

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ATA DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004

1
2
3
4
5 Aos dezesseis dias do mês de janeiro do ano dois mil e quatro, às oito horas e trinta minutos, na
6 Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza,
7 realizou-se a 1ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará do ano
8 de 2004. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jurandi Frutuoso Silva, Presidente da
9 CIB e Secretário da Saúde do Estado, Maria das Graças B. Peixoto, da COPOS; Ismênia Maria
10 Ramos e Antônio Paula de Menezes, do NUPLA/Planejamento em Saúde, Fco. Holanda Junior da
11 CODAS, Jocileide Sales Campos, Secretária Executiva do GABSEC, Lilian Alves Beltrão da
12 COVAC e Maria Vilauva Lopes do NUORG/CODAS. Pela representação dos municípios
13 compareceram: Mário Lúcio Ramalho Martildes, Presidente do COSEMS, Carlos Alberto Komora
14 Vieira, Secretário de Saúde de Maracanaú, Fábio Landim Campos secretário de Saúde de Redenção,
15 Fernanda Coelho, Secretária de Saúde de Crato, José Neto Maia, Secretário de Saúde de Horizonte,
16 Aldrovando Nery Aguiar, Coordenador da SMS de Fortaleza e Rogério Teixeira Cunha, Secretário
17 de Saúde de Umirim. Como convidados: Marize Girão da SMS de Fortaleza; Iracema Fermon do
18 Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde, Kátia Maria Lopes da SMS de
19 Quixadá, Sílvia Regina do COSEMS, Olímpia Freire da SMS de Aratuba, Francisco Ednaldo Lopes
20 do Hospital N.S.das Graças de Cascavel, Evaldo Sales da SMS de Maranguape, Eliane Lavor e
21 Harla Pinheiro, do NUASF/CODAS, José Policarpo da SMS de Cascavel, Cláudia Alves Leite de
22 Brejo Santo, Telma Martins do NUNAS/COPOS e Fco. Evandro Teixeira Lima da SMS de
23 Aquiraz. A Assembléia foi aberta e presidida por **Dra. Lilian** que iniciou os trabalhos apresentando
24 a Dra. Iracema Fermon Ribeiro Cardoso, técnica do Ministério da Saúde lotada no Núcleo Estadual
25 e vinculada ao Departamento de Apoio à Descentralização que doravante participará como ouvinte
26 das reuniões da CIB e do CES com vistas ao acompanhamento e apoio à gestão descentralizada do
27 SUS no Ceará, conforme Ofício nº03/04 do Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização
28 do Ministério enviado ao Secretário Estadual de Saúde do Ceará. **Item 1 – Decisão do**
29 **Financiamento do Pacto da Assistência Farmacêutica.** Introduziu o assunto colocando que,
30 conforme ficara acordado na reunião anterior, a SESA iria avaliar as alternativas de proposta da
31 participação Estadual no financiamento da Assistência Farmacêutica em R\$ 1,00, R\$ 1,20 ou R\$
32 1,50, com vistas ao fechamento do Pacto dessa Assistência para 2004. Em seguida afirmou que de
33 acordo com decisão do Secretário, o Estado manteria a proposta de R\$ 1,00 (um real) per capita,
34 cuja repercussão financeira estaria assegurada no orçamento de 2004. Dr. Mário Lúcio se opôs à
35 decisão e fez uma apreciação sobre a situação da assistência Farmacêutica no Ceará que, segundo o
36 mesmo, vem piorando a cada ano, considerando a relação dos preços dos medicamentos pactuados
37 em 2003 e a PPI de 2004. Destacou a importância do Programa Saúde Mais Perto de Você e o
38 impacto positivo que o mesmo está trazendo aos hospitais, mas que parte do recurso destinado e
39 esse programa poderia ser direcionado à Assistência Farmacêutica. Elogiou o trabalho do
40 Secretário, pela seriedade com que o mesmo vem gerenciado a Assistência Farmacêutica do Estado
41 mas com a proposta de financiamento per capita de R\$ 1,00 não será possível manter o padrão atual
42 de atendimento da Assistência Farmacêutica. Por fim pediu para o Secretário Estadual da Saúde
43 repensar a proposta de R\$1,50 afirmando que os municípios estariam dispostos a pactuar com o
44 Estado, já que alguns podem e querem participar com um valor entre R\$1,50 e R\$3,00 o que
45 possibilitaria um aumento de aproximadamente 10% na oferta de medicamentos aos usuários do
46 SUS. Dr. Jurandi contra argumentou sugerindo que antes de se falar apenas do dinheiro para a
47 compra de medicamentos, dever-se ia buscar a qualidade da assistência, já que após avaliação dos
48 programas PSF e Saúde Mais Perto de Você, a SESA constatara que os problemas identificados
49 não se relacionavam à falta de recursos e sim à falta de compromisso destacando o não
50 cumprimento do Pacto da Atenção Básica, até o mês de julho de 2003, por 56% dos municípios.
51 Afirmou que o Pacto da Assistência Farmacêutica é importante mas o aporte de recursos no Saúde
52 Mais Perto de Você é uma estratégia que vem organizar os serviços, no sentido de manter os
53 pacientes em suas cidades de origem e reduzir custos com deslocamento de viaturas no transporte

1 dos mesmos. Justificou ainda sua decisão, informando que o Ceará é o único estado que tem
2 “Pabinho”, pois coloca por ano, na Atenção Básica, o equivalente a 49 milhões de reais o que
3 representa quase 6 reais por habitante/ano. Pediu a compreensão da plenária e em particular do
4 COSEMS para acatar a proposta de R\$ 1,00 com o compromisso da SESA de colocar como
5 prioridade para o próximo ano o recurso da Assistência Farmacêutica, no volume necessário ao
6 incremento e priorizar este ano o Programa Saúde Mais Perto de Você que vai ser rigorosamente
7 controlado para poder garantir uma assistência de melhor qualidade aos usuários nas unidades
8 hospitalares de suas localidades. A representante de Aratuba argumentou que essa pactuação é
9 muito difícil porque a SESA não cumpriu durante o ano que passou com a remessa de
10 medicamentos pactuados deixando os municípios em dificuldades com o suprimento e com a
11 assistência farmacêutica em suas unidades. Dr. Evandro colocou que do ponto de vista do
12 município a situação é mais difícil porque tem que dar a resposta imediata ao usuário que está com
13 a prescrição do medicamento. Sugere que sejam definidos os critérios de uso da farmácia local
14 quanto aos medicamentos da PPI que o NUASF não consegue entregar e propõe que o NUASF
15 elabore uma PPI para medicamentos hospitalares. Após outras sugestões da plenária, o Secretário
16 da Saúde decidiu aumentar a participação do Estado na Assistência Farmacêutica - PPI /2004 para
17 R\$1,20 (um real e vinte centavos). Posta em votação, a proposta foi aceita por unanimidade pelo
18 membros da CIB ficando definido o Financiamento da Assistência Farmacêutica do Estado
19 referente à programação Pactuada Integrada para 2004, nos seguintes valores: Nível Federal,
20 R\$1,50 (um real e cinquenta centavos); Nível Estadual, R\$1,20 (um real e vinte centavos) e Nível
21 Municipal no intervalo de R\$1,50 (um real e cinquenta centavos), a R\$3,00 (três reais). **Item 2 –**
22 **Apresentação do SAMU – 192 do Município de Fortaleza.** Dr. Kit iniciou a sua apresentação
23 mostrando o histórico do serviço a partir da sua criação em 1998 com o nome de SOS-Fortaleza até
24 a situação atual em que passa a ser denominado SOS – SAMU 192. Informou que o projeto atende
25 às exigências da Portaria que regulamenta a implantação do componente pré-hospitalar da Política
26 Nacional de Urgência e Emergência e está pleiteando o custeio do serviço já existente e ampliação e
27 renovação da frota de ambulâncias. Disse que o SAMU será custeado com a participação de 50% do
28 Município de Fortaleza e 50% do Ministério da Saúde que irá adquirir para o Serviço, vinte e duas
29 Ambulâncias Básicas e cinco Avançadas. Também aloca recursos para a Central de Regulação e
30 treinamento importando tudo no valor de R\$ 3.464.506,00 (três milhões, quatrocentos e sessenta e
31 quatro mil, quinhentos e seis reais) e afirmou que esse recurso está atrelado à avaliação trimestral
32 do Serviço. Afirmou que o recurso já está garantido e que o município foi habilitado com restrição
33 pois faltava a aprovação da CIB/CE. Disse ainda que o nome SOS - SAMU -192 foi decorrente de
34 negociação com a Prefeitura de Fortaleza que não queria mudar a denominação do serviço já
35 que o mesmo existia há 11 anos e que a mudança implicaria em uma série de modificações que
36 demandariam um dispêndio de recursos. Terminada a apresentação Dra. Lilian informou à plenária
37 que o Projeto em pauta não tinha o parecer da área técnica da SESA e portanto só poderia ser
38 aprovado após a emissão do parecer da Coordenação do Sistema de Urgência e Emergência da
39 Secretaria de Saúde do Estado. O representante do Município de Fortaleza, se comprometeu de
40 enviar o Projeto à apreciação da SESA naquela mesma data. A CIB acordou que se a Coordenação
41 da SESA fizesse alguma restrição o projeto seria devolvido para correção e colocado à apreciação
42 da CIB na próxima reunião. Caso não houvesse nenhuma pendência o Projeto seria aprovado por
43 Ad Referendum da Bipartite. **Item 3 – Município de Cascavel Solicita Pagamento de AIH's.** Dra.
44 Lilian colocou o pleito do município de Cascavel referente ao pagamento de AIH ao Hospital Nossa
45 Sra. das Graças, conforme ofício encaminhado ao Secretário em outubro de 2002. Explicou que o
46 assunto já havia sido abordado na CIB anterior e que teria ficado decidido que a SESA iria analisar
47 os prontuários referentes às internações que estavam sendo cobradas. Assim, informou que dos 788
48 prontuários apresentados, 712 se encontravam aptos para cobrança importando no valor de
49 R\$182.196,00 (cento e oitenta e dois mil, cento e noventa e seis reais). Dr. Policarpo falou sobre as
50 dificuldades que o hospital vem passando devido à falta desse pagamento e sugeriu à SESA pagar o
51 débito parceladamente. Colocou que esse débito é do Estado e este que deveria quitar as contas com
52 os municípios sempre que forem habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal. Lilian afirmou
53 que não há disponibilidade de recurso, que existem outras unidades com o mesmo problema e
54 propôs fazer o pagamento parcelado quando houver saldo dos municípios da Atenção Básica. Dr.

1 Evandro levantou a questão da revisão do PDR já que muitas unidades estão realizando serviços
2 que não condizem com o porte do município. Sobre isso, Dra. Ismênia informou que as
3 providências para agilizar a revisão do PDR dependem de decisão do CESAU. Voltando ao assunto
4 da pauta, Dra. Lilian reforçou a proposta de retirar o recurso do saldo dos municípios de Atenção
5 Básica, fazendo um levantamento da situação de saldo dos municípios de Atenção Básica e propôs
6 a forma de pagamento em bloco para os demais municípios que se encontram na mesma situação de
7 Cascavel em relação ao débito do Estado referente à produção dos municípios, no período de
8 transição da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada para a Gestão Plena do Sistema Municipal.
9 Todos os membros da CIB/CE concordaram com a proposição da Dra. Lilian que ficou encarregada
10 de fazer o levantamento e análise de cada caso e levar à Bipartite com a nova proposta de
11 pagamento formulada. **Item 4 – Apresentação do Projeto de Implantação do Serviço de**
12 **Assistência Especializada em HIV/AIDS e outras DST.** O Projeto foi apresentado pelo
13 Secretário de Saúde de Cascavel, Dr. Policarpo que justificou a implantação do Serviço devido ao
14 crescente número de casos de HIV, a sobrevida cada vez maior dos portadores do vírus, a grande
15 dificuldade dos doentes encontrarem tratamento em Fortaleza e a necessidade da criação de pólos
16 regionais para oferecer o serviço mais perto do paciente. Enfatizou a crescente participação de
17 Cascavel como pólo de referência com disponibilidade de infraestrutura, como leitos, hospital dia,
18 ambulatório e infectologista contratado pelo município de Cascavel. Finda a explanação, Dra.
19 Telma, técnica do NUNAS, atuando na Coordenação Estadual do Programa de Controle e
20 Prevenção da AIDS se manifestou favorável à aprovação do Projeto afirmando que o
21 funcionamento do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS em Cascavel desconcentrará
22 o atendimento em Fortaleza principalmente no Hospital São José que está sobrecarregado com
23 tratamento de pacientes com AIDS. Dra. Lilian pôs o assunto à consideração da Plenária da
24 Bipartite que aprovou o projeto de implantação do Serviço de Assistência Especializada em
25 HIV/AIDS e outras DST no município de Cascavel. **Item 5 – COVAC propõe Ressarcimento aos**
26 **Cofres Públicos, do Recurso cobrado indevidamente pelo Município de Palmácia.** Dra. Lilian
27 expôs o assunto explicando que em setembro e outubro de 2002 o município de Palmácia havia
28 recebido créditos referente à realização do procedimento 07.011.05-9 (atendimento específico para
29 alta de paciente submetido ao tratamento de tuberculose) apresentado no BPA do Centro de Saúde
30 daquele município, com produção de 215 procedimentos no mês de julho/02 e 228 no mês de
31 agosto /2002, no valor total de R\$ 44.635,00 (quarenta e quatro mil, seiscentos e trinta e cinco
32 reais). Informou que a COVAC teria realizado auditoria no local para averiguar a procedência da
33 cobrança dos citados procedimentos, ficando constatado, que, uma vez que não fora encontrado
34 nenhum documento comprobatório da realização daqueles procedimentos, considerou incorreta a
35 cobrança apresentada pelo município de Palmácia sendo concedido aos gestores de Palmácia o
36 prazo de 10 dias para apresentação de defesa. Dra. Lilian afirmou que no documento de defesa o
37 gestor municipal de Palmácia atribuiu o erro a uma falha no Sistema de Informações de Agravos e
38 Notificações – SINAN no tocante à capacidade de crítica para a veracidade ou coerência dos dados
39 informados. A coordenadora da COVAC não considerou procedentes os argumentos daquele gestor
40 e concluiu pelo ressarcimento aos cofres públicos da quantia de R\$ 58.589,82 (cinquenta e oito mil,
41 quinhentos e oitenta e nove reais e oitenta e dois centavos) corrigida até o mês de novembro de
42 2003, conforme Demonstrativo de Débito realizado pelo Núcleo Estadual do Ministério da Saúde
43 no Ceará. A **CIB/CE** acatou o parecer da COVAC e autorizou o recolhimento aos cofres públicos
44 do valor de R\$ 58.589,82 (cinquenta e oito mil, quinhentos e oitenta e nove reais e oitenta e dois
45 centavos) dividido em dez (10) parcelas mensais de R\$ 5.859,00 (cinco mil, oitocentos e cinquenta
46 e nove reais) que serão deduzidos do valor de repasse do Recurso da Gestão Estadual para o
47 município de Palmácia. **Item 6 – Habilitação de Municípios conforme a NOAS 01/02 .** O
48 Técnico do NUPLA, Dr. Antônio Paula de Menezes apresentou o pleito dos municípios de **Choró,**
49 **Ipueiras, Independência, Itaiçaba, Pacatuba, Pentecoste e Piquet Carneiro** para habilitação na
50 Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, informando que os mesmos estão aptos a assumir esse
51 nível de gestão por estarem com os pareceres favoráveis dos Setores da SESA. A CIB/CE aprovou
52 a habilitação em GPAB-A pretendida pelos municípios em pauta. **Item 7- Qualificação de Equipes**
53 **de Saúde da Família e Saúde Bucal, Mudança de Modalidade e Acréscimo de Agentes**
54 **Comunitários de Saúde.** Dra. Lilian colocou para a Bipartite os pedidos de qualificação de

1 Equipes de PSF e de Saúde Bucal, de mudança de modalidade de Equipe de Saúde Bucal e de
2 acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde, todos com parecer favorável da CODAS/NUORG
3 conforme segue: **Sete (7) Equipes de Saúde da Família**, sendo duas para Boa Viagem, duas para
4 Ubajara e três para Granja; **Vinte e duas (22) Equipes de Saúde Bucal**, das quais, quatro são para
5 Aracoiaba, três para Aracati, uma para Jaguaratama, uma para Jaguaribara, uma para Groaíra e uma
6 para o município de Crato; **Mudança de Modalidade I para Modalidade II** de uma Equipe de
7 Saúde Bucal do município de Aracoiaba. **Acréscimo de oito (08) Agentes Comunitários de**
8 **Saúde**, para o município de Ocara, com o incentivo correspondente. A CIB aprovou os pleitos em
9 pauta dos municípios acima citados. **Item 8 –SMS de Acarape apresenta Plano de Trabalho**
10 **para Aquisição de Equipamentos para Centro de Parto c/ Financiamento do MS – Dra. Lilian**
11 explicou que assunto já havia sido tratado em reunião anterior quando ficou acertado que o gestor
12 de Acarape alteraria o objeto do Plano de forma a se enquadrar no modelo de organização dos
13 serviços de Saúde do SUS no Ceará. Em seguida leu o parecer da presidente da CIB/Mr, que
14 afirmou estar o pleito em questão, adequado segundo a Tipologia de Hospitais aprovada pelo
15 CESAU no Tipo I – Hospitais de apoio à Saúde da Família. Como não havia esclarecimentos sobre
16 a compatibilização do Objeto constante do Plano de Trabalho (Centro de Parto), em apreço, com a
17 norma que regulamenta o funcionamento do tipo de Unidade proposta, a Plenária da Bipartite
18 decidiu apreciar a solicitação em outra reunião com maiores informações dos gestores do
19 município. **Item 9 – Informe: Portaria GM/Nº 2453 de 26/12/03 redefine os recursos**
20 **financeiros destinados ao custeio da TRS.** Dra. Lilian informou que os valores da Portaria GM/
21 Nº 2453 estavam incorretos, que já teria contatado com técnicos do M.S. os quais teriam
22 reconhecido os erros da Portaria, e afirmou que possivelmente iria ser publicada outra Portaria com
23 os valores corrigidos. Informou também que através de ofício encaminhado à Secretaria Estadual da
24 Saúde e aos municípios com serviços de TRS, o Ministério da Saúde comunicara que a partir da
25 competência de janeiro de 2004, se o somatório das despesas com TRS ultrapassar o valor
26 estipulado, o excedente onerará o teto financeiro da média e alta complexidade dos Estados e
27 Municípios em gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a Portaria Nº 1.112/02 . Nada
28 mais havendo a tratar a CIB/CE deu por encerrada a reunião cuja Ata, lavrada por mim, Célia
29 Fonseca, vai assinada pelos membros, presentes. Fortaleza, dezesseis de janeiro de dois mil e
30 quatro.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004

1
2
3
4 Aos trinta dias do mês de janeiro do ano dois mil e quatro, às oito horas e trinta minutos, na Sala de
5 Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a
6 2ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará do ano de 2004.
7 Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coêlho, Coordenadora da
8 COPOS e Secretária Executiva da CIB, Antônio Paula de Menezes, Técnico do NUPLA, Fco.
9 Holanda Junior da CODAS, Jocileide Sales Campos, Secretária Executiva do GABSEC, Lilian A.
10 Amora Beltrão Coordenadora da COVAC, Isabel Cristina Cavalcante e Nágela Norões da CORES e
11 Maria Vilauva Lopes do NUORG/CODAS. Pela representação dos municípios compareceram:
12 Mário Lúcio Ramalho Martildes, Presidente do COSEMS, Carlos Alberto Komora Vieira,
13 Secretário de Saúde de Maracanaú, Fábio Landim Campos secretário de Saúde de Redenção,
14 Fernanda Coelho Secretária de Saúde de Crato, José Neto Maia, Secretário de Saúde de Horizonte,
15 Aldrovando Nery Aguiar coordenador da SMS de Fortaleza e Lúcia Helena G. Castro, Secretária
16 de Saúde de Jaguaribe. Como convidados: Sílvia Regina do COSEMS; Iracema Fermon do
17 Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde, Valbênia de Almeida, do
18 CESAU, José Policarpo da SMS de Cascavel, Evaldo Sales da SMS de Maranguape, Denise Teles
19 e Anástacio Martins da Secretaria de Saúde de Caucaia, Adriano Parente da UNIRIM de Crato,
20 Itamércia Carneiro, e Romel Araújo da Coordenação do Sistema Estadual de Urgência e
21 Emergência. A Assembléia foi aberta e presidida por **Dra. Vera** que iniciou os trabalhos
22 apresentando os informes. **Item 6. 1º Informe: COSEMS Solicita Substituição na Composição**
23 **da CIB em virtude de mudança do titular do cargo de Vice-Presidente do COSEMS. Dra.**
24 **Vera** informou que através de ofício enviado à Secretaria da CIB, o COSEMS comunicara a
25 renúncia do Dr. Moacir Soares, Secretário de Saúde de Tauá, ao cargo de Vice-Presidente do
26 Conselho de Secretários Municipais de Saúde e a investidura, ao referido cargo, da Secretária de
27 Saúde de Maranguape, Dra. Leni Lúcia Leal Nobre que assume como membro da Comissão
28 Intergestores Bipartite na condição de Suplente do Vice-Presidente da CIB/CE. Lamentou que a
29 referida Secretária não estivesse presente para apresentá-la aos demais componentes da Comissão.
30 **2º Informe: CONASS Informa sobre Decisão Judicial que suspende exigência do CPF para o**
31 **preenchimento do formulário de procedimento de alta complexidade/custo – APAC-**
32 **Formulário.** **Dra. Vera** colocou para os presentes o Informe 02 do CONASS enviado à SESA
33 com teor do Ofício nº 06/DRAC/SAS/MS que comunica a decisão proferida nos autos de Ação
34 Civil Pública movida pelo Ministério Público da União, em que a Justiça Federal em São Paulo, por
35 medida cautelar, determinou que a União, através do Ministério da Saúde se abstenha de exigir dos
36 usuários do SUS a apresentação do CPF, do número e/ou do cartão de Cadastro de Pessoa Física,
37 nas situações em que o usuário não está obrigado, nos termos da legislação tributária, a inscrever-se
38 nesse cadastro, inclusive, como também para preenchimento do formulário de autorização para
39 procedimento de alta complexidade/custo-APAC. Finalizou repassando o esclarecimento do
40 Ministério da Saúde de que este está viabilizando recurso por meio da Procuradoria da União com
41 vistas a reverter à decisão precatória. Antes de entrar nos itens de pauta, Dra. Vera fez uma
42 explanação sobre o processo de elaboração da pauta das reuniões da CIB e aprovação da mesma
43 pelo Secretário Estadual e pelo Presidente do COSEMS que podem excluir e/ou incluir itens.
44 Esclareceu que da pauta em apreço foram excluídos os itens três (03), referente à apresentação da
45 Proposta dos Critérios de Repasse dos Recursos dos Hospitais de Apoio, que foi retirado por
46 determinação do Secretário Estadual da Saúde e Presidente de CIB, Dr. Jurandi e seis (06)
47 apresentação do Elenco de Medicamentos da Saúde Mental, à pedido da Dra. Eliane Lavor que por
48 motivo de força maior não pode apresentar o assunto que dever ser incluído na pauta da próxima
49 reunião. Prosseguiu anunciando o **Item 1- Apresentação do Sistema Estadual de Urgência e**
50 **Emergência.** Apresentou a Dra. Itamércia como a coordenadora do Sistema Estadual de Urgência
51 e Emergência e o Dr. Romel como responsável pela área pré-hospitalar que se refere ao Serviço de
52 Atendimento de Urgência, hoje denominado SAMU-192. Passou a palavra para a **Dra. Itamércia**
53 que introduziu o assunto explicando que o mesmo seria apresentado em dois momentos: no

54 primeiro, o Dr. Romel faria uma abordagem situacional, com imagens sobre as atuais condições do
55 atendimento de urgência e emergência no Ceará e no segundo momento ela apresentaria o Sistema
56 Estadual de Urgência e Emergência. O Dr. Romel iniciou dizendo que o objetivo da apresentação
57 seria mostrar a necessidade de integração dos três níveis de governo no sentido de se estabelecer
58 uma padronização de conduta nos atendimentos pré-hospitalar e hospitalar na área de urgência e
59 emergência, dentro de uma hierarquização, para responder adequadamente a cada caso, no tempo
60 certo e de acordo com a complexidade requerida. Apresentou casos de pacientes atendidos nas
61 emergências de Fortaleza, citando os erros de procedimento decorrentes das deficiências do atual
62 sistema, entre as quais, os falsos serviços pré-hospitalares, o transporte inadequado, a falta de
63 equipe habilitada em atendimento de urgência e emergência, a falta de estrutura mínima necessária
64 para a realização de procedimentos de pequena e média complexidade nas unidades do nível
65 secundário da rede do SUS dentre outros. Considera que esses pontos críticos constituem fatores de
66 superlotação nos hospitais terciários, aumento de custos e elevação do índice de mortes evitáveis.
67 Finalizou, ressaltando a necessidade de se integrar o Sistema em apreço compartilhando o
68 atendimento com os demais municípios para dar uma melhor assistência à população. **Dra.**
69 **Itamárcia** fez uma abordagem epidemiológica da área de urgência e emergência, mostrando através
70 de gráficos e tabelas os índices de mortalidade por causa básica e causa externa, evidenciando, nesta
71 última o elevado percentual de mortes por acidentes de trânsito, com ênfase para o crescente
72 número de óbitos por acidentes com motocicletas. Quanto à apresentação do Sistema de Urgência e
73 Emergência, fez referência à Portaria GM/MS Nº 2048 de 05 de novembro de 2002 que aprova o
74 Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e estabelece os princípios
75 e as diretrizes do Sistema determinando aos Estados a sua implantação. Citou também as Portarias
76 GM/MS Nº1863 e Nº1864 de 2003 que instituíram, respectivamente, a Política Nacional de
77 Atenção às Urgências e o Componente Pré-Hospitalar Móvel através do Serviço de Atendimento
78 Móvel de Urgência, SAMU-192. Disse que cabe à SESA a implantação da Política Estadual de
79 Atenção às Urgências mediante a implantação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, do
80 Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar, da elaboração do Plano Estadual de Urgência e
81 Emergência e da estruturação da Rede Estadual Assistencial para o atendimento das Urgências e
82 Emergências. Informou que integra o Sistema Estadual os componentes: Rede assistencial; Sistema
83 Pré-Hospitalar; Sistema de Regulação Estadual, constante do Complexo Regulador; Auditoria,
84 Avaliação e Controle e Vigilância Sanitária. Apresentou as propostas do Estado para cada um dos
85 componentes. Para o pré-hospitalar afirmou haver elaborado o diagnóstico situacional, a avaliação
86 segundo os critérios normativos e a análise crítica da situação. Apresentou a proposta preliminar de
87 um desenho assistencial baseado na população dos municípios, na distância geográfica entre eles e a
88 malha viária, tendo como critério a priorização do tempo de resposta ao paciente. Disse que esse
89 desenho não interferirá nem alterará os mapas das Macro e Microrregiões. Estabelece para as etapas
90 de implantação do Sistema, a elaboração do plano de capacitação para os profissionais da área,
91 contratação das equipes, operacionalização da rede de comunicação pré-hospitalar, identificação e
92 estruturação das áreas para as Centrais de Regulação dos pólos regionais e ainda o
93 acompanhamento do desenvolvimento dos projetos, a execução das ações e os resultados das
94 respectivas avaliações. Informou que a assistência pré-hospitalar do GSU deixará o perímetro
95 urbano e irá assumir o atendimento pré-hospitalar nas rodovias como Grupo de Socorro de
96 Urgência sob orientação e coordenação da SESA. Disse que é também proposta da SESA trabalhar
97 com a estratégia de um Plano Piloto que poderá ser o Pólo Metropolitano, mas que vai depender da
98 aprovação das instâncias colegiadas. Sobre o componente hospitalar afirmou que está sendo feito o
99 diagnóstico situacional, para a elaboração da proposta de estruturação da rede hospitalar e do Plano
100 Diretor Estadual que vai nortear o atendimento, o fluxo a integração e a interação do paciente no
101 Sistema de Urgência e Emergência, e que deverá ser submetida ao CESAU e à CIB. Enfatizou que
102 o atendimento adequado de Urgência e Emergência depende do funcionamento da assistência nos
103 três níveis de Atenção, e destacou a importância das Equipes de PSF estarem capacitadas e
104 comprometidas para acolher e reconhecer as situações de Urgência e Emergência. **Dra. Vera** abriu
105 o espaço para os debates iniciando-os pela **Dra. Vilauva** que observou no componente de
106 Capacitação a necessidade de se qualificar os recepcionistas dos hospitais que recebem referências.
107 **Dr. Alex**, parabenizou a equipe pela apresentação, e afirmou que em 1998 a SESA idealizara um

108 sistema regionalizado que pouco avançou e por isso vê com satisfação a retomada do projeto que
109 prevê entre outros resultados, a redução de mortes evitáveis. Acha que a integração deve ser
110 buscada no sentido de se evitar desperdício de recursos e se propôs a intermediar a negociação com
111 os gestores de Sobral. **Dr. Kit** entende que a SESA deveria trabalhar em primeiro lugar a rede
112 hospitalar, e afirma que o modelo apresentado levará mais pacientes aos hospitais de Fortaleza e
113 questiona o atendimento feito pelos bombeiros. **Itamárcia** responde que a SESA já está trabalhando
114 a organização da rede especializada, que o GSU vai ser gerenciado pela Central de Regulação do
115 Estado e que as ambulâncias terão profissionais da área da saúde. **Dr. Komora** parabenizou a SESA
116 pelo projeto e propôs que seja enviado aos municípios o estudo epidemiológico apresentado pela
117 Dra. Itamárcia. Falou que há muita demora nas transferências de pacientes e chamou atenção para o
118 papel das auditorias das CERES quanto ao problema da ausência de profissionais qualificados em
119 serviços especializados. **Dr. Aldrovando** disse estar feliz com o projeto do Estado mas acha
120 importante trabalhar os dois componentes ao mesmo tempo e de forma coordenada. Ressaltou a
121 importância da estruturação das bases de apoio com vistas a otimizar o tempo resposta nos casos de
122 grandes deslocamentos. **Dra. Vera** comentou sobre o Plano Piloto, que será o Pólo Metropolitano,
123 esclarecendo que o mesmo terá o anteparo hospitalar especializado através do Hospital de
124 Messejana, HGF e IJF para atendimento aos 14 municípios da área metropolitana. Sugeriu ao
125 COSEMS discutir com os Secretários representantes dos municípios na CIB, sobre o projeto do
126 Estado com vistas a definir estratégias de aprofundamento para decisão desse Colegiado sobre a
127 proposta de locorregionalização. Após feitos outros esclarecimentos pela Coordenação do Sistema
128 de Urgência e Emergência a **CIB/CE** decidiu que: 1º) O COSEMS fará reunião no dia 6 de
129 fevereiro de 2004, na Escola de Saúde Pública do Ceará, para discussão da proposta estadual de
130 locorregionalização para constituição dos Pólos. 2º) A SESA apresentará proposta de investimento
131 para o Pré-Hospitalar e para a Assistência Hospitalar na próxima Bipartite. **Dr. Mário Lúcio**
132 sugeriu que quando da apresentação da Proposta dos Critérios de Repasse dos Recursos dos
133 Hospitais de Apoio, na CIB, esteja presente a coordenação do Sistema Estadual de Urgência e
134 Emergência, pois supõe que os dois assuntos requerem decisões em comum. Pediu para registrar em
135 ata, solicitação do COSEMS ao CESAU para este agilizar a autorização de revisão do PDR o mais
136 breve possível. **Item 2- Habilitação de Municípios conforme a NOAS 01/02.** O Técnico do
137 NUPLA, Dr. Antônio Paula de Menezes apresentou o pleito do município de **Caucaia** para
138 habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal, informando que os setores da SESA
139 responsáveis pela avaliação dos municípios quanto às exigências definidas pela NOAS, no processo
140 de habilitação, emitiram seus pareceres favoráveis ao pleito do município de Caucaia. A **CIB/CE**
141 aprovou a habilitação de Caucaia na GPSM e autorizou a remessa da documentação ao MS para
142 homologação da Tripartite. **Dra. Vera** ressaltou o esforço e a luta da gestão atual do município de
143 Caucaia em superar dificuldades e conseguir colocar o município em condições de habilitação em
144 GPAB-A e agora na Gestão Plena do Sistema Municipal. **Item 3 – Qualificação de Equipes de**
145 **Saúde Bucal** - **Dra. Vera** apresentou o processo com o parecer favorável da CODAS/NUORG
146 referente à qualificação de 7 (sete) Equipes de Saúde Bucal, no âmbito do Programa Saúde da
147 Família, para o município de **Quixeramobim**, ficando o município com um profissional odontólogo
148 para cada Equipe de PSF. A **CIB/CE** aprovou o pleito do município em pauta. Dr. Mário Lúcio
149 informou que a Portaria Nº 74/GM/MS aprovou aumento do incentivo das Equipes de Saúde Bucal
150 e sugeriu aos gestores lerem a Portaria para conhecerem o valor do novo incentivo e outras
151 determinações do Ministério sobre a Atenção Básica. **Item 4 – TRS: Discussão sobre o Teto**
152 **Financeiro de Hemodiálise.** **Dra. Regina** informou que em novembro de 2003 o MS alterou os
153 valores da TRS através da Portaria Nº 2261/GM/MS, e que em 26 de dezembro publicara outra
154 Portaria alterando novamente o Teto daquele serviço com vigência a partir de 1º de novembro de
155 2003. Porém, informou, nesta última o teto definido para o Estado estava aquém do somatório dos
156 tetos dos municípios, sem incluir Caucaia que ainda está sob gestão do Estado. Informou que a Dra.
157 Lilian teria entrado em contato com técnicos do Ministério e que estes teriam reconhecido o erro,
158 mas que até aquela data não havia sido publicada nenhuma Portaria com a correção dos valores.
159 Disse também que em dezembro de 2003 os municípios e a Secretaria teriam recebido
160 Ofício do Ministério com a informação de que a partir de janeiro de 2004 os municípios irão
161 trabalhar com os valores da média dos meses de setembro, outubro e novembro de 2003 e que a

162 produção excedente será custeada com recursos do teto da média e alta complexidade dos
163 municípios. **Dra. Fernanda** apresentou as médias de produção dos serviços de TRS de Crato e diz
164 que as mesmas está além da média estabelecida pelo Ministério. **Dr. Aldrovando** diz que há um
165 problema sério em Fortaleza que é a assistência aos pacientes com nefrologia aguda. Afirma que o
166 HGF está prestando essa assistência mas que ele deveria está dialisando os pacientes crônicos e
167 solicitar o pagamento dos atendimento aos casos agudos ao MS. **Dr. Komora** diz que há
168 necessidade de se fazer um estudo longitudinal da TRS no Estado para saber o que está acontecendo
169 no Ceará e se ofereceu para fazer o levantamento epidemiológico e o confronto das estatísticas das
170 hipertensões, diabetes e nefrologia crônica. **Dra. Vera** diz que o levantamento das despesas com
171 TRS mostra que o Estado apresenta tendência maior do que a estabelecida pelo MS. Sugere que
172 essa situação seja levada ao Ministério, com o aval da CIB mostrando que não é justo subtrair
173 recursos da média complexidade dos municípios, que o Estado também não tem como cobrir. Ficou
174 acordado pelos membros presentes que o COSEMS e a SESA/COVAC entrariam em contato com o
175 presidente do CONASEMS – Dr. Odorico, para colocá-lo a par dessa problemática e pedir apoio no
176 sentido de agendar reunião com a SAS para tratar do assunto. **Item 5- Solicitação de Pagamento**
177 **Administrativo ao Centro de Nefrologia de Caucaia**. A COVAC apresentou o pedido do CENEC
178 referente ao débito do município com aquele prestador, por procedimentos de Patologia Clínica e
179 Terapia Renal Substitutiva no valor de R\$14.592,15 (quatorze mil, quinhentos e noventa e dois
180 reais e quinze centavos) não pagos por haverem ultrapassado o limite financeiro fixado para o
181 prestador em questão. Vera questionou de onde a SESA iria tirar o dinheiro para pagar
182 administrativamente e sugeriu à COVAC fazer levantamento para identificar saldo na Atenção
183 Básica que possa ser utilizado para o pagamento solicitado. Nada mais havendo a tratar a **CIB/CE**
184 deu por encerrada a reunião cuja Ata, lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos membros,
185 presentes. Fortaleza, trinta de janeiro de dois mil e quatro.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004

Aos treze dias do mês de fevereiro do ano dois mil e quatro, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará de 2004. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças B. Peixoto, da COPOS; Ismênia Maria Ramos e Antônio Paula de Menezes do NUPLA/Planejamento em Saúde, Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC e Nágela Maria dos Reis Norões da CORES. Pela representação dos municípios compareceram: Ana Márcia R.V. Pinto da SMS de Tianguá; Rogério Teixeira Cunha da SMS de Umirim; José Neto Maia da SMS de Horizonte; Aldrovando Nery Aguiar da SMS de Fortaleza; Mário Lúcio R. Martildes, Fábio Landim Campos e Carlos Alberto Komora do COSEMS, Fernanda Coelho da SMS do Crato e Eliade Bezerra Duarte da SMS de Iguatu. Como convidados: Getúlio Barros da SMS de Brejo Santo; Sílvia Regina do COSEMS; Evaldo Sales de Maranguape; Itamárcia Carneiro da COESU/SESA, Iracema Fermon do SE/MS, Regina Ribeiro da COVAC, Luiza de Marillac Meireles Barbosa e José Romério R. Melo, da COPOS/Análise em Saúde. A Assembléia foi aberta e presidida por Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos anunciando os itens da pauta do dia. Antes da apresentação do 1º item, o Dr. Policarpo, Secretário de Saúde de Cascavel reclamou por não constar da pauta o pagamento de AIH's do Hospital N.Sra.das Graças daquele município, que teria sido discutido na reunião anterior, quando foi acordado que a SESA faria um levantamento do valor devido pelo Estado aos demais municípios que estão na mesma situação de Cascavel bem como verificar o saldo do teto da Atenção Básica. Dra. Vera explicou que não ficara definido que o levantamento seria colocado na presente reunião mas afirmou que o levantamento estivesse pronto seria ainda apresentado naquela reunião que se estava iniciando.

Item 1 – Desenho do Sistema Estadual de Urgência e Emergência - Vera explicou que a CIB teria decidido não homologar a proposta do desenho do Sistema de Urgência e Emergência apresentado na reunião anterior, devido a necessidade da mesma ser conhecida e discutida pelos Secretários Municipais de Saúde. Acrescentou que a apresentação da proposta aos secretários municipais de saúde acontecera no fórum sobre Promoção da Saúde, organizado pelo COSEMS e realizado na Escola de Saúde Pública do Ceará, em que foram levantadas questões e dificuldades do ponto de vista operacional do sistema. Informou também que naquela ocasião o Dr. Alex, representando o CONASEMS, teria sugerido que os municípios da Microrregionais de Crateús e Tianguá, não fossem incluídos no Pólo de Urgência e Emergência de Sobral, poderiam juntas constituir um novo pólo. Porém como essa proposta requer uma discussão mais aprofundada o fórum decidiu não alterar a situação de Tianguá e Crateús, bem como a do Pólo de Urgência e Emergência de Sobral. Dra. Vera lembrou que inicialmente será implantado o Pólo Metropolitano. Nesse ponto fez uma observação sobre o nome “Metropolitano”, que acha inadequado, vez que Fortaleza, que integra a Região Metropolitana, não faz parte do referido Pólo. Dra. Itamárcia informou que o DERT sugerira a denominação Pólo do Litoral Leste, sendo este novo nome aceito pelos presentes. Continuando, Dra. Vera explicou que o Pólo do Litoral Leste não terá um município sede, já que o acesso para as unidades de maior complexidade estão em Fortaleza, enquanto as unidades intermediárias do pólo se localizam em Aracati e Cascavel. Afirmou ainda que a Locorregionalização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência precisa ser aprovada e levada ao conhecimento do Ministério da Saúde com vistas à liberação do recurso destinado à estruturação do Pólo do Litoral Leste. Dr. **Mário Lúcio** concordou em aprovar a proposta, com a condição de que se possam fazer modificações no término do processo de atualização do PDR. Após outros esclarecimentos da Dra. Itamárcia sobre o desenho do Sistema, Dra. Vera Coelho colocou para a mesa a seguinte proposta que foi acatada pela Bipartite: A Locorregionalização do Sistema Estadual de Urgência está aprovada sob condição, até que o PDR seja atualizado, sendo também acatado pela plenária que seja trabalhada a

53 estruturação do Pólo Litoral Leste. **Item 2 – Definição de Estratégias para Atualização do**
54 **Plano Diretor de Regionalização – PDR.** Dra. Vera apresentou as Estratégias de Atualização
55 do PDR nos âmbitos Municipal, Regional e Estadual e o cronograma de atividades a serem
56 realizadas no período de 1º a 20 de março de 2004, conforme segue: **No âmbito Municipal: 1)**
57 Elaboração de justificativa, fundamentando as mudanças em relação à sua inserção no modelo
58 assistencial, à sua integração no sistema micro e macrorregional, ao perfil de assistência das
59 unidades de apoio do sistema de referência e aos serviços prestados pelas unidades que integram
60 a rede de saúde do município; 2) Apresentação da proposta aprovada no CMS e, 3)
61 Encaminhamento da proposta aprovada pelo CMS para discussão e apreciação na CIB/MR. **No**
62 **âmbito Regional: 1)** Reunião para discussão e apreciação das propostas municipais; **2)**
63 Elaboração da proposta da CIB/MR e envio para a CIB/CE juntamente com a cópia da Ata. **No**
64 **âmbito Estadual: 1) A SESA:** Elaboração de parecer técnico para apoio ao processo de
65 discussão e apreciação pela CIB/CE; 2) **A CIB/CE:** Discussão e apreciação das propostas das
66 MR's. As propostas não aprovadas serão enviadas para nova discussão dos pontos não aceitos
67 pela CIB/CE. As propostas aprovadas serão enviadas para apreciação e aprovação do CESAU.
68 Quanto ao Cronograma ficou assim estabelecido: **1º de março de 2004:** Reunião nas CIB/MR
69 para informação aos Secretários sobre o processo de atualização do PDR e elaboração das
70 propostas municipais. Em **31 de março de 2004:** Discussão das propostas municipais e
71 elaboração da proposta regional; **30 de abril de 2004:** Apreciação das propostas das MR's pela
72 CIB/CE e em **maio de 2004:** Apreciação das propostas das MR's pelo CESAU. Colocada à
73 apreciação da plenária, as Estratégias para Atualização do PDR foram aprovadas por
74 unanimidade. Foi também concedida ao município de Fortaleza a ampliação do prazo de ajuste
75 da capacidade de oferta para 30 de abril de 2004. **Item 3 – Qualificação de Equipe no**
76 **Programa Saúde da Família.** Dra. Vera apresentou os pleitos para qualificação de uma (1)
77 Equipe de Saúde da Família para Pacatuba e quatorze Equipes de Saúde Bucal distribuídas entre
78 os seguintes municípios: Cariús, uma (1) equipe, Sobral nove (9) equipes e Pacajus quatro (4)
79 equipes. Mudança de modalidade I para modalidade II de uma equipe de saúde bucal de Fortim e
80 Acréscimo de 05 Agentes Comunitários de Saúde para Pedra Branca. Considerando os pareceres
81 favoráveis do NUORG a CIB/CE aprovou as qualificações de Equipes de Saúde da Família e de
82 Saúde Bucal e os pedidos de Mudança de Modalidade e Acréscimo de ACS acima discriminado.
83 **Item 4 – Habilitação de Município conforme a NOAS 01/02.** Dra. Vera colocou o pleito do
84 município de Ararendá para habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada,
85 informando que o pleito se encontra com os pareceres técnicos favoráveis de todos as áreas da
86 SESA e, portanto, pronto para ser encaminhado ao Ministério da Saúde para a homologação pela
87 Comissão Tripartite. **Dra Vera** comentou sobre a lentidão do processo de habilitação dos
88 municípios do Ceará e informou que na última reunião de trabalho com o governador a SESA
89 teria abordado o assunto colocando a necessidade do governo assumir politicamente, junto aos
90 prefeitos, a conscientização destes para a agilização do processo de habilitação dos seus
91 municípios. **Dr. Mário Lúcio** fez um aparte para solicitar orientação de como proceder para a
92 habilitação da Microrregião de Quixadá que já está com todos os seus municípios habilitados.
93 Dra. Vera solicitou ao Antônio para o mesmo se informar sobre a questão de Quixadá e também
94 para fazer o levantamento da atual situação dos pleitos de habilitação. Após essas considerações
95 a **CIB/CE** aprovou a habilitação do município de Ararendá em GPSM. **Item 5 - Elaboração da**
96 **PPI da Vigilância à Saúde.** Dra. Vera introduziu o assunto apresentando a Dra. Marilac como a
97 supervisora de Análise em Saúde responsável também pela elaboração da PPI da Vigilância em
98 Saúde. Dra Marilac anunciou que iria apresentar a avaliação dos indicadores do Pacto de
99 Atenção Básica do ano de 2003, a situação de fragilidade de alguns municípios em relação às
100 metas do Pacto e em seguida apresentaria a proposição da SESA para conduzir conjuntamente o
101 gerenciamento dos Pactos da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da
102 Vigilância em Saúde que este ano estariam com os indicadores da área de Vigilância Sanitária
103 integrados aos da área de Epidemiologia e Controle de Doenças. Iniciou a dos indicadores do
104 Pacto de Atenção Básica do Estado mostrando as metas e os resultados referentes a 2002 e 2003

105 considerando neste último ano, os dados parciais até o mês de novembro, destacando os
106 indicadores que não atingiram as metas pactuadas, conforme segue: **Saúde da Criança** – A
107 *Proporção de Óbitos Infantis por Causas mal Definidas*, constatou-se elevação de casos, pois a
108 meta era de 10,0% e o resultado alcançou o índice de 12,3%. A *Proporção de Nascidos Vivos*
109 *com Baixo Peso ao Nascer*, ultrapassou o índice máximo estabelecido de 6,5% com resultado de
110 7,2%. A *Proporção da Homogeneidade da Cobertura Vacinal de Tetra-Valente* apresentou
111 desempenho de 71,2% quando o previsto era de 85%. Na área da **Saúde da Mulher**, destacou o
112 baixo desempenho nos *Exames Citopatológicos Cérvico-Vaginais em mulheres de 25 a 59 anos*,
113 já que dos 40% previstos, apenas 20% foram realizados. Houve uma discussão sobre as causas
114 desse baixo resultado, sem que a plenária tivesse chegado a um acordo sobre a análise do
115 resultado seguindo o que dispõem a norma nacional ou a norma estadual quanto ao controle
116 desse indicador. Destacou o resultado positivo do indicador da **Saúde do Adolescente**, vez que a
117 *Taxa de Partos e Abortos em Adolescentes por 1.000 Mulheres Adolescentes*, se manteve abaixo
118 da meta de 40,0% prevista para 2003. Quanto ao **Controle da Hipertensão e do Diabetes**, a
119 *Proporção de Internação por Cetoacidose e Coma Diabético entre as Internações de Diabéticos*,
120 chegou ao percentual de 15,2% quando a meta era de 12,0%. No **Controle da Tuberculose e**
121 **Eliminação da Hanseníase**, o Índice referente à *Proporção de Abandono do Tratamento da*
122 *Tuberculose* apresentou um resultado de 8,2%, muito acima da meta de 5% estabelecida para
123 2003. A *Taxa de detecção de Casos Novos de Hanseníase por 10.000 habitantes* alcançou o
124 índice de 2,3%, não cumprindo a meta proposta de 3,0% para 2003. A *Taxa de prevalência de*
125 *Hanseníase* também cresceu em relação ao ano de 2002 e apresentou o resultado parcial de 6,2%
126 para a meta de 5,0% em 2003. Sobre os Indicadores da **Saúde Bucal** verificou-se que não houve
127 muita alteração entre os resultados de 2002 e 2003. A *Taxa de cobertura de primeira consulta*
128 *odontológica por 100 habitantes* não atingiu a meta de 14%. A *Razão entre os Procedimentos*
129 *Odontológicos Coletivos na faixa Etária de 0 a 14 anos* ficou também abaixo do índice
130 pactuado. Já a *Proporção de Exodontias em Relação às Ações Básicas Individuais* cresceram em
131 relação a 2002 e ultrapassaram a meta prevista de 11,3% em 2003. Os **Indicadores Gerais do**
132 **Pacto** constituídos pelo número de *Consultas Médicas nas Especialidades Básicas por*
133 *Habitante/ano* e pela *Proporção da População coberta pelo Programa Saúde da Família*, se
134 comportaram abaixo das metas propostas, com diferença de 0,2 e 4,0%, em relação as metas de
135 1,5 e 60%, respectivamente. Resumiu a avaliação mostrando que 52,2% dos indicadores
136 pactuados não atingiram as metas. Aberto o espaço para a discussões, **Dr. Komora** comentou
137 sobre o Controle da Tuberculose afirmando que na sua opinião a nova sistemática de incentivo à
138 alta da Tb não causou nenhum impacto positivo nos municípios, assim como a descentralização
139 do acompanhamento das ações de controle da doença para as Regionais da SESA. **Dr. Eliade**
140 concorda em parte com o Komora mas destaca deficiências no fornecimento dos medicamentos,
141 e sugere à SESA promover treinamento para otimizar os registro dos casos de Tb, e
142 proporcionar o tratamento adequado. Dra. Vera disse que a SESA está realizando os
143 treinamentos, inicialmente nas áreas onde há registro de detecção de casos novos, em que tenha
144 sido constatada pelo Nível Central da SESA a necessidade de uma intervenção. Sobre a
145 realização de treinamentos, **Dra. Nágela** falou sobre a mudança na lógica de trabalho da área de
146 normatização da COPOS, cujos cursos de capacitação passarão a ser realizados pela ESP,
147 deixando os técnicos da SESA mais disponíveis para atuarem nas áreas de supervisão e avaliação
148 de ações e serviços de saúde. Prosseguindo a Dra. Marilac falou sobre a metodologia utilizada na
149 avaliação do Pacto da Atenção Básica de 2002 em que foram atribuídos os conceitos,
150 Insuficiente, Regular, Bom e Ótimo para os municípios, em função das metas alcançadas,
151 correspondentes aos intervalos de valores definidos por cálculo de medida estatística
152 denominada quartil. Passou para a Proposta para elaboração e gerenciamento do Pacto da
153 Atenção Básica e da PPI da Vigilância em Saúde para 2004, informando sobre as estratégias a
154 serem adotadas tais como, junção da PPI-ECD e Vigilância Sanitária (MS); condução conjunta
155 do Pacto da Atenção Básica e Programação Pactuada Integrada em Vigilância em Saúde (SESA);
156 inclusão da Pactuação Microrregional (SESA) e nova estruturação do gerenciamento dos pactos

157 com planejamento final por grupo técnico do nível central/regional da SESA e COSEMS. Em
158 seguida apresentou as metas da SESA para a PPI/2004, correspondentes às Ações de Vigilância
159 em Saúde conforme segue: **1) Notificação:** 1.1-Notificar casos de paralisia flácida aguda (PFA)
160 – Notificar 26 casos; 1.2 Realizar notificação negativa de sarampo – Realizar notificação em
161 90% das unidades. **2) Investigação:** 2.1-Iniciar investigação epidemiológica oportunamente para
162 doenças exantemáticas - Investigar 90% dos casos; 2.2-Realizar coleta oportuna de uma amostra
163 de fezes para cada caso de (FPA) – Realizar 21 coletas. **3)Diagnóstico Laboratorial de**
164 **Agravos de Saúde Pública:** 3.1-Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas-
165 sarampo e rubéola – Diagnosticar 90% dos casos notificados; 3.2-Realizar cultura de liquor para
166 o diagnóstico laboratorial de meningite – alcançar 30% do total dos casos notificados ou a média
167 de 23%; 3.3-Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestante - Realizar 143.671 testes; 3.4-
168 Realizar Supervisão à Rede de Laboratórios do Estado (Públicos e Conveniados) – Supervisionar
169 60% dos Laboratórios com ações descentralizadas, com no mínimo uma supervisão por ano. **4)**
170 **Vigilância Ambiental:** 4.1 Estruturar competência da Vigilância Ambiental em Saúde no nível
171 central das SESA e SMS de Fortaleza, de acordo com a I.N. FUNASA nº 01/2001; 4.2-Realizar
172 atividades de cadastro, controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano, de
173 acordo com a Portaria 1.469/2000 - 60% da vigilância ambiental em saúde seja relacionada à
174 qualidade da água para consumo humano com os dados de cadastro, controle e vigilância,
175 alimentados no sistema de informação da qualidade da água em todos os municípios. **5)**
176 **Vigilância de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses:** **5.1 Vigilância**
177 **Entomológica:** 5.11 Realizar pesquisa de triatomíneos em domicílios em áreas endêmicas –
178 Realizar 500.000 pesquisas; 5.12 Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do
179 Aedes aegypti e Aedes albopictus em imóveis – Fazer 12.942.162 inspeções (6 inspeções por
180 ano); 5.13 Implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo Aedes aegypti
181 – Implantar em 4 municípios. **5.2 Vigilância de Hospedeiros e Reservatórios:** 5.2.1 Prover
182 sorologia de material coletado em carnívoros e roedores para detecção de circulação de peste em
183 áreas focais – Coletar 1.300 amostras; **5.3 Controle Vetorial:** 5.3.1 Realizar Borrifação em
184 domicílios para controle de triatomíneos em área endêmica – Realizar 40.000 borrifações; 5.3.2-
185 Realizar levantamento, investigação e/ou monitoramento de flebotomíneos nos municípios,
186 conforme classificação epidemiológica para Leishmaniose visceral – Realizar em 100% dos
187 municípios programados; 5.3.3-Realizar borrifação intradomiciliar para controle da malária –
188 Realizar 2.426 borrifações; 5.3.4-Realizar tratamento de imóveis com focos do Aedes aegypti –
189 Realizar 8.198.123 tratamentos. **5.4 Imunização de Reservatórios:** 5.4.1-Realizar campanha de
190 vacinação anti-rábica em cães – Vacinar 900.252 cães. **6) Controle de Doenças:** **6.1**
191 **Diagnóstico e Tratamento:** 6.1.1 Curar casos novos de Tuberculose Bacilíferos – 85% (1.828
192 casos); 6.1.2 Aumentar a taxa de cura de Hanseníase - 87% (2.739 casos); 6.1.3 Realizar exames
193 coprocópicos para controle de esquistossomose e outras helmintoses em áreas endêmicas –
194 Realizar 40.000 exames; 6.1.4-Prover exame para diagnóstico de malária – Prover 4.744 exames;
195 6.1.5-Tratar casos confirmados de LTA – Tratar 100% dos casos confirmados com no mínimo
196 85% de cura clínica; 6.1.6-Tratar casos confirmados de LV – Tratar 100% dos casos
197 confirmados com no mínimo 85% de cura clínica; **7)Imunizações:** **7.1 Vacinação de Rotina:**
198 7.1.1 Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%)
199 para a tetravalente em < 1 ano – 147 municípios com cobertura adequada (80% dos municípios);
200 7.1.2- Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada
201 (95%) para a tríplice viral em crianças de 1 ano - 147 municípios com cobertura adequada (80%
202 dos municípios); 7.1.3-Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal
203 adequada (95%) para a hepatite B em < 1 ano - 147 municípios com cobertura adequada (80%
204 dos municípios). **7.2 Vacinação de Campanha:** 7.2.1- Realizar campanha anual (em duas
205 etapas) contra a poliomielite – Atingir a população de 796.924 <de 5 anos; 7.2.2-Realizar
206 campanha anual contra influenza – Atingir a população de 485.992 com 60 anos e mais; 7.3.3-
207 Realizar campanha de seguimento contra o Sarampo – Atingir a população de 653.150 de 1 a 4
208 anos; **7.3 Vigilância de eventos adversos pós vacinação:** 7.3.1-Investigar os eventos adversos

209 graves pós vacinação – Investigar 100% dos casos notificados. **8) Monitoração de agravos de**
210 **Relevância Epidemiológica:** **8.1** Detectar surtos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) por
211 meio da Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) – Detectar 100% dos surtos de
212 DDA identificados por meio da MDDA; **8.2**-Investigar surtos de doenças transmitidas por
213 alimentos – Investigação de 100% de surtos notificados; **8.3**-Implantar a vigilância
214 epidemiológica das DST – Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde; **8.4**-
215 Implantar/implementar a vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis –
216 Implantar uma (1) unidade na SES; **8.5**-Investigar Óbitos Maternos – Investigar 100% dos óbitos
217 de mulheres em idade fértil investigados na capital e e municípios com mais de 200.000
218 habitantes, implantar a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil nos demais
219 municípios, **9) Divulgação de Informações Epidemiológicas:** **9.1**-Elaborar informes
220 epidemiológicos com dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos vivos e
221 com análise da situação epidemiológica de agravos relevantes – Elaborar duas (2) publicações.
222 **10) Elaboração de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia:** **10.1**-Realizar análise da situação
223 de saúde – Realizar uma (1) análise da situação de saúde. **11) Alimentação e Manutenção de**
224 **Sistemas de Informações:** **11.1 SIM:** **11.1.1**-Melhorar a qualidade da notificação das causas
225 básicas – máximo de 20% de óbitos por causas mal definidas. **11.2 SINASC:** **11.2.1**-Realizar
226 coleta da Declaração de Nascidos Vivos-DN – Coletar 145.241 DN; **11.3 SINAN:** **11.3.1**-
227 Realizar envio regular de dados – Realizar 24 remessas. **12) Acompanhamento da PPI-ECD:**
228 **12.1**-Supervisionar a PPI-ECD em 184 municípios. **13) Procedimentos Básicos de Vigilância**
229 **Sanitária:** **13.1**-Cadastramento – 100% dos estabelecimentos cadastrados; **13.2**-Ação Educativa
230 em Vigilância Sanitária – Capacitar 100% das equipes de PSF/PACS; **13.3**Inspeção Sanitária:
231 **13.3.1**-Comercio de Alimentos – Inspeccionar 100% dos estabelecimentos de comércio de
232 alimentos; **13.3.2**-Drogarias/Ervarnarias e Postos de Medicamentos – Inspeccionar 100% de
233 drogarias/ervanarias e postos de medicamentos; **13.3.3**-Creches – Inspeccionar 100% das creches;
234 **13.3.4**-Estabelecimentos de Ensino Fundamental – Inspeccionar 100% dos estabelecimentos de
235 ensino fundamental; **13.3.5**-Estações Rodoviárias e Ferroviárias – Inspeccionar 100% das
236 estações rodoviárias e ferroviárias. Finalizou, mostrando o cronograma de atividades a serem
237 desenvolvidas, desde a fase preparatória a se iniciar em 16 e 17 de fevereiro de 2004 até o
238 Gerenciamento que se inicia com uma oficina de avaliação a ocorrer nos meses de abril, julho,
239 outubro de 2004 e janeiro de 2005, e citando os fatores alavancadores para o êxito dos dois
240 Pactos. Sem mais considerações, Dra. Vera submeteu à apreciação da Plenária, as Metas
241 propostas pela SESA para as Ações de Vigilância em Saúde constantes da PPI/2004, e a
242 Proposta de elaboração do Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada para
243 2004 de acordo com a abordagem metodológica apresentada, enfatizando a importância da
244 participação do COSEMS para que a condução do processo aconteça dentro de um acordo prévio
245 entre os partícipes. A **CIB/CE** aprovou as Metas propostas para as Ações de Vigilância em
246 Saúde para a PPI/2004, de acordo com a Instrução Normativa nº 1 de 08/12/2003 e a Proposta
247 de Elaboração do Pacto da Atenção Básica e da PPI para o exercício de 2004 conforme foi
248 apresentado pelo Núcleo de Vigilância à Saúde – NUVIS/COPOS. **Item 6 – Hospital de Brejo**
249 **Santo Solicita Pagamento Administrativo de internações.** Dra. Lilian apresentou o pedido da
250 Secretaria de Saúde de Brejo Santo para efetuar o pagamento administrativo ao Hospital Geral
251 daquele município, no valor de R\$26.627,40 (vinte e seis mil seiscientos e vinte e sete reais e
252 quarenta centavos) referente à 63 (sessenta e três) cesarianas que excederam a taxa de 30%
253 estipulada para aquele hospital. A **CIB/CE** autorizou o município de Brejo Santo proceder o
254 pagamento administrativo no valor de R\$26.627,40 (vinte e seis mil seiscientos e vinte e sete
255 reais e quarenta centavos) ao Hospital Municipal de Brejo Santo, conforme solicitado. **Item 7 -**
256 **Informes: 7.1 - Portaria GM/MS nº 74, de 20/01/2004** – Dra. Vera citou a Portaria, que
257 reajusta os incentivos financeiros de custeio das ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa
258 Saúde da Família para R\$ 20.400,00 (vinte mil e quatrocentos reais) na modalidade I e para R\$
259 26.400,00 (vinte e seis mil e quatrocentos reais) na modalidade II; determina que o MS
260 fornecerá um equipo odontológico completo para as equipes habilitadas ou que se habilitarem na

261 modalidade II; define que as equipes de saúde bucal habilitadas na modalidade II ficam
262 obrigadas a possuir pelo menos dois equipos completos e as de modalidade I pelo menos um
263 equipo odontológico completo; corrige para R\$ 6.000,00 (seis mil reais) o valor do incentivo
264 adicional às Ações de Saúde Bucal para as equipes implantadas a partir da data da publicação da
265 Portaria em pauta destinado à compra de materiais, determina o pagamento de R\$1.000,00 (hum
266 mil reais) para cada equipe de saúde bucal já implantada, como incentivo adicional para a
267 compra de materiais utilizados na confecção de próteses. **Dr. Mário Lúcio** deu outras
268 informações sobre a política nacional de incentivo às ações de saúde bucal, incluindo ações
269 especializadas. Vera informou que o Estado já tem prontas as plantas de três CEO's, um para
270 cada um dos municípios de Aracati, São Gonçalo do Amarante e Tauá e completou afirmando
271 que até 2007 deverão ser construídos 20 Centros especializados de Odontologia. **7.2 – TRS –**
272 **Déficit Financeiro** – Dra. Lilian informou que da análise da produção da Terapia Renal
273 Substitutiva do mês de dezembro de 2003 em relação aos Tetos estabelecidos pelo MS,
274 considerando a média dos meses de setembro, outubro e novembro de 2003, constatou um déficit
275 de R\$ 61.752,73 (sessenta e um mil setecentos e cinquenta e dois reais e setenta e três centavos),
276 do qual a maior parte se concentra em Fortaleza e Sobral, cujas produções excederam em
277 R\$31.500,00 e R\$22.485,00, respectivamente. Lembrou que conforme já fora estabelecido pelo
278 Ministério da Saúde a produção que ultrapassar os Tetos, a partir de janeiro de 2004 será
279 custeada pelos respectivos municípios com o recurso da média complexidade. **7.3 Informações**
280 **sobre decisões da CIT na reunião do dia 12 de fevereiro de 2004.** **Dr. Alex** informou que
281 esteve na reunião da Tripartite do dia 12 de fevereiro de 2003, onde o Dr. Sola afirmara que teria
282 havido um erro quanto a fixação do recurso da TRS mas que o MS estava avaliando essa questão
283 para em seguida publicar uma nova Portaria incorporando o mês de dezembro de 2003 para
284 cálculo da média de produção e então estimar o novo teto com base nos meses de setembro,
285 outubro, novembro e dezembro e incorporar o reajuste.. Acrescentou que a produção do mês de
286 dezembro está garantida, mas a partir de janeiro de 2004 o excedente deverá ser pago conforme
287 foi determinado em Portaria. Dra Lilian citou casos excedentes no Crato, que atendeu vários
288 pacientes que residem em Pernambuco por terem ficado impedidos de entrar no município de
289 Petrolina, onde dialisam, por impossibilidade causada pelas chuvas. Outro problema citado foi o
290 atendimento da grande maioria dos pacientes de insuficiência renal aguda pelo Hospital Geral de
291 Fortaleza. **Dr. Alex** Disse que o Ministério, através do Secretário de Assistência à Saúde se
292 mostrou sensível para analisar os casos que se apresentam sem amparo normativo. Nada mais
293 havendo a tratar a CIB/CE deu por encerrada a reunião cuja Ata, lavrada por mim, Célia
294 Fonseca, vai assinada pelos membros, presentes. Fortaleza, treze de fevereiro de dois mil e
295 quatro.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004

Aos doze dias do mês de março do ano dois mil e quatro, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 4ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará de 2004. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: José Galba de Meneses Gomes, Secretário Executivo do Gabinete; Vera Maria Câmara Coelho da COPOS; Ismênia Maria Ramos e Antônio Paula de Menezes do NUPLA/Planejamento em Saúde, Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC e Nágela Maria dos Reis Norões da CORES. Pela representação dos municípios compareceram: Aldrovando Nery Aguiar da SMS de Fortaleza; Mário Lúcio R. Martildes, Leni Lúcia Leal Nobre, Fábio Landim Campos, Lúcia Helena Gondim e Carlos Alberto Komora do COSEMS, e Eliade Bezerra Duarte da SMS de Iguatu. Como convidados: José Policarpo Barbosa da SMS de Cascavel; Sílvia Regina do COSEMS; Lindete S. Paiva representante dos ostomizados; Iracema Fermon do MS/SE/DAD, Regina Ribeiro da COVAC, José Aramir Pinto do Hospital Almir Pinto, Isabel C. Palácio Coelho da SMS de Fortaleza, Dilthey Forte e Christian Douglas da ICI/Cartão Saúde, João Fortes da SMS/CAE, José Wilson L Ramos da SMS de Horizonte, Florentino A. Cardoso Filho do HGF, Cristiano Rola da CRRIFOR, Maria Dilma da Silva da SMS de Sobral e Dirlene Silveira do NUNAS/SESA. A Assembléia foi aberta e presidida por Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos com os informes do dia. **1º Informe: Mudança na Representação da SESA na Bipartite.** Apresentou o Dr. Galba Gomes como novo membro suplente do Secretário de Saúde e Presidente da CIB por haver sido empossado no cargo de Secretário Executivo do Gabinete da SESA. O novo membro falou da sua satisfação em compartilhar com os demais conselheiros das discussões e da busca de soluções para os problemas da saúde e ao mesmo tempo conhecer mais de perto o papel da CIB, do COSEMS e dos demais Colegiados que deliberam sobre as questões da Saúde. **2º Informe: Alteração na representação dos Municípios.** Dr. Mário Lúcio comunicou que no dia 18 de março de 2004, deixaria o cargo de Presidente do COSEMS, e conseqüentemente da Vice Presidência da CIB/CE, assumindo em seu lugar a Dra. Leni Lúcia Leal Nobre, atual vice presidente daquele Conselho. Manifestou sua satisfação por haver integrado a Comissão Intergestores Bipartite e agradeceu aos demais membros do Colegiado pela colaboração e parceria em torno dos problemas de saúde do Estado do Ceará e pediu que esse mesmo tratamento fosse dispensado à Dra. Leni Lúcia durante o seu mandato. O Dr. Eliade também informou que estaria deixando o cargo de Secretário de Saúde do município de Iguatu, e agradeceu pela atenção dada às suas demandas e também pelo respeito aos seus posicionamentos, mesmos divergentes, durante os três anos de convivência na Bipartite. Dra. Vera Coelho fez questão de registrar a importância da participação dos dois Secretários, Mário Lúcio e Eliade como membros desse Colegiado e disse particularmente para o Eliade que as suas posições sempre representaram ganho nas discussões, pois ensejavam a busca de alternativas mais adequadas à solução dos problemas. Disse que ele deu uma contribuição significativa ao processo de discussão e pactuação na CIB/CE onde o mesmo será sempre bem-vindo. Destacou a relevância da participação do Dr. Mário Lúcio na Bipartite, enfatizando a firmeza e segurança nos posicionamentos do mesmo durante o processo de discussão e resolução dos problemas da Saúde no Ceará, e na defesa veemente dos interesses dos municípios os quais representou com muita propriedade e isenção. Com a palavra, Dra. Leni Lúcia se apresentou aos presentes e falou sobre a atuação do Dr. Mário Lúcio na CIB, e afirmou que está disposta a ser a voz dos 184 municípios do Estado, na CIB/CE. **3º Informe: Programação para a estruturação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Ceará.** Dra. Vera comunicou que os Seminários previstos para a estruturação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde ocorrerão nos dias 26 de março/04 em Sobral, 29 de março/04 em Fortaleza no dia 1º de abril/04 no Crato e no dia 15 de abril/04 em Quixadá. Em seguida, iniciou a pauta do dia anunciando o **Item 1 –**

1 **Apresentação do Sistema utilizado pela Central de Regulação da Secretaria de Saúde de**
2 **Fortaleza.** Dr. Aldrovando falou sobre a implantação do módulo da Central de Regulação de
3 Ambulatório, que integra as atividades de Marcação de Consultas e Exames, por WEB, e
4 acrescentou que o município está com o seu complexo regulador integralmente instalado através
5 das unidades de trabalho que o compõem, e que todos os módulos estão funcionando em sua
6 quase totalidade, entre eles a Central de Leitos que controla quase 100% de AIH's. Passou a
7 palavra para os técnicos Dilthey Forte e Christian Douglas que utilizando algumas telas
8 mostraram como funciona o sistema nos módulos: Central de Marcação de Consultas (WEB);
9 Central de Leitos (WEB), UTI's; Controle Hospitalar - AIH e Controle de APAC. Os demais
10 módulos, SOS Fortaleza – SAMU-192 e Ampliação dos Postos de Coleta nas Unidades Básicas
11 estão em fase de implantação. Citaram alguns resultados obtidos com o Sistema, destacando a
12 redução de filas que segundo o Dr. **Aldrovando** resultou da modificação na lógica do
13 agendamento que antes era feito para uma unidade específica, agora se faz para o sistema como
14 um todo racionalizando a oferta. Sobre o SOS Fortaleza, informou tratar-se de um módulo
15 exclusivo para Fortaleza e que funcionará totalmente integrado à Central de Leitos, cujo fluxo de
16 solicitação fluirá com mais facilidade em função do acesso dos hospitais àquele serviço, se dar
17 através de E-mail possibilitando uma resposta certa às solicitações que estão em fila de espera.
18 **Dra. Vera** afirma que a Central de Regulação foi criada para ser um instrumento de apoio à
19 gestão do SUS na garantia da oferta do serviço no momento em que o paciente dele necessita.
20 Dilthey disse ainda que a comunicação por E-mail permite que a digifonista acompanhe e
21 controle as altas informadas e conseqüentemente a disponibilidade de leitos, como também o
22 controle dos leitos de UTI. Aberto o espaço para as discussões, **Dra. Melânia** fala sobre a
23 expansão das Centrais de Regulação em Fortaleza e Sobral e expressa preocupação com relação
24 à capacidade esgotada dos hospitais terciários no atendimento das referências de consultas e
25 exames do interior. **Dra. Vera** concorda com a Melânia e diz que deve haver um trabalho da
26 SESA com a Secretaria de Fortaleza com vistas a esvaziar as unidades terciárias dos
27 atendimentos primários e secundários, como foi feito no Hospital Infantil Albert Sabin e garantir
28 o percentual de referências do interior do Estado pactuados na PPI. **Dra. Leni Lúcia** pergunta se
29 há relação do Cartão Cidadão com o Cartão SUS; Qual o link da Central de Fortaleza com a
30 Central da SESA; Qual o custo operacional do sistema e quem o financia. **Dr. Aldrovando**
31 responde que o Cartão Cidadão é compatível com o Cartão SUS, cujo lay-out foi enviado pelo
32 Ministério com vistas à compatibilidade com o CADSUS. Afirmou que as Centrais de Regulação
33 do Estado e de Fortaleza se comunicam, mas ainda há entrada de pacientes referenciados do
34 interior sem passar por nenhuma central de regulação de leitos. Disse que o investimento na rede
35 municipal foi elevado, que a Secretaria Municipal de Saúde oferece ao prestador o acesso ao
36 Sistema, mas o custo do investimento é de responsabilidade do prestador. **Dra. Vera** finalizou o
37 assunto dizendo que o mesmo não seria objeto de tomada de decisão pela plenária, pois fora
38 apresentado para o conhecimento dos gestores, visando despertar neles o interesse no sistema
39 desenvolvido pelo município de Fortaleza para o funcionamento da Central de Regulação. **Item**
40 **2 – Apresentação da Proposta de Diagnóstico da Infecção pelo HIV no SIA/SUS, visando a**
41 **qualificação do Estado do Ceará.** **Dra. Dirlene**, supervisora do NUNAS apresentou a proposta
42 de qualificação do Estado do Ceará para a expansão do diagnóstico da infecção pelo vírus da
43 imunodeficiência humana HIV, definida na Portaria MS/GM Nº 2458 de dezembro de 2003 em
44 que o Ministro da Saúde, determinou à Secretaria de Vigilância em Saúde, por intermédio do
45 Programa Nacional de DST/Aids proceder à qualificação dos Estados, Distrito Federal e
46 Municípios para o recebimento de recursos por meio do Fundo de Ações Estratégicas e
47 Compensação – FAEC quando da realização dos procedimentos necessários para o diagnóstico
48 da infecção pelo HIV. Disse que os referidos procedimentos serão financiados pelo Teto
49 Financeiro da Assistência (MAC), quando for atingida uma meta mínima estabelecida para os
50 laboratórios, e quando se tratar dos laboratórios públicos, e ultrapassada a meta fixada para
51 pagamento do MAC, os exames poderão ser pagos pelo FAEC até o limite estabelecido e
52 pactuado na CIB, compatíveis com os limites definidos no anexo da Portaria em questão,

1 calculados na proporção de 17 pessoas testadas a cada mil habitantes/ano. Para o Ceará os
2 limites físicos propostos são: **Mínimos (MAC)** : Anticorpos Anti-HIV1+HIV2 (Elisa), 85.884
3 exames; Imunofluorescência para HIV (IFI), 7.730 exames e Anticorpos Anti-HIV (Western
4 Blot) 1.718 exames. **Máximos (FAEC)**: Anticorpos Anti-HIV1+HIV2 (Elisa), 57.256 exames;
5 Imunofluorescência para HIV (IFI), 5.153 exames e Anticorpos Anti-HIV (Western Blot), 1.145
6 exames. Em seguida apresentou a Distribuição dos Exames Elisa e o Limite Financeiro por Local
7 de Assistência, dentro da Proposta para Organização da Rede de Diagnóstico do HIV formada
8 pelos municípios de Fortaleza, Sobral (MR), Aracati (MR), Acaraú (MR), Cascavel (MR),
9 LACEN, Laboratório Regional de Juazeiro do Norte (MR), Laboratório Regional do Crato (MR),
10 Laboratório Regional de Senador Pompeu (MR), Laboratório Regional de Icó (MR) e
11 Laboratório Regional de Tauá (MR) e a relação dos municípios que pactuaram os exames de
12 HIV com os respectivos locais de referência. Finalizando, Dra. Dirlene colocou os seguintes
13 pontos para discussão: 1º) Alteração da Programação da Média Complexidade Ambulatorial do
14 1º Nível de Referência – M1 para os municípios que atendem população referenciada; 2º) Os
15 municípios que referenciam exames para o LACEN deverão alterar suas programações locais;
16 3º) Os exames IFI e WB só poderão ser realizados no LACEN, devendo ser deduzidos da
17 programação de MAC 1º NR de todos os municípios o valor anual de R\$ 223.330,00 e valor
18 mensal de R\$18.610,00; 4º) Deduzir da programação de MAC 1º NR dos municípios com
19 população acima de 40.000 habitantes. **Dra. Leni Lúcia** diz que é preciso analisar as
20 responsabilidades de cada município em relação ao teto de recursos financeiros para ver até que
21 ponto os municípios podem assumir tantas responsabilidades diante das pressões normativas do
22 Estado e do MS. **Dr. Komora** diz que o município de Maracanaú não vai fazer parte da proposta
23 apresentada pelo Estado pois já realiza os exames com recursos do Tesouro Municipal. **Dra.**
24 **Vera** propôs, para a reprogramação do Elisa, que a dedução no teto da MAC seja feita no grupo
25 da patologia clínica. No caso dos exames IFI e WB sugeriu que a dedução ocorra apenas nos
26 municípios com população acima de 40.000 habitantes. Foi também sugerido que fosse dado um
27 prazo de 20 dias aos municípios para se manifestarem sobre o acatamento ou não da proposta.
28 Assim a **CIB/CE** decidiu aprovar a Proposta de Organização da Rede Estadual de Diagnóstico
29 da Infecção pelo HIV, conforme foi apresentada pela SESA, através do Núcleo de Normatização
30 da Atenção à Saúde e do Laboratório Central de Saúde Pública, com vistas à qualificação do
31 Estado do Ceará para o recebimento de recursos por meio do FAEC- Fundo de Ações
32 Estratégicas e Compensação, quando da realização dos procedimentos necessários para o
33 diagnóstico da infecção pelo HIV, com as seguintes modificações: a) Para a reprogramação dos
34 recursos que compõem o Teto Financeiro da Assistência (MAC), no tocante à realização do
35 procedimento Anticorpos Anti HIV1 e HIV2 (Elisa), a dedução será feita no grupo de
36 Patologia Clínica; b) No caso dos exames Imunofluorescência para HIV (IFI) e Anticorpos Anti
37 HIV (Western Blot), a dedução na programação da Média Complexidade ocorrerá nos
38 municípios com população acima de 40.000 (quarenta mil) habitantes; c) O município de
39 Maracanaú, integrante da Macrorregião de Fortaleza não integrará a proposta do Estado do Ceará
40 pois já realiza os exames em questão com recursos do Tesouro Municipal. **Item 3 – HGF**
41 **Propõe Definição de Responsabilidades entre Estado e Municípios para Concessão de**
42 **Bolsas de Ostomias** - Dr. Florentino fez uma abordagem sobre o programa de concessão de
43 bolsas de ostomias desde a sua criação, através do Clube dos Colostomizados em 1975, até hoje,
44 quando são atendidos pelo programa 1087 ostomizados, dos quais 48% são do município de
45 Fortaleza. Disse que para a concessão mínima de 10 bolsas/mês o SIA repassa um valor defasado
46 em 44,1% em relação ao preço da bolsa mais simples comprada pelo HGF. O custo com as 5.180
47 bolsas só para Fortaleza é da ordem de R\$ 39.523,40, sem considerar as barreiras protetoras e
48 outros acessórios que em muitos casos são necessários. A despesa mensal com aquisição de
49 bolsas de ostomia, kits bolsas e bolsas de urostomia totaliza em aproximadamente R\$110.000,00
50 (cento e dez mil reais). Por isso propõe que os municípios em Gestão Plena do Sistema
51 Municipal assumam os seus pacientes ostomizados. Dra. Lilian diz que a SESA necessita
52 organizar o sistema para que o usuário tenha esse atendimento mais próximo do local onde ele

1 mora. Citou as Portarias 116/93 em que o Ministério da Saúde cresceu ao teto do Estado e dos
2 municípios 2,5% para pagamento de órtese e prótese e a Portaria Estadual Nº 204 de 24/02/94,
3 que destinava ao HGF o percentual de 4% do recurso destinado à órtese e prótese, para aquisição
4 de bolsas de ostomia. Sugere que se estabeleçam orientações para a organização do serviço em
5 questão no Estado. Dra. **Vera** comenta as colocações do Dr. Florentino e corrobora com o
6 mesmo, afirmando que o processo de aquisição não deve ser feito pelo HGF, já que esse
7 procedimento administrativo gera uma responsabilidade na unidade inadequado à sua forma de
8 organização conforme consta no PDR. Por outro lado diz que se trata de responsabilidade
9 definida pela NOAS como média complexidade, mas os municípios cearenses não tem condições
10 financeiras para assumir as atribuições de compra e distribuição de bolsas de ostomia.
11 Recomenda que se deve ter cuidado na organização dessa assistência com atribuição
12 descentralizada para a Macrorregião e como imputar responsabilidade ao município que não é
13 sede de Macrorregião mas tem paciente beneficiado com a concessão de bolsas de ostomia.
14 Colocou então para a plenária a discussão sobre a responsabilidade da aquisição e distribuição
15 das bolsas de ostomia em apreço. Dra. **Lúcia Helena** acha que deve ser feito o mapeamento dos
16 pacientes beneficiados e a responsabilidade para os municípios pólos aos quais os pacientes estão
17 adscritos e propõe que o Estado assuma o ônus da concessão das bolsas através da cooperação
18 financeira. **Orlando**, representante do Clube dos Ostomizados afirma que existem pacientes que
19 estão há mais de um ano aguardando cirurgia para fechamento da fístula e não tiveram acesso a
20 esse atendimento. Dra. **Leni Lúcia** concorda que o serviço deve está mais perto da população
21 mas coloca que as compras devem ser centralizadas em função da vantagem do ganho de escala
22 e pela dificuldade técnica de avaliação das bolsas nos municípios. Dr. **Komora** diz que o Estado
23 ajuda a atenção básica em detrimento da atenção especializada. Entende que a assistência ao
24 ostomizado é terciária e defende que o Estado assuma essa atribuição. Dr. **Florentino** informa
25 que solicitou relação dos pacientes que necessitam de fechamento de fístulas e que esse
26 procedimento pode ser feito por médico cirurgião, sem ser necessariamente um especialista. Ao
27 final da discussão ficou acordado pelos membros da CIB que a Dra. Leni Lúcia, Presidente do
28 COSEMS e Dr. Galba, Secretário Executivo da SESA promoverão reunião técnica para solução
29 do problema da concessão das bolsa de ostomia, em pauta. **Item 4 – Habilitação de Município**
30 **conforme a NOAS 01/02**. Dra. **Vera** colocou o pleito dos municípios de Abaiara, Croatá e
31 Porteiras para habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e dos municípios de
32 Horizonte, Morada Nova e Ubajara para habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal,
33 informando que os pleitos se encontram com os pareceres técnicos favoráveis de todos as áreas
34 da SESA e, portanto, prontos para serem encaminhado ao Ministério da Saúde para a
35 homologação pela Comissão Intergestores Tripartite. **Item 5 – Qualificação de Equipe no**
36 **Programa Saúde da Família**. Dra. Vera apresentou os pleitos para qualificação de sete (7)
37 Equipes de Saúde da Família, sendo quatro (4) para Mombaça, duas (2) para Ipaumirim e uma
38 (1) para Aratuba. Vinte e cinco (25) Equipes de Saúde Bucal distribuídas entre os seguintes
39 municípios: Mombaça, quatro (4) equipes; Boa Viagem, duas (2) equipes; Assaré, quatro (4)
40 equipes; Alto Santo, uma (1) equipe; Uruoca, uma (1) equipe; Canindé, duas (2) equipes;
41 Moraújo, uma (1) equipe; Camocim, três (3) equipes; Piquet Carneiro, duas (2) equipes; São
42 Gonçalo do Amarante, três (3) equipes e Itapipoca, duas (2) equipes. Foi solicitada também a
43 qualificação de duas (02) Equipes do PITS para o município de Ipaumirim. Considerando os
44 pareceres favoráveis do NUORG a CIB/CE aprovou as qualificações de Equipes de Saúde da
45 Família e de Saúde Bucal e do PITS acima discriminadas. Nada mais havendo a tratar a CIB/CE
46 deu por encerrada a reunião cuja Ata, lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos
47 membros, presentes. Fortaleza, doze de março de dois mil e quatro.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004**

3 Aos vinte e seis dias do mês de março do ano dois mil e quatro, às oito horas e trinta
4 minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta
5 Capital, Fortaleza, realizou-se a 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite
6 da Saúde do Ceará de 2004. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jurandi
7 Frutuoso, Secretário Estadual da Saúde e Presidente da CIB; José Galba de Meneses
8 Gomes, Secretário Executivo do Gabinete; Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças
9 Peixoto da COPOS; Antônio Paula de Menezes do NUPLA/Planejamento em Saúde,
10 Nágela Maria dos Reis Norões da CORES e Maria Vilauva Lopes do NUORG. Pela
11 representação dos municípios compareceram: Aldrovando Nery Aguiar da SMS de
12 Fortaleza; Ítalo Ney Paulino do COSEMS, Fernanda Coelho da SMS do Crato e Rogério
13 Teixeira da SMS de Umirim. Como convidados: José Policarpo Barbosa da SMS de
14 Cascavel; Sílvia Regina do COSEMS; Rosélia Maria S. Mesquita da CERES de Canindé;
15 Verônica Said de Castro e Ana Cecília Sucupira da ESP/CE; Francisco Carlos Uchôa de
16 Maracanaú; Sílvia Regina S. Arcanjo e Edna Lacerda Queiroz da SMS de Fortaleza e Nilce
17 Nunes do NUNAS/SESA. A Assembléia foi aberta e presidida por Dra. Vera Coelho que
18 iniciou os assuntos da pauta anunciando o **Item 1 – Apresentação do Projeto da**
19 **Residência em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública do Ceará** – Esclareceu
20 preliminarmente que o Projeto de Residência em Saúde da Família da ESP/CE estaria
21 sendo apresentado, não para ser aprovado pela CIB mas para torná-lo conhecido pelos
22 membros do Colegiado, notadamente os que representam os municípios, com os quais o
23 projeto deverá ser discutido. Disse também que há propostas de outras instituições entre as
24 quais a da UFC que acenou sobre a possibilidade de apresentá-la na CIB/CE. Em seguida
25 passou a palavra para a Consultora da ESP/CE, Dra. Ana Cecília Sucupira que falou sobre
26 a receptividade dos municípios à proposta, quando em visita às 21 CERES, e sobre a forma
27 como alguns contribuíram para a formação de um projeto mais compatível com as
28 necessidades de capacitação dos funcionários do PSF. A consultora afirmou que a
29 Residência em Saúde da Família tem como objetivo a educação permanente dos
30 profissionais que atuam na área do PSF e focaliza as questões que envolvem a Saúde
31 Pública Coletiva, a Mudança de Atitudes e o Saber Técnico. Disse que o programa de
32 ensino aprendizagem contempla a formação teórico-prática que será realizada por
33 Preceptores de Território e por Preceptores de Especialidade. Os primeiros atuarão nas
34 Unidades Básicas de Saúde, com a função de ensino, avaliação e supervisão, enquanto os
35 Preceptores de Especialidades terão a função de ensino técnico e específico. Informou que
36 o curso será financiado pelo Ministério da Saúde e que os preceptores receberão um
37 adicional em função do número de equipes que acompanharão. Sobre a clientela, informou
38 que a mesma será constituída de todos os profissionais inseridos no Programa Saúde da
39 Família e disse que inicialmente serão contemplados os profissionais do núcleo básico do
40 PSF, ou seja, médicos, odontólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Afirmou ainda que o
41 curso deve ser centralizado em uma microrregião mas poderá envolver mais de uma micro.
42 Aberta a discussão, **Dr. Galba** pergunta sobre o modelo de avaliação do curso, questiona o
43 cerceamento dos profissionais que não estão no PSF e inquire sobre a participação
44 financeira do Município. **Ana Cecília** responde que o modelo de avaliação está sendo
45 construído. Diz também que o profissional residente tem que ser aprovado para poder
46 receber o certificado e tem que ter a formação em serviço e que o Município participa com
47 o pagamento do Preceptor de Território o qual deve ser funcionário do município. **Rogério**
48 expressa preocupação com o fato da preceptoría ser de responsabilidade do município e
49 pergunta sobre a existência de algum mecanismo de segurança quando da mudança da
50 gestão municipal. **Ana Cecília** diz que não tem resposta para essa questão pois se trata de
51 um problema que ainda está sendo discutido. **Fernanda**, pergunta como se trabalha o
52 CAPS em relação ao Preceptor de Especialidades. **Ana Cecília** respondeu que o

1 profissional dos CAPS irá atuar na orientação e no estudo de casos. **Aldrovando**
2 argumentou sobre a composição do PSF hoje no país e sobre a inexistência de política de
3 financiamento do Ministério da Saúde para a inserção de outro profissional na Equipe de
4 Saúde da Família e perguntou se a proposta da participação do Assistente Social não fugirá
5 ao modelo do PSF vigente no país. **Ana Cecília** afirma que existe em alguns municípios
6 profissionais Assistentes Sociais trabalhando efetivamente na Atenção Básica mas a sua
7 inserção nas Equipes de PSF, é um processo que vem sendo construído gradativamente.
8 **Vera** comenta sobre a inserção do Assistente Social, e questiona, para o caso do Ceará que
9 não tem esse profissional nas equipes de PSF, se essa proposta não seria de custo muito
10 elevado principalmente quando se coloca uma preceptoria específica na área do serviço
11 social. A consultora explicou que o município tem que usar critérios para manter o
12 Assistente Social na equipe e verificar se o profissional está tendo um trabalho exclusivo
13 na atenção básica. **Vera** também expressou a sua preocupação com os critérios que serão
14 adotados para a utilização dos recursos do projeto em questão, considerando as outras
15 demandas na área de capacitação que estão fora dos recursos destinados aos Pólos de
16 Educação Permanente. **Ítalo** questionou a inclusão do Assistente Social achando que isso
17 criará expectativas nos profissionais de outras categorias, como fisioterapeutas e psicólogos,
18 de poderem estar inseridos nesse processo de capacitação e se isso não acontecer, se tornar
19 um ponto desmotivador para o trabalho dos mesmos. **Ana Cecília** argumentou que o
20 Assistente Social tem uma prática mais ligada à atenção básica, enquanto o modelo de
21 atenção do fisioterapeuta está mais voltado para o atendimento clínico, mas que a inserção
22 desses e de outros profissionais já está sendo estudada pelo Ministério da Saúde. Sem mais
23 questionamento, Vera encerrou a discussão do item, agradecendo a presença da
24 Consultoras da Escola de Saúde Pública do Ceará, Ana Cecília e Verônica. Em seguida
25 anunciou o **Item 2 – Apresentação do Projeto SAMU -192 de Juazeiro do Norte** e o
26 retirou da pauta, já que o município não enviara o técnico responsável pela elaboração e
27 exposição do Projeto que também não teria sido submetido à análise da Coordenação
28 Estadual de Urgência e Emergência - COESU. **Item 3 – Critérios de Habilitação dos**
29 **Municípios para a Execução das Ações de Média e Alta Complexidade na Área de**
30 **Vigilância Sanitária.** As técnicas Ângela e Gláucia apresentaram a proposta da SESA que
31 estabelece critérios de habilitação para a execução das ações de média e alta complexidade
32 em VISA pelos municípios do Ceará. A proposta, cuja cópia foi distribuída entre os
33 presentes, continha os seguintes critérios: **1.** Comprovar Estrutura Administrativa com ato
34 legal da Prefeitura Municipal; **2.** Executar 100% das metas pactuadas para ações básicas de
35 Vigilância Sanitária (critérios já pactuados na CIB); **3.** Equipe Técnica Multidisciplinar
36 com perfil compatível com a complexidade das ações a serem pactuadas na sua totalidade
37 (pactuar 100% das atividades); **4.** Apresentar comprovação de abertura de conta específica
38 no Fundo Municipal de Saúde – FMS; **5.** Financiamento - Valores Anuais para o
39 financiamento das ações de Média e Alta Complexidade, assim discriminados: o valor per
40 capita de R\$ 0,15 (quinze centavos) decorrente do Termo de Ajuste das Metas e R\$ 0,10
41 (dez centavos) de transferência Fundo a Fundo, valor complementar da ANVISA. Para a
42 Média Complexidade: R\$0,10 (dez centavos) per capita, do Termo de Ajuste das Metas e
43 R\$ 0,10 (dez centavos), correspondentes ao valor complementar da ANVISA com
44 transferência Fundo a Fundo. O critério nº 2 da proposta foi bastante questionado
45 considerando a dificuldade de se alcançar o índice de 100% das metas, dentro da realidade
46 de muitos municípios. **Vera** argumentou sobre a dificuldade dos municípios em atingir o
47 percentual de 100% proposto e informou que o planejamento da SESA, vem trabalhando
48 na perspectiva de atingir 80% ou mais das metas. Citou a decisão da CIB de habilitar
49 também na Média e Alta Complexidade da Vigilância Sanitária, os municípios com
50 população igual ou superior a 40.000 habitantes, que estão em Gestão Plena da Atenção
51 Básica ou na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. A plenária da **CIB/CE** concordou
52 com os argumentos da Dra. Vera e após outros comentários resolveu aprovar os Critérios

1 de Habilitação de Municípios para a Execução das Ações de Média e Alta Complexidade
2 de Vigilância Sanitária propostos pela COVAC/SESA, com a seguinte alteração: Critério
3 nº 2: Executar o percentual mínimo de 80% das metas pactuadas para as Ações Básicas de
4 Vigilância Sanitária, à exceção do cadastramento, cujo percentual exigido é de 100% dos
5 estabelecimentos constantes da Portaria SAS/MS Nº 18/1999. **Item 4 - CIB/MR de**
6 **Maracanaú solicita prorrogação do prazo de revisão do Plano Diretor de**
7 **Regionalização- PDR.** Dra. Vera leu o Ofício nº 192/04 da CIB/ MR da CERES de
8 Maracanaú em que a Presidente daquele Colegiado expõe as razões para a prorrogação
9 solicitada, considerando as demandas a serem cumpridas durante o mês de março/04 e
10 portanto, não poderia atender o calendário acordado na reunião do dia 13 de fevereiro de
11 2004, em que ficara estabelecido que no dia 31 de março de 2004 seria feita a discussão
12 das propostas municipais e elaboração da proposta regional para a apreciação da CIB/CE
13 em 30 de abril de 2004. Todos os membros concordaram com a prorrogação solicitada e
14 estenderam a medida para as demais CERES. Assim, a Bipartite decidiu prorrogar por 30
15 dias corridos, a entrega da Revisão do PDR, que passa para o dia 30 de abril de 2004,
16 assim como ficam também prorrogados pelo mesmo período, os demais eventos que
17 constam do Cronograma de Revisão do PDR. **Item 5 - Habilitação de Municípios**
18 **conforme a NOAS 01/02.** Dra. Vera colocou para a apreciação da Plenária o pleito do
19 município de Tauá para habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal, e dos
20 municípios de **Jardim, Milagres e Palmácia** para a Gestão Plena da Atenção Básica
21 Ampliada e informou que os municípios cumpriram os requisitos exigidos pela NOAS
22 01/02, estando com os pareceres técnicos dos setores da SESA favoráveis e portanto, aptos
23 à homologação pela Tripartite. A CIB/CE aprovou o pleito de habilitação de Tauá em
24 GPSM e o dos municípios de Jardim, Milagres e Palmácia em GPAB-A. **Item 6 -**
25 **Qualificação de Equipes no Programa Saúde da Família.** Dra. Vera apresentou os
26 pleitos para qualificação de duas (2) Equipes de Saúde da Família, sendo uma (1) para
27 Ibiapina e uma (1) para Lavras da Mangabeira, e seis (6) Equipes de Saúde Bucal
28 distribuídas entre os seguintes municípios: Aracati uma (1) equipe, Eusébio duas (2)
29 equipes, Cascavel duas (2) equipes e Ipú uma (1) equipe. Acréscimo de seis (06) Agentes
30 Comunitários de Saúde para Bela Cruz. Considerando os pareceres favoráveis do
31 NUORG/CODAS, a CIB/CE aprovou as qualificações das Equipes de Saúde da Família e
32 de Saúde Bucal e o Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde, conforme solicitados
33 pelos municípios acima citados. **Item 7 – Proposta de Alocação de Recursos Federais**
34 **para o Custeio da Campanha de Vacinação contra a Gripe em pessoas de 60 anos e**
35 **mais no ano de 2004.** Nilce, técnica da Célula de Imunização do Estado apresentou a
36 proposta da SESA para a distribuição dos recursos federais destinados à campanha de
37 vacinação contra a gripe em pessoas com idade igual ou maior de 60 anos. Informou que
38 teria usado o critério do custeio do ano de 2003, já que a necessidade de consumo,
39 informada pelos municípios, não apresentou variações consideráveis, ficando, portanto
40 estabelecido para este ano de 2004 o mesmo valor de 2003, ou seja, o total de R\$
41 312.423,30 (trezentos e doze mil quatrocentos e vinte e três reais e trinta centavos).
42 Justificou a importância de manter no nível central o recurso destinado à aquisição dos
43 insumos e serviços necessários a operacionalização da Campanha e colocou para a plenária
44 da Bipartite a seguinte proposta de alocação do recurso federal no montante de R\$
45 312.423,30 (trezentos e doze mil quatrocentos e vinte e três reais e trinta centavos),
46 conforme segue: **A)** R\$ 215.880,15 (duzentos e quinze mil, oitocentos e oitenta reais e
47 quinze centavos) para o Fundo Municipal de Saúde dos 138 municípios certificados na
48 PPI-ECD, destinados à compra de combustível, aluguel de carros, ajuda de custo e diárias;
49 **B)** R\$ 75.612,65 (setenta e cinco mil seiscentos e doze reais e sessenta e cinco centavos) ao
50 Fundo Estadual de Saúde para atender os 46 municípios não certificados na PPI-ECD e **C)**
51 R\$ 20.930,50 (vinte mil novecentos e trinta reais e cinquenta centavos) ao Fundo Estadual
52 de Saúde para reprodução de planilhas, cartão do adulto, abertura estadual da campanha,

1 reunião de preparação e serviços eventuais (vacinadores e motoristas). Os representantes
2 do COSEMS questionaram a forma do repasse e após muita discussão foi sugerida a
3 formação de uma Comissão formada pelos técnicos Ítalo Ney do COSEMS, Regina do
4 município de Fortaleza e Nilce da SESA que iriam se reunir à tarde daquele dia e estudar a
5 proposta de repasse apresentada com base no custeio do ano anterior e a alternativa de
6 repasse pelo valor per capita, ficando decidido que a proposta do consenso da comissão
7 seria aprovada por ad referendum da Bipartite. **Item 8 - Informes: 8.1– Comunicado do**
8 **COSEMS sobre a nova Composição da sua Representação na CIB/CE** – Dra. Vera leu
9 o Ofício N° 27/04 através do qual o COSEMS formaliza as mudanças de sua representação
10 junto à CIB/CE: Dra. Leni Lúcia Leal Nobre, Secretária de Saúde de Maranguape e
11 Presidente do COSEMS assume a Vice Presidência da CIB. Como suplente da Dra. Leni
12 Lúcia assume o Dr. Ítalo Ney Bezerra Paulino, Secretário de Saúde de Quixelô e Vice
13 Presidente do COSEMS. Na representação de Município de Médio Porte assume como
14 titular a Dra. Ana Márcia Veras Pinto, Secretária de Saúde de Tianguá. Na paridade com a
15 SESA, houve uma permuta de posições: a Secretária de Saúde de Jaguaribe, Dra. Lúcia
16 Helena Gondim passa a titular e o Dr. Fábio Landim Campos, Secretário de Saúde de
17 Redenção que era o Titular passa a ocupar a Suplência. **8.2 – O presidente do**
18 **CONASEMS sugere que o Estado (SESA/COSEMS) elabore uma Nova Proposta de**
19 **Gestão, Assistência e Financiamento para o SUS.** O Dr. Odorico, Secretário de Saúde de
20 Sobral e Presidente do CONASEMS pediu espaço na CIB para propor que o Estado do
21 Ceará elabore um novo modelo de gestão do SUS, considerando que o atual está superado,
22 que já cumpriu o seu papel. Disse que o Ceará foi o pioneiro na utilização da PPI, mas,
23 afirma que esse instrumento está ultrapassado e que o processo de municipalização
24 necessita de um novo patamar de qualificação, baseado na construção de parâmetros que
25 torne o sistema mais coerente com o fortalecimento da gestão local do SUS. Entende que o
26 Estado deve pensar uma reengenharia para a proposição de um novo pacto e acredita que o
27 redesenho dessa proposta, representa um avanço e um ganho para o Ceará que tem
28 condição de mudar a lógica atual da PPI. Vera chamou atenção para o fato de que a revisão
29 do PDR está acontecendo no momento, mas afirmou que isso não invalida a idéia
30 inovadora que deve ser trabalhada pelo Estado junto com o COSEMS, visando a
31 formulação de um novo modelo para o aperfeiçoamento da operacionalização do SUS.
32 Nada mais havendo a tratar a CIB/CE deu por encerrada a reunião, cuja Ata, lavrada por
33 mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos membros da Bipartite, presentes. Fortaleza, vinte e
34 seis de março de dois mil e quatro.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004

Aos dezesseis dias do mês de abril do ano dois mil e quatro, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará de 2004. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças B. Peixoto, da COPOS; Ismênia Maria Ramos e Antônio Paula de Menezes do NUPLA/Planejamento em Saúde, Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC; Galba Gomes, do Gabinete e Carmem Lúcia Osterne Silva do NUORG. Pela representação dos municípios compareceram: Aldrovando Nery Aguiar da SMS de Fortaleza; Ítalo Ney B. Paulino e Carlos Alberto Komora do COSEMS, Fernanda Coelho da SMS do Crato; Lúcia Helena Gondim Carlos da SMS de Jaguaribe e Eliade Bezerra Duarte da SMS de Iguatu. Como convidados: Getúlio Barros da SMS de Brejo Santo; Sílvia Regina do COSEMS; Raimundo Nonato Fernandes do Sindicato dos Agentes de Saúde do Ceará, Fco. Ednaldo Lopes do Hospital N.Sra. das Graças de Cascavel, Ernestina Cavalcante do CAPS de Capistrano, Fco. Antônio Rios do COSEMS, Fco. Pedro da Silva Filho da SMS de Mombaça, Maria Valbenia de Almeida do CESAU, Fco. Evandro Teixeira Lima da SMS de Aquiraz, Marta Campelo de Itapiuna e Olímpia Freire da SMS de Aratuba. A reunião foi presidida por Vera Coelho que iniciou os trabalhos com a apresentação dos informes constantes do **item 8 de pauta. 1º) Indicação de Suplentes na representação da SESA.** Duas vagas de suplentes foram preenchidas: representando a COVAC, a Dra. Diana Carmem Almeida Nunes Oliveira, assumiu a suplência da titular Lilian Alves Amorim Beltrão e representando a CODAS, Carmem Lúcia Osterne Silva, suplente do titular Dr. Francisco Holanda Júnior. **2º) Estruturação dos Pólos de Educação Permanente em Fortaleza, Crato, Sobral e Quixadá (necessidade de mobilização de gestores municipais).** Informou que a SESA concluiu a Implantação dos quatro (4) Pólos de Educação Permanente, ficando agendadas as oficinas para o estabelecimento do elenco de necessidades que vão gerar os projetos na área educacional, para as seguintes datas: dia 20/04/2004, a oficina de Crato; dia 23/04/2004 a de Fortaleza; dia 26/04/2004 a de Sobral e dia 29/04/2004 a de Quixadá. Em seguida falou da pouca participação dos gestores municipais nas oficinas, o que na sua opinião compromete a continuidade do processo de implantação e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente no Estado do Ceará e destacou o fato de que anteriormente às oficinas houvera uma grande discussão com as instituições formadoras, no sentido de convencê-las de que, considerando as necessidades do SUS, o planejamento das atividades da área educacional teria os municípios como o eixo estratégico das ações educacionais dos Pólos, e enfatizou que, no momento da operacionalização, a participação dos representantes desse eixo estratégico é deficitária. Comentou que o fato de se estar em ano eleitoral não implica na paralisação da administração pública e chamou a atenção do COSEMS para que veja mais de perto essa questão, no sentido de conclamar os gestores municipais de saúde para as suas responsabilidades e se envolverem nesse processo de planejamento e enviarem as suas demandas para os Pólos de Capacitação Permanente. **3º) Comemoração dos 10 anos do PSF; Lançamento Concurso Público para o PSF e Reunião do CONASS.** Dr. Galba informou sobre a comemoração dos 10 anos de instalação do PSF, quando haverá alguns eventos entre os quais o lançamento, pelo Governador do Estado, do concurso público para o PSF, e um fórum dos Secretários de Saúde do Brasil a se realizar em Brasília e que o

49 COSEMS deverá está divulgando. **4º) Casa de Saúde Sta. Teresa do município do Crato,**
50 **conf. Portarias MS nº52 e nº53/2004 não sofrerá redução de leitos.** Lilian informou que
51 a Casa de Saúde Santa Teresa encontra-se na Classe III conforme Portaria/SAS nº 53 de
52 março de 2004 que estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos prevista no
53 Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004,
54 instituído pela Portaria GM/MS nº 52/04. Esclareceu ainda que a redução de leitos prevista
55 por esta última Portaria é para hospitais com número de leitos que excedam os limites do
56 módulo assistencial, que deve ser múltiplo de quarenta, não sendo esse o caso da Casa de
57 Saúde Santa Teresa que tem 200 leitos, que correspondem a cinco módulos de quarenta
58 leitos. Informou que a Portaria GM/MS nº 53/04 que cria novos procedimentos no âmbito
59 do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no SUS – 2004, define o
60 valor da diária em R\$ 30,13 (trinta reais e treze centavos) para os hospitais da Classe III
61 acrescido de R\$1,20 para os que obtiveram pontuação igual ou superior a 80% do PNASH.
62 Disse que como o Hospital Santa Teresa obteve 67,42% do PNASH, em 2002, fica com o
63 valor inicial de R\$ 30,13 (trinta reais e treze centavos), podendo chegar ao valor de R\$
64 31,33 se tiver alcançado a pontuação mínima de 80% do PNASH em 2003. Dra Vera
65 alertou os gestores municipais para as responsabilidades que estão sendo colocadas pelo
66 Ministério da Saúde para os municípios, sem a correspondente alocação do recurso
67 financeiro e sugeriu que mobilizem o CONASEMS no sentido de buscar junto ao MS uma
68 solução para esse problema. **5º) Presidente do Sindicato dos Agentes de Combate ao**
69 **Dengue – solicitação de pauta para denunciar que os Agentes de Saúde estão**
70 **trabalhando sem carteira assinada.** Dra. Vera apresentou o Sr. Raimundo Nonato
71 Fernandes, Presidente do Sindicato dos Empregados em Empresas de Prestação de Serviços
72 na área de Combate a Vetores de Endemias no Ceará denunciou irregularidades na situação
73 trabalhista dos Agentes de Saúde daquela área, informando que os mesmos não tem carteira
74 de trabalho assinada, exercendo suas funções sem qualquer proteção das leis que regem o
75 trabalho. Segundo o denunciante, os municípios ao serem questionados pelo Ministério
76 Público da União têm argumentado que não há contra partida financeira do Estado no
77 processo de Certificação dos Municípios junto às Ações de Epidemiologia e Controle de
78 Doenças e que se a justiça acatar denúncia do MPU, os municípios devolverão a
79 Certificação ao Nível Central da SESA. Após algumas colocações da plenária ficou
80 decidido que o referido assunto seria discutido na próxima CIB com a formalização da
81 denúncia pelo Sindicato. **Item 1 – Revisão dos Limites Financeiros de Internação** – Dra.
82 Vera Coelho introduziu o assunto esclarecendo que a Dra.Lilian propusera que o item fosse
83 colocado como Informe. Mas por não existir nenhuma decisão da CIB em que o ajuste de
84 teto da área de internação fosse incorporado independente de discussão nesse Colegiado, o
85 assunto tinha sido colocado como ponto de discussão. Disse ainda que existe uma decisão
86 formalizada em Resolução da CIB e Resolução do CESAU de que o ajuste do teto da
87 assistência em internação da média complexidade seria efetuado com base na Câmara de
88 Compensação em função da solicitação e aprovação de mudanças de referências no âmbito
89 ambulatorial. Afirmou ainda que o Ministério Público, através da Promotoria da Saúde,
90 vem desde 2002, solicitando o cumprimento do prazo estabelecido na NOAS para a revisão
91 do teto da assistência. Colocou que o assunto deveria ser discutido pela plenária que
92 poderia considerar o reajuste uma questão técnica a cargo da SESA, ou poderia definir
93 critérios para a elaboração e aprovação do ajuste. Dra. Lilian argumentou que está
94 trabalhando com base nos pactos e que por isso não vê necessidade da discussão na CIB.
95 Dr. Ítalo propõe que a elaboração dos relatórios da Revisão dos Tetos seja modificado e
96 analisado pelos municípios. Lilian diz que os relatórios são enviados para as CERES e que

97 as sugestões estão sendo incorporadas. Afirma que o grande problema é a identificação dos
98 procedimentos eletivos e/ou de urgência, mas defende que esse trabalho deve ser feito pelo
99 gestor municipal, pois ele é que tem o controle dos casos que encaminha. Dr. Evandro,
100 Secretário de Saúde de Aquiraz sugere que sejam definidos novos mecanismos para revisão
101 dos tetos, pois os atuais permitem que os municípios, em particular o de Aquiraz, que
102 mesmo tendo capacidade de oferta, perca recursos do teto de internação para prestadores de
103 Fortaleza devido ao assédio desses aos pacientes de Aquiraz. Dr. Eliade apoia o
104 pensamento do Dr. Evandro e diz que a solução está no funcionamento da Central de
105 Regulação e que é preciso agilizar a ficha de referência. Dr. Aldrovando também concorda
106 com o Dr. Evandro, mas explica que é difícil controlar o acesso porque o paciente entra
107 pela emergência e tem liberdade de escolha. Disse que os casos de Fortaleza, o município
108 controla através de pré-senha. Informou que para controlar as referências dos demais
109 municípios foi feito um acordo entre o Município de Fortaleza e o Estado no sentido de
110 vincular as respectivas Centrais de Regulação para estabelecer uma lógica de controle das
111 referências, começando pelas ambulatoriais de média complexidade, onde, segundo o
112 mesmo, há mais dificuldades de controle. Houve em seguida uma discussão sobre os prazos
113 de envio dos relatórios da Câmara de Compensação para análise pelas CERES e
114 municípios, e sobre o período de apuração dos dados da Câmara de Compensação. Dra.
115 Vera conduziu a discussão para a tomada de decisão das seguintes propostas para a
116 efetivação do ajuste dos tetos financeiros da internação: 1. Considerar para a apuração da
117 Câmara de Compensação na internação de média complexidade, para o ajuste do primeiro
118 trimestre: a) os meses de agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro de 2003 ou b)
119 os meses de dezembro de 2003, janeiro e fevereiro de 2004; 2. Incorporar ou não, o
120 percentual de 5,68% aos tetos dos municípios de Aratuba, Baturité, Icapuí, Fortim, Marco e
121 Santana do Acaraú que não foram beneficiados com o referido acréscimo, por não terem
122 alcançado o índice de desempenho igual ou maior que 80% da meta prevista; 3. Manter ou
123 não a decisão da Resolução Nº 40/2003, de 22/09/2003, que acresceu recurso adicional aos
124 tetos de internação de Brejo Santo e Sobral para repor perdas decorrentes da Câmara de
125 Compensação à época da Resolução. 4. Ajustar o Teto de Referência dos Municípios pelo
126 valor enviado, registrado na Câmara de Compensação, quando o mesmo for maior do que o
127 valor programado. Após discussão e votação de cada alternativa, a CIB aprovou os
128 seguintes critérios para a elaboração do ajuste dos tetos: 1ª) O período de apuração da
129 Câmara de Compensação na internação de média complexidade, para o ajuste do primeiro
130 trimestre de 2004 consistirá dos meses de dezembro de 2003, janeiro e fevereiro de 2004.
131 2ª) Não incorporar o percentual de 5,68% aos tetos dos municípios de Aratuba, Baturité,
132 Icapuí, Fortim, Marco e Santana do Acaraú que não foram beneficiados com o referido
133 acréscimo, por não terem alcançado o índice de desempenho igual ou maior que 80% da
134 meta conforme dispõe a Resolução da CIB Nº 40/2003 acima referida. 3ª) Não manter os
135 valores de R\$10.116,00 (dez mil cento e dezesseis reais) e R\$110.884,00 (cento e dez mil,
136 oitocentos e oitenta e quatro reais), acrescidos respectivamente aos tetos de internação de
137 Brejo Santo e Sobral definidos pela Resolução CIB Nº 40/2003. 4ª) Ajustar o Teto de
138 Referência dos Municípios pelo valor enviado, registrado na Câmara de Compensação,
139 quando o mesmo for maior do que o valor programado. **Item 2 – Secretaria de Saúde de**
140 **Juazeiro do Norte – Apresentação do Projeto de Implantação do Serviço de**
141 **Atendimento Móvel de Urgência e Emergência – SAMU -192** – O item foi retirado de
142 pauta em virtude do Projeto conter inconsistências em sua formulação e por isso não haver
143 obtido o parecer favorável da COESU com vistas ao encaminhamento do mesmo ao
144 Ministério da Saúde. **Item 3 – Pactuação da Programação Pactuada Integrada – PPI de**

145 **Medicamentos Essenciais e da Contra Partida do Recurso Federal.** – Dra. Eliane,
146 supervisora do NUASF fez uma observação sobre a Pauta que indicava a apresentação da
147 PPI de medicamentos de saúde mental, mas que na realidade o assunto seria a PPI dos
148 Medicamentos Essenciais e a Contra Partida da Esfera Federal. Afirmou que a discussão
149 sobre a PPI da Saúde Mental ficaria agendada para a próxima Bipartite. Representantes dos
150 municípios comentaram sobre as dificuldades dos gestores quanto à assistência psiquiátrica
151 nos CAPS devido à falta de medicamentos e pediram urgência na discussão da PPI da
152 Saúde Mental com vistas a se resolver logo o problema da falta de medicamentos. Em
153 seguida Dra. Eliane apresentou a real situação da contrapartida federal para a Assistência
154 Farmacêutica Básica, cuja proposta apresentada pelo MS, em reunião realizada em Brasília
155 em outubro de 2003, seria de R\$ 1,50, que estaria inclusive aprovada no orçamento do
156 Ministério. Ficando o financiamento formado por 1,50 do MS mais R\$1,00 do Fome Zero,
157 1,20 do Estado e dos municípios ficara assegurada a participação no intervalo de R\$ 1,50 a
158 R\$3,00. Coloca que o valor correspondente aos R\$ 0,50 propostos pelo MS ainda não
159 foram repassados e acredita que o repasse não ocorrerá e que o Estado vem atendendo às
160 necessidades dos municípios referentes ao primeiro trimestre desta ano de 2004,
161 assumindo, portanto os R\$ 0,50 do Ministério. Mostrou que dos 184 municípios cearenses,
162 126 foram beneficiados com o Programa Fome Zero, ficando 58 descobertos e pergunta
163 como resolver essa questão. Dra. Vera propôs inicialmente que o COSEMS convoque os
164 gestores para cientificá-los de que no início do segundo trimestre de 2004 o Estado vai ter
165 de fazer um ajuste em relação aos 50 centavos que vem assumindo no lugar do MS, e que
166 poderão ser consideradas duas medidas para a correção da programação. A primeira seria
167 deduzir R\$ 0,50 da contra partida prevista para os 58 municípios que não estão
168 contemplados no Programa Fome Zero, e a segunda seria acrescer R\$ 0,50 ao que fora
169 programado aos 126 municípios contemplados com o recurso do Fome Zero. Todos
170 concordaram com a proposta mas o COSEMS pediu que a decisão ficasse adiada para as
171 próximas semanas enquanto aguarda resposta do Ministério sobre a inclusão dos 58
172 municípios no Programa Fome Zero. **Item 4 – Secretaria de Saúde de Quixadá solicita**
173 **pagamento administrativo para o Centro de Doenças Renais e Hipertensão Arterial de**
174 **Quixadá por haver excedido o Limite Financeiro.** Dra. Lilian colocou que o excedente
175 do teto de TRS é um problema que já veio à Bipartite pelos municípios do Crato,
176 Maracanaú, Caucaia e o próprio município de Quixadá que por não poderem deixar de
177 atender os pacientes, autorizam o serviço além do teto previsto. Afirmo que o valor devido
178 ao CDRH de R\$ 13.295,92 (treze mil duzentos e noventa e cinco reais e noventa e dois
179 centavos) corresponde ao débito de TRS dos meses de junho a novembro de 2003. Disse
180 ainda que o há um débito de R\$12.125,41 (doze para esse mesmo prestador, referente a
181 exames de Patologia Clínica relacionados aos procedimentos de TRS, mas o gestor de
182 Quixadá informara que está orientando os municípios que utilizam os serviços de TRS em
183 Quixadá a negociar diretamente com o prestador os débitos referente àqueles exames. A
184 CIB/CE aprovou o pagamento administrativo ao CDRH por serviços de TRS excedentes
185 realizados nos meses de junho a novembro de 2003, no valor de R\$ 13.295,92 (treze mil
186 duzentos e noventa e cinco reais e noventa e dois centavos), ficando o mesmo na
187 dependência do ressarcimento ao Fundo Estadual de Saúde do débito dos municípios ou
188 quando houver recurso disponível na conta da gestão do Estado do Ceará. **Item 5 –**
189 **Habilitação de Municípios, conforme a NOAS 01/2002** – Dra. Vera colocou à plenária o
190 pedido de habilitação dos municípios de Jati e Mauriti na condição da Gestão Plena da
191 Atenção Básica Ampliada, informando que os mesmos estão com pareceres dos setores da
192 SESA favoráveis ao pleito. A CIB aprovou as habilitações dos municípios de Jati e Muriti

193 na GPAB-A, conforme solicitado. Sobre o processo de habilitação, o Vice Presidente do
194 COSEMS comentou que a demora no encaminhamento se deve à lentidão dos pareceres da
195 Vigilância Sanitária, Núcleo da COVAC, e pediu um levantamento da situação dos pleitos
196 com vistas a agilização das providências a serem tomadas para a conclusão do processo de
197 habilitação. Dra. Vera disse que na próxima reunião seria apresentada a situação de
198 habilitação dos municípios e a relação das pendências referentes aos pleitos. **Item 6 –**
199 **Qualificação de Equipes no Âmbito do Programa de Saúde da Família** – De posse dos
200 processos encaminhados pelo NUORG, Dra. Veras coelho apresentou os pedidos de
201 qualificação de Equipes de Saúde Bucal, Mudança de Modalidade de Equipe de Saúde
202 Bucal e Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde, conforme segue: Sete (7) **Equipes**
203 **de Saúde Bucal**, sendo, uma (1) para o município de Acarape, uma (1) para Ibicuitinga,
204 uma (1) para Tamboril, duas (2) para Solonópole, duas (2) para o município de Choró;
205 **Acréscimo de ACS**, quatro (4) para Milagres e dois (2) para Cedro. O município de
206 Limoeiro do Norte pediu **Mudança de Modalidade I para modalidade II** de três (3)
207 Equipes de Saúde Bucal. Com os pareceres favoráveis pelos setores da Coordenadoria da
208 Atenção Básica da SESA, a CIB aprovou os pleitos dos municípios acima discriminados.
209 Sobre ao acréscimo de ACS Dra. Vera comentou que a SESA fez levantamento do número
210 de Agentes de Saúde pagos pelo Estado, e constatou há municípios com ACS superior ao
211 parâmetro por equipe e por população e ainda pede o incentivo do governo federal para
212 aumentar o número de Agentes. Considera uma incoerência e desperdício de recursos.
213 **Item 7 – Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica** – Dra.
214 Ismênia colocou que o Ministério com o objetivo de descentralizar as ações de
215 monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, vai disponibilizar aos Estados que
216 apresentarem os Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e
217 Avaliação da Atenção Básica no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde
218 da Família – PROESF, recursos financeiros decorrentes de empréstimo feito ao Banco
219 Mundial – BIRD. Disse que para o Ceará o valor variará de R\$ 1.620.038,84 a
220 R\$1.840.166,28 dependendo dos critérios adotados para a análise do Plano Estadual em
221 tela. Informou que fora enviado ao MS o formulário de qualificação para, após avaliação
222 do mesmo, a SESA iniciar a elaboração do Plano com base nas diretrizes e orientações
223 divulgadas pelo Ministério, com prazo de entrega até 30 de abril de 2004, com a aprovação
224 da CIB. Considerando a exiguidade de tempo para envio do Plano aprovado pela CIB, foi
225 sugerido que o documento fosse passado aos Conselheiros, via e-mail, para análise e
226 parecer, e aprovação por Ad Referendum da Bipartite. Nada mais havendo a tratar a
227 Reunião foi encerrada, cuja Ata, lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada por todos os
228 membros da CIB/CE, presentes. Fortaleza, dezesseis de abril de dois mil e quatro.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004

Aos trinta dias do mês de abril do ano dois mil e quatro, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará de 2004. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças B. Peixoto, da COPOS; Ismênia Maria Ramos e Antônio Paula de Menezes do NUPLA/Planejamento em Saúde, Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC; Galba Gomes, do Gabinete, Isabel Cristina C. Carlos da CORES e Carmem Lúcia Osterne Silva do NUORG. Pela representação dos municípios compareceram: Aldrovando Nery Aguiar da SMS de Fortaleza; Leni Lúcia Leal Nobre e Carlos Alberto Komora do COSEMS, Fernanda Coelho da SMS do Crato; Lúcia Helena Gondim da SMS de Jaguaribe, Eliade Bezerra Duarte da SMS de Iguatu. Como convidados: Sílvia Regina do COSEMS; Antônio Marcos M. de Sousa do Controle e Avaliação da SMS de Senador Pompeu, Valfrido Ferreira Lima, Secretário de Saúde de Senador Pompeu, Márcio Carvalho do Hospital e Maternidade Santa Isabel, Joelyngton Medeiros e Luis Odorico M. Andrade do CONASEMS, Telma Alves Martins e Zélia Lemos do NUNAS. A reunião foi presidida por Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos apresentando o **Item 1 – Qualificação da Microrregião de Quixadá** – informou que a solicitação da Qualificação da Microrregião de Quixadá é uma demanda dos Secretários de Saúde da Microrregião, cujos municípios estão habilitados na NOAS, conforme segue: Quixadá, Quixeramobim, Pedra Branca e Senador Pompeu, habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, e Banabuiú, Choró, Ibaretama, Milhã e Solonópole, habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. O pedido foi encaminhado à CIB com o parecer favorável da CERES e assinatura dos Secretários daqueles municípios. Esclareceu que fora informada por uma técnica do Ministério da Saúde de que seria difícil a efetivação da qualificação em pauta, uma vez que o MS não previra os recursos necessários à essa finalidade no exercício de 2004. Mas que, a despeito da referida informação, a SESA preparara toda a documentação referente aos requisitos estabelecidos pela NOAS em seu anexo 7, constando de Declarações da CIB, as quais apresentou para a plenária, e outros instrumentos que serão anexados às Declarações e encaminhados ao Ministério. Julga acertado encaminhar ao MS as demanda em apreço, primeiro por não ter havido modificação da NOAS quanto à qualificação de Microrregiões, estando o assunto em vigor no Capítulo I, item 1.3 da referida norma, e segundo, porque conforme ficara acordado em discussões no MS, o piso da M1 da assistência ambulatorial dos municípios da Microrregião qualificada passariam de R\$3,50 (três reais e cinquenta centavos) por habitante/ano, para R\$6,00 (seis reais) por habitante/ano. Em seguida colocou a discussão para a Plenária com vistas a decisão de encaminhamento do pleito para homologação pela CIT. Dra. Leni Lúcia afirmou que se deve qualificar não somente a Microrregião Quixadá mas estimular outras Microrregiões a buscarem a sua qualificação, fazendo cumprir a NOAS. Os demais Conselheiros presentes se pronunciaram favoráveis ao pleito e dessa forma a CIB/CE aprovou a qualificação da Microrregional de Quixadá. **Item 2 – Hospital e Maternidade Santa Isabel de Senador Pompeu- Apresenta Problemas Operacionais e Solicitação de Intervenção do Estado** – Antes de entrar na apresentação do tema, Dra. Vera esclareceu que a qualificação da Microrregião de Quixadá poderá ser inviabilizada, caso haja a decisão da CIB de desabilitar o município de Senador Pompeu da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, em

49 face de irregularidades relacionadas ao atraso de pagamento dos serviços prestados pelo
50 Hospital e Maternidade Santa Isabel, daquele município. Informou que os problemas a
51 serem tratados nesse item de pauta, constituem demanda do Hospital e Maternidade Santa
52 Isabel, os quais já haviam sido discutidos no âmbito do município de Senador Pompeu nos
53 Conselhos Municipal e Estadual de Saúde e na SESA e, por não terem tido solução,
54 motivaram a reivindicação da sua discussão na CIB/CE. Apresentou as partes, envolvidas
55 na questão, de um lado o Município de Senador Pompeu, representado pelo Secretário de
56 Saúde Dr. Valfrido Ferreira Lima e pelo Assessor Dr. Marcos M. de Sousa e do outro, o
57 Hospital e Maternidade Santa Isabel de Senador Pompeu, na pessoa do Dr. Márcio
58 Carvalho, Presidente da Associação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas. Colocou
59 dois pontos importantes para o norteamento da discussão, um referente ao dispositivo da
60 NOAS, (Item III.2, subitem 61.2) que preconiza que um dos motivos que leva à
61 desabilitação do município em GPSM é o não pagamento aos prestadores de serviços, sob
62 sua gestão, até o quinto dia útil após o cumprimento pelo Ministério da Saúde do crédito na
63 conta bancária do Fundo Municipal de Saúde. O outro, é que o município de Senador
64 Pompeu para se manter na GPSM tem que garantir a assistência de 1º e 2º níveis de atenção
65 nas áreas de internação e ambulatório, sendo o hospital em questão cadastrado como
66 unidade de apoio do sistema de referência da Microrregional de Quixadá que está com o
67 pleito de qualificação para ser encaminhado ao Ministério da Saúde. Em seguida, Dra. Vera
68 passou a palavra aos interessados no assunto, tendo a representação do município de
69 Senador Pompeu cedido a palavra inicial ao representante do Hospital e Maternidade Santa
70 Isabel. Dr. Márcio Carvalho se apresentou e falou sobre a origem do Hospital fundado em
71 1948 e sobre investimentos feitos com recursos do MS na preparação da instituição como
72 unidade de referência de sede de módulo assistencial, tendo em vista a habilitação do
73 município em GPSM. Relatou que em junho de 2003, em reunião na SESA com a presença
74 do Secretário Estadual, da Coordenação da COVAC e do Secretário da Saúde de Senador
75 Pompeu, mostrou que o custo médio, mínimo do Hospital seria de R\$ 76.000,00 ficando
76 acordado na ocasião que o hospital deveria fazer uma negociação com a SMS de Senador
77 Pompeu. Afirmou que propusera ao município o valor de R\$100.000,00 considerando que o
78 MS repassa o valor de R\$ 85.000,00 para a assistência hospitalar e já que o valor que vinha
79 recebendo, na ordem de R\$58.000,00 estava bastante defasado, com o agravante do atraso
80 no pagamento. Disse que naquela época teria sido orientado pela Dra. Vera para deixar
81 passar 120 dias para apuração da demanda dos serviços e formalizar o Convênio dentro de
82 uma programação estabelecida. Afirmou que teria entregue a Minuta do Convênio ao
83 Secretário de Saúde de Senador Pompeu, e como não houve acordo com relação aos termos
84 da minuta, o hospital ficara na situação de informalidade ante o Sistema Municipal de
85 Saúde. Disse que somente no mês de abril de 2004 recebera uma minuta de Convênio com
86 proposição de repasse no valor de R\$58.000,00, sem clareza quanto à data do pagamento,
87 sem nenhuma indicação de contrapartida do município, e ainda sem definição sobre o
88 pagamento aos serviços profissionais do código 7. Afirmou que não poderia assinar esse
89 Convênio pois se o fizesse estaria assinando o fechamento do hospital. E disse que, o CMS
90 teria votado a qualificação do Posto de Saúde do Município, que chamam de Policlínica,
91 para o atendimento de Urgência e Emergência 24 horas, tirando o FAE do hospital que
92 certamente não resistirá com apenas R\$ 35.000,00 além do prejuízo com a retirada das
93 referências de Milhã. Afirmou que essas atitudes do município de Senador Pompeu são
94 pano de fundo político, já que não existe no município de Senador Pompeu a socialização
95 do Sistema Único de Saúde, mas a *prefeiturização* do mesmo, e finaliza solicitando a
96 decisão da plenária para a mudança da situação, pois sem a formalização do Convênio o

97 hospital ficará sem receber o recurso de março de 2004. Por sua vez, o Secretário de Saúde
98 de Senador Pompeu, Dr. Valfrido passou a palavra ao assessor da SMS, Marcos Machado
99 que vem assessorando o município na área de Controle e Avaliação. Dr. Marcos diz que o
100 dinheiro está no Banco mas existe uma determinação do TCM que só pode pagar prestador
101 através de Convênio. Disse que o impasse é o código 7, cujo pagamento aos profissionais o
102 município não pode assumir pois caracterizaria vínculo empregatício. Informou que o CMS
103 está exigindo constantemente a formalização do Convênio como também a prestação de
104 contas do Hospital que a Sociedade Mantenedora do Hospital Santa Isabel ainda não
105 apresentou. Afirmou que a Maternidade não é o único prestador. A Secretaria de Saúde do
106 Estado tem um laboratório no município, com o qual foi firmado Convênio nos primeiros
107 cento e vinte dias, tem um laboratório privado e uma clínica de oftalmologia, também da
108 rede privada com quem já foi firmado o Contrato. Corrige a informação do Márcio quanto
109 ao recurso da média complexidade no valor de R\$ 85.000,00 e afirma é de R\$ 78.000,00
110 dos quais participam outros prestadores, públicos e privados e não apenas o Hospital e
111 Maternidade Santa Isabel. Acrescentou ainda que na ocasião em que o município colocara
112 o teto em R\$85.000,00, o município de Milhã retirou, de uma só vez o valor de R\$ 5.000,00
113 do atendimento do hospital por conta da insatisfação com a qualidade da assistência, tendo
114 esse fato causado o decréscimo do teto financeiro do município, principalmente com
115 relação ao atendimento ambulatorial. Disse que tem conhecimento da questão do prazo de
116 pagamento e argumenta que o maior entrave está na celebração do Convênio, cuja minuta
117 teria ficado à disposição do hospital desde fevereiro de 2004, mas como ainda não fora
118 assinado, o recurso não pôde ser repassado. Prosseguindo informou que a decisão do CMS
119 quanto à implantação do atendimento 24 horas, que não é feito num Posto de Saúde mas
120 numa Policlínica que já prestava atendimento ambulatorial de 12 horas em urgência e
121 emergência, foi uma a estratégia no sentido de resolver o problema da falta de médico no
122 PSF e na rede de serviços do município. Para isso foi feito investimento na estrutura física,
123 em equipamentos e em recursos humanos. Argumentou que a exigência do hospital para a
124 SMS colocar um auditor naquela unidade 24 horas é impraticável para um município com
125 27.000 habitantes e que o serviço urgência e emergência funcionaria como regulador
126 subsidiando o auditor. Finalizando, disse que o município tem a intenção de resolver o
127 problema que depende unicamente da celebração do Convênio. Quanto à proposta de
128 repasse de R\$100.000,00 apresentada pelo hospital, disse que a mesma não pode ser
129 acordada vez que para toda assistência de média e alta complexidade o município recebe
130 apenas R\$ 78.000,00. Concluiu afirmado que saúde pública não gera lucro e que o
131 município investiu na implantação do serviço de urgência e emergência no sentido de
132 cobrir as necessidades do PSF, desafogar o hospital e garantir o equilíbrio das ações. Dr.
133 Márcio replicou dizendo que o recurso a que o Marcos se refere é federal e a retirada de
134 Milhã entende que foi apenas uma tentativa de desqualificar o hospital. Sobre a questão da
135 saúde não dar lucro afirmou que não é missão do hospital ter lucro, mas funcionar da
136 melhor maneira possível, sem prejuízo da atividade financeira. Critica o município por estar
137 investindo na organização de serviço já existente no Hospital, causando desperdício de
138 recursos públicos. Marcos retruca lembrando que a retirada das referências de Milhã foi
139 solicitada pelo próprio município que se sentiu insatisfeito com o atendimento. Diz que já
140 existia o serviço de Raio X no Posto de Saúde e que a Secretaria está racionalizando os
141 custos com o serviço de ultra-sonografia antes feito no hospital e que agora está sendo feito
142 na Policlínica a um custo mais baixo. Diz que há investimento municipal na saúde pois o
143 município mantém a rede da atenção básica, 7 Equipes de Saúde da Família o que só com
144 o recurso federal não teria condição de fazer. Aberta a discussão da Plenária, Dr. Komora,

145 diz que conhece bem o Hospital e Maternidade Santa Isabel e suas dificuldades e sabe
146 como a direção daquela Unidade buscou recursos para resolver os problemas. Julga
147 contraditória a fala do Assessor da SMS de Senador Pompeu ao dizer que está
148 racionalizando custos, mas gasta com aparelho de ultrassom, insumos e recursos humanos,
149 cujo custo não pode ser avaliado apenas pelo equipamento mas por uma série de variáveis
150 que envolvem o serviço. Acha que é legítimo privilegiar o setor público mas tem que ser
151 visto o ganho de escala, pois a Tabela não é adequada às necessidades do Sistema.
152 Recomenda que deve haver consenso para não deixar destruir o legado que foi construído
153 na região. Dr. Eliade demonstra a sua preocupação com a decisão de se instalar um serviço
154 de pronto atendimento no Serviço Público e desestabilizar uma unidade hospitalar
155 estruturada para atender 24 horas. Sobre o pagamento dos profissionais do código 7, disse
156 que o município deve repassar o recurso ao prestador e este aos profissionais. Sugere que o
157 Município de Senador Pompeu crie um serviço de auditoria e o coloque no Hospital e acha
158 que tem que haver contra partida do município para o hospital. Dra. Leni Lúcia diz que essa
159 é uma questão técnica que pode ser resolvida com assessoria do Estado, sem se levar para a
160 polarização. Dra. Vera contra argumenta a posição de Leni Lúcia afirmando que o assunto
161 já foi esgotado junto ao Estado e que a questão é de relacionamento entre o gestor e o
162 prestador, e que a Microrregional já tentou conciliar, sem sucesso. Diz que o Serviço de
163 Urgência sem o aparato hospitalar não funciona e que não é racional desprezar o serviço
164 que já existe e ter que encaminhar os pacientes para outro município. Aldrovando coloca
165 que se não houver consenso, a saída técnica é a decisão da CIB de desqualificar o
166 município de Senador Pompeu que perde a condição da GPSM, com perda também para o
167 prestador e para a população. Por isso recomenda que os contendores devem usar o bom
168 senso para resolver o impasse. Informa que o CONASEMS orienta que os municípios não
169 assumam o Código 7. Marcos coloca que a Secretaria está na busca de solução e que pode
170 rediscutir o Serviço de Urgência e Emergência, se este estiver trazendo problemas para o
171 hospital. Mas disse que não se pode perder de vista a formalização do Convênio. Isabel,
172 destaca a posição da CERES de Quixadá, e afirma que o Estado tem se empenhado, mas
173 não tem obtido resultados. Lúcia de Jaguaribe, questiona sobre o repasse do município para
174 a Saúde, tendo o assessor da SMS, em questão, afirmado que o município vem aplicando
175 15% no Setor. Leni Lúcia diz que a questão não inviabiliza a qualificação da Microrregião,
176 pois há várias possibilidades de se contornar o atraso do pagamento. Fechando a discussão,
177 Dra. Vera esclarece que o Convênio é um instrumento flexível que permite às partes
178 resolver algumas questões como a do cumprimento do pagamento dos serviços. Explicou
179 que mesmo com atraso do relatório do DATASUS, o pagamento pode ser feito, em duas
180 parcelas. Uma, pela série histórica, usando a média da produção, e a outra pelo ajuste do
181 relatório de produção de serviços do DATASUS. Mas isso só se fará mediante a assinatura
182 do Convênio. Para isso o gestor do município terá que decidir quanto ao valor do recurso e
183 da não retirada dos R\$ 12.000,00 referentes à Urgência e Emergência do Hospital,
184 garantindo a manutenção desse serviço e a sustentabilidade do hospital. Propõe, colocar a
185 discussão com o Estado para que este assuma em termos de cooperação o valor da
186 diferença dos R\$78.000,00 até que se reveja a política do MS de remuneração dos hospitais
187 até 30 leitos em municípios de até 30.000 habitantes o que daria a possibilidade de realocar
188 recursos para o hospital em questão. Márcio disse que o valor de R\$ 58.000,00 tem que ser
189 revisto pois está congelado desde agosto de 2003. Dra. Vera afirma que também deve ser
190 revisto o valor da tabela de obstetrícia que já sofreu acréscimos, e propôs que fossem
191 levantados os débitos referentes às contas do hospital que foram autorizadas, apresentadas
192 e não pagas, com vistas à possibilidade de serem pagas com recursos da conta da Gestão

193 Estadual. Sugeriu ainda que se fizesse uma comissão com a participação do Controle e
194 Avaliação da SESA e COVAC para estabelecer o valor que o município deve repassar para
195 o hospital. Todos concordaram com a proposta e sem mais considerações a CIB/CE decidiu
196 pela adoção das seguintes providências: 1º- Será firmado o Convênio em que o município
197 de Senador Pompeu repassará ao Hospital e Maternidade Santa Isabel o valor mensal de R\$
198 58.000,00 (cinquenta e oito mil reais) acrescido do valor dos procedimentos de obstetrícia
199 com os acréscimos correspondentes; 2º- Será formada uma Comissão com técnicos da
200 CODAS, COVAC, COPOS, CERES, Município e Prestador para realizar estudo dos
201 valores de Programação e os do Passivo e 3º- Serão levantadas pelo prestador as conta
202 autorizadas pelo Gestor Municipal, que foram apresentadas e não pagas, com vistas ao
203 pagamento das mesmas pelo Estado. **Item 3 – Habilitação de Municípios, conforme a**
204 **NOAS 01/2002** – Dra. Vera colocou à plenária o pedido de habilitação dos municípios de
205 Camocim, Jucás e Nova Olinda na condição da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada,
206 informando que os mesmos estão com pareceres dos setores da SESA favoráveis ao pleito.
207 Mais uma vez chamou a atenção para o reduzido número de habilitações, mostrando que
208 pelo levantamento feito pelo NUPLA, apenas 20,7% estão habilitados na GPSM, pela
209 NOAS; 3,8% pela NOB/96, enquanto 15,2 % se habilitaram na GPAB-A pela NOAS, e
210 60,3% permanecem em GPAB pela NOB/96. Mostrou também o levantamento dos pleitos
211 em processo de aprovação pela CIB, onde consta que as pendências consistem na falta do
212 parecer do Controle e Avaliação referente aos municípios de Groaíras, Itapajé, Santa
213 Quitéria, Canindé, Trairi, Itapiúna e Aracoiaba. Informou que 13 pedidos aguardam parecer
214 da VISA. A CIB aprovou as habilitações dos municípios de Camocim, Jucás e Nova Olinda
215 na condição da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, conforme solicitado. **Item 4 –**
216 **Qualificação de Equipes no Âmbito do Programa de Saúde da Família** – De posse dos
217 processos encaminhados pelo NUORG, Dra. Vera Coelho apresentou os pedidos de
218 qualificação de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, conforme segue:
219 Equipes de Saúde da Família: Vinte e Uma (21) para Caucaia, e uma (1) para o município
220 de Barro. Equipes de Saúde Bucal: Uma (1) para Aiuaba e uma (1) para Várzea Alegre.
221 CIB aprovou os pleitos dos municípios acima discriminados. **Item 5 – Secretaria de**
222 **Saúde de Quixelô solicita remanejamento de Equipamentos do município de**
223 **Hidrolândia**. Vera apresentou o pedido da Secretaria de Saúde de Quixelô, com o parecer
224 favorável da CODAS para autorização do remanejamento de um Monitor Cardíaco e um
225 Bisturi Elétrico adquiridos com recursos do REFORSUS para o município de Hidrolândia,
226 alegando que os mesmos estariam sem funcionar. Vera explicou que conforme
227 determinação do MS, através da Comissão do REFORSUS, para o remanejamento ser
228 efetuado é necessário cumprir um fluxo que envolve uma série de informações incluindo a
229 concordância do gestor do município cedente, já que os equipamentos ao serem adquiridos
230 passam a incorporar o patrimônio da Secretaria da Saúde do Município que recebeu. No
231 caso em pauta, a Secretária de Hidrolândia teria encaminhado o Ofício nº 23/2004, no dia
232 27/04/2002, via Fax, informando à CIB/CE que todos os equipamentos adquiridos pelo
233 projeto REFORSUS para aquele município estão em pleno funcionamento. O fato gerou
234 uma discussão na plenária quanto aos procedimento adotados, tendo o Dr. Odorico sugerido
235 que os pedidos de remanejamento devem ser trabalhados pelo COSEMS antes de serem
236 encaminhados à Biparte, para evitar constrangimentos entre gestores. Em seguida Dra. Vera
237 colocou o assunto para apreciação dos membros da Bipartite que acataram a informação da
238 Secretária de Saúde de Hidrolândia constante do ofício acima referido. Dessa forma, a
239 CIB/CE não aprovou o pedido de remanejamento Monitor Cardíaco e um Bisturi Elétrico
240 do município de Hidrolândia para Quixelô. **Item 6 – Apresentação do PAM**

241 **DST/HIV/AIDS/2004 – 2005** Vera esclareceu que, para a construção do Plano de Ações e
242 Metas para controle de DST/HIV/AIDS, o Ministério da Saúde não submete o Plano à
243 aprovação da CIB, mas ao Conselho Estadual de Saúde. Informou que o CESAU já teria
244 apreciado e aprovado o Plano apresentado pela SESA através da Coordenação do Programa
245 DST/AIDS, no Ceará. Mas entende que, como o Plano envolve a participação de gestores
246 municipais achou por bem trazê-lo ao conhecimento da Bipartite. Passou a palavra para a
247 Dra. Telma que iniciou a apresentação afirmando que o Plano não será submetido à CIB,
248 mas nesse Colegiado serão pactuados os preservativos, medicamentos e outros insumos
249 importantes à realização do Plano. Disse que o Plano será financiado com recurso nacional
250 e que há previsão de que envolva a área da saúde da mulher e do adolescente. Citou as
251 regiões priorizadas, referentes aos municípios de Tianguá, Quixadá, Crateús, Icó e Crato,
252 acrescidos de mais 28 municípios que participaram do PAM/03. Justificou a escolha dos
253 municípios pela incidência de casos de DST/AIDS, o potencial para desenvolvimento do
254 Plano e a possibilidade de agilizar o processo de Regionalização conforme a NOAS e
255 outras áreas de risco que já tem investimento direto do Programa Nacional. Falou sobre as
256 metas a serem alcançadas dentro de cada área programática e finalizou informando como
257 serão aplicados os recursos federal e estadual na realização do Plano. Vera teceu alguns
258 comentários sobre a importância dos pactos e discussão da estratégia de participação dos
259 gestores na operacionalização do Plano e informou que nas próximas reuniões será feita a
260 abordagem sobre a concessão de medicamentos a portadores de AIDS. **Item 7- Informe:**
261 **CONASEMS apresenta decisões da CIT** – Dr. Odorico, Presidente do CONASEMS
262 relembrou a importância do Ceará em iniciar o estudo para as mudanças no modelo de
263 financiamento do SUS, e informou que o Ministério da Saúde está se preparando para dar
264 uma grande virada nesse sentido, a começar pelas decisões aprovadas pela Tripartite: O
265 projeto dos pequenos hospitais; O SUS pós /NOB que foi uma demanda do CONASEMS
266 que propõe que o financiamento seja feito por porte de município; O programa de incentivo
267 aos municípios de pequeno porte, e a Política Nacional Cardiovascular, de Ortopedia e
268 Renal, que visa o redesenho dos serviços macrorregionais em coerência com a Política
269 Nacional e prevê a instalação dos serviços de acordo com as necessidades da população e
270 não com os interesses do prestador. Finalizou propondo uma discussão sobre a lógica de
271 financiamento dos cursos de pequena duração para áreas específicas, defendendo a
272 aplicação do recurso de capacitação totalmente em cursos de residência. Vera argumentou
273 que os gestores indicam demandas isoladas mas a SESA está conduzindo o processo de
274 forma a inserir as demandas pontuais num contexto de capacitação de conteúdo mais
275 amplo. Afirmou que essa mudança de mentalidade só se dará num processo de capacitação
276 contínua e explicou como estão sendo trabalhados os recursos nos Pólos de Educação
277 Permanente. Nada mais havendo a tratar a Reunião foi encerrada, cuja Ata lavrada por
278 mim, Célia Fonseca, vai assinada por todos membros da CIB/CE, presentes. Fortaleza,
279 trinta de abril de dois mil e quatro.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004

Aos vinte e um dias do mês de maio do ano dois mil e quatro, às oito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará de 2004. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Vera Maria Câmara Coelho, da COPOS; Antônio Paula de Menezes do NUPLA/Planejamento em Saúde, Galba Gomes, do GABSEC, Nágela Maria dos Reis Norões da CORES e Diana Carmem da COVAC. Pela representação dos municípios compareceram: Aldrovando Nery Aguiar da SMS de Fortaleza; Leni Lúcia Leal Nobre do COSEMS, Fernanda Coelho da SMS do Crato; Lúcia Helena Gondim da SMS de Jaguaribe; José Neto Maia da SMS de Horizonte e Ana Márcia Rosa Pinto da SMS de Tianguá. Como convidados: Maria da Paz Gadelha, do COSEMS; Guidejan Guerra Cunha, de Sobral; Maria Campelo, de Itapiúna; Judite Gadelha e Antonio Vasconcelos, de Maranguape; Maria Lúcia M. Andrade de Maracanaú, Paulo do CESAU; Fco. Eduardo Lopes, de Cascavel; Romel da COESU/SESA; Petrônio Ferreira Gomes e Ítalo Wagner L. Filgueiras, de Sobral; Eliane Lavor Vieira, Narla Maria C. Pinheiro e Cleber da Silva, do NUASF/CODAS e Antônia Eufrausina da SMS de Fortaleza. A reunião foi presidida por Dra. Vera Coelho que iniciou os trabalhos apresentando os informes. **1º Informe: Secretário Executivo do Gabinete da SESA – solicita que os assuntos de pauta sejam encaminhados para conhecimento do Secretário 15 dia antes da reunião da CIB.** Dra. Vera leu a mensagem do Secretário Executivo do Gabinete solicitando que os assuntos sejam conhecidos previamente pelo Secretário Estadual e recomendou aos presentes que os itens de pauta sejam encaminhados à Secretaria da CIB com bastante antecedência, considerando o período de 15 dias solicitado pelo Gabinete e também como ficara resolvido em reunião anterior, os assuntos serão analisados previamente por uma comissão do COSEMS. Lembrou que a inclusão de assuntos de última hora deverão ser reduzidos em função desses prazos. **2º Informe: Portaria MS/SAS N°174/2004 - Dispõe sobre a identificação dos usuários através do Cartão Nacional de Saúde para os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de Alto Custo.** Dra Vera explicou que de acordo com a referida Portaria os procedimentos ambulatoriais, cujo pagamento depende de APAC/SIA e os hospitalares que dependem de Autorização de Internação Hospitalar AIH/SIH devem ser acompanhados da identificação do usuário por meio do número do respectivo Cartão Nacional de Saúde, sem o que o procedimento será rejeitado. Mostrou que a Portaria contém uma contradição ao definir, no parágrafo único do artigo 1º, que a obrigatoriedade da medida para a Terapia Renal Substitutiva terá vigência a partir do mês de junho/04, enquanto o Cronograma, constante do Anexo da Portaria, estabelece vigência para a TRS a partir do mês de julho/2004. Entende que essa determinação do Ministério requer, dos municípios, a agilização do cadastramento no Cartão Nacional que, segundo levantamento feito pela COVAC, no Ceará é bastante insipiente. Falou sobre dificuldades do cadastramento e cita o caso de Fortaleza que estaria com 50% dos cadastros realizados mas ainda não conseguiu que os mesmos fossem reconhecidos pelo Sistema Nacional. **3º Informe: Portaria N° 821/GM de 4 de maio de 2004 que trata da descentralização do processamento do SIH.** Dra. Vera citou a Portaria/GM N° 821, em que o Ministro da Saúde, visando facilitar o controle do teto financeiro da assistência pelos gestores estaduais e municipais conforme estabelecido na PPI aprovada, determina a implantação gradativa da descentralização do processamento do

49 SIH. Informou que o Ceará já vinha trabalhando com a descentralização do referido
50 sistema, de modo informal, em que os municípios recebiam as AIH e eles mesmos as
51 gerenciavam a partir da numeração dos Lotes de AIH fornecida pela SESA, Disse que
52 existe uma proposta aprovada pelo MS de que municípios com população de até 30.000
53 habitantes, com unidades hospitalares que tenham menos de 30 leitos, poderão gerenciar os
54 recursos de internação mediante acordo para a transferência da dotação fundo a fundo, sem
55 relação com pagamento por procedimento. Disse que o Estado do Ceará já vinha tentando
56 garantir o financiamento dos hospitais locais, chamados Hospitais Locais do Programa
57 Saúde da Família, pela fixação de um teto financeiro que assegurasse o funcionamento
58 daquelas unidades de forma a propiciar a redução das internações por condições sensíveis à
59 atenção ambulatorial que no Estado do Ceará atingem a média de 38%. **4º Informe:**
60 **HGCC – Problemas de ajuste do perfil do hospital, face à grande demanda de**
61 **pacientes de Fortaleza.** Dra. Vera explica que o HGCC reclama do elevado percentual
62 (75%) da assistência prestada à população de Fortaleza, cuja grande demanda se enquadra
63 no nível de complexidade secundário, ficando o hospital sem campo de oferta para se
64 adequar ao nível terciário. Propõe que esse assunto seja discutido entre o HGCC e a
65 Secretaria de Saúde de Fortaleza, no sentido de se buscar uma solução para o problema que
66 existe em outros hospitais terciários do Estado. **5º Informe: Credenciamento do Serviço**
67 **de Hemodiálise do HGF.** Dra. Regina, supervisora do NUAUD/COVAC informou sobre a
68 publicação da Portaria SAS/ N° 155 de 04/05/2004, que reclassifica o Serviço de
69 Hemodiálise II do HGF, e a Portaria GM/N° 889/2004 que redefine o limite financeiro
70 anual para o custeio da Terapia Renal Substitutiva no Ceará. Prosseguindo foi dado início
71 aos assuntos da pauta, começando pelo **Item 1: Apresentação do Projeto SAMU (Polo**
72 **Litoral Leste) – Núcleo Pré-Hospitalar.** Antes da apresentação Dra. Vera esclareceu que
73 a Dra Itamércia e o Dr. Romel da COESU em reunião com a Coordenação Nacional de
74 Urgência e Emergência, foram informados sobre as SES poderem apresentar Projetos de
75 Implantação do SAMU junto ao MS e que cinco Estados haviam enviado os seus projetos e
76 já estavam com os recursos assegurados. Esclareceu que como a Política do Ministério para
77 a Urgência e Emergência está voltada para municípios em GPSM, com população igual ou
78 maior que 100 mil habitantes, e que no caso do Ceará, apenas 6 municípios se enquadram
79 nessa condição, muitos municípios ficam sem a cobertura dessa assistência. E disse que
80 como a Loco regionalização do Projeto de Urgência e Emergência do Estado e a proposta
81 de organização de SAMU – Polo Litoral Leste já haviam sido aprovadas na CIB, a SESA
82 decidiu encaminhá-lo ao Ministério da Saúde com vistas ao seu financiamento. Passou a
83 palavra à Dra. Itamércia que informou que o Projeto SAMU Litoral Leste /Núcleo Pré-
84 Hospitalar constitui o primeiro dos onze SAMU regionais a serem estruturados e
85 compreende as Microrregiões de Aracati e Fortaleza, mas não inclui o município de
86 Fortaleza que está com o seu SAMU em fase de implementação. Dr. Romel mostrou
87 através de slides todos os itens de organização e de informação exigidos pelas Portarias
88 Ministeriais N° 2048/2002, 1863/2003 e 1864/2004 para a implantação do Componente
89 Pré-Hospitalar, SAMU 192. Evidenciou a complexidade imposta na estruturação do Projeto
90 em pauta que abrange os municípios de Aquiraz, Cascavel, Chorozinho, Eusébio, Itaitinga,
91 Horizonte, Ocara, Pacajus, Pindoretama, Aracati, Beberibe, Fortim, Icapuí e Itaiçaba, e que
92 será operacionalizado e coordenado pela SESA através da Coordenação Estadual de
93 Urgência e Emergência- COESU. Abertas as discussões. O Dr. Kit, do município de
94 Fortaleza, reafirma posicionamento anterior, de que o MS deveria inverter a lógica do
95 Sistema, trabalhando inicialmente o componente hospitalar. Dr. Galba pergunta como será
96 a parceria com as instituições Dra. Regina questiona sobre a formação dos recursos

97 humanos para o Sistema de Regulação. Dra. Itamércia informa que o Ministério da Saúde
98 estará iniciando em meados de junho/04 um curso para capacitação de pessoal na área de
99 regulação e que o Ceará foi beneficiado com 36 vagas sendo 24 para médicos e doze para
100 enfermeiros. Acrescentou que a SESA está formalizando convênios para desenvolver o
101 Plano de Capacitação da Equipes, em que se incluem os bombeiros do GSU que ficarão sob
102 subordinação técnica do SAMU e prestarão a assistência pré-hospitalar nas rodovias
103 estaduais. Informou ainda que a SESA está investido na constituição do NEU- Núcleo de
104 Educação em Urgência, com apoio do Ministério da Saúde. Dra. Fernanda pergunta como
105 fica a situação do SAMU de Crato em relação ao Projeto Estadual. Dra. Itamércia explica
106 que o Projeto em apreço não interferirá no SAMU de Crato, já que esse município não está
107 na abrangência do Pólo Litoral Leste. Dra. Vera complementou a informação afirmando
108 que quando da implantação do Polo em cuja Locorregionalização o Crato estiver inserido, a
109 SESA e o Município discutirão a forma de gerenciamento do Polo Estadual em relação ao
110 SAMU do Município de Crato que foi o único dos projetos municipais para a implantação
111 dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência que optou pela gestão
112 compartilhada com o Estado. Dr. Evandro parabenizou os apresentadores do projeto e
113 solicitou que o material apresentado fosse disponibilizado para os municípios. Colocado à
114 consideração da plenária, o Projeto SAMU - Polo Litoral Leste – Núcleo Pré-Hospitalar,
115 integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência foi aprovado pela CIB/CE, por
116 unanimidade. **Item 2: Apresentação do Projeto SOS-SAMU-192** - O Dr. Kit falou sobre
117 a implementação do SOS-SAMU- 192 e lembrou que o referido Projeto já havia sido
118 apresentado na CIB/CE, tendo ficado sua aprovação na dependência do cumprimento de
119 algumas pendências, conforme relatório emitido pela Coordenação Estadual de Urgência e
120 Emergência e entregue ao município de Fortaleza para cumprimento. Mostrou a
121 documentação com a solução das pendências, informando que algumas estavam
122 definitivamente resolvidas e outras com as providências iniciadas. Dra. Vera colocou a
123 situação para a plenária da CIB/CE que decidiu pela entrega dos documentos à
124 Coordenadora Estadual da Urgência e Emergência para análise e parecer ficando acordado
125 que, caso o município tenha cumprido as exigências, a CIB/CE emitirá Declaração de
126 aprovação do Projeto. **Item 3: Proposta de Descentralização dos Recursos das Duas**
127 **Etapas da Campanha Contra Pólio e de Seguimento do Sarampo.** Dra. Vera introduziu
128 o assunto informando que as Propostas de Descentralização dos recursos das Campanhas de
129 Vacinação contra a Pólio e do seguimento do Sarampo teriam sido estudadas por uma
130 Comissão formada por técnicos representantes dos municípios e da SESA. Em seguida
131 Nilce apresentou o demonstrativo contendo três proposições analisadas pela Comissão: A
132 proposta da SESA, com a sugestão de alocação de 60% do recurso federal para os
133 Municípios, e 40% para o Fundo Estadual de Saúde; A das CIB/MR consistindo na divisão
134 percentual de 57,17% para os Municípios e 42,82% para a SESA e a terceira proposta do
135 município de Fortaleza que seria a alocação pelo valor per capita de R\$ 0,72. Informou que
136 a comissão decidira pela proposta das CIB/MR, e que o recurso total, no valor de
137 R\$1.074.513,60 (Um milhão, setenta e quatro mil, quinhentos e treze reais) destinado ao
138 Estado do Ceará, a ser repassado em três parcelas pelo Ministério da Saúde, ficasse assim
139 distribuído: A) R\$ 486.768,87 (quatrocentos e oitenta e seis mil, setecentos e sessenta e oito
140 reais e oitenta e sete centavos) alocados ao Fundo Municipal de Saúde dos 139 (cento e
141 trinta e nove municípios certificados na PPI-ECD; B)R\$587.744,73 (quinhentos e oitenta e
142 sete mil, setecentos e quarenta e quatro reais e setenta e três centavos) repassados ao Fundo
143 Estadual de Saúde, sendo R\$127.650,80 (cento e vinte e sete mil, seiscentos e cinquenta
144 reais e oitenta centavos) destinados aos 45 municípios não certificados na PPI-ECD e

145 R\$460.093,93 (quatrocentos e sessenta mil, noventa e três reais e noventa e três centavos)
146 repassados ao Fundo Estadual de Saúde para aquisição dos insumos necessários à
147 operacionalização das Campanhas em apreço. Aberta a discussão Dr. Aldrovando colocou
148 que, a pedido do Dr. Ítalo, do COSEMS, teria avaliado o critério per capita e constatou que
149 esse critério é vantajoso para os municípios com grande contingente populacional mas não
150 convém aos 137 aos município pequenos. Leni Lúcia pediu que a Dra. Lúcia Helena se
151 manifestasse vez que a mesma teria feito parte da comissão, juntamente com a Regina do
152 município de Fortaleza, a Carmem Osterno do Núcleo de Organização da Atenção Básica e
153 a própria Nilce da SESA. Dra. Lúcia informou que o trabalho da comissão foi muito
154 proveitoso pois possibilitou a constatação de que nas campanhas anteriores, por falta de
155 uma discussão mais ampla, os recursos não haviam sido adequados à realidade dos
156 municípios e que nessa nova visão de levar a discussão às CIB/MR o processo teria sido
157 mais democrático e mais realista para os Secretários. Indagou quais os gastos da SESA,
158 com recursos próprios, nas campanhas de vacinação. Dra. Vera respondeu que nas
159 campanhas de vacinação não há contra partida direta de recursos financeiros nem do Estado
160 nem dos Municípios. A SESA participa, colocando o seus recursos humanos, transportes,
161 comunicações e nas intensificações de campanhas, embora não tenha hoje levantamento
162 dos gastos realizados com esses recursos, mas precisa se organizar para isso. Dr. Evandro
163 observou que se for levantar o que os municípios gastam com o apoio logístico para a
164 operacionalização da campanha verificar-se-á que o recurso do Ministério não é suficiente.
165 Por outro lado entende que deve haver mais transparência na utilização dos 40% do recurso
166 que fica retido no estado para o gasto com os insumos. Vera diz que esse levantamento já
167 foi apresentado mas poderá apresentar novamente à CIB/CE. Sem mais considerações a
168 CIB/CE aprovou a Proposta de Descentralização dos Recursos das duas etapas das
169 Campanhas de Vacinação contra a Pólio e do Seguimento do Sarampo apresentada pelas
170 CIB/MR e acatada pela Comissão Técnica formada pela SESA e Representação dos
171 Municípios, com distribuição percentual de 57,17% para os Municípios e 42,82% para a
172 SESA, conforme está discriminado nas linhas 136 a 149 desta Ata. **Item 4: Qualificação**
173 **de Equipes no Âmbito do Programa Saúde da Família** – De posse dos processos
174 encaminhados pelo NUORG, Dra. Vera Coelho apresentou os pedidos de qualificação de
175 Equipes de Saúde Bucal, na modalidade I, todos com parecer favorável da Supervisão de
176 Saúde Bucal, conforme segue: Jaguaruana, duas (2) equipes; Jaguaribara, uma (1) equipe e
177 Ipueiras uma (1) ESB. Colocou à apreciação da plenária da CIB/CE que aprovou os pleitos
178 de qualificação das quatro (4) Equipes de Saúde Bucal acima discriminadas. **Item 5 –**
179 **Habilitação de Municípios conforme a NOAS 01/2002** – Dra. Vera colocou para a
180 plenária o pedido de habilitação dos municípios de Beberibe e Ibiapina, sendo este último o
181 município que precisava ser habilitado para qualificar a Microrregião de Tianguá. E
182 orientou à Secretária de Saúde de Tianguá sobre as providências a serem adotadas, para que
183 logo após a homologação da habilitação do município de Ibiapina a Micro de Tianguá
184 inicie o processo de discussão para a sua qualificação. **Item 6: Solicitação de**
185 **Credenciamento do CAPS – AD de Caucaia.** Vera informou que o CAPS AD de Caucaia
186 passara por uma inspeção no dia 12 de abril e não apresentou as condições para ser
187 cadastrado, sendo dado o prazo de 30 dias para o município regularizar a situação que ainda
188 se encontra pendente com relação aos equipamentos, móveis e utensílios, tendo sido
189 constatado que da Supervisão anterior o município resolvera apenas as pendências
190 relacionadas às instalações físicas. Falou sobre o interesse da nova administração da
191 Secretaria de Saúde de Caucaia, mas chamou atenção para as questões do primeiro CAPS
192 de Caucaia que ainda não foram sanadas. Pôs para a Bipartite a decisão de aguardar o prazo

193 de 30 dias dado pela Supervisão ou aprovar o cadastramento com essas pendências. Após
194 algumas ponderações a CIB/CE concluiu pela não aprovação do Cadastramento do CAPS –
195 AD de Caucaia até o cumprimento das pendências. Houve uma discussão sobre as
196 dificuldades que os CAPS vem encontrando em operacionalizar os Centros de Atenção
197 Psicossocial – Álcool e Drogas, ficando definido que o COSEMS se articularia com o
198 Presidente do CONASEMS para reivindicar ao MS mais aporte de recursos para o
199 financiamento dos CAPS. **Item 7: Solicitação de Pagamentos Administrativos para**
200 **Serviços prestados junto ao SUS.** Dra. Vera explicou porque o pagamento administrativo
201 é autorizado pela CIB e fez uma explanação detalhada sobre esse procedimento,
202 informando em que condições o gestor pode efetuar-lo e como os recursos financeiros
203 podem ser utilizados para esse fim. Em seguida apresentou o pedido de autorização do
204 pagamento administrativo do município de Barbalha para saldar débito no valor de
205 R\$20.610,87 (vinte mil, seiscentos e dez reais e oitenta e sete centavos) com o Hospital e
206 Maternidade Santo Antônio, referente a procedimentos de Terapia Renal Substitutiva que
207 excederam o limite estabelecido para o referido prestador. Cita as demais informações do
208 processo, entre as quais a análise do NUAUD que mostra que o prestador acima referido
209 extrapolou o teto da TRS nos meses de janeiro a março de 2004. A CIB/CE autorizou o
210 gestor do município de Barbalha a proceder ao pagamento administrativo Hospital e
211 Maternidade Santo Antônio, daquele município no valor de R\$20.610,87 (vinte mil,
212 seiscentos e dez reais e oitenta e sete centavos) com recursos federais disponíveis no Fundo
213 Municipal de Saúde. Prosseguiu apresentando o pleito do Secretário de Saúde de Fortaleza,
214 através do Ofício Nº 043/2004 para pagamento administrativo aos prestadores, abaixo
215 relacionados, que ultrapassaram os limites financeiros com a assistência a pacientes do
216 SUS, com autorização do gestor municipal, nos períodos e valores correspondentes:
217 Prontocárdio, de agosto a outubro de 2003, R\$ 46.428,37 (quarenta e seis mil, quatrocentos
218 e vinte e oito reais e trinta e sete centavos); Hospital São Raimundo, em agosto de 2003,
219 R\$ 8.790,87 (oito mil, setecentos e noventa reais e oitenta e sete centavos); Centro
220 Regional Integrado de Oncologia- CRIO, de agosto a dezembro de 2002, R\$127.582,33
221 (cento e vinte e sete mil, quinhentos e oitenta e dois reais e trinta e três centavos); Santa
222 Casa de Misericórdia de Fortaleza, maio, outubro e novembro de 2002, R\$ 29.437,90
223 (vinte e nove mil, quatrocentos e trinta e sete reais e noventa centavos) e SOS- Socorros
224 Médicos, Setembro a Dezembro de 2003 e Janeiro a Abril de 2004, R\$31.160,00 (trinta e
225 um mil, cento e sessenta reais), num total de R\$ 243.399,47 (duzentos e quarenta e três mil,
226 trezentos e noventa e nove reais e quarenta e sete centavos). A CIB/CE autorizou o gestor
227 da saúde de Fortaleza a efetuar o pagamento administrativo ao Prontocárdio, ao Hospital
228 São Raimundo, ao Centro Regional Integrado de Oncologia-CRIO, à Santa Casa de
229 Misericórdia de Fortaleza e ao SOS - Socorros Médicos, nos valores acima sublinhados.
230 **Item 8: Apresentação do Elenco de Medicamentos da Saúde Mental; Contra Partida**
231 **do MS para a Assistência Farmacêutica-PPI/2004 e Recursos do Programa Fome**
232 **Zero.** Dra. Eliane do NUASF diz que a discussão da contra partida federal ao
233 financiamento da PPI/2004 retorna à CIB para que se resolva o problema pela não
234 confirmação do repasse do governo federal de R\$1,50 hab/ano para os municípios que não
235 foram contemplados com os recursos do Programa Fome Zero. Chamou atenção para o fato
236 de que o Programa Fome Zero contemplou 174 municípios do Estado o Ceará, enquanto
237 para efeito de Assistência Farmacêutica o MS, em sua Portaria 230/2004 considera apenas
238 126 municípios. Apresentou a repercussão financeira dos municípios que não estão no
239 Fome Zero e pergunta o que fazer com relação ao IV trimestre, já que a programação
240 desses municípios referente ao 1º trimestre foi atendida pelo Estado. Dr. Evandro sugere

241 que o COSEMS com a APRECE deveriam recorrer ao Ministério Público Federal para
242 fazer valer o repasse dos recursos federais do pacto da assistência farmacêutica básica e
243 indaga se enquanto isso o Estado teria condição de assumir os 50 centavos dos 53
244 municípios que ficaram fora do Fome Zero. Dr. Aldrovando acha sensato buscar o apoio
245 dos Conselhos de Secretários Municipais antes de envolver o Ministério Público. Após
246 algumas ponderações a CIB/CE decidiu que o COSEMS e a APRECE reivindicarão junto
247 ao MS o cumprimento da contra partida federal pactuada e verificar junto à SESA a
248 possibilidade do Estado assumir os R\$0,50 que não estão sendo repassados pelo Ministério.
249 Em seguida Eliane apresentou o elenco de medicamentos a serem adquiridos para os 126
250 municípios beneficiados pelo Programa Fome Zero, constando de 30 itens. Disse que a
251 proposta da SESA em consenso com o COSEMS, em reunião realizada no Iguatu, era de
252 que fossem adquiridos apenas quinze (15) itens, dos quais quatro (4) são da saúde mental,
253 um dos quais, o Carbamazepina não faz parte do elenco da PPI/2004. Houve discordância
254 da inclusão do referido medicamento, pois segundo a Dra. Vera o Ministério só aceita como
255 despesas de contra partida da Assistência Farmacêutica Básica, aquelas que foram
256 realizadas com aquisição de medicamentos constantes do Elenco Pactuado na CIB. A
257 Plenária da Bipartite decidiu pela exclusão do Carbamazepina do elenco apresentado
258 ficando a relação composta com 14 medicamentos integrantes da PPI/2004. O terceiro
259 ponto do item em apreço tratou do elenco dos medicamentos da Saúde Mental constituído
260 de 34 itens. Cleber do NUASF falou sobre as alterações feitas no elenco com a exclusão de
261 alguns e inclusão de outros, e observou que embora tenha havido consenso, entende que
262 haveria necessidade da opinião um maior numero de psiquiatras, pois no momento da
263 discussão só haviam três (3), haja vista alguns pontos que considerou inconsistentes. Vera
264 colocou a questão para a plenária, tendo o Dr. Evandro falado das dificuldade de se decidir
265 sem a existência do protocolo clínico específico. A CIB/CE decidiu submeter a lista à
266 Coordenação de Saúde Mental, ficando a mesma encarregada de convocar os técnicos
267 envolvidos com vistas à análise da questão. Eliane propôs a mobilização do COSEMS junto
268 ao CONASS no sentido de conseguir aumentar os recursos federais para a Saúde Mental.
269 Ao final da reunião foi feita a apresentação da Dra. Silvia Bonfim, atual Secretária
270 Executiva do CESAU que expressou a sua satisfação em trabalhar junto à CIB, que
271 considera o espaço técnico propício para estar em contato permanente com o CESAU onde
272 se delibera sobre questões políticas inerentes ao funcionamento do Sistema Único de
273 Saúde. Nada mais havendo a tratar a Reunião foi encerrada, cuja Ata lavrada por mim,
274 Célia Fonseca, vai assinada por todos membros da CIB/CE, presentes. Fortaleza, vinte e um
275 de maio de dois mil e quatro.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004**
3
4

5 Aos vinte e oito dias do mês de maio do ano dois mil e quatro, às oito horas e trinta
6 minutos, na Sala de Reunião do CESAU, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta
7 Capital, Fortaleza, realizou-se a 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite
8 da Saúde do Ceará de 2004. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Jurandi
9 Frutuoso, Secretário Estadual de Saúde e Presidente da CIB; Vera Maria Câmara Coelho,
10 da COPOS; Ismênia Maria Barreto Ramos e Antônio Paula de Menezes do NUPLA; Galba
11 Gomes, do GABSEC, Nágela Maria dos Reis Norões da CORES e Lilian Alves Amorim
12 Beltrão da COVAC; Francisco Holanda e Carmem Lúcia Osterno da CODAS Pela
13 representação dos municípios compareceram: Leni Lúcia Leal Nobre do COSEMS,
14 Fernanda Coelho da SMS do Crato; Lúcia Helena Gondim da SMS de Jaguaribe e José
15 Neto Maia da SMS de Horizonte. Como convidados: Francisco Ednaldo Lopes de
16 Cascavel, do COSEMS; Maria de Fátima Feitosa, da SMS de Cruz; Juraci J. da Silva, SMS
17 de Beberibe; Sebastiana Shirley, 1ª CERES; Maria Denise Diniz, da SMS de Fortaleza,
18 Mario Lúcio R. Martildes, da SMS de Pindoretama; Lúcia Maria M. Andrade da SMS de
19 Maracanaú; José Lourenço do COSEMS; Francirene do NUAUD/SESA; Alexandre
20 Mont'Alverne do CONASEMS; Joseana Lima do COSEMS e Rogena Weaver, do CESAU.
21 A reunião foi presidida por Dra. Vera Coelho que iniciou a reunião pelos informes
22 apresentados pelo Dr. Jurandi Frutuoso. **1º Informe: Adiamento da Comemoração dos**
23 **dez anos do PSF.** Dr. Jurandi informou que a comemoração dos dez anos do PSF fora
24 adiada em virtude da necessidade de se aprofundar os estudos referentes ao concurso
25 público. Disse que, para isso, a SESA estaria agendando visitas a sete (7) regiões
26 juntamente com o Dr. Carlile, APRECE, COSEMS, Tribunal de Contas e Procuradoria do
27 Trabalho com vistas a sensibilização dos Prefeitos. **2º Informe: Realização de Eventos da**
28 **SESA com a presença do Ministro da Saúde** - O Secretário Estadual informou que no
29 dia 5 do próximo mês de junho será inaugurado o Laboratório de Biosegurança do LACEN,
30 com a presença do Ministro da Saúde, Humberto Costa, após a abertura da Campanha de
31 Vacinação contra a Pólio e da solenidade de entrega de 20 veículos para o combate das
32 endemias, cuja destinação já havia sido pactuada na CIB. **3º Informe: Supervisão do PSF**
33 **pelo NUORG.** Informou que após concluída, pelo NUORG, o trabalho de supervisão do
34 Programa Saúde da Família, a situação encontrada seria analisada pela SESA antes de ser
35 discutida com o COSEMS. **4º Informe: Decisão sobre a Revisão dos Tetos dos**
36 **Municípios.** Dr. Jurandi colocou para os presentes que o envio da revisão dos tetos
37 financeiros da internação de MAC dos municípios cearenses ao Ministério da Saúde não
38 vai mais ser adiado, uma vez que essa Revisão, que deveria ser feita de três em três meses,
39 conforme foi acordado na CIB, está parada há seis meses. Disse que não vai se arriscar a
40 ser chamado às suas responsabilidades na condição de gestor do SUS, pela Promotoria de
41 Justiça da Saúde do MP que está sempre vigilante ao cumprimento da NOAS pelos gestores
42 estadual e municipais, e por isso solicita aos representantes dos municípios que se reúnam,
43 decidam alterar ou não os critérios de Revisão dos Tetos aprovados na CIB, e elaborem um
44 documento que a SESA assinará junto e encaminhará ao Ministério. **Item 1: Discussão**
45 **das Propostas de Alteração do Plano Diretor de Regionalização – PDR, das**
46 **Microrregiões de Saúde.** Dra. Vera fez a apresentação, mostrando, através de slides e
47 transparências, os desenhos das situações Atual e Proposta dos Módulos Assistenciais e
48 Sistemas de Referência de cada Microrregião, considerando os aspectos da

49 Locorregionalização e da Inserção dos Municípios no Sistema Microrregional,
50 acompanhados do Parecer da CIB/MR. A (1ª) **Microrregião de Fortaleza** propõe a sua
51 divisão em duas Microrregiões, **Fortaleza** e **Cascavel** em que são excluídos da
52 Microrregião de Fortaleza os municípios de Cascavel, Horizonte, Pindoretama, Pacajus,
53 Chorozinho e Ocara. O município de **Itaitinga**, que era satélite do município de Eusébio,
54 passaria a ser município satélite de Fortaleza. A **Microrregião de Cascavel** seria composta
55 dos municípios de Cascavel, Pindoretama, Horizonte, Pacajus, Chorozinho e Ocara. O
56 parecer da CIB/MR é de que há viabilidade técnica e de acesso, necessitando da
57 estruturação do pólo para a implantação dos serviços de traumatologia e cirurgia geral
58 de urgência com funcionamento durante 24 horas; garantir exames laboratoriais para a
59 emergência, de radiodiagnóstico em 2º nível de complexidade e sala de recuperação pós
60 operatório. Aberta a discussão, Dr. **Jurandi** se colocou favorável à proposta do
61 desmembramento da 1ª Micro e manifestou a intenção da SESA na implantação da
62 Microrregião de Cascavel. Dr. **Mário Lúcio** afirmou que esse desmembramento era uma
63 necessidade, dadas as dificuldades operacionais da PPI e de diálogo com Fortaleza, devido,
64 muitas vezes, à abrangência populacional da 1ª Microrregião de Saúde. Destacou, além das
65 condições técnicas de Cascavel para ser município pólo, a afinidade entre os municípios
66 que irão formar a nova Micro e a motivação para trabalharem juntos na busca da melhoria
67 da saúde da população desses municípios. Dr. **Evandro** concorda com o Dr. Mário Lúcio e
68 fala das dificuldades operacionais do município de Aquiraz com Fortaleza em relação à
69 atenção secundária e destaca a necessidade de revisão da Central de Regulação para que se
70 discutam os mecanismos de integração entre a Central de Regulação da SESA e a do
71 município de Fortaleza, para garantir o acesso e evitar idas e vindas dos pacientes, e narrou
72 sobre as dificuldades para internar um paciente de oncologia. Dr. Jurandi diz que conversou
73 com o Dr. Jorge Solla, e este concordou, sobre a possibilidade de se reduzir o tempo médio
74 de internação em oncologia, para redução das filas de espera. Disse que irá enviar uma
75 solicitação ao CESAU para elaborar uma resolução antes do MS modificar a Portaria
76 vigente. Dr. **Policarpo**, justificou a criação da Microrregional falando sobre a infra-
77 estrutura de serviços de saúde existentes em Cascavel, a capacidade de oferta no nível
78 secundário e o interesse dos demais municípios que compõem a Micro em investir cada vez
79 mais na saúde da região e ser modelo de Microrregião do Estado. Dra. **Lílian** aprova a
80 criação da Micro de Cascavel, e se reporta à questão da Central de Regulação abordada
81 pelo Dr. Evandro afirmando que o assunto precisa ser pautado para uma discussão mais
82 aprofundada na CIB. Dr. **Juraci**, Secretário de Saúde de Beberibe solicita a incorporação
83 do seu município à Micro de Cascavel que julga ser de grande importância para a
84 população de Beberibe, que sofre com a dificuldade de deslocamento para Aracati. A
85 **CIB/CE** aprovou as alterações do PDR da 1ª Microrregião de Saúde, que fica desmembrada
86 em Microrregião de Saúde de Fortaleza e Microrregião de Saúde de Cascavel. Aprovou
87 também a incorporação do município de **Beberibe** à Microrregião de Cascavel. A
88 **Microrregião de Fortaleza** passa a ter a seguinte composição: Fortaleza (Sede de Módulo
89 Assistencial e Município Pólo), Itaitinga (município satélite de Fortaleza), Eusébio (Sede
90 de Módulo Assistencial) e Aquiraz (Sede de Módulo Assistencial). A **Microrregião de**
91 **Cascavel** será estruturada com os municípios: Cascavel (Sede de Módulo Assistencial e
92 Município Pólo), Pindoretama (Sede de Módulo Assistencial), Horizonte (Sede de Módulo
93 Assistencial), Pacajus (Sede de Módulo Assistencial), Beberibe (Sede de Módulo
94 Assistencial), Chorozinho e Ocara, (Municípios Satélites de Pacajus). Dra. Vera passou
95 para a proposta da (2ª) **Microrregião de Caucaia** que propõe a exclusão do município de
96 **Umirim**, com o Parecer Técnico da MR de que há viabilidade técnica e acesso viário, e que

97 a referência de Umirim concentra-se mais em Fortaleza e Itapipoca. A **CIB/CE** aprovou a
98 alteração na Locorregionalização de Caucaia com a exclusão do município de Umirim da 2ª
99 Microrregião. Passou para a **(3ª) Microrregião de Maracanaú** que apresentou a
100 solicitação de inserção do município de **Barreira** como Módulo Assistencial. Pelo Parecer
101 Técnico da MR existem condições operacionais, porém com pendências que o gestor
102 municipal compromete-se em resolver num prazo de 60 dias, quais sejam: cadastrar as
103 terapias individuais e em grupo, executadas por profissionais de nível superior; adquirir
104 instrumentais para realizar as ações especializadas de odontologia; contratar enfermeiro,
105 para garantir assistência 24 horas; cadastrar o procedimento de reeducação ventilatória em
106 doenças pulmonares e informar os procedimentos de radiodiagnóstico. A **CIB/CE** aprovou
107 a transferência do município de Barreira para a condição de sede de módulo assistencial. A
108 **(4ª) Microrregião de Baturité** propôs não fazer alteração no seu PDR. A **CIB/CE** acatou a
109 manutenção do desenho do PDR da Micro de Baturité. A **(5ª) Microrregião de Canindé**
110 apresentou duas propostas. Na primeira a Microrregião é composta de dois Módulos
111 Assistenciais: Um, formado com Canindé (Sede de Módulo Assistencial), Madalena,
112 Itatira, Paramoti, e Caridade e o outro com o município de Boa Viagem (Sede de Módulo
113 Assistencial). Nesse caso **Madalena sai do Módulo de Boa Viagem e se insere no de**
114 **Canindé e Paramoti e Caridade deixam de ser Módulos Assistenciais.** A segunda
115 proposta mostra três (3) Módulos Assistenciais na organização da Micro: **1º** - Canindé
116 (Sede de Módulo Assistencial), Madalena e Itatira. **2º** - Boa Viagem (Sede de Módulo
117 Assistencial) e **3º** - Paramoti (Sede de Módulo Assistencial) e Caridade. Segundo o Parecer
118 Técnico da MR para a 1ª Proposta existe viabilidade técnica e acesso viário, e a maioria
119 das referências de Madalena é para Canindé e Fortaleza. Para a 2ª Proposta o parecer
120 técnico é de que não há registro de referência de Caridade para Paramoti, e que a maioria
121 das referências de Caridade concentra-se em Canindé. Afirma que existem condições de
122 Paramoti ser sede módulo dele mesmo, pois dispõe 32 leitos e uma população de 11.131
123 habitantes. Após a análise das propostas acima, a **CIB/CE** acordou o seguinte desenho para
124 o PDR da Microrregião de Canindé, que deverá ser apreciado pela CIB/MR no prazo de
125 quinze (15) dias a contar da data do recebimento da proposta: Canindé (Sede de Módulo
126 Assistencial), Madalena, Itatira e Caridade (Municípios Satélites de Canindé), Boa Viagem
127 (Sede de Módulo Assistencial) e Paramoti (Sede de Módulo Assistencial). Na **(6ª)**
128 **Microrregião de Itapipoca** houve alteração na Locorregionalização com a inclusão do
129 município de Umirim que sai da MR de Caucaia. De acordo com o Parecer Técnico da
130 Micro existe viabilidade técnica e acesso viário, a referência de Umirim concentra-se em
131 Itapipoca e Fortaleza. A **CIB/CE** aprovou a integração do município de **Umirim** no
132 Módulo Assistencial de Itapipoca. Quanto à **(7ª) Microrregião de Aracati**, a **CIB/CE**
133 aprovou a proposta de exclusão do município de **Beberibe** que passou a integrar a Micro de
134 Cascavel. A proposta da **(8ª) Microrregião de Quixadá** consiste na inserção do município
135 de Solonópole como Módulo Assistencial dele mesmo. Pelo Parecer Técnico da MR
136 existem condições técnicas e operacionais favoráveis ao pleito. A **CIB/CE** aprovou a
137 inserção do município de **Solonópole** no Sistema Microrregional de Quixadá, como
138 Módulo Assistencial. A **(9ª) Microrregião de Russas e a (10ª) Microrregião de Limoeiro**
139 **do Norte** não apresentaram nenhuma proposta de alteração no desenho dos Sistemas
140 Assistenciais das referidas Microrregiões de Saúde. **ACIB/CE** decidiu manter a proposta
141 atual das referidas Microrregiões de Russas e de Limoeiro do Norte. A proposta da **(11ª)**
142 **Microrregião de Sobral** traz alteração na inserção de municípios no Sistema da MR, onde
143 Uruoca, Groaíras e Cariré saíam da condição de Satélites do município de Sobral e
144 passariam a funcionar como Módulos Assistenciais deles mesmos. Reriutaba e Varjota

145 seriam inseridos no Módulo Assistencial de Ipu. O Parecer Técnico da MR diz que **Uruoca**
146 tem um hospital com 20 leitos, população de 11.867 habitantes e necessita do serviço de
147 radiodiagnóstico; **Cariré**: dispõe de hospital com 52 leitos, porém necessita adquirir ECG e
148 RX. Na área Laboratorial dispõe de posto de coleta. A população é de 18.885 habitantes;
149 **Groaíras**: dispõe de hospital com 24 leitos, necessita de Ultrassonografia e de implantar o
150 serviço de Urgência e Emergência 24 horas, população: 8.945 hab; existe viabilidade
151 técnica e acesso viário para composição do módulo assistencial com Ipú (Sede), Reriutaba,
152 Varjota e Pires Ferreira. Após uma discussão em que foram analisadas as condições da
153 proposta de Sobral, e considerando a possibilidade dos hospitais de Uruoca, Groaíras e
154 Cariré serem beneficiados pela portaria que aprova a Política Nacional para os Hospitais de
155 Pequeno Porte, a **CIB/CE** aprovou as alterações apresentadas pela Microrregião de Sobral
156 que fica com o seguinte desenho em seu PDR: **Sobral** (Sede de Módulo Assistencial) com
157 Senador Sá, Alcântaras, Meruoca, Massapê, Forquilha e Frecheirinha; **Ipú** (Sede de
158 Módulo Assistencial) com Reriutaba, Varjota e Pires Ferreira; **Uruoca** (Sede de Módulo
159 Assistencial); **Groaíras** (Sede de Módulo Assistencial) e **Cariré** (Sede de Módulo
160 Assistencial), ficando o compromisso de ser discutido na CIB/CE o processo de adesão dos
161 municípios à nova lógica de financiamento que integra a Política Nacional para os hospitais
162 de pequeno porte. A (12ª) **Microrregião de Acaraú** propõe as seguintes alterações na
163 inserção de municípios: **Cruz** passa a ser Pólo da Microrregião, enquanto **Acaraú** que era
164 Pólo fica apenas como Módulo Assistencial. **Bela Cruz** passa a condição de Sede de
165 Módulo Assistencial dele mesmo, e **Marco** fica como Módulo Assistencial com Morrinhos.
166 O Parecer Técnico da MR diz que Bela Cruz dispõe de hospital com 20 leitos, e que há
167 viabilidade técnica do município assumir as responsabilidades de módulo assistencial.
168 Assim como há viabilidade técnica e acesso viário, para composição do módulo assistencial
169 Marco (Sede) e Morrinhos. Sobre **Cruz** assumir a situação de Pólo, informa que o referido
170 município dispõe de hospital com 53 leitos, mas necessita implantar serviço de Rx 300
171 MA, Neonatologia, atendimento em Traumatologia, Pediatria, Anestesiologia e
172 Ultrassonografia Transvaginal. Após alguns comentários acerca das dificuldades do
173 município de Acaraú para atender à condição de Pólo, a **CIB/CE** aprovou as alterações da
174 **Microrregião de Acaraú** conforme segue: Cruz (Município Pólo), Bela Cruz (Módulo
175 Assistencial), Marco (Sede de Módulo Assistencial) e Morrinhos (Satélite de Marco). A
176 (13ª) **Microrregião de Tianguá** apresenta uma proposta de mudança referente a
177 **Carnaubal** em que esse município passa a ser Sede de Módulo Assistencial e **São**
178 **Benedito** que deixa de ser município Pólo. O Parecer Técnico da MR é de que Carnaubal
179 dispõe de um hospital com 21 leitos e tem condição técnica para ser módulo assistencial;
180 Por outro lado, São Benedito dispõe de um hospital com 32 leitos mas não apresenta
181 condições operacionais para assumir a classificação de município sede de pólo
182 microrregional. As especialidades de pediatria e gineco-obstetrícia não serão ofertadas na
183 Microrregião; O Pólo de Tianguá ofertará os serviços de Cirurgia Geral, Traumatologia,
184 ortopedia, Clínica Médica, com Urgência e Emergência 24 horas e Oftalmologia; A CIB/
185 MR de Tianguá pactuou que Ibiapina sediaria o CAPS e Ubajara o Centro de
186 Especialidades Odontológicas. Dra. Vera esclareceu que as especialidades de pediatria e
187 gineco-obstetrícia deverão ser encaminhadas para Sobral até que a Micro de Tianguá
188 identifique a capacidade de oferta nessas especialidades. A CIB/CE acatou as alterações
189 quanto à inserção de municípios no sistema da MR de Tianguá, ficando: **Carnaubal** (Sede
190 de Módulo Assistencial) e **São Benedito** (Sede de Módulo Assistencial). As Microrregiões
191 (14ª) **Tauá**, (15ª) **Crateús**, (16ª) **Camocim** e (17ª) **Icó**, não apresentaram propostas de
192 mudança nem na Localização nem na inserção de municípios em seus Sistemas

193 Assistenciais. A **CIB/CE** acatou a proposta de manutenção do desenho do PDR dessas
194 quatro últimas Microrregiões acima destacadas. A **(18ª) Microrregião de Iguatu**
195 apresentou apenas uma alteração que se referente à exclusão do município de **Jucás** do
196 Módulo Assistencial de Iguatu para assumir a condição de Módulo Assistencial. O parecer
197 da Micro é favorável mas ressalta que o município necessita implantar os serviços de
198 Radiodiagnóstico e Ultrassonografia. A **CIB/CE** acatou a proposta do município de **Jucás**
199 deixar de ser Satélite de Iguatu e passar a Sede de Módulo Assistencial dele mesmo. Sobre
200 a **(19ª) Microrregião de Brejo Santo** a proposta é que o município de Barro deixe de ser
201 Satélite de Brejo Santo e passe a ser município Sede de Módulo Assistencial. Segundo o
202 Parecer Técnico o município necessita necessitando implantar serviços de ECG e ampliar a
203 patologia clínica. A **CIB/CE** acatou a inserção do município de **Barro** no Sistema da MR
204 como Módulo Assistencial. A **(20ª) Microrregião de Crato** apresenta duas alterações:
205 **Várzea Alegre** que é Sede de Módulo, propõe ser Satélite de Farias Brito e **Antonina do**
206 **Norte** quer sair do módulo de Campos Sales e se inserir no Módulo Assistencial do Crato.
207 Dra. Vera afirmou que há viabilidade quanto à solicitação de Antonina do Norte, mas sobre
208 a proposta de Várzea Alegre ser Satélite de Farias Brito, propõe que a solicitação retorne à
209 **CIB/MR** para aprofundamento, conforme concluiu o Comitê Executivo da SESA. Colocou
210 a proposta à apreciação da Plenária da Bipartite que acatou a seguinte decisão: **Antonina**
211 **do Norte** passa a integrar o Módulo Assistencial do município de Crato, e a proposta de
212 **Várzea Alegre** retorna à Microrregião para aprofundamento e análise da **CIB/MR** no prazo
213 de quinze dias (15) a contar da data do recebimento da comunicação dessa decisão. A **(21ª)**
214 **Microrregional de Juazeiro do Norte** não apresentou mudanças nem na
215 Locorregionalização nem na inserção de Municípios. A **CIB/CE** acatou a decisão da 20ª
216 Microrregião de permanecer com o seu PDR inalterado. **Item 2 – SMS de Barbalha**
217 **solicita Pagamento Administrativo.** Dra. Vera apresentou o Ofício nº 171/04 de 15 de
218 abril de 2004, em que o Secretário de Saúde do município de Barbalha solicita autorização
219 para efetuar o Pagamento Administrativo ao Hospital do Coração do Cariri no valor de R\$
220 119.510,50 (cento e dezenove mil, quinhentos e dez reais e cinquenta centavos), por
221 procedimentos excedentes de urgência e emergência de alta complexidade em cardiologia,
222 que excederam o teto do referido prestador, realizados no período de novembro de 2003 a
223 fevereiro de 2004. Afirmou ainda que segundo informação do gestor há disponibilidade de
224 recursos financeiros no Fundo Municipal de Saúde do município de Barbalha oriundos do
225 saldo do Mutirão de Cirurgias Cardíacas estabelecido para o Hospital do Coração do Cariri,
226 pela Portaria Nº 1.908 de 16 de outubro de 2002. A **CIB/CE** autorizou o gestor de Barbalha
227 a efetuar o Pagamento Administrativo através de recursos federais disponíveis no Fundo
228 Municipal de Saúde, no valor de R\$119.510,50 (cento e dezenove mil, quinhentos e dez
229 reais e cinquenta centavos) à Fundação Oflia Correia Saraiva - Hospital do Coração do
230 Cariri, conforme solicitado. Nada mais havendo a tratar a Reunião foi encerrada, cuja Ata
231 lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada por todos membros da **CIB/CE**, presentes.
232 Fortaleza, vinte e oito de maio de dois mil e quatro.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 13ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004

1
2
3
4
5 Aos vinte e sete dias do mês de agosto do ano dois mil e quatro, às quatorze horas e trinta minutos,
6 no Auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante
7 Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 13ª Reunião Ordinária de 2004 da Comissão
8 Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a
9 SESA, Jurandi Frutuoso, Secretário de Saúde do Estado; Galba Gomes, do GABSEC; Antônio
10 Paula de Menezes do NUPLA/COPOS; Emiliano Alves Amorim Beltrão da COVAC e Fco.
11 Holanda Júnior da CODAS. Pela representação dos municípios compareceram: Aldrovando Nery
12 de Aguiar, da SMS de Fortaleza; Leni Lúcia Leal Nobre, do COSEMS; José Neto Maia da SMS de
13 Horizonte, Ana Márcia Rosa Pinto da SMS de Tinguá e Fernanda Coelho de Sá da SMS de Crato.
14 Como convidados, Léa Marcia Bezerra de Menezes, do NUNAS/ Saúde Bucal; Francisco Bezerra
15 de Icapuí; Nicanor Gurgel Pinto da SMS de Fortaleza, Getúlio Barros da SMS de Brejo Santo;
16 Joseana Lima do COSEMS; João Luiz de Araújo de SMS de Camocim; Francisco Pedro S. Filho da
17 SMS de Mombaça; Ricardo Araújo da SMS de Barbalha; Zaira Zairusca do Pólo de Educação
18 Permanente de Fortaleza e Maria Imaculada Fonseca do NUPRH/COPOS. A reunião foi presidida
19 por Dra. Emiliano que abriu os trabalhos apresentado os informes do dia. **1º Informe: SE/MS**
20 **suspende temporariamente o recebimento de processos de qualificação de**
21 **regiões/microrregiões.** Através de Ofício Circular Nº 89/04 a Secretaria Executiva do MS
22 comunica a decisão de suspender o recebimento de processos de qualificação de microrregiões de
23 saúde na Secretaria Técnica da CIT tendo em vista a pauta de discussão entre gestores sobre os
24 temas, Regionalização e Pacto de Gestão do SUS. **2º Informe: COVAC informa que o CAPS de**
25 **Paraipaba não está apto ao credenciamento.** Dra. Emiliano explicou que o CAPS I de Paraipaba
26 foi inspecionado em setembro e dezembro de 2003, tendo os laudos de inspeção constatado
27 problemas de área e instalações físicas, e dado prazo de 30 dias para regularização. Em 05 de
28 agosto de 2004 foi feita uma nova inspeção que constatou que o CAPS não realizou as reformas
29 solicitadas pela Vigilância Sanitária e ainda apresentou outras deficiências na área de recursos
30 humanos. **3º Informe: MS extingue a habilitação nas modalidades de GPAB e GPAB-A.** Dr.
31 Alex informou que a CIT, na reunião do dia 19 de agosto, aprovou a extinção do processo de
32 habilitação nas modalidades de GPAB e GPAB-A. Disse que a medida visa o fortalecimento dos
33 municípios como estruturas responsáveis pela atenção à saúde das suas populações, possibilitando o
34 resgate do cumprimento fiel e integral da Constituição Federal e da Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90.
35 Acrescentou que a decisão será objeto de Portaria a ser publicada brevemente. **Item 1 –**
36 **Apresentação sobre Política de Saúde Bucal.** Dra. Lea Meneses discorreu sobre a Política
37 Nacional de Saúde Bucal, mostrando as estratégias estabelecidas pelo governo para ampliar o
38 acesso da população à prevenção, tratamento e reabilitação oral tais como: distribuição de escovas e
39 de creme dental para 30% da população cadastrada nas equipes de saúde bucal; fluoretação da água
40 de consumo humano, cujo financiamento terá a participação do Ministério com 50% do recurso
41 para a instalação de equipamentos nas Estações de Tratamento de Água – ETA e os outros 50% a
42 cargo dos concessionários de água no estado e municípios; ampliação e qualificação da Atenção
43 Básica, com a implantação de mais equipes de saúde bucal nos PSF, implementação de ESB
44 modalidade II, prevenção e controle do CA de boca, implantação do atendimento de urgência e
45 emergência odontológica; atendimentos, programados e de livre demanda, e inclusão da
46 reabilitação protética elementar (prótese total). No âmbito da Atenção Secundária, a implantação de
47 Centros de Especialidades Odontológicas -CEO, em microrregiões e/ou municípios, e de
48 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD apenas em Microregiões, mediante os critérios
49 definidos pela Portaria Nº 1570 de 29/07/2004. Citou a Portaria Nº 1571/GM de 29/07/2004 que

50 estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas habilitadas pelo MS,
51 ficando definido o incentivo financeiro de implantação dos CEO nos valores de R\$ 40.000,00 para
52 o CEO tipo I e de R\$50.000,00 para o CEO tipo II, e o incentivo de custeio mensal em R\$
53 6.600,00 para o CEO tipo I e de R\$ 8.800,00 para o CEO tipo II. Explicou que a esse incentivo de
54 custeio serão acrescidos os valores correspondentes à produção dos Laboratórios de Prótese, cujo
55 pagamento, será efetuado mediante APAC com recursos extra-teto específicos do FAEC. Disse
56 ainda que a produção mínima mensal dos LRPD para o CEO I será de 242 próteses que equivale a
57 R\$ 7.260,00 e de 286 prótese para o CEO II que corresponde a R\$ 8.580,00. Informou também que
58 segundo a mesma Portaria os municípios com CEO habilitados só passarão a receber os recursos do
59 incentivo de custeio após efetivo funcionamento do serviço, atestado pelo gestor junto ao
60 DAB/SAS/MS. Disse que a proposta do Estado seria de Construção de 23 CEO nas MR, e
61 adequação dos espaços e equipamentos já existentes em alguns municípios sedes de módulo,
62 compartilhado com o MS e cuja captação de recursos se daria da seguinte forma: contra partida do
63 Estado no valor de R\$ 3.300,00 por consultório odontológico mais o recurso extra teto do MS, no
64 valor de R\$13.860,00 para o CEO tipo I e R\$ 17.380,00 para o CEO tipo II. Houve uma discussão
65 quanto a divergência entre a proposta do Estado que prevê a implantação daqueles serviços apenas
66 em Microrregiões e a proposta do MS que permite a implantação de CEO em Microrregiões e em
67 municípios isolados, mas a maioria dos presentes entendeu que não se deve impedir a implantação
68 dessas unidades em município que tenha condição de realizar o atendimento odontológico
69 especializado que a população necessita. Em face do exposto, foram colocados em votação o pleito
70 de Quixelô para as habilitações do CEO tipo I e do Laboratório Regional de Próteses Dentárias, e o
71 pleito de Itaitinga para a habilitação do CEO tipo II. Com a manifestação favorável da Plenária, a
72 **CIB aprovou a habilitação do CEO tipo I de Quixelô e da implantação do Laboratório de Próteses**
73 **no mesmo município, bem como aprovou a habilitação do CEO tipo II do município de Itaitinga.**
74 **Item 2 – TRS: a) Monitoramento do Teto Financeiro baseado na Portaria MS/ Nº 1.551 de**
75 **28/07/2004; b) Normas para Cadastramento da rede estadual.** Dra. Lilian falou sobre a
76 Portaria Nº 1551 de 28 de julho de 2004 que redefiniu os limites financeiros da Terapia Renal
77 Substitutiva, com efeito retroativo à competência de junho de 2004. Mostrou que de acordo com a
78 referida Portaria o valor do teto de Caucaia foi calculado a menor, tendo a SESA, através da
79 COVAC comunicado o erro ao MS que ficou de corrigir e repassar o valor devido ao município de
80 Caucaia no próximo pagamento. Apresentou a planilha com o Monitoramento do Teto Financeiro
81 de TRS – Déficit em 2004, destacando o saldo positivo no município de Fortaleza, nos meses de
82 abril, maio e junho/2004, mas, supõe que esse saldo exista em função do HGF que não haver
83 apresentado todas as APAC de hemodiálise referentes ao citado período. **Dr. Aldrovando**
84 concordou com a Dra. Emiliano e fez referência aos prejuízos que o HGF vem sofrendo por
85 atender, praticamente, os casos renais agudos do Estado. **Dr. Alex** disse que em julho foi levantado
86 o déficit de TRS no país e que o Coordenador de Regulação e Controle iria levar o valor ao
87 Secretário Executivo do MS com vistas ao pagamento pelo Ministério independente da produção.
88 Dra. Lilian colocou para a plenária os pedidos de pagamento administrativo dos municípios de
89 Caucaia, Crato e Barbalha por procedimentos excedentes de TRS realizados pelo CENEC, de
90 Caucaia, UNIRIM do Crato e Hospital e Maternidade Santo Antônio de Barbalha, respectivamente,
91 que excederam o teto financeiro e portanto não foram pagos. A **CIB** autorizou os pagamentos
92 administrativos em apreço aos prestadores citados com recursos da Média Complexidade da Gestão
93 do Estado, conforme segue: Ao CENEC – Centro de Nefrologia de Caucaia, o valor de R\$
94 38.234,69 (trinta e oito mil, duzentos e trinta e quatro reais e sessenta e nove centavos); ao
95 UNIRIM, R\$ 9.614,42 (nove mil, seiscentos e quatorze reais e quarenta e dois centavos) e ao
96 Hospital Maternidade Santo Antônio de Barbalha a quantia de R\$ 18.776,02 (dezoito mil,
97 setecentos e setenta e seis reais e dois centavos) dos municípios devedores. Em seguida a **Dra.**
98 **Lilian** apresentou a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, instituída pela
99 Portaria GM/MS Nº 1.168, de 15 de junho de 2004, cuja execução requer entre outras estratégias a
100 organização e a implantação das Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na Alta
101 Complexidade, mediante providências adotadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde conforme

102 determina a Portaria SAS/ Nº 211 de 15 de junho de 2004. Disse que segundo essa mesma Portaria
103 as Redes de Assistência em Nefrologia serão compostas por Serviços de Nefrologia e Centros de
104 Referência em Nefrologia, que devem atender um elenco de requisitos e atributos para o
105 credenciamento e habilitação junto ao MS, ficando revogadas as Portarias Nº 82/GM de 03/01/200
106 e Nº 1.654/GM de 17/09/2002. Lembrou que todos os Serviços já credenciados no sistema devem
107 solicitar o **novo credenciamento** ao Gestor Estadual ou Municipal (GPSM), no prazo de seis meses
108 a contar da data da publicação da Portaria SAS/ Nº 211/04 e precisam estar adaptados ao
109 Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Diálise estabelecido pela Resolução –
110 RDC Nº 154/ANVISA, de 15 de junho de 2004, sem o que ficarão excluídos do SUS. Concluiu
111 informando a constituição da Rede de Assistência em Nefrologia de Alta Complexidade do Estado
112 do Ceará que é composta de dois (2) Centros de Referência e oito (8) Serviços de Nefrologia
113 credenciados e um Serviço em processo de credenciamento. **Item 3 – Apresentação dos Projetos**
114 **dos Pólos de Educação Permanente.** O Núcleo de Políticas para Desenvolvimento de Recursos
115 Humanos da SESA, cumprindo diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente, apresentou
116 os Projetos dos Pólos de Educação permanente em Saúde de **Sobral** e de **Fortaleza** mostrando as
117 ações programadas para o período de 2005-2006. **O Projeto de Sobral** prevê a realização de nove
118 (9) cursos sendo quatro (4) financiados com **recursos extra pólo**, tais como, Especialização em
119 Saúde da Família, Capacitação para Conselheiros, Técnico em Enfermagem e Técnico em Higiene
120 Dental, com despesas orçadas no valor de R\$5.548.866,09 (cinco milhões, quinhentos e quarenta e
121 oito mil, oitocentos e sessenta e seis reais e nove centavos e os cinco (5) restantes com **recursos do**
122 **pólo**. São estes: Especialização em Gestão Hospitalar; Aperfeiçoamento em Gestão; Cooperação
123 Técnica em Controle, Avaliação e Auditoria; Urgência e Emergência Hospitalar e Curso Básico em
124 Atenção Primária: Áreas Estratégicas da NOAS. As despesas para essas cursos estão orçadas em R\$
125 1.108.400,00 (Um milhão cento e oitenta mil, e quatrocentos reais). Para o Polo de Fortaleza foram
126 programados oito (8) cursos, todos com recursos do pólo, para o período de 2005-2006, assim
127 discriminados: Educação Popular e Controle Social; Saúde Bucal; Gestão e Vigilância à Saúde;
128 Saúde da Criança; Urgência e Emergência; Saúde do Idoso; Saúde Mental na Atenção Básica e
129 Saúde Mental-Arte Terapia. Sobre os projetos dos Pólos de Crato e Quixadá, Dra Marilac informou
130 que os mesmos estão sendo elaborados. Disse ainda que, em breve, a SESA em parceria com o
131 COSEMS promoverá Seminário com os gestores das três esferas de governo, sobre o papel de cada
132 instância estornara na implementação da Política de Educação em Saúde. Sem outras manifestações
133 a CIB aprovou os projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde de Sobral e Fortaleza.
134 **Item 4 – Projeto de Reestruturação do Mutirão de Cirurgias Eletivas do Município de Sobral.**
135 Dra Lilian regulamenta as estratégias do governo federal para reestruturação dos mutirões de
136 cirurgias eletivas de média complexidade, lembrando que para se habilitar na nova estratégia de
137 ampliação de procedimentos cirúrgicos constantes do Anexo I da Portaria GM/MS Nº 1372 /2004, o
138 município deverá encaminhar projeto ao Ministério, com a preliminar aprovação da Bipatite. Nesse
139 sentido, Sobral elaborou e encaminhou à CIB o projeto para Ampliação de Procedimentos
140 Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade que segundo avaliação do NUAUD/COVAC, estava
141 de acordo com a referida Portaria, porém não havia sido apreciada pela CIB/MR. Dra. Emiliano
142 observou que no dimensionamento das metas do objeto foi considerada a população da
143 macrorregião e que a listagem de pacientes incluía pessoas dos diversos municípios da
144 macrorregião. Esclareceu que os municípios cujos pacientes se encontram na listagem do Projeto de
145 Sobral não poderiam enviar projetos ao MS para se habilitarem à modalidade de ampliação dos
146 procedimentos cirúrgicos constantes do anexo I da referida Portaria. Colocado em discussão houve
147 manifestação dos municípios de Tianguá e Camocim em apresentar os seus projetos e portanto não
148 concordariam com a inclusão dos seus pacientes no Projeto de Sobral. O técnico Antônio Meneses
149 do NUPLA/COPOS estranhou a manifestação daqueles municípios uma vez que os mesmos teriam
150 encaminhado ao município de Sobral a relação dos seus pacientes com os dados pessoais e
151 respectivos endereços, enquanto outros membros do Colegiado ofereceram opinião contrária à
152 aprovação do projeto na forma apresentada e sugeriram que o projeto fosse revisto pelo município

153 de Sobral juntamente com a Microrregional. Posto em votação, a CIB decidiu pela devolução do
154 Projeto ao município de Sobral, para revisão da proposta, com a participação da 11ª CERES. **Item 5**
155 **– Câmara de Compensação: a) Composição de uma Comissão Técnica para estudo sobre**
156 **critérios para Classificação de Procedimentos de Urgência e Emergência; Período de**
157 **Apuração; Implantação da Guia de Referência.** Dra. Emiliano colocou que o item de pauta em
158 apreço seria o resultado de uma série de questões levantadas pelos gestores com relação às
159 dificuldades na identificação dos casos de urgência e emergência, ao período de apuração da
160 produção para o ajuste dos tetos e outros pontos que precisam ser definidos pelos gestores
161 municipais em acordo com o gestor estadual e disse que a proposta de compor uma comissão para
162 estudar os critérios para a classificação dos procedimentos de urgência e emergência seria uma
163 alternativa importante para resolver o problema das internações sem referência. Acrescentou a
164 questão das taxas de cesária como outro ponto a ser estudado pela comissão **Dra. Leni Lúcia**
165 afirmou que a clareza de como funciona a Câmara de Compensação é fator preponderante para a
166 compreensão do sistema e maior participação dos gestores no processo de formulação de propostas
167 de mudanças. Dr. Jurandi considera que a discussão do assunto por uma comissão técnica é propícia
168 e sugere que haja uma reunião da Coordenação da SESA com a Direção do COSEMS para resolver
169 os impasses e dirimir dúvidas existentes nos dois lados. A CIB aprovou a constituição da Comissão
170 Técnica que irá estudar e propor critérios para classificação dos procedimentos de urgência e
171 emergência; período de apuração da Câmara de Compensação; mecanismos para implantação da
172 Guia de Referência, e Taxas de Cesárias, com a seguinte composição: Ana Márcia de Tianguá,
173 Eduardo de Pedra Branca, Prata de São Gonçalo do Amarante, Leni Lúcia de Maranguape,
174 Aldrovando de Fortaleza, Getúlio de Brejo Santo, Alex do CONASEMS e Maria da Paz do
175 COSEMS. **Item 6 CREST – Definição sobre o município que ocupará a vaga que pertencera ao**
176 **município de Maracanaú.** Dra. Emiliano recapitulou o assunto da desistência do município de
177 Maracanaú quanto à implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador tratado na
178 reunião anterior que decidiu pela constituição de uma Comissão Técnica para indicar, dentre os
179 municípios de Cascavel, São Gonçalo do Amarante e Horizonte, o que reunisse as melhores
180 condições para sediar o referido CRST. Informou que a Comissão teria concluído pelo município de
181 Horizonte e colocou para a plenária a decisão sobre a indicação em apreço. Sem mais comentários a
182 **CIB** aprovou a indicação do município de Horizonte para implantar o CRST Regional tipo B na
183 vaga deixada por Maracanaú. **Item 7 – Credenciamento do CAPS II de Maranguape** Dra.
184 Emiliano apresentou o pedido de credenciamento do Centro de Atendimento Psicossocial tipo I de
185 Maranguape, informando que todas as etapas do processo haviam sido cumpridas e que os
186 relatórios de vistoria da vigilância sanitária e da supervisão do NUNAS confirmam que o CAPS
187 apresenta as condições de funcionamento exigidas pelas normas que regem o assunto. Sem
188 questionamentos a CIB aprovou o credenciamento do CAPS tipo I do município de Maranguape.
189 **Item 8 –Habilitação de Municípios conforme a NOAS** Em face da decisão da CIT em extinguir o
190 processo de habilitação nas modalidades de GPAB e GPABA, e por orientação do MS, através de
191 comunicação telefônica com o técnico do NUPLA, Antônio Paula de Meneses, o tema foi retirado
192 de pauta. **Item 9- Qualificação de Equipes no âmbito do PSF.** Dra. Emiliano colocou à
193 apreciação da plenária os pleitos referentes à habilitação de Equipes de PSF e de Saúde Bucal, e os
194 referentes ao acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde e à Mudança de Modalidade de Equipes
195 de Saúde Bucal. Informou que todos os processos passaram pelos setores competentes da SESA que
196 emitiram parecer favorável para os seguintes pedidos: **Equipes de Saúde da Família:** uma (1) para
197 o município de Acarape, duas (2) para Freicheirinha, uma (1) para Barbalha, seis(6) para o
198 município de Ipu, uma (1) para Madalena e dez (10) para Sobral num total de dezenove (19)
199 Equipes. **Equipes de Saúde Bucal:** três (3) para Cascavel, duas (2) para Trairi, duas (2) para
200 Penaforte, duas (2) para Miráima e uma (1) para São Gonçalo do Amarante, num total de dez (10)
201 novas ESB. **Acrescimento de Agentes Comunitários de Saúde:** Quatro (4) para o município de
202 Barreira, trinta e quatro (34) para Ipu e um (1) para Itaitira. **Mudança de Modalidade** de uma ESB
203 do município de Palhano de modalidade I para modalidade II. A CIB aprovou os pleitos na forma

204 acima discriminada. Nada mais havendo a tratar a CIB deu por encerrada a reunião, cuja Ata
205 lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada por todos os membros da Bipartite, presentes.
206 Fortaleza, vinte e sete de agosto de dois mil e quatro.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 14ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004

1
2
3
4
5 Aos dez dias do mês de setembro do ano dois mil e quatro, às quatorze horas, no Auditório do
6 CESAU da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta
7 Capital, Fortaleza, realizou-se a 14ª Reunião Ordinária de 2004 da Comissão Intergestores Bipartite
8 da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, Antônio Paula
9 de Menezes do NUPLA/COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC, Isabel Cristina da
10 CORES e Vera Maria Câmara Coelho da COPOS. Pela representação dos municípios
11 compareceram: Aldrovando Nery de Aguiar, da SMS de Fortaleza; Leni Lúcia Leal Nobre, do
12 COSEMS; Ana Márcia Rosa Pinto da SMS de Tianguá; Fernanda Coelho de Sá, da SMS de Crato
13 e Getúlio Barros, da SMS de Brejo Santo. Como convidados, Vera Lúcia Soares e Silva, do Polo de
14 Educação Permanente de Fortaleza; Samya Coutinho, do NUPRH/SESA; Carlile Lavor, da Escola de
15 Saúde Pública do Ceará; Carlos Henrique de Sá Macedo e Ana Virgínia da Justa, da CERES de
16 Maracanú; Lúcia Maria Menezes de Andrade, e Rosélia Maria Mesquita, da CERES de Canindé. A
17 reunião foi presidida por Dra. Vera Coelho que abriu os trabalhos pelo **Item 8 Informe Único:**
18 **Mudanças na Representação do COSEMS na CIB/CE.** Através do Ofício Nº 85 de 31 de agosto
19 de 2004 a presidente do COSEMS comunica as alterações de membros titulares e suplentes
20 representantes do componente municipal, na CIB: Representando os **Municípios de Grande Porte**,
21 Fernanda Coelho Sá, da SMS de Crato passa a titular, ficando vaga a suplência. Para os **Municípios**
22 **de Médio Porte** Ana Márcia Veras Pinto, Secretária de Saúde de Tianguá, assume como titular e
23 como suplente, Getúlio Barros, Secretário de Saúde de Brejo Santo. Quanto à representação dos
24 **Municípios de Pequeno Porte**, Rogério Teixeira Cunha de Umirim assume como titular e Olimpia
25 Maria Freire, de Aratuba ingressa como suplente. Pela paridade, Lúcia Helena Gondim, de
26 Jaguaribe, assume como titular e como suplente, Henrique Elder Alves de Araújo. Na condição de
27 suplente da Dra. Leni Lúcia, Presidente do COSEMS e vice presidente da CIB, assume a Secretária
28 de Saúde Quixadá, e vice presidente do COSEMS, Maria Ivonete Dutra Fernandes. **Item 1 –**
29 **Discussão sobre as Mudanças da Norma Operacional da Atenção à Saúde – NOAS 01/02.** Dra.
30 Vera falou das decisões no âmbito da Gestão da Atenção Básica aprovadas na reunião Tripartite do
31 dia 19 de agosto de 2004, consolidadas em minuta de Portaria Ministerial a partir das seguintes
32 alterações: I- Aumenta o valor do PAB Fixo, mínimo, que passa de R\$10,00 (dez reais) para
33 R\$13,00 (treze reais); II- Extingue os processos de habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica
34 Ampliada, pela NOAS/02, Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal
35 da NOB/96; III- Estabelece como única modalidade de habilitação de municípios, a Gestão Plena
36 do Sistema Municipal - GPSM pela NOAS/02. Informou que essas mudanças da NOAS ampliam as
37 responsabilidades e concedem prerrogativas aos municípios na gestão do Sistema de Saúde, como
38 uma forma de resgatar as competências conforme dispõe o artigo 30 da Constituição Federal. Em
39 seguida colocou, através de slides, o elenco de responsabilidades dos municípios e os pontos
40 principais das alterações pactuadas na Tripartite, os quais constam da minuta da Portaria e anexos,
41 que será oportunamente publicada pelo Ministério da Saúde: **Responsabilidades Inerentes à**
42 **Gestão da Atenção Básica :** 1- Os municípios e o DF são responsáveis pela gestão do sistema
43 municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica; 2- Os municípios e o
44 DF devem alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, como requisito para transferência
45 dos recursos da parte fixa do PAB; 3- Os procedimentos da AB da tabela SIA/SUS permanecem
46 como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais. **Responsabilidades dos**
47 **Municípios e do DF na Gestão e Execução da Atenção Básica:** a) Garantia de acesso a serviços
48 de saúde de qualidade e resolutivos na atenção básica, com território adscrito, viabilizando o
49 planejamento, a programação e a atenção à saúde descentralizados; b) Garantia da integralidade das
50 ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do
51 indivíduo no seu contexto familiar e social, englobando atividades de promoção da saúde,
52 prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência e reabilitação, assegurando atendimento
53 às urgências médicas e odontológicas; c) Humanização do atendimento com o desenvolvimento de
54 responsabilização e vínculo das equipes com a população adscrita, com estímulo ao autocuidado

55 dos indivíduos e famílias; **d)** Valorização dos profissionais de saúde por meio da garantia de
56 qualificação e da educação permanente; **e)** Estímulo à organização e participação popular e ao
57 controle social na gestão dos serviços, democratizando o conhecimento do processo saúde-doença e
58 do sistema de saúde; **f)** Execução das ações básicas de vigilância em saúde, compreendendo as
59 ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes; **g)**
60 Trabalho intersetorial visando integrar projetos sociais voltados para a promoção da saúde; **h)**
61 Promoção da equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos
62 populacionais, buscando adequar a oferta às necessidades como princípio de justiça social,
63 ampliando o acesso de populações em situação de desigualdade respeitadas as diversidades locais;
64 **i)** Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da
65 população, e na melhoria da qualidade de vida; **j)** Assegurar os processos de integração e
66 articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema; **k)** Gerência de
67 unidades ambulatoriais próprias e das transferidas pelo estado ou pela União; **l)** Desenvolvimento
68 do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão
69 Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
70 **m)** Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento,
71 no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus
72 municípios, conforme a PPI; **n)** Desenvolvimento das atividades de: realização do cadastro,
73 contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no
74 PAB localizados em seu território e vinculados ao SUS; **o)** Operacionalização do SIA/SUS e o
75 SIAB conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação regular junto à Secretaria Estadual
76 de Saúde, dos bancos de dados nacionais; **p)** Autorização, conforme definição da CIB, das
77 internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município,
78 que continuam sendo pagos por produção de serviços; **q)** Manutenção do cadastro atualizado das
79 unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do Ministério da Saúde; **r)** Firmar o Pacto
80 dos Indicadores da Atenção Básica com o estado; **s)** Realização de avaliação permanente das ações
81 do sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente, incluindo o
82 cumprimento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica; **t)** Elaboração do Plano Municipal de
83 Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; **u)** Elaboração do Relatório
84 de Gestão anual a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; **v)** Organização e
85 gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde; **w)** Garantia da estrutura física necessária para a
86 realização das ações de atenção básica, incluindo posto de coleta laboratorial de acordo com as
87 normas técnicas do Ministério da Saúde. Apresentou os demais dispositivos da Portaria destacando
88 tópicos importantes das mudanças tais como: ●A parte fixa do PAB passa a ser uma das
89 modalidades de financiamento do conjunto dos serviços, programas e ações da atenção básica à
90 saúde; ●Revoga a exigência de habilitação dos municípios em qualquer condição de gestão para o
91 recebimento dos recursos do PAB Variável, exceto no caso daqueles que ainda não recebem
92 recursos de transferência fundo a fundo para a AB e, ●Revoga a exigência de habilitação dos
93 municípios em GPABA dos requisitos para a qualificação de regiões/microrregiões; ●Os gestores
94 estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas se for comprovado o não cumprimento
95 das responsabilidades de gestão do Sistema Municipal de Saúde/Atenção Básica. **Atribuições da**
96 **SES** ante os municípios, relativamente à gestão e execução da Atenção Básica :●Apoiar política e
97 financeiramente a gestão da Atenção Básica nos municípios; ●Promover a cooperação técnica com
98 os municípios; ●Promover a capacitação e o desenvolvimento de RH na Atenção Básica e
99 ●Realizar o acompanhamento e avaliação da Atenção Básica no seu território. Quanto ao **processo**
100 **de avaliação da gestão e execução das ações de Atenção Básica** nos municípios, ficou definido:
101 **1-** O Ministério da Saúde instituirá a responsabilização dos gestores na gestão e execução da
102 Atenção Básica e os mecanismos de avaliação, por meio do Pacto de Indicadores da AB e outros
103 instrumentos a serem estabelecidos; **2-** As SES deverão, anualmente, a partir de 2006 avaliar o
104 cumprimento das metas que deverão ser estabelecidas no documento de responsabilização; **3-**
105 Encaminhar à CIT, a partir de 2006, até o mês de abril de cada ano, a relação dos municípios que
106 não cumprirem as metas pactuadas para o ano anterior. Antes das discussões fez uma abordagem
107 geral das mudanças apresentadas, esclarecendo que com a extinção das habilitações em GPAB e
108 GPABA acaba a exigência de vinculação do modelo de organização com os níveis de gestão dos

109 municípios. Assim como não existe mais a exigência de organização dos Serviços da Atenção
110 Básica pela lógica do PSF. Destaca a importância da mudança de comportamento dos gestores ante
111 o cumprimento das responsabilidades, agora ampliadas e sem exigências normativas, e acrescenta
112 que isso será um grande desafio para a gestão do Sistema Municipal. Chamou atenção para as
113 prerrogativas atribuídas aos municípios para a organização das ações de Atenção Básicas e para o
114 desenvolvimento das atividades de contratação e pagamento a prestadores de serviços contidos no
115 PAB, localizados em seu território e vinculados ao SUS. Comentou sobre a decisão da CIT de
116 retirar a intermediação da CIB do processo de avaliação do cumprimento das metas do Pacto da
117 Atenção Básica, e no encaminhamento à CIT da relação dos municípios que não cumprirem os
118 objetivos do pacto, conforme tratava os parágrafos 3º e 4º do artigo 8º da Minuta da Portaria, e
119 esclareceu que de acordo com a Ata da reunião da Tripartite acima referida, O CONASS teria
120 proposto a alteração do artigo, no sentido de envolver às Secretarias Estaduais no processo de
121 avaliação da gestão do município. Informou que a Minuta da Portaria está disponível na Internet, no
122 site da Comissão Intergestores Tripartite, onde constam também os itens da NOAS e da NOB/96
123 que foram revogados incluindo os que se referem às vinculações do nível de gestão com a estrutura
124 de organização, e os itens da IN nº 01 de 2003, anexa à Portaria nº 385 de 04/04/03, que se referem
125 às responsabilidades de municípios em GPABA. **Dr. Aldrovando** comenta que a legislação federal
126 amarra em normas federais, decisões que devem ser tomadas pelos municípios e enfatiza que a
127 NOAS, ao limitar a ação dos gestores municipais na organização dos serviços de saúde, cria uma
128 distorção ao dispositivo da CF que estabelece como competência exclusiva do executivo, a
129 organização dos órgãos de prestação de serviços públicos. **Dra. Leni** entende que essas mudanças
130 dão mais liberdade de gerência aos municípios e acenam para a possibilidade de Organizações Não
131 Governamentais assumirem a operacionalização da Atenção Básica. Dra. Vera contra argumentou
132 afirmando que a execução dessa proposta fere o Estado Brasileiro que define que ações primárias de
133 saúde são exclusivas do Estado. Houve uma discussão sobre a legalidade de contratação de pessoal
134 enfatizando-se o fato de ter sido enviado ofício do MS aos Secretários, dando prazo para a
135 regularização da situação dos profissionais do PSF e dos agentes comunitários de saúde. **Dra. Vera**
136 informou que esse assunto será debatido no dia 22 de setembro de 2004 sob a orientação de uma
137 técnica do Ministério da Saúde – Maria Helena, que deverá trazer propostas de solução do
138 problema. Voltando ao assunto das mudanças da NOAS, Dra. Vera expressou preocupação quanto
139 ao que pode acontecer com os municípios habilitados em GPSM pela NOB/96 e solicitou ao Alex
140 que procurasse esclarecer esse assunto com o MS, já que a Minuta da Portaria não faz nenhuma
141 referência sobre essa questão. Dr. Alex disse que não há motivo de preocupação pois esse é um
142 processo de transição e que até novembro deste ano deverá sair uma outra conformação que talvez
143 extinga qualquer processo de habilitação. E disse ainda que está em andamento a negociação de um
144 novo pacto que irá definir com clareza as responsabilidades dos gestores. Mesmo assim, **Dr.**
145 **Aldrovando** sugeriu que se faça uma consulta formal ao MS até para respaldar os municípios
146 diante de possíveis auditorias. **Dr. Alex** conclui que essas mudanças constituem o primeiro passo no
147 processo de desregulamentação e de racionalização da normatização do SUS, tendo como pano de
148 fundo as leis Nº 8.080, Nº 8.142 de 1990 e a Constituição Federal. A discussão do tema foi
149 encerrada com a informação de que haverá nos próximos dias um encontro na SESA com os
150 Orientadores das Células Regionais que debaterão essas mudanças e levarão as informações aos
151 municípios sobre a extinção da habilitação dos níveis de gestão da Atenção Básica e das
152 exigências a eles vinculadas, mas acrescidas do elenco de responsabilidades que lhes foram
153 atribuídas. Disse que na ocasião serão entregues as pastas contendo a documentação de habilitação
154 dos municípios em GPAB e GPABA. **Item 2 – Fluxos dos processos de Recursos e Estados e**
155 **Municípios aos Fóruns Intergestores do SUS (Portaria Nº 1.734 de 19/08/2004)** Através de
156 slides, Dra. Vera apresentou através de slides o conteúdo da Portaria GM/Nº 1.734 de 19/08/2004
157 que estabelece os fluxos dos processos de recursos de Estados e Municípios aos Fóruns
158 Intergestores do SUS. Sobre o **Fluxo para Recursos de Municípios** informa: Em caso de
159 discordância em relação a decisões da CIB, os municípios poderão encaminhar recursos em 1ª
160 (primeira) instância à própria CIB, através de exposição de motivos; e em 2ª (segunda) instância à
161 Secretaria Técnica da CIT, se permanecer a discordância em relação à decisão da CIB. O prazo para
162 análise, discussão e posicionamento sobre o assunto em plenário é de 45 (quarenta e cinco) dias

163 contados a partir da data do protocolo do recurso tanto para a CIB quanto para a CIT. Transcorrido
164 esse prazo sem apreciação do recurso pela CIB, os municípios poderão encaminhá-lo para a CIT.
165 No **Fluxo para Recursos de Estados** informa estes recorrerão à Comissão Intergestores Tripartite
166 sob dois aspectos. No primeiro, recorre à Secretaria Técnica da CIT, através de exposição de
167 motivos; no segundo, à própria CIT, caso permaneça a discordância em relação à decisão da CIT. O
168 prazo para a CIT analisar, discutir e se posicionar sobre o tema em plenário, é também de 45
169 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso. A Câmara Técnica da CIT
170 convocará o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS para: Analisar a admissibilidade do recurso;
171 Instituir o processo e enviá-lo ao plenário da CIT. Os recursos deverão ser protocolados na
172 Secretaria Técnica até 10 dias antes da reunião da CIT para que possam ser analisados pelo Grupo
173 de Trabalho. Continuando, esclarece que as entidades integrantes da CIT podem apresentar recursos
174 à Tripartite acerca de decisões tomadas na CIB, visando suspender temporariamente os efeitos
175 dessas decisões enquanto tramitam os recursos. A Portaria em questão torna sem efeito o item 69 da
176 NOAS/2002 que diz: “ as instâncias de recurso para questões relativas à implementação dessa
177 Norma são consecutivamente a CIB Estadual, Conselho Estadual, e CIT e em última instância o
178 Conselho Nacional”. Torna também sem efeito o artigo 23 da Instrução Normativa Nº 01/2003 que
179 diz: as divergências que venham ocorrer na CIB, referentes ao processo de habilitação, serão
180 resolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde e sucessivamente pela CIT e Conselho Nacional de
181 Saúde. Dra. Vera comentou sobre esses dois últimos pontos, estranhando a aceitação dos Conselhos
182 Estaduais e CNS de serem excluído como instância de decisão de recursos referentes à
183 operacionalização do SUS em Estados e Municípios. Dr. Alex informou que essa decisão resultara
184 de 4 meses de discussão da qual teriam saído três versões para o fluxo. Um deles já existente
185 anteriormente teria a seguinte sucessão de passos: CIB, CES, CIT e CNS. Mas esse fluxo encerrava
186 dois problemas. O 1º seria a Tripartite legislar sobre Conselhos Nacional e o outro seria o de um
187 colegiado de gestores anular decisão de um órgão deliberativo, no caso, o Conselho Estadual de
188 Saúde. Disse que outra sugestão seria separar os recursos por assuntos, através do GTG que os
189 encaminharia para a CIT ou os devolveria aos Conselhos Estaduais de acordo com a pertinência do
190 assunto .mas este também cairia na dificuldade com relação ao passo seguinte. Por isso prevaleceu a
191 proposta de se retirar a prerrogativa da CIT de legislar para os Conselhos, deixando que esses
192 Colegiados julguem se é pertinente a sua participação no fluxo. Nesse caso, haveria uma
193 repactuação da proposta a partir do Conselho Nacional. **Item 3 – Apresentação de Projetos para**
194 **ampliação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade.** Dra. Lilian
195 informou estar de posse dos projetos de Cascavel e Tianguá. Sobre o de Cascavel, que se trata de
196 ampliação de procedimentos, afirmou que o mesmo passou pela avaliação final do Núcleo de
197 Auditoria da SESA, estando de acordo com as exigências e critérios estabelecidos pela Portaria Nº
198 1372 de 14 de julho de 2004. Disse que o incremento financeiro proposto está compatível com a
199 meta física programada. Não consta reprogramação dos procedimentos do Mutirão Nacional, mas
200 foi incluído um procedimento novo, no caso, cirurgia de varizes, que o município não realizava, e
201 que está fora do elenco ampliado, proposto pelo Ministério da Saúde, mas informou que o
202 município apresentou justificativa e que se a mesma for aprovada pela Bipartite poderá ser
203 encaminhada para a SAS, já que a inclusão fora do elenco está previsto na citada Portaria. Sobre o
204 projeto de Tianguá afirmou que também atende os critérios e exigências da Portaria. Inclui os
205 procedimentos, histerectomia e exérese de tumor, que não constam da relação anexa à Portaria Nº
206 1372, mas precisa de justificativa, e de corrigir o cálculo da população pela do IBGE para 2003.
207 Contudo, assegurou que após sanadas essas duas questões o Projeto de Tianguá estará apto a ser
208 enviado ao Ministério da Saúde, como está o de Cascavel. Concluiu solicitando a aprovação dos
209 Projetos apresentados já que as pendências do de Tianguá são fáceis de serem resolvidas. A **CIB**
210 aprovou os projetos de Ampliação de Procedimentos de Cirurgia eletivas de Média Complexidade
211 de Cascavel e Tianguá. **Dra. Leni** observou que o processo de execução dessa política está muito
212 lento, que o tempo já se faz escasso e solicitou aos orientadores de CERES para ajudarem os
213 municípios na elaboração desses trabalhos, inclusive da justificativa. Nesse sentido, Dra. Vera
214 comentou sobre mensagem do Ministério em que este reclama da pouca adesão dos municípios a
215 Política dos Procedimentos de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade, cujo recurso está
216 disponível mas a utilização está muito pequena e por isso estaria solicitando às Comissões

217 Intergestores Bipartite empenho na agilização desse processo. Lembrou também ao COSEMS que o
218 MS também está chamando atenção para o número muito pequeno de municípios com adesão à
219 política dos Centros Especializados de Odontologia. Disse que apenas os municípios de Quixelô e
220 Itaitinga apresentaram os seus projetos na CIB, e afirmou não pode dar ad referendum porque o
221 projeto precisa passar por avaliação técnica. Com vistas à agilização dos projetos das Cirurgias
222 Eletivas ficou acertado que os processos que forem chegando serão analisados pela COVAC e
223 aprovados por ad-referendum da CIB. Quanto aos projetos dos CEO, ficou acertado que o que for
224 instalado em município sede de microrregião a SESA encaminhará com parecer favorável, por ad
225 referendum da CIB. Os demais esperarão a próxima reunião da Bipartite. **Item 4 – Proposta do**
226 **Curso Técnico para os Agentes Comunitários de Saúde da Escola de Saúde Pública** Antes da
227 apresentação do item Dra.Vera esclareceu que a proposta do Curso Técnico para os Agentes
228 Comunitários de Saúde, da Escola de Saúde Pública do Ceará, teria sido trabalhada pela ESP através
229 de acordo dessa instituição com o Ministério da Saúde. Afirmou que a proposta do referido Curso
230 não teria passado pelo processo de discussão nos Pólos de Educação Permanente, mas fora
231 apresentada aos quatro PEPS com vistas à aprovação do projeto pelos Pólos, vez que, para efeito de
232 liberação de recursos, a UNESCO estaria exigindo que os projetos fossem aprovados pelos
233 Colegiados dos Pólos de Educação Permanente e pelas instâncias Bipartite e Conselhos Estaduais
234 de Saúde. Foi informada pelas Secretárias Executivas dos Pólos que em Sobral e Crato não houve
235 muita resistência à proposta da ESP mas nos pólos de Fortaleza e Quixadá só foi aceita a 1ª parte da
236 capacitação. Em seguida colocou a questão de como a CIB pode aprovar um projeto que não foi
237 acordado por todos os Pólos de Educação Permanente de forma integral. Passou a palavra ao Dr.
238 Carlille Lavor, técnico da ESP, que cumprimentou os presentes e expressou sua satisfação em estar
239 participando daquela assembléia. Iniciou a apresentação citando a Lei Nº 10.507 de 10 de julho de
240 2002 que regulamentou a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde e fez um apanhado de
241 todos os momentos que antecederam a formulação do projeto e a sua aprovação pelo MS. Falou dos
242 eventos que trataram de questões relacionadas com o Curso, como a reunião de Secretários de
243 Saúde do Nordeste, no Ceará, onde foi apresentado o Curso Técnico de Agentes Comunitários de
244 Saúde que estava sendo realizado em Sobral e as reuniões em nível nacional onde foram definidas
245 as competências do ACS e a formatação do curso. Disse que em novembro de 2003 as
246 competências foram colocadas no site do MS para consulta pública, tendo sido apuradas mais de
247 600 propostas de modificação que foram juntas e com esse trabalho se chegou a um consenso em
248 todo o Brasil. Disse que o Curso foi formatado inicialmente com 320 horas a um custo de
249 R\$150,00/ACS e que a proposta teria sido discutida em todas as Células Regionais entre outubro e
250 novembro de 2003 e na reunião de maio em Brasília com a participação de uma pessoa de cada
251 Pólo. Posteriormente o MS evoluiu a carga horária para 1200 horas e incluiu o Curso Técnico para
252 Agentes da Saúde na proposta de Formação Técnica em Itinerário, passando o custo por ACS a R\$
253 1.200,00 mas que o 1º curso será de 400 horas devendo os participantes ter o 2º grau de
254 escolaridade. Disse que no Ceará 60% dos ACS tem esse nível de escolaridade. Disse que em julho
255 de 2004 foi encaminhado ao MS a relação dos 10.818 ACS divididos por turma, a seleção dos 96
256 professores e 18 coordenadores, o projeto pedagógico e o orçamento, cujo montante é de
257 R\$4.327.200,00 (quatro milhões, trezentos e vinte e sete mil e duzentos reais). Em seguida
258 apresentou os 4 manuais que contém a proposta detalhada do Curso, elaborados pela ESP, e um kit
259 composto de cinco manuais denominado “Família Brasileira Fortalecida” doado pelo UNICEF e
260 que já foi incorporado ao Curso. Disse que o 1º módulo está pronto, está negociado com o
261 Ministério e que a ESP programou iniciar o 1º Módulo com a metade da turma, ficando a outra
262 metade na dependência da liberação do recurso, o envio das Atas dos Pólos, a decisão da CIB e a
263 do CESAU. Abertas as discussões **Dra. Ana Márcia** perguntou como ficaria o Curso diante da
264 exigência da legalização trabalhista dos ACS através de concurso público. Dr. Carlille afirmou que o
265 Curso é o caminho para a realização de concurso já que o mesmo define as competências. **Dra.**
266 **Isabel** da CORES informa que a Procuradora do Trabalho da Regional do Ceará, Dra. Ileana,
267 acordou com o Estado o reconhecimento do processo de seleção dos ACS como concurso público
268 até 02 de fevereiro de 2004. **Alex** colocou dois pontos para reflexão o primeiro é que com a
269 formação de nível técnico, o ACS não se contentará com o salário que recebe atualmente e o
270 Ministério ainda não tem uma posição concreta de como resolver essa situação o segundo se

271 relaciona com uma discussão havida entre o MS e o Procurador do Ministério do Trabalho em que
272 este último se mostrou bastante intransigente com relação ao cumprimento das leis trabalhistas e
273 com prazos definidos para a regularização e diz que ficou satisfeito com a informação da Dra. Isabel
274 sobre o acordo da Procuradora do Trabalho. **Dra. Carmem** diz que a Procuradoria do Trabalho no
275 Estado do Ceará continua aceitando o acordo mesmo fora do prazo, mas os Agentes de Saúde não
276 aceitam vínculo com os municípios. **Dra. Vera** reforça que a posição do Governador é de que haja
277 concurso público e que o Estado irá tomar as providências para a sua realização. Chamou atenção
278 para o artigo 18 da Lei de Responsabilidade Fiscal, no que diz respeito à transferência de recursos
279 federais que possam ser utilizados com pagamento de pessoal, desde que não seja transferência de
280 produção, e mantendo o percentual de participação dos municípios, já que esse percentual não se
281 refere apenas às receitas próprias. Voltou à discussão sobre a aprovação da proposta e colocou que
282 como houve o consenso dos PEPS de Fortaleza e Quixadá em acatar o 1º módulo, e que Sobral e
283 Crato não especificaram até que ponto foi acatado, e considerando a informação do Dr. Carlile de
284 que os recursos disponíveis são para o 1º Módulo, colocou a aprovação do Curso à consideração da
285 Bipartite, fazendo antes uma síntese das principais informações como conteúdo, valor do módulo,
286 quantidade de municípios e o número de agentes a serem beneficiados, sugerindo a aprovação
287 apenas do 1º Módulo. A **CIB** aprovou o 1º Módulo do Curso Técnico de Agentes Comunitários de
288 Saúde, da Escola de Saúde Pública do Ceará, e definiu que os demais módulos deverão ser
289 discutidos nos Pólos de Educação Permanente do Estado do Ceará, antes de serem submetidos à
290 Comissão Intergestores Bipartite. **Item 5 Apresentação do Projeto de Educação Permanente do**
291 **Pólo de Crato** – A apresentação do item foi feita pela Secretária Executiva do Pólo de Educação
292 Permanente de Crato, Vera Lúcia Soares que informou que os cursos partiram de demandas dos
293 municípios, apuradas em 5 reuniões em que foram selecionados aproximadamente 60 cursos. Disse
294 que esses foram classificados por grau de prioridade: baixa, média e alta e apresentou os cursos de
295 alta prioridade para realização no período de 2004 a 2005, com recursos do Pólo: 1-Curso Básico
296 em Saúde da Família, 2-Curso de Atualização na Atenção Integrada às doenças equivalentes na
297 Infância, 3-Curso de Saúde do Idoso e 4-Capacitação em Atenção Primária. O Custo total é de R\$
298 459.648,23 (quatrocentos e cinquenta e nove mil, seiscentos e quarenta e oito reais e vinte e três
299 centavos) e serão ministrados pela Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, Escola de Saúde
300 Pública do Ceará, URCA e Faculdade de Medicina do Cariri. Com recursos extra polo, o Curso de
301 Técnico de Enfermagem, o de Técnico de Higiene Bucal e o de Infraestrutura para a Secretaria do
302 Pólo, no valor total de R\$ 1.451.413,90 (um milhão, quatrocentos e cinquenta e um mil,
303 quatrocentos e treze reais e noventa centavos). A CIB aprovou todos os Projetos do Pólo de
304 Educação Permanente em Saúde do Crato. **Item 6 – Cadastramento do CAPS de Juazeiro do**
305 **Norte**. Dra. Vera apresentou a proposta de Cadastramento do Centro de Atenção Psicossocial
306 Alcool e Drogas do município de Juazeiro do Norte com os pareceres favoráveis da Coordenação de
307 Saúde Mental da SESA e relatórios de supervisão da Vigilância Sanitária e Alvará de
308 Funcionamento, que consideram o Serviço apto ao desenvolver as atividades a que se propõe de
309 acordo com as normas estabelecidas. Lembrou a existência de vaga para CAPS AD no Estado e
310 colocou o pleito à consideração da CIB que aprovou sem restrições, o cadastramento do CAPS AD
311 II do município de Juazeiro do Norte. **Item 7 – Qualificação de Equipes no âmbito do PSF** - Dra.
312 Vera colocou aos membros da Bipartite o pleito de qualificação de Equipes de Saúde Bucal dos
313 seguintes municípios: Tianguá uma equipe, Tamboril, duas equipes e Granjeiro, uma equipe,
314 totalizando quatro novas equipes de saúde bucal, todas na modalidade I. A CIB aprovou as
315 qualificações propostas neste item. Nada mais havendo a tratar foi encerrada a reunião e eu Célia
316 Fonseca lavrei a Ata que vai assinada pelos presentes. Fortaleza, 10 de setembro de 2004.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 15ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004**
3
4

5 Aos oito dias do mês de outubro do ano dois mil e quatro, às quatorze horas, no Auditório Valdir
6 Arcoverde da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta
7 Capital, Fortaleza, realizou-se a 15ª Reunião Ordinária de 2004 da Comissão Intergestores Bipartite
8 da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, Ismênia
9 Barreto Ramos e Antônio Paula de Menezes do NUPLA/COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão da
10 COVAC; Isabel Cristina da CORES; Francisco Holanda da CODAS e Vera Maria Câmara Coelho
11 da COPOS. Pela representação dos municípios compareceram: Aldrovando Nery de Aguiar, da
12 SMS de Fortaleza; Leni Lúcia Leal Nobre, do COSEMS; Lúcia Helena Gondim Castro da SMS de
13 Jaguaribe; Fernanda Coelho de Sá, da SMS de Crato; Rogério Teixeira da SMS de Umirim e
14 Getúlio Barros, da SMS de Brejo Santo. Como convidados, Liana Perdigão Melo do LACEN;
15 Telma Alves do NUNAS; Francisco Ednaldo de Cascavel; Maria de Lourdes Coêlho da CERES do
16 Crato; Maria Verônica Sales de Paracuru; Benedita de Oliveira da CERES de Quixadá; Estela
17 Lopes da CERES de Juazeiro; Joseana Lima do COSEMS; Sílvia Regina Sales da SMS de
18 Banabuiú; Arnaldo Pereira da Silva da SMS de Araripe; Maria Dilma da SMS de Sobral; Léa Maria
19 Bezerra de Menezes do NUNAS; Maria Eudésia Barbosa da SMS de Gal. Sampaio; Israel
20 Guimarães Peixoto da CERES de Russas, Ângelo Leite Nóbrega da SMS de Marco; Antônio
21 Vasconcelos de Maranguape; Rosana Santiago da SMS de Capistrano e Luis Odorico Andrade do
22 CONASEMS. A reunião foi presidida por Dra. Vera Coelho que abriu os trabalhos com a
23 apresentação dos informes, sendo o **1º Informe: Situação Atual do Pacto de Gestão** apresentado
24 pelo presidente do CONASEMS, Dr. Odorico Andrade que falou da importância das últimas
25 eleições no processo democrático do país e na peculiaridade de estrutura federativa do Brasil, única
26 dentre os demais países. Nesse contexto colocou a atual situação do Pacto de Gestão, afirmando que
27 as novas regras constituem o caminho para o fortalecimento da gestão municipal, e destacou entre
28 as mesmas, a Política dos Hospitais de Pequeno Porte, as mudanças na habilitação de municípios e
29 a responsabilização destes na gestão da Atenção Básica, enfatizando ainda, a certificação e a
30 contratualização de Hospitais Universitários. Disse que o Pacto de Gestão está evoluindo para a
31 definição de três objetivos: a) Redução das diversas formas de financiamento dos serviços,
32 eliminando a fragmentação da atual sistemática de pagamento; b) Construção um sistema com base
33 na política de saúde que garanta a cidadania e c) Responsabilização sanitária, a partir da política de
34 medicamentos tendo em vista a crescente demanda dos pacientes. Concluiu, sugerindo que os
35 municípios criem mecanismos para o uso constante do Portal do CONASEMS. Dra. Vera Coelho
36 prosseguiu com os demais informes da pauta. **2º Informe – Aumento do PAB Fixo, conforme**
37 **Portaria Nº 2024/GM de 23/09/2004** – Informou que de acordo com a Portaria Nº 2024 de
38 23/09/2004, o Ministro da Saúde fixa em R\$13,00 (treze reais) por habitante ano, o valor mínimo da
39 Parte fixa do Piso da Atenção Básica – PAB e em R\$18,00 (dezoito reais) o valor máximo, para
40 efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde para os
41 municípios e Distrito Federal. Acrescenta que ficará mantido o valor per capita dos municípios que
42 recebem atualmente PAB ou Piso da Atenção Básica Ampliada – PAB-A, superior a R\$13,00 (treze
43 reais). **3º Informe – Novos Tetos da parte fixa do PAB dos municípios** - Citou a Portaria
44 Ministerial Nº 2025/GM de 23/09/2004 que divulga em Anexo os valores anuais e mensais da parte
45 fixa do Piso da Atenção Básica – PAB por município, utilizando a estimativa da população para
46 estados e municípios relativa ao ano de 2003 divulgada pelo IBGE. Informa ainda que para cada
47 um dos municípios constantes do citado Anexo foi somada a população assentada entre os anos
48 2000 e 2003, conforme fora publicado em anexo da Portaria nº 1432/GM de 14 de julho de 2004,
49 tendo como referência a “Relação de Municípios com População Assentada pelo Ministério do
50 Desenvolvimento Agrário entre os anos 2000 e 2003”. **4º Informe – Responsabilidades dos**
51 **municípios na gestão, organização, execução das ações de atenção básica (Portaria Nº**
52 **2023/GM de 23/09/2004)** Vera informou que a Portaria acima citada oficializa as decisões da
53 Comissão Intergestores Tripartite na reunião do dia 19 de agosto de 2004, ao definir que os
54 municípios e o DF sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e

55 na execução das ações de atenção básica, sem prejuízo das competências definidas na Lei 8.080 de
56 1990, e cessa o processo de habilitação de municípios em GPAB-A conforme a NOAS SUS/2002
57 extinguindo ao mesmo tempo a condição de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do
58 Sistema Municipal, conferidas aos municípios que cumpriram os requisitos da NOB SUS 01/96 e
59 Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada aos que se habilitaram pela NOAS SUS/2002. Os
60 demais dispositivos da Portaria já haviam sido citados em reunião anterior, assim como a relação
61 das responsabilidades dos gestores municipais, constantes do anexo da Portaria de que trata este
62 informe. **5º Informe – Reeditada a Portaria nº 1.570 29/07 de 2004 que trata da normatização**
63 **dos CEO.** Comunicou que a Portaria nº 1570 publicada em 29 de julho de 2004 que estabelece
64 critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidade
65 Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias fora reeditada em 15 de setembro de
66 2004, conforme informativo do CONASS nº 91 de 2004 que destaca, entre outras orientações
67 contidas da referida Portaria, a de que “O gestor municipal e estadual, interessado em implantar
68 CEO ou LPDR ou em credenciar alguma unidade de saúde com o serviço e classificação
69 relacionados, deverá apresentar sua proposta à Comissão Intergestores Bipartite – CIB do
70 respectivo Estado”. **6º Informe – Normas de Eleaboração de Projetos para a Realização de**
71 **Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade. (Portaria SAS/ nº 501 de**
72 **17/09/2004** Citou a Portaria SAS Nº 501 de 17 de setembro de 2004 que aprova as normas gerais e
73 o roteiro para a elaboração dos projetos referentes à realização de procedimentos cirúrgicos eletivos
74 de média complexidade e estabelece que as Secretarias Estaduais e os Municípios em GPSM devem
75 observar o artigo 9º da Portaria GM/MS nº 1372/04 quanto ao envio ao MS dos projetos para a
76 realização de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, e outras providências
77 necessárias à sua integração à Rede de Atenção à Saúde, à definição dos fluxos assistenciais,
78 mecanismos de referência e contra-referência e à articulação com os demais serviços ambulatoriais
79 e hospitalares disponíveis no Estado. **Item 1 – Proposta de Organização da Rede Cearense para**
80 **o diagnóstico da infecção pelo HIV e qualificação do Estado e dos municípios de Sobral,**
81 **Fortaleza, Aracati.** A Diretora do Lacen, Liana Perdigão apresentou a proposta para a distribuição
82 dos exames necessários ao diagnóstico da infecção pelo HIV para a rede do Estado, cujo
83 quantitativo foi calculado na proporção anual de 17 pessoas testadas a cada mil habitantes,
84 conforme estabelecido pelo MS através da Portaria Nº 2.458 de 29/12/2003. Para o exame Elisa foi
85 apresentada a seguinte distribuição: Município de Fortaleza, 38.350; Município de Cascavel, 1.000;
86 MR de Sobral, 10.000; MR de Aracati, 2.000; MR de Acaraú, 3.000; LACEN, 57.345; Laboratório
87 Regional de Juazeiro do Norte, 6.000; Laboratório Regional do Crato, 5.000; Laboratório Regional
88 de Senador Pompeu, 4.500; Laboratório Regional de Icó, 2.800 e Laboratório Regional de Tauá,
89 1.800, num total de 131.800 exames, correspondendo ao recurso financeiro de R\$ 1.318.000,00 (um
90 milhão, trezentos e dezoito mil reais). Mostrou que esses números ficaram abaixo dos limites
91 fixados pelo Ministério da Saúde, para o Estado do Ceará, que foram de 143.140 exames e valor de
92 R\$ 1.431.400,00 e explicou que a diferença corresponde aos exames previstos para 54 municípios
93 que não aderiram à Proposta de organização da Rede Estadual para o diagnóstico da Infecção pelo
94 HIV. Mostrou ainda que além dos 143.140 exames de Elisa o MS definiu 12.883 exames de
95 Imunofluorescência para HIV-IFI e 2.863 para os Anti HIV - Westem Blot, num total geral de
96 158.886 exames. Por fim colocou os pontos para serem deliberados pela CIB referentes à alteração
97 da Programação dos recursos da MAC Ambulatorial 1º Nível de Referência para a realização do
98 Elisa e para os exames de Imunofluorescência para HIV-IFI e Anti HIV-Westem Blot, sendo que
99 estes últimos só serão feitos no LACEN que também deverá atender os municípios que não se
100 incluíram nessa política. Dra. Vera fez uma retrospectiva da apresentação e colocou para a plenária
101 a decisão da CIB, quando da apreciação da Proposta de qualificação do Estado do Ceará para o
102 recebimento dos recursos por meio do FAEC quando da realização dos exames em apreço, de que
103 para a reprogramação dos recursos que compõem o Teto Financeiro da Assistência (MAC), para a
104 realização do procedimento Anticorpos Anti HIV1 e HIV2 (Elisa), a dedução seria feita no grupo de
105 Patologia Clínica; e para os exames de Imunofluorescência para HIV (IFI) e Anticorpos Anti HIV
106 Westem Blot, a dedução na programação da Média Complexidade seria feita apenas nos municípios
107 com população acima de 40.000 (quarenta mil) habitantes. Comentou que a não adesão dos 54
108 municípios, seja pela inexistência de casos de infecção pelo HIV ou pelo desconhecimento dos

109 gestores da obrigatoriedade de fazer esse diagnóstico em gestantes, impede o avanço da política de
110 prevenção da AIDS, principalmente, de forma precoce, em crianças recém nascidas. Afirmou que a
111 SESA, através da Coordenação do Programa DST/AIDS se empenhou na informação aos
112 municípios sobre a adesão à essa Política e espera que gestores dos 54 municípios devem procurar a
113 Secretaria Estadual solicitando a adesão. Sem mais comentários, a **CIB/CE** aprovou a Proposta de
114 Organização da Rede Cearense para o diagnóstico da infecção pelo HIV e qualificação do Estado e
115 dos municípios de Sobral, Fortaleza, Aracati , conforme foi apresentada. **Item 2 – Situação dos**
116 **municípios frente à adesão à Política de Hospitais de Pequeno Porte** - Lilian informou que a
117 SESA ainda não recebeu qualquer informação do MS sobre a Instrução Normativa e sobre o Termo
118 de Adesão à Política de Hospitais de Pequeno Porte, e que não teria nada a acrescentar além da
119 proposta apresentada na CIB pela COVAC e em reunião com os Orientadores das Células
120 Regionais. Dra. Leni Lúcia disse que tendo em vista a possibilidade do Secretário de Saúde do
121 Estado assinar as adesões em bloco, o COSEMS teria proposto que o assunto fosse colocado em
122 pauta. Vera informou que o Estado irá incluir no orçamento de 2005 os 50% da contra partida
123 prevista na Portaria e sugeriu que o COSEMS se reúna com o Secretário Estadual para definir
124 acordo junto aos gestores de municípios que possuam hospitais de pequeno porte sobre a elaboração
125 dos projetos e a formalização dos convênios. **Item 3 – Situação Atual de Implantação do Cartão**
126 **SUS**. Dra. Lilian apresentou planilha com a situação dos 184 municípios cearenses em relação ao
127 Cartão SUS, considerando os intervalos de cobertura: (A) menor que 40%; (B) maior do que 40%
128 e menor do que 60%; (C) maior que 60% e menor que 80% e (D) maior que 80% até 100%.
129 Informou que 3 (três) municípios estão na situação (A); 19 (dezenove) estão na situação (B); (52)
130 (cinquenta e dois) na situação (C) e 110 (cento e dez) na situação (D). Chamou atenção para o caso
131 de Fortaleza, cujo cadastramento está abaixo de 40%, tendo o Dr. Aldrovando alegado que há uma
132 grande dificuldade de acessar o site do MS que está sempre fora do ar, e seguido por outros gestores
133 que enfatizaram a ocorrência do mesmo problema. Dra. Lilian entende que esse fato deva ser
134 comunicado ao Ministério da Saúde e propõe que o presidente do CONASEMS seja colocado a par
135 da questão e solicite ao MS a prorrogação do cronograma estabelecido pela Portaria N° 174 de 14
136 de maio de 2004 para identificação dos pacientes por meio do número do Cartão Nacional de
137 Saúde. Dra. Leni Lúcia coloca a necessidade de informar e sensibilizar os gestores para que dêem
138 continuidade ao processo de cadastramento e indaga sobre os recursos federais. Dra. Lilian diz que
139 os municípios assinaram o Termo de Adesão e que já foram repassados todos os recursos. Diz ainda
140 que é muito importante a força do COSEMS no encaminhamento de ofício aos municípios com
141 vistas à orientação sobre como cadastrar os usuários. **Item 4 – Apresentação do Projeto de**
142 **Ampliação de Procedimentos de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade**. Lilian falou da
143 decisão da CIB em reunião anterior de que os projetos que estivessem com parecer técnico
144 favorável seriam encaminhados ao Ministério da Saúde e aprovados por ad referendum dessa
145 Comissão. Informou que até àquela data havia recebido os projetos de Cascavel, Tianguá e Sobral,
146 já enviados ao Ministério da Saúde. Apresentou em seguida a planilha de acompanhamento dos
147 projetos dos municípios de Maranguape, Maracanú, Barbalha, Russas e Morada Nova. Explicou
148 que os de Maranguape e Barbalha estão aptos a serem encaminhados ao MS pois estão de acordo
149 com as condições e exigências da Portaria. Quanto aos projetos de Maracanaú e Russas os mesmos
150 foram devolvidos às suas origens por estarem com pendências a serem resolvidas. Sobre o de
151 Morada Nova lembrou que havia ficado decidido na CIB que o município não seria incluído na
152 Proposta Estadual, para o cumprimento da Política de Cirurgias Eletivas, por não atender a
153 condição de município Pólo exigida pela Portaria N° 1372/GM de julho de 2004. Considerando que
154 Morada Nova integra a Microrregião de Russas, sugeriu que se fizesse o ajuste do Projeto de
155 Russas, para inclusão das cirurgias eletivas propostas por Morada Nova. Houve um debate sobre o
156 assunto com algumas explicações a respeito do fluxo dos projetos, seguido de algumas observações
157 da Dra. Vera Coelho sobre os projetos já apresentados destacando a proposta de Barbalha cujas
158 metas estão muito aquém das necessidades e da capacidade de oferta do município, mesmo
159 considerando a operacionalização em 120 dias. Lembrou da responsabilidade social dos gestores em
160 não dispensar um recurso existente, e extra teto, diante da grande demanda que se encontra em fila
161 de espera para as cirurgias em questão. Sobre Morada Nova Dra. Vera explicou que o pleito daquele
162 município para passar à condição de Pólo depende de aprovação do CESAU e não consta da

163 proposta de alteração do PDR do Estado do Ceará encaminhado ao Ministério. Colocou para a
164 assembléia, duas proposições: A primeira seria de aprovar o projeto e encaminhá-lo ao MS com a
165 ressalva de que o município não é pólo mas tem capacidade de proceder as intervenções, e a
166 segunda seria de devolver o projeto ao município com a proposta de incorporação das suas
167 demandas ao projeto de Russas. Colocou a questão em discussão explicando que a primeira
168 proposição favorece a perda do referencial de critérios da organização dos serviços, além de abrir
169 precedentes para outros municípios que tem população acima de 50 mil habitantes. Após as
170 considerações da plenária, a **CIB/CE** decidiu pela incorporação da Proposta de Morada Nova no
171 Projeto de Ampliação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade de Russas,
172 garantindo a coerência com o Plano Estadual já aprovado nessa Comissão. **Item 5 – Perfil dos**
173 **dentistas para os Centros Especializados de Odontologia – CEO.** Dra. Vera Coelho esclareceu
174 que a Presidente do COSEMS teria solicitado a discussão do perfil dos dentistas dos CEO's para
175 esclarecimentos da Coordenação de Saúde Bucal da SESA sobre necessidade da especialização
176 daqueles profissionais para atenderem nos Centros Especializados de Odontologia. Dra. Lea,
177 Coordenadora Estadual de Saúde Bucal, disse que a lei que regula o exercício da profissão de
178 dentista permite que o profissional da categoria, após graduado, exerça qualquer especialidade para
179 a qual esteja apto. Afirmou que a Coordenação de Saúde Bucal havia cogitado de abrir concurso
180 público para a contratação de dentistas para os Centros Regionais Especializados em Odontologia,
181 exigindo-se prioritariamente do candidato o título de especialização, pois entende que os CEO's
182 regionais devem dar a resolutividade inexistente nos Serviços Básicos. No entanto, entende que
183 devido ao custo elevado dos cursos de especialização e a dificuldade de encontrar profissionais
184 especializados para trabalhar em municípios distantes – nem sempre o CEO regional está
185 localizado na sede da Microrregião – cumprindo carga horária de 40 horas semanais e ganhar o
186 salário proposto, poder-se-á permitir a inscrição para quem tiver cursos de atualização, de
187 aperfeiçoamento ou até mesmo a prática comprovada na especialidade por instituições, empresas
188 e/ou Convênios de Assistência Odontológica. Para os CEO's municipais esclareceu que os critérios
189 de colocação do dentista ficam a cargo do Município. A Presidente do COSEMS comentou sobre os
190 problemas que os municípios enfrentam na área da odontologia entre os quais a concepção no
191 Sistema de Saúde no Brasil de que as doenças da boca estão fora do âmbito da Medicina, e a
192 dificuldade de se especializar os profissionais da área da odontologia, considerando os elevados
193 custos desse tipo de curso. Diz que acha difícil os municípios manterem dentistas especializados
194 nos CEO's com a remuneração condizente com a exigência da titulação. Vera disse que o Estado vai
195 pagar os dentistas dos Centros Regionais e que o município pode também receber o incentivo do
196 “Brasil Sorridente”, desde que ele faça adesão a essa Política do Governo Federal. Sem mais
197 comentários da plenária a CIB passou para a discussão do item seguinte. **Item 6 –**
198 **Credenciamento de Centros Especializados em Odontologia.** Dra. Léa informou que estava de
199 posse apenas do projeto do Centro Especializado em Odontologia tipo I do município de
200 Maranguape que não teria cumprido as exigências mínimas para aprovação do credenciamento.
201 Disse que havia se comunicado com o MS para saber sobre a vistoria do CEO em apreço tendo sido
202 informada de que o fluxo mudara e com a reedição da Portaria Nº 1570/ GM de 29 de julho de
203 2004, seria atribuição da CIB aprovar o credenciamento após a vistoria e o parecer técnico da
204 SESA. Diante disso, e considerando que o CEO de Maranguape está dependendo de consultório
205 odontológico e da sala de esterilização e também do projeto de visualização com as logomarcas do
206 governo e as faixas do “Brasil Sorridente”, propôs que o projeto fosse submetido à CIB após o
207 conhecimento do relatório de supervisão da SESA. Dra. Leni solicitou que o projeto fosse
208 aprovado, vez que em 15 dias as pendências estariam resolvidas. **Lea** colocou então duas
209 alternativas: que o pleito fosse apreciado após a confirmação da resolução das pendências, ou
210 fosse aprovado pela CIB e somente enviado ao MS após o município cumprir todas as exigências
211 preconizadas na Portaria acima referida. Dra. Vera observou que a CIB deve cuidar para que as
212 decisões sejam tomadas igualmente, e que ao se abrir precedente a um município, a medida
213 deverá ser aplicada aos demais. Afirmou que antes da reedição da Portaria Nº 1570/2004 os
214 municípios poderiam encaminhar seus projetos diretamente ao MS, mas com a reedição da norma
215 os projetos tem que passar pela Bipartite após a vistoria do CEO pelos setores técnicos da SESA.
216 Assim, sugeriu não fazer a aprovação prévia pois o Estado tem que se manter seguro das condições

217 de cumprimento das responsabilidades da Equipe de Supervisão e que o município de Maranguape
218 poderá trazer o projeto, em 15 dias, para apreciação da CIB com o parecer favorável da Equipe
219 Técnica da SESA. Como a Secretária de Saúde de Maranguape insistiu na aprovação do
220 credenciamento do CEO com pendências, Vera Coelho colocou para a plenária a apreciação das
221 seguintes alternativas: 1 – Aprovar o credenciamento do CEO tipo I de Maranguape com
222 pendências a resolver; 2 – Aguardar o parecer dos técnicos da SESA para submeter o pleito à
223 apreciação da Comissão Intergestores Bipartite. Seguiu-se à manifestação de cada membro
224 presente, tendo a plenária da CIB decidido pela alternativa 2, ou seja, a maioria acordou em que o
225 projeto de credenciamento do Centro Especializado de Odontologia tipo I de Maranguape será
226 apreciado pela Comissão Intergestores Bipartite após o parecer técnico da Equipe de Controle e
227 Avaliação da SESA. **Item 7 – TRS – Autorização de Pagamento Administrativo.** Dra. Regina do
228 NUAUD/COVAC, apresentou os pedidos dos gestores de Fortaleza e Quixadá referentes a
229 pagamentos administrativos a prestadores de serviços de hemodiálise por procedimentos de TRS
230 realizados com autorização dos respectivos gestores, além do teto financeiro fixado e por serem
231 cobrados mediante APAC, não podem ser reapresentados. No caso de Fortaleza, o prestador é o
232 PRONTORIM e o débito é de R\$ 7. 944,30 (sete mil, novecentos e quarenta e quatro reais e trinta
233 centavos). A Comissão Intergestores Bipartite autorizou o gestor de Fortaleza a fazer o pagamento
234 administrativo ao PRONTORIM no valor de R\$ 7. 944,30 (sete mil, novecentos e quarenta e quatro
235 reais e trinta centavos) para saldar dívida por procedimentos de hemodiálise realizados nos meses
236 de abril e maio de 2004. O pedido de Quixadá refere-se à debitos de serviços de TRS realizados em
237 dezembro de 2003, e de janeiro a julho de 2004 e Patologia Clínica realizados de maio a dezembro
238 de 2003 e de janeiro a julho de 2004 pelo Centro de Doenças Renais e Hipertensão Arterial de
239 Quixadá. A Secretária de Saúde de Quixadá, presente, disse que, sobre os exames de patologia
240 clínica ficara decidido na CIB/MR que o débito seria dividido com os municípios, cujos pacientes
241 fizeram os exames no CDRH, e orientou os municípios a repassar as referências dos exames para
242 Quixadá, mas que nenhuma das duas medidas haviam sido cumpridas. Quanto ao pagamento dos
243 procedimentos de hemodiálise excedentes, informou que o município não tem recursos para pagar e
244 que o limite para esse procedimento em Quixadá deve ser revisto. **Dra. Vera** aconselhou o gestor a
245 encaminhar proposta de ajuste do teto da TRS de Quixadá, mas que o débito em apreço deve ser
246 pago pelo município conforme determina a norma ministerial. Afirmou ainda que se o município
247 não tem recurso para pagar de uma vez, deve negociar com o prestador, de acordo com sua
248 capacidade financeira, a forma mais viável de quitação do débito e trazer essa proposta à CIB para a
249 autorização do pagamento administrativo. **A plenária da CIB** aprovou a proposta formulada pela
250 Dra. Vera, quanto ao débito com o CDRQ relativo à Terapia Renal Substitutiva excedente, de que o
251 gestor de Quixadá deverá negociar com o Centro de Doenças Renais e Hipertensão Arterial, fazer
252 um planejamento do pagamento de acordo com as possibilidades do município e trazer o
253 cronograma de pagamento à Bipartite para autorização do pagamento administrativo e emissão da
254 Resolução correspondente. **Item 8 – Qualificação de Equipes no âmbito do PSF** - Dra. Vera
255 colocou aos membros da Bipartite o pleito de qualificação de uma (1) Equipe de Saúde da Família
256 para Guaraciaba do Norte que com essa qualificação fecha o seu quadro de necessidades de
257 Equipes de PSF. E o pleito de Viçosa do Ceará para a qualificação de uma (1) Equipe de Saúde
258 Bucal que fica com oito (8) das quatorze (14) que o município necessita. O município de Itaiçaba
259 solicita a mudança de modalidade de duas Equipes de Saúde Bucal de I para II. Considerando os
260 pareceres favoráveis do NUORG/CODAS, a **CIB** aprovou as qualificações e mudanças de
261 modalidade de equipes propostas neste item. **Item 9 – Apreciação da Planilha da Programação
262 do Pólo de Educação Permanente de Quixadá.** Antes de apresentar a Planilha da Programação do
263 Pólo de Educação Permanente de Quixadá, Dra. Vera falou que o Ministério da Saúde havia
264 informado que os projetos dos Pólos de Fortaleza, Sobral e Crato estão em fase final de avaliação, e
265 que reclamara o envio da programação do Pólo de Quixadá. Informou também, conforme fora
266 repassado pelo MS, que os problemas enfrentados pelos PEPS no Ceará, devido à pouca
267 participação dos gestores, ocorrem com maior gravidade nos outros Estados, o que mostra que de
268 um modo geral os gestores municipais não se envolveram no processo de implantação dos Pólos de
269 Educação Permanente. Em seguida apresentou a programação de cursos proposta pelo Pólo de
270 Quixadá, conforme segue: 1º) Curso de Educação Popular em Saúde - 200 vagas, para profissionais

271 de nível superior, orçado em R\$ 160.032,50 (cento e sessenta mil, trinta e dois reais e cinquenta
272 centavos); 2º) Curso de Estomoterapia - 125 vagas para enfermeiros, com orçamento de
273 R\$63.495,00 (sessenta e três mil, quatrocentos e noventa e cinco reais); 3º) Aperfeiçoamento em
274 Saúde da Família para Auxiliares de Enfermagem - 180 vagas, para auxiliares e técnicos de
275 enfermagem, no valor de R\$181.793,46 (cento e oitenta e um mil, setecentos e noventa e três reais e
276 quarenta e seis centavos); 4º) ACLS – Urgência e Emergência - para enfermeiros, 100 vagas a um
277 custo de R\$ 47.176,00 (quarenta e sete mil, cento e setenta e seis reais); 5º) Atualização em Saúde
278 da Criança – 50 vagas, para médicos e enfermeiros ao custo de R\$39.006,76 (trinta e nove mil, seis
279 reais e setenta e seis centavos); e 6º) Técnico de Enfermagem – para auxiliares de enfermagem,
280 1500 vagas, com orçamento no valor de R\$ 5.266.967,50 (cinco milhões,duzentos e sessenta e
281 cinco mil,novecentos e sessenta e sete reais e cinquenta centavos). Disse que este último curso será
282 financiado com recursos fora do teto do Pólo. Sem maiores comentários a Programação de Cursos
283 do Pólo de Educação Permanente em Saúde de Quixadá, para o período de 2005 a 2006 foi
284 aprovada pela CIB/CE. Nada mais havendo a tratar a Comissão Intergestores Bipartite encerrou a
285 reunião e eu Célia Fonseca lavrei a Ata que vai assinada pelos membros da CIB presentes.
286 Fortaleza, 08 de outubro de 2004.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 16ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004**
3
4

5 Aos vinte e nove dias do mês de outubro do ano dois mil e quatro, às quatorze horas, no Auditório
6 do CESAU, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante Barroso, 600,
7 nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 16ª Reunião Ordinária de 2004 da Comissão Intergestores
8 Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA,
9 Lilian Alves Amorim Beltrão Coordenadora da COVAC; Jurandi Frutuoso Silva, Secretário de
10 Saúde do Estado; Vera Maria Câmara Coelho Coordenadora da COPOS; Isabel Cristina Cavalcante
11 Carlos Coordenadora da CORES e Carmem Lúcia Osterno Silva, Supervisora do NUORG. Pela
12 representação dos municípios compareceram: Aldrovando Nery de Aguiar, da SMS de Fortaleza;
13 Leni Lúcia Leal Nobre, do COSEMS; Lúcia Helena Gondim Castro da SMS de Jaguaribe; Fernanda
14 Coelho de Sá, da SMS de Crato; Maria Ivonete Dutra Fernandes da SMS de Quixadá e Ana Márcia
15 Veras Pinto da SMS de Tianguá. Como convidados, Telma Alves do NUNAS; Alelia Enoe de
16 Vasconcelos da SMS de Fortaleza; Leonete Borges, do NUNAS/Adolescente; Helmo de Souza, da
17 CERES de Limoeiro do Norte; Antonio de Vasconcelos, de Maranguape; Ana Vilma Leite Braga
18 do NUNAS/Imunização; Zaira Zairusca C.Brilhante do Pólo de Educação Permanente de Fortaleza;
19 Maria da Paz Gadelha, do COSEMS, Francisco Pedro da Silva Filho, de Mombaça; Maria Ruth
20 Cavalcante de Maranguape; Maria de Fátima Freitas de Carvalho do NUNAS/Saúde Bucal;
21 Virgínia Costa da Escola de Saúde Pública e Regina Célia Ribeiro da COVAC/SESA. A reunião
22 foi presidida por Vera Coelho que leu a ordem do dia e informou que o item 4 (quatro) referente aos
23 Projetos de Ampliação da Unidade Mista de Morrinhos e da Construção de um Posto da Saúde na
24 localidade de Bom Princípio seria retirado já que fora constatado junto ao engenheiro responsável
25 pelos projetos, que os documentos não estavam prontos para apreciação da Comissão Intergestores
26 Bipartite, pois não haviam passado pelo setor de engenharia da SESA, ficando para ser incluído na
27 próxima Reunião. Em seguida, o Secretário de Saúde do Estado e Presidente da CIB Dr. Jurandi,
28 solicitou que fosse colocado em discussão, a **problemática criada por hospitais de apoio**
29 **microrregional dos municípios de Baturité e Canindé**, que passou a ser considerado o **item 1 da**
30 **pauta**. Dr. Jurandi colocou que em virtude do atraso, de dois meses, no repasse dos recursos do
31 Programa Saúde Mais Perto de Você, os hospitais de apoio microrregional de Baturité e Canindé
32 estariam deixando de atender os partos normais e encaminhando as pacientes para o Hospital Geral
33 César Cals em Fortaleza. Afirmou que tal atitude é entendida como uma forma de represália à
34 SESA e externou sua preocupação com esse procedimento, lembrando que antes do Saúde Mais
35 Perto de Você existir, os municípios já recebiam recursos federais do Sistema Único de Saúde para
36 os atendimentos materno-infantil, inclusive os partos e clínica médica. Admite que o atraso do
37 repasse é inadequado, mas que ele já estava há alguns dias tentando junto ao Governador e à
38 SEFAZ viabilizar o recurso mas ainda não havia conseguido. Pediu a plenária para discutir o caso e
39 decidir que medida deveria ser adotada. A Presidente do COSEMS se pronunciou contrária à
40 atitude dos hospitais em questão e recomendou aos gestores dos municípios prejudicados, à
41 exemplo da SMS de Maranguape, a reprogramação de suas internações, colocando o parto como
42 atendimento prioritário. Dr. Aldrovando disse que acha inadmissível que hospitais, de forma
43 irrefletida, parem o atendimento, principalmente ao parto, e acrescentou que o caso se enquadra
44 num provável movimento de greve e que o gestor local, tendo em vista o cumprimento das suas
45 responsabilidades, deveria se posicionar e tomar atitudes legais de forma a coibir esse tipo de
46 comportamento prejudicial ao Sistema Único de Saúde. Dra. Lilian concordou com a Presidente do
47 COSEMS e com o Dr. Aldrovando e chamou atenção ainda para as responsabilidades dos gestores
48 quanto aos riscos que esse tipo de transferência pode acarretar. Explicou ainda que o recurso federal
49 que é repassado regularmente aos municípios pode ser usado nessa situação emergencial. Disse que
50 está sendo elaborado um comunicado em que a SESA orienta aos hospitais pólos a usarem os
51 recursos do SIA-SIH/SUS para pagar os profissionais de saúde daquelas unidades que estão com
52 seus vencimentos atrasados em função do não cumprimento do repasse das parcelas do convênio
53 com o Estado. Disse haver consultado os setores de contabilidade e jurídico da SESA que deram o

54 parecer favorável aos termos do comunicado. Os demais membros da CIB também se manifestaram
55 contrários ao modo de proceder dos hospitais dos citados municípios, e acharam correta a sugestão
56 da Presidente do COSEMS quanto à reprogramação das internações, tendo alguns aventado a
57 possibilidade de ser aplicada alguma punição aos hospitais. Dra. Vera Coelho ponderou sobre essa
58 medida argumentado que nesse momento a abordagem cooperativa, no intuito de convencer os
59 gestores de que o caso ora apresentado vai de encontro à finalidade precípua dos hospitais que é de
60 salvar e preservar vidas, é a melhor estratégia a ser adotada pelo Estado, considerando as
61 circunstâncias de ordem técnica e normativa que envolvem a questão e sugeriu que a SESA deve se
62 amparar em decisões da CIB para a sustentação legal de medidas que se façam necessárias.
63 Sugeriu, para o caso em apreço, a emissão de um comunicado para todos os hospitais
64 recomendando que em situação semelhante deverá ser feita uma escala de atendimento
65 estabelecendo prioridade para a assistência ao parto e aconselhou que para as novas pactuações, a
66 SESA deve se posicionar frente as unidades de Canindé e Baturité incluindo o hospital público de
67 Aracoiaba, haja vistas a conduta das mesmas ora relatada. Após esses comentários a plenária da
68 **CIB** acatou as seguintes decisões: **1** – Enviar comunicado para os gestores e diretores dos Hospitais
69 de Apoio orientando que, no caso do não cumprimento do cronograma de desembolso dos recursos
70 estaduais, a direção do Hospital deverá proceder uma reprogramação dos recursos federais (SIA-
71 SIH/SUS) assegurando o pagamento dos salários dos profissionais que prestam assistência médica
72 na Unidade. Os recursos do Convênio de Cooperação entre o Estado e o estabelecimento hospitalar,
73 quando repassados, poderão ser utilizados para custeio, ou seja, para pagamento de fornecedores de
74 alimentos, medicamentos, e demais insumos necessários à prestação do serviço objeto do referido
75 convênio. **2** – Estabelecer que no caso do não cumprimento do cronograma de repasse dos
76 recursos do Tesouro do Estado e Federais, a unidade deverá fazer uma reprogramação de sua oferta,
77 definindo como prioridade o atendimento de Urgência e Emergência com destaque para a atenção
78 ao parto. **Item 2 – Proposta de Humanização de Atendimento às Vítimas de Violência**
79 **Doméstica e Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes.** Dra. Virgínia técnica da Escola de
80 Saúde Pública do Ceará iniciou a apresentação do assunto informando que o Projeto de
81 Humanização de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica e Maus-Tratos contra Crianças e
82 Adolescentes fora concebido a partir das prioridades levantadas por um grupo interinstitucional, de
83 acordo com as diretrizes do Plano Nacional, e baseadas em dados de pesquisas e dos sistemas de
84 informação existentes no Estado do Ceará, sendo definidas duas prioridades: ● Construção de
85 Banco de dados integrado para o Sistema de Informação de Acidentes e Violência, voltado para
86 análise epidemiológica e ● Realização de capacitações focalizando a violência doméstica contra
87 mulheres, crianças, adolescentes e idosos. Disse que essas prioridades serão concretizadas através
88 das seguintes Metas: 1ª) Realização de 01(um) curso de capacitação para equipes multiprofissionais
89 que atuam nos serviços de atenção às vítimas de violência intrafamiliar, doméstica e de maus-tratos
90 contra crianças e adolescentes abrangendo 06 municípios cearenses; 2ª) Realização de 01(um) curso
91 de sensibilização para 271 profissionais integrantes das 77 comissões de maus-tratos de 43
92 municípios; 3ª) Criação de um Banco de Dados para possibilitar a comunicação entre os serviços
93 da Rede de Assistência, a partir da realização de uma pesquisa para identificar fontes notificadoras
94 e informações sobre acidentes e violências. Disse que o Banco de Dados será implantado em
95 Fortaleza devido à complexidade de casos no município; o Curso de Sensibilização - será feito em
96 43 (quarenta e três) municípios que possuem Comissões de Maus-Tratos e o Curso de Capacitação
97 será realizado em Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Quixadá, Iguatu, Juazeiro do Norte e Sobral,
98 (municípios que registram o maior número de casos), para os profissionais que atuam nos serviços
99 de atendimento às vítimas de violência. Por fim informou o valor do orçamento aprovado pelo
100 Ministério da Saúde que totaliza o montante de R\$ 110.000,00 (cento e dez mil reais), sendo 78%
101 para despesas com custeio e 22% para aquisição de equipamentos. Aberto o espaço para discussão,
102 Dra. Vera observou que o projeto não contemplava o idoso, e nem evidenciava a participação dos
103 Pólos de Educação Permanente na estruturação das atividades de capacitação do Projeto. Virgínia
104 respondeu que a prioridade do projeto foi para criança e adolescente, e disse que teria usado como
105 base de cálculo para mapear os hospitais que seriam convidados, as unidades que atendem pediatria
106 e tem comissão de maus tratos, embora atendam também adultos e idosos. Afirmou ainda que a

107 capacitação vai ser dirigida para o atendimento à criança, adolescente, adulto, idoso e à mulher e
108 vai contemplar os municípios que já têm Comissões de Maus Tratos organizadas. Sobre os Pólos de
109 Educação Permanente disse o projeto prevê participação dos mesmos nas atividades de seleção e
110 divulgação e que depois de aprovado na CIB o projeto será apresentado a esses Colegiados. Dr.
111 Aldrovando questionou o fluxo de aprovação do projeto considerando que, assim como os
112 Conselhos de Saúde e a CIB, os PEPS também são fóruns de decisão do SUS e por isso acha que o
113 projeto deveria ter passado nos Pólos antes de sua apresentação na Comissão Intergestores
114 Bipartite. Dra. Vera concordou com a colocação do Dr. Aldrovando e acrescentou que apesar da
115 existência de uma estratégia para a área de capacitação a ser executada pelos Pólos de Educação
116 Permanente em Saúde, o Ministério impõe às SES um prazo para tomada de decisões sobre
117 determinados projetos que depois de prontos são levados ao conhecimento e adesão dos Pólos, o
118 que deixa a representação desses Colegiados extremamente indignada e resistente a essa forma de
119 abordagem. Sugeriu que a CIB se posicionasse no sentido de garantir que a parte operacional dos
120 projetos referente ao componente de capacitação, seja executada através dos Pólos de Educação
121 Permanente. Leonete, técnica da SESA, propôs que as Comissões de Maus-Tratos fossem
122 constituídas no âmbito do PSF, com vistas a ampliar a clientela a ser capacitada e otimizar os
123 recursos. Dra. Vera lembrou que o recurso do projeto não é suficiente para atender a essa proposta
124 mas disse que quando da apresentação desse assunto nos PEPS pode-se despertar para a
125 necessidade de se reproduzir essa capacitação na área da atenção básica. Sem mais manifestações a
126 **CIB** aprovou a Proposta de Humanização de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica e
127 Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes apresentada pela Escola de Saúde Pública do Ceará,
128 com a ressalva de que o projeto deverá ser modificado para inclusão da estratégia operacional na
129 área de capacitação com execução através dos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Ceará,
130 e com a recomendação de que o mesmo seja apresentado nos Pólos no intuito de sensibilizar esses
131 Colegiados a incluírem na programação de 2005 a capacitação para o seguimento da área Básica.

132 **Item 3– Apresentação da Proposta das Casas de Apoio para pacientes com HIV/AIDS.** Antes
133 da apresentação do item Dra. Vera informou que o Estado do Ceará, através do FECOP – Fundo
134 Estadual de Combate à Pobreza, tem alocado recursos para as Casas de Apoio para portadores de
135 HIV/Aids com vistas a viabilizar o funcionamento dessas organizações, cujo atendimento é de
136 grande importância para esses pacientes. Disse que o Estado necessita de mais parcerias para
137 possibilitar essas e outras formas de assistência, com a participação da Sociedade, e nesse sentido
138 conclamou os gestores dos municípios de grande porte e os que tem registro considerável de casos
139 de HIV/Aids a se informarem sobre essa política do Ministério da Saúde e poderem incentivar a
140 implantação desse Serviço e evitar o deslocamento de pacientes para Fortaleza e Sobral, únicos
141 locais onde existem Casas de Apoio aos portadores de HIV/Aids no Ceará. Em seguida passou a
142 palavra a Dra. Telma que citou a Portaria Nº 1.824 de setembro de 2004 que institui recursos
143 adicionais no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST destinados ao
144 financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/Aids e
145 dispõe sobre as normas relativas a esses recursos. Disse que a Portaria estabelece características e
146 pré-requisitos para as Casas de Apoio em questão, e classifica-as em Casas de Apoio Tipo 1 (para
147 pacientes assintomáticos ou no início da doença) e Tipo II (para pacientes com a sintomatologia da
148 doença e maior grau de dependência para realizar cuidados e atividades da vida diária). Disse que o
149 valor do incentivo para a Casa Tipo 1 é de R\$200,00 (duzentos reais) por acomodação/mês e as de
150 tipo 2, R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por acomodação/mês, mas que as Casas podem
151 receber recursos de outras fontes e que os recursos são passados em duodécimos na mesma conta do
152 incentivo. Informou que no Ceará foram identificadas algumas Casas de Apoio, mas apenas 3 (três)
153 se enquadram nos critérios elaborados pelo Ministério: O Centro de Convivência Madre Ana Rosa
154 Gatorno em Sobral, a Obra Social Nossa Senhora da Glória - Fazenda Esperança ou Casa de Apoio
155 Sol Nascente e Associação de Voluntários do Hospital São José, todas do Tipo 2, e com dez
156 acomodações. Disse que o valor estabelecido para o Estado do Ceará é de R\$ 340.000,00 (trezentos
157 e quarenta mil reais) mas o Estado só vai pleitear o recurso após serem expedidos os registros
158 sanitários dos estabelecimentos. Enfatizou a importância da adesão dos municípios, já que o
159 dispêndio do MS para as três casas acima citadas é de apenas R\$ 126.000,00 (cento e vinte e seis

160 mil reais) correspondentes aos 30 leitos atualmente disponíveis. Vera colocou o assunto em
161 discussão, e informou que a Associação de Voluntários do Hospital São José vai receber recurso
162 complementar do FECOP e enfatizou a importância de informar as outras duas Casas para que elas
163 pleiteem esse benefício junto a Secretaria de Ação Social. Sem mais observações a CIB aprovou a
164 Proposta da inclusão das Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/Aids, Centro de
165 Convivência Madre Ana Rosa Gatorno em Sobral, Obra Social Nossa Senhora da Glória - Fazenda
166 Esperança ou Casa de Apoio Sol Nascente e Associação de Voluntários do Hospital São José, em
167 Fortaleza, todas do tipo 2, que será encaminhada ao Ministério da Saúde, logo após a emissão do
168 registro sanitário das duas Casas de Apoio localizadas em Fortaleza. **Item 4 – Apresentação dos**
169 **Critérios para distribuição dos recursos para a Campanha de Tétano Neonatal.** Vilma,
170 técnica da área de imunização informou que no ano de 2003 a SESA teria feito o planejamento da
171 Campanha de Eliminação do Tétano Neonatal, com definição de critérios que foram estabelecidos e
172 aprovados na CIB, para a distribuição do recurso aos municípios, mas esse recurso não foi
173 repassado pelo Ministério durante todo aquele ano. Disse que somente agora o Ministério
174 comunicou o repasse do recurso e solicitou, ao mesmo tempo, o retorno das informações sobre a
175 distribuição do dinheiro. Afirmou que como não há tempo hábil para se elaborar o planejamento, a
176 SESA propõe manter os mesmos critérios, ou seja beneficiar os municípios que tem registro de
177 nascidos vivos abaixo de 1.000, e a Capital, onde se localizam os resíduos referentes ao número de
178 mulheres em idade fértil, não vacinadas. Disse que como esse resíduo aumentou, o Ministério
179 aumentou também o recurso, que em 2003 seria de R\$ 627.363,00 (seiscentos e vinte e sete mil,
180 trezentos e sessenta e três reais), para R\$ 742.621,50 (setecentos e quarenta e dois mil, seiscentos e
181 vinte um reais e cinquenta centavos), cuja distribuição proposta é: R\$ 570.130,00 (quinhentos e
182 setenta mil, cento e trinta reais) para os municípios certificados junto à Epidemiologia e Controle
183 de Doenças, com repasse ao Fundo Municipal de Saúde, e R\$ 172.491,50 (cento e setenta e dois
184 mil, quatrocentos e noventa e reais e cinquenta centavos) que serão repassados ao Fundo Estadual
185 de Saúde, para atender os municípios não certificados junto à Epidemiologia e Controle de
186 Doenças. A CIB aprovou a distribuição dos recursos destinados à Campanha de Eliminação do
187 Tétano Neonatal apresentada pela área de Imunização da SESA. Dra.Vera recomendou ao
188 COSEMS informar e esclarecer aos municípios sobre o crédito que será feito na conta do Fundo
189 Municipal de Saúde para a Campanha em apreço. **Item 5 – Credenciamento do Centro**
190 **Especializado em Odontologia dos municípios de Barbalha e Maranguape.** A técnica Sílvia,
191 dentista responsável pela Coordenação de Saúde Bucal de Maranguape pediu para expor alguns
192 dados estatísticos do atendimento do CEO de Maranguape e algumas fotos que mostram o processo
193 de reforma da área física da Unidade. Em seguida Fátima da Coordenação da Saúde Bucal do
194 Estado informou que as pendências que haviam impedido a aprovação do credenciamento do CEO
195 de Maranguape em reunião anterior da CIB já teriam sido resolvidas, conforme parecer da
196 supervisão de Saúde Bucal da SESA após vistoria realizada àquele estabelecimento. Dra. Vera
197 colocou o pleito à apreciação da plenária da CIB que sem qualquer questionamento aprovou o
198 credenciamento do Centro de Especialidades em Odontologia -Tipo 1 de Maranguape. Sobre o
199 CEO de Barbalha Fátima informou que estaria faltando o parecer da vistoria feita pelo Ministério
200 da Saúde e por isso não poderia ser apreciado. **Item 6 – Apresentação do Projeto para**
201 **manutenção da Secretaria Executiva do Pólo de Educação Permanente de Saúde em**
202 **Fortaleza.** Antes da apresentação do tema Dra.Vera esclareceu sobre questionamento a respeito de
203 possíveis mudanças de Secretários Executivos dos Pólos quando das novas administrações
204 municipais, afirmando que os gestores municipais não tem a prerrogativa de indicar os Secretários
205 Executivos dos PEPS, pois esses são eleitos pelo Colegiado que pode substituí-los quando julgar
206 conveniente. Informou que a SESA irá promover nos dias 09 e 10 de dezembro na Escola de Saúde
207 Pública, um encontro com os novos gestores da saúde, quando serão feitas várias oficinas por área
208 temática, entre as quais se inclui os Pólos de Educação Permanente em Saúde. Em seguida passou a
209 palavra a Zaira Zairusca para apresentar o Projeto de Implantação e Manutenção da Secretaria
210 Executiva do Pólo de Educação Permanente 01, localizado no município de Fortaleza. Zaira
211 informou que a instituição responsável pelo desenvolvimento e acompanhamento do projeto é o
212 Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte – SENAT e que o público alvo é constituído

213 pelos componentes do Pólo. O tempo de execução compreende o período de outubro de 2004 a
214 outubro de 2005 e o orçamento global, financiado pelo Ministério da Saúde, totaliza em R\$
215 242.075,54 (duzentos e quarenta e dois mil, setenta e cinco reais e cinquenta e quatro centavos), a
216 ser utilizado em despesas com material de consumo, material permanente, serviços de terceiros
217 (pessoa física e pessoa jurídica), passagens e diárias. Disse que o Projeto já foi aprovado pelo Pólo
218 e colocou o pleito sob apreciação da **CIB** que sem maiores observações aprovou o Projeto para
219 manutenção da Secretaria Executiva do Pólo de Educação Permanente de Saúde em Fortaleza. **Item**
220 **7 – Apresentação do Projeto para Ampliação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média**
221 **Complexidade de Quixeramobim.** Dra. Regina da COVAC explicou que o Ceará foi um dos
222 primeiros estados a encaminhar projetos para ampliação de procedimentos cirúrgico eletivos de
223 Média Complexidade e que após o envio dos projetos de Sobral, Cascavel e Tianguá, o MS
224 publicou a Portaria nº501/04 alterando as normas de elaboração dos projetos em que passava a
225 exigir um cronograma de desembolso mensal e por isso devolveu os projetos dos referidos
226 municípios que já resolveram a pendência. Disse que o projeto de Quixeramobim preenchia todos
227 os requisitos anteriores à Portaria 501, e portanto não traz o cronograma de execução físico-
228 financeira. Dessa forma entende que não se deve enviar o pleito ao Ministério sem esse requisito,
229 mas propôs à CIB a aprovação do Projeto e que a inclusão do cronograma seja solicitada ao
230 Secretário de Saúde do Município, sem que haja necessidade do projeto passar na CIB outra vez. A
231 plenária da **CIB** acatou a proposta da COVAC e aprovou o Projeto de Ampliação de Procedimentos
232 Cirúrgico Eletivos de Média Complexidade de Quixeramobim, com a ressalva de que a Resolução
233 só será emitida após a inclusão do cronograma exigido pelo Ministério. **Item 8 – Qualificação de**
234 **Equipes no âmbito do PSF** - Dra. Vera colocou aos membros da Bipartite os pedidos de
235 qualificação de uma (1) Equipe de Saúde da Família para Pentecoste, de uma (1) Equipe de Saúde
236 Bucal para Camocim e duas (2) para Hidrolândia e o pedido de Mudança de Modalidade de uma
237 (1) Equipe de Saúde Bucal I para II do município de Fortim. Considerando os pareceres favoráveis
238 do NUORG/CODAS, a **CIB** aprovou as qualificações de Equipe de Saúde da Família, Equipes de
239 Saúde Bucal e Mudança de Modalidade de uma Equipe de Saúde Bucal propostas neste item. Nada
240 mais havendo a tratar a Comissão Intergestores Bipartite encerrou a reunião e eu Célia Fonseca
241 lavrei a Ata que vai assinada pelos membros da CIB presentes. Fortaleza, vinte e nove de outubro
242 de dois mil e quatro.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 17ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004**
3
4
5

6 Aos doze dias do mês de novembro do ano dois mil e quatro, às oito horas, no Auditório do
7 CESAU da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante Barroso, 600,
8 nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 17ª Reunião Ordinária de 2004 da Comissão Intergestores
9 Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA,
10 Jurandi Frutuoso Silva, Secretário Estadual de Saúde e Presidente da CIB; Vera Maria Câmara
11 Coelho, da COPOS; Ismênia Barreto Ramos e Antônio Paula de Menezes do NUPLA/COPOS;
12 Lilian Alves Amorim Beltrão da COVAC; Carmem Osterno e Francisco Holanda, da CODAS.
13 Pela representação dos municípios compareceram: Aldrovando Nery de Aguiar, da SMS de
14 Fortaleza; Leni Lúcia Leal Nobre, do COSEMS; Ivonete Dutra da SMS de Quixadá; Lúcia
15 Helena Gondim Castro da SMS de Jaguaribe; Fernanda Coelho de Sá, da SMS de Crato; Rogério
16 Teixeira da SMS de Umirim e José Neto, da SMS de Horizonte. Como convidados, Israel
17 Guimarães, da CERES de Russas; Maria de Fátima Freitas de Carvalho, do NUNAS; Francisco
18 Ednaldo de Cascavel; José Wilmar B. Sabóia de Arcoiaba; Emirene, do Centro de Doenças
19 Renais de Quixadá; Nicanor Gurgel Filho, da SMS de Fortaleza; Luiza de Marilac e Antônio
20 Rodrigues de Sousa, do serviço de hemodiálise de Russas; Sílvio Regina da SMS de Banabuiú;
21 Ana Virgínia Justa, da 3ª CERES; Nancy Costa de Oliveira, de Maranguape; Maria Eudósia
22 Barbosa, da SMS de Gal. Sampaio; José Wellington Rios Vital da SMS de Trairi. Eliezita Moura
23 da SMS de Itapajé; Joseana Lima do COSEMS; Ruth Jorge da APPECSC; João Helosmam P. de
24 Sousa SMS de Guaramiranga e Luis Odorico Andrade, do CONASEMS. A reunião foi presidida
25 por Dra. Vera Coelho que abriu os trabalhos fazendo esclarecimentos sobre o acréscimo à pauta
26 de 2 (dois) itens, sendo um referente ao Credenciamento de Centros de Especialidades
27 Odontológicas e o outro a Projetos para Ampliação de Cirurgias Eletivas de Média
28 Complexidade, considerando o compromisso da CIB de colocar os referidos pleitos em pauta,
29 desde que os mesmos estejam com pareceres favoráveis dos setores competentes da SESA, para
30 não retardar o desenvolvimento desses projetos nos municípios. Em seguida anunciou o **Item 1**
31 **de pauta que seria a apresentação da Proposta Preliminar do Pacto de Gestão do SUS.**
32 Disse que em função da possível saída do Dr. Gastão da Secretaria Executiva do MS, que estava
33 à frente da elaboração da proposta do Pacto de Gestão e reformulação das normas de
34 regionalização, seria possível que houvesse alteração na base conceitual da proposta e sugeriu o
35 adiamento da apresentação do tema para o momento conveniente. **Item 2 - Apresentação da**
36 **Nova Versão do SIM/SINASC – Construção do Indicador de Mortalidade Geral do Estado**
37 **do Ceará.** Dr. Eduardo, técnico da Célula de Informação do Núcleo de Epidemiologia mostrou
38 o trabalho realizado pela SESA no sentido de utilizar como base de cálculo da Taxa de
39 Mortalidade Infantil, o Sistema de Informação de Mortalidade -SIM e o Sistema de Informação
40 de Nascidos Vivos –SINASC, em substituição ao SIAB, que foi utilizado até o ano 2002 para o
41 cálculo do indicador de mortalidade infantil do Estado do Ceará. Explicitou as razões para a
42 mudança em questão destacando, a não aceitação pelo MS dos índices do SIAB face à baixa
43 cobertura do PACS/PSF e à fragilidade da coleta da informação, e chamou a atenção para a
44 grande defasagem dos dados de óbitos no Ceará em comparação com os números encontrados a
45 partir do coeficiente de mortalidade e de natalidade, em torno de 7,51 e 26,99, respectivamente,
46 estabelecidos pela RIPSAs para o Estado do Ceará referente a 2003. Falou sobre a metodologia e
47 estratégias adotadas na realização do trabalho e apresentou os índices de Mortalidade Infantil do
48 Ceará, para todos os municípios do Estado comparando os dados do SIM/SINASC, com os do
49 SIAB, ficando a TMI do Ceará para menores de 1 ano, em 24,51% pelo SIM /SINASC e em
50 22,3% pelo SIAB. Disse que esse resultado só será disponibilizado quando o MS permitir mas
51 afirmou que o Núcleo de Epidemiologia é capaz de utilizar esses Sistemas como base para os
52 indicadores de mortalidade infantil do Ceará e diz que a SESA já tem cobertura para fazer essa
53 avaliação. Afirmou que o Núcleo de Epidemiologia do Ceará contesta os coeficientes definidos
54 pela RIPSAs que preconiza a taxa de Mortalidade Infantil do Ceará em 34,2% e se colocou à

55 disposição dos presentes para demais esclarecimentos. **Dra. Vera** colocou o assunto em
56 discussão comentando sobre a diferença entre os dados obtidos através do SIM/SINASC e os
57 identificados pelo SIAB, e chamou a atenção para a necessidade dos municípios melhorarem a
58 qualidade dos registros do SIM e do SINASC, já que esses Sistemas serão doravante utilizados
59 como fonte de verificação dos indicadores de mortalidade geral do Estado do Ceará, para que a
60 SESA possa discutir com o MS a definição de uma taxa de mortalidade e um quantitativo de
61 nascidos vivos compatíveis com a realidade epidemiológica do Estado. Propôs também a
62 realização de um movimento para sensibilizar os profissionais médicos para a melhoria da
63 abordagem diagnóstica nos atestados de óbito, destacando o fato de que as taxas identificadas
64 pelo SIAB mostram uma realidade que não é acatada pelo Ministério da Saúde, enquanto os
65 dados baseados no SIM/SINASC dão a falsa impressão de que está aumentando o número de
66 óbitos de crianças menores de 1 ano e que isso pode causar problemas com relação ao Selo
67 UNICEF de alguns municípios. Reafirma a importância do Estado deixar de usar os dados do
68 SIAB como formador de indicadores já que os dados oficiais de mortalidade e de nascidos vivos
69 são oriundos da base de dados do SIM/ SINASC. **Dr. Jurandi** entende que essa questão tem de
70 ser resolvida pelos motivos já abordados, e disse que já colocou a situação para o Governador
71 que consentiu com a mudança e quer a divulgação dos dados reais para a população. **Dr.**
72 **Eduardo** chamou a atenção para o caso de Fortaleza, que em face da sub-notificação de óbitos
73 provocou uma elevação considerável na taxa de mortalidade infantil e no número de óbitos em
74 2003 e que influenciou no resultado geral do Estado. **Dr. Odorico** ressaltou o valor do trabalho
75 da SESA na adoção do SIM/SINASC como base de cálculo para a TMI e disse que era
76 constrangedor quando se apresentavam os dados com base no SIAB e os mesmos eram
77 contestados pelo MS. Falou sobre a necessidade de melhoria da qualidade dos registros e nesse
78 sentido destacou a importância do codificador de óbito para o SIM/SINASC e afirmou que o
79 SIAB é um sistema falho como fonte de informação para averiguação de indicador. Fez ainda
80 uma abordagem sobre o indicador de mortalidade infantil que considera muito sensível já que ele
81 resulta da relação indireta com o índice de nascidos vivos e que a redução do número de
82 nascimentos provoca uma elevação da taxa de mortalidade. E disse que esse fato pode ser
83 demonstrado como justificativa junto ao UNICEF do aumento da taxa de mortalidade infantil.
84 **Dra. Leni** sugeriu que além da busca do ajuste da base de dados devem ser analisados os dados
85 de municípios que apresentam grandes diferenças entre os dois Sistemas para não se cometer
86 injustiças devido à informações inconsistentes. **Dra. Vera** respondeu que a SESA através do
87 setor de Análise em Saúde, Sistema de Informação e Vigilância Epidemiológica estão discutindo
88 e aprofundando a análise desses casos para que não se cometa injustiças. **Dr. Rubens** da SMS de
89 Fortaleza falou sobre a captação dos óbitos que na sua maioria é feita no âmbito intra hospitalar
90 mas que é preciso incrementar a captação em domicílio que ainda escapa ao controle e registro
91 por parte dos órgãos da saúde. **Dr. Eduardo** finalizou afirmando que a nova versão do
92 SIM/SINASC vai possibilitar aos Municípios e Estados o acesso às informações do Banco de
93 Dados Nacional do Ministério da Saúde. **Dra. Vera** concluiu esclarecendo que o assunto foi
94 apresentado à título de informação aos gestores para que se inteirem busquem melhorar esses
95 registros para a alimentação adequada do SIM e SINASC e portanto não requer decisão ou
96 qualquer encaminhamento da CIB. **Item 3 – Credenciamento do Serviço de Nefrologia do**
97 **Hospital Maternidade Divina Providência de Russas** **Dra. Lilian** informou que o pedido de
98 credenciamento do Serviço de Nefrologia de Russas já havia passado na CIB e teria sido
99 encaminhado ao MS na época em que foram feitas alterações nas normas sobre a Assistência de
100 Alta Complexidade, tendo sido devolvido com a solicitação de algumas informações, as quais já
101 foram atendidas. Disse que foram identificados 99 pacientes das MR's de Russas, Aracati e
102 Limoeiro do Norte que atualmente dialisam em Fortaleza, que foram contatados e concordaram
103 formalmente com a transferência para o serviço de Russas. Informou que o impacto financeiro
104 para 100 pacientes é de R\$ 147.537,00, mas acredita que a transferência será gradual, desta
105 forma esses recursos só estarão totalmente comprometidos em 4 ou 5 meses aproximadamente.
106 Disse que foi solicitado recurso adicional ao MS mas não sabe se o mesmo será concedido ou se
107 serão remanejados o recursos existentes que atualmente são repassados ao município de
108 Fortaleza para o pagamento dos atendimentos desses pacientes. Afirmou que de acordo com as

109 informações do Sistema de APAC do mês de maio a setembro de 2004 a TRS de Fortaleza vem
110 registrando saldos positivos, sendo significativo o de agosto, no valor de 67 mil reais e o de
111 setembro que foi de R\$ 89.947,00. Entende que esses saldos podem ser remanescentes do HGF
112 que recebeu recurso adicional para o serviço de diálise de pacientes crônicos e ainda não
113 conseguiu utilizar todo o recurso. Esses valores ficam no Ministério e não são remanejados aos
114 municípios que tem déficit em TRS por atendimentos excedentes e não tem como pagar. Dra.
115 Vera fez uma retrospectiva do andamento desse processo e lembrou que ao ser apreciado na CIB
116 do dia 08 de junho de 2004 em que ficara decidido não se tomar qualquer decisão antes que a
117 COVAC adotasse as seguintes providências: avaliar a estrutura operacional do Serviço, analisar
118 o perfil dos pacientes com vistas à elaboração de um plano de transferência, solicitar ao MS os
119 recursos financeiros e analisar a política nacional dos renais crônicos. Disse que essas
120 providências foram realizadas, e que o processo foi encaminhado ao MS que o devolveu
121 solicitando uma série de informações, mas não informou se vai enviar o recurso. Ponderou sobre
122 a implantação do serviço sem a garantia do recurso, explicando que se aprovar o credenciamento
123 o MS subtrairá o recurso ora destinado aos 99 pacientes que dialisam em Fortaleza, sem
124 considerar se os pacientes estão sendo gradualmente transferidos, o que deixaria o município de
125 Fortaleza descoberto quanto ao atendimento dos pacientes não transferidos, como ocorreu
126 quando do credenciamento do Serviço de Caucaia. Aberto o espaço para discussão, **Dr.**
127 **Aldrovando** argumenta que o pleito de Russas está fora da lógica de organização do Sistema do
128 Estado, o que implica em dizer que o município de Russas não possui condições para atender as
129 intercorrências que acabam vindo para Fortaleza, que fica com o ônus da assistência, já que não
130 há o remanejamento do teto destinado a esses pacientes. Colocou ainda que a informação da
131 COVAC sobre a existência de saldo de recurso de TRS de Fortaleza não coincide com os dados
132 do Controle e Avaliação do município e pediu para o auditor da SMS de Fortaleza se pronunciar.
133 **Dr. Nicanor** afirmou que os dados são divergentes e que todos os serviços de hemodiálise de
134 Fortaleza credenciados ao SUS estão solicitando aumento de teto em virtude do número
135 crescente de pacientes renais que necessitam dialisar. Pediu um prazo para rever as informações
136 do município e fazer um encontro de contas com a COVAC/SESA. **Lilian** afirma que as
137 informações de saldo foram obtidas dos relatórios da SMS e se referem à produção apresentada
138 nas APAC do município de Fortaleza. Dra. Leni Lúcia indagou sobre os mecanismos utilizados
139 para a admissão de pacientes novos. **Lilian** disse que o MS deveria fazer uma avaliação
140 trimestral, com vistas ao ajuste das metas, mas como isso não está sendo feito, os Serviços tem
141 que receber o paciente e arcar com o ônus. Vera lembrou que o modelo de organização dos
142 serviços e ações de saúde do Estado estabelece que a alta complexidade deve ser ofertada em
143 município que tenha o perfil de apoio macrorregional e explicou que o serviço de TRS em
144 Quixadá, quando do desenho do PDR/2001, já existia e não seria prudente desativá-lo. Colocou a
145 sua preocupação, como Coordenadora de Políticas de Saúde, com o pleito em questão,
146 considerando a prática exercida por prestadores privados que instalam os serviços e depois
147 solicitam o credenciamento ao Estado sem que este tenha participado do processo de
148 planejamento para escolha do local de implantação do serviço e afirmou que o credenciamento
149 de serviços fora da política de organização do Estado abre um precedente para a implantação dos
150 mesmos sem a existência da retaguarda de apoio necessária à garantia da assistência integral ao
151 paciente. Entende que se deve analisar o assunto a partir da revisão do PDR e discutir sobre a
152 localregionalização da assistência de alto custo no Estado. Dra. Emirene Limaverde prestadora
153 de serviço de TRSem Quixadá, contra argumentou afirmando que não considera a necessidade
154 de apoio se o paciente for corretamente acompanhado. Disse que a taxa de mortalidade é o
155 parâmetro que indica se a Clínica está ou não funcionando adequadamente e que a Portaria do
156 MS que trata do assunto é muito complicada. Vera explicou como funciona a política para a
157 assistência de alta complexidade e disse que a normatização sobre o assunto é estabelecida pelo
158 MS com a assessoria da Sociedade Brasileira de Nefrologia. Informou que a SESA através da
159 COVAC avaliou os requisitos técnicos da Norma Federal e constatou que o Serviço está apto a
160 ser credenciado. Em seguida pediu o pronunciamento do COSEMS. **Leni** se posicionou
161 pessoalmente favorável do ponto de vista do ganho social para a região. Mas acha que a CIB não
162 deve permitir a entrada de serviços novos, principalmente quando não atende o processo de

163 organização do Sistema. Propôs manter a situação atual dos Serviços de TRS até a reordenação
164 do PDR. **Dr. Odoricio** ponderou sugerindo que se faça uma nova discussão no COSEMS
165 envolvendo os municípios da MR de Russas. Dr. Holanda diz que a CIB tem que ser coerente
166 com os seus posicionamentos pois já aprovou pleito de Quixelô que também contrariava o
167 desenho de organização do Estado. Disse que independente de ganho social deve-se ver o lado
168 do paciente e não se fixar numa discussão em torno de dinheiro. **Dra. Vera** esclareceu que o caso
169 de Quixelô é referente à classificação do Serviço Especializado em Odontologia, e informou que
170 a Portaria do MS que normatiza os CEO permite que os municípios implantem esse tipo de
171 serviço, independente da abrangência municipal ou regional. Sem mais manifestações a plenária
172 da CIB acordou que o credenciamento do **Serviço de Nefrologia do Hospital Maternidade**
173 **Divina Providência de Russas** seja discutido na CIB/MR com a participação de todos os
174 Secretários de Saúde da Microrregião, para posterior apreciação do resultado na CIB Estadual.
175 **Item 4 – Discussão sobre Problema referente ao agendamento de Arteriografias do**
176 **município de Crato para o município de Barbalha.** Dra. Lilian explicou que o problema em
177 pauta teve origem com a alteração do valor de remuneração da arteriografia de quatro vasos, que
178 quando não constava da Tabela de Procedimentos, o SUS pagava o equivalente aos três
179 procedimentos da arteriografia cerebral e agora teria inserido a arteriografia de 4 vasos na tabela
180 com um valor menor do que o prestador vinha conseguindo receber anteriormente. Disse que por
181 esse motivo os prestadores se negam a realizar o procedimento para o SUS e que a insuficiência
182 de recursos financeiros, vem provocando o aumento da demanda reprimida com uma fila de
183 espera de aproximadamente 50 pessoas. **Dr. Tácio** Secretário de Saúde de Barbalha disse que
184 está encaminhando exposição de motivos ao Estado relatando essa situação e as consequências
185 dela advindas. Abertas as discussões, **Dr. Odorico** analisou a questão sob dois aspectos: o
186 primeiro é que existe o mal gerenciamento dos recursos que estão indo para os hospitais
187 filantrópicos, entre os quais o INTEGRASUS, o Saúde Mais Perto de Você, os quais devem ser
188 repensados no próximo ano e o segundo aspecto é que o MS está criando códigos na Tabela de
189 Procedimentos sem o impacto financeiro correspondente e isso vai minando o recurso que já se
190 encontra comprometido com os procedimentos já existentes. A plenária não chegou à uma
191 decisão ficando o assunto pendente para aprofundamento e discussão noutra oportunidade. **Item 5**
192 **– Solicitação de Pagamento Administrativo para Prestadores de Serviços credenciados ao**
193 **SUS.** Dra. Vera iniciou a apreciação do item pelo pleito de Quixadá, cujos problemas relativos à
194 Terapia Renal Substitutiva daquele município, já vinha de discussões em reuniões da CIB
195 anteriores. Dra. Ivonete Secretária de Saúde de Quixadá informou que o serviço de TRS do
196 município é realizado pelo Centro de Doenças Renais, com um teto financeiro para 40 pacientes.
197 Disse que já está com 47 pacientes e tem solicitação para o ingresso de mais 5 pacientes, para os
198 quais não sabe como autorizar o atendimento pois cada paciente assistido gera uma despesa a
199 mais que o município não tem como pagar. Fêz referência à Portaria do Ministério que
200 determina que os procedimentos de hemodiálise excedentes onerem a média complexidade dos
201 municípios dos Estados e do DF. Disse que todos reconhecem que o recurso da MC é
202 insuficiente e afirma que o município se nega a pagar os procedimentos de TRS excedentes.
203 Prosseguindo, informou que o débito com o prestador pelos procedimentos de hemodiálise é de
204 R\$ 28.709,87 até julho de 2004 e de Patologia Clínica no valor de R\$ 25.120,84. Entende que
205 deve pagar a Patologia Clínica, já tendo sido acordado na CIB/MR que o débito deve ser rateado
206 com os municípios que referenciam pacientes para Quixadá, e sobre a TRS espera encontrar na
207 CIB-Ce uma alternativa de como pagar a dívida, enquanto solicita da COVAC o encaminhamento
208 da solicitação de aumento do teto financeiro de Quixadá para a assistência de 60 pacientes. **Dra.**
209 **Vera** comentou sobre a necessidade da revisão dos tetos de TRS de três em três meses vez que o
210 teto financeiro não é analisado considerando a situação global do Estado mas restrito ao
211 município, não permitindo o remanejamento do recurso remanescente de saldo de um município
212 para outro que está deficitário na assistência aos pacientes renais, e acrescentou que o gestor
213 municipal ao autorizar o ingresso de paciente excedente, ou paga com recurso da média
214 complexidade ou cria um conflito com o prestador. **Dr. Odorico** disse ser um problema
215 sistêmico da responsabilidade do Ministério. Propõe não tirar o recurso da média complexidade e
216 CONASS e CONASEMS não votem nenhuma matéria na Tripartite enquanto o Ministério não

217 resolver o problema da TRS. **Dr.Policarpo** concorda com o Odorico quando este diz que o
218 problema é federal mas acha que o Estado também é responsável pelos excedentes já que o
219 município é apenas o executor da ação e para tanto precisa do recurso financeiro. **Vera** explica
220 que em se tratando de serviço privado o acesso do paciente deve acontecer através do serviço de
221 regulação municipal. Como o recurso da TRS é do FAEC e no Ceará todos os Serviços se
222 encontram em municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal e o recurso que o Estado
223 recebe da Gestão Plena não é e não pode ser gasto com Serviço de TRS porque o recurso é para a
224 média complexidade dos municípios não habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal.
225 Por outro lado o Estado não tem recurso do Tesouro para arcar com os déficits da TRS pois está
226 com muitas dificuldades financeiras. Mas entende que o problema é de todos os gestores do
227 SUS. **Lilian** sugeriu que o CONASEMS visse junto ao MS a possibilidade de remanejamento do
228 saldo do Estado entre os municípios. E os municípios poderem pagar os prestadores uma vez que
229 o recurso já havia sido destinado ao atendimento dos pacientes renais do Estado. Vera disse que
230 a SESA já tem feito demandas nesse sentido mas o Ministério ainda não deu resposta Odorico
231 acha que se deve separar os pontos da problemática da TRS para encontrar a melhor forma de
232 resolvê-la. Propõe em primeiro lugar nacionalizar a questão da TRS do Ceará e depois discutir
233 de que forma as dívidas dos municípios serão pagas. Por fim, a **CIB** decidiu que serão
234 encaminhadas duas demandas ao Ministério da Saúde. A primeira, solicitando a revisão
235 trimestral da TRS do Ceará e a segunda, o remanejamento de recursos de saldos remanescentes
236 de TRS de municípios do Ceará para pagar os débitos com a assistência de pacientes em
237 hemodiálise que excedeu o teto dos prestadores. **Dra. Vera** prosseguiu a apresentação do item
238 com as solicitações de pagamento administrativo dos municípios de Crato e Brejo Santo. Sobre
239 Brejo Santo Dra. Lilian disse se tratar de débito com Cesárias, cujo percentual estabelecido em
240 30% já extrapolou, alcançando o quantitativo de 138 procedimentos reprimidos que o prestador
241 não pode apresentar mas dispõe do recurso para proceder o pagamento. A **CIB** autorizou o
242 gestor de Brejo Santo a efetuar o pagamento de 138 partos cesarianos ao Hospital Geral de Brejo
243 Santo no valor de R\$ 55.325,19 (cinquenta e cinco mil trezentos e vinte e cinco reais e dezenove
244 centavos).
245 Dra. Lilian fez alguns comentários sobre
246 as taxas de cesárias que já estrapolaram em quase todos os hospitais o percentual aprovado na
247 CIB em 2003 e acha que o prestador deve mostrar a realidade da situação das cesárias mesmo
248 estando fora do parâmetro estabelecido mas que estão comprovadas nas AIH. O terceiro pedido
249 de pagamento administrativo diz respeito à TRS e veio da Unidade de Diálise do Crato-
250 UNIRIM, através da COVAC que anexa ao pedido as informações de que o valor do débito é de
251 R\$ 10.317,97 (dez mil, trezentos e dezessete reais e noventa e sete centavos) por serviços de
252 hemodiálise excedentes autorizados pelo gestor do município nos meses de junho e julho de
253 2004. Observou que no pedido do prestador não consta parecer do gestor municipal sobre a
254 existência ou não da disponibilidade financeira no município, para quitação da referida dívida, e
255 sugeriu que o assunto fosse tratado nas próximas reuniões da CIB. **Item 6 – Credenciamento**
256 **de Centros Especializados em Odontologia.** Foram apresentados os pleitos de credenciamento
257 do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO e Laboratório Regional de Próteses de
258 Barbalha _ LRP e do Centro de Especialidades Odontológicas de Banabuiú. As unidades de
259 Barbalha foram vistoriadas pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do MS, que deu parecer
260 favorável ao credenciamento dos estabelecimentos por considerar que os mesmos atendem as
261 exigências da Portaria Nº 1570/ GM de 29 de julho de 2004, que normatiza o funcionamento
262 dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios de Próteses Dentárias. Sobre o
263 CEO de Banabuiú, o mesmo teria sido revisado pela Coordenação Estadual que também emitiu
264 parecer favorável ao credenciamento já que o município resolveu as pendências identificadas na
265 primeira vistoria. . Dessa forma a **CIB** aprovou os credenciamentos do CEO tipo 1 e LRPD do
266 município de Barbalha e do CEO tipo 1 para o município de Banabuiú. **Item 7 –**
267 **Credenciamento do Hospital de Messejana como Centro de Referência de Alta**
268 **Complexidade Cardiovascular.** Vera apresentou o pleito do Hospital de Messejana referente ao
269 credenciamento dessa Unidade como Centro de Referência de Alta Complexidade
270 Cardiovascular para atendimento em Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Cardiovascular
Pediátrica, Cirurgia Vascular, Procedimento de Cardiologia Intervencionista, Procedimentos

271 Endovasculares Extracardiaco e Laboratório de Fisiologia. Disse que, à exceção do Laboratório
272 de Fisiologia, que é um serviço novo e cuja demanda é encaminhada para fora do Estado, o HM
273 já realiza todos os procedimentos, mesmo assim as Auditorias do município de Fortaleza e da
274 SESA, em conjunto, procederam a avaliação das condições de funcionamento dos serviços
275 deram parecer favorável ao credenciamento, considerando que a solicitação em apreço atende os
276 critérios e requisitos da Portaria Ministerial Nº 210 de 15 de junho de 2004. Informou que esse é
277 o primeiro pedido de credenciamento de serviço que vai integrar a Rede de Atenção em Alta
278 Complexidade Cardiovascular do Estado. Disse também que existem outros serviços como os de
279 Barbalha e de Sobral que precisam ser recertificados para pleitear o credenciamento de acordo
280 com a nova política nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. **Lilian** justificou
281 a urgência do encaminhamento desse processo, primeiro por não existir nenhum serviço
282 credenciado no Estado para a realização de estudos eletrofisiológicos, e segundo porque o
283 Ministério deverá publicar uma Portaria com novas orientações, e seria oportuno que o pleito
284 fosse analisado pelo Ministério para se ter um indicativo de que o processo esta corretamente
285 instruído. Sem mais comentários a **CIB** aprovou o Credenciamento do Hospital de Messejana
286 como Centro de Referência de Alta Complexidade Cardiovascular. **Vera** informou que uma
287 comissão de auditores do Ministério da Saúde estaria chegando em Fortaleza, nos dias 17, 18 e
288 19 de novembro para fazer a vistoria dos hospitais de ensino e reunir-se com os gestores da
289 Capital e do Estado com vistas a discutir sobre a certificação dessas unidades. Disse ainda que
290 esse momento será importante para possibilitar a alteração da modalidade de pagamento dos
291 hospitais de ensino do Estado e do município de Fortaleza vez que os federais, Hospital das
292 Clínicas e Maternidade Escola, já foram certificados, com Portaria publicada.. **Item 8 – Projetos**
293 **de Ampliação de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade.** Dra. Vera apresentou os
294 projetos de Maracanaú e Quixadá, ambos avaliados pela COVAC, através do Núcleo de
295 Auditoria que emitiu parecer atestando que os dois projetos estão tecnicamente adequados às
296 normas do Ministério da Saúde e que estão coerentes com o Plano Estadual. Assim a **CIB**
297 aprovou os projetos para ampliação dos procedimentos cirúrgicos eletivos de média
298 complexidade dos municípios de Maracanaú e de Quixadá. Nada mais havendo a tratar a
299 Comissão Intergestores Bipartite encerrou a reunião e eu Célia Fonseca lavrei a Ata que vai
300 assinada pelos membros da CIB presentes. Fortaleza, 12 de novembro de 2004.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 18ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004**
3
4

5 Aos trinta dias do mês de novembro do ano dois mil e quatro, às oito horas e trinta minutos, no
6 Auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante
7 Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 18ª Reunião Ordinária de 2004 da Comissão
8 Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando
9 a SESA, Jurandi Frutuoso Silva, Secretário Estadual de Saúde e Presidente da CIB; Graça
10 Barbosa, da COPOS e Ismênia Maria Barreto Ramos, do NUPLA/COPOS. Pela representação dos
11 municípios compareceram: Aldrovando Nery de Aguiar, da SMS de Fortaleza; Fernanda Coelho
12 de Sá, da SMS de Crato; Rogério Teixeira da SMS de Umirim e Getúlio Barros da SMS de Brejo
13 Santo. Como convidados, Ricardo Araújo da SMS de Barbalha; José Anildo Feitosa, do Hospital
14 Maternidade São Vicente de Paulo de Barbalha, Antônio Vasconcelos Silva, de Maranguape, Ana
15 Virgínia de C. da Justa, Rita de Cássia Leitão e Flávio Torres da CERES de Maracanaú. Valdeste
16 C. Pinto Júnior do Instituto do Coração da Criança e do Adolescente, Alice Maria Ciarlini da SMS
17 de Fortaleza, Sara Barroso e Luiza de Marilac Meireles Barbosa, do NUEPI/COPOS/SESA;
18 Benedita de Aguiar da 8ª CERES; Carlos Henrique da 3ª CERES e Joseana Lima do COSEMS. A
19 reunião foi presidida por Dra. Ismênia que abriu os trabalhos com a leitura dos itens da pauta,
20 informando a retirada do, por solicitação do Secretário Estadual de Saúde e Presidente da CIB,
21 DR. Jurandi Frutuoso. Antes da apresentação do primeiro item de pauta, Dr. Jurandi **item 2 –**
22 **Credenciamento do Serviço de Cardio-Pediatria (Cirurgia Cardíaca Pediátrica) do HIAS**
23 justificou a retirada do item 2, alegando que a discussão do tema necessitaria de subsídios de
24 setores da SESA como a COVAC e COPOS, e como as titulares dessas Coordenadorias estavam
25 ausentes achou conveniente fazer a apreciação do item na próxima reunião da CIB, marcada para
26 o dia 17 de dezembro de 2004, quando também será apreciado o pedido de Credenciamento do
27 Instituto do Coração da Criança e do Adolescente. **Item 1 – Apreciação do Projeto VIGISUS II**
28 – Dra. Sara Barroso, técnica do Núcleo de Epidemiologia da SESA informou que o Projeto
29 VIGISUS II estaria sendo apresentado novamente na CIB devido as alterações nos percentuais de
30 liberação anual do recurso e de distribuição percentual nas áreas de atuação do Projeto feitas pelo
31 Ministério da Saúde: No 1º ano serão alocados 35%, no 2º ano, 30%, no 3º ano 25% e no 4º ano
32 10% do total dos recursos. Quanto às áreas de atuação o MS propôs a seguinte distribuição:
33 Vigilância Epidemiológica, 50%; Vigilância Ambiental, 20%; Análise da Situação e
34 Monitoramento das Doenças Não Transmissíveis, 20% e Fortalecimento da Capacidade
35 Institucional, 10% dos recursos. Citou os Componentes e Subcomponentes do Projeto e lembrou
36 que o Subcomponente IV – **Fortalecimento da Gestão em Vigilância em Saúde nos Estados e**
37 **Municípios** é de responsabilidade dos Estados e municípios consistindo, portanto, no objeto do
38 Projeto VIGISUS II a ser executado através de SESA. Citou as atividades programadas para cada
39 uma das quatro linhas de ação do Projeto e o valor correspondente a ser utilizado nos quatro anos
40 de execução, que totaliza o montante de R\$ 1. 674. 465,00 (um milhão, seiscentos e setenta e
41 quatro mil quatrocentos e sessenta e cinco reais). No item Capacitação relacionou oitenta e três
42 (83) cursos na área de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças e seis (06) na área de
43 Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Doenças e Agravos, a um custo total de R\$
44 2.163.100,00 (dois milhões, cento e sessenta e três mil e cem reais). Informou que nesse valor não
45 estão incluídos os recursos do VIGISUS II mas é oriundo da área de capacitação dos
46 Subcomponentes I e III que são administrados pelo Ministério da Saúde e que vai ser repassado
47 ao Estado para a realização dos cursos relacionados. Falou sobre a existência de cursos na área de
48 Vigilância Ambiental que ainda seriam incluídos no projeto para o envio do mesmo ao MS, até o
49 dia 07 de dezembro de 2004. Concluiu, citando os indicadores de desempenho da esfera estadual
50 previstos para os quatro anos de execução do Plano, nas áreas que constituem os quatro
51 subcomponentes do Projeto VIGISUS II. Aberto o espaço para as discussões, **Dr. Getúlio** de Brejo
52 Santo, questionou se houve discussão dos itens de Capacitação do Projeto nos Pólos de Educação
53 Permanente considerando que alguns dos cursos propostos constam da programação dos PEPS o
54 que redundará em duplicidade de ação e de gastos. **Dr. Aldrovando** reforçou o posicionamento

55 do Secretário de Saúde de Brejo Santo, colocando que Cursos aprovados na Programação dos
56 Pólos, que já estão sendo realizados pelas Universidades que participam dos Pólos e por outras
57 Unidades formadoras, se repetem no Projeto VIGISUS II em apreço. Reafirmou posicionamento
58 em reunião anterior, quando a CIB reafirmou que o fluxo de projetos ou de propostas de
59 capacitação teria que se iniciar pelos Pólos de Educação Permanente, seguindo a lógica
60 estabelecida para a aprovação dos Cursos. Após as manifestações de outros membros
61 corroborando a opinião dos gestores de Fortaleza e de Brejo Santo, a **CIB** acordou que o Projeto
62 VIGISUS II apresentado pelo Núcleo de Epidemiologia da SESA, seria aprovado, considerando a
63 exiguidade do prazo para remessa ao Ministério da Saúde, mas com a determinação de que
64 doravante os projetos que envolvam Política de Recursos Humanos e/ou propostas de Capacitação
65 deverão passar pelos Pólos de Educação Permanente antes de serem submetidos à apreciação da
66 **CIB**. **Item 3 – Discussão do Teto Financeiro da Assistência de Alto Custo do Hospital**
67 **Maternidade São Vicente de Paula de Barbalha**. Este item foi apresentado pelo assessor
68 técnico da Secretaria de Saúde de Barbalha Dr. Ricardo, que fez uma explanação sobre a situação
69 do serviço de oncologia prestado ao SUS pelo Hospital Maternidade São Vicente de Paula de
70 Barbalha nas áreas de Quimioterapia, Radioterapia, Medicina Nuclear e Cirurgia Oncológica.
71 Informou que o serviço tem uma abrangência importante para o Estado pois oferece cobertura a
72 35 cidades da Região Sul do Ceará, cuja população total se aproxima de um milhão e trezentos e
73 cinquenta mil habitantes, além da demanda de outros Estados principalmente para Cirurgias
74 Oncológicas de Cabeça e Pescoço. Assegurou que em função da não revisão dos tetos da Alta
75 Complexidade em que se inclui o Serviço de Oncologia de Barbalha, a situação financeira do
76 Hospital vem tomando proporções que podem levar o estabelecimento a uma situação
77 insustentável, pois embora seja um hospital bem estruturado, o déficit com a Oncologia está
78 afetando as outras áreas da Unidade. Mostrou os Mapas Financeiros da Oncologia Ambulatorial e
79 de Internação com os valores de produção e pagamento no período de janeiro a outubro de 2004,
80 que registram, respectivamente, um déficit acumulado de R\$ 547.733,76 (quinhentos e quarenta e
81 sete mil setecentos e trinta e três reais e setenta e seis centavos) e outro de R\$.313.359,08
82 (trezentos e treze mil, trezentos e cinquenta e nove reais e oito centavos), decorrentes dos
83 atendimentos realizados além do teto estabelecido. Informou que essa situação é conhecida pela
84 CIB/MR e pela CERES de Juazeiro do Norte e finalizou solicitando da Comissão Intergestores
85 Bipartite a apreciação dos problemas relatados afirmando que, se até janeiro de 2005 o Ministério
86 da Saúde não adotar nenhuma providência no sentido de minorar ou resolver essa questão o
87 Serviço de Oncologia em Barbalha não terá condição de funcionar. **Dr. Getúlio**, gestor do
88 município de Brejo Santo, com a palavra, externou a preocupação do Município e da Região,
89 destacando a importância do Serviço de Oncologia em Barbalha, sem o qual os pacientes não só
90 do seu município mas da Região teriam que fazer um percurso de 500 quilômetros ou mais para
91 serem atendidos em Fortaleza. Propõe à CIB o aprofundamento das questões relacionadas às
92 dificuldades com a assistência de Alta Complexidade que já vêm sendo tratadas com muita
93 frequência nesse Colegiado, com ênfase para a situação do Hospital Maternidade São Vicente de
94 Paula de Barbalha. **Dr. Aldrovando** diz que esse problema não é só de Barbalha mas do SUS.
95 Cita o caso do Instituto do Câncer do Ceará a quem o município de Fortaleza, por força de uma
96 decisão judicial, paga pela produção além do teto do prestador, tirando o recurso de outras áreas
97 da assistência e portanto inviabilizando o Sistema Único de Saúde Municipal. Diz que a solução
98 dessa questão extrapola a competência da CIB e sugere que a mesma deva ser tratada no âmbito
99 Ministerial, a partir de um trabalho realizado pela SESA juntamente com o COSEMS do qual se
100 tenha o levantamento das reais necessidades da assistência de Alta Complexidade no Ceará que
101 poderá ser encaminhado através do Presidente do CONASEMS com vistas ao desencadeamento
102 de uma discussão na Tripartite. A **CIB** acatou a sugestão do Dr. Aldrovando e decidiu que o
103 assunto será objeto de trabalho a ser elaborado pela SESA em conjunto com o COSEMS em que
104 será levantada a situação da assistência de Alta Complexidade no Estado com vistas a discussão
105 dessa problemática junto ao Ministério da Saúde. **Item 4 – Qualificação de Equipes no âmbito**
106 **do PSF** - **Dra. Ismênia** colocou para a apreciação da plenária da Bipartite os pedidos de
107 qualificação de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal encaminhados pelo
108 NUORG/ CODAS, todos com parecer favorável ao atendimento do pleito. A **CIB** aprovou as

109 qualificações pleiteadas conforme segue: São Gonçalo do Amarante, uma (1) Equipe de Saúde da
110 Família; Ararendá, uma (1) Equipe de Saúde da Família; Catarina duas (2) Equipes de Saúde da
111 Família e uma (1) Equipe de Saúde Bucal; e Martinópolis, uma (1) Equipe de Saúde Bucal. **Item**
112 **5 - Informe: Portaria Nº 2.474/GM de 12 de novembro de 2004:** Institui o repasse regular e
113 automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos
114 Agentes Comunitários de Saúde. **Dra. Ismênia** leu a citada Portaria e esclareceu que o recurso
115 será repassado a título de incentivo à adesão dos municípios ao projeto de formação dos ACS,
116 cujo primeiro módulo apresentado pela Escola de Saúde Pública fora aprovado na CIB. Nada mais
117 havendo a tratar a Comissão Intergestores Bipartite encerrou a reunião e eu Célia Fonseca lavrei a
118 Ata que vai assinada pelos membros da CIB presentes. Fortaleza, trinta de novembro de 2004.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 19ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2004**
3
4

5 Aos dezessete dias do mês de dezembro do ano dois mil e quatro, às oito horas, no Auditório do
6 CESAU da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante Barroso, 600,
7 nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 19ª Reunião Ordinária de 2004 da Comissão Intergestores
8 Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA,
9 José Galba Gomes, suplente do Secretário Estadual de Saúde; Vera Maria Câmara Coelho,
10 Coordenadora da COPOS; Ismênia Barreto Ramos e Antônio Paula de Menezes do
11 NUPLA/COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora da COVAC; Carmem Lúcia
12 Osterno, da CODAS e Nágela Maria dos Reis Norões da CORES. Pela representação dos
13 municípios compareceram: Aldrovando Nery de Aguiar, da SMS de Fortaleza; Fernanda Coelho
14 de Sá, da SMS de Crato; Getúlio Barros da SMS de Brejo Santo. Como convidados, Sheila
15 Santiago e Liliane Porto, do NUNAS/Adulto e Idoso; Antônio Rodrigues de Sousa e Eduarda
16 Rodrigues, do Hospital Divina Providência de Russas; Juliana Ribeiro Sampaio da SMS de
17 Milagres; Shirley Maria Soares da SMS de Morrinhos; Maria da Paz do COSEMS e Maria
18 Valbenia de Almeida do CESAU. A reunião foi presidida por Dra. Vera Coelho que abriu os
19 trabalhos com a apresentação do **Item 1 - Projeto de estruturação dos Pólos de Urgência e**
20 **Emergência, sob gestão da SESA, integrantes do Sistema Estadual de Urgência e**
21 **Emergência.** Preliminarmente, fez uma abordagem sobre a situação de implantação do Sistema
22 Estadual de Urgência e Emergência lembrando que em reuniões anteriores a CIB já havia
23 aprovado o Projeto de Regionalização da Urgência e Emergência, os Projetos de Fortaleza,
24 Sobral, Crato e de Juazeiro do Norte, sob gestão municipal e também o Projeto de estruturação
25 do **Pólo Litoral Leste**, sob coordenação estadual, no qual Fortaleza não se inclui por ter o seu
26 próprio projeto. Disse que em contato com o Ministério da Saúde ficou acordado que a SESA
27 apresentaria o Projeto complementar ao Plano Estadual de Urgência e Emergência, objeto do
28 item de pauta em apreço. Apresentou a técnica da COESU, Jaqueline, que estaria presente para
29 ajudar na apresentação e esclarecer sobre questões levantadas pela plenária. Esclareceu que o
30 Projeto trata da estruturação do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência,
31 através da implantação dos SAMU 192 nos 10 (dez) **Pólos de Urgência e Emergência**, a seguir
32 discriminados, em que não se incluem os municípios que apresentaram os seus projetos
33 individualizados, cuja coordenação será do próprio município: **Pólo Metropolitano Oeste** – 11
34 municípios: Apuiarés, Caucaia, General Sampaio, Itapajé, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São
35 Gonçalo do Amarante, São Luis do Curu, Tejuissuoca e Umirim, população total de 492.522
36 habitantes; **Pólo Metropolitano Leste** – 16 municípios: Acarape, Barreira, Guaiuba, Maracanaú,
37 Maranguape, Pacatuba, Palmácia, Redenção, Acacoiaba, Aratuba, Baturité, Capistrano,
38 Guaramiranga, Itapiuna, Mulungú e Pacoti, com população total de 543.867 habitantes. **Pólo**
39 **Sertão Central** – 15 municípios: Boa Viagem, Canindé, Caridade, Itatira, Madalena, Paramoti,
40 Banabuiu, Choró, Ibareta, Milhã, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim, Senador Pompeu e
41 Solonópole com população total de 451.703 habitantes; **Pólo Litoral Oeste** – 14 municípios:
42 Amontada, Itapipoca, Miraíma, Trairi, Tururu, Uruburetama, Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema,
43 Jijoca de Jericoacoara, Marco, Morrinhos e Barroquinha, com população total de 416.045
44 habitantes; **Pólo Centro Leste** – 17 municípios: Ibicuitinga, Jaguaratama, Jaguaruana, Morada
45 Nova, Palhano, Russas, Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte,
46 Pereiro, Potirema, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro, com 397.372 habitantes; **Pólo**
47 **Centro Norte** – 18 municípios: Alcântaras, Cariré, Catunda, Coreaú, Foquilha, Freicherinha,
48 Graça, Groaíras, Hidrolândia, Ipu, Irauçuba, Massapê, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá,
49 Pires Ferreira, Reriutaba, Santa Quitéria, Santana do Acaraú, Senador Sá, Sobral, Uruoca,
50 Varjota, Camocim, Chaval, Granja e Martinópole, com população total de 683.451 habitantes.
51 **Pólo Centro Oeste** – 19 municípios: Carnaubal, Croatá, Guaraciaba do Norte, Ibiapina, São
52 Benedito, Tianguá, Ubajara, Viçosa, Ararendá, Crateús, Independência, Ipaporanga, Ipueiras,
53 Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis e Tamboril, com

54 população de 552.527 habitantes. **Pólo Centro Sul** – 14 municípios: Aiuaba, Arneirós, Parambu,
55 Tauá, Acopiara, Carius, Catarina, Dep. Irapuan Pinheiro, Iguatu, Jucás, Mombaça, Piquet
56 Carneiro, Quixelô e Saboeiro, com população de 394.305 habitantes. **Pólo Cariri Leste** – 16
57 municípios: Baixio, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós, Umari, Abaiara,
58 Aurora, Barro, Brejo Santo, Jati, Mauriti, Milagres, Pena Forte e Porteiras, com 360.084
59 habitantes. **Pólo Cariri Central** – 19 municípios: Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré,
60 Campos Sales, Crato, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas,
61 Várzea Alegre, Barbalha, Caririáçu, Granjeiro, Jardim, Juazeiro do Norte e Missão Velha, com
62 667.363 habitantes. Disse que o órgão executor é a SESA através da Coordenação Estadual de
63 Urgência e Emergência. Foram identificados os seguintes serviços de apoio para a execução e
64 implementação dos serviços pre-hospitalar: Os Serviços das Secretarias Municipais de Saúde, os
65 do Grupo de Socorro de Urgência, Corpo de Bombeiros, do Detran, do DERT, da Polícia Militar,
66 Polícia Rodoviária Federal Defesa Civil, das Instituições formadoras na área de Saúde e
67 Serviços Privados de Atendimento Pré-Hospitalar. Apresentou os objetivos do Projeto e a
68 composição das equipes de trabalho em todas as áreas envolvidas na assistência de Urgência e
69 Emergência dos Polos.. Informou sobre os recursos destinados, pelo MS, para implantação de
70 um Pólo, sendo para a estruturação da área física da Central de Regulação o valor de
71 R\$100.000,00 e para equipamentos, R\$150.000,00. O custeio mensal da Central de Regulação, é
72 de R\$19.000,00, o da viatura de suporte básico é de R\$12.500,00 e o da viatura de suporte
73 avançado, R\$ 27.500,00. Disse que o valor de investimento das ambulâncias não constam no
74 Projeto pois serão adquiridas diretamente pelo MS que as repassará ao Estado para utilização nos
75 Pólos. Informou também que a operacionalização dos Projetos iniciará pelo Pólo Litoral Leste,
76 que já está no Ministério e faz parte de um acordo de prioridades entre o Estado e o Ministério e
77 pelo Polo Centro Leste, vez que os mesmos estão na linha de prioridade do Estado. Informou que
78 os 22 anexos do Projeto estão armazenados em CD onde constam os insumos e todos os
79 elementos que o compõem para envio ao Ministério da Saúde. Após alguns esclarecimentos
80 sobre a localização dos municípios de Barroquinha e Brejo Santo, a **CIB** aprovou o Projeto de
81 Estruturação dos seguintes Pólos de Urgência e Emergência, sob gestão da Secretaria de Saúde
82 do Estado do Ceará, com vistas à Implantação do Atendimento Móvel de Urgência SAMU-192,
83 componente pré-hospitalar so Sistema Estadual de Urgência e Emergência: Pólo Metropolitano
84 Oeste, Pólo Metropolitano Leste, Pólo Sertão Central, Pólo Litoral Oeste, Pólo Centro Leste,
85 Pólo Centro Norte, Pólo Centro Oeste, Pólo Centro Sul, Pólo Cariri Leste e Pólo Cariri Central.
86 **Item 2 – Apresentação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo – informações**
87 **sobre credenciamento de Unidades de Saúde integrantes da Rede de Abordagem e**
88 **Tratamento do Tabagismo.** A enfermeira Sheila Santiago responsável pela coordenação do
89 NUNAS na área do Adulto e do Idoso informou que a apresentação do assunto teria como
90 objetivo divulgar a Portaria GM/MS de N° 1.035 de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à
91 abordagem e tratamento do tabagismo para a Rede de Atenção Básica e de Média
92 Complexidade, regulamentada pela Portaria SAS N° 442 de 13 de agosto de 2004, através da
93 aprovação do Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo, e do
94 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Disse que de acordo com
95 levantamento feito pelo INCA, 19% da população acima de 15 anos são fumantes, 80% querem
96 deixar de fumar e que somente 3% conseguem parar de fumar, 97% necessitam de tratamento,
97 40% necessitam de medicamentos, 70 % a 90% dos fumantes são dependentes. Prosseguiu
98 destacando algumas informações do Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do
99 Tabagismo, entre as quais a Atenção ao Tabagista, que deverá ser feita em toda a rede
100 hierarquizada, por profissionais de nível universitário capacitados segundo o modelo
101 preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disse que o tratamento
102 consistirá de abordagem cognitivo-comportamental e/ou tratamento medicamentoso com adesivo
103 transdérmico de nicotina e goma de mascar de nicotina e ainda o medicamento cloridrato de
104 bupropiona quando indicado. Falou ainda sobre o credenciamento das Unidades de Saúde e
105 cadastramento dos usuários e o estabelecimento do fluxo de Referência e Contra-Referência.
106 Concluiu a apresentação mostrando o Fluxo Operacional da Unidade, que inicia com o registro

107 dos dados do fumante, que seguem para a Coordenação Municipal do Programa de Controle do
108 Tabagismo, depois para a Coordenação Estadual, em seguida para o INCA que consolida as
109 informações e as encaminha ao Ministério da Saúde para a disponibilização dos medicamentos e
110 manuais de apoio, do profissional e do usuário, e se colocou a disposição da Plenária. **Dra. Vera**
111 justificou a inclusão desse item na pauta da Bipartite devido à importância de se desenvolver
112 um processo de informação e sensibilização dos gestores, já que no Ceará, oficialmente, só o
113 Hospital do Coração realiza o tratamento ao fumante, mas se sabe que do ponto de vista
114 epidemiológico o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, tendo em vista o
115 elevado percentual de fumantes, notadamente entre a população acima de 15 (quinze) anos de
116 idade, e levando-se em conta que o tabagismo consiste num fator determinante de muitas
117 doenças crônicas. Afirmou que uma das dificuldades para a implantação do programa é que as
118 ações para o tratamento do tabagismo não geram novos recursos para os municípios, mas tem
119 que ser desenvolvidas dentro do teto financeiro da Atenção Básica. Disse que o que terão de
120 acréscimo é a capacitação dos profissionais e os insumos necessários ao tratamento. Dra. Regina
121 Célia da COVAC informou que em recente reunião de avaliação do INCA, em Brasília, o titular
122 da SAS teria informado que no próximo ano o governo estabeleceria como prioridades para 2005,
123 o Tabagismo, concluindo que se isso ocorrer o recurso financeiro deverá estar garantido. Dra.
124 Vera retomou a palavra esclarecendo que o item em apreço não demandava nenhuma decisão já
125 que fora colocado em caráter informativo. **Item 3 – Qualificação de Equipes no âmbito do**
126 **PSF** – Foram apresentadas as solicitações de qualificação de Equipes de Saúde Bucal e de Saúde
127 da Família para os seguintes municípios: Brejo Santo, duas (2) Equipes de Saúde Bucal e três (3)
128 Equipes de Saúde da Família; Cedro, três (3) Equipes de Saúde da Família; Jati, uma (1) Equipe
129 de Saúde Bucal e Pacatuba, três (3) Equipes de Saúde Bucal, totalizando a qualificação de seis
130 (6) Equipes de Saúde da Família e seis(6) de Saúde Bucal. Considerando os pareceres favoráveis
131 da Coordenação da Atenção à Saúde, na área da Atenção Primária da SESA, a **CIB** aprovou os
132 pleitos acima discriminados. **Item 4 – Solicitação da Sociedade Hospitalar São Fco. de**
133 **Canindé para pagamento de internações referenciadas dos municípios de Boa Viagem,**
134 **Caridade, Madalena e Paramoti.** Dra. Lilian, Coordenadora da COVAC, informou que ao
135 examinar o pedido da Sociedade Hospitalar São Francisco de Canindé teria constatado que o
136 atendimento das referências dos municípios de Caridade, Madalena e Paramoti, acrescentado ao
137 da população de Canindé acumulam o valor de R\$ 195.294,00 que não foram pagos embora
138 tenha sido autorizados pelo gestor. Disse também que fizera uma análise do Teto Financeiro em
139 relação à produção do SIA e SIH do município de Canindé, no período de janeiro de 2003 a
140 agosto de 2004 e identificou que os procedimentos apresentados totalizaram 86,95% do uso dos
141 recursos repassados para o FMS e por isso, os 13,05% restantes, que em termos financeiros
142 equivalem a R\$773.986,00, poderiam ser utilizados para o pagamento dessas internações devidas
143 ao Hospital em questão. Afirmando que a COVAC não dispunha de outros instrumentos de
144 análise que não o da lógica de produção, pôs a questão à apreciação da Plenária. **Dr.**
145 **Aldrovando** questionou a existência do saldo na conta do FMS do município de Canindé,
146 argumentando que seria quase impossível o município dispor desse valor no final do exercício.
147 Acredita que o município tenha utilizado o suposto saldo com outras demandas já que o SUS
148 concede essa prerrogativa ao gestor de município em GPSM. **Dra. Vera** argumentou que a
149 obrigação do município de Canindé com relação ao pagamento dos atendimentos referenciados
150 de outros municípios está limitada ao valor programado para as referências e como o recurso
151 para a assistência de Média Complexidade é insuficiente, sugere que Canindé deixe de atender as
152 internações eletivas de outros municípios e priorize as Urgências e Emergências e que a SESA
153 convoque os gestores de Boa Viagem, Caridade, Madalena e Paramoti para ajustarem a
154 programação de suas referências em internação, junto ao município de Canindé. **Dra. Lilian**
155 esclareceu que a maior parcela do débito, ou seja, quase 90% é decorrente do atendimento da
156 população de Canindé. **Dr. Getúlio**, Secretário de Saúde de Brejo Santo, sugeriu que seja ouvido
157 o gestor de Canindé para que o mesmo se pronuncie sobre a solicitação em pauta já que o
158 processo foi encaminhado diretamente pelo prestador sem o parecer do gestor municipal. A **CIB**
159 acatou a sugestão do Dr. Getúlio, de que o processo com a solicitação da Sociedade Hospitalar

160 São Francisco de Canindé seja encaminhado ao gestor do SUS no município de Canindé para
161 que o mesmo emita o seu parecer sobre o assunto, devendo ser estabelecido um prazo de retorno
162 à SESA. **Item 5 – Solicitação de Credenciamento junto ao SIH/SUS dos Hospitais**
163 **Municipais de General Sampaio e Granjeiro.** Dra. Lilian lembrou que a Portaria GM N° 1044
164 /2004 que institui a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, em seu artigo 14 proíbe
165 o credenciamento pelo SUS de novos hospitais de pequeno porte, mas afirma que quando a
166 referida Portaria foi publicada já estava tramitando na SESA os processos de General Sampaio e
167 Granjeiro e visando não prejudicar aqueles municípios, o Dr. Jurandi teria negociado junto ao
168 MS a inclusão desses dois hospitais no SIH/SUS. Ante o exposto solicitou da CIB uma
169 Resolução em que o Colegiado autorizasse o Credenciamento dos dois Hospitais em pauta no
170 SIH/SUS e conseqüentemente o seu cadastramento junto ao CNES com vistas a formalizar
171 adesão à Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. A CIB acatou o pedido de
172 credenciamento dos Hospitais Municipais de General Sampaio e Granjeiro junto ao SIH/SUS e o
173 registro dos mesmos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para fins de inclusão
174 na Política de Hospitais de Pequeno Porte. **Dra. Lilian** fez um registro sobre um documento de
175 General Sampaio que atribuía ao Controle e Avaliação da SESA a morosidade no
176 credenciamento do Hospital Municipal, e mostrou documento datado de 15 de dezembro da
177 Secretaria de Saúde de General Sampaio, em que a gestora daquela SMS comunicava que as
178 pendências identificadas pela Auditoria da SESA haviam sido resolvidas tendo sido expedido o
179 Alvará de Funcionamento do Hospital com data de 15 de dezembro de 2004. Portanto, a
180 morosidade no processo não fora de responsabilidade da COVAC. **Item 6 – Credenciamento do**
181 **Serviço de Nefrologia do Hospital Maternidade Divina Providência de Russas** - Dra. Vera
182 propôs retirar de pauta a apreciação do Credenciamento do Serviço de Nefrologia do Hospital
183 Maternidade Divina Providência de Russas em virtude de solicitação do adiamento da discussão
184 do assunto na CIB/MR. Houve questionamento da Dra. Eduarda Rodrigues, que argumentou que
185 todos os requisitos técnicos e legais foram atendidos, e que existe demanda reprimida e justifica
186 o prejuízo para o paciente, considerando o desconforto e o custo para o paciente vir dialisar em
187 Fortaleza, e pediu para que a retirada de pauta fosse revista. Dra. Vera colocou que em reunião
188 anterior a CIB decidira que a discussão do assunto deveria retornar ao espaço Regional para que
189 os Secretários acordassem também sobre o pagamento dos exames complementares e
190 discutissem sobre a responsabilidade de financiamento quando da inclusão de novos pacientes.
191 Em seguida expôs os ofícios da CERES e de gestores de municípios da Região de Russas que
192 tem pacientes dialisando em Fortaleza, solicitando o adiamento da discussão até porque
193 estariam em final de gestão e não seria oportuno decidir sobre assunto que envolve acréscimo de
194 despesas para a nova gestão municipal. Propuseram que a discussão seja feita na CIB/MR em 18
195 de janeiro de 2004. A CIB acatou a retirada do assunto de pauta até a discussão do assunto pelos
196 gestores no Nível Regional. **Item 7 – Solicitação de Credenciamento do HIAS e Instituto do**
197 **Coração da Criança e do Adolescente.** Dra. Lilian sugeriu que fossem ouvidos inicialmente o
198 Diretor do Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS e os Auditores da SESA e da SMS de
199 Fortaleza que vistoriaram a Unidade pleiteante. O **Dr. João Borges**, diretor do HIAS, com a
200 palavra, fez uma abordagem sobre a solicitação em pauta, justificando a necessidade do
201 credenciamento daquele hospital para a realização de cirurgias cardíacas pediátricas bem como a
202 coerência de se localizar esse serviço dentro de um hospital de pediatria, a exemplo do que
203 ocorre nos grandes centros de cardiologia infantil do mundo. Disse que a Portaria SAS N°
204 210/2004 que regulamenta a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade
205 flexibilizou a possibilidade para o credenciamento em pauta, e estando o HIAS em condições
206 de se incluir no Sistema de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular, conforme podem
207 atestar os Serviços de Auditoria da SESA e do Município de Fortaleza. Afirmou que o HIAS tem
208 capacidade de realizar de 150 a 160 cirurgias/ano e que juntamente com o Hospital de Messejana
209 poderão alcançar uma meta de 520 cirurgias cardíacas pediátricas por ano. Disse não ser
210 contrário ao credenciamento de estabelecimentos privados mas chamou atenção para os
211 problemas gerados para o SUS quando prestadores da rede privada decidem não atender os
212 pacientes do Sistema Único de Saúde que terminam sendo atendidos no Hospital Público e

213 relatou casos ocorridos com credenciados de outras áreas da Alta Complexidade. Finalizou
214 solicitando a aprovação do credenciamento do HIAS, para prestação da Assistência de Alta
215 Complexidade em Cirurgia Cardiovascular e sugeriu à SESA o estabelecimento de instrumentos
216 de controle mais efetivo sobre os serviços de saúde de prestadores privados credenciados ao
217 SUS, de forma a evitar transtornos e prejuízos para as Unidades Hospitalares da rede pública do
218 Sistema Único de Saúde. Em seguida **Dra. Lilian** pediu ao Dr. Joel, auditor de Controle e
219 Avaliação da SESA, para se pronunciar sobre a avaliação das condições do HIAS no tocante à
220 solicitação em pauta. **Dr. Joel** afirmou que o Hospital Infantil Albert Sabin atende aos requisitos
221 da Portaria SAS 210/2004 acima citada, mas existem algumas pendências a serem resolvidas,
222 entre as quais a conclusão da UTI. Acha oportuno o credenciamento do HIAS para a realização
223 de cirurgias cardíacas pediátricas, considerando a demanda reprimida existente e as más
224 condições em que outros hospitais vem realizando esse serviço. No entanto, acha pouco
225 provável que o HIAS atinja a meta anual de 160 cirurgias, pois considera que ainda há muito a
226 ser aprendido e melhorado na Unidade. Admite que o Controle e Avaliação da SESA deveria
227 exercer uma fiscalização mais efetiva sobre os prestadores de serviços credenciados ao SUS e
228 evitar a prestação de serviços de má qualidade. A Coordenadora do Serviço de Auditoria da
229 SMS de Fortaleza, Dra. Aparecida Mendes esclareceu inicialmente que quando da criação da
230 Política de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade estabelecida pelo MS, a Auditoria da
231 SMS de Fortaleza e a Secretaria de Saúde do Estado constituíram uma Comissão para
232 vistoriarem, conjuntamente, os Serviços que estivessem sob a gestão do Município, tendo
233 acontecido já com relação aos dois estabelecimentos pleiteantes ao credenciamento em apreço.
234 Afirmou que a inclusão do HIAS não exclui a possibilidade de entrada de outros hospitais, já
235 que para a análise da justificativa técnica a Comissão tomou como base um artigo da revista da
236 Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, feito com a participação de técnicos
237 da área de Alta Complexidade do MS onde retratam a situação da Cirurgia Cardiovascular em
238 todo o Brasil, estado a estado e que no Ceará a previsão é de que surgirão 800 novos casos a
239 cada ano de cardiopatias congênitas que necessitarão de cirurgias. Informou que existe
240 atualmente uma fila de espera de 358 crianças no HM aguardando cirurgia. Sobre os Serviços
241 que foram avaliados pela Comissão afirma que concordaram em que os mesmos fossem
242 encaminhados à CIB com a intenção de que os processos caminhem até o MS que vem fazer uma
243 vistoria final e como tem acontecido em outras áreas e face à premência da situação que sejam
244 aprovados com pendências já que é quase impossível um serviço se adequar totalmente às
245 exigências da Portaria. Por isso sugere que o pedido de credenciamento do HIAS seja
246 encaminhado ao Ministério da Saúde. Colocado à apreciação da Plenária a **CIB** aprovou o
247 credenciamento do Hospital Infantil Albert Sabin como Unidade de Assistência em Alta
248 Complexidade Cardiovascular para prestar atendimento de Assistência de Alta Complexidade
249 em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica. Sobre o Credenciamento do Instituto do Coração da
250 Criança e do Adolescente, Dra. Aparecida também sugere o encaminhamento ao MS
251 argumentando que o referido estabelecimento já se encontra em funcionamento e se propõe a
252 prestar serviços ao SUS. Disse que a posição da Comissão que fez a análise e a vistoria na
253 Unidade é de que, mesmo com pendências seja encaminhado ao MS, tendo em vista a
254 necessidade diagnosticada e a condição de que o proponente têm de resolver as pendências, a
255 curto prazo. **Dra. Vera** concedeu a palavra a Dra. Lilian que afirmou que do ponto de vista
256 técnico o ICCA atende a Portaria Ministerial mas há problemas com relação ao aspecto
257 administrativo e pediu que a Dra. Vera se pronunciasse já que a mesma havia examinado o
258 processo com mais profundidade. **Dra. Vera** disse que concorda com a inclusão de nova oferta
259 de serviço de cirurgia cardíaca pediátrica no Sistema mas acha que o tratamento dispensado ao
260 prestador público deve ser diferenciado do que é dado ao prestador privado, mesmo que este não
261 tenha fins lucrativos. Nesse sentido argumentou que ao analisar o processo constatara não
262 apenas pendências técnico-operacionais relacionadas à Portaria Nº 210/2004, mas a ausência de
263 alguns documentos e instrumentos que constituem a base legal para a formalização do
264 credenciamento, tais como, a comprovação legal da condição de entidade filantrópica concedida
265 pelo Conselho Nacional de Serviço Social e o atendimento de pelo menos uma das exigências

266 para a inclusão de instituição filantrópica no Sistema, que é a aprovação do CMS, o Alvará de
267 funcionamento do Instituto e a formalização das relações jurídicas entre o Instituto e os serviços
268 por ele terceirizados, no caso a Gastroclínica que dará o suporte ao ICCA no que diz respeito à
269 realização das cirurgias e realizará os serviços de apoio pós operatório, e acrescentou ainda que
270 o pleiteante também prevê a utilização dos serviços de imagem do Hospital de Messejana mas
271 não identifica os mecanismos de pagamento dos mesmos. Disse que não vê possibilidade de
272 formalização do credenciamento do ICCA com o Sistema Único de Saúde sem a caracterização
273 jurídico-administrativa do estabelecimento e a definição das relações que envolvem a
274 terceirização dos serviços que o estabelecimento se propõe a prestar ao SUS, e sem que o
275 mesmo seja conveniado ao SUS. Sugeriu que seja feita a regularização do processo para após a
276 formalização do Convênio do Instituto com o SUS, pleitear o credenciamento do mesmo como
277 Serviço de Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade. Em seguida concedeu a palavra ao
278 diretor do ICCA que afirmou ser o Instituto do Coração da Criança e do Adolescente uma
279 instituição legal reconhecida pelo Ministério da Justiça. Disse que o Instituto funciona há mais
280 de três anos dentro da Gastroclínica e que já foram feitas mais de 130 cirurgias, com índice de
281 sucesso acima de 98%. Disse que o Serviço está pronto e já foi vistoriado há mais de 6 (seis)
282 meses e que estaria solicitando a formalização do convênio junto ao SUS. **Dra. Vera** esclareceu
283 que somente após estar conveniado ao SUS é que o processo virá à CIB para aprovação da
284 Certificação do ICCA para fins de credenciamento do Serviço junto ao Sistema de Alta
285 Complexidade em Cirurgia Cardiovascular. Após outros esclarecimentos Dra. Vera sugeriu que
286 o processo seja devolvido ao Município de Fortaleza para as providências necessárias à
287 regularização do mesmo. A CIB acatou o pronunciamento da dirigente da Assembléia sobre o
288 credenciamento do ICCA no Sistema de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade e
289 concordou com a devolução do processo ao município de Fortaleza para revisão dos pontos
290 levantados em plenária, com vistas à regularização da documentação e solução de pendências
291 arroladas no despacho de encaminhamento. **Item 8 – Projeto de Ampliação de Procedimentos**
292 **Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade dos municípios de Barbalha e Canindé.** Dra.
293 Regina Célia da COVAC apresentou os projetos para Ampliação de Procedimentos Cirúrgicos
294 Eletivos de Média Complexidade de Barbalha e Canindé, e iniciou lembrando que a primeira
295 proposta do município de Barbalha, que já fora aprovada na CIB constou apenas 42
296 procedimentos. A proposta em pauta consiste de uma complementação da anterior e prevê a
297 realização de 84 procedimentos no período de 120 dias, correspondendo ao valor de R\$
298 30.046,00 que somado à 1ª parcela não alcança o total do incremento inicial que seria de R\$
299 143.000,00. Disse que dos processos encaminhados ao MS no ano de 2004 apenas o de Sobral
300 teve a Portaria de aprovação do MS publicada. Sobre o Projeto de Canindé, **Dra. Regina**
301 informou que se trata de projeto novo programado para realização em 6 meses com o incremento
302 de recurso no valor de R\$ 89.490,00 para 170 procedimentos em que se incluem cirurgias de
303 varizes e cataratas. Sem maiores comentários a CIB aprovou os Projetos de Barbalha e Canindé
304 para Ampliação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, conforme foram
305 apresentados. **Dra. Vera** lembrou da importância de informar aos novos gestores sobre a
306 necessidade de agilizar esses Projetos vez que segundo informação de um assessor do MS os
307 mutirões de Cirurgias Eletivas deverão ser extintos no início de 2005. Sobre o assunto Dr.
308 Aldrovando comunicou que os Projetos de Fortaleza estão atrasados porque até aquela data a
309 SESA não havia encaminhado ao município a relação dos pacientes que estão em fila de espera
310 no HGF e no HGCC. **Dra. Vera** disse que a CORUS seria comunicada com vistas a agilização
311 das referidas informações. **Item 9 – Solicitação de Pagamento Administrativo a Prestadores**
312 **de Serviços Credenciados ao SUS.** Dra. Lilian colocou que ficara acordado entre a SESA e a
313 SMS de Fortaleza que esta faria o repasse do recurso necessário à realização da Revisão do
314 Termo de Compromisso entre Entes Públicos, referente aos meses de novembro e dezembro de
315 2004, e solicitou que fosse autorizado ao município de Fortaleza, através de recursos federais
316 disponíveis no Fundo Municipal de Saúde, proceder o pagamento administrativo no valor de R\$
317 217.750,00 (duzentos e dezessete mil, setecentos e cinquenta reais) ao Fundo Estadual de
318 Saúde, para o ajuste do Termo de Compromisso entre Entes Públicos referente aos meses de

319 novembro e dezembro de 2004. Colocou também a necessidade de fazer o ajuste de UTI do
320 Hospital de Messejana, e do Hospital Infantil Albert Sabin , referente aos meses de outubro
321 novembro e dezembro de 2004, em função do acréscimo de leitos em Unidades de Tratamento
322 Intensivo dos referidos hospitais e pediu autorização da CIB para o município de Fortaleza
323 efetuar o pagamento administrativo ao Fundo Estadual de Saúde, através de recursos federais
324 disponíveis no Fundo Municipal de Saúde de Fortaleza, no valor de R\$ 248.082,00 (duzentos e
325 oitenta e quatro mil e oitenta e dois reais)em virtude do acréscimo de 12 (doze) leitos de UTI no
326 Hospital de Messejana e de 8 (oito) no Hospital Infantil Albert Sabin. A **CIB** autorizou o gestor
327 do município de Fortaleza a efetuar os pagamentos administrativos ao FUNDES, acima
328 solicitados pela Coordenadora da área de Controle e Avaliação da SESA. O outro pedido de
329 autorização de pagamento administrativo diz respeito a débito com o **Hospital e Casa de Saúde**
330 **de Russas** referente a 19 (dezenove) Cesárias autorizadas pelo gestor municipal e não pagas por
331 terem extrapolado o percentual estabelecido para a Unidade. Dra. Lilian disse que o valor
332 devido é de R\$ 8.626,57 (oito mil, seiscentos e vinte seis reais e cinquenta e sete centavos) e
333 solicita que o Gestor Estadual efetue o pagamento administrativo ao prestador já que o
334 município de Russas se encontra sob gestão do Estado. **Dra. Vera** alertou a coordenação da
335 COVAC, sobre a responsabilidade em efetuar pagamento administrativo por procedimentos que
336 extrapolaram a taxa fixada, e disse que fizera a mesma observação ao gestor de Brejo Santo que
337 também havia autorização para pagar os procedimentos de Cesárias excedentes ao percentual
338 estabelecido. Dra. Lilian argumentou que se os procedimentos não fossem realizados em Russas
339 teriam que ser realizados em outro município, provavelmente em Fortaleza. E justificou que a
340 autorização da CIB reforçaria a pertinência da autorização. A **CIB** autorizou a **Secretaria de**
341 **Saúde do Estado** a efetuar o pagamento administrativo no valor de R\$ 8.626,57 (oito mil,
342 seiscentos e vinte seis reais e cinquenta e sete centavos) ao Hospital e Casa de Saúde de Russas.
343 O último pedido de pagamento veio da Secretaria de Saúde de Tianguá e se refere aos
344 procedimentos do mutirão de cirurgias de catarata, cujas APACs deixaram de ser pagas quando
345 da habilitação do município de Tianguá na Gestão Plena do Sistema Municipal. **Dra. Vera** disse
346 que somente há dois meses é que a situação começou a ser regularizada, porém sem considerar o
347 período de setembro de 2003 a outubro de 2004 que acumula uma dívida total de R\$ 78.411,00 (
348 setenta e oito mil, quatrocentos e onze reais) com o município e afirmou que a SESA não tem
349 como pagar porque o recurso que seria destinado ao pagamento das referidas APACs não foi
350 repassado ao Estado. Diz que segundo o parecer técnico da supervisora do NUAUD/COVAC, a
351 Coordenação Estadual da Campanha teria encaminhado ofício ao MS com a proposta de inclusão
352 de Tianguá na Campanha de Cirurgias de Catarata a partir de novembro de 2004, com meta de
353 15 cirurgias/mês, e que a partir de janeiro de 2005 os procedimentos poderiam ser incluídos no
354 Projeto de Ampliação de Cirurgias Eletivas já que a Campanha de Catarata se encerraria em
355 dezembro de 2004. Mas afirma que essas medidas não resolvem o pagamento referente aos
356 procedimentos realizados antes de novembro de 2004. Ante o exposto a **CIB** não autorizou o
357 pagamento administrativo ao município de Tianguá do valor correspondente as APACs de
358 setembro de 2003 a outubro de 2004, de cirurgias de cataratas, não repassado à SESA.
359 Concluídos os assuntos de pauta, o Dr. Galba, Secretário Executivo do Gabinete da SESA
360 encerrou o calendário da reuniões de 2004 confraternizando-se com os presentes e agradecendo
361 em nome do Secretário a participação dos membros da CIB durante essa gestão e em especial ao
362 Dr. Aldrovando pela competência e conhecimento com que sempre norteou os seus
363 posicionamentos sobre os assuntos tratados na Bipartite. Dra. Vera Coelho endossou o discurso
364 do Dr. Galba e acrescentou que a participação do Dr. Aldrovando foi de grande relevância
365 também pela coerência e bom senso que sempre demonstrou possuir em todas as questões
366 apreciadas nesse Colegiado. Acrescentou que a CIB precisa de pessoas que saibam se contrapor
367 e possam de fato colaborar com a melhoria do Sistema Único de Saúde. Em seguida comunicou
368 que aquela reunião seria a última em que participara como Secretária Executiva da CIB
369 afirmando que a partir de janeiro não assumiria a Coordenação das Reuniões da Bipartite. Dr.
370 Aldrovando agradeceu as palavras de elogio e disse que a sua participação como membro da CIB
371 foi muito engrandecedora pois lhe possibilitou o exercício da convivência, da paciência e da

372 compreensão de como são feitas as políticas e as pactuações no Sistema Único de Saúde. Disse
373 essa seria também sua última participação no Colegiado uma vez que uma nova gestão estaria
374 assumindo a Secretaria de Saúde de Fortaleza em 1º de janeiro de 2005. Outros membros
375 também fizeram suas despedidas do Colegiado e com votos de Boas Festas a Coordenadora
376 encerrou a reunião e eu, Célia Fonseca, lavrei a Ata que vai assinada pelos membros da CIB
377 presentes. Fortaleza, dezessete de dezembro de dois mil e quatro.