospital José Pinto do Carmo - Baturité no valor
139 de R\$ 35.000,00, Hospital Jesus Maria José - Quixadá no valor de R\$ 100.000,00 e
140 Hospital São Vicente de Paulo - Barbalha no valor de R\$ 150.000,00. **Item 10 da**

141 **Pauta - INFORMES: 10.1. Portaria No. 1557/GM, datada de 29/08/02 que**
142 **habilita o município de Quixelô na GPSM pela NOAS 01/2002, com vigência a**
143 **partir de 1º de setembro de 2002. 10.2. COSEMS - Ofício 141/02, datado de**
144 **27/08/02 - Comunicando a substituição do Dr. Rodrigo Carvalho Nogueira, SMS**
145 **de Deputado Irapuan Pinheiro - suplente da representação de município de**
146 **pequeno porte pelo Dr. Ítalo Ney Bezerra Paulino, SMS de Quixelô. 10.3.**
147 **TELEMÉDICA.** Alex apresenta Dr. José Humberto Germano Correia, atual
148 Prefeito de Araripe com Mestrado na Itália, Ex - Secretário Municipal de Saúde de
149 Araripe para informar sobre o serviço de Telemedicina. **Dr. Germano** relata sobre a
150 **experiência do município de Araripe com a Telecardiologia.** Desde abril de 2002,
151 o município de Araripe fechou um contrato com o ITMS, empresa que presta serviços
152 de telemedicina, na área de telecardiologia. O pacote inclui a realização de 50 exames
153 de eletrocardiograma com direito a dois pareceres médicos, sendo dado o primeiro
154 logo após a emissão do exame. Caso haja necessidade, a segunda opinião de outro
155 profissional médico é solicitada e imediatamente atendida. Sem custo de implantação,
156 o pacote custa R\$500,00/mês e a cada exame extra é pago uma taxa de R\$10,00.
157 Quando da leitura do contrato, o contratante recebe um aparelho para a realização dos
158 exames, passível de locomoção a qualquer lugar. Os resultados do eletrocardiograma
159 são transmitidos por telefone (ondas sonoras) para uma Central no Instituto do
160 Coração de Uberlândia/MG, onde os profissionais especialistas dão o diagnóstico e
161 recomendam as medidas cabíveis. Segundo Dr. Germano, a experiência tem sido
162 bastante positiva por possibilitar o acesso rápido e eficiente, mesmo nos lugares mais
163 distantes e a custo mínimo, a serviços de apoio diagnóstico, contribuindo, assim, com
164 a diminuição de óbitos por doenças cardíacas – diga-se de passagem uma das maiores
165 causas do óbitos no Estado. Além do município de Araripe, os municípios de
166 Altaneira e Santana do Cariri também estão prestando serviços de telecardiologia. Os
167 interessados poderão entrar em contato com esses municípios ou diretamente com o
168 ITMS pelo fone: 034 – 34.3224-3000 e falar com Elaine Alcântara ou Dr. Roberto
169 Botelho. Após o relato do Dr. Germano, **Evandro** coloca que deve se fazer uma
170 avaliação sobre a qualidade do serviço, e reapresentar a proposta na CIB/CE com
171 informações que possibilitem a tomada de decisões. **10.4. PROFORMAR -**
172 **Programa da FUNASA destinado ao treinamento dos vigilantes de endemias, a**
173 **idéia é capacitar cerca de 5.000 técnicos.** Nada mais havendo a tratar, a CIB deu
174 por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos,
175 servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos
176 membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará.
177 Fortaleza, treze de setembro do ano dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 15ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos onze dias do mês de outubro do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião 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: Turno da manhã: Rogério Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Luiza de Marilac Meireles Barbosa, COPOS/SESA, José Aluisio da Silva Soares, Coordenador da SMS de Fortaleza, Carlos Smith Marcos Monteiro, Secretário Municipal de Caucaia, Vera Maria Câmara Coêlho, CEEPE/COPOS/SESA, Isabel Cristina Cavalcante Carlos, CODAS/SESA, Nágela Maria dos Reis Norões, COMIRES/SESA, Maria Imaculada Fonseca, CEOAP/CODAS/SESA, Aldrovando Ney, Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza, Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Alexandre José Mont'Alverne Silva, COPOS/SESA, Carlos Alberto Kômora Vieira, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú. Turno da Tarde: Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Carlos Alberto Kômora Vieira, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, Rogério Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Maria Vilauva Lopes, Vice - Presidente do COSEMS/CE, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Jaguaribe, Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Nágela Maria dos Reis Norões, COMIRES/SESA, José Aluisio da Silva Soares, Coordenador da SMS de Fortaleza, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Coordenadora de Gabinete, Vera Maria Câmara Coêlho, Gerente da CEEPE/COPOS/SESA, Carlos Smith Marcos Monteiro, Secretário Municipal de Caucaia, Maria Imaculada Fonseca, CEOAP/CODAS/SESA. Como convidados: Turno da Manhã: Quitéria Régia Tavares Andrade, SMS de Nova Russas, Edisandra Régia de Lima, SMS de Itaitinga, Aline Maria Barbosa Domício, SMS de Icapuí, Erismundo M. Cavalcante, SMS de Aracati, Edna Lacerda Queiroz, SMS/PMF, Maria do Socorro Furtado Nogueira, SMS/PMF, Sheila Maria Santiago, SMS/PMF, Francisco Ricardo, SMS de Barbalha, Maria de Fátima Mota, SMS de Mulungu, Humberto Pinheiro Cunha, SMS de Trairi, Antônio Marcos M. de Sousa, SMS de Quixeramobim. Turno da Tarde: Maria Tereza N.B. Timbó, SMS de Tamboril, Nancy Costa de Oliveira, SMS de Aracoiaba, Magna R. Nojosa, SESA, Graça Barbosa, CEOAST, Ricardo Silva, SMS de Marco, Maria das Dores Pinho Tomáz, SMS de Trairi, Humberto Pinheiro, SMS de Trairi, Marcelo Araújo, SMS de Barbalha, Pádua Pinho, SMS de Crateús, Ivonete Dutra, SMS de Quixadá, Antônio Tadeu G. Marques, SMS de Tamboril, Elisandra Régis, SMS de Itaitinga, Aline Maria Barbosa Domínio, SMS de Icapuí. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Epidemiologia e Controle de Doença. 1.1. Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD: Reajuste das Ações de Controle de Dengue (Portaria 1.349/GM de 24/07/2002) - Dra. Marilac/Dr. Ernani.** Dra. Marilac repassa informações contidas na Portaria 1.349/GM, datada de 24/07/2002, sobre os municípios que necessitam de acréscimos de recursos ao TFECD para as ações de controle do dengue. Os recursos adicionais destinam-se, exclusivamente, à contratação de pessoal para execução de ações de campo no combate

48 ao vetor transmissor da dengue. Os gestores estaduais e municipais, responsáveis pelas
49 execução das ações referidas, somente farão jus ao recebimento do valor adicional, após a
50 comprovação de que: 1). Atualmente utilizam, no mínimo, 70% do respectivo TFECD no
51 pagamento de agentes de controle da dengue; 2). Todos os agentes referidos no item
52 anterior estejam desenvolvendo atividades de campo; 3). A remuneração dos novos
53 agentes esteja compatível com a realidade local; e 4). O quantitativo de agentes
54 atualmente existentes é insuficiente para atingimento das coberturas preconizadas pelas
55 normas técnicas do Programa de Controle de Dengue. A solicitação para recebimento do
56 incentivo financeiro, após aprovação da Comissão Intergestores Bipartite, será avaliada
57 pela Fundação Nacional de Saúde e encaminhada para deliberação na Comissão
58 Intergestores Tripartite. A CIB terá o prazo de até o dia 31 de outubro de 2002 para envio
59 das propostas de alocação de recursos, findo o prazo os recursos serão transferidos para
60 "Dotação Nacional". Os recursos alocados à rubrica "Dotação Nacional" serão utilizados
61 segundo critérios definidos pela FUNASA. Fica delegada competência ao Presidente da
62 FUNASA para, caso necessário, editar normas regulamentadoras desta Portaria. Com a
63 palavra **Dr. Ernani**, Gerente da CETRAV/SESA faz exposição sobre os **Critérios para**
64 **solicitação de recursos adicionais:** 1) Nº de agentes = 1 para cada 800 imóveis. 2) Nº.
65 de agentes por pontos estratégicos = Nº de imóveis x 0,4%. 3) Nº de supervisores de
66 campo = 1 supervisor para 10 agentes. 4) Nº de supervisores gerais = 1 supervisor geral
67 de campo para 5 supervisor de campo. 5) Nº de laboratorista = 1 para cada 50.000
68 imóveis. 6) Nº de motoristas = 1 para cada supervisor de campo e geral. **Seis municípios**
69 **apresentaram solicitação de recursos adicionais:** **Fortaleza** solicita adicional no valor
70 R\$ 106.548,82, como justificativa aponta o incremento de 226 servidores de campo para
71 intensificação das ações de controle do dengue; **Sobral** solicita adicional R\$ 6.759,34,
72 como justificativa a manutenção de 25 agentes do PNCD, recentemente contratados pelo
73 município, para intensificação das ações de controle do dengue; **Maranguape** solicita
74 adicional R\$ 3.255,13, como justificativa o incremento de 10 servidores de campo para
75 intensificação das ações de controle do dengue; **Crato** solicita adicional R\$ 1.664,00,
76 como justificativa aponta o incremento de 07 servidores de campo para intensificação das
77 ações de controle do dengue; **Pindoretama** solicita adicional R\$ 871,31, como
78 justificativa aponta o incremento de 04 servidores de campo para intensificação das ações
79 de controle de dengue. **Baturité** apresenta um gasto de R\$ 5.040,00 (cinco mil e
80 quarenta reais) mensais, com despesas para pagamento de pessoal, o que corresponde a
81 69,20% do TFECD + contrapartida. Por este motivo não se enquadrando na exigência da
82 Portaria Nº 1.349 (70% para pagamento de pessoal do dengue). Das seis propostas
83 analisadas, apenas o município de Baturité não está de acordo com os critérios exigidos
84 pela Portaria. Após exposição os membros manifestaram - se: **Kômora**, coloca que a
85 proposta está perfeita, mas os recursos são insuficientes para cobrir os gastos. E que o
86 critério de prioridade deve ser a presença do Dengue - 3. **Rogério**, preocupado com a
87 dificuldade de divulgação para os municípios em tempo hábil. Concorde com o Kômora.
88 **Socorro**, propõe incluir nos critérios os índices de infestação predial. **Jurandi**, relata as
89 dificuldades com a manutenção do Programa, dado a insuficiência dos recursos, destaca
90 que as propostas tem variação salarial muito grande, este é um ponto necessário de
91 aprofundamento. O percentual de 70% dos casos de Dengue são do Interior, e deve ser
92 visto o índice de infestação predial. **Ernani**, lembra que os salários de R\$ 300,00 não
93 estão incluídos as obrigações trabalhistas, em relação a inclusão do critério índice de
94 infestação predial, não concorda que ele seja analisado de forma pontual. **Oswaldo**,

95 esclarece que não se deve beneficiar os municípios que não tem uma boa atuação no
96 controle de infestação. **Socorro**, ressalta que deve ser monitorado, pois pode existir
97 município com um bom programa, mas a infestação continua elevada. SMS de Fortaleza
98 está preocupada em se adequar a Portaria, mas os recursos são insuficientes para cobrir
99 as despesas do Programa . Fortaleza tem 30% dos casos do Estado, para um só município
100 é muito alto. **Aluisio**, aponta alguns critérios para seleção das novas propostas presença
101 do Tipo - 3 e infestação predial elevada. **Marilac**, aponta as dificuldades de isolamento
102 viral para se identificar o Dengue - 3. E sugere os seguintes critérios: Incidência de
103 dengue hemorrágico; Registro de doença por mais de 3 anos; Presença do Dengue - 1 e
104 Dengue -2 e Índice de infestação elevada. **Isabel**, destaca o índice de infestação predial.
105 **Nágela, Aldrovando e Lilian**, concordam com Marilac. **Alex** tem que se considerar a
106 gestão do município quanto aos resultados obtidos no Programa para não se cometer
107 injustiça. Após ampla discussão a CIB/Ce decidiu: 1^a) Aprovar os recursos adicionais
108 para os municípios de Fortaleza no valor de R\$ 106.548,82, Sobral no valor de R\$
109 6.759,34, Maranguape no valor de R\$ 3.255,13, Crato no valor de R\$ 1.664,00 , e
110 Pindoretama no valor de R\$ 871,31. 2^a) Comunicar ao município de Baturité que a
111 CIB/Ce, acatou o parecer da Comissão. **1.2. Plano Estadual de Contingência para**
112 **Epidemia de Dengue Hemorrágico,** Dra. Dina Gerente da CEVIG manifesta a
113 preocupação com a situação da assistência aos pacientes com dengue no Estado, e afirma
114 que no próximo ano (2003) temos grande possibilidade de conviver com um epidemia de
115 dengue hemorrágico. O foco do Plano é a organização da assistência aos pacientes de
116 dengue no Estado. Após colocação da Dina os membros manifestaram - se: **Jurandi**,
117 coloca que se deve divulgar para a população os riscos de uma Epidemia de Dengue
118 Hemorrágico em 2003. E que a SESA deve agir rapidamente chamando todos os
119 Prefeitos e Secretários de Saúde para informa - los e sensibiliza - los sobre a situação do
120 Dengue. Informa que o município de Pedra Branca foi premiado no Congresso de
121 Epidemiologia pelo trabalho realizado no controle do dengue. **Socorro**, afirma que a
122 SESA já agendou uma reunião com os Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde no dia
123 05/11/02. A CIB/Ce decidiu entregar o Plano ao COSEMS/Ce para análise e parecer, para
124 se manifestar na próxima reunião da CIB/Ce (29/11/02). **Kômora**, sugere que se convide
125 Pernambuco para participar do Evento. **Alex**, pede para não se entrar nesta, pois se pode
126 evitar um maior número de casos graves, o Ceará no ano passado e este ano evitou o
127 agravamento da situação, através de um bom trabalho. **1.3. Descentralização das Ações**
128 **de Epidemiologia e Controle de Doenças para os municípios:** Solicitações de
129 certificações dos municípios de Caucaia e Tauá com pareceres favoráveis do NUEPI. A
130 CIB/Ce aprovou a Certificação destes municípios para a Gestão das Ações de
131 Epidemiologia e Controle de Doenças. **Item 2 da Pauta - Saúde da Família: 2.1.**
132 **Qualificação de Equipes do Programa Saúde da Família e Saúde Bucal para os**
133 **municípios.** Solicitação de qualificação de Equipes do Programa Saúde da Família:
134 Cascavel (01), Pacatuba (04), Senador Pompeu (01) e Independência (02). **Saúde Bucal:**
135 Cruz (01). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes. **2.2. Apresentação do**
136 **relatório de monitoramento do PSF.** Imaculada coloca que a dificuldade maior é com
137 o número de equipes qualificadas e que não se encontram em funcionamento.
138 Atualmente foram qualificadas 1.407 equipes, em funcionamento se encontram apenas
139 1.138 equipes, com uma diferença de 269 equipes. Em seguida apresenta a situação do
140 Programa Saúde da Família em agosto/02: **1) Em relação as equipes do PSF**
141 qualificadas na Capital 101, no Interior 1.306, apresentado um total de 1.407. Em

142 funcionamento na Capital 101, no Interior apenas 1.008 apresentado um total de 1.109.
143 **2) Em relação as equipes de Saúde Bucal** qualificadas, na Capital nenhuma equipe foi
144 qualificada, no Interior 472. Das 472 equipes qualificadas para o Interior se encontram
145 em funcionamento 391. **3) A cobertura do PSF** na Capital com uma população de
146 2.183.612 representa 14%, no Interior com uma população de 5.364.008 representa 68%.
147 No Estado do Ceará com uma população de 7.547.620 representando 53%. **4) Agentes de**
148 **Saúde** na Capital temos 1.143, Interior temos 8.447 apresentando um total de 9.590
149 agente no Estado. **Imaculada**, sugere que o COSEMS informe aos municípios. **Kômora**,
150 solicita que os dados sejam incluídos no Site da SESA. **2.3. Relatório das internações**
151 **por condições sensíveis à atenção ambulatorial por município com identificação da**
152 **atual cobertura do PSF - Lilian.** Adiado para a próxima reunião da CIB/Ce agendada
153 para 29/11/02. **Item 3 da Pauta - Saúde Mental - recadastramento do CAPS de**
154 **Quixeramobim.** Solicitação de mudança de modalidade do Centro de Atenção
155 Psicossocial - CAPS de Tipo I, para Tipo II, em função de haver resolvido a única
156 pendência, para que fosse enquadrado como Tipo II, conforme as Portarias de N°s .
157 336/GM, datada de 19/02/02 e 189/SAS, datada de 22/03/02. Considerando a Resolução
158 da CIB/Ce de N° 24/02 que aprova o cadastramento do CAPS de Quixeramobim como
159 Tipo I, dado que no momento do cadastramento o mesmo não apresentava infra-estrutura
160 física adequada ao perfil de CAPS Tipo II; e o novo parecer da Comissão Estadual de
161 Saúde Mental que atesta a conclusão das obras de adequação física do prédio para
162 funcionamento do CAPS, a CIB/Ce aprova o recadastramento do Centro de Atenção
163 Psicossocial de Quixeramobim como CAPS - Tipo II. **Item 4 da Pauta - Revisão dos**
164 **critérios adotados pela CIB/Ce em relação a Portaria 1.188/2002.** **Vera**, comenta
165 sobre o artigo 6º da Portaria 1.188/2002, que determina, mediante a inclusão dos recursos
166 objeto desta Portaria que os gestores proceda à revisão dos valores constantes da
167 Programação Pactuada Integrada/PPI, com liberdade de alocação independente da
168 natureza do prestador, que deverá ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite e
169 enviada à Secretária de Assistência à Saúde. Em seguida apresenta os quadros da análise
170 da distribuição dos recursos elaborado por Lilian com base nos dados de produção - 2001.
171 **Alex**, sugere que a COVAC faça uma análise da produção de fevereiro a julho/02 e
172 apresente na próxima reunião (29/10/02). A CIB/Ce acatou a sugestão do Alex. **Item 5**
173 **da Pauta - Solicitação de credenciamento do Laboratório de Análise Clínica Bio**
174 **Vida de Barbalha.** A SMS de Barbalha solicita o credenciamento do Laboratório de
175 Análise Clínica Bio Vida de Barbalha. Lilian lembra que a Portaria 91/99 do Ministério
176 da Saúde normatiza que toda inclusão e exclusão de prestadores do Sistema Único de
177 Saúde nos municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal deverá ser acordado na
178 CIB/Ce. A CIB/CE aprovou o credenciamento dessa Unidade por considera - la
179 importante no controle dos pacientes assistidos em TRS no município de Barbalha. **Item**
180 **6 da Pauta - 6.1. Solicitação de reajuste dos limites financeiros de Alta**
181 **Complexidade para TRS e Radio e Quimioterapia: Fortaleza, Crato e Barbalha.**
182 Com referência aos pedidos de reajustes dos Limites Financeiros de Alta Complexidade
183 em TRS, os municípios de **Barbalha** apresenta déficit em ago/02 de R\$ 4.037,00 e o
184 déficit acumulado é de R\$ 11.020,00, **Crato** com déficit em ago/02 de R\$ 13.272,00 e o
185 déficit acumulado e de R\$ 22.200,00, e **Fortaleza** com déficit de R\$ 18.105,00, e o
186 déficit acumulado deduzido o saldo em caixa é de R\$ 10.301,00. **Vera**, coloca o **Quadro**
187 **com Recursos Federais da Alta Complexidade - TRS - balanço de junho e**
188 **julho/2002** para os municípios: Barbalha com valor fixado em R\$ 203.481,00, Crato com

189 valor fixado em R\$ 394.996,00, Fortaleza com valor fixado em R\$ 3.289.988,00,
190 Juazeiro do Norte com valor fixado em R\$ 192.637,00, Maracanaú com valor fixado em
191 R\$ 203.507,00, Quixadá com valor fixado em R\$ 89.878 e Sobral com valor em R\$
192 351.294,00. Após exposição os membros manifestaram - se: **Jurandi**, é necessário
193 enviar ofício ao Ministério da Saúde, solicitando a expansão de oferta. **Evandro**, é
194 importante ouvir os municípios sobre a possibilidade de pagar com o rendimento de
195 mercado financeiro. **Vilauva, Rogério e Kômora**, concordam com as sugestões do
196 Jurandi e do Evandro. **Lilian**, lembra que o MS fez reunião em Salvador para transferir os
197 recursos do TRS do Teto do Estado/Município para o FAEC, os recursos de expansão
198 foram 2,9% sobre a produção. **Socorro**, concorda com as sugestões do Jurandi e Evandro.
199 **Aluisio**, concorda com as sugestões do Jurandi e Evandro. Após as discussão, a CIB/CE
200 sugere a utilização dos rendimentos da aplicação dos recursos no mercado financeiro,
201 para o pagamento do débito com os prestadores, até o mês de agosto de 2002 para os
202 municípios de Barbalha no valor de R\$ 11.020,00, Crato no valor de R\$ 22.200,00 e
203 Fortaleza no valor de R\$ 10.301,00. Em relação aos meses seguintes, a COVAC/SESA
204 deverá enviar Ofício ao Ministério da Saúde solicitando a expansão de oferta de TRS
205 para os municípios acima. **6.2. Solicitação de pagamentos para serviços prestados pelo**
206 **Hospital do Câncer - Instituto do Câncer do Ceará e Hospital do Coração do Cariri**
207 **em Barbalha.** As Unidades de saúde: Hospital do Câncer - Instituto do Câncer do Ceará
208 localizado em Fortaleza e Hospital do Coração do Cariri localizado em Barbalha
209 integram o sistema de referencia Macrorregional de Saúde. Estas unidades prestam
210 atendimento ambulatorial e hospitalar especializados de alta complexidade aos usuários
211 do Sistema Único de Saúde - SUS. No entanto os valores alocados para custeio dos
212 serviços de Radioterapia, Quimioterapia e Cardiologia, através da Programação Pactuada
213 e Integrada - PPI são insuficientes para cobrir a produção prestadas aos usuários do SUS.
214 Diante as exposições apresentadas a CIB/Ce aprova o repasse financeiro de recursos
215 federais creditados no FUNDES para a área de Alta Complexidade para cobrir despesas
216 com assistência prestada aos usuários do SUS, que não foram assegurados nos limites
217 financeiros destes municípios e fixa os valores a serem repassados para o Hospital do
218 Câncer do Ceará no valor de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) e para o
219 Hospital do Coração do Cariri no valor de R\$100.000,00 (cem mil reais). **Item 7 da**
220 **Pauta - Revisão dos limites financeiros dos municípios em GPSM - 1º de outubro -**
221 **2002.** A direção da SESA pede adiamento desta discussão, dado a necessidade de
222 avaliar melhor os dados e agenda para a próxima reunião da CIB/Ce (29/11/2002). **Item 8**
223 **da Pauta - Microrregional de Baturité.** **Vilauva**, relata as dificuldades identificadas
224 pela CIB Microrregional de Baturité à CIB/Ce, informações contidas na Ata da 11ª
225 Reunião. **Lilian**, sugere que a Mr. Baturité faça a revisão da Programação e o que for
226 enviado para Fortaleza e Baturité será pago pelo Estado através de Resolução dado o
227 fechamento do Hospital de Aracoiaba. **Olímpia, SMS de Aratuba** afirma que quando o
228 Hospital de Aracoiaba estava funcionando, o mesmo estava dando resposta as demandas
229 dos municípios. **Kômora**, informa que recebeu a visita do Eugênio Vilaça que comentou
230 as dificuldades do modelo do Estado de ter numa MR mais de uma Unidade Hospitalar.
231 **Ricardo, SMS de Marco** sugere que os pacientes da MR de Baturité sejam atendidos no
232 PSA. **Policarpo**, coloca que esta situação é crítica na MR de Baturité que vem sendo
233 trabalhada nos quatros anos, imaginem a situação nas outras MR, os recursos de
234 investimento do município de Cascavel previstos no PDI foi retirado, e hoje o município
235 está bancando tudo. **Evandro**, coloca a situação problema dos municípios da MR de

236 Baturité de retirar Consulta Médica Especializada de Aracoiaba e enviar para Fortaleza,
237 mesmo tendo Serviço em Baturité, dado o valor diferenciado da Consulta Médica
238 Especializada resultando na perda da Proposta de Reorganização. **Jurandi**, solicita que a
239 revisão da Programação da MR Baturité seja feita na Reunião da CIB/Ce do dia 29.10.02.
240 A CIB/Ce acatou a solicitação do Jurandi. **Item 9 da Pauta - Análise de Desempenho**
241 **da Atenção Básica dos Municípios que solicitaram habilitação.** Imaculada, coloca
242 que para habilitação dos municípios na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e
243 Plena do Sistema Municipal, foram avaliados dois critérios: A cobertura de DTP em
244 menores de 1 ano e as consultas médicas básicas, utilizando as metas do Pacto Municipal
245 e do Estado, e dados do SIA/SUS. Inicialmente considerou - se os dados do ano 2002 (1º
246 Semestre) e depois aqueles municípios que não atingirem as metas foram utilizadas
247 informações referentes ao ano de 2001. Com base nestes critérios obtiveram parecer
248 favorável os municípios de: Acarape, Aiuaba, Apuiarés, Aquiraz, Aracati, Assaré,
249 Caririaçu, Caridade, Cascavel, Catunda, Cedro, Choró, Chorozinho, Coreau, Cruz, Farias
250 Brito, Guaiuba, General Sampaio, Ibaretama, Itarema, Itapajé, Ipueiras, Jardim, Jijoca de
251 Jericoacoara, Massapê, Mauriti, Meruoca, Monsenhor Tabosa, Morada Nova,
252 Maranguape, Ocara, Pacatuba, Paraipaba, Paracuru, Piquet Carneiro, São Luiz do Curu,
253 Senador Pompeu, Senador Sá, São Gonçalo do Amarante, Tururu, Umirim, Uruburetama,
254 Varjota, Limoeiro do Norte e foram considerados não aptos à habilitação os municípios
255 de: Beberibe, Catarina, Horizonte, Irauçuba, Mombaça, Pentecoste, Santa Quitéria,
256 Tejuçuoca, Caucaia, Crateús. **Item 10 da Pauta - Instituto do Câncer do Ceará -**
257 **ICC, solicita revisão dos limites financeiros da consultas oncológicas referenciadas.**
258 O Hospital do Câncer coloca as sucessivas alterações na programação físico -
259 orçamentário relativas ao atendimento ambulatorial desta Instituição que produziram
260 cortes de quase 50% do montante destinado a este Serviço. Utilizando a mesma
261 argumentação, solicita ampliação das metas das consultas oncológicas, visto que realiza,
262 em média 2.500 consultas/mês. Em seguida apresenta demonstrativo da procedência dos
263 pacientes consultados de julho/01 a junho/02, se observa que 66% são procedentes de
264 Fortaleza e 34% são oriundos do Interior do Estado. A redução da receita destinada as
265 consultas médicas criou uma dificuldade para manter na áreas de oncologia o quadro de
266 38 médicos. Vale ressaltar que no total das consultas não estão incluídas as mais de 800
267 triagens realizadas mensalmente. A CESIH/COVAC informa que apenas 38 municípios
268 do Interior referenciaram 287 consultas oncológicas mensais para ICC. O levantamento
269 realizado pelo ICC dos atendimentos realizados no período de um ano (julho/01 a
270 junho/02) houve uma média de 817 consultas/mês de oncologia de pacientes do interior
271 do Estado. Alguns municípios apesar de não terem programado apresentam média mensal
272 alta, como Caucaia com 94 Consultas, Cascavel e Quixadá com 22, Aracati 27, Aquiraz
273 15, Pacatuba 13, Itapajé e Itapipoca com 10. Outros municípios programaram porém em
274 quantidade inferior a média atendida no período citado como Maracanaú que programou
275 5 consulta/mês e foram atendidas uma média de 106 consultas. A média de atendimento
276 de pacientes residentes em Fortaleza foi 1.668/mês. Conclui que a atual PPI fixa metas
277 para consulta oncológica que não corresponde a real produção da Unidade. Foram
278 encaminhados ofícios aos municípios de: Jaguaruana , Juazeiro do Norte, Jucás,
279 Maranguape, Mauriti, Morada Nova, Pacajús, Ocara, Paraipaba, Pentecoste, Pereiro,
280 Quixeramobim, Russas, Senador Pompeu, Tabuleiro do Norte, Itapiúna, Iracema,
281 Independência, Iguatú, Icó, Hidrolândia, Croatá, Cruz, Crateús, Canindé, Itapipoca,
282 Itapajé, Pacatuba, Caucaia, Cascavel, Quixadá, Aracati, Aquiraz, Baturité, Horizonte,

283 Limoeiro do Norte, Maracanaú e Fortaleza que apresentaram maiores diferenças entre a
284 meta programada e a realizada solicitando providências no sentido de ajustar a PPI. A
285 CIB/Ce decidiu que os pacientes dos municípios acima descritos com demanda em
286 consulta de oncologia, não serão mais encaminhados para o Instituto do Câncer do Ceará,
287 vez que a PPI dessa Unidade não prevê referência de consultas oncológicas. **Item 11 da**
288 **Pauta - INFORMES: 11.1. Portaria Nº 1.502/GM, datada de 22/08/02 - Incorpora os**
289 **Recursos da Descentralização da FUNASA no PAB.** Os municípios cearenses que
290 incorporaram os recursos foram: Banabuiú, Barroquinha, Bela Cruz, Camocim, Cascavel,
291 Choro, Erere, Ipu, Jaguaratama, Jaguaribara, Jaruaruana, Pindoretama, Russas, São João
292 do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte, **11.2. Portaria Nº 1.503/GM, datada de 22/08/02 -**
293 **Incorpora os Recursos da Descentralização da FUNASA no Teto da Assistência.** No
294 Ceará apenas o município de Canindé incorporou os recursos. **11.3. Comunicado do**
295 **CONASS que contratou o Instituto VOX POPULI para realizar a pesquisa de**
296 **opinião sobre o que pensa a população brasileira sobre os serviços de saúde em**
297 **nosso país.** A pesquisa será realizada durante o mês de outubro a visa subsidiar os
298 Secretários de Saúde, no planejamento e na melhoria das ações e serviços de saúde do
299 SUS para 2003. Para facilitar o trabalho dos entrevistadores, solicita que informe o
300 COSEMS, os Secretários Municipais de Saúde e Secretário Estadual sobre a ocorrência
301 da pesquisa. **11.4. Termo de Adesão Municipal ao Incentivo para o Controle de TB**
302 **na Atenção Básica de Saúde.** Vera informa que a Portaria Nº 1.474/G, datada de
303 19/08/02, que trata da reformulação do pagamento de procedimento relativos ao
304 atendimento de portadores de tuberculose, que passa a denominar - se Incentivo para o
305 Controle de Tuberculose na Atenção Básica de Saúde, com dois componentes: o
306 primeiro, relativo a notificação de caso novo, o segundo, relativo a alta por cura.
307 Estabelece que os recursos do Incentivo Financeiro para o Controle da Tuberculose na
308 Atenção Básica de Saúde serão oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
309 - FAEC - e serão repassados ao respectivo Fundo Municipal de Saúde. Fixa os valores
310 dos Incentivos: 1) R\$ 50,00 para notificação de novo caso; 2) R\$ 50,00 para a alta por
311 cura, quando o tratamento for auto - administrado e 3) R\$ 200,00 para a alta por cura,
312 quando o tratamento for supervisionado. Com informe periódico à Comissão
313 Intergestores Bipartite - CIB. Define que, para o recebimento do incentivo, os município
314 deverão assinar um Termo de Adesão - com cópia à SES correspondente e enviá-lo à
315 SPS/MS. Enquanto o município não fizer a sua adesão, o que deverá ocorrer até 90 dias
316 após a publicação desta Portaria, terá assegurado o recebimento dos recursos de que trata
317 a Portaria GM Nº 3.739/98 e a Portaria Conjunta SE/SAS Nº 13/99. A Comissão
318 Intergestores Bipartite deverá acompanhar, mediante informes trimestrais da área técnica
319 responsável pelo Programa de Controle da Tuberculose no Estado, a evolução do
320 processo de adesão dos municípios ao Incentivo. A Sandra Solange, Gerente da Célula
321 de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso - CEADI/SESA informa os municípios que
322 aderiram o Controle de TB: Sobral, Maracanaú, Tauá, Maranguape, Brejo Santo, Croatá e
323 Guaraciaba do Norte. **11.5. Ofício 170/2002, datado de 10/10/02 do COSEMS/Ce,**
324 **informa que em virtude do Dr. Carlile Lavor não ser mais o Secretário de Saúde de**
325 **Caucaia, passou à condição de titular, na composição da Bipartite, o atual**
326 **Secretário de Saúde de Maracanaú, o Dr. Carlos Alberto Kômora. E para suplente,**
327 **por decisão da Diretoria , foi indicado o novo Secretário de Caucaia: Dr. Carlos**
328 **Smith Marcos Monteiro.** Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a
329 reunião, determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo como

330 secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da
331 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, onze de
332 outubro do ano dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 16ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos vinte e nove dias do mês de outubro do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Sexta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Jurandi Frutuoso Silva, Presidente do COSEMS, Maria Vilauva Lopes, Vice - Presidente do COSEMS/CE, Vera Maria Câmara Coêlho, CEEPE/COPOS/SESA, Rogério Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de Umirim, Eliade Bezerra, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Aldrovando Nery, Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza, Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Luiza de Marilac Meireles Barbosa, COPOS/SESA, José Aluisio da Silva Soares, Coordenador da SMS de Fortaleza, Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Jaguaribe, Alexandre José Mont'Alverne Silva, COPOS/SESA, Carlos Alberto Kômora Vieira, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, Maria do Perpetuo Socorro Parente Martins, Coordenadora de Gabinete, Maria Imaculada Fonseca, CEOAP/CODAS/SESA, Carmem Lúcia Osterno, Secretária Municipal de Marco, Carlos Smith Marcos Monteiro, Secretário Municipal de Caucaia. Como convidados: Adenilson Silva, SMS de Maracanaú, Edna Lacerda Queiroz, CEVISA/SMS/PMF, Nicélia Sousa Lima, SMS de Pacoti, Albenice Oliveira Meneses, CIB-MR Itapipoca, Sheila Maria Santiago Borge, SMS/PMF, Daniela Sandra R. Queiroz, SMS de Santana do Acarau, Manuel Júnior, SMS de Icapuí, Ernani, CETRAV/SESA, Dina Cortez Lima, CEVIGE/COPOS/SESA. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Saúde da Família: 1.1. Qualificação de Equipes do Programa Saúde da Família e Saúde Bucal para os municípios.** Solicitação de qualificação de Equipes do Programa Saúde da Família: Maracanaú (01), Bela Cruz (01). Saúde Bucal: Itatira (01), Juazeiro do Norte (09) e Tamboril (01). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes. **1.2. Relatório das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial por município com identificação da atual cobertura do PSF.** Lilian e Alex colocam que as informações sobre as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial por municípios foram obtidas a partir da análise de cobertura das Equipes do PSF que se encontravam em funcionamento. No estudo se observa que quando se obtém uma cobertura acima de 40% as alterações em relação ao número de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial são mínimas. Não foi identificada uma relação direta entre a cobertura do PSF o número de internações. O grupo sugere a revisão do elenco de procedimentos de internação que foram classificadas como sensíveis à atenção ambulatorial, por constatarem que alguns deles só se alteram após alguns anos do momento de implantação do modelo de inversão. E destaca que a lógica atual de financiamento do SUS induz o aumento das internações, pelo fato do hospital só receber o que produz. Após exposição do trabalho os membros manifestam - se: **Jurandi**, acha que deve se fazer um estudo apenas nos municípios em GPSM. **Vilauva**, solicita que seja feito um estudo das internações nos fins de semana, quando o PSF não funciona. E afirma que onde tem PSF as internações sensíveis diminuem, o problema é que existem PSF que não funcionam como modelo de inversão. E que a Microrregional manda o atesto sem ter equipe em

48 funcionamento. E que é preocupante apresentar este estudo com esta metodologia, pois
49 existem hoje muitas distorções em relação ao PSF. E o Estado tem que interferir,
50 fiscalizar e promover ações de intervenção. **Kômora**, coloca que no município de
51 Maracanaú a cobertura de 70% do PSF e de 10% em internação sensíveis, mas ao longo
52 do período vem se mantendo, tem alguns fatores que interferem como a rotatividade dos
53 médicos e a insuficiência de medicamentos na Atenção Básica. **Rubens**, considera
54 interessante este estudo, pois todos esperavam elevado percentual de cobertura do PSF e
55 a redução de internação sensíveis, e o estudo não traz esta confirmação por isso se faz
56 necessário se fazer avaliações específicas, confrontando com atividades específica feitas
57 pelas equipes. **Socorro**, considera fundamental esta análise, mas o município deve
58 assumir este estudo como ferramenta de gestão, se existe município com bureaux de
59 informática o gestor deve ter clareza de que o perfil de internação está sendo alterado. E
60 chama atenção sobre a análise no estudo do acesso da população rural e urbana. **Eliade**,
61 sugere que seja analisado entre o hospital publico e o hospital privado. **Imaculada**,
62 concorda com o Alex que deve se rever o elenco de procedimentos. E que deve ser
63 revisto outras questões: como acesso a medicamentos a resolatividade das equipes, e a
64 infra-estrutura. **Aluisio**, indaga o porque deste trabalho? Está entendendo que existem
65 muitos "vies", que não foram analisados. **Alex**, explica que este estudo só trabalhou duas
66 variáveis: Cobertura do PSF e N° de internações sensíveis à atenção ambulatorial. E
67 coloca que a afirmativa da Vilauva é muito séria, que é haver atesto de equipe sem está
68 funcionando. É preciso incentivar os municípios para que façam esta análise bem com as
69 Micros, é interessante que os gestores façam esta análise. **Lilian**, é interessante que os
70 municípios construam a série histórica, pois os mesmos possuem os dados e o
71 conhecimento maior da realidade. **Vera**, coloca que a CIB/Ce assumiu independente de
72 produção o financiamento através de recursos federais dos hospitais locais em 54
73 municípios da Atenção Básica, fato que deveria ter tido impacto na redução das
74 internações por condições sensíveis á atenção ambulatorial. **Jurandi**, solicita que seja
75 apresentado o Relatório de transferência dos recursos federais para os municípios com
76 Hospitais Locais que estão recebendo recursos adicionais ao valor da produção. A
77 CIB/Ce acatou a solicitação do COSEMS em apresentar na próxima reunião o relatório
78 dos 54 municípios que recebem recursos adicionais. **Item 2 da Pauta - Vigilância**
79 **Epidemiológica. 2.1. Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doença -**
80 **TFECD: Reajuste das Ações de Controle de Dengue (Portaria 1.349 de 24/07/02).**
81 **Ernani**, Gerente da CETRAV apresenta os pareceres das propostas dos municípios que
82 solicitaram recursos adicionais ao TFECD, conforme a Portaria 1.349/02. A Comissão
83 fez análise com base nos critérios exigidos pela mesma e emitiu parecer favorável as
84 solicitações dos municípios de: Crateús, Itapajé, Quixadá, Juazeiro do Norte, Aracati,
85 Marco, Acarape, Barbalha, Pacatuba, Guaiuba, Maracanaú e Brejo Santo e parecer
86 desfavorável, por não se enquadrarem nos critérios exigido pela (Portaria - 1.349/02) os
87 municípios de: Quixeramobim, Icapuí, Mombaça, Saboeiro, Acaraú, Itarema, Iracema,
88 Cruz, Bela Cruz, Morrinhos, Iguatú, Acopiara e Piquet Carneiro. Após a apresentação das
89 propostas os participantes manifestaram - se: **Eliade**, questiona a forma de cálculo do
90 percentual de gasto com pessoal, que se dá em relação ao total gasto com pessoal no
91 Controle de Dengue em relação ao Teto Global. **Policarpo**, reclama que não obteve
92 informação sobre a Portaria, pois a MR não circulou a mesma. **Vilauva**, manifesta
93 preocupação com os municípios com Índice de Infestação Predial elevado e não
94 obtivemos parecer favorável tais como: Mombaça, Piquet Carneiro e Bela Cruz. **SMS de**

95 **Icapuí** solicita informações porque o município não obteve parecer favorável? **Ernani**,
96 esclarece que a análise foi elaborada de acordo com a Portaria 1.349/02 e que vários
97 municípios não atingiram os critérios exigido pela referida Portaria. A CIB/Ce decidiu:
98 1^a) - Aprovar os recursos adicionais para os municípios com seus respectivos valores:
99 Crateús - R\$ 2.575,17, Itapajé - R\$ 667,27, Quixadá - R\$ 1.561,15, Juazeiro do Norte -
100 R\$ 2.514,77, Aracati - 2.651,00, Marco - R\$ 980,89, Acarape - R\$ 804,27, Barbalha - R\$
101 784,36, Pacatuba - R\$ 809,04, Guaiuba - R\$ 916,27, Maracanaú - R\$ 4.770,04 e Brejo
102 Santo - RS 4.770,04. 2^a) - Comunicar aos municípios de Quixeramobim, Icapuí,
103 Mombaça, Saboeiro, Acaraú, Itarema, Iracema, Cruz, Bela Cruz, Morrinhos, Iguatú,
104 Acopiara, Piquet Carneiro que a CIB/Ce, acatou o parecer da Comissão. **2.2. Plano**
105 **Estadual de Contingência para Endemia de Dengue Hemorrágico - Parecer do**
106 **COSEMS.** Jurandi coloca o parecer sobre o Plano de Contingência caso ocorra epidemia
107 de Dengue Hemorrágico no Ceará. A análise da situação da dengue no Ceará, permite
108 verificar que desde a introdução do **Aedes Aegypti** no Estado, vem ocorrendo um
109 aumento gradual do número de municípios com infestação pelo mosquito e com
110 transmissão da doença. Dados, divulgados pela SESA, mostram que até 18/10/02, 171
111 municípios apresentaram infestação e que em 157 municípios foram notificados 12.186
112 casos de dengue clássico, e em 12 municípios foram notificados 58 casos de Dengue
113 Hemorrágico. A ocorrência de epidemias periódicas e o comportamento hiperendêmico
114 da dengue nos últimos 4 anos associado à introdução em 2002 do Sorotipo Den - 3 ,
115 formatam um quadro preocupante para os anos vindouros. Em face ao exposto e por
116 exigência do Plano Nacional de Controle do Dengue constitui imperativo implantar no
117 âmbito estadual um plano de contingência para reduzir a letalidade caso ocorra epidemia
118 de dengue hemorrágico. Neste sentido, a SESA, através da COPOS, da CETRAV e do
119 Núcleo de Epidemiologia elaborou um plano cujo formatação ainda é preliminar. No
120 referido plano, estão contidas as diretrizes mais gerais sobre a organização da assistência
121 ao doente de dengue nos três níveis de atenção. Apresenta também o protocolo de
122 atendimento e fluxogramas para coleta de material para exames e atendimento
123 ambulatorial. Cabe destacar entretanto, que falta ao Plano Estadual de Contingência o
124 dimensionamento das necessidades de recursos humanos, de recursos materiais, da
125 logística do financiamento e principalmente a definição no âmbito de cada módulo
126 assistencial de cada micro e macrorregião, dos serviços de referência de nível secundário
127 e terciário para o atendimento aos doentes com dengue hemorrágico. Concluindo, o
128 COSEMS dá parecer favorável à aprovação pela CIB/Ce, ressaltando a necessidade da
129 SESA se comprometer e apresentar na versão definitiva do Plano de Contingência, as
130 informações descritas acima. Após Parecer do Presidente do COSEMS os participantes
131 manifestaram - se : Jurandi, reclama da quantidade de treinamentos que estão ocorrendo
132 nos municípios, sem nenhum planejamento que garantam a participação dos técnicos dos
133 SMS. **Eliade**, reforça a opinião do Jurandi. **Evandro**, esclarece que a SESA está
134 preocupada com este fato e que está sendo discutido na SESA esta problemática e que
135 como providência o Recursos Humanos esta elaborando uma Agenda Mensal de
136 Treinamento. **Marilac**, informa que sexta-feira à tarde às 15 horas, será discutida o
137 programa de capacitação para o pessoal de atendimento. **Dina**, esclarece que a partir dos
138 Planos Municipais é que se fará o dimensionamento das necessidades de recursos
139 humanos, de recursos materiais e da logística, do funcionamento. A relação das
140 Unidades de apoio está sendo elaborada. E ainda coloca que cada município deverá ter
141 seu Plano e deverá apresentar o mais rápido possível. **Vera**, coloca que é necessário

142 informar ao Gerentes Microrregionais para que os mesmos possam comunicar aos
143 gestores municipais. A CIB/Ce acatou o parecer do COSEMS. **Item 3 da Pauta -**
144 **Revisão do Impacto da Portaria 1.188/2002.** Vera coloca a revisão do Impacto da
145 Portaria No. 1.188. O estudo elaborado com dados relativos ao período fev/jun.02
146 sugerido pelo Dr. Alex, resta um valor para ser fixado R\$ 93.526,00. Propostas para
147 alocação: 1^a) Dividir entre todos os municípios. 2^a) Alocar o saldo (R\$ 93.526,00) para
148 Fortaleza. **Aldrovando**, esclarece sobre a situação em que se encontra o pagamento dos
149 prestadores e diz que o município de Fortaleza se apresenta com grandes dificuldades
150 financeiras. **Vilauva**, coloca a deficiência da estrutura de apoio dos Secretários para
151 realizarem análise sobre a situação gerada por esta Portaria. A CIB/Ce aprovou a revisão
152 dos recursos adicionais fixados pela Portaria 1.188, de conformidade com o estudo
153 realizado pela COVAC a partir dos dados de produção (fev-jun/02) e da 2^a Alternativa
154 para alocar os recursos de R\$ 93.526,00 em Fortaleza. **Item 4 da Pauta - Revisão dos**
155 **Limites Financeiros dos Municípios em GPSM - 1^o de novembro - 2002.** Vera,
156 explica que com base na Resolução No. 03/2002 da CIB/Ce, os Limites Financeiros
157 deverão ser revisados trimestralmente e com base na decisão de revisão da Portaria
158 GM/No. 1.188/2002 e nas novas Portarias do MS, os valores foram modificados sendo
159 elevado Teto Mensal do Estado para R\$ 33.377.979,00, sendo R\$ 26.577.583,00
160 destinados aos municípios em GPSM, R\$ 5.569.006,00 para os municípios em GPAB e o
161 restante de R\$ 1.231.390,00 para as Ações Exclusivas da SESA. Após discussões a
162 CIB/Ce aprovou os Limites Financeiros para os municípios em GPSM: Acopiara R\$
163 159.536,00, Aratuba R\$ 17.825,00, Barbalha R\$ 1.051.321,00, Baturité R\$ 100.475,00,
164 Brejo Santo R\$ 283.124,00, Canindé R\$ 280.809,00, Capistrano R\$ 26.123,00, Crateús
165 R\$ 246.599,00, Crato R\$ 783.647,00, Fortim R\$ 22.295,00, Icapuí R\$ 32.135,00, Iguatú
166 R\$ 355.659,00, Iracema R\$ 43.690,00, Itapiúna R\$ 29.880,00, Jaguaribe R\$ 77.294,00,
167 Juazeiro do Norte R\$ 586.276,00, Maracanaú R\$ 949.878,00, Marco R\$ 65.890,00,
168 Nova Russas R\$ 58.098,00, Pacoti R\$ 21.085,00, Pedra Branca R\$ 91.262,00, Quixadá
169 R\$ 241.701,00, Quixelô R\$ 28.950,00, Quixeramobim R\$ 158.050,00, Santana do
170 Acaraú R\$ 61.274,00, Sobral R\$ 2.408.230,00, Tamboril R\$ 64.113,00, Trairi R\$
171 35.869,00 e Fortaleza R\$ 18.265.422,00 sendo do Termo de Compromisso entre Entes
172 Públicos - TCEP R\$ 6.733.50,00. **Item 5 da Pauta - TRS - Solicitação de Inclusão de**
173 **Novo Serviço no Município de Caucaia.** Lilian coloca a solicitação de credenciamento
174 da Clínica de Hemodiálise de Caucaia, e diz que os pacientes serão remanejados das
175 Clínicas de Fortaleza juntamente com os recursos. A princípio são 60 pacientes
176 residentes em Caucaia. A CIB/Ce, aprovou por unanimidade o credenciamento da
177 referida Clínica, mas só após publicação da Portaria do MS é que a mesma poderá prestar
178 serviços ao SUS. **Item 6 da Pauta - Informe: 1. Ofício 230/02 da Secretária**
179 **Municipal de Fortaleza, datado 10/10/02, Comunicando a representação de membro**
180 **efetivo da CIB/Ce o Dr. Aldrovando Nery de Aguiar substituindo José Adelmo**
181 **Mendes Martins.** Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião,
182 determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária,
183 lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão
184 Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, vinte e nove de outubro
185 do ano dois mil e dois.

1 **H,mlç COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 17ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002**
3
4

5 Aos vinte e nove dias do mês de novembro do ano dois mil e dois, às nove horas, na
6 Sala de Reunião CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza,
7 realizou-se a Décima Setíma Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite
8 da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Ítalo
9 Ney Bezerra Paulino, Secretário Municipal de Saúde de Quixelô, Jurandi Frutuoso
10 Silva, Presidente do COSEMS, Maria Imaculada Fonseca, CEOAP/CODAS/SESA,
11 Lúcia H. Gondim Castro, Secretária Municipal de Jaguaribe, Francisco Evandro
12 Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Vera Maria Câmara Coêlho,
13 CEEPE/COPOS/SESA, Rogério Teixeira Cunha, Secretário Municipal de Saúde de
14 Umirim, Luiza de Marilac Mereles Barbosa, COPOS/SESA, Carlos Alberto Kômora
15 Vieira, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, José Aluisio da Silva Soares,
16 Coordenador da SMS de Fortaleza. Como convidados: Vera Lúcia Soares e Silva,
17 SMS de Crato, Margarida Marleuda Gonçalves, SMS de Acopiara, Maria Zélia N.
18 Araújo, SMS de Santana, Sheila Maria Santiago Borges, SMS de Fortaleza, Maria
19 Ivonete, Ernani, CETRAV/SESA, Marna, CEOAST/SESA, Neusa Goya,
20 COSEMS, Carlos Humberto, SMS de Sobral, Regina, CEATE/COVAC/SESA,
21 Ricardo Araújo, SMS de Barbalha, Francisco Pedro da Silva Filho, SMS de
22 Mombaça, Maria da Paz Gadelha, Georgina Macedo Rosa, Rim Centro de
23 Maracanaú, Maria Edsoni Guerra, Rim Centro de Maracanaú. A reunião foi aberta e
24 presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Vigilância**
25 **Epidemiológica - Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doença -**
26 **TFECD: Reajuste das Ações de Controle de Dengue (Portaria 1.349 de 24/07/02).**
27 Vera lembra que conforme entendimento anterior as demandas encaminhadas após o
28 dia 19/10/02, seriam analisadas e enviadas ao Ministério da Saúde. **Ernani**, Gerente
29 da CETRAV apresenta os pareceres sobre as propostas dos municípios que solicitam
30 recursos adicional ao TFECD, conforme a Portaria 1.349/02. A Comissão fez análise
31 com base nos critérios estabelecidos e emitiu pareceres favoráveis aos municípios de:
32 Aquiraz, Cascavel, Eusébio, Itaitinga, Pacajus, Chorozinho, Horizonte, Itapipoca e
33 pareceres desfavoráveis, por não se enquadrarem nos critérios exigido pela (Portaria -
34 1.349/02) os municípios de: Várzea Alegre, São Gonçalo do Amarante, Antonina do
35 Norte, Apuiarés, Nova Russas, Cedro, Ocara, Croatá, Guaraciaba do Norte, São
36 Benedito, Tianguá, Ubajara e Viçosa do Ceará. A CIB/Ce decidiu: 1ª) - Aprovar os
37 recursos adicionais para os municípios de: Aquiraz - R\$ 2.769,23, Cascavel - R\$
38 429,69, Eusébio - R\$ 1.656,38, Itaitinga - R\$ 738,46, Pacajus - 1.292,31, Chorozinho
39 - R\$ 461,54, Horizonte - R\$ 1.401,17 e Itapipoca - R\$ 738,46. 2ª) - Comunicar aos
40 municípios de Várzea Alegre, São Gonçalo do Amarante, Antonina do Norte,
41 Apuiarés, Nova Russas, Cedro, Ocara, Croatá, Guaraciaba do Norte, São Benedito,
42 Tianguá, Ubajara e Viçosa do Ceará que acatou o parecer da Comissão.
43 Prosseguindo, apresentou a relação dos cinquenta e dois municípios com majoração
44 do TFECD no valor de R\$ 148.107,00 e os respectivos índices de infestação no
45 último ciclo concluído em 2002. Por fim, sugere para os municípios que não
46 obtiveram seus pleitos aprovados, mas que vem realizando trabalhos em outras áreas

47 de controle de doenças como: esquistossomose e chagas, que preparem propostas
48 mostrando suas dificuldades financeiras e os gastos com a realização das ações de
49 controle dessas doenças, para serem apreciadas pela CIB/Ce e posteriormente
50 enviada ao Ministério da Saúde. **Item 2 da Pauta - Vigilância Sanitária -**
51 **Habilitação para Execução das Ações de Média Complexidade em Vigilância**
52 **para os municípios.** A CIB/Ce aprovou a Descentralização das Ações de Média
53 Complexidade em Vigilância Sanitária para os municípios de São Gonçalo do
54 Amarante, Umirim e Itapajé, após o parecer favorável emitido pela Coordenadoria de
55 Vigilância, Avaliação e Controle - COVAC. **Item 3 da Pauta - REFORSUS -**
56 **Remanejamento de Equipamento.** A Coordenadoria Nacional do REFORSUS, com
57 base em uma avaliação feita anteriormente, detectou que alguns municípios
58 beneficiados com projetos na área de investimento - aquisição de equipamentos não
59 teriam apresentado, como resultado, a devida expansão da oferta de serviços junto a
60 população. Diante disso, está possibilitando ao município que se encontra nessa
61 condição remanejamento para outro município de um o mais equipamentos que não
62 se encontra em uso. Considerando que a avaliação da Coordenação Nacional do
63 REFORSUS foi feita já algum tempo, e que a situação de um ou outro município
64 pode ter sido alterado. Informa ainda que até a presente data nenhum município
65 manifestou interesse no assunto, não bastante a comunicação do mesmo ter sido feita
66 pela COMIRES. Os municípios são: **Microrregional de Fortaleza:** Itaitinga e
67 Ocara; **Microrregional de Caucaia:** Umirim, General Sampaio e São Luiz do Curu;
68 **Microrregional de Quixadá:** Banabuiú e Solonopole; **Microrregional de Sobral:**
69 Hidrolândia; **Microrregional de Acaraú:** Bela Cruz e Morrinhos; **Microrregional**
70 **de Brejo Santo:** Abaiara e Penaforte; **Microrregional do Crato:** Nova Olinda. Até a
71 presente data nenhum município manifestou interesse no assunto. Após a colocação
72 da Vera os conselheiros manifestam-se: **Rogério**, SMS de Umirim falou que na época
73 da supervisão o equipamento não estava no local para o qual teria sido destinado, mas
74 hoje esta disfunção já teria sido corrigida. **Evandro**, explicou estar estranhando o
75 desconhecimento do assunto vez que o ofício da Coordenadoria Nacional do
76 REFORSUS foi enviados para as Microrregionais com todos os anexos. **Vera**, diz ser
77 necessário que haja logo a discussão com os envolvidos, já que há um fluxo a ser
78 seguido, com informações detalhadas sobre a unidades envolvidas, sobre os
79 equipamentos, parecer das Microrregionais e Declaração da CIB/Ce sobre o
80 Remanejamento pretendido. **Ítalo**, questionou sobre a data da próxima reunião, dia
81 13/12/02, sugerindo que a mesma acontecesse mais cedo pois, caso houvesse alguma
82 diligência com prazo haveria tem hábil. Porém não houve aprovação da sugestão dos
83 presentes que teriam compromisso agendados. **Vera**, chama atenção para a
84 observação da Coordenadora do REFORSUS de que os bens só podem ser
85 remanejados entre instituições públicas, e de instituições filantrópicas para pública. A
86 CIB/Ce decidiu: 1º) Evandro entrar em contato com as Microrregionais de Saúde; 2º)
87 Que os municípios se manifestem até a próxima reunião 13/12/02 sobre o
88 remanejamentos de equipamentos; e 3º) CEPRO fazer a adequação das instruções.
89 **Item 4 da Pauta - Qualificação de Equipe no Programa Saúde da Família e**
90 **Saúde Bucal para os municípios.** Solicitação de qualificação de Equipe do
91 **Programa Saúde da Família:** Jaguaribara (01), Alto Santo (01). **Saúde Bucal:**
92 Abaiara (01), Crato (02). A CIB/Ce aprovou a qualificação destas equipes. **Vera**
93 informa que 61% dos municípios já estão com cobertura acima de 70% em Saúde da

94 Família e que este resultado está acima da meta prevista, mas disse que apesar disso
95 há uma grande preocupação com a nova avaliação da atenção primária em relação ao
96 Pacto de Indicadores. **Jurandi**, o momento é de reflexão haja visto a dificuldade em
97 se manter em pleno funcionamento algumas equipes, principalmente no final do ano
98 quando há compromisso com folha de pessoal, e com o 13º salário. **Evandro**, chama
99 atenção para a informação de que alguns municípios iriam dar recesso aos
100 funcionários, ou seja parar a atenção básica durante o mês de dezembro e
101 continuando afirmou que a medida seria adotada por determinação do gestor local.
102 **Vera**, pede para Imaculada se pronunciar sobre o percentual indicado. **Imaculada**,
103 diz que é preciso ter muito cuidado com esses dados porque muitas vezes o número
104 informado não é real. Os municípios informam, em disquete, a existência do
105 profissional médico em suas Equipes, mas na realidade o profissional não faz parte
106 da equipe. Sugere que a Microrregional, ao detectar que o disquete está incoerente,
107 deveria devolver o mesmo ao nível local para correção. Afirmou que para a
108 regularização deste procedimento seria necessário a pactuação da BIPARTITE
109 imediatamente. A CIB/Ce decidiu adiar esta discussão para o próximo ano. **Item 5**
110 **da Pauta - Iguatú - Solicitação de revisão da programação.** A revisão do teto
111 financeiro dos municípios em GPSM, feita em novembro de 2002 retirou, do teto de
112 Iguatú recursos de referência no valor R\$ 5.358,00 em (ambulatório), sem pactuação
113 em âmbito microrregional, conforme acertado na CIB/Ce. Assim sendo, o município
114 pleiteou que os recursos de referência retirados de seu teto fossem realocados.
115 Contudo, tratando-se de recursos de referência por direito alocados pelos gestores dos
116 municípios, a CIB/Ce solicitou que fosse feito um levantamento na Microrregião dos
117 municípios que fizeram alteração da programação de referência para Iguatú. De
118 posse dessa informação, fosse agendada uma reunião para o dia 02/12/02, na CIB
119 Microrregional de Iguatú para discussão e nova pactuação. Somente mediante uma
120 nova pactuação entre os municípios dessa microrregião a CIB/Ce, poderá alterar o
121 Teto Financeiro de Iguatú. **Item 6 da Pauta - COSEMS - Revisão dos critérios de**
122 **alocação de recursos para internação dos municípios em GPSM.** **Jurandi**, coloca
123 que a solicitação de revisão dos critérios de alocação de recursos para internação dos
124 municípios em GPSM, pelo COSEMS, deu-se em função dos seguintes aspectos: 1)
125 Recentemente a SESA encaminhou decisão de "corte" de recursos destinados a área
126 de internação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica - GPAB. Tal
127 encaminhamento, segundo explicações feitas na CIB/Ce, foi decorrente da
128 necessidade da SESA proceder um ajuste financeiro na área hospitalar à programação
129 feita e pactuada pelos municípios em GPAB. 2) O ajuste referido decorre do fato do
130 Ministério da Saúde ter, durante três meses, depositado indevidamente no Fundo
131 Estadual de Saúde recursos financeiros para pagamento dos Hospitais Universitários.
132 Esses recursos deveriam estar sendo depositados na Universidade Federal do Ceará -
133 UFC, mas foram creditados no FUNDES e durante os três meses, a SESA ficou
134 pagando o valor produzido, na área de internação, para os municípios em GPAB,
135 independentemente da sua programação em vigor. 3) Entretanto, recentemente, o
136 Ministério da Saúde reconhecendo o equívoco cometido, passou a debitar do teto
137 estadual parte dos recursos depositados indevidamente. Em função disso, a SESA está
138 procedendo um ajuste financeiro à programação hospitalar dos municípios em GPAB.
139 Nesse processo, mesmo após a realização da crítica dos procedimentos de internação
140 dos municípios em GPAB, foi verificado que deveriam ser pagos, por terem sido

141 produzidos dentro do programado, recursos da ordem de aproximadamente R\$
142 360.000,00. Recursos esses, não disponíveis no teto estadual para pagamento.
143 Considerando o fato de não poder alterar o teto financeiro dos municípios em GPSM,
144 a SESA acabou por efetuar os ajustes necessários nos municípios em GPAB. 4)
145 Diante disso, o COSEMS, reconhecendo a dificuldade dos municípios em terem seus
146 recursos financeiros diminuídos, encaminhou a CIB/Ce a proposta de debitar parte
147 dos recursos necessários para cobrir o valor produzido e não pago (R\$ 360.000,00)
148 dos municípios em GPSM. Os recursos que seriam debitados do município em
149 GPSM, segundo proposta, eram referentes aos valores correspondentes as referências
150 a ele programadas e que não vinham sendo encaminhadas, ou efetivamente
151 "produzidas". Entretanto, verificou-se na reunião da CIB/Ce que tal proposta não era
152 viável, pelo fato dos recursos de referência alocados nos municípios em GPSM
153 (principalmente no que se refere aos municípios polo ou sede de microrregião) não
154 serem, na verdade, pertencente a sua população local e sim a população de outros
155 municípios, tendo em vista tratar-se de um recurso de referência. 5) Diante do
156 impasse, e da impossibilidade do Estado assumir, integralmente ou em parte, o
157 "déficit" dos R\$ 360.000,00, segundo manifestação de representantes da SESA, foi
158 colocada a Proposta de que a SESA e o COSEMS solicitassem ao Ministério da
159 Saúde que na dedução a ser feita em novembro, para correção do repasse indevido
160 feito no Teto Estadual, não fosse retirado o valor de R\$ 360.000,00. Ou seja, quando
161 da próxima correção, seria garantido a manutenção desse recurso (R\$ 360.000,00) no
162 Teto Estadual, o que evitaria da SESA proceder novo ajuste financeiro nos recursos
163 de internações dos municípios em GPAB. A CIB/Ce decidiu solicitar ao Ministério da
164 Saúde que não seja deduzido da parcela de Novembro/02 para o FUNDES no valor de
165 (R\$ 720.000,00) para pagamentos da internações - Excedentes ao teto dos municípios
166 em GPBA competência outubro e novembro/02. **Item 7 da Pauta - Saúde Mental -**
167 **Solicitação de recursos extra - teto financiar ambulatórios de psiquiatria em**
168 **Itapajé e Paraipaba.** A CIB/Ce analisou o pedido de solicitação de recursos extra
169 teto dos municípios de Itapajé e Paraipaba, feito pela Micro de Caucaia constante da
170 Ata do dia 14/10/2002 e formalizada através do Ofício No. 460/02, onde informa
171 que seriam necessários R\$ 12.750,00 para manter os serviços dos referidos
172 municípios, e concluiu que não havia possibilidade de alocar, no momento, estes
173 recursos no teto dos municípios. **Item 8 da Pauta - Habilitação de municípios**
174 **segundo a NOAS - 2002.** Vera coloca que vinte e oito municípios deram entrada na
175 CIB/Ce da documentação para habilitação há bastante tempo. No entanto dois setores
176 da SESA estão extremamente lentos na emissão de parecer: os da área de Controle,
177 Regulação e Avaliação e de Vigilância Sanitária. Prosseguindo, comenta que os
178 municípios já deveriam ter reclamado uma vez que os documentos não deveriam ficar
179 na CIB/Ce por um prazo superior a trinta dias sem parecer. A proposta do Secretário
180 Estadual é habilitar os municípios que estão pleiteando Gestão Plena da Atenção
181 Básica - GPAB, que tem parecer favorável da CEOAP, vez que o parecer conclusivo
182 é exigido somente no caso da Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM. A CIB/Ce
183 decidiu: 1) Aprovar a habilitação dos municípios de Acarape, Maranguape, Guaiuba,
184 Choro, Ibaretama, Missão Velha e Banabuiú na Gestão Plena da Atenção Básica -
185 GPAB, após pareceres favoráveis emitidos pelos Setores da SESA. **Item 9 da Pauta**
186 **- Informes: 1. Adesão dos municípios ao Programa de Controle da Tuberculose.**
187 No Ceará já assinaram o Termo de Adesão 85 municípios. A Coordenação Estadual

188 de Controle da Tuberculose deverá, brevemente, apresentar um relato de como está
189 sendo organizado os serviços nestes 85 municípios e dar ciência à CIB/Ce. Os
190 Municípios que aderiam ao programa: Acaraú, Acopiara, Alcântara, Altaneira, Alto
191 Santo, Aquiraz, Araripe, Barro, Boa Viagem, Camocim, Canindé, Caridade,
192 Cascavel, Chorozinho, Cruz, Fortaleza, Granja, Guaiuba, Granjeiro, Horizonte,
193 Itaitinga, Jaguaribara, Jaguaribara, Juazeiro do Norte, Madalena, Marco, Massapê,
194 Missão Velha, Morrinhos, Nova Olinda, Pacajus, Pires Ferreira, Paramoti, Pereiro,
195 Porteiras, Potiretama, Redenção, Reriutaba, Russas, Santana do Acaraú, São
196 Benedito, Tarrafas, Tianguá, Ubajara, Viçosa do Ceará, Abaiara, Acarape, Apuiarés,
197 Aratuba, Aurora, Barbalha, Capistrano, Caririaçu, Carnaubal, Catarina, Caucaia,
198 General Sampaio, Guaramiranga, Iguatú, Itapajé, Jati, Jucás, Mauriti, Mombaça,
199 Mulungu, Pacatuba, Palmácia, Paracurú, Paraipaba, Pentecoste, Quixeré, São
200 Gonçalo do Amarante, Tabuleiro do Norte, Tejuçuoca, e Umirim. **2. Mudança na**
201 **Classificação dos CAPS feito pelo Ministério da Saúde.** Embora a CIB/Ce tenha
202 pactuado a classificação dos CAPS existentes no Estado, o Ministério da Saúde
203 alterou para alguns municípios a classificação do Porte Tipo II para Tipo I como
204 Horizonte, Capistrano, Aquiraz, Marco, Tauá, Fortaleza (SER 4) de acordo com as
205 Portarias No(s) 905, de 18/11/2002 e 736, de 10/10/02. Na Classificação do CAPS
206 de Quixeramobim a CIB/Ce solicitou ao Ministério da Saúde, a alteração do Tipo I
207 para Tipo II, tal solicitação deve-se ao fato do município apresentar, agora, segundo a
208 Portaria em vigor condições de obter a referida classificação. **Vera**, chama a atenção
209 dos Gestores Municipais sobre a necessidade de haver maior integração com as
210 equipes dos CAPS haja visto a condição estratégica dos procedimentos realizados nos
211 CAPS para o SUS e a sua forma de financiamento. **Regina**, coloca que os municípios
212 que desejarem mudanças de CAPS procure a Tereza Betânia na CEADI. 3.
213 **RELATÓRIO PRELIMINAR APRESENTAÇÃO DO SIAB/PLUS.** O
214 SIABplus é um sistema que tem como objetivo agregar todas as atividades da atenção
215 básica. Segundo a Portaria 2.098/GM, datada de 14/11/2002, somente após
216 aprovação desse sistema, que será apreciado na reunião da CIT no dia 16/12/02. O
217 sistema é bastante amplo e algumas questões ou dúvidas podem ser esclarecidas
218 através do e-mail mssab.cosab@datasus.gov.br.e também a interfase do sistema pode
219 ser acessada no endereço www.foton.la/mssab. Nada mais havendo a tratar, a CIB
220 deu por encerrada a reunião, determinando que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos,
221 servindo como secretária, lavrasse a presente Ata que vai por mim assinada e pelos
222 membros da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará.
223 Fortaleza, vinte e nove de novembro de 2002.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 18ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos treze dias do mês de dezembro do ano dois mil e dois, às nove horas, na Sala de Reunião CESAU, à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a Décima Oitava Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/Ce. Estiveram participando os seguintes membros: Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Maria Vilauva Lopes, Vice - Presidente do COSEMS/CE, Alexandre José Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Eliade Bezerra Duarte, Secretário Municipal de Saúde de Iguatú, Vera Maria Câmara Coêlho, CEEPE/COPOS/SESA, Maria Imaculada Fonseca, CEOAP/CODAS/SESA, Carlos Alberto Kômora Vieira, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú. Francisco Evandro Teixeira Lima, COMIRES/SESA, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira, COVAC/SESA, José Aluisio da Silva Soares. Como convidados: Neusa Goya, COSEMS, Rochelle Monteiro, SMS de Fortaleza, Georgina Macêdo Rosa, Rim Centro de Maracanaú, Maria Ivonete Dutra Fernandes, SMS de Quixadá, Maria da Paz Gadelha, SMS de Itapiúna, Magda, CEOAST, Graça Barbosa, CEOAST/SESA, Erismundo, SMS de Aracati. A reunião foi aberta e presidida por Vera Coêlho que iniciou a mesma pelo **Item 1 da Pauta - Mandado de Notificação Nº 58/02 do Ministério Público - Considerações e Recomendação da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública.** Vera coloca o Mandado de Notificação Nº 58/02 do Ministério Público, que no uso das atribuições que lhe conferem a Constituição Federal (art., 129, inciso VI), a Constituição do Estado do Ceará (art.130, inciso V), a Lei Nº 8.625, de 12 de janeiro de 1.993 (art. 26, inciso I, alíneas "a" e "b"), a Lei Nº 7.347, de 24 de julho de 1.985 (art. 8º, parágrafo 1º) e a Lei Estadual Nº 13.195, de 10 de janeiro de 2002, notifica a pessoa do Dr. Anastácio de Queiroz Sousa, Presidente da Comissão Intergestores Bipartite e Gestor Estadual do Sistema Único de Saúde do Ceará. Com a finalidade de repassa a Recomendação Nº 001/02, do Ministério Público do Estado do Ceará, através da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, Excelentíssima Senhora Doutora Isabel Maria Salustiano Arruda Porto, com flucro nas atribuições que lhe confere a Lei No. 8.625/93 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público), art. 80, c/c art. 6º, XX, da Lei Complementar Nº 75/93 (Estatuto do Ministério Público da União) e, Considerando o inteiro teor do artigo 196 da Constituição Federal que dispõe ser a saúde "**direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação**". Considerando, ainda que a Constituição Federal (art. 197, 1ª parte) destaca as ações e serviços de saúde como de relevância pública. Considerando os preceitos insertos na Lei Nº 8.080/90 e, em decorrência dela, as diretrizes traçadas pela NOB-SUS/96, cuja finalidade primordial assenta-se na consolidação do pleno exercício do Poder Público Municipal como gestor da atenção à saúde de seus municípios, redefinido, por consequência, o papéis institucionais dos Estados Federados e da União. Considerando que a **Portaria Nº 2.048/GM, de 05/11/2002**, constitui regulamento "de caráter nacional devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao

48 setor privado e que atue na área de urgência e emergência com ou sem vínculo com a
49 prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde" (art. 1º, §2º).
50 Considerando " que as Secretárias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem
51 estabelecer um planejamento de distribuição regional dos serviços, em todas as
52 modalidades assistenciais, de maneira a constituir o Plano Estadual de Atendimento às
53 Urgências e Emergências conforme estabelecido no Capítulo I, do Regulamento Técnico
54 desta Portaria e adotar as providências necessárias à organização/habilitação e
55 cadastramento dos serviços que integrarão o Sistema Estadual de Urgência e
56 Emergência". Considerando que " a elaboração dos referidos planos deve estar baseada
57 na proposta de estruturação das redes regionalizadas de atenção da NOAS 01/2002",
58 mediante atribuições, complexidade e distribuição discriminadas na presente Portaria;
59 Considerando que a **Comissão Intergestores Bipartite - CIB** é a instância legítima do
60 SUS, a nível estadual, com propósito integrador e harmonizador dos sistemas
61 municipais, pactuando as programações entre gestores. Considerando que em face dos
62 sistemas municipais de saúde apresentarem níveis diferentes de complexidade, é comum
63 um município encaminhar pacientes para atendimento de saúde em outros. Considerando
64 caber ao gestor estadual mediar essas transferências, tendo como instrumento gerencial
65 de garantia a **Programação Pactuada Integrada - PPI**, estabelecida a nível de CIB,
66 recaindo sobre o Estado a decisão acerca de eventuais impasses que surjam em
67 decorrência das políticas aprovadas. **Considerando que os recursos destinados ao**
68 **pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre município são**
69 **alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede de**
70 **prestador**. Considerando "que este município incorpora os recursos ao seu teto
71 financeiro e a orçamentação é feita com base na Programação Pactuada e Integrada entre
72 gestores, que, conforme já mencionado, é medida pelo Estado e aprovada na CIB
73 estadual e no CES". Considerando a sofrível situação de superlotação dos hospitais da
74 rede pública e conveniada no município de Fortaleza, com a transferência indiscriminada
75 de pacientes dos municipais do interior do Estado e da própria rede básica da Capital,
76 afim de receberem, nos estabelecimentos de saúde acima citados, toda ordem de ações de
77 saúde, até mesmo e, **principalmente, Atendimento Básico**, desvirtuando a finalidade
78 dessas unidades hospitalares, vituais para o serviço de saúde público oferecido pelo SUS
79 Estadual, enquanto hospitais de referência em atendimento de média e alta
80 complexidade. Considerando que, para tornar ainda mais agudo o quadro exposto no
81 parágrafo anterior, os municípios que encaminham seus pacientes, mesmo que estes
82 constituam demanda referenciada de outros municípios para os respectivos hospitais,
83 essas unidades de saúde não vêm recebendo o devido pagamento pelas ações ofertadas,
84 por ausência de funcionamento da **Câmara de Compensação** no Estado. Considerando
85 que ao lado da verba que é repassada pelo **Fundo Nacional de Saúde - FNS** aos
86 respectivos gestores municipais **têm a obrigação inafastável de investir recursos**
87 **próprios** em suas redes de atenção básica à saúde. Considerando, em síntese, a enorme
88 distorção que a situação acima exposta opera ao SUS do Ceará, onde hospitais de
89 referência para todo o Estado, destinados ao atendimento de média e alta - complexidade,
90 são obrigados a realizar serviços de saúde próprios de ambulatório, ou seja, de baixa
91 complexidade, em decorrência da precariedade da rede básica estadual. Considerando que
92 cabe ao Ministério Público exercer a defesa dos direitos fundamentais assegurados nas
93 Constituições, e no exercício de suas atribuições, incumbe - lhe, entre outras
94 providências, expedir recomendações dirigidas aos órgãos e entidades, requisitando ao

95 destinatário sua divulgação adequada e imediata, assim como resposta por escrito. A
96 Promotora de Justiça de Defesa da Saúde Pública resolve **Recomendar** a Comissão
97 Intergestores Bipartite e, em especial, ao Gestor Estadual, Secretário de Saúde Anastácio
98 de Queiroz Sousa, com prazo de (20) vinte dias para cumprimento, a partir do
99 recebimento desta, sob pena de ajuizamento de Ação Civil Pública, além de Ações de
100 Improbidade Administrativa que se afigurarem pertinentes: a) Plena resolução da
101 irregular transferência de pacientes, convocando, no exercício das prerrogativas
102 legais próprias do **Gestor Estadual do SUS**, os municípios para assumirem suas
103 responsabilidades pelas respectivas redes básicas de atendimento, já que todos estão
104 habilitados na GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA, sob pena de
105 DESABILITAÇÃO, se for o caso; b) Efetivo funcionamento e resolutividade das (21)
106 vinte e uma) **Microrregiões de Saúde**; c) Efetiva implementação da **Câmara de**
107 **Compensação**, para: b.1) Garantir que os prestadores de serviços recebam pela produção
108 realizada, ao final de cada mês; b.2) Garantir acerto de contas e imediato pagamento aos
109 hospitais da rede pública e conveniada, pelas suas produções pendentes de pagamento,
110 por todos os municípios responsáveis pela transferência de seus respectivos pacientes; c)
111 Divulgação imediata e adequada desta Recomendação, bem como resposta por escrito, ao
112 final do prazo assinalado acima. Após a colocação da Vera sobre o Mandato 58/02 do
113 Ministério Público, sobre as Considerações e Recomendações os conselheiros
114 manifestaram - se: **Vilauva**, concorda com a sugestão da implementação das MR's.
115 **Eliade**, acionar a ASJUR para responder o Mandado. E agilizarem os funcionamentos da
116 Central de Leitos de Fortaleza e das Centrais de Regulação das Microrregionais de Saúde.
117 **Alex**, afirmam que este Mandado feito a partir de Demanda do Município de Fortaleza.
118 O IJF ao longo dos anos vem recebendo menos pacientes referenciados de outros
119 municípios. A visão está distorcida, não são todos os municípios que estão sem
120 cumprirem as responsabilidades da atenção básica, a maioria dos pacientes atendidos nos
121 Hospitais de Fortaleza não residentes em Fortaleza. E concordam com a abordagem sobre
122 as MR's. Em relação a Câmara de Compensação está já vem funcionando, o que já emite
123 um balanço de Débito e Credito. O Estado não tem autoridade de modificar a sistemática
124 de transferência de recursos fundo a fundo, já que os recursos federais encontram - se em
125 GPSM. Sugere que convide a Promotora para participar de uma reunião na CIB/Ce para
126 tratar destes assuntos. **Kômora**, considera positivo a intervenção da Promotoria, mas a
127 análise é simplista, esta visão é a do IJF. Não se pode cessar a liberdade do cidadão de ir
128 e vir, é difícil definir o limite do grave não grave em relação as queixas da saúde.
129 Esquece as prerrogativas dos gestores municipais, subordinando o Estado. Sugere
130 elaborar um documento de resposta em conjunto. **Imaculada**, acho que a Promotoria
131 está fazendo seu papel. Sugere dá um kit de informações para a Excelentíssima
132 Promotora para se informar melhor, concordo com o Alex de convida - la. Decisão da
133 CIB/CE: 1) Agendar uma reunião para dia 17/12/02, na Sala de Reunião da COVAC,
134 com os participantes: Lilian Alves Amorim Beltrão, COVAC/SESA, Alexandre José
135 Mont' Alverne Silva, COPOS/SESA, Fátima Nogueira, Assessora da ASJUR/SESA,
136 Carlos Alberto Kômora Vieira, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, com a
137 finalidade elaborar um Documento resposta à Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde
138 Pública, Excelentíssima Senhora Doutora Promotora Isabel Maria Salustiano Arruda
139 Porto. 2) Convida - la para Reunião da CIB/CE no dia 27/12/03. **Item 2 da Pauta - MR**
140 **- Baturité - Solicitação de Repasse de Recursos Financeiros do FUNDES para o**
141 **HJPC de Baturité, em função da Reforma do Hospital de Aracoiaba.** Considerando

142 que o Hospital José Pinto do Carmo - Baturité integra o Sistema Único de Saúde. No
143 Plano Diretor de Regionalização - PDR este hospital está classificado como Unidade de
144 Apoio ao Sistema Microrregional de Saúde de Baturité na área de Assistência Materno -
145 Infantil. A Central de Regulação da Microrregional de Baturité autorizou internações
146 (57) para o Hospital José Pinto do Carmo anteriormente programadas para Aracoiaba em
147 virtude da reforma do Hospital Santa Isabel nas competências de outubro e
148 novembro/02. A CIB/Ce, aprova o repasse financeiro de recursos federais creditados no
149 FUNDES para a área de média complexidade, a fim de cobrir as despesas com assistência
150 prestada aos usuários do SUS pelo Hospital José Pinto do Carmo - Baturité no valor de
151 R\$ 30.872,00 (trinta mil, oitocentos e setenta e dois reais). **Item 3 da Pauta - Hospital**
152 **Maternidade Jesus Maria José - Solicitação de Revisão do valor programado junto**
153 **ao SUS - Quixadá.** Com a palavra Ivonete, Secretária Municipal de Saúde de Quixadá
154 coloca que o Hospital Maternidade Jesus Maria José é considerado hospital pólo para a 8ª
155 Microrregião de Saúde do Estado para o atendimento em obstetrícia, pediatria e cirurgia
156 geral. É ainda considerado o hospital estratégico pelo Ministério da Saúde. Presta os
157 seguintes serviços: atendimento em urgência e emergência 24 horas em pediatria,
158 obstetrícia e cirurgia. Oferece, ainda os seguintes serviços: UTI - Neonatal, Endoscopia ,
159 Ultra - Sonografia, Mamografia, Tomografia Computadorizada, Banco de Leite, Casa da
160 Gestante. Atualmente recebe do Fundo Municipal de Saúde o teto financeiro de R\$
161 95.100,00 suficiente apenas para cobrir dois terços dos procedimentos realizados. Estão
162 acumulados, no período de janeiro a outubro 950 procedimentos, considerando o
163 desconto do repasse feito no fim de outubro, que totalizam mais de R\$ 290.000,00. A
164 composição destes atendimentos corresponde às referências pactuadas. Os procedimentos
165 eletivos, mesmo sendo em número insignificante, estão devidamente autorizados pelo
166 auditor do municípios. No dia 30 de outubro de 2000, foi encaminhado ofício solicitando
167 a inclusão na pauta da reunião da Bipartite Estadual este mesmo assunto. Em virtude da
168 proximidade da posse dos novos prefeitos, decidiu - se aguardar o posicionamento dos
169 novos gestores. Trata - se, portando de assunto pendente e que tem acarretado graves
170 conseqüências financeiras para o referido hospital. Em reunião no dia 27 de agosto
171 passado, submetemos este mesmo assunto à apreciação da Bipartite Estadual, decidimos
172 que seriam repassados R\$ 100.000,00 para amortiza os valores da AIH pendentes e que
173 técnicos da SESA fariam avaliação da questão apresentada, para uma solução definitiva
174 deste impasse. O déficit mensal do hospital, com base na planilha entre a esta Secretaria
175 de Saúde é em média de R\$ 35.000,00. Após colocação da Ivonete os conselheiros
176 manifestaram - se: **Vilauva**, diz que a autonomia é do Gestor Municipal e o município
177 deve reforçar o trabalho de controle, regulação e avaliação. **Lilian**, houve erro do dois
178 lados na Programação 97.000,00 só para internação, e o teto global é 95.000,00. Não tem
179 sido desenvolvido as funções de controle do município, tendo o Hospital acumulado
180 290.000,00 de débito, o Estado repassou 100.000,00 para cobrir o déficit. O hospital
181 recebe 27.000,00 para os serviços de neonatologia da SESA. De janeiro a agosto está com
182 um déficit médio mensal de 10.000,00 a 12.000,00 de internação é de 4.000,00 em
183 ambulatório. **Evandro**, não tem conhecimento de que este assunto tenha sido discutido na
184 CIB.Mr. O município definiu o perfil dos dois hospitais, o que deve ser trabalhado, dado
185 que ao colocar o serviço de cirurgia no Hospital Municipal, o déficit do Hospital Jesus
186 Maria José vai aumentar. Sugere que seja discutido este problema na CIB.Mr. Após
187 discussão a CIB/Ce decidiu encaminhar este assunto para a CIB.Mr de Quixadá com as
188 recomendações da CIB/Ce. **Item 4 da Pauta - SMS de Iguatú - Revisão dos Índices de**

189 **Cesária e Solicitação de liberação das Parcelas do Convênio SMS/SESA - Serviços**
190 **Traumato - Ortopedia.** Lilian e Melânia, da COVAC e Holanda da COPOS fizeram o
191 levantamento e apontaram que as cesárias com base no CID não se justifica o aumento
192 índice de cesárias nos dois hospitais de Iguatú. Lilian apresenta relatório da COVAC
193 referente a junho e outubro/02 em o Hospital e Maternidade Dr. Agenor Araújo apresenta
194 21 cesárias e o Hospital Regional apresenta 142 cesárias. **Eliade**, solicita que se retire o
195 assunto de pauta para que ele passa fazer um estudo mais aprofundado diante do
196 indicativo do Relatório da COVAC e COPOS. **Lilian**, comunica que a SESA irá fazer a
197 notadamente em Revisão das Taxas de Cesárias do Estado, cujo o percentual é 25%. E
198 também solicita que SMS de Fortaleza faça uma reforce de cesária em Fortaleza. **Alex**,
199 fazer um monitoramento das procedências das cesárias. Decisão da CIB/CE: acrescer o
200 percentual dos índice da Taxa de cesária do Hospital Agenor Araújo de 23,66 para 25% e
201 do Hospital Regional de 29,72 para 30% **Eliade**, sugere que o Estado repasse os recursos
202 para o município e não para a instituição. Coloca que houve atraso no repasse do
203 Tesouro do Estado T.E para o Serviço de Traumatologia nos meses setembro, outubro e
204 novembro, bem como dos recursos T.E dos municípios de Plenas, comunica que já
205 entrou em contato com a Direção da SESA. **Evandro**, coloca que o Subsecretário
206 informou que irá honrar os compromissos dos convênios das parcelas solicitadas até o
207 mês de setembro/2002. Desta forma as parcelas referentes aos meses de outubro e
208 novembro/2002 não serão pagas. **Item 5 da Pauta - Comissão de Seguridade Social e**
209 **Saúde da Assembléia Legislativa do Ceará - solicita acréscimo ao teto financeiro da**
210 **Maternidade Escola Assis Chateaubriand no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil**
211 **reais).** Vera, coloca o documento da Comissão de Seguridade Social e Saúde da
212 Assembléia Legislativa do Ceará, por ocasião da visita realizada a Maternidade Escola
213 Assis Chateaubriand dia 04/12/02, conforme a solicitação feita pela direção desta
214 Maternidade, solicita que seja encaminhado a BIPARTITE no sentido de acrescentar a
215 quantia de R\$ 50.000,00 no Limite Financeiro Mensal destinado à Maternidade Escola,
216 afim de suprir as necessidades econômicas e financeiras para o bom atendimento à
217 população carente no ano 2003. **Lilian** coloca que há uma Portaria No. 2.223/GM, datada
218 de 05/12/2002 que considera a Portaria Interministerial No. 22, de 11 de janeiro de 1999,
219 que dispõe sobre a efetivação de créditos do Sistema Único de Saúde - SUS a Hospitais
220 Universitários vinculados ao Ministério da Educação. A relevância das ações de serviços
221 de saúde executados pelos Hospitais Federais de caráter Universitário e Ensino para a
222 consecução dos objetivos do Sistema Único de Saúde. A necessidade de viabilizar o
223 funcionamento pelos desses Hospitais Universitários. A necessidade de estimular o
224 desenvolvimento, implantação e aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde
225 especialmente no que diz respeito à verificação e gerência dos custos operacionais. O
226 Programa Interministerial Ministério da Saúde/Ministério da Educação, de Reforço e
227 Manutenção dos Hospitais Universitários Federais. Concede adicional de Incentivo aos
228 Hospitais Universitários Federais vinculados ao Ministério da Educação. Para o Estado
229 do Ceará: Maternidade Escola Assis Chateaubriand - UFC o valor R\$ 132.017,00 e
230 Hospital Universitário Walter Cantido R\$ 252.321,00. Os recursos do referido Incentivo
231 serão repassados diretamente pelo Ministério da Saúde às Universidades Federais,
232 mantenedoras dos referidos Hospitais, excepcionalmente, na competência novembro de
233 2002. Defini que o financiamento do Incentivo objeto deste ato correrá às expensas do
234 Fundo de Ações Estratégias e Compensação - FAEC do Ministério. Estabelece que os
235 recursos orçamentários objetos desta Portaria correrão por conta do orçamento do

236 Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:
237 10.302.0023.4306 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de
238 Gestão Plena do Sistema Único de Saúde - SUS; 10.302.0023.4307 - Atendimento
239 Ambulatorial, Emergencial Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único
240 de Saúde - SUS. **Item 6 da Pauta - Vigilância Sanitária - Habilitação para Execução**
241 **das Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária.** A CIB/CE aprovou a
242 Descentralização das Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária para os
243 municípios de Farias Brito, Tianguá, Ubajara, Viçosa do Ceará, Amontada, São Benedito,
244 Croatá, Mombaça, Jaguaribe e Miraíma, após os pareceres favoráveis emitido pela
245 Coordenadora de Vigilância, Avaliação e Controle - COVAC/SESA. **Item 7 da Pauta -**
246 **Cadastramento de CAPS - Apreciação do pedido de cadastramento dos CAPS.**
247 Considerando que as disposições contidas na Portaria Nº 336/GM de 19/02/2002, que
248 estabelece as modalidades de serviços dos CAPS, definidas por ordem crescente de
249 porte/complexidade e abrangência populacional. As disposições contidas na Portaria Nº
250 189/SAS de 22/03/2002, que no seu Art.13 determina que as etapas do processo de
251 cadastramento de novas unidades e o recadastramento dos CAPS são de responsabilidade
252 dos gestores estaduais, com aprovação do cadastramento pela Comissão Intergestores
253 Bipartite. A CIB/Ce aprova o recadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial -
254 CAPS, segundo o porte: Pedra Branca - CAPS I; Maracanaú - CAPS II e Crato CAPS II,
255 conforme parecer da Coordenação Estadual de Saúde Mental sobre a autenticidade da
256 documentação comprobatória dos currículos, a ser enviada pelos municípios em questão.
257 **Item 8 da Pauta - SMS de Maracanaú - Repasse administrativo da TRS -**
258 **Hemodíalise II Rim Centro Filial.** A descentralização da gestão sobre os prestadores
259 dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS vinculados aos SUS para os
260 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM, exercendo o comando
261 único, conforme o estabelecido na Portaria MS/GM Nº 373, de 27/02/02, item 55 e. A
262 Resolução da CIB Nº 22/02, de 10/07/02 que dispõe sobre a distribuição dos recursos
263 federais para os Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS. A solicitação da SMS de
264 Maracanaú de autorização de pagamento administrativo dos procedimentos de TRS
265 prestados pela Unidade Prestadora Rim Centro - Filial no valor de R\$ 13.000,00,
266 referente a competência de novembro/2002. A CIB/CE autoriza a Secretaria Municipal de
267 Saúde de Maracanaú, através de recursos federais disponíveis no Fundo Municipal de
268 Saúde, efetuar pagamento administrativo e que não foram pagos através de FAEC por ter
269 excedido o Limite Financeiros dos procedimentos de TRS no valor de R\$ 13.000,00
270 (treze reais), que foram prestados pelo Serviço do RIM Centro - Filial em Maracanaú.
271 **Item 9 da Pauta - INFORMES: 9.1. Adesão dos municípios ao Programa de**
272 **Controle de Tuberculose.** A Célula de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso -
273 CEADI/SESA informa que os municípios de: Aracoiaba, Ararendá, Banabuiú, Baturité,
274 Bela Cruz, Cariús, Catunda, Choro, Crato, Eusébio, Itapiuna, Itarema, Jijoca de
275 Jericoacoara, Jaguaruana, Meruoca, Morada Nova, Morrinhos, Ocara, Pacoti, Palhano,
276 Pindoretama, Piquet Carneiro, Quixelô, Quixeramobim, Saboeiro, Senador Pompeu,
277 Senador Sá e Solonopoles aderiram ao Incentivo para o Controle de Tuberculose na
278 Atenção Básica de Saúde por estarem de acordo com as diretrizes e normas estabelecidas
279 na Portaria 1.474, de 19 de agosto de 2002. **9.2. Adesão dos municípios ao Incentivo**
280 **para Ampliação da Detecção da Prevalência Oculta da Hanseníase.** A Célula de
281 Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso - CEADI/SESA informa que os municípios de:
282 Alcântara, Cariré, Cedro, Coreau, Forquilha, Graça, Groairas, Guaiúba, Icó, Ipaumirim,

283 Ipu, Maranguape, Meruoca, Mucambo, Pacatuba, Redenção, Reriutaba, Senador Sá, São
284 Benedito, Uruoca, Varjota, Barbalha, Brejo Santo, Cariús, Caririaçu, Carnaubal, Caucaia,
285 Crato, Cruz, Fortaleza, Granjeiro, Iguatú, Jardim, Juazeiro do Norte, Missão Velho,
286 Morada Nova, Nova Olinda, Parambú, Pentecoste, Quixeré, Quixelô, Tianguá, Umirim,
287 Várzea Alegre e Viçosa do Ceará aderiram ao Incentivo a Ampliação da Detecção da
288 Prevalência Oculta da Hanseníase no âmbito da Atenção Básica de Saúde. por estarem de
289 acordo com as diretrizes e normas estabelecidas pela Portaria no. 1.838, de 09 de outubro
290 de 2002. **9.3. O MS está exigindo o cumprimento da Portaria GM 2.215, DE**
291 **05/12/01.** Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a reunião, determinando
292 que eu, Joana D'Arc Taveira dos Santos, servindo como secretária, lavrasse a presente
293 Ata que vai por mim assinada e pelos membros da Comissão Intergestores Bipartite da
294 Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, onze de outubro do ano dois mil e dois.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 19ª REUNIÃO ORDINÁRIA ANO 2002

Aos vinte e sete dias do mês de dezembro do ano de dois mil e dois, às nove horas, na sala de reunião da Coordenadoria de Vigilância, Avaliação e Controle - COVAC da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, sito à Av. Almirante Barroso, 600, na cidade de Fortaleza, capital do Ceará, realizou-se a Décima Nona Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará – CIB/CE. Compareceram os seguintes membros: Dr. Alexandre José Mont’Alverne Silva- Coordenador de Políticas de Saúde da SESA / COPOS, Dra. Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora de Vigilância Sanitária, Controle e Avaliação da SESA - COVAC, Dr. Francisco Evandro T. Lima, Coordenador da Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento Macro e Microrregional de Saúde - CODAMMS, Dra. Vera Maria Câmara Coelho, Gerente da Célula de Política e Planejamento Estratégico – CEPPE e Secretária Executiva da CIB/CE, Dra. Lúcia Helena G. Castro representante do COSEMS, Dr. José Aluísio da Silva Soares, Coordenador da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Dra. Maria Imaculada Ferreira da Fonseca, Chefe da Célula de Apoio e Organização do Nível de Atenção Primária - CEOAP e Dr. Rogério Teixeira, Secretário de Saúde do Município de Umirim, e como convidados participaram a Exma. Sra. Dra. Isabel Maria Salustiano Arruda Porto, Promotora de Justiça de Defesa da Saúde Pública, Dra. Maria Luiza de Marilac Barros Rocha, Gerente da COPOS/SESA, Dra. Denise P. Jucá Teles, Subsecretária de Saúde de Caucaia e Dr. Cristiano Rôla JR, responsável pela Auditoria da Secretaria de Saúde de Fortaleza, para discutirem sobre os problemas e sugestões apontados na Recomendação Nº 001/2002, objeto do Mandado de Notificação Nº 58/02 do Ministério Público do Ceará. A assembléia foi presidida pela Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos informando à Sra. Promotora que o assunto principal de pauta tratava de decisão tomada na última reunião da CIB/CE, realizada no dia treze de dezembro de dois mil e dois, de compor uma comissão formada por representantes da SESA, e do COSEMS, para a partir do conhecimento das recomendações que estavam sendo colocadas no Mandado, apresentar uma resposta oficial do que estava sendo pedido e colocar em discussão com a Exma. Sra. Promotora, que a convite formulado pelo Dr. Alex veio participar desta reunião. Continuando, Dra. Vera afirmou que é costume da Bipartite lembrar os assuntos que demandaram, então colocar as recomendações que foram feitas e fazer uma leitura da resposta que foi elaborada pela comissão e depois abrir o processo de discussão. Informou que o prazo de vinte dias, a partir do recebimento para o cumprimento da Recomendação se encerraria no final do mês de dezembro, já que o Dr. Anastácio teria recebido o referido Mandado no dia 11 de dezembro de 2002. Em seguida passou a ler os itens objeto da Recomendação em apreço: A) *Plena resolução da irregular transferência de pacientes, convocando, no exercício das prerrogativas legais próprias do Gestor Estadual do SUS, os municípios para assumirem suas responsabilidades pelas respectivas redes básicas de atendimento, já que todos estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica, sob pena de DESABILITAÇÃO, se for o caso.* Explicando, a Dra. Vera Coelho diz que a primeira recomendação é que a Secretaria Estadual de Saúde na sua função de coordenação e na sua responsabilidade assumida pela Gestão Plena faça com que os municípios cumpram as responsabilidades da Gestão

48 Plena da Atenção Básica. Continua a leitura: *B) Efetivo funcionamento e resolutividade*
49 *das vinte e uma Microrregiões de Saúde; C) Efetiva implementação da Câmara de*
50 *Compensação para: b.1) Garantir que os prestadores de serviços recebam pela*
51 *produção realizada, ao final de cada mês; b.2) Garantir acerto de contas e imediato*
52 *pagamento aos hospitais da rede pública e conveniada, pelas suas produções pendentes*
53 *de pagamento, por todos os municípios responsáveis pela transferência de seus*
54 *respectivos pacientes. D) Divulgação imediata e adequada desta Recomendação, bem*
55 *como resposta por escrito, ao final do prazo assinalado acima.* Vera falou que sobre essa
56 resposta escrita a Bipartite decidiu que ela deveria ser dada por esta Comissão Bipartite
57 formada por representantes da SESA, e do COSEMS, sendo indicados como
58 representantes da SESA, o Dr. Alex Coordenador da COPOS e Dra. Lilian Coordenadora
59 da COVAC e representando o COSEMS o Dr. Kômora, Secretário de Saúde do
60 Município de Maracanaú. Em seguida pediu ao Alex ou Lilian para lerem o documento já
61 que eles seriam os responsáveis pela elaboração do mesmo, e fazerem a resposta
62 comentada do documento. O Dr. Alex informou sobre a ausência do Kômora que havia se
63 comprometido em trazer para a reunião o Assessor Jurídico para ajudar na redação do
64 documento. Prosseguindo Dr. Alexandre Mont'Alverne, fez a leitura do documento, que
65 assim começa: *Exma.. Sra. Promotora de Justiça. A Comissão Intergestores Bipartite,*
66 *em sua décima oitava reunião ordinária de dois mil e dois, no dia treze de dezembro de*
67 *dois mil e dois tomou conhecimento da Recomendação N°01/02, dirigida ao Sr.*
68 *Secretário de Saúde e Presidente desta Comissão (CIB), e tomou as seguintes decisões:*
69 *1. Delegar uma comissão formada por representantes da Secretaria da Saúde de Estado*
70 *(SESA) e dos municípios para redigir documento de resposta à citada recomendação; 2.*
71 *Convidar a Exma. Sra. Isabel Porto, Promotora de Defesa da Justiça da Saúde Pública a*
72 *participar da próxima reunião ordinária da CIB, dia vinte e sete de dezembro de dois mil*
73 *e dois a fim de discutir pessoalmente os problemas e sugestões apontadas na citada*
74 *Recomendação. A CIB reconhece tanto a fundamentação quanto os problemas apontados*
75 *na Recomendação, que tem sido na sua totalidade objeto de discussão desde a criação*
76 *da CIB, bem como objeto de trabalho constante da SESA e dos municípios, entretanto*
77 *face à complexidade dos assuntos mencionados e dificuldades na resolução desses*
78 *problemas, nos cabe argumentar: 1) A Câmara Estadual de Compensação funciona*
79 *regular e ininterruptamente desde 1995 quando foi criada. Desde então, funciona*
80 *atualizando o teto dos municípios, inicialmente com periodicidade bimestral e desde*
81 *fevereiro de dois mil e dois, por decisão desta CIB, trimestralmente, com base no fluxo*
82 *de pacientes entre os municípios.* Interrompe a leitura para fazer o seguinte comentário: É
83 freqüente algumas pessoas e Secretários Municipais demonstrarem total desconhecimento
84 do funcionamento do Sistema. Uma coisa é o funcionamento da Câmara outra coisa é a
85 atualização dos tetos com base nos dados da Câmara de Compensação. A atualização dos
86 Tetos é uma decisão da Bipartite. Não depende absolutamente do funcionamento da
87 Câmara de Compensação. Nunca, desde 1995 a Câmara deixou de emitir os relatórios de
88 compensação que são usados ou não para a atualização dos Tetos, conforme decisão da
89 CIB. Prossegue a leitura do documento: *O teto financeiro de cada município é composto*
90 *por um valor per capita destinado à assistência da população local (residente no*
91 *município), subtraindo-se os valores referenciados para outros municípios,*
92 *correspondente a procedimentos que o município não realiza. A este valor, é acrescida*
93 *uma outra parcela de procedimentos referenciados de outros municípios.*
94 *Trimestralmente, é apurada a procedência de todos os pacientes internados no Estado,*

95 *conforme código do município preenchido na AIH, com os valores efetivamente cobrados*
96 *ao SUS. Para cada município, é identificado o valor referente à totalidade de pacientes*
97 *provenientes de outros municípios. Este valor é confrontado com o previamente pactuado*
98 *(PPI), e então calculado um valor para débito ou crédito para cada município, conforme*
99 *o saldo entre o valor programado e o efetivamente realizado. Os relatórios são emitidos*
100 *sistematicamente desde mil novecentos e noventa e cinco, entretanto de mil novecentos e*
101 *noventa e oito, até janeiro de dois mil e dois, os tetos dos municípios em gestão plena*
102 *não foram atualizados pelos valores fornecidos pela câmara de compensação por*
103 *decisão do COSEMS. A partir de então, com a entrada em vigor da nova PPI, passaram*
104 *a ser atualizados, entretanto, por decisão da CIB, dois outros grupos de municípios*
105 *foram poupados da atualização: Municípios com unidades tipo um foi mantido o piso de*
106 *dez mil reais independente de produção para garantir o custeio destas unidades; e aos*
107 *municípios que perderiam recursos com a PPI, foi assegurado a manutenção do teto*
108 *praticado antes da vigência da PPI (primeiro semestre de dois mil e um). A câmara de*
109 *compensação somente funciona para a parcela do teto referente a internação, já que nos*
110 *procedimentos ambulatoriais, o sistema (SIA) não permite a identificação da*
111 *procedência dos pacientes. 2) No prazo de vinte dias é efetivamente impossível implantar*
112 *as recomendações “a” e “b”. Nesse ponto o Dr. Alex explica que é efetivamente*
113 *impossível implantar as recomendações "a" e "b" no prazo de 20 dias. Por isso devem ser*
114 *objeto de discussão a letra (b) que é o efetivo funcionamento e resolutividade das vinte e*
115 *uma Microrregiões de Saúde e a letra (a), a plena resolução da irregular transferência de*
116 *pacientes, que é um processo extremamente complexo, que provavelmente nunca*
117 *vamos conseguir corrigir plenamente. Pretende-se organizar e reduzir bastante como já*
118 *reduzimos. E continua a leitura, agora sem interrupção: 3) A recomendação do item “a”*
119 *tem sido buscada com afinco pela SESA e por grande parte dos municípios. Instrumentos*
120 *como o pacto da atenção básica, monitoramento das internações por condições sensíveis*
121 *à atenção ambulatorial, incentivos ao PSF e outros, favorecem a organização da atenção*
122 *básica. A amplitude do tema, entretanto exige um amplo debate, instrumentos para*
123 *monitorização e prazos para execução. Vale ressaltar que o monitoramento do fluxo de*
124 *pacientes para procedimentos de atenção básica somente será possível com a*
125 *implantação do cartão SUS por todos os municípios. A transferência irregular*
126 *entretanto, é mais ampla, mas pode ser minorada com a implantação das centrais de*
127 *regulação municipais e microrregionais. Vale ressaltar que o direito de ir e vir está*
128 *assegurado na Constituição Brasileira, e que a distribuição de serviços à população,*
129 *muitas vezes favorece o fluxo espontâneo de pacientes através dos limites municipais.*
130 *Apenas para os procedimentos eletivos especializados, que exijam marcação ou*
131 *autorização prévia, é possível exercer algum controle sobre o fluxo de pacientes.*
132 *Reconhecemos, entretanto a necessidade de implantar outros mecanismos que garantam*
133 *o efetivo controle do fluxo de pacientes, o fortalecimento da atenção básica, bem como a*
134 *identificação de situações que caracterizem a falta de compromisso dos gestores na*
135 *organização da atenção à saúde de seus munícipes. 4) A recomendação do item “b”*
136 *também tem sido buscada, porém reconhecemos que não vem acontecendo na velocidade*
137 *desejada e necessária. Trata-se de um processo mais complexo, o qual depende da*
138 *interveniência de vários atores: SESA, municípios pólos, unidades de referência, além*
139 *dos profissionais que atuam em cada um destes entes públicos e privados. Limitações na*
140 *execução orçamentária e financeira igualmente contribuíram para limitar a velocidade*
141 *de implantação de serviços especializados nas microrregiões conforme Plano Diretor de*

142 *Regionalização (PDR). Vale ressaltar que 49% dos projetos de investimentos aprovados*
143 *no PDI não tinham à época fonte assegurada de investimento, e alguns que tinham como*
144 *fonte, emendas parlamentares ao orçamento federal, não tiveram liberação de recursos*
145 *assegurada este ano. Portanto, para o funcionamento pleno das 21 microrregiões, há*
146 *necessidade de investimentos em construção, reformas, ampliações, equipamentos,*
147 *contratação de pessoal e capacitação, além do funcionamento das centrais*
148 *microrregionais de regulação. Desta forma, impensável fazê-lo no prazo de vinte dias.*
149 *5) Quanto ao funcionamento da câmara de compensação conforme determinado no sub-*
150 *item “b.1”, da Recomendação, “pagamento pela produção realizada, ao final de cada*
151 *mês”, é necessário discutir um pouco, para entender com clareza toda a dimensão do*
152 *que está sendo recomendado. A rigor, o gestor tem obrigação de pagar tudo o que foi*
153 *autorizado aos prestadores realizar. Valores reconhecidamente aquém das necessidades,*
154 *certa imprevisibilidade de ocorrências na área de saúde, falta de controle do gestor*
155 *quanto a internamento e referências de procedimentos eletivos e tentativas por parte das*
156 *unidades de burlar os controles instituídos são algumas das causas do não pagamento.*
157 *Face a complexidade atual do financiamento da assistência à saúde, tantos tetos e*
158 *subtetos é necessário ver caso a caso para identificar que fatores preponderam em cada*
159 *um. 6) Quanto ao item “b.2”, é preciso esclarecer: os prestadores públicos e*
160 *filantrópicos podem ser pagos de outra forma além da produção. Ambos podem ser*
161 *pagos por convênio assegurando valores globais mediante orçamento, inclusive com*
162 *inclusão de incentivos e valores móveis dependendo de indicadores de qualidade. Os*
163 *hospitais públicos, pela sua natureza, são obrigados a atender independente da*
164 *existência de teto, já que o financiamento do SUS é tripartite, estado e municípios devem*
165 *co-financiar suas unidades. O pagamento por produção se dá através dos recursos*
166 *federais, portanto em princípio, as unidades públicas deveriam ficar fora desta*
167 *recomendação. Dos hospitais filantrópicos é exigida uma cota de atendimento*
168 *filantrópico, portanto, sem pagamento direto pelo SUS. Há igualmente que ver caso a*
169 *caso de modo a evitar a insolvência da instituição mantenedora, mas igualmente*
170 *identificar fonte de recurso para tal. Já as entidades privadas, elas fazem com o SUS um*
171 *contrato de prestação de serviço para pagamento por produção. Necessário se faz rever*
172 *cada uma destas situações, para viabilizar o pagamento de tudo o que foi realizado*
173 *conforme as normas do SUS, de modo a garantir o funcionamento das unidades, mas a*
174 *partir da disponibilidade orçamentária e financeira do estado e municípios. A sessão*
175 *prosseguiu passando para os debates que se iniciaram com o pronunciamento da **Exma.***
176 ***Sra. Promotora Dra. Isabel** que começou o seu discurso dizendo não conhecer o*
177 *funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite, mas efetivamente diante da resposta*
178 *lida pelo Dr. Alex , afirmou ter ficado satisfeita e sabia que o prazo de vinte dias fixado*
179 *para o atendimento da Recomendação não daria para se dar cumprimento, mas como*
180 *estamos em final de gestão e há a exigência de uma resposta escrita, efetivamente a*
181 *Comissão e o seu Presidente dariam as sugestões e a forma de operacionalizar exatamente*
182 *o que se pretende, e isso tudo demorou, pois desde que assumiu a Promotoria de Justiça*
183 *de Defesa da Saúde Pública, que foi criada em janeiro, há um grande afluxo de*
184 *problemas e reclamações que chegam na Promotoria. Cada dia estão se avolumando os*
185 *problemas e as reclamações, e não é função e nem pretensão do Ministério Público*
186 *substituir as responsabilidades dos seus gestores. A Administração tem suas*
187 *responsabilidades próprias e cada gestor tem que ser responsável por isso. Disse ainda*
188 *que a finalidade da Promotoria não é substituir o papel do gestor e sim obrigar e cobrar*

189 responsabilidades e efetivos cumprimentos. Informou ser esse o motivo da
190 Recomendação em pauta, que foi também resultante de reuniões com Secretários
191 Municipais de Saúde, realizadas no âmbito do Ministério Público de onde surgiram essas
192 questões. Afirmou que não tem a pretensão de entender a parte técnica de todo o
193 processo, embora tenha estudado mas reconhece que para chegar a entender vai demorar
194 muito tempo mas que não é preciso ter conhecimento técnico para tirar um juízo de valor
195 e ver que o SUS não está funcionando. Não da forma como deveria ser. Disse que são
196 várias as questões, como Fortaleza e os municípios adjacentes que mandam pacientes,
197 que enchem os hospitais, a própria população de Fortaleza que não é atendida nos Postos
198 de Saúde. Tudo isso forma um complexo que tem que ser discutido. E foi essa a
199 finalidade da Recomendação e que o Ministério Público quer ver implementado esse
200 direito, que é um direito da população de ter saúde de qualidade, e quando se fala de
201 cidadania se fala de dignidade e não se vê dignidade nesse processo de saúde. Ainda
202 segundo a Sra. Promotora, existem as exceções que são mínimas e deveria ser o contrário.
203 O regular funcionamento deveria ser a tônica e não a exceção como vem acontecendo
204 hoje. Afirmou que gostaria de participar da CIB, para trazer a problemática que chega
205 todo dia na Promotoria de Saúde. Chamou atenção para o fato de conhecer profissionais e
206 gestores da área de saúde que desconhecem o setor muito mais do que ela que é da área
207 jurídica. E reafirmou que alguma coisa está errada, e que o Ministério Público está
208 disposto a tomar alguma providência, já tendo formado uma comissão para viajar aos
209 municípios no sentido de conscientizar, enfrentando esses problemas, sem a finalidade de
210 fazer “caça às bruxas”, pois essa não é a função da sua Promotoria, mas de efetivamente
211 dar o sentido da forma como foi criado o Sistema Único de Saúde. Finalizou dizendo
212 terem sido essas as suas considerações e que se guardaria para as próximas .A palavra
213 ficou então a **Dra. Vera Coelho** que, reportando-se aos itens “a” e “b” da
214 Recomendação da Promotoria da Saúde, falou da impossibilidade de corrigi-las à curto
215 prazo, e ressaltou que a CIB é um colegiado de gestores, um ambiente de pactuação de
216 questões operacionais do SUS, e que as decisões da CIB/CE são tomadas por meio de
217 Resoluções, muitas das quais tem o campo decisão nas Secretarias Municipais de
218 Saúde. Enfatizou a importância do acompanhamento do Ministério Público já que muitas
219 demandas chegam àquele órgão por omissão e desconhecimento das responsabilidades
220 por parte dos gestores. Sugeriu a criação de fóruns permanentes de capacitação para o
221 Secretário Estadual e Secretários Municipais de Saúde a fim de que esses possam estar
222 sempre cientes das responsabilidades inerentes ao cargo de Secretário, no nível de
223 gestão assumida. Ressaltou o fato de que os Prefeitos não conseguem trabalhar as ações
224 públicas como um todo, e isso é uma preocupação pois essa responsabilidade de ação
225 conjunta é imprescindível para atender o direito de cidadania da população, e chamou a
226 atenção para a importância do setor saúde que esses gestores devem considerar quando da
227 escolha do secretário da saúde do seu município. A Dra. Vera abordou também a
228 questão da responsabilidade que os municípios devem assumir com relação à atenção
229 básica para evitar a superlotação dos hospitais terciários de Fortaleza, afirmando que no
230 último levantamento que foi feito, o HIAS, o César Cals, o HGF, o IJF, a Santa Casa, o
231 Hospital do Coração, o atendimento grosso é com procedimentos primário e secundário
232 do município de Fortaleza. Tirando Caucaia, Maracanaú, Horizonte, Aquiraz, Eusébio,
233 Pacajús e Pacatuba, a grande maioria do atendimento aqui em Fortaleza é da Área
234 Metropolitana e de Fortaleza mesmo. O que vem do interior é o que tinha de vir e não
235 consegue ser atendido. O que vem do município de Itapipoca, Salitre para Fortaleza é o

236 que estava assegurado em programação, agora o que está vindo de Caucaia, de
237 Maracanaú, para Fortaleza e o que está sendo atendido do município de Fortaleza nessas
238 unidades, não era para ser atendido, e por isso tem de ser feito um trabalho muito grande
239 no cinturão da Área Metropolitana e no Município de Fortaleza. Ou eles fazem o atenção
240 básica e secundária para esvaziar os hospitais terciários ou não vamos dar conta de
241 atender as referências dos municípios do interior que vierem para o IJF, por exemplo, que
242 não vai querer fazer o atendimento. Porque a direção do IJF e a do HGF nem sequer
243 manuseiam a programação de referência feita para cada um deles porque o HGF fez uma
244 programação da sua capacidade de oferta desconhecendo a PPI e agendaram todo o
245 atendimento da demanda espontânea, ocupando o espaço da oferta de referências dos
246 municípios do interior. Isso foi identificado através do funcionamento da Central de
247 Regulação de Baturité, que começou a encaminhar o paciente de conformidade com a
248 programação e o hospital não quer atender e só agenda para quatro ou seis meses porque
249 já agendou para a população de Fortaleza até o mês de fevereiro do próximo ano. Então
250 quando chega uma ambulância com um paciente do município do Iguaçú, o HGF acha
251 que é peso, o IJF acha que é peso, porque eles nem se preocupam em verificar a
252 programação de referência. Isso dá a impressão de que o Sistema está totalmente
253 desorganizado. Ainda sobre o assunto a Dra. Vera afirmou que o Diretor do IJF
254 desconhece até a programação eletiva de tomografia computadorizada para o interior, e
255 utiliza toda a capacidade com atendimentos de Fortaleza. Falou que para organizar o
256 Sistema de Referência é preciso organizar primeiro as unidades terciárias, e se o IJF não
257 se inserir no Sistema Único de Saúde, e se não for transformado de fato numa unidade de
258 excelência, a situação não será resolvida. Embora não se possa negar que se existe hoje
259 no sistema uma unidade resolutiva ela se chama Instituto Dr. José Frota Centro, mas ele
260 não trabalha junto com a Secretaria de Fortaleza, e nem é um parceiro do Sistema
261 Municipal de Saúde, até por ser uma autarquia vinculada à Secretaria da Saúde de
262 Fortaleza . Acrescentou que a Secretaria de Fortaleza nunca faz valer essa prerrogativa
263 assim também ocorre no HGF, que não obedece à programação de referência, agendando
264 atendimentos, muitas vezes para três, quatro meses, o que dá um grande percentual de
265 desistência mas que a direção não volta atrás nem autoriza lista de desistência, que daria
266 para atender algumas referências. Prosseguindo a Dra. Vera afirmou que duas coisas tem
267 que serem feitas. Uma é trabalhar a revisão de responsabilidades dos municípios da área
268 metropolitana e a outra é trabalhar os hospitais de referência e denunciou que o Hospital
269 Valdemar Alcântara, que foi desenhado no perfil de ser um hospital de retaguarda, isto é,
270 assistir os pacientes após o atendimento de Urgência/Emergência porque os hospitais de
271 grande emergência no SUS não tinham capacidade instalada suficiente para prestar uma
272 assistência digna, estava utilizando a equipe nova, para fazer o mapeamento da
273 população para adscrição em programas de hipertensão e prevenção do câncer, coisa que
274 é básica no município de Fortaleza. E afirma que vai acontecer como acontece no HGF
275 até hoje, onde aproximadamente oitenta por cento da demanda para atendimento primário
276 e secundário é da população residente na área periférica do hospital. Enfatiza a
277 necessidade do compromisso de que haja um co-financiamento do município e estado
278 para essas unidades para que elas fiquem no papel de terciários, porque estão buscando a
279 melhor forma de financiar sem dar muito trabalho aos profissionais que trabalham lá. É
280 por isso que todas essas recomendações da Promotoria tem que serem cumpridas pelo
281 SUS, não em vinte dias, que é impossível de se cumprir, mas tem que ser feito, pois do
282 contrário não teremos um Sistema Operacional capaz de funcionar adequadamente como

283 não teremos um Sistema que preste um atendimento digno. Para isso a Secretaria deverá
284 ter como prioridade a implantação das Centrais de Regulação. A experiência da Central
285 da Micro de Baturité já mostra que esse é o caminho para se criar possibilidades de
286 colocar a assistência mais próxima do cidadão. Enfatiza que se a direção desses hospitais
287 terciários, se a direção do município de Fortaleza, se a direção da Secretaria do Estado
288 não estiverem envolvidas neste projeto prioritário isso não vai ser viabilizado, porque está
289 na Recomendação da Promotoria de que grande parte desse projeto não foi realizado por
290 falta de fixação de recursos. E não por falta de planejamento. Isso o Ministério Público
291 tem mesmo que monitorar, porque senão terá que ser feito um novo processo de
292 Planejamento que vai ser revisto agora em fevereiro, que mais uma vez vai deixar de ser
293 operacionalizado porque os gestores não tem compromisso de colocar isso em prática.
294 **Dr. Aluísio Soares**, Coordenador da SMS de Fortaleza, reportando-se ao documento de
295 resposta apresentado pelo Dr. Alex observou a não participação dos municípios na
296 elaboração do mesmo, por isso indagou se esse documento estaria acabado e colocou que
297 seria importante a participação de um representante dos municípios, para apresentar a sua
298 visão e poder se expressar sobre a grande maioria da população, vez que quando se
299 focaliza só Fortaleza deixa-se de mostrar a realidade dos outros municípios que também
300 tem problemas, e doenças, e não apenas Fortaleza e a Região Metropolitana. Sobre o
301 acesso da população aos serviços terciários, é preciso distinguir o que é eletivo e o que é
302 emergência, pois há diagnóstico e ninguém se submete a terapias e exames sem
303 necessidade, sem um diagnóstico. Continuou afirmando que o município de Fortaleza tem
304 responsabilidade de assistência não só pela população residente, e que há necessidade de
305 se discutir a resolatividade das oitenta e seis Unidades Básicas de Saúde do Município.
306 Concluiu dizendo que há necessidade do Controle Social para garantir o funcionamento
307 do SUS, e também que devem ser discutidos os problemas dos Tetos Financeiros e
308 solicitou o adiamento da entrega do documento para possibilitar a inclusão de alguma
309 informação ou sugestão da representação dos municípios. A Coordenadora dos trabalhos
310 concedeu a palavra à **Dra. Imaculada**, que chamou atenção para dois problemas:
311 primeiro a falta de organização da Atenção Primária de Saúde em Fortaleza, com o baixo
312 percentual de cobertura do PSF, e em segundo lugar, a inexistência de serviços de
313 urgência e emergência descentralizados nos bairros sede das SER's, à noite e nos fins de
314 semana, deixa a população desassistida e afirmou que a solução dos citados problemas
315 não é difícil, já que não faltam recursos para garantir a expansão do PSF em larga escala,
316 tanto para Fortaleza como para os municípios da Região Metropolitana, há meta
317 garantida com o Ministério da Saúde para implantação de 1500 equipes no Estado e
318 reafirmou a existência de recursos, estratégia e incentivo do Ministério da Saúde, e
319 concluiu dizendo que o problema é apenas de decisão, que o que está faltando é alguém
320 de poder, para cobrar a implantação desses serviços e nesse sentido, afirma que a
321 intervenção da Promotora é muito bem vinda e necessária vez que a organização da APS
322 tem toda a possibilidade de acontecer. Dada a palavra à **Dra. Lilian** ela informou que
323 aquele documento que estava sendo apresentado era uma versão preliminar, vez que o
324 mesmo deveria ter sido elaborado pela comissão composta com os representantes da
325 SESA e representante dos municípios através do Dr. Komora, mas com a ausência deste
326 último, o documento havia sido elaborado apenas por ela e pelo Dr. Alex, já que o mesmo
327 teria que ser feito, pelo compromisso assumido em se dar uma resposta ao Ministério
328 Público. Por isso, afirma que ele seria uma versão preliminar da resposta oficial devida
329 àquele órgão. Sobre a questão da procedência de pacientes em atendimento ambulatorial

330 , identificada na Recomendação da Promotoria Dra. Lilian responde é muito difícil ter
331 informações da real procedência do paciente vez que o sistema de informações
332 ambulatoriais não permite a informação desse dado. Não tem como saber a não ser que a
333 própria unidade tenha o controle dele. Já nas internações hospitalares é possível saber-se
334 a procedência do paciente. E colocou que esse monitoramento só será possível com a
335 implantação do Cartão SUS em todos os municípios, através do qual se conheceria a
336 procedência dos pacientes tanto na atenção ambulatorial como na hospitalar. Prosseguiu
337 seu comentário reportando-se ao item referente a atenção básica e informou haver
338 visitado, com o Dr. Aldrovando, os Frotinhas e o Hospital Nossa Senhora da Conceição e
339 pode observar que naquelas unidades havia muita demanda principalmente na pediatria, e
340 embora muitos se caracterizassem como caso de atendimento ambulatorial, mas quando
341 perguntados sobre irem para um posto de saúde, diziam que no posto não são atendidos
342 por que não tem médico, enquanto ali, embora demorasse, pois havia apenas um
343 plantonista para uma multidão, tinham a certeza do atendimento. Sobre a Central de
344 Regulação Dra. Lilian afirmou que ela só vai favorecer a assistência se a rede estiver
345 organizada e exemplificou o problema relatando o caso de uma paciente gestante com
346 indicação de cesária, porém sem risco para ela e o filho, mas nenhum hospital em
347 Fortaleza, nem de atenção secundária quis fazer essa cesária, tendo a mesma ficado na
348 lista de atendimento do Hospital César Carls como a oitava cesária da noite. E finalizou
349 afirmando que isso é uma coisa que tem de se organizar para que a Central de Regulação
350 possa dar a resposta que se espera, pois sozinha ela não irá fazer milagre. **A Dra. Vera**
351 passou a palavra para a Promotora mas ela preferiu ouvir primeiro os demais
352 participantes que ainda desejavam se pronunciar. Assim, foi dada a palavra para **Dra.**
353 **Lúcia** que perguntou se além dos gestores os prefeitos também não estavam informados,
354 pois eles deveriam estar juntos para participar e poder usar melhor os recursos. Abordou a
355 questão dos valores per capita diferenciados, e falou da falta de resolução para as
356 referências interestaduais, que é um assunto ainda não resolvido, e afirmou que o
357 fortalecimento dos municípios - pólo é o caminho para garantir que o paciente seja
358 atendido, sem precisar fazer “escala” em outro município que não tem condição de
359 assisti-lo até chegar a Fortaleza. **Dr. Rogério** concordou com o Dr. Aluísio sobre a
360 ausência do Komora como representante dos municípios na elaboração do documento e
361 pediu que o documento fosse revisto com o objetivo de se colocar a visão dos municípios
362 sobre essas questões que estão sendo discutidas. Disse que há necessidade de informação
363 aos diretores dos hospitais de referência para atender os pacientes referenciados e propôs
364 a realização de um movimento de informação para sensibilizar os Prefeitos e Secretários
365 Municipais de Saúde para assumirem suas responsabilidades com competência. O Dr.
366 Alex colocou que queria reforçar dois aspectos: o primeiro é que uma das grandes
367 novidades do SUS é a organização da Atenção Básica. Não existia em lugar nenhum do
368 país a Atenção Básica como porta de entrada do sistema. Sempre se fez a entrada do
369 sistema através dos hospitais. Nos municípios onde há efetivamente decisão política isso
370 tem sido transformado e a Atenção Primária de Saúde foi estruturada e é efetivamente a
371 porta de entrada do Sistema. Disse também que organizar a APS em Fortaleza é muito
372 difícil, mas é preciso haver decisão, pois a Atenção Primária e a Atenção Secundária nos
373 Gonzaguinhas e Frotinhas não funcionam adequadamente. Acrescenta que em relação às
374 Microrregionais o Estado poderia dar maior prioridade, pelo menos na liberação de
375 recursos para funcionamento das seis centrais que já estão estruturadas. Realmente há
376 problemas na implantação de outras centrais devido as dificuldades com os gestores

377 municipais, como Limoeiro e Aracoiaba entre outros. Finalizou chamando a atenção para
378 a importância da decisão política aliada à força da promotoria, se conseguiria dar alguns
379 passos na resolução desses problemas. **Dr. Evandro** concordou com a fala do Alex e
380 relembrou que no processo de organização do sistema microrregional discutiu-se que, os
381 hospitais pólo deveriam ter estrutura adequada para reter pacientes de atenção secundária
382 e não precisar de encaminhá-los para as Regiões macro. Mas o que se vê quando se visita
383 os municípios é que os hospitais pólo tem, na maioria, condições de dá resolutividade
384 clínica. Tem problema nas áreas de Urgência, Emergência, Traumatologia e
385 Neonatologia. Alguns suportes devem ser providenciados, pois a maioria dos
386 atendimentos nos Hospitais Pólo é da população residente. Afirma que a Central de
387 Regulação é um mecanismo que irá viabilizar o acesso da população referenciada e
388 prossegue dizendo que o caminho é fortalecer a Atenção Primária de Saúde, pois a
389 população vai para o hospital porque sabe que lá tem médico, por isso reafirma estar
390 consciente de que quem vai garantir a organização do Sistema é a organização da APS.
391 Ainda com a palavra, o Dr. Evandro falou que o Prefeito prioriza o que a sua
392 sustentabilidade política dá. Disse que a SESA não consegue que os municípios, tais
393 como, Limoeiro e Aracoiaba cumpram os pactos firmados, e que a saída é o Controle
394 Público (Promotorias, Conselhos de Saúde) e indaga: Quem é que gerencia os serviços? E
395 que pressões se pode fazer aos Prefeitos para cumprirem os pactos? Finaliza afirmando
396 que quem está coordenando este processo se frustra pois não consegue resolver os
397 problemas Continuando o debate a palavra foi dada a Promotora **Dra. Isabel** que
398 afirmou compactuar com as frustrações referidas na exposição do Dr. Evandro e lamentou
399 não ter conhecimento de tudo para que pudesse fazer algum milagre, como lamentou a
400 falta de compromisso do gestor. Ressaltou que falaria primeiro sobre o interior e depois
401 Fortaleza que é um capítulo à parte que seria visto com mais profundidade para melhor
402 fixação. Se reportou ao Controle Social abordado pelo Dr. Aluísio afirmou que todos
403 sabem que o Ministério da Saúde tem um programa de capacitação desse Controle Social
404 e efetivamente esse Controle Social, nos Municípios, não existe, que está apenas na
405 figura do Secretário Municipal, e que não se pode fazer o Controle Social sem o
406 Conselho estar estruturado, que ele não pode existir só no papel. O que o Ministério
407 Público pode fazer em relação a isso é cobrar dos municípios a estruturação desses
408 Conselhos. Mas o papel de capacitação dos conselheiros é da SESA. Sobre a Atenção
409 Básica, a Sra. Promotora afirmou que são raríssimos os municípios onde a Atenção
410 Básica de Saúde funciona e por isso "temos que cobrar dos Secretários Municipais de
411 Saúde as suas responsabilidades" e continuou dizendo que é preciso trabalhar junto aos
412 Promotores para que eles façam Recomendações cobrando efetividade nas
413 responsabilidades, que esse é o modo de tratar as improbidades administrativas dos
414 gestores, que, se só entendem essa linguagem então é assim que o problema da
415 improbidade vai ser tratado. E isso será feito em conjunto com a Promotoria da Saúde
416 na região onde a saúde é municipalizada. Passando para a abordagem sobre Fortaleza,
417 enfatizou a gravidade da ingerência política nas Regionais de Saúde desse município
418 chamando a atenção para quantidade de inquéritos civis relativamente à Fortaleza, sua
419 Regionais, Distritos, Hospitais e Postos de Saúde, que levou-a pedir ao Ministério da
420 Saúde uma auditoria de gestão no âmbito do Estado e no âmbito do Município, no mês de
421 maio/02. Disse que esses problemas tem que ser enfrentados e a Comissão Bipartite tem
422 uma função fundamental uma vez que ela habilita e desabilita municípios. E enfatizou
423 que o município de Fortaleza não estava preparado para essa habilitação de Gestão Plena,

424 porque sequer ele conseguiu organizar sua Atenção Básica. Relatou os problemas do
425 Frotinha de Parangaba, onde ela esteve lá com a polícia e teve que colocar o Secretário da
426 Regional lá dentro. E disse mais que têm-se que tomar providências concretas e que não
427 se pode ficar só de conversa e reunião, tem-se que ter ousadia tanto da parte da CIB
428 como da parte do Ministério Público. Citou a frequência com que se mudam secretários, a
429 falta de medicamentos sem licitação e outras irregularidades e insistiu que a CIB tem
430 que tomar uma atitude, tem que estudar a questão de desabilitar Fortaleza da Gestão
431 Plena do Sistema Municipal e afirmou saber quais as conseqüências para Fortaleza: que
432 ela perderia a terciária e a secundária, mas que ela fique com a primária ver se ela dá
433 conta. Em seguida falou sobre outras irregularidades e disse que a situação de Fortaleza é
434 caso de polícia e reiterou o poder da CIB nos atos de habilitar e desabilitar, que não se
435 pode ficar enclausurado na dependência da gestão do Prefeito que aí está. A prioridade é
436 a comunidade. Falou sobre a privatização de leitos do IJF, que constitui um tratamento
437 desigual vez que se trata de um hospital público. Dra. Vera observou que esse fato está
438 gerando solicitações de municípios que querem usar esse mesmo artifício em seus
439 hospitais. A Sra. Promotora falou também sobre a falta de estrutura para o exercício do
440 Controle Social em Fortaleza, e por fim perguntou se precisava fazer um pedido formal
441 de desabilitação do Município de Fortaleza. **Dra. Vera** respondeu que o pedido já estava
442 formalizado através do registro na Ata da presente reunião. Sobre o discurso da
443 Promotora, a **Dra. Vera** esclareceu que, a estrutura da Secretaria da Saúde para o
444 cumprimento da macrofunção de regulação, onde no elenco das responsabilidades consta
445 a área de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria, está bastante deficitária e é de
446 responsabilidade do Estado em Gestão Plena. O fato da Bipartite não desabilitar vai
447 muito pela ausência do cumprimento da responsabilidade da SESA, no acompanhamento
448 permanente das responsabilidades dos municípios. A área de Controle, Regulação,
449 Avaliação e Auditoria precisava estar alimentando esse Colegiado sobre a situação de
450 funcionamento desse Sistema nos Municípios. Mas diante dos fatos apresentados pela
451 Promotoria, a CIB notifica e passa à SESA através da Coordenadoria de Vigilância
452 Sanitária, Controle e Avaliação, a responsabilidade para, num prazo mínimo, identificar
453 em relatório a situação do exercício das responsabilidades de gestão plena no município
454 de Fortaleza, para se anexar ao processo e então a CIB poder proceder à desabilitação, ou
455 não, de acordo com o que preconiza a NOAS de dois mil e dois. Sugere que a Promotoria
456 deve cobrar do Estado o cumprimento de suas responsabilidades de Gestão Plena,
457 incluindo a questão da qualificação de R.H., principalmente na Coordenadoria de
458 Vigilância, Controle e Avaliação, que deve ter pessoal motivado, pertencente a um
459 quadro de carreira do Estado para garantir o cumprimento do seu papel de fiscalizador
460 das ações do SUS, dentro de suas novas responsabilidades. Propõe que, enquanto essa
461 carreira não sair a Secretaria tem que escolher os seus profissionais, incentivá-los para o
462 exercício permanente, pois a Bipartite não consegue dar resposta se Controle e Avaliação
463 de Secretaria não der resposta. Explicou que está se referindo ao Controle e Avaliação de
464 todo o Estado. O **Dr. Alex** disse que é preciso redimensionar o setor para dar conta da
465 atenção média e alta complexidade pois muitas pessoas, quando da descentralização das
466 AIH saíram do Setor. **Vera** contra argumentou dizendo que essas pessoas poderiam ter
467 sido aproveitadas para desenvolverem a responsabilidade de Plena, que o Estado hoje
468 está sem condição de exercer sua função de controle e avaliação. **Dra. Lilian**,
469 reforçando a opinião do Dr. Alex, disse da necessidade de reestruturação do setor
470 considerando quantidade, carga horária, salário e categorias profissionais e justificou

471 relatando que em 1999 quando o município de Fortaleza foi habilitado, as AIH de muitos
472 dos hospitais de Fortaleza passaram para Fortaleza, ficaram apenas 11 hospitais e
473 algumas pessoas que tinham o perfil de autorizador e com a plena, quando foram
474 também repassados os demais hospitais muitas dessas pessoas foram para o município de
475 Fortaleza, outras saíram para outras instituições. Aí surgiram problemas com viagens,
476 carga horária e quando foi repassada a atenção terciária outros também foram para o
477 município de Fortaleza. Nesse ponto a **Dra. Vera** definiu que a desabilitação de Fortaleza
478 tem que ser muito planejada e em conjunto com o Estado, pois este para assumir todas as
479 responsabilidades do sistema municipal nas áreas especializadas do segundo e terceiro
480 níveis, com o quadro e a estrutura atual do Controle e Avaliação, a Secretaria não vai
481 dar conta. Consequentemente, se ela assumir essas responsabilidades sem rever essas
482 questões, o interior todo, na função que o Estado deveria assumir e que não está
483 assumindo, ficaria muito mais comprometido. Isso representa um esforço muito grande
484 de redimensionamento de quadro de pessoal, de capacitação e de revisão de
485 responsabilidades e da estrutura organizacional da Secretaria, se fará necessário uma
486 modelagem de gestão de acordo com as responsabilidades e funções que ela irá assumir
487 hoje. E adverte que temos que trabalhar essa desabilitação com muita responsabilidade
488 para que isso não represente um complicador maior para a população de Fortaleza.
489 Entende que há como reverter a situação do município de Fortaleza, desde que se
490 reduzam as ingerências políticas nas Regionais, para que se possa aproveitar o potencial
491 das pessoas competentes que lá existem, que tenha um Secretário que seja uma figura
492 forte no processo de coordenação desse sistema municipal, e com o funcionamento dos
493 Frotinhas e Gonzaguinhas, e se o Prefeito tomar a decisão referente à desvinculação das
494 “capitanias hereditárias” em relação à saúde não precisaria desabilitar o Município de
495 Fortaleza da Gestão Plena do Sistema Municipal. Por fim referiu-se às ausências do
496 Prefeito de Fortaleza e do Governador em reuniões de colegiados da saúde e afirmou que
497 o Secretário da Saúde de Fortaleza, desde que assumiu o cargo não veio mais às reuniões
498 da Bipartite, O próprio Secretário Estadual também dificilmente participa da Bipartite.
499 Isso também constitui uma grande dificuldade para se organizar a saúde no município de
500 Fortaleza. Disse ainda que a Bipartite só funciona por causa do COSEMS e da Direção
501 Intermediária da SESA. Por fim falou que vai aguardar o Relatório da Promotoria sobre
502 as irregularidades no Município para analisar de uma forma responsável, porque
503 desabilitar Fortaleza não é uma coisa fácil, e também porque se faz necessária uma
504 revisão global das responsabilidades da Secretaria Estadual de Saúde. Finalizando a sua
505 participação na reunião, a **Promotora Dra. Isabel** agradeceu o convite e se colocou à
506 disposição da Bipartite mas afirmou que é preciso se tomar uma atitude para que as coisa
507 não fiquem só no debate. Se comprometeu a enviar os relatórios na próxima semana e
508 toda a documentação necessária à análise da situação de Fortaleza. Concordou em
509 prorrogar para o dia 15 de janeiro de dois mil e três o prazo para a entrega do documento
510 com as respostas à Recomendação objeto desse debate. O Dr. Alex observou que por
511 questão de gravidade, a maior parte da discussão se apegou ao Município de Fortaleza e
512 sugeriu que se estabelecessem as prioridades de visita aos municípios que também são
513 bastante problemáticos. Foram escolhidos na ordem crescente de prioridade: Limoeiro,
514 Camocim, Caucaia, Maracanaú, Itapipoca e Aracoiaba. Algumas pessoas do grupo
515 comentaram sobre as unidades filantrópicas cobrarem por serviços prestados. A **Dra.**
516 **Vera** informou que elas tem obrigação de atender 60% de forma gratuita, mas que existe
517 uma legislação a respeito e afirmou que esse assunto será analisado posteriormente. **Item**

518 **2 da Pauta - Habilitação de Municípios, segundo a NOAS - 2002.** Dois pleitos de
519 município para a Gestão Plena do Sistema Municipal: Farias Brito e Senador Pompeu
520 estão aptos pela apreciação da Secretaria de Saúde, dependendo apenas do Relatório
521 Conclusivo. A CIB/CE aprovou a habilitação dos municípios, ressaltando a necessidade
522 de anexar o referido Relatório após sua elaboração pela COVAC. **Item 3 da Pauta -**
523 **Informes: Nº 1. Adesão dos municípios ao Programa de Controle de Tuberculose.**
524 Adesão de vinte e oito municípios ao Incentivo para o Controle da Tuberculose: Aiuaba,
525 Antonina do Norte, Arneirós, Assaré, Beberibe, Campos Sales, Cariré, Coreaú, Forquilha,
526 Fortim, Graça, Groaíras, Icapuí, Ipú, Iracema, Irauçuba, Itaiçaba, Itapiuna, Itatira
527 Jaguaribe, Limoeiro no Norte, Meruoca, Pacujá, Potengi, Salitre, Santana do Cariri,
528 Uruoca e Várzea Alegre. Após a leitura dos municípios a Dra. Vera observou que mais
529 vez a Bipartite não pode fazer a avaliação dos indicadores pactuados pelos 110
530 municípios que já fizeram adesão porque a Secretaria ainda não apresentou o relatório em
531 relação aos pactos. Orientou a Atenção Primária ver com a Sandra Solange, Gerente da
532 Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, como está se dando a avaliação do SUS.
533 Esclareceu ainda que todos os que fazem adesão tem um termo com meta pactuada, e dos
534 que tem mais de dois meses de adesão, deve vir relatório de desempenho das metas
535 pactuadas. **Nº 2. Cronograma de Reuniões da CIB/Ce.** Dra. Vera distribuiu o
536 Cronograma das reuniões da CIB/CE para o ano dois mil e três e expressou o desejo de
537 que o novo Secretário Estadual e o Aldrovando pudessem ver o cronograma e reservar as
538 datas para participar das reuniões. **Nº 3. Alteração da Programação de TRS.** Outro
539 assunto que tinha de ser tratado com urgência era o pedido de revisão dos TRS dos
540 municípios de Fortaleza, Quixadá, Crato, Maracanaú, Sobral, Juazeiro e Barbalha, com
541 vistas a compatibilizar os recursos que estão sem utilização em alguns municípios e que
542 foram, identificados através de monitoramento pelo Controle e Avaliação. Quixadá,
543 Sobral e Juazeiro apresentaram saldo financeiro. Fortaleza também, mas um valor muito
544 pequeno para ser considerado. Duas demandas surgem desse pedido: Primeiro, comunicar
545 para a Bipartite a necessidade de reformulação da programação e dá autorização para que
546 a COVAC faça a modificação para um valor compatível com a produção, e a redução do
547 Teto de Fortaleza para possibilitar a entrada do Serviço de Caucaia. A segunda trata de
548 um contato do Secretário Estadual com os gestores de Sobral, Juazeiro e Quixadá para
549 ver a possibilidade do repasse desses recursos não aproveitados nessa atividade, para o
550 Fundo Estadual de Saúde, para pagamento aos prestadores por serviços prestados em
551 Crato, Maracanaú e Barbalha., o que sem dúvida o Dr. Anastácio não fará se não houver
552 uma possibilidade de que a Bipartite veja que esses Secretários possam estar
553 desembolsando esses recursos para o Fundo. Acrescentou que só tem um impedimento
554 que é o sistema financeiro do Estado que fecha no fim do exercício e portanto a SESA
555 não teria mais condição administrativa de gerenciar recursos ainda este ano em função da
556 Lei de Responsabilidade Fiscal. Por outro lado esses municípios ficarem com recursos no
557 caixa é um complicador para o alcance de percentuais da Emenda Constitucional e
558 porque a modalidade de cálculo do percentual de gasto com recursos próprios, todo o
559 dinheiro repassado pelo Ministério da Saúde é considerado como despesa. Com a
560 dedução da sobra consequentemente esses municípios seriam prejudicados. Em seguida
561 pediu a Lilian para conversar com os Secretários de Sobral, Juazeiro do Norte e Quixadá,
562 dando o número da conta do FES para fazerem a transferência antes do dia trinta e um de
563 dezembro, para alcançarem a meta da Emenda Constitucional 29. Nesse momento
564 desejando a todos um FELIZ ANO NOVO a Dra. Vera Coelho encerrou a reunião que

565 vai assinada por mim, Francisca Célia de Paula da Fonseca que lavrei esta Ata, pelos
566 membros da CIB e convidados presentes. Fortaleza, vinte e sete de dezembro do ano dois
567 mil e dois.