

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005

Aos quatorze dias do mês de janeiro do ano dois mil e cinco, às quatorze horas, no Auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 1ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, Maria das Graças Barbosa Peixoto, Coordenadora da COPOS; Ismênia Maria Barreto Ramos Supervisora do NUPLA/COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão e Diana Carmem Almeida N. Oliveira Coordenadoras da COVAC; Francisco Holanda Junior da CODAS e Nágela Maria dos Reis Norões da CORES. Pela representação dos municípios compareceram: Leni Lúcia Leal Nobre, Presidente do COSEMS, Ana Márcia Veras Pinto, Secretária de Saúde de Tianguá e Rogério Teixeira Cunha, Secretário de Saúde de Umirim. Como convidados, Edni Ribeiro de Maracanaú, Francisco Pedro da Silva Filho do município de Cruz, Selene Bandeira da CERES de Quixadá, José Policarpo Borba, Secretário de Saúde de Maranguape, Rodrigo Carvalho do Município de Deputado Irapuan Pinheiro, José Anildo Feitosa, da Secretaria de Saúde de Barbalha, Sandra Maria Melo e José Oscar Júnior, da SCMS, Valdeste C. Pinto JR. do Instituto do Coração da Criança e do Adolescente, Maria Carneiro da Silva e Evilene Fernandes de São Luiz do Curu, Regina Célia Ribeiro da COVAC/SESA e José Edson Pessoa Evangelista, Secretário de Saúde de Maracanaú. A reunião foi presidida por **Diana Carmem** que abriu o os trabalhos se apresentando e esclarecendo que estaria coordenando aquela assembléia para atender pedido da Secretária Executiva, Vera Coelho, que estava de férias. Em seguida **Lilian** sugeriu que cada um dos presentes se apresentasse já que haviam gestores e técnicos novos para a Bipartite. Após as apresentações Diana deu as boas vindas aos participantes e reportou-se à pauta da reunião começando pelos informes.

1º informe - Comunicação da COVAC sobre o encaminhamento ao CONASS, em 07 de novembro de 2004, de Planilha contendo as necessidades de recursos adicionais no valor de R\$ 6.196.578,00 para o ano de 2005. Diana esclareceu que essa demanda viria responder às solicitações de aumento do teto do Serviço de Oncologia do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, apresentada em reunião anterior, e de ajuste do Teto de Quimioterapia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Sobral. **Lilian** entregou aos gestores presentes cópia de duas planilhas que teriam sido encaminhadas ao CONASS, e que com base nas mesmas, o referido Colegiado teria feito uma proposta de acréscimo ao orçamento do setor saúde para o ano de 2005. Acrescentou que o estudo realizado pela COVAC não se referia apenas às demandas dos dois hospitais acima citados, mas teria incluído o levantamento dos valores excedentes aos Tetos da Alta Complexidade, entre os quais a TRS e os demais procedimentos custeados com recursos do FAEC e pelas informações de demanda reprimida fornecida pelos municípios. Informou também que essa proposta de acréscimo do orçamento já havia passado pela CIT e que, segundo fora informada, o assunto já estaria sendo encaminhado para a Câmara Federal.

2º Informe – Portaria SAS Nº 751 de 14 de dezembro de 2004 - Diana informou que de acordo com a Portaria Nº 751/2004 da Secretaria de Atenção à Saúde, o prazo para novo credenciamento de Serviços de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, Serviços de Alta Complexidade em Nefrologia e Serviços de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia fora prorrogado por 120 (cento e vinte) dias, ou seja de 15 de dezembro de 2004 até 13 de abril de 2005. Sobre o assunto Lilian lembrou que as Políticas de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, de Nefrologia e de Traumatologia-ortopedia já haviam sido apresentadas na CIB em 2004 e que os processos de credenciamento do Hospital de Messejana e do HIAS para a Assistência de Alta

55 Complexidade Cardiovascular teriam sido encaminhados ao MS. Disse que o processo
56 do Instituto do Coração da Criança e do Adolescente – ICCA, cujas pendências
57 identificadas em reunião anterior haviam sido resolvidas estava com ela e proposto que
58 o credenciamento desse Instituto e o do Hospital Universitário Walter Cantídio, cujo
59 processo acabara de receber, fossem apreciados pela CIB na presente reunião,
60 quando da discussão do item 2 (dois) da pauta sobre credenciamento de Serviços de
61 Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular do Hospital do Coração de Sobral e
62 do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo de Barbalha, considerando a
63 necessidade de se encaminhar para o MS o mais rápido possível tendo em vista o
64 cumprimento do prazo estipulado na Portaria de que trata esse informe. Sobre o
65 credenciamento dos Serviços de Alta Complexidade em Nefrologia, Dra. Regina,
66 supervisora de auditoria da COVAC colocou que dentre as pendências identificadas
67 nas vistorias, se destaca a ausência do Plano Municipal de Prevenção e Tratamento de
68 Doenças Renais que é um dos requisitos exigidos pela Portaria SAS/Nº 211/2004 que
69 regulamenta o assunto e solicitou que os municípios que prestam serviço de TRS ao
70 SUS, ao pleitearem o novo credenciamento incluam no processo o referido Plano em
71 tempo hábil para a análise e encaminhamento ao MS dentro do prazo determinado. **3º**
72 **Informe – Calendário das Reuniões da Comissão Intergestores Tripartite.**
73 Informou que o calendário da Tripartite e das assembléias do CONASS estaria
74 disponível, pediu desculpa por não ter cópias para distribuir com os presentes e sugeriu
75 aos interessados procurarem a Secretaria da CIB. Passou para os itens de Pauta
76 iniciando pelo **item 1 – Cadastramento do Laboratório Regional de Próteses**
77 **Dentárias do Centro de Especialidades Odontológicas Sanitarista Sérgio Arouca**
78 **– Tipo II em Sobral.** Citou as Portarias que normatizam a implantação e o
79 credenciamento dos CEO's e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e expôs
80 para a plenária a informação de que o pleito obteve parecer favorável da Supervisão de
81 Saúde Bucal da SESA Esclareceu também que o Laboratório é uma unidade pública
82 municipal e que funciona junto ao CEO. Leni Lúcia pergunta se os LRPD estão
83 realizando as próteses com pessoal próprio ou se através de mão de obra terceirizada
84 e falou sobre a preocupação do CRO quanto ao exercício da profissão de protético por
85 pessoas sem qualificação. Rodrigo, Secretário de Saúde do município de Irapuan
86 Pinheiro disse que a Portaria que regulamenta a habilitação dos CEO's LRPD define
87 para o funcionamento do Laboratório a necessidade de 1(um) técnico em prótese
88 dentária ou (1) cirurgião dentista, ambos com carga horária de 40 (quarenta) horas
89 semanais, não sendo prevista a terceirização de mão de obra para a confecção das
90 próteses. Após esses esclarecimentos a **CIB** aprovou o credenciamento do Laboratório
91 de Próteses Dentárias do Centro de Especialidades Odontológicas de Sérgio Arouca, de
92 Sobral. **Item 2 – Credenciamento do Hospital do Coração de Sobral e do Hospital**
93 **Maternidade São Vicente de Paulo de Barbalha no Sistema de Alta complexidade**
94 **Cardiovascular.** Dra. Lilian explicou que o Hospital do Coração de Sobral atende
95 todos os requisitos exigidos pela Portaria Nº 210/2004 da SAS, conforme Formulário de
96 Vistoria, assinado pelo gestor, constante do processo em análise, à exceção da
97 exigência referente à UTI tipo II para a qual está sendo solicitado o credenciamento
98 que será apreciado no item 3(três) da pauta em curso. Sobre o Hospital Maternidade
99 São Vicente de Paulo de Barbalha, Lilian disse que o pedido foi analisado pela COVAC
100 que é favorável à aprovação do credenciamento mesmo com a pendência referente ao
101 médico endovascular, e que a SESA não considera isso empecilho ao
102 encaminhamento do processo ao MS, uma vez que o serviço está funcionando e o
103 município está procurando um especialista endovascular e também porque o MS já
104 teria aprovado credenciamento de outra unidade do Estado com pendência da mesma
105 natureza. **A plenária da Bipartite** acatou as ponderações da Dra. Lilian e aprovou o
106 credenciamento do **Hospital Maternidade São Vicente de Paulo de Barbalha** para a
107 prestação de Serviço de Alta Complexidade Cardiovascular em Cirurgia Vascular. A
108 **CIB** aprovou também o credenciamento do **Hospital do Coração de Sobral** para

109 prestar atendimento em Serviço de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular e
110 em Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos de Cardiologia
111 Intervencionista aos pacientes da macrorregião de Sobral. Em seguida, alegando
112 tratar-se do mesmo assunto e considerando o curto prazo de tempo para o
113 cadastramento de Unidades na prestação de serviços de Alta Complexidade
114 Cardiovascular definido pelo MS, **Dra. Lilian** propôs a apreciação também dos
115 processos de credenciamento do Instituto do Coração da Criança e do Adolescente –
116 ICCA e do Hospital Universitário Walter Cantídio, que não estavam na pauta por não
117 terem chegado em tempo hábil e pediu para apresentá-los à Plenária. Dra. Diana
118 consultou os membros da CIB sobre a proposta da Dra. Lilian de se discutir também as
119 demandas do ICCA e do HUWC. Informou que ICCA solicitara credenciamento para a
120 realização de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e afirmou que as pendências
121 identificadas em reunião anterior já haviam sido resolvidas, faltando apenas a
122 aprovação do Conselho Municipal de Saúde e as providências a serem adotadas após
123 autorizado o credenciamento e sugeriu à plenária a aprovação do credenciamento do
124 ICCA com ad referendum do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, que discutiria
125 o assunto na próxima reunião. Citou algumas providências adotadas para a
126 regularização das pendências, destacando a que se refere à falta de formalização do
127 Convênio com o Estado para referenciar exames para o Hospital de Messejana, que
128 teria sido substituída pelo Convênio com o ICAR, cuja formalização estaria no Processo
129 em apreço. **Diana** pediu a manifestação da plenária sobre os pontos expostos pela
130 Lilian já que ela, não havia participado da reunião anterior e portanto não tinha
131 conhecimento das pendências elencadas pela Coordenadora da COVAC. **Dr. Holanda**
132 argumentou que o assunto nem deveria estar em pauta já que o mesmo não havia sido
133 submetido ao CMS. **Diana** esclareceu que o assunto não estava em pauta, mas talvez
134 por uma lógica de agilidade e racionalidade a Lilian pedira para submeter à discussão
135 os credenciamentos, o do ICCA e o do HUWC **Aparecida** informou que havia
136 conversado com vários membros do CMS e que estes estavam cientes da urgência em
137 se resolver o problema da lista de espera. Afirmou que a aprovação da CIB com ad
138 referendum do CMS agilizaria o processo de encaminhamento da documentação ao
139 Ministério da Saúde enquanto o Conselho se reuniria. Depois pediu a Lilian para ler um
140 parecer do diretor do HM em que essa autoridade afirma ser o HM o único no Ceará a
141 realizar cirurgias cardíacas pediátricas e que para atender a fila de espera atual seriam
142 necessários 5,8 anos e que a demanda de novos casos no Ceará é superior a 30
143 cirurgias por mês. Para facilitar a decisão da plenária, **Diana** ressaltou que a demanda
144 em discussão não estava na pauta. Contextualizou a situação do credenciamento do
145 ICCA, afirmando que o controle social muitas vezes traz certos dilemas para o gestor,
146 mas por outro lado é de grande importância nas questões de interesse da comunidade,
147 e no caso em apreço, existe um foro estabelecido legalmente para esse fim. Lembrou
148 que na qualidade de representantes dos órgãos que fazem o Sistema Único de Saúde,
149 os membros da CIB não podem se descuidar dos princípios que regem o SUS e
150 permitir que erros sejam hoje cometidos e que se paguem por eles no futuro. **Dra. Leni**
151 **Lúcia** considerando que o assunto era de interesse do município de Fortaleza, sugeriu
152 que aquela discussão ficasse suspensa até a chegada do Dr. Alex que estava
153 atrasado, mas que ainda viria para a reunião. **Dra. Diana** colocou essa proposta para a
154 plenária. **Dr. Holanda** reforçou a sua posição anterior de que o assunto nem deveria
155 estar na pauta, e rebatendo o argumento da **Dra. Lilian** de que tem crianças
156 morrendo, afirmou que não se pode atropelar decisões nem passar por cima de
157 instâncias legítimas e ficar pedindo ad referendum depois. Questionada pela Dra.
158 Regina sobre o que rege a entrada de assuntos de interesse do setor público e do setor
159 privado em pauta, Diana disse que não há discriminação e informou sobre a existência
160 de uma determinação da CIB que estipula o cumprimento do prazo de 15 dias da
161 reunião para inclusão de itens na pauta da Bipartite de forma a que haja tempo hábil
162 para o Secretário de Saúde e o COSEMS analisarem os assuntos. Alguns membros se

163 manifestaram favoráveis à manutenção da norma, enquanto outros acham que a norma
164 deve ser reavaliada. Diante disso, Diana submeteu à plenária a decisão da não
165 discussão do credenciamento do ICCA e o do HUWC por não estarem na pauta da
166 reunião em curso, não atendendo portanto, a norma da Bipartite. A **CIB** decidiu tirar de
167 discussão os pleitos acima referidos que não constaram da pauta. O novo Secretário
168 de Saúde de Sobral falou das demandas do município e pediu orientação sobre o
169 processo de inclusão das mesmas em pauta. Dra. Regina o orientou sobre os
170 procedimentos a serem adotados com relação aos pleitos de credenciamento de
171 Serviços de Alta Complexidade e pedidos de aumento de teto. **Item 3 –**
172 **Credenciamento da UTI do Nível II (oito leitos) do Hospital do Coração de Sobral.**
173 Dra. Lilian ao apresentar o pleito de credenciamento do Hospital do Coração de Sobral
174 para prestar serviço de Asssitência de Alta Complexidade Cardiovascular falara sobre a
175 necessidade do credenciamento da UTI Nível II com 8 (oito) leitos naquele hospital, já
176 que a falta dessa UTI constituía a única pendência identificada no processo. Disse
177 que conforme parecer do auditor que vistoriou o Hospital, a UTI tipo II daquela
178 Unidade atende aos requisitos da Portaria GM/MS nº 3432/1998. Ante o exposto a **CIB**
179 aprovou o credenciamento da UTI tipo II com 8 (oito) leitos do Hospital do Coração de
180 Sobral. **Item 4 – Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.** O assunto foi
181 apresentado pela Dra. Regina da COVAC/NUAUD que expôs, através de slides, a
182 Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, instituída pela Portaria GMNº2.073 de
183 28 de setembro de 2004 e a sua normatização através das Portarias SAS nº 587/2004
184 e nº589/2004 que tratam, respectivamente, da organização e implantação das redes
185 Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva e da exclusão de códigos e alteração de
186 procedimentos das tabelas do SIA-SUS. Explicou que anteriormente a essa Política a
187 assistência ao portador de deficiência auditiva era feita através de credenciamento
188 baseado na Portaria 432/2000, mas que em 2003 o MS suspendera os
189 credenciamentos para esse serviço, considerando os elevados custos dos
190 procedimentos, e criado uma grupo de trabalho para elaborar uma nova proposta que
191 se traduz na atual Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva em pauta. Informou
192 que o CONASS em sua Nota Técnica nº 25/2004 propôs renegociar os limites
193 quantitativos dos procedimentos e o nível de detalhamento da Portaria SAS nº
194 587/2004 tanto em relação à definição dos recursos humanos quanto ao formulários
195 estabelecidos, cuja quantidade de informações dificulta a operacionalização da Política.
196 Disse que a proposta do CONASS teria sido discutida na CIT de 19 de agosto de 2004
197 mas acredita que não houve acordo já que em 28 de setembro o Ministério da Saúde
198 publicara a Portaria 2.073, acima referida. Informou aos presentes e especialmente aos
199 novos gestores o site do MS (www.saude.gov.br/portarias) onde constam as Portarias
200 com todos os anexos. Em seguida apresentou de forma resumida a Normatização
201 estabelecida pela Portaria Nº 587 de 07 de outubro de 2004, em cujos anexos I a V
202 constam as Normas para o Atendimento em Saúde Auditiva na Atenção Básica, na
203 Média e na Alta Complexidade; As Normas Gerais para credenciamento/habilitação de
204 Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média e na Alta Complexidade; o Formulário
205 para Vistoria do Gestor; o Registro Brasileiro de Seleção e Adaptação de Aparelhos de
206 Amplificação Sonora Individual; e o Quantitativo de Serviços de Atenção à Saúde
207 Auditiva por Estado. Informou que as Redes Estaduais serão constituídas pelas Ações
208 de Saúde Auditiva na Atenção Básica, Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média
209 Complexidade e Serviços de Atenção à Saúde na Alta Complexidade. Em seguida citou
210 os critérios estabelecidos para a definição dos quantitativos e distribuição geográfica
211 dos estabelecimentos de saúde que integrarão a Rede de Atenção à Saúde Auditiva e
212 informou que o parâmetro é de 01 serviço por 1.500.000 habitantes, sendo para o
213 Ceará, de acordo com a sua população, o quantitativo máximo de 5 (cinco) Serviços.
214 Mostrou a atual distribuição dos Serviços de atendimento em Deficiência Auditiva no
215 Ceará, localizados nas Macrorregiões de Fortaleza, Sobral e Cariri, precisamente, nos
216 municípios de Maracanaú, Cascavel, Fortaleza, Sobral e Juazeiro do Norte num total

217 de 9 Serviços. Citou a composição da Equipe Mínima de Recursos Humanos
218 necessários a cada serviço e finalizou informando que os atuais estabelecimentos
219 cadastrados no código 27/144 (Serviço de Diagnóstico/Terapia em Otorrinolaringologia)
220 terão o prazo de 180 (cento e oitenta dias) a contar de 07 de outubro de 2004 para
221 solicitar o novo credenciamento ao gestor estadual ou municipal em Gestão Plena do
222 Sistema Municipal. **Diana** encerrou a reunião agradecendo a presença de todos, dando
223 as boas vindas aos novos gestores e incentivando os antigos a permanecerem na luta
224 pela saúde da população, através do SUS e pediu para atender uma solicitação da 1ª
225 CERES que enviara informativo à CIB comunicando que pleitos de qualificação de
226 Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal teriam sido aprovados na CIB/MR. Dra.
227 **Leni** se afirmou ser contrária a que se coloque na CIB/CE as qualificações de Equipes
228 do PSF já que as mesmas são à priori avaliadas pelos técnicos competentes de cada
229 área. Diana afirmou que entende o processo de qualificação como uma intenção do
230 Município em formar as Equipes e só depois que o MS as qualifica é que feito o
231 cadastramento. **Leni** acha que esse assunto deve ser melhor explicado e pergunta se
232 os pedidos de qualificação devem obedecer o prazo de 15 dias para inclusão em pauta.
233 **Diana** ficou de consultar o assunto mas a Leni Lúcia se comprometeu em discernir e
234 trazer para a próxima reunião o significado do processo de qualificação de Equipes no
235 âmbito da Atenção Básica. Observando que a pauta já havia sido cumprida, Dr.
236 **Holanda** , pediu para informar que a partir de 17 de janeiro a SESA estaria chamando,
237 um a um, todos os Hospitais Pólos para fazerem uma nova negociação, e esclareceu
238 que o Controle Social já existente através das Câmaras Municipais e do atesto das
239 Regionais de Saúde, terá também a participação das CIB/MR, que deverá fiscalizar se
240 os serviços estão sendo providos e referendar os cortes que se fizerem necessários.
241 Voltando ao assunto da qualificação, **Ismênia** esclareceu ao Rodrigo, Secretário de
242 Saúde do Município de Irapuan Pinheiro que o item “qualificação” geralmente está em
243 pauta, quando pelo menos um município encaminha processo. Por isso o pleito de
244 qualificação de equipes dos demais municípios pode entrar na pauta mesmo após os
245 15 dias de antecedência estipulados pela CIB. **Dr. Policarpo**, chamou a atenção para a
246 importância de se fazer um debate sobre o incremento de serviços atribuídos aos
247 municípios sem a cobertura financeira correspondente e disse que é preciso que os
248 municípios batalhem pelo recebimento do recurso necessário ao cumprimento do que
249 foi efetivamente pactuado. Nada mais havendo a tratar a CIB deu por encerrada a
250 reunião, cuja Ata, lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada pelos membros da CIB
251 presentes. Fortaleza, quatorze de janeiro de dois mil e cinco.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005

1
2
3
4
5
6 Aos onze dias do mês de fevereiro do ano dois mil e cinco, às oito horas e trinta minutos, no
7 Auditório do CESAU, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante
8 Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 2ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão
9 Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a
10 SESA, Vera Maria Câmara Coelho Coordenadora da COPOS; Lilian Alves Amorim Beltrão
11 Coordenadora da COVAC; Francisco Holanda Junior, Coordenador da CODAS, Carmem Lúcia
12 Osterne, Supervisora do NUORG/CODAS, Ismênia Maria Supervisora do NUPLA, Antônio Paula
13 de Meneses Técnico do NUPLA e Diana Carmem Oliveira Coordenadora da COVAC. Pela
14 representação dos municípios compareceram: Luis Odorico Monteiro e Alexandre Mont'Alverne
15 da SMS de Fortaleza; Leni Lúcia Leal Nobre, do COSEMS; Ana Márcia Veras Pinto da SMS de
16 Tianguá e Rogério de Umirim. Como convidados, José Edson Evangelista, de Maracanaú; Telma
17 Alves do NUNAS; Alcides Muniz Gomes de Matos da SMS de Juazeiro do Norte; Angela Massayo
18 Ginbo, de Juazeiro do Norte; Fco. da Costa Martins de Nova Russas; Francisco Carlos das Neves
19 Cruz, de Barbalha; Maria Nizete Tavares Alves da SMS de Crato Fco Ricardo Freire Gadelha, da
20 CAE - SMS; Maria de Fátima Freitas do NUNAS/Saúde Bucal; Joseana Lima, do COSEMS,
21 Denise Falcão Pereira de Milhã; Francisco Pedro da Silva Filho, de Cruz; e Valdeste C. Pinto Jr.
22 do Instituto do Coração da Criança e do Adolescente. A reunião foi presidida por Vera Coelho que
23 iniciou os trabalhos solicitando que os Secretários novatos se apresentassem e que durante as
24 intervenções as pessoas falassem ao microfone e se identificassem já que a reunião estava sendo
25 gravada. Informou que na reunião seguinte após a eleição da diretoria do COSEMS e escolha dos
26 novos membros representantes desse Conselho na CIB haveria uma discussão sobre o Regimento
27 Interno da CIB para que os novos membros conheçam o funcionamento desse Colegiado.
28 Prosseguiu com a apresentação do **1º INFORME**: CONASS INFORMA 02/2005, que encaminha
29 informações sobre o VI Congresso Nacional da Rede Unida, a realizar-se em Belo Horizonte no
30 período de 2 a 5 de julho de 2005 e que na mesma ocasião estarão acontecendo, a I Mostra de
31 Produção em Saúde da Família de Minas Gerais, o II Fórum Nacional de Redes de Saúde e a
32 Reunião de Pólos de Educação Permanente, e que o prazo para inscrição se encerraria em
33 21.02.2005. Falou sobre a importância da participação dos gestores no citado Congresso em que
34 terão a oportunidade de conhecer como funcionam as redes de Saúde, destacando a Rede
35 COPERSUS que foi instituída em nível nacional nos moldes da Rede Unida, e que ao se filiarem a
36 essas Redes poderão usufruir de informações, aconselhamento e troca de idéias sobre questões
37 ligadas ao gerenciamento do Sistema Único de Saúde. O **2º INFORME** diz respeito à Portaria SAS
38 Nº 766 de 21 dezembro de 2004, que expande a realização do Exame de VDRL a todas as
39 parturientes internadas nos estabelecimentos hospitalares do SUS com registro obrigatório do
40 procedimento na AIH do Parto. **Dra. Lilian** pediu para esclarecer que a vigência do registro do
41 procedimento que seria iniciado em janeiro de 2005 passara para fevereiro de 2005. Disse que o
42 código do VDRL é 17034027 e deve ser cobrado como Serviços Profissionais no momento do
43 parto. Esclareceu que não se trata do VDRL do prenatal, que não é remunerado e que o referido
44 procedimento está incluído na remuneração de SADT na AIH. O **3º INFORME** se refere à
45 Portaria SAS Nº 16 de 18 de janeiro de 2005 em que a Secretaria de Atenção à Saúde/MS inclui o
46 município de Tianguá na Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas para a realização de Cirurgias
47 de Catarata, a partir da competência de novembro de 2004, com meta de 15 (quinze) cirurgias/mês,
48 redefinindo, com isso a programação desse procedimento para o total de municípios sob gestão
49 estadual, que passa para 214 Cirurgias de Catarata mensais. Justificou a razão desse informe
50 explicando que a CIB em reunião anterior já havia apreciado solicitação de Tianguá para o
51 pagamento administrativo, pelo Estado, no valor de R\$78.411,00 considerando que por falta de
52 comunicação, o referido município ao se habilitar na Gestão Plena do Sistema Municipal deixou de
53 receber os créditos pelas cirurgias de cataratas que foram realizadas em Campanhas de Mutirão, do

54 período de setembro de 2003 a outubro de 2004, mas tão logo o município informara à SESA o não
55 recebimento do pagamento das Cirurgias, a Coordenação Estadual das Campanhas teria
56 encaminhado ao MS, solicitação de inclusão de Tianguá na Campanha de Cirurgia de Catarata a
57 partir da competência de novembro/2004, objeto desse informe. Observou que a gestora de
58 Tianguá viria à reunião reclamar o ressarcimento dos meses de setembro de 2003 a outubro de
59 2004, mas que a SESA não tinha como pagar porque a meta que estava sob gestão do Estado fora
60 toda utilizada em pagamento de procedimentos realizados em municípios não habilitados na Gestão
61 Plena do Sistema Municipal. O **4º INFORME** trata de um expediente do Secretário de Vigilância à
62 Saúde em que este comunica à CIB que o Projeto VIGISUS II do Estado do Ceará foi aprovado,
63 tendo sido considerado, pela Comissão de Avaliação, como um Plano muito bem elaborado, e pediu
64 permissão para circular o Plano para outros Estados que estavam com dificuldade de elaboração
65 desse instrumento. Disse que o início do VIGISUS II está previsto para o mês de junho de 2005
66 quando deverão chegar os recursos financeiros do referido Plano para o Estado. **Dra. Leni Lúcia**
67 questionou a não inclusão na pauta dessa reunião, de uma demanda do município de Iracema sobre
68 problemas levantados pela CGU em auditoria realizada no referido município. **Dra. Vera**
69 respondeu, informando que quando da chegada da demanda, a pauta da reunião, que acabou sendo
70 adiada em virtude da reunião sobre o QUALISUS com um técnico do MS, já tinha circulado e
71 estava muito extensa, não permitindo a inclusão de um assunto que requer um tempo maior para
72 discussão já que diz respeito a norma do Programa de Saúde da Família aprovada na CIB/CE, mas
73 não considerada legítima pela Controladoria Geral da União. Acrescentou que a CIB já recebeu
74 processos de outros municípios com ocorrências identificadas pela Auditoria da CGU quanto ao
75 uso dos recursos da Atenção Básica, e que o assunto exige um tempo maior para discussão e
76 tomada de decisão do Colegiado. Dra. Leni informou que o CONASS havia levado para reunião no
77 mês de janeiro, as demandas mais pulsantes dos gestores municipais. Disse que esse Conselho,
78 juntamente com o CONASEMS e o MS resolveram, antecedendo ao Congresso Nacional de
79 Secretários Municipais de Saúde a acontecer de 10 a 13 de maio deste ano, em Cuiabá, fazer
80 encontros estaduais no sentido de resolver questões operacionais que impedem a integralidade da
81 Atenção. E que um dos pontos, a ser discutido é a relação da Controladoria Geral da União com os
82 municípios. Informou que o Encontro Estadual do Ceará se dará nos dias seis, sete e oito de abril de
83 2005, possivelmente no Passaré, em cuja abertura será lançado, pelo MS o Manual, “O SUS de A a
84 Z”, no dia sete o MS e o CONASS responderão as questões levantadas pelos COSEMS e outras
85 questões de ordem geral e no dia oito o Estado do Ceará falará sobre a relação da CGU com os
86 municípios. Dra. Vera chamou a atenção para a dificuldade do relacionamento dos municípios com
87 a CGU e acha de a CIB tem obrigação de colocar em discussão, nas próximas reuniões, a Norma
88 Estadual do PSF, para que sejam revistos os pontos de divergência com a Norma Federal. Findos os
89 informes, Dra. Vera, constatando a existência de quorum, deu início a apresentação e discussão dos
90 itens de Pauta: **Item 1 - Apreciação dos Projetos para Fortalecimento da Assistência de**
91 **Pessoas Vivendo com o HIV/DST/Aids.** Antes de passar a palavra para a Dra. Telma, Técnica do
92 Núcleo de Normatização da Atenção à Saúde, Dra. Vera Coelho explicou que o Estado teria feito
93 preliminarmente, duas reuniões com os municípios que apresentam no perfil epidemiológico
94 incidência de casos de HIV/AIDS elevada e que necessitam implementar a assistência a essas
95 pessoas, e apresentam capacidade de organização dos serviços nessa área, e com um fórum que
96 trabalha com esse tipo de assistência objetivando organizar a proposta para apreciação da CIB. Ce
97 todo um trabalho de preparação e definição das alternativas para apreciação da CIB. Telma
98 informou que a apresentação em Pauta consiste de uma proposta de Organização da Rede Estadual
99 de Assistência às Pessoas vivendo com HIV/Aids e disse que para manter essa assistência, o MS
100 criou uma linha de financiamento de projetos para apoiar Estados e Municípios na organização das
101 Redes Estaduais, e que a SESA pretende encaminhar a proposta do Estado até o final do mês de
102 fevereiro/2005 já que dos municípios selecionados apenas Maracanaú ainda não teria concluído o
103 seu projeto. Disse que os Projetos foram elaborados segundo as normas do MS, constantes em
104 Edital publicado no DOU de 1º novembro de 2004 considerando os seguintes requisitos: **1-**
105 **Natureza do Projeto:** Serviço de Assistência Especializada-SAE; Hospital-Dia/Aids-HD;
106 **Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids-ADT; Brinquedoteca em hospitais com internação**

107 pediátrica em HIV/Aids; Unidade Dispensadora de Medicamentos–UDM; Leitos/Aids em Hospital
108 de Referência para Internação HIV/Aids; Serviço Móvel de Testagem e Aconselhamento–CTA
109 Itinerante e Laboratórios de Monitoramento da Infecção pelo HIV(Carga Viral, CD4/CD8 e
110 Genotipagem). **2 - Obrigações do Proponente:** Contra partida em recursos humanos e Manutenção
111 dos Serviços. **3 - Obrigações do Cedente:** Disponibilização dos recursos e Capacitação dos
112 profissionais para o pleno exercício das atividades (em conjunto com as SES). **4 - Critérios de**
113 **Habilitação:** Compatibilidade dos objetivos do projeto; Integração efetiva das ações proposta com
114 o SÚS; Relevância epidemiológica e geográfica; Localização geográfica do projeto; Potencial do
115 projeto em atingir áreas de maior incidência das DST/HIV/AIDS; Capacidade gerencial, técnica e
116 administrativa; Coerência do orçamento com os objetivos, atividades e resultados propostos;
117 Descrição completa dos indicadores de monitoramento e avaliação do projeto e Identificação da
118 contrapartida (RH e manutenção). **5 - Recursos Financeiros:** O investimento estabelecido para o
119 Ceará consiste no montante de R\$ 503.990,00 (quinhentos e três mil, novecentos e noventa reais)
120 que corresponde a 3% do total dos recursos destinados a assistência às pessoas com AIDS no país,
121 e que foram calculados na base de R\$ 101,92 por caso notificado. O Projeto Estadual propõe a
122 divisão do recurso com base no Valor por Unidade, entre as oito unidades do Estado ficando o
123 seguinte valor para cada Município: Fortaleza, R\$ 191.490,00; Juazeiro do Norte, R\$ 62.500,00;
124 Sobral, R\$ 62.500,00; Maracanaú, R\$ 62.500,00; Caucaia, R\$ 62.500,00 e Cascavel, R\$
125 62.500,00. **6 - Áreas Prioritárias:** Informou que os critérios para definição das Áreas Prioritárias
126 são coerentes com a implantação desses Serviços no Brasil, que tem seguido a trajetória da
127 epidemia no país, iniciando nos municípios de grande porte e de maior incidência da doença, e com
128 a disseminação da epidemia, esses serviços tem sido implantados no interior e nos municípios de
129 menores portes. Afirmou que no Ceará, 70% dos casos se concentram nos municípios de Fortaleza,
130 (62%), Caucaia (3%), Sobral (2%), Juazeiro do Norte (1%) e Maracanaú (2%). Assim, a escolha
131 das Áreas Prioritárias foi baseada nos seguintes critérios: a) Municípios com maior número de
132 pacientes assistidos, (Fortaleza, Caucaia, Sobral, Juazeiro do Norte e Maracanaú); b) Município
133 com assistência descentralizada (Cascavel). **7- Ação Prioritária:** Falou sobre os principais
134 problemas de assistência às pessoas com Aids nos municípios citados e apontou propostas de
135 solução, que após analisadas chegou-se ao consenso de que a **Ação Prioritária do Projeto**, seria a
136 **Organização da Assistência Ambulatorial**. **8 – Implementação da Rede Estadual:** A Proposta
137 de Assistência às pessoas Vivendo com Aids foi definida de acordo com os seguintes critérios: **1º)**
138 **Contemplando municípios com unidades ambulatorias e/ou hospitalares que já participam da**
139 **rede com os seguintes serviços:** SAE do município de Cascavel – ampliação da área física para
140 atender demanda local e 07 municípios do pólo regional; **Leitos/AIDS na Santa Casa de**
141 **Misericórdia de Sobral** - adequação da área física da unidade de internação do Serviço de Doenças
142 Infecciosas para atender demanda local e de mais 54 municípios da macro regional de saúde; **SAE**
143 **do Hospital Geral de Fortaleza** - adequação da área física para atender demanda atual; **SAE do**
144 **Hospital Santo Inácio em Juazeiro do Norte** - implementação do ambulatório para adulto e
145 criança portadores do HIV para atender demanda das regionais de saúde de Juazeiro do Norte (6
146 municípios), Brejo Santo (05 municípios) e Crato (8 municípios) e municípios de fronteira com
147 Pernambuco. **Hospital – Dia no Hospital Universitário Walter Cantídio** – implantação de leitos
148 dia para atender demanda local do SAE; **SAE do Centro de Especialidades Médicas José de**
149 **Alencar** – implantação de ambulatório para atender demanda das 06 Secretarias regionais do
150 município de Fortaleza; **2º) Contemplando municípios com unidades ambulatoriais ou**
151 **hospitalares que irão participar da rede com os seguintes serviços:** SAE na **Unidade Santa**
152 **Terezinha em Caucaia** - implantação de ambulatório para atender demanda local; e SAE no
153 **Hospital Municipal em Maracanaú** - implantação de ambulatório para atender demanda local.
154 Antes de iniciar as discussões **Dra. Vera** sugeriu que fosse dado um prazo para o município de
155 Maracanaú enviar à SESA a sua proposta, cujo recurso será repassado para outra Unidade de
156 Fortaleza se o mesmo não chegar em tempo hábil para análise e inserção no Projeto Estadual.
157 Aberto o espaço de discussão, **Dr. Policarpo** e outros gestores manifestaram preocupação com a
158 falta de recursos de custeio para a assistência nessa área e consideraram o problema um fator que
159 pode inviabilizar a operacionalização do Projeto. Vera concorda, a princípio, mas entende que os

160 gestores devem iniciar uma outra forma de discussão para encontrar alternativas que possibilitem a
161 resolução do problema da assistência às pessoas que vivem com Aids nos seus municípios, já que
162 essas pessoas fazem parte da população e portanto têm direito de acesso aos Serviços do SUS no
163 Sistema Municipal. Respondendo a questionamento sobre recursos para pagamento de leitos
164 credenciados em Juazeiro do Norte e Cascavel para pacientes de AIDS, **Dra. Lilian** esclareceu que
165 não há recursos extras para financiamento dos leitos de AIDS. Disse que o credenciamento dos
166 mesmos garante a cobrança do procedimento na AIH. Findos os pronunciamentos a CIB aprovou a
167 Proposta apresentada pela SESA através da COPOS/NUNAS para a Implantação da Rede Estadual
168 de Assistência às Pessoas vivendo com HIV/Aids, e estabeleceu o prazo limite até o dia 18 de
169 fevereiro de 2005 para a entrega do Projeto do município de Maracanaú à SESA. **Item 2 –**
170 **Implantação do Projeto Estadual do Dentista da Família – Ano 3.** O assunto foi apresentado
171 pela Dra. Fátima, Assessora Técnica do NUNAS/ Saúde Bucal da SESA, que iniciou informando
172 que o Programa Dentista da Família fora lançado em 2003 pelo governo do Estado, e consistia em
173 incluir um dentista e um auxiliar em cada equipe do PSF. Os critérios adotados para a escolha dos
174 municípios a serem contemplados foram: municípios com o Menor IDH e os que apresentaram os
175 melhores indicadores de saúde bucal preconizados pelo MS. Em 2003 foram implantadas 23
176 Equipes, em 2004 18 Equipes, e para 2005 a meta é para a implantação de 24 Equipes de Saúde
177 Bucal. Disse que o Programa estabelece uma relação de parceria entre o Estado e Municípios para
178 os quais são definidas as **obrigações** correspondentes: Aos municípios cabe a contratação de RH
179 através de concurso público, aquisição de equipamentos, mobiliários e instrumentais odontológicos,
180 manutenção de equipamentos e garantia do material de consumo, emissão de relatórios
181 comparativos das metas alcançadas, monitoramento da fluoretação das águas na estação de
182 tratamento oficial do município, designar um coordenador de saúde bucal no município e incluir um
183 dentista e um auxiliar nas equipes de Saúde da Família sempre que estas forem ampliadas. Fazer
184 pactuação com a SESA para compra de creme dental e escovas de dente para todas as pessoas
185 cadastradas nos procedimentos coletivos. Disse que outros requisitos a serem atendidos pelos
186 municípios seriam a existência do serviço de urgência e emergência na sede do município, manter
187 pagamento das equipes do Programa Dentista da Família concomitante com o pagamento do
188 funcionalismo municipal, e solicitar o repasse dos recursos financeiros até o dia 25 de cada mês.
189 Disse que à SESA, cabe o repasse dos recursos financeiros para o município, numa parcela única de
190 R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para a estruturação das unidades básicas ou compra de equipamentos
191 e 13 parcelas mensais no valor de R\$2.750,00 (dois mil setecentos e cinquenta reais) para o
192 pagamento do dentista e do auxiliar; assessoramento no processo de contratação de pessoal e
193 estruturação das unidades; acompanhamento e supervisão das ações e dos serviços odontológicos.
194 O investimento total é constituído de 13 parcelas mensais de R\$ 113.750,00 (cento e treze mil,
195 setecentos e cinquenta reais) para pagamento de pessoal e um valor anual de R\$ 480.000,00
196 (quatrocentos e oitenta mil reais) para pagamento dos dentistas e auxiliares das 24 equipes previstas
197 para o Programa Dentista da Família - ano 3. Disse que os municípios selecionados por melhor
198 desempenho nos indicadores da Atenção Básica foram: **Itaitinga, Gal Sampaio, Guaiuba, Pacoti,**
199 **Fortim, Carnaubal, Crateús e Ico.** Os municípios com menores IDH foram, **Senador Sá, Viçosa**
200 **do Ceará, Arneiróz, Martinópole, Catarina, Araripe, Pedra Branca e Jucás.** Vera esclareceu à
201 plenária que a proposta do Estado do Ceará através do Projeto Dentista da Família ano 3 é investir
202 na melhoria da assistência bucal da população desses municípios, independentemente do repasse
203 dos recursos federais para a manutenção das Equipes de PSF e de Saúde Bucal. Aberto o espaço
204 para as discussões, Dr. **Rogério** de Umirim reclama que há um ano o município recebeu dois
205 dentistas para as Equipes de PSF e que apenas recentemente recebeu um consultório dos dois que
206 haviam sido prometidos. Afirma que o município não tem como adquirir o equipamento e que dessa
207 forma não há como melhorar indicadores de saúde, e pergunta a Assessora de Saúde Bucal porque
208 só foi adquirido um consultório para Umirim. Fátima diz que foi por motivo de redução dos
209 recursos do Estado, mas sugere que o dentista pode trabalhar sem o consultório, fazendo a
210 prevenção. **Vera** sugere que verifique se no Plano de Investimento para 2005 está incluído o
211 consultório odontológico de Umirim. **Fátima** adiantou que a aquisição do consultório de Umirim
212 consta do Plano de Investimento do corrente exercício. Dr. **Rodrigo** Secretário de Saúde de Irapuan

213 Pinheiro, esclarece que a Política Nacional de Saúde Bucal recomenda que 85% da carga horária do
214 dentista sejam utilizados em atividade clínica, portanto, no consultório. Parabeniza o Estado pelos
215 valores do incentivo e da manutenção do pessoal nas equipes de saúde bucal, mas, solicita
216 esclarecimento quanto aos critérios adotados para a definição do número de dentistas por
217 município. Questiona também a exigência da contratação de pessoal por Concurso Público, sem a
218 garantia da continuidade desses incentivos. Outra preocupação do referido Secretário diz respeito
219 ao salário do dentista uma vez que a estrutura administrativa das Secretarias de Saúde não permite
220 que a remuneração de nenhum cargo seja superior à do Secretário e por fim, discutiu a necessidade
221 da designação de um Coordenador já que o coordenador da Atenção Básica pode desempenhar esse
222 papel. Os mesmos questionamentos foram feitos pelo Sr. Josete Secretário de Saúde de Guaiuba,
223 que tem dúvidas quanto à agenda de implantação do projeto tendo em vista o processo de
224 elaboração da PPI de Saúde Bucal, e diz que não entende como se cumprirá o Cronograma de
225 implantação das Equipes se o repasse consta de 13 parcelas e já se passaram praticamente três
226 meses do ano. **Dra. Fátima** responde que o critério adotado pelo Estado para a distribuição de
227 Equipes teve como base a equiparação de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de PSF.
228 Sobre o Concurso Público afirmou que não dispunha das informações que justificam a exigência .E
229 quanto ao Coordenador, justifica a necessidade argumentando que nem sempre o coordenador da
230 Atenção Básica está apto resolver questões referentes à saúde bucal. Sobre a agenda disse que as
231 Equipes desse ano 3 deverão ser implantadas em março. **Dra. Vera** esclareceu sobre o Concurso
232 Público que o Estado, juntamente com os municípios, está organizando o Concurso Público para o
233 Programa de Saúde da Família, baseado nas necessidades locais e a intenção é de que os
234 profissionais da área de odontologia não fiquem de fora nas demandas dos municípios que estão
235 aderindo a esse Concurso, tendo em vista que o Certame deverá regularizar a situação trabalhista
236 dos profissionais das equipes do PSF. Sobre a questão do valor da remuneração dos cargos da
237 estrutura administrativa das Secretarias de Saúde que não podem ser superiores a do Secretário,
238 informou que a APRECE está tratando esse assunto junto à Assembléia Legislativa, pois se trata de
239 uma Lei Estadual que deverá ser reformulada com vistas a garantir aos profissionais uma
240 remuneração que permita a sua permanência no município. Quanto à exigência do Coordenador,
241 diz que a Coordenação da Equipe de Saúde Bucal pode ser a mesma do PSF, ainda que existam
242 limitações quanto ao conhecimento das atividades odontológicas, mas é importante que haja um
243 interlocutor com quem a SESA possa obter informações para tomada de decisão em questões
244 operacionais com mais rapidez. Sobre o Cronograma de implantação das Equipes, foram colocados
245 13 meses na alocação orçamentária tendo em vista o 13º salário dos profissionais que já estão no
246 Programa, mas para os novos contratos a vigência se inicia no mês de março. Sobre a quantidade de
247 dentistas a decisão do governo foi de garantir a existência de um dentista em cada equipe de PSF.
248 Disse ainda que o incentivo do Estado é apenas um complemento ao do Governo Federal, e que não
249 há garantia que o incentivo estadual permaneça no próximo ano e por isso o Estado, a exemplo do
250 MS, limita também para efeito de incentivo, a proporção de uma (1) Equipe de Saúde Bucal para
251 Equipe de PSF, pois findo o Programa Dentista da Família fica garantido para o município o
252 repasse do incentivo do MS. Sem mais interpelações, **Dra. Vera** encerrou o assunto esclarecendo
253 que a exposição teve apenas caráter informativo, não gerando, portanto, decisão do Colegiado, vez
254 que a inclusão do município ao Programa se dará pelo processo de adesão à Política Estadual de
255 Melhoria da Assistência à Saúde Bucal nos municípios que apresentam melhor desempenhos dos
256 seus indicadores bem como nos que apresentam os menores Índices de Desenvolvimento Humano.

257 **Item 3 – Qualificação de Equipes no âmbito do PSF.** **Dra. Vera** apresentou aos membros da
258 Bipartite os pleitos de qualificação de Equipes de Saúde Bucal, de Equipes de Saúde da Família e
259 Acréscimos ao PACS dos seguintes municípios: **Equipes de Saúde da Família:** uma (1) para
260 Catarina; duas (2) para Cruz; uma (1) para Deputado Irapuan Pinheiro; sete (7) para Crateús; duas
261 (2) para Jati e uma (1) para Mulungu. **Equipes de Saúde Bucal:** uma (1) para Cedro; quatro (4)
262 para Aurora; quatro (4) para Ocara; duas (2) para Itapajé; uma (1) para Ipaumirim; duas (2) para
263 Catarina; uma (1) para Deputado Irapuan Pinheiro; sete (7) para Boa Viagem; uma (1) para
264 Barbalha; duas (2) para Jati; uma (1) para Itapiuna e cem (100) para Fortaleza e **Acréscimo de 14**
265 **ACS** para o município de Crateús e **22 ACS** para o município de Catarina. Vera informou que os

266 ACS acrescentados serão pagos com recursos do MS. Em relação às 100 Equipes de Saúde Bucal
267 de Fortaleza das quais 29 estão completas enquanto as demais estão em fase de proposta de
268 organização para implantação, Dra Vera colocou que, para fins de qualificação, a SESA exigia dos
269 municípios, a constituição das equipes com os nomes dos profissionais da equipe de saúde bucal,
270 conforme Portaria Ministerial de 2001 que é clara quanto aos procedimentos adotados para a
271 qualificação dessas equipes. Como a Portaria de 2004 deixa dúvidas sobre essa exigência, a SESA
272 consultou a Coordenação Nacional de Saúde Bucal que respondeu através de Mensagem à
273 Coordenação Estadual de Saúde Bucal, datada de 11 de fevereiro de 2005 com o seguinte teor:
274 *Prezada Coordenadora, Em resposta à Vossa consulta quanto a possibilidade de aquisição de equipamento*
275 *odontológico somente após o processo de qualificação/implantação de uma Equipe de Saúde Bucal na estratégia*
276 *do PSF, de acordo com o item G-FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL NO PSF, da Portaria GM nº 267 de 06*
277 *de março de 2001, “Será transferido um incentivo adicional em parcela única para aquisição de instrumental e*
278 *equipamentos odontológicos. Para fins de orientação dessa aquisição, é apresentada, a seguir, relação mínima*
279 *de equipamentos e instrumentais. No caso da existência dos equipamentos no local do atendimento, o incentivo*
280 *adicional poderá ser utilizado para complementá-los ou ainda para aquisição de outros equipamentos e ou*
281 *instrumentais de uso odontológico que se façam necessários na atenção básica”. O referido incentivo é*
282 *repassado após o processo de cadastramento das Equipes de Saúde Bucal no Sistema de Informação da Atenção*
283 *Básica (SIAB). Lembramos que o valor repassado não é suficiente para cobrir as despesas com a aquisição de*
284 *todos os equipamentos necessários ao trabalho clínico das equipes. Entende-se, portanto, que haverá uma*
285 *contra-partida municipal e/ou estadual. O Artigo 3º da Portaria GM nº 74 de 20 de janeiro de 2004, dispõe o*
286 *seguinte: “Definir que a CIB deve decidir que o mesmo procedimento será adotado para todos os municípios.*
287 *Que as equipes de saúde bucal habilitadas na modalidade II ficam obrigadas a possuir pelo menos 2(dois)*
288 *equipos odontológicos completos, bem como as equipes habilitadas em modalidade I continuam obrigadas a*
289 *possuir pelo menos 1 equipo odontológico completo.” Os municípios deverão adquirir tais equipamentos, sendo*
290 *que em relação às equipes de modalidade II, além dos repasses dos incentivos financeiros, um equipamento*
291 *odontológico completo destinado ao trabalho do THD será fornecido pelo Ministério da Saúde, conforme*
292 *disposto no Artigo 2º da mesma portaria. Nos colocamos à disposição para quaisquer outras informações.*
293 *Atenciosamente, Izabeth Farias Assessora Técnica – CD Coordenação Nacional de Saúde Bucal – MS..*
294 Dra.Vera comentou sobre as informações da Mensagem e sugeriu que o procedimento adotado para
295 o município de Fortaleza em relação à qualificação das equipes de saúde bucal seja adotado para
296 todos os municípios. A CIB acatou essa sugestão e considerando os pareceres favoráveis do
297 NUORG/CODAS, a CIB aprovou as qualificações de Equipe de Saúde da Família, Equipes de
298 Saúde Bucal, a Mudança de Modalidade de uma ESB e os Acréscimos de Agentes Comunitários de
299 Saúde propostos neste item. **Item 4 – Solicitação de Pagamento Administrativo a prestadores de**
300 **serviços credenciados ao SUS.** Dra. Vera colocou o pedido de pagamento de procedimentos de
301 Terapia Renal Substitutiva ao prestador credenciado em Caucaia, no caso a CENEC que realizou
302 sessões de hemodiálise, autorizadas pelo gestor municipal, além da meta estabelecida e, portanto,
303 sem a cobertura financeira do Ministério da Saúde. A COVAC analisou o pedido e se colocou
304 favorável ao pagamento pelo Estado, vez que o serviço foi realizado e o município de Caucaia não
305 tinha como arcar com esse encargo. Disse que o Secretário Estadual teria acatado o parecer da
306 Coordenação de Controle e Avaliação da SESA e concordara em pagar o valor de R\$ 57.077,00
307 correspondente aos procedimentos de TRS excedentes realizados pela CENEC nos meses de agosto
308 a novembro de 2004, e não foram pagos pelo Ministério da Saúde, e para isso solicita à CIB
309 autorização para proceder o pagamento administrativo em pauta. Explicou para os novos
310 Secretários as razões de se fazer um pagamento administrativo e como ele é procedido, tanto pelo
311 gestor Estadual como Municipal e prosseguiu apresentando o pedido da Secretaria de Saúde de
312 Barbalha para pagamento administrativo ao Hospital do Coração do Cariri por procedimentos
313 especializados em cirurgia cardiovascular, que também passou pela avaliação da COVAC que
314 constatou o registro dos referidos procedimentos no valor de R\$ 119.465,00 (cento e dezenove mil
315 quatrocentos e sessenta e cinco reais) que não foram pagos por excederem ao teto estabelecido para
316 o prestador, nos meses de novembro e dezembro de 2004. Colocou os pedidos à decisão da plenária
317 da CIB que aprovou os pagamentos administrativos pela SESA, sendo para o CENEC o valor de R\$
318 57.077,00 (cinquenta e sete mil e setenta e sete reais) e para o Hospital do Coração do Cariri o valor
319 de R\$ 119.465,00 (cento e dezenove mil, quatrocentos e sessenta e cinco reais) referentes a
320 assistência prestada aos pacientes do SUS em Terapia Renal Substitutiva e Procedimentos de Alta
321 Complexidade em Cirurgia Cardiovascular, respectivamente. **Item 5 – Solicitação da Secretaria**

322 **de Saúde de Caucaia para aumento do teto de Terapia Renal Substitutiva e da Secretaria de**
323 **Saúde de Sobral para aumento do teto de Quimioterapia.** Com a palavra Dra. Lílian lembrou da
324 determinação do MS para reavaliação dos tetos de TRS trimestralmente objetivando proceder o
325 ajuste do teto de cada município baseado na média de atendimento dos três meses considerados.
326 Disse que até o mês de dezembro de 2004 não estava havendo problema com o teto do Estado como
327 um todo em virtude da alocação de recursos adicionais no teto de Fortaleza destinados ao
328 funcionamento da hemodiálise do HGF mas que essa Unidade não tinha conseguido utilizar o
329 recurso em questão, embora fosse o único serviço a receber pacientes de nefrologia em fase aguda.
330 Mas a partir de dezembro o Ceará apresentou um déficit no custeio da TRS no valor de R\$
331 173.871,00 distribuído em todos os municípios que prestam essa assistência à exceção de Juazeiro
332 do Norte, sendo os mais significativos, o de Fortaleza, no valor de R\$ 103.592,00, o de Caucaia,
333 R\$24.803,00 e Maracanaú com R\$ 15.386,00. Disse ainda que Crato apresentou um pedido para o
334 Estado referente ao pagamento administrativo de um débito com ao UNIRIM nos meses de junho,
335 julho, novembro e dezembro de 2004 no valor de R\$ 19.805,00, o qual está sendo analisado pela
336 COVAC para ser colocado na próxima reunião da CIB. Disse que na tentativa de resolver essa
337 questão teria proposto ao MS o remanejamento de recursos não utilizados de um município para
338 outro, principalmente os do HGF, mas como não existe mais sobra de recursos essa proposta não
339 tem mais sentido. Sugere agora, reivindicar junto ao Ministério da Saúde, a revisão do teto do
340 Estado do Ceará e dos municípios que tem Unidades credenciadas para o atendimento de TRS. **Dra.**
341 **Regina** esclareceu que durante algum tempo fora discutido na CIB que o recurso destinado à
342 hemodiálise do HGF estava sobrando há aproximadamente 4 meses, mas disse que a sobra existia
343 apenas de forma virtual porque na realidade o recurso não vinha para o município. E disse que no
344 último levantamento feito pela SESA representante de Fortaleza, Dr. Nicanor, discordara das
345 informações apresentadas pela COVAC e ficara de apresentar os dados considerados corretos.
346 Disse que o novo levantamento apresentado pelo Dr. Aldrovando, na SSMF mostrava uma situação
347 contrária à que vinha sendo abordada, pois ao invés de saldo, o município apresentava um déficit de
348 aproximadamente R\$100.000,00, afirmou que a situação da TRS do Ceará é preocupante,
349 sobretudo com relação à Caucaia que poderá ter o serviço inviabilizado se não houver um reajuste
350 do teto do prestador que já está com dois turnos totalmente ocupados com pacientes do SUS. **Dra.**
351 **Vera** reforça a fala da Dra. Regina com relação à apresentação desse assunto na CIB sempre que se
352 discute sobre Alta Complexidade. Disse também que a Dra. Lílian ao analisar o pedido de Caucaia
353 acrescenta ao seu parecer a demanda que o Estado do Ceará apresentou ao CONASS para a
354 discussão do Orçamento da União para 2005. Mas o acréscimo proposto não foi colocado no teto do
355 Estado. Diz que a única alternativa da CIB é fazer encaminhamento de solicitação de aumento do
356 teto para o Estado propor a mudança em relação às responsabilidades de gerenciamento dos
357 recursos da Alta Complexidade que atualmente é de competência do gestor federal. **Dr. Alex** afirma
358 que acompanhando as discussões sobre TRS em Brasília, soube que a Tripartite aprovava a
359 mudança do critério de pagamento do procedimento por sessão para pagamento por paciente. Assim
360 como o reajuste a cada 3 meses o que deveria ter ocorrido desde de outubro de 2004. Entende que o
361 mínimo que se tem a fazer é pressionar o governo federal a atender essas demandas. Com relação
362 ao acréscimo da TRS em Fortaleza, disse que vai estudar mais profundamente para saber porque
363 houve um aumento tão significativo de procedimentos de diálise no município. Sobre a solicitação
364 de Sobral para aumento do teto de Quimioterapia, **Dra. Vera** disse que a proposta teria sido
365 encaminhada ao MS mas que também não havia sido considerada já que o teto do Estado
366 permaneceu sem acréscimo. Afirma que nesse caso, como no da TRS a CIB poderá encaminhar ao
367 MS as demandas de Caucaia e de Sobral reforçando a necessidade do aumento de Teto de TRS e
368 Quimioterapia para o Ceará. Todos concordaram com essa proposição. **Item 6 – Credenciamento**
369 **do Serviço de Nefrologia do Hospital da Divina Providência de Russas.** **Vera** lembrou que o
370 pedido em pauta fora encaminhado para o MS em set. de 2004 e que o mesmo teria sido devolvido
371 com uma série de recomendações relacionadas a várias pendências que o processo apresentava e
372 uma delas era a declaração da Comissão Intergestores Bipartite manifestando-se favorável ao
373 credenciamento do Serviço. Antes porém a CIB pediu o parecer das CIB/MR de Limoeiro e Russas
374 que se manifestaram favoráveis ao credenciamento do Serviço, no entanto a Resolução expedida

375 coloca que a SESA fica autorizada, no caso de novos pacientes, a debitar o valor do procedimento
376 na MC do município de origem do paciente. Vera esclarece que a SESA não pode tomar essa
377 decisão em município habilitado na GPSM, ficando ainda essa pendência a ser resolvida. Outra
378 pendência diz respeito à revisão da decisão dos pacientes de optarem pelo Serviço de Russas já que
379 há controvérsias entre as listas de assinatura e as informações dos gestores dos municípios
380 envolvidos. Por isso sugere que antes do processo ser enviado ao MS a Coordenação do Controle e
381 Avaliação se reúna com o município de Fortaleza para definir quantos e quais são os pacientes que
382 de início serão transferidos para Russas e definir uma programação de transferência de forma a
383 garantir a assistência e o pagamento pelas sessões realizadas. Dra. Lílian disse que a providência
384 imediata é definir o quantitativo de pacientes e encaminhar o processo ao MS que deverá demorar
385 uns dois meses para publicar a portaria e enquanto isso a COVAC fará uma projeção do
386 quantitativo de pacientes e de procedimentos para conversar com o município de Fortaleza, bem
387 como o cálculo do valor da patologia clínica. Vera diz que na Resolução da CIB/MR consta que os
388 gestores deverão refazer a programação de Patologia Clínica no sentido de remanejar as metas
389 correspondentes às necessidades dos pacientes de nefrologia, para o município de Russas. **Dr.**
390 **Odorico**, Secretário de Saúde de Fortaleza, concorda com o credenciamento do Serviço de
391 Nefrologia de Russas argumentando que se deve fortalecer a concepção dos pólos micro e
392 macrorregionais de saúde. Entende que o processo de readequação dos tetos de TRS tem que ser
393 compartilhado com o prestador que deve ter uma reserva financeira de forma que possa aguardar a
394 decisão do Ministério sobre o reajuste e não se sacrifiquem outras áreas da assistência, para
395 pagamento de serviços de alto custo. Sugere que se implante a Política de Atenção ao paciente
396 Renal para que aconteça na prática a mudança da filosofia do atendimento em nefrologia, que hoje
397 está focalizada nas clínicas de hemodiálise, buscando assistir o paciente renal sob o ponto de vista
398 de suas necessidades clínicas, sócio econômicas e de forma integral, sem limitar o tratamento desse
399 paciente tão somente ao uso da máquina. Disse que nesse sentido a Prefeitura de Fortaleza
400 sancionou uma lei que visa garantir o transporte dos pacientes aos serviços de hemodiálise e
401 finaliza sugerindo que a CIB aprove o credenciamento do Serviço de Hemodiálise de Russas
402 considerando não apenas a necessidade de proporcionar mais conforto aos pacientes, mas,
403 sobretudo de possibilitar a adoção dessa política de atenção integral no âmbito estadual e municipal.
404 Disse que é preciso romper com a cultura de Fortaleza de que o problema da saúde no município é
405 devido ao volume de atendimento a pessoas que vem do interior do Estado. Afirmou que isso não é
406 verdade e que Fortaleza e os demais municípios tem obrigação de assumir as suas
407 responsabilidades. **Lílian** lembra aos gestores que para implantar a Política de Atenção aos
408 Portadores de Doença Renal é preciso que sejam elaborados os Planos Municipais e que a partir
409 deles a SESA possa elaborar o Plano Estadual de Assistência aos pacientes Renais e solicita aos
410 municípios de Fortaleza, Barbalha, Caucaia, Crato, Quixadá, Juazeiro do Norte, Maracanaú e
411 Sobral que enviem o mais breve possível os seus Planos já que o prazo para remessa ao MS do
412 Plano Estadual finda em 15 de abril de 2005. Alex disse que o problema maior de Fortaleza é a
413 deficiência na Atenção Básica e o volume de atendimento a alguns municípios da Região
414 Metropolitana, mas que essas questões já estão sendo resolvidas. Aproveitou para informar que
415 recebera comunicação (de um técnico do MS) sobre a atualização dos tetos da TRS, dando notícia
416 de que os dados levantados até o mês de dezembro de 2004, estão prontos para serem levados ao
417 Dr. Sola, Secretário de Atenção à Saúde do MS podendo os novos valores serem apresentados
418 como informe na próxima reunião da Tripartite. Concluídas as manifestações, a CIB aprovou o
419 credenciamento do Serviço de Nefrologia do Hospital da Divina Providência de Russas, mas
420 ficando decidido que a Resolução será elaborada após definição, pela SESA e Município de
421 Fortaleza, do quantitativo de pacientes a serem assistidos pelo prestador e o valor do teto financeiro
422 correspondente. **Item 7 – Solicitação de Credenciamento do Hospital Universitário Walter**
423 **Cantídio, Hospital Geral de Fortaleza e do Instituto do Coração da Criança e do Adolescente**
424 **como Unidades de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, conforme a Política**
425 **Nacional de Atenção Cardiovascular da Alta Complexidade.** Dra. Vera passou a palavra para a
426 **Dra. Lílian** que iniciou as solicitações de credenciamento pelo **HUWC** informando que essa
427 unidade solicitara o credenciamento como Centro de Referência de Assistência em Alta

428 Complexidade Cardiovascular, mas no momento isso não seria possível porque havia uma
429 pendência quanto ao Serviço de Urgência e Emergência para o que, segundo o Hospital pleiteante,
430 seria firmado um convênio com o Hospital Frotinha de Antônio Bezerra, o que não seria permitido
431 para Centros de Referência já que a Portaria Nº 210/2004 da SAS preconiza que o Serviço de
432 Urgência e Emergência deve funcionar no próprio Hospital. Por isso, sugere que o Hospital
433 Universitário Walter Cantídio seja credenciado como Unidade de Assistência de Alta
434 Complexidade Cardiovascular para prestar atendimentos de Alta Complexidade nas especialidades
435 de Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Vascular, Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular
436 Intervencionista e Procedimentos de Laboratório de Eletrofisiologia, em que está preparado a
437 realizar e pode ter os casos de Urgência e Emergência referidos. E acrescentou que posteriormente,
438 quando o HUWC instalar o seu próprio Serviço de Urgência e Emergência em Cardiologia poderá
439 então solicitar o credenciamento como Centro de Referência de Assistência em Alta Complexidade
440 Cardiovascular. **Dra. Regina** da COVAC apresentou o pedido do **HGF** que pleiteia o
441 credenciamento para a assistência de Alta Complexidade nas especialidades de Cirurgia Vascular e
442 Procedimento Endovascular. Disse que não há pendência e sugere que seja aprovado. Passou para o
443 pedido de credenciamento do **Instituto do Coração da Criança e do Adolescente**, informando que
444 havia ficado uma pendência referente à exigência da aprovação do Conselho Municipal de Saúde de
445 Fortaleza. **Dr. Alex** informou que não teria havido a reunião do CMS mas o assunto fora levado à
446 Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza que concordara com a aprovação do
447 credenciamento por ad referendum do CMS, cuja decisão se daria na próxima reunião daquele
448 Colegiado e por isso propôs o encaminhamento do processo ao MS mesmo com essa pendência,
449 para garantir a remessa no prazo estipulado. **Vera** perguntou se todos os itens levantados na
450 penúltima Reunião de CIB referentes as pendências identificadas no processo já haviam sido
451 resolvidos. **Dr. Odorico** respondeu que a única pendência ainda existente é a do CMS que estaria
452 com reunião marcada para o dia 15 de fevereiro de 2005. Alegando a existência de uma grande fila
453 de espera para cirurgias cardíacas pediátricas, o Secretário de Saúde de Fortaleza defendeu a
454 necessidade do credenciamento do ICCA. Enfatizou a carência de determinadas especialidades,
455 como cirurgia vascular, neonatologia e anesthesiologia, dentre outras no SUS e cobrou do Estado a
456 execução de uma grande política de Recursos Humanos na área da saúde. Disse ainda que quando o
457 Serviço Público puder absorver a demanda, não se utilizará o setor privado, mas por enquanto os
458 encaminhamentos ao setor privado serão rigorosamente feitos através do Sistema de Regulação. **Dr.**
459 **Alex** chamou atenção para os problemas provocados por unidades que encaminham pacientes aos
460 hospitais diretamente, sem passar pela Central de Regulação. Afirma que as relações nos
461 encaminhamentos devem ser institucionais e que a SESA deve proibir o encaminhamento de
462 pacientes pelos hospitais. **Dra. Vera Coelho**, com a palavra, ponderou sobre o posicionamento do
463 Município de Fortaleza, afirmando que a bancada do Estado, na CIB, não se pronunciou e por isso
464 precisa se reunir e analisar o processo e tomar a sua decisão. **Dr. Odorico** concorda mas pede a
465 aprovação do credenciamento em questão, por ad referendum do Estado. A plenária concordou,
466 ficando assim as seguintes decisões da **CIB** sobre os pleitos apresentados neste item de pauta: **1)**
467 **Aprovado o Credenciamento do Hospital Universitário Walter Cantídio** como Unidade de
468 Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, para prestar os Serviços de Alta Complexidade
469 em: Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Vascular, Procedimentos de Cardiologia Intervencionista,
470 Procedimentos Endovasculares Extracardíacos e Laboratório de Eletrofisiologia. **2) Aprovado o**
471 **Credenciamento do Hospital Geral de Fortaleza** como Unidade de Assistência em Alta
472 Complexidade Cardiovascular, para prestar os Serviços de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular
473 e em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos. **3) Acatada a decisão do Município de**
474 **Fortaleza** em credenciar o Instituto do Coração da Criança e do Adolescente como Unidade de
475 Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, para a prestação de Serviço de Alta
476 Complexidade Cardiovascular Pediátrica, conforme Resolução da CIB a ser emitida após a análise
477 do processo pela representação da SESA na Comissão Intergestores Bipartite. **Item 8 – Solicitação**
478 **da Direção da Clínica de Fisioterapia São José para Análise da Decisão da Prefeitura**
479 **Municipal de Ubajara de descredenciamento do referido Estabelecimento.** **Dra. Vera** informou
480 que a proprietária da Clínica de Fisioterapia São José, de Ubajara teria procurado a COVAC

481 reclamando que o gestor do município de Ubajara teria rescindido o contrato de prestação de
482 serviços de fisioterapia com a referida Clínica sem cumprimento da Cláusula contratual que prevê a
483 comunicação da intenção de não prorrogação do contrato num prazo de 90 dias. Explicou que como
484 o município de Ubajara se encontra em Gestão Plena do Sistema Municipal o gestor tem a
485 prerrogativa de rescindir o contrato a qualquer tempo, mas o fato de não existir outro serviço
486 credenciado no município preocupa o Estado e por isso o assunto demandava o posicionamento da
487 CIB. Dr. Odorico chamou atenção para o princípio de autonomia do município e disse que sem a
488 presença do gestor municipal a discussão ficaria comprometida. Propôs que a SESA mantivesse
489 contato com o gestor de Ubajara para ouvir a sua versão e o que poderia ser feito para garantir o
490 acesso dos pacientes ao tratamento de fisioterapia. A CIB acatou a sugestão do representante do
491 município de Fortaleza e decidiu pela comunicação feita ao gestor municipal através de Ofício do
492 Presidente da CIB e Secretário de Saúde do Estado, Dr. Jurandi Frutuoso Silva. **Item 9 –**
493 **Aprovação de Projetos para Ampliação de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade.** Dra.
494 Lilian apresentou o projeto de Juazeiro do Norte esclarecendo que o município identificou 335
495 (trezentos e trinta e cinco) pacientes em lista de espera, da população local e que os procedimentos
496 irão ser realizados no Hospital Santo Inácio, Hospital São Lucas e Hospital de Fraturas do Cariri.
497 Disse também que , o valor do financiamento corresponde à 1ª (primeira) etapa do Projeto, sendo
498 que as demais serão apresentadas quando os municípios da Microrregião identificarem os pacientes
499 de lista de espera já que o Projeto exige a identificação nominal. Informou também que não há
500 prazo definido para encaminhamento dos Projetos de Ampliação de Procedimentos de Cirurgias
501 Eletivas de Média Complexidade, mas as Campanhas de Cirurgias de Cataratas e de outros
502 procedimentos que se encerrariam em janeiro de 2005 foram prorrogadas até março do corrente
503 ano. Vera lembrou ao gestor de Juazeiro do Norte que de acordo com o Plano Estadual o município
504 não tem responsabilidade de realizar as cirurgias só da demanda reprimida de Juazeiro, é
505 necessário que os gestores identifiquem qual é a população dos outros municípios. O gestor de
506 Juazeiro afirmou que na próxima reunião da CIB/MR estará com as demais informações prontas
507 para a outra etapa do Projeto. A CIB aprovou o projeto apresentado pelo município. **Item 10 –**
508 **Apreciação do Projeto de Educação Permanente para as Equipes Gestoras Municipais do**
509 **PEPS/Sobral** - Dra. Vera informou que o Projeto em pauta resultou da uma discussão havida no
510 dia 11 de fevereiro de 2005, no PEPS de Sobral, que concluiu pela necessidade de atualização e
511 informação para os gestores dos 62 municípios que compõem a área de responsabilidade do Pólo de
512 Educação Permanente de Sobral. Para isso elaboraram o Projeto de um Curso que após passar pela
513 CIB e pelo CESAU será encaminhado ao MS com vistas ao financiamento das suas atividades. O
514 Projeto tem como Objetivo Geral qualificar o processo de trabalho das equipes gestoras que
515 compõem o PEPS de Sobral e como Objetivos Específicos: a) desenvolver um processo de
516 Educação Permanente a partir do processo de trabalho das equipes gestoras dos municípios que
517 compõem o PEPS de Sobral; b) desenvolver um processo de Educação Permanente a partir do
518 processo de trabalho dos técnicos das Células Regionais de Saúde da Macrorregião de Sobral. O
519 Público Avo são os Secretários de Saúde dos municípios que compõem o Pólo de Educação
520 Permanente, os Técnicos desses municípios e os Técnicos das Células Regionais. O Curso foi
521 orçado em R\$ 79.750,00 (setenta e nove mil setecentos e cinquenta reais) que estão incluídos na
522 dotação orçamentária definida pelo MS para o Estado do Ceará. Enfatiza a relevância da proposta
523 afirmando que a realização da mesma é fundamental para a manutenção do processo contínuo de
524 formação e atualização dos gestores e que a Coordenação Estadual pretende repassar a idéia aos
525 outros Pólos com vistas a garantir a participação mais efetiva dos gestores municipais nos Pólos de
526 Educação Permanente em Saúde do Estado, concluiu a apresentação e concedeu à plenária o espaço
527 para complementações e sugestões ao Projeto. **Dr. Arnaldo**, gestor de Sobral, enfatizou o modelo
528 metodológico do projeto que a seu ver rompe com o método extensivo de capacitação dos cursos de
529 especialização que são feitos até hoje. Acrescentou que essa capacitação foi estruturada a partir de
530 oficinas e seminários focais, orientada para a prática imediata. **Dr. Odorico** parabenizou o
531 Secretário de Sobral e afirmou que a idéia da Educação Permente deve ser fortalecida, assim como
532 as Escolas de Saúde que estão sendo criadas. Disse que a Escola de Saúde de Sobral é para a
533 Macrorregião e concorda com o fortalecimento da idéia dos Pólos de Educação Permanente no

534 Interior. Após a conclusão dos Itens da Pauta, **Dr. Rodrigo** do município Deputado Irapuan
535 Pinheiro pediu esclarecimentos sobre o prazo de encaminhamento das demandas à CIB, já que fora
536 colocado na reunião passada que o prazo para solicitação de inclusão de assuntos de pauta seria de
537 15 dias de antecedência. Dra.Vera explicou que o estabelecimento desse prazo foi solicitado pelo
538 COSEMS em reunião na ESP/CE, para que esse Colegiado tivesse tempo de se posicionar em
539 relação à pauta assim como o Gabinete do Secretário também pudesse conhecer e se posicionar
540 sobre os assuntos propostos. Assim tanto o COSEMS como o Gabinete recebiam uma minuta de
541 pauta e devolviam à Secretaria da CIB com as alterações que julgassem necessárias. Mas ao longo
542 do tempo esse prazo foi encurtando de 15 dias para 7 dias, mas o COSEMS teria que se reunir na
543 véspera ou antes da reunião para se posicionar. Porém o Gabinete do Secretário solicitou através de
544 memo enviado à Secretaria da CIB que a minuta da pauta deveria ser levada ao conhecimento do
545 Secretário Estadual com 15 dias de antecedência, fazendo valer o que havia sido decidido pelo
546 COSEMS. Sugeriu colocar esse assunto como ponto de pauta na próxima reunião da CIB, e chamou
547 atenção para o prazo Regimental de 5 (cinco) dias para a circulação da pauta. Nada mais havendo a
548 tratar a Comissão Intergestores Bipartite encerrou a reunião e eu Célia Fonseca lavrei a Ata que vai
549 assinada pelos membros da CIB presentes. Fortaleza, onze de fevereiro de dois mil e cinco.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005

Aos vinte e cinco dias do mês de fevereiro do ano dois mil e cinco, às quatorze 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 2005. Compareceram, pela SESA os seguintes membros: Diana Carmem Nunes de Oliveira e Lilian Alves Amorim Beltrão, da COVAC, 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, Isabel Cristina Cavalcante Carlos, da CORES. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio R. Martildes, Presidente do COSEMS; Policarpo Araújo Barbosa, SMS de Maranguape; Rodrigo Carvalho Nogueira, SMS de Dep. Irapuan Pinheiro; Ana Márcia Veras Pinto, SMS de Tianguá; Rogério Teixeira Cunha; Alexandre José Mont'Alverne Silva, Coordenador da SMS de Fortaleza; Arnaldo Ribeiro Costa Lima, Como convidados: Ana Viginia Justa, CERES de Maracanaú, Virginia Maria Pablo, CERES Limoeiro do Norte, Joab Soares, SMS de Iguatu, Flávio Prata Crisóstomo, SMS de Massapê, Carlisson E.A. Assunção, SMS de Poranga, José Henrique Linhares, SMS de Canindé, Luiza Cunha Brito, CERES de Russas, José Cleornado, CERES de Brejo Santo, Viviane Maria Barbosa, SMS de Paramoti, Eduardo Rocha, SMS de Canindé, Joseane Lima, COSEMS, José Ednardo Evangelista, SMS de Maracanaú, Maria Gomes, SMS de Jaguaribe, Eliane de Lavor e Harla Maria C. Pinheiro, NUASF/CODAS, Fábio Landim Campos, SMS de Caridade e Maria do Carmo Queiroz, SMS de Iracema. A Assembléia foi aberta e presidida Dra. Diana que iniciou os trabalhos com a apresentação do **Item 1 – Nova Composição do COSEMS na CIB/CE:** Tendo em mãos o Ofício nº 10/2005 do Conselho de Secretários Municipais de Saúde Diana informou a nova representação do componente municipal na CIB: Mário Lúcio Ramalho Martildes, Secretário de Saúde de Eusébio, na condição de Presidente do COSEMS, é membro nato e **Vice Presidente da CIB/CE**, tendo como suplente o Vice Presidente do COSEMS e Secretário de Saúde de Quixeramobim, Carlos Roberto Mota Almeida. Representando os **Municípios de Grande Porte:** Arnaldo Ribeiro Costa Lima, Secretário de Saúde de Sobral, Membro Titular, tendo como Suplente, Nizete Tavares Alves, Secretária de Saúde de Crato; **Municípios de Médio Porte:** Titular, Moacir de Sousa Soares, Secretário de Saúde de Crateús e Suplente, Ana Márcia Veras Pinto, Secretária de Saúde de Tianguá; **Municípios de Pequeno Porte:** Titular, Rogério Teixeira Cunha, Secretário de Saúde de Umirim e Suplente, Rodrigo Carvalho Nogueira, Secretário de Saúde do Município Deputado Irapuan Pinheiro; Para fazer a **paridade com o Estado:** José Policarpo Araújo, Secretário de Saúde de Maranguape, é o Titular e Vicente de Paula Vieira, Secretário de Saúde de Beberibe, o Suplente. **Item 2 - Apresentação da Proposta de Pactuação da Assistência Farmacêutica para o ano de 2005.** Dra. **Eliane Lavor** apresentou a avaliação da PPI da Assistência Farmacêutica/2004, focalizando, principalmente o cumprimento do valor per capita da contrapartida pelos três níveis de governo. Informou que o governo federal que se comprometera em participar com R\$1,50 (um real e cinquenta centavos), contribuiu com R\$ 1,04 (um real e quatro centavos), o estadual que pactuara o valor de R\$1,20 (um real e vinte centavos), participou com R\$1,12 (um real e doze centavos) e o nível municipal, que pactuou os valores compreendidos entre R\$1,50 (um real e cinquenta centavos) e R\$3,00 (três reais) contribuiu com o valor médio de R\$1,05 (um real e cinco centavos). Disse que 114 municípios teriam pactuado o valor de R\$1,50 (um real e cinquenta centavos), 34 municípios R\$ 2,00 (dois reais), 12 municípios R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos), 17 municípios pactuaram R\$3,00 (três reais), 6(seis) municípios, R\$ 1,00 (um real) e apenas o município de Fortaleza não pactuara. Mostrou também que dos 183 municípios que aderiram ao Pacto da Assistência Farmacêutica, 49%, em média efetuaram 100% do pagamento. Falou que em virtude do não cumprimento da contrapartida pelo Ministério da Saúde, seria necessária a reformulação da programação mas, por intermédio do COSEMS, os municípios beneficiados pelo Programa Fome Zero teriam acordado em que fossem repassados R\$ 0,50 (cinquenta centavos) dos R\$2,00 (dois reais) concedidos pelo referido programa, para complementar a aquisição dos

54 medicamentos do Pacto da Atenção Básica. Disse que o MS ainda não teria se pronunciado
55 formalmente sobre o valor da contrapartida do governo federal para 2005, mesmo tendo sido
56 aprovado na CIT o valor de R\$1,50 para os municípios que estão fora do Programa Fome Zero e
57 R\$2,00 (dois reais) para os municípios incluídos naquele Programa e sugeriu que fosse criado na
58 CIB um grupo de trabalho para avaliar as propostas para o financiamento do Pacto. Aberto o espaço
59 para os debates Dr. **Mário Lúcio** disse que esperava naquela reunião que a CIB tivesse elementos
60 para iniciar o processo de pactuação da Assistência Farmacêutica para 2005. Afirmou que numa
61 avaliação superficial feita numa reunião com alguns Secretários Municipais, ficou evidente que ao
62 longo dos dois últimos anos a Assistência Farmacêutica vem sofrendo um processo de
63 desqualificação considerando que a quantidade de medicamentos adquiridos vem se reduzindo a
64 cada ano, em face do aumento de preços dos medicamentos, sem o correspondente acréscimo de
65 recursos na contrapartida tanto do governo federal como do estadual. Admite que muitos
66 municípios também não tem sido coerentes com o compromisso pactuado, mas não considera esse
67 fator determinante à redução de oferta de medicamentos na Atenção Básica, e perguntou à
68 representação estadual qual a decisão do Estado em relação à sua participação no financiamento da
69 Assistência Farmacêutica. Levantou a questão sobre os medicamentos adquiridos e não entregues,
70 aos municípios inadimplentes, e de como se deve proceder para que esses insumos não fiquem
71 parados nos estoques da SESA, e sugeriu que os mesmos devem ser distribuídos para atender a
72 população dos municípios, a partir de determinados critérios a serem definidos. Disse que não se
73 pode ignorar o crescimento da importância das farmácias vivas no Ceará e sugere que se elabore
74 uma normatização que vise incentivar os municípios na implantação e no custeio dessas farmácias e
75 propõe que se faça uma discussão desse assunto na CIB. Solicitou a criação de uma Comissão
76 Bipartite para analisar a utilização dos recursos federais e estadual que são repassados para a
77 compra de medicamentos da Atenção Básica e definir critérios para a distribuição desses
78 medicamentos. Dr. **Holanda** concordou com a criação da Comissão e acrescentou que essa
79 comissão deve definir estratégias para que se adquira os medicamentos necessários para a Atenção
80 Básica, já que os 70 itens do elenco estão muito abaixo das necessidades, o que impõe aos
81 municípios e também à SESA a compra de medicamentos básicos fora do elenco pactuado.
82 Informou que em reunião da CIB Regional do Iguatu teria sido colocada a proposta de se retirar 9
83 (nove) itens de medicamentos Básicos da relação da Saúde Mental, e colocá-los no elenco da
84 Assistência Farmacêutica Básica para pactuação na CIB e propõe que a mesma estratégia seja
85 adotada para o elenco dos medicamentos do Pacto da Atenção Básica. Sem mais comentários, a
86 **CIB/CE** aprovou a formação de uma **Comissão Bipartite** para a elaboração de uma proposta de
87 Pactuação da Assistência Farmacêutica para 2005 para aprovação desse Colegiado em data a ser
88 confirmada. **Item 3 – Apreciação do Pacto da Atenção Básica – Indicadores e Metas Estaduais**
89 **– 2005.** Dra. **Vera** iniciou a apresentação do assunto citando os técnicos Lea, Dina, Lúcia, Diva,
90 Eduardo e Cristiane que participaram, tanto da avaliação dos resultados de 2004 como da
91 construção dos indicadores para 2005. Informou que o Pacto da Atenção Básica é normatizado pelo
92 MS, através da Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005, do Gabinete do Ministro que define o Pacto
93 como instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes
94 ao nível da Atenção Básica, e preconiza que o mesmo constitui a base para negociação de metas a
95 serem alcançadas pelos municípios e Estados. Em seguida mostrou o Anexo I da citada Portaria
96 com a relação dos indicadores do Pacto de 2005, por municípios e Estado, identificados pelo MS
97 como obrigatórios. Afirmou que por isso a Bipartite deveria analisar e pactuar a manutenção dos
98 indicadores complementares construídos pelo Núcleo de Epidemiologia da SESA em 2004 e
99 selecionados para o Pacto/2005. São os seguintes: Número absoluto de óbitos neonatais, Taxa de
100 mortalidade neonatal, Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva, Taxa de prevalência
101 da hanseníase e Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.
102 A **plenária da CIB** aprovou a manutenção dos indicadores complementares acima estabelecidos
103 pela SESA. Em seguida falou sobre o processo de avaliação da PPI/2004, da construção de metas e
104 homologação do Pacto/2005 e aconselhou os Secretários de Saúde a encaminharem as propostas
105 dos seus municípios com o aval do prefeito, considerando a responsabilidade do gestor diante do
106 compromisso assumido para o alcance das metas. Prosseguiu com a avaliação dos resultados do

107 Pacto/ 2003/2004 mostrando que em 2003, dos 24 indicadores selecionados, o Estado só conseguiu
108 atingir a meta pactuada, em apenas 6 indicadores e em 2004, com dados parciais, alcançou a meta
109 de 12 indicadores, ou 50%, podendo chegar a 70% quando concluída a avaliação. Dr. **Policarpo**
110 questionou a eficácia do Pacto argumentando que metas arrojadas, quando não alcançadas, poderão
111 mascarar o desempenho do município. Dra. **Vera** comentou sobre a política adotada pela atual
112 gestão da Atenção à Saúde no Ministério, de dar ao gestor municipal a liberdade de definir suas
113 metas, e afirmou que o baixo desempenho da Atenção Básica nos municípios resulta muitas vezes
114 da falta de um planejamento participativo para o estabelecimento das metas do Pacto em questão.
115 Comentando os resultados alcançados nos dois anos anteriores e justificando as metas estaduais
116 propostas para 2005, Dra. **Vera** colocou a proposta de **metas dos indicadores** do Pacto da Atenção
117 Básica/2005 à apreciação da Plenária conforme segue: **Indicadores por área: Saúde da**
118 **Criança:** *Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos, 25. Taxa de mortalidade neonatal*
119 *por 1.000 nascidos vivos, 15. Proporção de óbitos infantis por causas mal definidas, 13. Taxa de*
120 *internações por IRA em < 5 anos por 1.000, 28. Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao*
121 *nascer, 07. Homogeneidade da cobertura vacinal de tetravalente, 80. Saúde da Mulher:*
122 *Percentual de recém nascidos de mães com 04 ou + consultas de pré – natal, 89. Percentual de*
123 *óbitos de mulheres em idade fértil investigados, 80. Razão entre exames citopatológicos cérvico-*
124 *vaginal em mulheres de 25 a 59 anos 0,32. Saúde do Adolescente: Taxa de partos e abortamentos*
125 *em adolescentes por 1.000 mulheres adolescentes (10 a 19 anos) 35. Controle da Hipertensão e*
126 **Diabetes:** *Taxa de internação por AVC na população ≥ 40 anos por 10.000 hab. 27. Taxa de*
127 *mortalidade por doenças cérebro-vasculares na população ≥ 40 anos por 100.000 hab. 135.*
128 *Proporção de internação por cetoacidose e coma diabético entre as internações de diabético, 16.*
129 **Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase:** *Proporção de abandono do tratamento de*
130 *tuberculose, 6,9 Taxa de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera por 100.000 hab., 33*
131 *Percentual de abandono do tratamento da Hanseníase, 13 Taxa de detecção de casos novos de*
132 *hanseníase por 10.000 hab., 04 Prevalência de hanseníase por 10.000 hab. 4,6. Saúde Bucal: Taxa*
133 *de cobertura de primeira consulta odontológica por 100 hab, 14. Razão entre os procedimentos*
134 *odontológicos coletivos na faixa etária de 0 a 14 anos, 0,3. Proporção de exodontias em relação as*
135 *ações básicas individuais, 11,3. Indicadores Gerais: Consultas médicas nas especialidades básicas*
136 *por habitantes, 1,5. Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família, 57.*
137 Dr. **Rodrigo** manifestou preocupação com relação ao prazo de 15 dias para os municípios
138 elaborarem suas metas considerando as atividades que antecedem a pactuação e as dificuldades e
139 inconsistências do sistema e a falta de estrutura de algumas secretarias. Disse que não questiona os
140 indicadores mas a necessidade de cumprir as metas para a manutenção das prerrogativas da gestão
141 quanto ao recebimento dos recursos federais para a garantia da oferta de serviços. Dr. **Alex**
142 ponderou os riscos que os municípios podem correr, no caso de estabelecerem metas mais ousadas e
143 não as alcançarem, e/ou manterem o que têm condição de atingir, mas, por outro lado, não
144 avançarem no processo de melhoria dos indicadores. Propõe que se deve insistir na discussão com o
145 Ministério da Saúde de que a avaliação não deve ser conduzida apenas pelo critério do alcance de
146 metas mas por uma série de fatores que interferem na obtenção dos objetivos fixados. Dr. **Jurandi**
147 concorda com o Alex mas afirma que é preciso ousar, e que é necessário que se tenha um
148 instrumento para mensurar os avanços e recuos dentro do processo de desenvolvimento do Sistema
149 Único de Saúde. Disse que havia se reunido com representantes da APRECE, do COSEMS e da
150 SESA com vistas a se adotar estratégias que conduzam para o envolvimento dos prefeitos no
151 cumprimento das metas do Pacto. **Alex** sugeriu também que a CIB proponha ao Ministério
152 modificar as metas dos indicadores do Controle da Hipertensão e Diabetes para o Pacto de 2006,
153 para as quais deverá ser levado em conta a expectativa de vida das pessoas acometidas desses
154 agravos. Sobre os indicadores de Saúde Bucal, **Rodrigo** destacou a necessidade de uma
155 nomatização para a padronização do registro correto dos procedimentos odontológicos realizados.
156 Quanto aos Indicadores Gerais, Dr. Jurandi atribui o baixo desempenho das metas ao mau
157 funcionamento das equipes do PSF. Dr. **Mário Lúcio** concorda mas entende que há necessidade de
158 se investir na gestão e nos sistemas de informação. Lamenta que alguns resultados da avaliação dos
159 Pactos dos anos anteriores não tenham sido satisfatórios, constata a necessidade de mais empenho

160 dos municípios no cumprimento das metas, mas solicita da SESA um apoio mais efetivo no
161 acompanhamento e na orientação aos municípios sobre o preenchimento dos instrumentos de
162 informação, assim como da retomada do controle do funcionamento das Equipes de Saúde da
163 Família e do PACS. Sem mais comentários, a CIB aprovou a proposta para as metas estaduais do
164 Pacto da Atenção Básica, conforme apresentada pela área de Políticas de Saúde da SESA. **Item 4-**
165 **Registro das Ocorrências identificadas por Auditorias da CGU nos municípios de Paramoti,**
166 **Barro e Novo Oriente.** Dra. Vera explicou que o assunto em pauta se referia às constações
167 evidenciadas pela Controladoria Geral da União quando da execução do Programa de Fiscalização
168 de Municípios, por sorteio, relativa à organização e financiamento da Atenção Básica nos
169 municípios de Paramoti, Barro e Novo Oriente. Disse que o MS através de Ofícios do Secretário de
170 Atenção à Saúde, teria encaminhado a CIB o sumário das ocorrências, com vistas ao
171 acompanhamento desse Colegiado, quanto à implementação das providências a serem adotadas
172 pelos gestores dos citados municípios. Sobre o município de **Paramoti** informou que no foram
173 identificadas as seguintes ocorrências: falta do Plano Municipal de Saúde, inexistência do
174 Relatório de Gestão Anual do exercício de 2003, movimentação, numa única conta, dos recursos da
175 parte fixa e da parte variável do PAB, utilização indevida dos recursos do PAB Fixo e ausência de
176 notas fiscais nos processos de despesas. No município de **Barro** foram verificados a utilização
177 indevida de recursos, ausência de “atesto” e falta de recolhimento dos encargos previdenciários em
178 processos de despesas. Quanto ao município de **Novo Oriente**, a CGU constatou a realização de
179 despesas não relacionadas diretamente com as ações básicas de saúde, e pagamentos a credores
180 efetuados em espécie, contrariando as normas que regem a utilização dos recursos públicos.
181 Finalizou informando que a CIB já teria encaminhado Ofícios aos gestores dos respectivos
182 municípios solicitando a remessa à essa Comissão, da documentação comprobatória do
183 cumprimento das providências exigidas pela Controladoria Geral da União, tendo recebido cópia de
184 ofício do gestor do município de Novo Oriente, em que essa autoridade determina que nenhum
185 pagamento com recursos federais seja feito em espécie. Passou a palavra para a representante de
186 Paramoti que confirmou a ausência de Plano Municipal de Saúde mas que existia na Secretaria de
187 Saúde o Relatório de Gestão reclamado pela CGU e que as demais providências estariam sendo
188 adotadas junto à Assessoria Jurídica do município. Dra. Vera recomendou que os gestores fizessem
189 as defesas das ocorrências apuradas para evitar que os mesmos tenha de ressair o MS com recursos
190 oriundos do Tesouro Municipal, já que não podem utilizar os recursos federais para esse fim. **Item**
191 **5 – Discussão sobre ocorrências administrativas, gerenciais e de financiamento relacionadas à**
192 **organização da Atenção Básica identificadas no município de Iracema, pela fiscalização da**
193 **CGU.** Dra. Vera esclareceu que esse assunto teria sido solicitado pela gestora de Iracema que
194 através do COSEMS pediu que fosse feita uma discussão na CIB sobre a postura da equipe de
195 auditoria da CGU. Informou que quando da análise da pauta com o Secretário Estadual fora feito
196 um contato com a Dra Afra que na ocasião prometera que iria identificar o número do Sorteio que
197 selecionara o município de Iracema e fazer uma justificativa para evitar que outros fatos da mesma
198 natureza viessem a ocorrer. Vera lembrou que segundo a Norma Estadual do PSF o profissional
199 médico poderia ficar ausente da equipe por 60 dias mantendo-se o incentivo pelo referido período,
200 mas disse que os auditores da CGU não acataram a utilização dessa norma e glosaram os
201 procedimentos do Município de Iracema nela enquadrados. Informou ainda que, posteriormente, a
202 própria Afra teria aconselhado a SESA a modificar a Norma Estadual em questão, considerando
203 inclusive que o SIAB não oferece condição do registro desse tipo de ocorrência, mas que em
204 relação ao caso de Iracema o MS iria auxiliar a SESA na fundamentação do fato constatado e não
205 aceito pela CGU, para evitar a penalização do município com a devolução do incentivo, já que o
206 mesmo estaria respaldado pela Norma aprovada na CIB/CE. A Secretária de Saúde de Iracema fez
207 um relato das atitudes da Equipe da CGU afirmando que a mesma havia se comportado de forma
208 agressiva e prepotente diante dos técnicos que lhes forneciam as informações, e até de forma
209 insidiosa ao tentarem induzir pessoas da comunidade a confirmarem irregularidades que teriam sido
210 cometidas pela gestão da saúde do município. Expressou sua indignação quanto a esse
211 comportamento autoritário e pediu que o seu depoimento fosse levado ao conhecimento do
212 Ministério da Saúde. Solicitou ainda a posição da CIB no sentido de apoiar a atitude do município

213 que adotou a medida respaldada por esse Colegiado. Dr. **Jurandi** sugeriu como instrumento de
214 defesa para o município, a emissão de um documento assinado pela CIB dando conhecimento de
215 que a Norma é do conhecimento do Estado, foi pactuada na Bipartite e aprovada pelo Ministério da
216 Saúde, e propôs também que a CGU fosse comunicada sobre a metodologia de trabalho da Equipe
217 que auditou em Iracema. Dra. **Vera** reforçou o compromisso da Dra. Afra quanto à defesa do
218 município, considerando que a estratégia fora aprovada pelo MS quando da alteração da Norma
219 Operacional pactuada no Ceará e chamou atenção para o fato de que a partir de 1º de janeiro/2005
220 essa estratégia já não tem validade uma vez que a mesma não tem nenhuma coerência com o
221 instrumento de registro do funcionamento das Equipes de PSF e recomenda que esse fato seja
222 comunicado imediatamente a todos os municípios. **Item 6– Apreciação da proposta de**
223 **credenciamento do Hospital São José como Hospital de Referência Nível III do Subistema**
224 **Nacional de Vigilância Epidemiológica de âmbito Hospitalar.** Dra Diana colocou o assunto em
225 discussão esclarecendo que de acordo com as informações do Núcleo de Epidemiologia o Hospital
226 São José atende aos requisitos constantes das Portarias GM/MS nº2.529/2004 e SAS/MS nº
227 01/2005. **Vera** observou que havia a necessidade prévia de se aprovar a classificação dos hospitais
228 do Estado e portanto a apreciação do assunto deste item de pauta ficaria adiado para a próxima
229 reunião. **Item 7 – Certificação de Municípios quanto às Ações de Epidmiologia e Controle de**
230 **Doenças.** Dra. Diana colocou para a plenária o parecer favorável da Supervisora do NUEPI/SESA
231 referente à Certificação dos municípios de Catarina e Ibiapina junto às Ações de Epidemiologia e
232 Controle de Doenças. A CIB/CE aprovou o pleito em apreço, sem discussão. **Item 8 – TRS -**
233 **Solicitação de Pagamento Administrativo para a UNIRIM.** Dra. Lilian apresentou o assunto
234 explicando que os pedidos de pagamento administrativo por procedimentos de TRS autorizados
235 pelo gestor mas que extrapolam o teto fixado para o prestador é um fato constante já que o serviço
236 tem que assistir o paciente e o teto do prestador não é suficiente para os casos excedentes. Disse que
237 se tratam de pacientes renais crônicos que podem vir de uma emergência ou são de outros
238 municípios de Pernambuco, porém mais próximos de Crato e utilizam a cota que fora definida para
239 a população desse Município. Outros casos são de pacientes que estão em trânsito e não podem
240 interromper o tratamento. Disse que a dívida do município com o prestador seria de R\$9.488,00
241 (nove mil, quatrocentos e oitenta e oito reais) referentes aos meses de novembro e dezembro de
242 2004 e que havia encaminhado o pedido ao gestor da Saúde do município de Crato, mas este teria
243 informado que não dispunha de recursos para efetuar o pagamento do referido débito. Explicou
244 ainda que o MS vem prometendo fazer o ajuste das metas pela produção dos três últimos meses
245 desde julho de 2004 e que a despeito da pressão exercida pelo CONASS e pelo CONASEMS até a
246 presente data nada foi feito para sanar essa situação. Dra. **Diana** propõe à SESA a adoção de
247 critérios para uma avaliação epidemiológica considerando que o problema da extrapolação de metas
248 de TRS está sempre presente nas discussões da CIB. Dr. **Alex** concorda com a Diana e fez
249 referência à Política de Atenção ao Paciente portador de Doença Renal que envolve o
250 acompanhamento do diabético e hipertenso desde a assistência básica até o atendimento do
251 nefrologista e não tem sido feita uma avaliação sistemática da taxa de ocorrência desses casos por
252 município e diz que não se sabe até que ponto os auditores que autorizam tem conhecimento
253 suficiente para decidir se o paciente pode aguardar um pouco antes de ir para a Diálise, já que
254 existem outros procedimentos que podem retardar o ingresso do paciente na máquina e que não se
255 sabe se estão sendo adotados. E citou o aumento das TRS em Fortaleza como um caso a ser
256 estudado. Sugere que seja feita pressão ao MS para a atualização sistemática dos tetos não como
257 vem sendo praticada mas de uma forma a considerar de modo diferente aqueles que estão se
258 comportando além do limite esperado. Sugere ainda que a epidemiologia faça um estudo da origem
259 e da maior incidência dos casos com vistas a se organizar o atendimento à nefrologia. Lilian
260 argumentou que para retardar a ida do paciente à máquina requer um acompanhamento nutricional
261 que muitos não podem ter devido a situação sócio econômica em que vivem. Mas chamou atenção
262 para a importância da elaboração do Plano Municipal exigido pela Política de Atenção ao portador
263 de Doença Renal para os municípios que tem clínicas de diálise os quais so poderão receber novos
264 pacientes a partir de abril se o Plano for encaminhado ao MS até o dia 15 de abril. A CIB autorizou
265 o Estado a proceder o pagamento administrativo no valor de R\$9.488,00 (nove mil, quatrocentos e

266 oitenta e oito reais) a UNIRIM referente aos procedimentos excedentes de TRS nos meses de
267 novembro e dezembro de 2004. **Item 9 – Qualificação de Equipes no âmbito do PSF.** Diana
268 apresentou a solicitação de qualificação de Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, e
269 Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde conforme segue: **Equipes de Saúde da Família:**
270 Três (3) para Redenção, Uma (1) para São João do Jaguaribe, Uma (1) para Chaval e Quatro (4)
271 para Itapajé. **Equipes de Saúde Bucal:** Uma (1) para cada um dos municípios de Mulungu,
272 Iracema, Ererê e Lavras da Mangabeira, Duas (2) para Acaraú e Cinco (5) para Jaguaribe.
273 **Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde:** Oito (8) para Farias Brito e Sete (7) para Nova
274 Olinda. Considerando o parecer favorável do NUORG/CODAS a CIB aprovou os pleitos dos
275 municípios acima discriminados. **Informes: 1º) Decisão do MS sobre prazo de envio de**
276 **processos de credenciamento para Serviços de Alta Complexidade.** Dra. Regina informou que
277 na reunião no dia 23 de fevereiro em Brasília, o MS ratificara a decisão de manter os prazos para
278 receber processos de credenciamento de Unidades com Serviços de Alto Custo nas áreas de doenças
279 cardiovasculares, doenças renais, ortopedia (15 de abril de 2005) e deficiência auditiva (07 de abril
280 de 2005). Disse que as Portarias GM/MS Nº 221/2005 e SAS/MS Nº 95/2005, que tratam da
281 Política de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia haviam sido republicadas em 15 e 16 de
282 fevereiro de 2005 e aconselhou os gestores a acessá-las pela Internet para conhecerem as alterações
283 referentes à operacionalização da referida Política. Informou também que a COVAC teria se
284 reunido com os municípios cearenses que prestam serviços de TRS, para tratar da Política de
285 Atenção ao doente Renal, para cujo credenciamento é exigido o Plano Municipal de Prevenção e
286 Tratamento, com base no qual será elaborado o Plano Estadual. Afirmou que a essa reunião teriam
287 comparecido apenas os municípios de Barbalha e Fortaleza, mas que estaria enviando Ofícios a
288 todos com as informações devidas sobre a elaboração do Plano. **Informe 2º: Decisões da CIT.**
289 Dr. Alex informou que a Comissão Intergestores Tripartite teria aprovado a proposta de criação
290 dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, que serão constituídos de três modalidades
291 de ação de saúde, sendo um de Realibiliação, um de Saúde Mental e outro de Atividade Física e
292 Nutrição. Disse que a normatização de implantação dos Núcleos será apresentado na CIB com
293 informações detalhadas para melhor esclarecimento dos gestores. Disse ainda que a CIT também
294 aprovara a Política de Medicina Natural e Práticas Complementares, incorporando ao SUS as
295 práticas alternativas como, acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia e medicina
296 antroposófica. O financiamento ainda será discutido pelo CONASS e o Ministério da Saúde. Nada
297 mais havendo a tratar a CIB/CE deu por encerrada a reunião cuja Ata, lavrada por mim, Célia
298 Fonseca, vai assinada pelos membros, presentes. Fortaleza, vinte e cinco de fevereiro de dois mil e
299 cinco.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005**
3
4

5 Aos onze dias do mês de março do ano dois mil e cinco, às quatorze 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 4ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão
8 Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a
9 SESA, Lilian Alves Amorim Beltrão Coordenadora da COVAC; Vera Maria Câmara Coelho
10 Coordenadora da COPOS; Carmem Lúcia Osterno, da CODAS, Ismenia Maria Ramos e Antônio
11 Paula de Menezes do NUPLA. Pela representação dos municípios compareceram: Mario Lúcio R.
12 Martildes, do COSEMS; Policarpo Araújo, SMS de Maranguape; Rogério Teixeira da SMS de
13 Umirim; Rodrigo Nogueira, SMS de Dep. Irapuan Pinheiro; e Arnaldo R. Costa Lima, SMS de
14 Sobral. Como convidados: Alcides, SMS de Juazeiro do Norte; Vigiliano de F. Lima, SMS de Brejo
15 Santo; José Henrique Linhares, SMS de Cariré; Talyta Alves Chaves Lima, SMS de Itaiçaba;
16 Erisvaldo Cavalcante, SMS de Maracanaú; Fco. Carlos Neves, SMS de Barbalha; Joseana Lima do
17 COSEMS; Rita de Cássia Leitão da 3ª CERES; Cícera Borges da COPOS/NUEPI; Regina Célia
18 Ribeiro da COVAC/SESA e Luis Porto do Congresso Cearense de Cancerologia. A reunião foi
19 presidida por Vera Coelho que iniciou os trabalhos convidando o Dr. Luis Gonzaga Porto Pinheiro
20 para apresentar o **1º INFORME sobre o Congresso Cearense de Cancerologia**. O Dr. Luis Porto
21 que é o Presidente do Congresso Cearense de Cancerologia falou sobre as neoplasias de maior
22 incidência no país destacando o câncer de mama como a primeira causa de morte por câncer na
23 mulher, assim como o câncer de próstata é a primeira causa de morte por câncer entre os homens.
24 Diz que a discussão sobre as estratégias com vistas a um controle dessas neoplasias pelo menos a
25 médio prazo requer a avaliação de experts no assunto e nesse sentido a Sociedade Cearense de
26 Cancerologia decidiu promover o Congresso Cearense de Cancerologia no Ceará, a realizar-se no
27 período de 20 a 23 de abril e 2005, no Ponta Mar Hotel. Disse que está sendo preparado um Curso
28 Básico de Atualização em Oncologia, onde as neoplasias mais frequentes serão abordadas,
29 direcionado principalmente aos profissionais do PSF. Informou que a Secretaria de Saúde de
30 Fortaleza inscreveu praticamente todos os seus médicos do Programa Saúde da Família e pediu o
31 apoio do COSEMS com vistas a divulgação do evento e informações sobre as inscrições. Falou
32 sobre o 2º Curso Cearense de Mastologia, a nível de Especialização, previsto para começar em
33 junho de 2005 atendendo, inicialmente, a grande Fortaleza e ao Maciço de Baturite, mas afirmou
34 que a realização do Curso vai depender da aprovação do Pólo de Educação Permanente em Saúde e
35 por isso pede o apoio dos gestores que participam da gestão dos Pólos com vistas à viabilização
36 desse Curso com financiamento desses Colegiados. **Dr. Mário Lúcio** solicitou que a direção do
37 Congresso deixasse no COSEMS todo o material de divulgação do Congresso e dos Cursos,
38 inclusive ficha de inscrição, com vista à divulgação junto aos 184 municípios do Estado e informou
39 ainda que no Encontro dos Secretários Municipais de Saúde do Ceará que irá acontecer nos dias 13,
40 14 e 15 de abril na ESP também haverá espaço para a propagação do evento. O **2º INFORME**, diz
41 respeito **à Portaria GM/MS/Nº 246 de 17 de fevereiro de 2005**. Vera informa através dessa
42 Portaria que o MS destina incentivos financeiros para a implantação de Serviços Residenciais
43 Terapêuticos. Disse que para municípios que tem pacientes portadores de distúrbios mentais
44 crônicos, sem apoio familiar, e para que os mesmos tenham a oportunidade de viver em sociedade é
45 fundamental a existência desse tipo de Serviço. Lamenta que no Ceará, exista apenas um Serviço
46 Residencial Terapêutico, no município de Sobral. Informou também que a Portaria GM/MS/Nº 245
47 de 17 de fevereiro de 2005 atualiza os incentivos financeiros para implantação dos Centros de
48 Atenção Psicossocial – CAPS nas modalidades I, II e III, CAPS Ad e CAPS i, nos respectivos
49 valores: 20 mil reais, 30 mil reais, 50 mil reais, 50 mil reais e 30 mil reais. Lembra que ainda há
50 vagas não preenchidas, como em Fortaleza e Juazeiro. O **3º INFORME** se refere ao **Relatório de**
51 **Auditoria da CGU no município de Iracema**. Dra. Vera informou que entrara em contato com o
52 MS para dirimir dúvidas sobre o assunto e fora informada que as questões abordadas são muito
53 mais amplas e mais preocupantes do que foi relatado anteriormente neste Colegiado. Disse que o

54 problema identificado no PSF referente ao recebimento do incentivo sem o profissional médico, é
55 apenas um item do relatório, e que são muitas as questões abordadas. Afirmou que está
56 encaminhando o relatório para a COVAC e para a CODAS/Atenção Primária e sugere à direção do
57 COSEMS tomar conhecimento do relatório e tirar dele as questões que possam ser colocadas como
58 uma forma de alertar e prevenir os gestores sobre possíveis fiscalizações dessa natureza. Deu outros
59 esclarecimentos sobre remuneração de CAPS e em seguida convidou a Dra. Lilian para dar os
60 informes sobre assuntos tratados na última Câmara Técnica de Atenção à Saúde do CONASS. **Dra.**
61 **Lilian** passou à plenária as informações sobre os seguintes pontos: **Unificação das Tabelas do SIA**
62 **e do SIH** - As tabelas do SIA e SIH, que atualmente têm juntas mais de 8.000 procedimentos, serão
63 unificadas ficando com pouco mais de 5.000 procedimentos até que o Ministério conclua o trabalho
64 que possibilitará o processamento dos dois Sistemas num único programa. Disse que a nova tabela
65 deverá ir para Consulta Pública em junho deste ano e para a Tripartite ainda no próximo mês de
66 Julho devendo ser aplicada a partir de janeiro de 2006. **Aumento dos valores da Tabela** - Está
67 previsto para julho o estudo do aumento dos valores da tabela que não será dado de forma linear,
68 mas por procedimento. **Descentralização do SIH** - A proposta do MS é de que a partir de agosto
69 os Estados e capitais façam o processamento do SIH, após efetuados os testes do sistema e o
70 treinamento dos técnicos dos Estados e das capitais e posteriormente para os outros municípios que
71 são habilitados em GPSM. **PPI** - A discussão foi adiada porque o técnico do MS não pode
72 comparecer à reunião. Sobre a **Alta Complexidade**, foi abordada a situação de cada Estado, tendo o
73 Ceará colocado a sua preocupação com relação às Políticas de Atenção de Alta Complexidade em
74 Traumatologia-Ortopedia e em Saúde Auditiva que ainda não tem propostas de adesão. Disse que fizera
75 contato com o MS sobre o problema da Saúde Auditiva do Ceará, cujo parâmetro do MS limita a
76 Rede do Estado em apenas 5 Serviços, quando já existem nove no Estado, sendo 01 (um) na
77 Macro de Juazeiro, 01 (um) na Macro de Sobral e os 07 (sete) restantes na Macro de Fortaleza,
78 dos quais 01 (um) no município de Cascavel, 01 (um) na micro de Maracanaú e os cinco restantes
79 em Fortaleza. **Teto financeiro de Epidemiologia** O Ministério está fazendo um estudo para
80 identificar Municípios e Estados com recursos parados em conta e proceder ao bloqueio do mesmo.
81 Dra. Vera explicou que se trata dos recursos financeiros destinados à Certificação das Ações de
82 Epidemiologia e Controle de Doenças que, em alguns casos é muito pequeno e os municípios
83 acumulam vários meses até que o valor seja suficiente para poder desenvolver alguma atividade de
84 um Plano de Trabalho, como por exemplo, aquisição de Moto, Computador ou outro insumo
85 necessário ao desenvolvimento de ações da área de Epidemiologia. **Dr. Mário Lúcio** afirmou que
86 no encontro de Secretários de Saúde em Salvador o COSEMS irá levar a reivindicação de aumento
87 desse Recurso que hoje é insuficiente para o custeio das atividades a que é destinado. **Dra. Vera**
88 recomenda que os recursos em questão sejam utilizados o mais rápido possível para que os
89 municípios não sejam pegos de surpresa com o resgate dos valores não movimentados. O último
90 informe da COVAC se refere ao **Treinamento de Pessoal** dos 127 órgãos emissores de AIH com
91 vistas a utilização da numeração eletrônica desse documento através do módulo autorizador, o que
92 deve acontecer na 2ª quinzena de março. Alertou os municípios que utilizam bureaux de
93 informática, quanto aos prazos para a emissão da AIH, pois somente a digitação gera o número do
94 documento. **Dr. Mário Lúcio** pediu espaço para informar que na manhã daquele dia a representação
95 do COSEMS na CIB teria se reunido com o NUASF sobre a pactuação da Assistência
96 Farmacêutica, de onde saíram algumas propostas e encaminhamentos e estão aguardando a posição
97 da SESA quanto a participação do Estado no financianento e disse que ficara acertado que tão logo
98 disponham dessa informação estarão agendando uma CIB extraordinária para que não haja atraso
99 nos procedimentos que compõem a logística de preparação da PPI. Disse também que recebera uma
100 comunicação do Ministério da Saúde solicitando informações sobre o Cartão Saúde e pede que os
101 Secretários Municipais que leam o “Linha Direta” e respondam as questões que estão colocadas. E
102 por fim comunicou que nos dias 13, 14 e 15 de abril estará acontecendo o Encontro Estadual de
103 Secretários Municipais de Saúde e pede que agendem essas datas para discutirem os problemas dos
104 municípios. **Dr. Rogério** de Umirim fez uma denúncia de que fora informado sobre município que
105 está contratando profissionais para as equipes de PSF com privilégios referentes a redução de carga
106 horária através de folgas concedidas duas ou três vezes na semana. Pediu a Dra. Carmem Osterme

107 para apurar junto à Orientadora da CERES se a denúncia procede. Antes de entrar nos itens de
108 pauta, Dra. Vera comunicou que o Secretário de Saúde de Aracati se desculpara de não estar
109 presente por se encontrar com problema de Saúde. Em seguida apresentou a Dra. Cícera, técnica do
110 NUNAS na área de Epidemiologia para expor o assunto do **Item 1 de pauta – Proposta de**
111 **Implantação do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar** - Antes
112 esclareceu que na reunião anterior havia sido cometido um erro de condução ao apresentar o pedido
113 de certificação do Hospital São José para funcionamento do Núcleo Hospitalar de Vigilância
114 Epidemiológica sem que a CIB tivesse conhecimento da proposta estadual, por isso, a Coordenação
115 da COPOS juntamente com os técnicos da área de Epidemiologia, teriam decidido pela retirada da
116 aprovação da Certificação do Hospital São José no subsistema de Vigilância Epidemiológica na
117 reunião anterior, e colocação do pleito na presente reunião, após apreciação da Proposta Estadual de
118 Implantação do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, objeto desse item.
119 Em seguida, a **Dra. Cícera** iniciou a apresentação citando os instrumentos legais que fundamentam
120 a Proposta em apreço, que são a Portaria Nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004 que institui o
121 Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, integrando o Sistema Nacional de
122 Vigilância Epidemiológica e a Portaria Nº 1/SVS, de 17 de janeiro de 2005 que regulamenta a
123 implantação do Subsistema de Vigilância Epidemiológica acima referido. Informou o valor mensal
124 do incentivo financeiro destinado aos Núcleos conforme segue: Nível I, R\$1.500,00 (Um mil e
125 quinhentos reais); Nível II, R\$3.000,00(Três mil reais) e Nível III R\$5.000,00 (cinco mil reais).
126 A proposta do Ceará é para a implantação de 8 (oito) Núcleos no Estado, sendo 4 (quatro) do Nível
127 I, 2 (dois) do Nível II e 2(dois) do Nível III. **Os critérios adotados para a seleção dos Hospitais**
128 **de Referência** foram os seguintes: **Nível I** - Hospital de Referência Regional com, no mínimo, 100
129 leitos; Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva ou Hospital de Fronteira
130 Internacional com, no mínimo, 50 leitos ou Hospital Geral ou Pediátrico, Universitário ou de
131 Ensino com, no mínimo, 100 leitos. **Nível II** - Hospital Geral ou Pediátrico, Universitário ou de
132 Ensino com, no mínimo, 100 leitos; ou Hospital Geral ou Pediátrico com mais de 100 e menos de
133 250 leitos, com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva; ou Hospital especializado em
134 Doenças Infecciosas com menos de 100 leitos. **Nível III** - Hospital Especializado em Doenças
135 Infecciosas com mais de 100 leitos ou Hospital Geral com mais de 250 leitos com Unidade de
136 Emergência e leitos de Terapia Intensiva. Os hospitais do Ceará selecionados de acordo com os
137 critérios acima definidos pela Portaria da SVS Nº1/2005 foram **Núcleos de Nível I:** Hospital
138 Geral Dr. Cesar Cals, em Fortaleza, com 250 leitos (Estadual); Hospital Universitário Walter
139 Cantídio, em Fortaleza, com 228 leitos (Federal); Santa Casa de Misericórdia, em Sobral, com 306
140 leitos (Privado/Filantrópico) e Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, em Barbalha, com 239
141 leitos (Privado/Filantrópico). **Núcleos de Nível II:** Hospital Infantil Albert Sabin, em Fortaleza,
142 com 352 leitos (Estadual) e Instituto Dr. José Frota, em Fortaleza, com 391 leitos (Municipal);
143 **Núcleos de Nível III:** Hospital Geral de Fortaleza, em Fortaleza, com 343 leitos (Estadual) e
144 Hospital São José, em Fortaleza, com 140 leitos (Estadual). Dra. Cícera mostrou ainda o elenco de
145 exigências cumpridas para a qualificação dos hospitais, desde a seleção da unidade, com a
146 aprovação da CIB, até a remessa ao Ministério da Saúde, após cumpridas as formalidades a serem
147 encaminhadas ao Secretário Estadual de Saúde, como: Termo de Adesão; Ato formal específico de
148 criação do NEH; Declaração de disponibilidade de área física com instalações e tecnologias
149 necessárias; Comprovação de abertura de conta bancária específica; Declaração de constituição de
150 equipe mínima (Portaria Nº 2.529/GM); Parecer do responsável técnico pela gestão do subsistema
151 no Estado (NUEPI) e Aprovação pela CIB. Concluída a apresentação, Dra. Vera chamou atenção
152 para a exigência da aprovação da CIB tanto no processo de seleção quanto no de qualificação dos
153 hospitais e ratificou a condição do Hospital São José, que já preencheria todos os requisitos, de
154 integrar a Rede de Referência Hospitalar no Subsistema de Epidemiologia do Estado do Ceará.
155 Informou que a referida Unidade já havia estruturado um Núcleo de Epidemiologia, e destacou à
156 importância da participação do Dr. Anastácio Queirós na implantação e funcionamento desse
157 Núcleo. Justificou a Escolha dos hospitais e suas respectivas classificações como Núcleos de
158 Epidemiologia, referindo-se não só aos critérios definidos pela Portaria mas destacando o trabalho
159 na área de vigilância epidemiológica já desenvolvido, as especificidades e abrangência do

160 atendimento e a localização, compreendendo as três Macrorregiões do Estado. Aberto o espaço das
161 discussões, o Secretário de Saúde de Juazeiro questionou a não inclusão do Hospital Santo Inácio
162 daquele município nessa Política, argumentando que o mesmo atende aos requisitos da Portaria.
163 Vera esclareceu que para a seleção dos hospitais foi considerada a representatividade da Unidade
164 no Ambiente Regional e que Juazeiro do Norte perdera essa representatividade para Barbalha, já na
165 época da elaboração PPI de 2001/2002, quando foram detectadas dificuldade de acesso dos
166 municípios da Região às unidades de Juazeiro. Enquanto os hospitais de Barbalha, o São Vicente
167 de Paulo e o Hospital Santo Antônio, ofereciam perfil de atendimento e credibilidade adequados às
168 necessidades da Macrorregião. Citou outros dois fatores impeditivos, como, o número limitado de
169 vagas que exige a definição de prioridades e a transferência do recurso fundo a fundo condição essa
170 à que o Santo Inácio não se encaixa. Dr. Mário Lúcio ponderou que como esse programa está
171 apenas iniciando, a tendência é essa política se ampliar e outros hospitais que se enquadram nos
172 critérios serem incluídos posteriormente. Achou a escolha adequada e expressou os votos de que os
173 hospitais de Juazeiro do Norte logo se equiparem ao mesmo padrão dos hospitais que foram
174 incluídos nessa Política. A **CIB** aprovou a composição da **Rede Hospitalar de Referência**
175 **Estadual** para a Implantação do Subsistema de Epidemiologia no Âmbito Hospitalar, conforme
176 apresentada neste item 1 de pauta e a habilitação do **Hospital São José** para funcionar como Núcleo
177 Hospitalar de Epidemiologia, Nível III, da Rede de Referência do Subsistema de Vigilância
178 Epidemiológica. Quanto aos demais hospitais, Dra. Vera explicou que a Vigilância Epidemiológica
179 da SESA deverá comunicar a decisão da CIB e proceder a vistoria, in loco, desses hospitais com
180 vistas à integração dos mesmos na Rede de Referência acima citada. Agradeceu a participação da
181 Dra. Cícera e passou para o **Item 2 – Apreciação dos Projetos de Investimento do Município de**
182 **Juazeiro do Norte junto ao Ministério da Saúde.** Observou que os projetos em pauta estão no
183 formato de emenda parlamentar e destacou a Aquisição de Equipamentos para a Implantação do
184 CAPS AD, informando que os municípios que tem vaga para implantação de CAPS tem os
185 recursos de incentivo garantidos pelo Ministério da Saúde conforme a Portaria Ministerial Nº 246
186 de 17/02/2005, que apresentara nos informes da presente reunião. Disse ainda que para solicitar
187 implantação de CAPS o município deve seguir a normatização específica para a instalação de
188 CAPS.. Dr. Mário Lúcio aconselhou ao gestor do município de Juazeiro a não utilizar recurso de
189 Emenda Parlamentar para estruturação de CAPS, mas direcionar o projeto para outro objetivo.
190 Diante disso o gestor de Juazeiro solicitou a retirada do Projeto de Aquisição de Equipamentos para
191 implantação do CAPS AD. Dra. Vera colocou para apreciação da Plenária os demais Projetos de
192 Investimento apresentados pelo Município de Juazeiro do Norte, conforme segue: ❶ Aquisição de
193 Equipamentos para Implantação do CAPS AD, no valor de R\$ 55.000,00, dos quais, R\$ 50.000,00 a
194 serem financiados pelo MS e R\$ 5.000,00 como contra partida do município. ❷ Aquisição de um
195 Grupo Gerador para o Centro de Diagnóstico Tasso Jereissatti, no valor R\$ 43.750,00, sendo R\$
196 40.000,00 por conta do MS e R\$ 3.750,00 constituem a contra partida . ❸ Aquisição de um Grupo
197 Gerador para a Unidade Mista de Saúde César Cals, no valor total de R\$ 50.500,00, sendo R\$
198 40.000,00 de responsabilidade do MS e os R\$ 10.500,00 restante ficam à cargo do município.
199 ❹ Aquisição de um Grupo Gerador para o Hospital Municipal São Lucas, no valor R\$ 45.000,00
200 com financiamento de R\$ 40.000,00 pelo MS e R\$ 5.000,00 de contra partida do proponente.
201 ❺ Aquisição de Equipamentos para a Lavanderia do Hospital Municipal São Lucas, no valor R\$
202 157.582,32 sendo R\$ 143.256,66 financiados pelo MS e R\$ 14.325,66 da responsabilidade do
203 município. Esclareceu que por não se tratarem de projetos de construção, os pleitos acima não
204 necessitam de parecer do Núcleo de Apoio Tecnológico da SESA. Sem mais comentários a CIB
205 aprovou Projetos de Investimento do Município de Juazeiro do Norte, acima enumerados, exceto o
206 de número 1 que foi retirado pelo gestor municipal, para os quais serão emitidas as Declarações da
207 CIB com a aprovação correspondente. **Item 3 Relatório da Situação Atual do Serviço de**
208 **Neurocirurgia do Hospital e Maternidade Santo Antônio de Barbalha.** Dra. Vera passou a
209 palavra para o Dr. Antônio Diretor do Hospital Santo Antônio de Barbalha que agradeceu o espaço
210 concedido e iniciou fazendo um histórico da existência do Hospital, desde a sua fundação em 27 de
211 dezembro de 1981 até os dias atuais quando, segundo o referido diretor, o Hospital Santo Antônio
212 se encontra com sua capacidade instalada atualizada. Prosseguiu mostrando em slides as

213 instalações do Hospital enquanto relatava os avanços e as dificuldades enfrentadas para o
214 funcionamento do serviço de neurocirurgia principalmente com relação a não disponibilidade de
215 médicos nas especialidades de neurocirurgia e anestesiologia para trabalhar naquele município, e
216 que a muito custo conseguira contratar os serviços do Dr. Humberto Hernandez, cirurgião de um
217 Hospital de Havana. Lembrou que pelo fato do referido neurocirurgião não possuir registro no
218 CRM, houveram, na época, muitos problemas com relação à aceitação do seus serviços. Disse que
219 o hospital dispõe hoje de quatro neurocirurgiões realizando cirurgias em adultos e crianças com alta
220 resolutividade e que a Unidade está adquirindo os equipamentos e aparelhos necessários para
221 realizar cirurgias mais complexas tanto em neurocirurgia como em outras especialidades da alta
222 complexidade e mostrou alguns dados de produção clínica e cirúrgica pediátrica e de adulto de
223 2004 realizados no Hospital em questão. Expressou preocupação quanto à solicitação de
224 implantação do serviço de neurocirurgia pediátrica em outra Unidade Hospitalar de Barbalha, pois
225 soubera que esse assunto teria sido tratado na CIB/MR de Juazeiro do Norte, e solicitou o apoio da
226 SESA e da CIB no sentido de não dividir esse serviço alegando que se isso acontecer o hospital
227 Santo Antônio certamente não resistirá, mormente ser o teto atual de R\$115.000,00 insuficiente
228 para manter os profissionais neurocirurgiões e anestesistas do Serviço. Concluiu, referindo-se a
229 importância da presença do Secretário de Saúde de Barbalha, Dr. Carlos para esclarecer a CIB
230 sobre a questão da implantação do serviço, discutida na CIB de Juazeiro. **Dr. Carlos** disse não
231 entender por que a discussão estava se dando na CIB/CE quando deveria ter-se iniciado na
232 CIB/MR. Vera esclareceu que o assunto fora discutido naquele fórum regional conforme Ata da
233 Reunião encaminhada para a SESA. O gestor de Barbalha disse que o Hospital Santo Antônio não
234 tem UTI neonatal nem pediátrica e que o pós operatório de crianças atendidas no Santo Antônio é
235 muitas vezes realizado em outro hospital, e crianças que nascem com problemas neurológicos são
236 encaminhadas para Fortaleza, e afirma, que a Secretaria de Saúde de Barbalha vem solicitando ao
237 Hospital São Vicente para assumir essas demandas. Dra. Vera interferiu na discussão, esclarecendo
238 que o perfil das unidades de apoio dos Sistemas Macrorregionais foi discutido e definido no PDR e
239 que os Serviços de Alto Custo não podem ser implantados por decisão isolada de gestores
240 municipais já que o recurso da AC pertence à gestão coletiva de gestores incluindo o Estado e
241 portanto a discussão desse assunto deve se dar na Bipartite Estadual já que não existe no Ceará,
242 fórum de negociação Macrorregional. Acrescentou que a discussão tem que ser aprofundada pela
243 área do Controle e Avaliação do Estado que é responsável pelo Planejamento das ações de Alta
244 Complexidade. **Dra. Lilian** disse que não há condição de se manter dois serviços de neurocirurgia
245 no município de Barbalha e disse que fará a análise da demanda de neurocirurgia da macrorregião
246 de Barbalha para ver a viabilidade de abertura de uma UTI pediátrica no Hospital Santo Antônio
247 para funcionar como suporte pós operatório. **Dr. Mário Lúcio** disse o assunto não seria resolvido,
248 naquele momento, pela CIB, que deverá esperar pelo levantamento e análise da demanda de
249 implantação do sobre o serviço de neurocirurgia pediátrica de Barbalha pela COVAC. **Dra. Vera**
250 encerrou o assunto sugerindo que o Secretário de Barbalha, caso entenda que deve haver
251 reestruturação do serviço de neurocirurgia, encaminhe à SESA a sua demanda para após análise e
252 parecer da Coordenadoria de Controle e Avaliação, ser apreciada pela CIB/CE. Em seguida passou
253 à apresentação do **Item 4 – Apresentação da Proposta do MS para estruturação dos Núcleos de**
254 **Saúde Integral**. Informou que se trata da Proposta do Ministério da Saúde aprovada na Reunião da
255 CIT de 17/02/2005, cujos **Objetivos** são: Qualificar a Atenção Básica com ênfase na estratégia
256 Saúde da Família, ampliando resolubilidade e avançando na construção da integralidade das ações
257 de atenção à saúde; Ampliar o acesso às ações de Saúde Mental, Reabilitação e de Atividade Física
258 e práticas corporais; Avançar na implementação de práticas que corroboram para a construção do
259 cuidado em saúde, na perspectiva do autocuidado e Promover a autonomia dos usuários e famílias e
260 fortalecer a cidadania. Tem como **Diretrizes:** Integralidade da atenção; Multiprofissionalidade e
261 transdisciplinariedade - a responsabilização compartilhada; Base territorial - vínculo e
262 responsabilização; Promoção da saúde; Humanização da saúde e Promoção do autocuidado e
263 fortalecimento da cidadania. Disse que é importante que os gestores façam um aprofundamento da
264 abordagem política em cada uma das Diretrizes pois elas definem o formato da atenção a ser
265 desenvolvida pelos Núcleos. Estes serão compostos por três **modalidades de ação** desenvolvidas

266 em conjunto com a Atenção Básica: **1. Atividade física e Saúde** - Ações que promovam atividades
267 físicas e práticas corporais para a melhoria da qualidade de vida da população, redução dos agravos
268 e danos decorrentes das doenças não transmissíveis; **2. Saúde Mental** - Ações dirigidas a usuários e
269 familiares em situação de risco psicossocial, que propiciem o acesso ao sistema de saúde e a
270 reinserção social, combatendo a discriminação; e **3. Reabilitação** - Ações que propiciem a redução
271 de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos,
272 favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de
273 saúde. Disse que em qualquer uma das modalidades de ação deverão ser incluídas ações no âmbito
274 da Alimentação e Nutrição e do Serviço Social. Recomendando-se, assim, a inserção de um
275 nutricionista e/ou assistente social desde o início de sua implantação, independente da modalidade
276 escolhida inicialmente. O município pode implantar o Núcleo de Saúde Integral com todas as
277 modalidades ou optar por realizar a implantação das modalidades separadamente, a partir das
278 necessidades de saúde locais. O **financiamento** se dará por modalidade de ação implantada,
279 conforme a seguinte descrição: Atividade Física e Saúde – Profissional de Educação Física,
280 nutricionista e monitor/instrutor de práticas corporais. Atividade Física e Saúde 1 - Profissional de
281 Educação Física e monitor/instrutor de práticas corporais. Atividade Física e Saúde 2 - Profissional
282 de Educação Física, nutricionista e monitor/instrutor de práticas corporais. Reabilitação –
283 Fisioterapia – Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social. Para a implantação, é
284 necessária a presença do fisioterapeuta, sendo o segundo profissional um dos mencionados acima,
285 conforme a disponibilidade do município. Saúde Mental - Psicólogo ou psiquiatra, terapeuta
286 ocupacional e assistente social. O **Incentivo para Implantação** será de **R\$ 1.000,00** para uma só
287 modalidade e **R\$ 3.000,00** para as Três modalidades implantadas. **O Incentivo de Custeio** será
288 concedido da seguinte forma: Para implantação de modalidades uma a uma: **Reabilitação = R\$**
289 **1.500,00; Saúde Mental = R\$ 1.500,00; Atividade Física e Saúde1: = R\$ 1.200,00; Atividade**
290 **Física e Saúde 2. = R\$ 1.700,00.** Na implantação do Núcleo de Saúde Integral completo com as
291 três modalidades de ação (equipe com 5 profissionais). O valor do incentivo é de **R\$ 5.400,00.**
292 Informou que os municípios que desejarem fazer a Adesão a essa Política deverão elaborar o Plano
293 Municipal dos Núcleos de Saúde Integral no âmbito da Atenção Básica. O Plano será entregue à
294 SESA para análise técnica e parecer pela CODAS e aprovação da CIB, que emitirá a Declaração de
295 Incentivo que será encaminhada ao Departamento de Atenção Básica DAB/SAS/MS para fins de
296 análise e publicação no DOU, do credenciamento do município à implantação dos Núcleos de
297 Saúde Integral. A Proposta do Ministério estabelece como critérios para a adesão o Porte
298 Populacional e o Número de Equipes de PSF por Núcleo. Assim são beneficiários os municípios da
299 Amazônia Legal, com população igual ou maior que 30 mil habitantes e pelo menos 07 (sete)
300 equipes de Saúde da Família, e os demais municípios com população igual ou superior a 40 mil
301 habitantes e pelo menos 09 (nove) equipes de Saúde da Família. Para o Ceará, a quantidade
302 prevista de Núcleos de Saúde Integral em municípios com 40 mil habitantes ou mais e mais de 9
303 equipes de PSF é de 64 Núcleos que podem ser implantados em 31 municípios com população
304 total de 5.814.804 habitantes, 4.426 ACS implantados e 640 ESF implantadas. (1NSI para cada 9
305 equipes de SF) Para os municípios 40 mil habitantes ou mais com menos de 9 equipes de Saúde da
306 Família poderão ser implantados 9 Núcleos em 9 municípios cuja população total é de 442.178
307 habitantes, 933 ACS implantados e 59 ESF implantadas (1NAF para cada grupo 40.000 hab). Dra.
308 Vera diz que esses dados estão defasados pois o Estado já possui 39 municípios na primeira
309 situação e apenas 2 na segunda situação. Na proposta o MS está considerando 40 municípios que se
310 enquadram no critério populacional, mas deixou de fora Horizonte e Brejo Santo que de acordo
311 com a última atualização do IBGE de julho de 2004 estão com população acima de 40.000
312 habitantes. Disse também que apenas dois municípios não tem 9 equipes de PSF que são Ipu e
313 Santa Quitéria. Dessa forma o Estado teria 42 municípios beneficiários. Finalizou dizendo que após
314 a publicação da Portaria que oficializa a Política de Implantação dos Núcleos de Saúde Integral em
315 pauta, os municípios poderão apresentar suas propostas para avaliação do NUORG e posterior
316 aprovação pela plenária da CIB. Alguns gestores questionaram a forma como a Proposta foi
317 elaborada e aprovada na Tripartite sem qualquer conhecimento ou participação da
318 representatividade da base dos municípios. E criticaram os critérios adotados pelo Ministério que

319 beneficia municípios de determinadas faixas populacionais com políticas diversas, deixando muitos
320 municípios sem acesso a estratégias importantes para o alcance de objetivos do Sistema de Saúde
321 Municipal. **Carmem** diz que o valor do incentivo não é suficiente para a estruturação do serviço
322 nas condições exigidas pelo Ministério. Vera citou os 42 municípios que se enquadram nos critérios
323 para a Implantação dos Núcleos de Saúde Integral no Ceará. São eles: Acaraú, Acopiara, Aquiraz,
324 Aracati, Barbalha, Beberibe, Boa Viagem, Camocim, Canindé, Cascavel, Caucaia, Crateús, Crato,
325 Fortaleza, Granja, Icó, Iguatu, Ipu, Itapajé, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Maranguape,
326 Mauriti, Mombaça, Morada Nova, Pacajus, Pacatuba, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim,
327 Russas, Santa Quitéria, São Benedito, Sobral, Tauá, Tianguá, Trairi, Viçosa do Ceará e mais Brejo
328 Santo e Horizonte. **Item 5 - Qualificação de Equipes no âmbito do PSF.** Dra. Vera apresentou
329 os pleitos de qualificação de Equipes de Saúde Bucal, de Equipes de Saúde da Família e
330 Acréscimos ao PACS conforme segue: Equipes de Saúde da Família: uma (1) para Cariús e duas
331 (2) para Ibaretama; Equipes de Saúde Bucal: duas (2) para Ibaretama; uma (1) para São João do
332 Jaguaribe; cinco (5) para Cruz; uma (1) para Poranga; uma (1) para Varjota; uma (1) para Sobral;
333 duas (2) para Massapê; três (3) para Canindé e uma (1) para Fortim. Acréscimo de 03 ACS para o
334 município de Aiuaba, com pagamento através de incentivo do Governo Federal considerando os
335 pareceres favoráveis do NUORG/CODAS, a **CIB** aprovou as qualificações de Equipe de Saúde da
336 Família, Equipes de Saúde Bucal e os Acréscimos de Agentes Comunitários de Saúde propostos
337 neste item. **Item 6 – Credenciamento do Serviço de Nefrologia do Hospital Geral César Cals**
338 **para o Serviço de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular.** Dra. Lilian apresentou pleito,
339 informando tratar-se de Projeto da Política de Atenção Cardiovascular e que o hospital em apreço
340 está propondo realizar o Serviço de Assistência Vascular de Alta Complexidade. Disse que não há
341 limite do número de unidades para realizar esse procedimento e informa que determinados serviços
342 que são cobertos pela Tabela de Procedimentos do SUS mas somente para Unidades cadastradas
343 como Unidades de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular. Disse que a COVAC avaliou
344 o pedido e constatou que o Hospital atende aos requisitos da Portaria SAS Nº 210/2004 e portanto
345 está apto a ser credenciado. Sem discussões a **CIB/CE** aprovou o credenciamento do HGCC para
346 prestação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular na especialidade de
347 Cirurgia Vascular. **Dra. Vera** solicitou à Coordenação da COVAC para apresentar na próxima
348 reunião da **CIB** a situação da Rede Estadual de Atenção de Alta Complexidade nas áreas de
349 Assistência Cardiovascular, de Nefrologia, Traumatologia-Ortopedia e Saúde Auditiva. Ainda, sobre o
350 Pacto da Assistência Farmacêutica, **Dr. Mário Lúcio** propôs que a Reunião Extraordinária da **CIB**
351 ficasse agendada para o dia 14/03/2005 à partir das 12 horas. A plenária da **CIB** concordou com a
352 proposta do Presidente do COSEMS e como não havia mais nada a tratar a Comissão Intergestores
353 Bipartite encerrou a reunião e eu Célia Fonseca lavrei a Ata que vai assinada pelos membros da
354 **CIB** presentes. Fortaleza, onze de março de dois mil e cinco.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005**
3

4 Aos vinte e oito dias do mês de março do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos,
5 no Auditório do CESAU, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante
6 Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 5ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão
7 Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a
8 SESA, Jurandi Frutuoso Silva, Secretário de Saúde da SESA; Lilian Alves Amorim Beltrão e Diana
9 Carmem S. Oliveira, Coordenadoras da COVAC; Vera Maria Câmara Coelho, Coordenadora da
10 COPOS; Fco. Holanda Júnior, Coordenador da CODAS e Ismenia Maria Ramos Supervisora do
11 NUPLA. Pela representação dos municípios compareceram: Mario Lúcio R. Martildes, do
12 COSEMS; Policarpo Araújo, SMS de Maranguape; Rogério Teixeira da SMS de Umirim; Rodrigo
13 Nogueira, SMS de Deputado Irapuan Pinheiro; Arnaldo R. Costa Lima, SMS de Sobral e Alexandre
14 Mont'Alverne Coordenador de Políticas da SMS de Fortaleza. Como convidados: Alcides Muniz
15 Gomes de Matos, SMS de Juazeiro do Norte; Flávio Prata Crisóstomo, SMS de Massapê; Wilames
16 Freire Bezerra, SMS de Aurora; Fábio Landim Campos, SMS de Paraipaba; Paulo Roberto Brito
17 Leite, SMS de Redenção; Évio Gianni Batista Carlos, SMS de Solonópole, e os Técnicos, Fco.
18 Ednaldo do Hospital de Cascavel; Ana Virgínia da Justa e Ednir Dantas de Maracanaú, Maria do
19 Socorro Lopes Dantas da CORES/SESA e Fernanda Pinheiro Pessoa do PSF de Jaguaribe. reunião
20 foi presidida por **Diana Carmem**, Coordenadora da COVAC, que após desejar as boas vindas aos
21 presentes, iniciou os trabalhos informando que os **itens 2 e 4** referentes, respectivamente, à
22 **Solicitação de Mudança de Modalidade do CAPS I do Município de Marco para CAPS II, e**
23 **Discussão e Aprovação da PPI da Epidemiologia para 2005** seriam retirados da pauta tendo em
24 vista solicitação e justificativa dos responsáveis pela apresentação dos referidos assuntos. Em
25 seguida passou a palavra a Dra. Lilian para apresentar o **Item 1 – Situação das redes Estaduais de**
26 **Atenção de Alta Complexidade e Apreciação de Pedidos de Credenciamentos em Assistências**
27 **Cardiovascular, Nefrologia, Traumatologia e Saúde Auditiva.** Dra. Lilian começou a sua
28 explanação apresentando o desenho da **Rede Estadual de Atenção de Alta Complexidade em**
29 **Nefrologia**, previsto na Portaria SAS Nº 211/2005, e a situação de credenciamento dos Serviços
30 que integram a referida Rede, os quais atendem às três Macrorregiões do Estado, Cariri, Sobral e
31 Fortaleza, e estão sediados nos municípios de Barbalha, Crato, Juazeiro do Norte, Sobral, Fortaleza,
32 Caucaia, Maracanaú, Quixadá, e Russas. Sobre o credenciamento desses Serviços junto ao SUS,
33 informou que dos que atuam na Macrorregião do Cariri, apenas a UNIRIM do município de Crato
34 tem parecer favorável, enquanto a documentação do Hospital Maternidade Santo Antônio, de
35 Barbalha e do Hospital Santo Inácio, de Juazeiro do Norte ainda não havia sido encaminhada à
36 SESA, para análise e parecer da COVAC. Quanto aos Serviços da Macrorregião de Fortaleza,
37 informou que estão com pareceres favoráveis, por atenderem os requisitos da referida Portaria, o
38 Centro de Nefrologia de Caucaia/CENEC, o Instituto do Rim, o Prontorim, o Instituto de Doenças
39 Renais, a Clínica Pronefron, a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, a Policlínica do Rim, a
40 Clínica do Rim, o Instituto de Nefrologia do Ceará, o Rim Centro de Fortaleza e o Rim Centro
41 (Filial) de Maracanaú. Com pendências, em relação à liberação do Alvará Sanitário, devido à
42 inadequação da estrutura física, estão o Hospital Geral de Fortaleza e o Hospital das Clínicas
43 Walter Cantídio. Quanto ao Serviço de Quixadá, a Clínica de Doenças Renais/CDRQ como ainda
44 não se adequara às exigências para se classificar como unidade de diálise tipo II e ainda não
45 enviara o processo para análise, continuaria realizando a diálise tipo I e só passará a integrar a Rede
46 Estadual quando atender as especificações das máquinas e das instalações físicas, de acordo com as
47 exigências do MS. Sobre o Serviço de Russas, informou que o processo do Hospital da Divina
48 Providência daquele município, obteve parecer favorável da SESA e que o mesmo estava no
49 Ministério aguardando apenas a documentação com informações complementares, cujo envio
50 àquele órgão federal, já estaria sendo providenciando. Prosseguindo, informou que a Macro de
51 Sobral conta com o Serviço de Nefrologia da Santa Casa de Misericórdia, que também obteve
52 parecer favorável do Nível Estadual quanto ao seu credenciamento como Serviço de Nefrologia de
53 Alta Complexidade, já que cumpriu todas as exigências do MS constantes das normas que regulam

54 o pleito em questão. Dra. **Vera** fez um resumo da situação apresentada e comentou que do total de
55 Serviços que deverão integrar a Rede de Atenção em Nefrologia de AC, treze estão com a situação
56 regularizada e portanto com parecer favorável ao credenciamento; dois estão com pendências
57 relativas às suas estruturas físicas e de recursos humanos, e três não encaminharam a documentação
58 para a análise do gestor Estadual, entre os quais o de Quixadá que só poderá integrar a Rede quando
59 for credenciado para realizar os procedimentos de hemodiálise II. Para o caso dos hospitais HUWC
60 e HGF, com pendências na liberação do Alvará Sanitário, Dra. **Lilian** propôs que fosse solicitado
61 aos mesmos a elaboração de um cronograma de adequação da sua estrutura física e com base nesse
62 cronograma o órgão de Vigilância Sanitária Municipal pudesse estabelecer um prazo para a emissão
63 do Alvará Sanitário, e que essas informações fossem encaminhadas ao MS juntamente com o
64 processo de credenciamento das referidas Unidades. Explicou ainda que a dificuldade do HGF em
65 realizar os procedimentos de TRS em pacientes renais crônicos seria motivada pelo atendimento
66 dos casos renais agudos que para aquela unidade são encaminhados, ocupando a área física e os
67 recursos humanos do setor de nefrologia. Entende que o problema pode ser resolvido a partir da
68 definição, pela direção do hospital e pelo gestor municipal, das condições de funcionamento do
69 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e do atendimento aos pacientes renais
70 agudos. A **CIB** concordou com o envio dos processos do HGF e Hospital Walter Cantídio ao MS,
71 desde que fossem anexados aos mesmos o cronograma de adequação da estrutura das respectivas
72 Unidades, e decidiu também oficializar essa decisão ao Secretário de Saúde de Fortaleza,
73 recomendando que o gestor de Fortaleza assumira o compromisso de que os casos novos de pacientes
74 renais crônicos sejam encaminhados ao HGF até o limite da capacidade de oferta acordado na
75 programação desse hospital. Sobre os Serviços dos municípios de Barbalha, Juazeiro e Quixadá,
76 cujos processos ainda não foram analisados, foi sugerido e a Plenária da **CIB** concordou, que, se a
77 referida documentação fosse encaminhada à SESA em tempo hábil para análise e remessa ao MS no
78 prazo estipulado, e se não fosse identificada nenhuma pendência que comprometesse o
79 credenciamento dos Serviços, a SESA emitiria o parecer favorável e enviaria a documentação ao
80 Ministério da Saúde com o Ad referendum da Comissão Intergestores Bipartite. Por fim a CIB
81 decidiu que o desenho da Rede Estadual de Atenção de Alta Complexidade em Nefrologia seria
82 encaminhado ao Ministério da Saúde e teria a seguinte composição: Na **Macrorregião do Cariri:**
83 Hospital Maternidade Santo Antônio, em Barbalha; Hospital Santo Inácio, em Juazeiro do Norte, e
84 UNIRIM – Unidade de Diálise e Transplante Renal, no Crato. Na **Macrorregião de Sobral:** Santa
85 Casa de Misericórdia de Sobral. Na **Macrorregião de Fortaleza:** CENEC - Centro de Nefrologia
86 de Caucaia; Instituto do Rim; Instituto de Doenças Renais; PRONTORIM; Hospital Geral de
87 Fortaleza; Clínica Pronefron; Hospital das Clínicas Walter Cantídio; Santa Casa de Misericórdia de
88 Fortaleza Policlínica do Rim SC LTDA; Clínica do Rim; Instituto de Nefrologia do Ceará; Rim
89 Centro; Rim Centro (Filial) em Maracaná; Centro de Doenças Renais e Hipertensão Arterial de
90 Quixadá e Hospital Maternidade Divina Providência de Russas. Sobre a **Rede Estadual de**
91 **Atenção à Saúde Auditiva**, Dra. **Lilian** explicou que a Portaria que regulamenta essa assistência,
92 estabelece o parâmetro de um (1) Serviço por 1.500.000 habitantes, e dessa forma o Ceará teria
93 direito a credenciar apenas cinco (5) Serviços embora existam nove (9) prestadores de serviços de
94 assistência à saúde auditiva cadastrados junto ao SUS: Policlínica Municipal de Cascavel, Centro
95 de Especialidades Médicas de Sobral, Centro de Diagnósticos Dr. Tasso Jereissatti, em Juazeiro do
96 Norte, em Maracaná e em Fortaleza, o NAMI, o HGF, o HUWC, a ABCR e o NUTEC. Disse que
97 das vistorias realizadas pela COVAC aos 9 serviços, concluiu que apenas o de Maracaná não
98 atende os requisitos técnicos mínimos de funcionamento e portanto não deverá integrar a Rede
99 Estadual e que Cascavel tem a pendência de não se enquadrar no critério do porte populacional.
100 Dra. **Regina** defendeu a inclusão do Serviço de Cascavel informando que o mesmo funciona dentro
101 dos padrões técnicos exigidos pelo MS e que tem condições de atender os municípios da região que
102 não dispõem dessa assistência e que farão parte da microrregião a ser sediada por Cascavel, após o
103 CESAU aprovar as alterações do PDR. Quanto aos Serviços de Fortaleza, a Dra. **Lilian** informou
104 que o Hospital Walter Cantídio não realiza procedimentos de Alta Complexidade em Saúde
105 Auditiva mas que essa carência poderia ser suprida com a terceirização pelo HUWC dos serviços
106 do Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce – NUTEP que funciona anexo àquele hospital.

107 Informou ainda que além do HUWC, a ABCR e o HGF tem pendências a serem resolvidas. Dr.
108 **Alex** concorda com a junção dos Serviços do Hospital Walter Cantídio com os do NUTEP e propôs
109 que a SESA encaminhe, para a composição da Rede Estadual, os registros dos sete Serviços que
110 têm capacidade técnica para prestar assistência à saúde auditiva e dispensar próteses, de forma a
111 pressionar o MS a flexibilizar quanto ao parâmetro populacional. Destacou a importância do HGF
112 e do HUWC para o atendimento dos casos cuja correção requeira intervenção cirúrgica, e quanto
113 à ABCR, disse que embora esse serviço não ofereça qualidade técnica no seguimento dos pacientes
114 com problemas auditivos, o município de Fortaleza não pode, no momento, prescindir do mesmo,
115 considerando o grande volume de próteses dispensado pelo referido prestador. Afirmou que já há
116 um sentimento no CONASS e no CONASEMS favorável à relativização do parâmetro
117 populacional, para cuja construção, afirmou que não existe base sólida e por isso a CIB deveria
118 pressionar o Ministério nesse intento, encaminhando a proposta de inclusão dos Serviços que
119 dispõem dos requisitos técnicos. Dr. **Mário Lúcio** sugeriu a aprovação do credenciamento dos
120 cinco serviços que se adequam às normas, excluindo-se Maracanaú e a ABCR, com a informação
121 ao MS de que a Rede de Atenção à Saúde Auditiva do Ceará necessita de sete serviços, e dessa
122 forma o CONASS e o CONASEMS poderiam intervir junto ao Ministério para a inclusão dos dois
123 serviços a serem acrescidos (escolhidos pela CIB). Dr. **Alex** refutou a proposta dizendo que a
124 decisão do gestor de Fortaleza é de não excluir os serviços que funcionam no município e que se a
125 CIB não aprovar o encaminhamento de todos os Serviços de Fortaleza, o gestor municipal
126 encaminhará a sua proposta à Tripartite. Dra. **Lilian** propôs a inclusão dos serviços de Cascavel,
127 Juazeiro e Sobral e os de Fortaleza, tirando o NUTEC que não seria cadastrado como integrante da
128 Rede, já que os seus serviços se integrariam aos do HUWC. Após outras manifestações e com a
129 proposição do representante de Fortaleza de que haja uma avaliação trimestral dos Serviços
130 cadastrados, a plenária da **CIB** chegou ao consenso de que a proposta do desenho da Rede Estadual
131 de Atenção à Saúde Auditiva fosse encaminhada ao Ministério da Saúde com a seguinte
132 composição:**Juazeiro do Norte:** Centro de Diagnósticos Dr. Tasso Jereissatti (Média
133 Complexidade);**Sobral:** Centro de Especialidades Médicas (Média Complexidade); **Cascavel:**
134 Policlínica Municipal de Cascavel (Média Complexidade); **Fortaleza:** Núcleo de Atenção Médica
135 Integrada/NAMI (Alta Complexidade), Hospital Geral de Fortaleza (Alta Complexidade), Hospital
136 Universitário Walter Cantídio (Alta e Média Complexidade) e Associação Beneficente Cearense de
137 Reabilitação/ABCR (Média Complexidade), ficando assegurada a Meta Estadual máxima de 420
138 (quatrocentos e vinte) procedimentos mensais, sendo 60 (sessenta) para Juazeiro do Norte, 60
139 (sessenta) para Sobral, 60 (sessenta) para Cascavel e 240 (duzentos e quarenta) para Fortaleza.
140 Sobre a **Rede de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia** Dra. Lilian informou
141 que de acordo com a Portaria Nº 95 de 14 de fevereiro de 2004, da Secretaria de Atenção à Saúde –
142 SAS, cada unidade credenciada para a alta complexidade em traumato-ortopedia tem de prestar o
143 atendimento mínimo mensal de 6 seis procedimentos de cada conjunto da especialidade, à exceção
144 das áreas de ortopedia infantil e traumatologia ortopédica de urgência e emergência que podem ser
145 realizadas isoladamente. Relatou a situação das unidades em relação ao processo de credenciamento
146 das mesmas, esclarecendo que ao serem resolvidas as pendências existentes, as unidades estariam
147 aptas ao credenciamento, devendo portanto integrarem a Rede Estadual de Atenção em Alta
148 Complexidade em Traumatologia-ortopedia, tendo em vista a necessidade dos Serviços nas três
149 Macrorregiões do Estado. Destacou a ausência do HIAS para a prestação do serviço de ortopedia
150 infantil e disse que é preciso agilizar o processo, junto à direção do referido hospital para posterior
151 inclusão na Rede. Não havia ainda a definição dos Serviços de Crato e Juazeiro do Norte, e Sobral,
152 que não teriam enviado a documentação para análise da SESA. Os Serviços da Macro de Fortaleza,
153 à exceção da Clínica de Acidentes estariam todos com parecer favorável. **Vera propôs** à CIB a
154 aprovação do desenho da Rede e a fixação da data 04 de abril de 2005 para que os gestores de
155 Crato, Juazeiro e Sobral apresentassem os respectivos Planos Municipais com o perfil da assistência
156 de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia. Dra. **Lilian** apresentou a proposta da composição
157 da Rede Estadual de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia conforme segue:
158 **MACRO CARIRI Crato:** Casa de Saúde Joaquim B. Farias (II – Cintura escapular, Braço e
159 Cotovelo; III - Antebraço, Punho e Mão ; IV - Cintura Pélvica, Quadril e Coxa; V - Coxa, Joelho e

160 Perna; VI – Perna, Tornozelo e Pé; VII- Ortopedia Infantil; VIII – Traumatologia Ortopédica de
161 Urgência e Emergência. **Juazeiro:** Hospital Santo Inácio II – Cintura escapular, Braço e
162 Cotovelo; III - Antebraço, Punho e Mão ; IV - Cintura Pélvica, Quadril e Coxa; V - Coxa,
163 Joelho e Perna; **MACRO/SOBRAL - Santa Casa de M. de Sobral** (II – Cintura escapular,
164 Braço e Cotovelo); III - Antebraço, Punho e Mão; IV- Cintura Pélvica, Quadril e Coxa; V - Coxa,
165 Joelho e Perna); **MACRO/FORTALEZA - Fortaleza : Hospital Geral de Fortaleza** (I –
166 Coluna, II – Cintura escapular, Braço e Cotovelo; III – Antebraço, Punho e Mão ; IV - Cintura
167 Pélvica, Quadril e Coxa; V - Coxa, Joelho e Perna; VI - Perna Tornozelo e Pé; VII- Ortopedia
168 Infantil). Hospital Universitário Walter Cantídio (I - Coluna II – Cintura escapular, Braço e
169 Cotovelo; III – Antebraço, Punho e Mão ; IV - Cintura Pélvica, Quadril e Coxa; V - Coxa,
170 Joelho e Perna; VI - Perna Tornozelo e Pé; VII- Ortopedia Infantil). Hospital São Raimundo (I -
171 Coluna II – Cintura escapular, Braço e Cotovelo; III – Antebraço, Punho e Mão; IV- Cintura
172 Pélvica, Quadril e Coxa; V - Coxa, Joelho e Perna; VI - Perna Tornozelo e Pé; VII- Ortopedia
173 Infantil). Clínica de Acidentes (I- Coluna, II- Cintura escapular, Braço e Cotovelo; III- Antebraço,
174 Punho e Mão; IV- Cintura Pélvica, Quadril e Coxa; V - Coxa, Joelho e Perna; VI - Perna Tornozelo
175 e Pé; VII- Ortopedia Infantil). Hospital SOS (I - Coluna II – Cintura escapular, Braço e
176 Cotovelo; III – Antebraço, Punho e Mão; IV - Cintura Pélvica, Quadril e Coxa; V –Coxa, Joelho e
177 Perna; VI - Perna Tornozelo e Pé; VII- Ortopedia Infantil, VIII – Traumatologia Ortopédica de
178 Urgência e Emergência). Instituto Dr. José Frota (I- Coluna II – Cintura escapular, Braço e
179 Cotovelo; III – Antebraço, Punho e Mão; IV - Cintura Pélvica, Quadril e Coxa; V – Coxa, Joelho e
180 Perna; VI - Perna Tornozelo e Pé; VII- Ortopedia Infantil, VIII – Traumatologia Ortopédica de
181 Urgência e Emergência). A plenária da **CIB** acatou a proposta da configuração da Rede Estadual de
182 Traumatologia-Ortopedia de Alta Complexidade. Quanto a **Atenção Cardiovascular de Alta**
183 **Complexidade** Lilian citou as pendências principais referentes ao credenciamento de cada
184 Unidade, destacando, a classificação das UTI tipo II do Hospital do Coração de Sobral e do
185 Hospital São Raimundo em Fortaleza e a ausência da documentação da Santa Casa de Sobral e do
186 Hospital Antônio Prudente. Sugeriu que fosse concedido aos referidos prestadores um prazo para a
187 resolução das pendências e ou envio dos processos para análise da COVAC, já que a SESA teria
188 que encaminhar a proposta do desenho da **Rede Estadual de Atenção Cardiovascular de Alta**
189 **Complexidade** ao MS até o dia 15 de abril de 2005, cujos Serviços abrangem as três Macrorregiões
190 do Estado: **Macrorregião do CARIRI – Barbalha:** Hospital do Coração do Cariri (Cirurgia
191 Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista); Hospital São Vicente de Paulo
192 (Cirurgia Vascular); **Macrorregião de Sobral – Sobral:** Hospital do Coração (Cirurgia
193 Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista); Santa Casa de Misericórdia de
194 Sobral (Cirurgia Vascular); **Macrorregião de Fortaleza – Fortaleza:** Hospital Geral de Fortaleza
195 (Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos); Hospital Geral César Cals
196 (Cirurgia Vascular); Hospital Infantil Albert Sabin (Cirurgia Cardiovascular Pediátrica); Hospital
197 Universitário Walter Cantídio (Cirurgia Cardiovascular, Procedimentos da Cardiologia
198 Intervencionista e Laboratório de Eletrofisiologia); Instituto do Coração da Criança e do
199 Adolescente (Cirurgia Cardiovascular Pediátrica); Hospital São Raimundo (Cirurgia Cardiovascular
200 e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista); Prontocárdio (Cirurgia Cardiovascular e
201 Procedimentos de Cardiologia Intervencionista); Hospital Antônio Prudente (Cirurgia
202 Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista); Hospital de Messejana (Cirurgia
203 Cardiovascular, Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, Cirurgia Vascular, Procedimentos
204 Endovasculares Extracardíacos, Procedimentos de Cardiologia Intervencionista e Laboratório de
205 Eletrofisiologia); A **CIB/CE** aprovou a proposta de composição da **Rede Estadual de Atenção**
206 **Cardiovascular de Alta Complexidade** conforme foi apresentado pela Coordenação da
207 COVAC/SESA. Item 3- Solicitação para implantação de Centros de Especialidades
208 Odontológicas e Laboratórios de Próteses Dentárias. De posse dos processos de que trata este
209 item, Dra. **Diana** colocou para a plenária os seguintes pleitos: Para o município de Eusébio,
210 implantação de um CEO tipo II e um Laboratório Regional de Próteses Dentárias; Para
211 Quixeramobim, um CEO tipo I e um Laboratório Regional de Próteses Dentárias, e um CEO tipo I
212 para cada um dos municípios de Limoeiro do Norte e Massapê. Considerando os pareceres das

213 CERES respectivas e da Coordenação Estadual de Saúde Bucal, favoráveis às implantações
214 pretendidas, a CIB/CE aprovou os pedidos em apreço dos municípios de Eusébio, Quixeramobim,
215 Limoeiro do Norte e Massapê. **Item 5 – Qualificação de Equipes no âmbito do PSF. Diana**
216 **apresentou os pedidos de qualificação de Equipes e ampliação do PACS conforme segue: Equipes**
217 **de Saúde da Família: Duas (2) para o município de Poranga; Equipes de Saúde Bucal: Uma (1)**
218 **para Tururu; três para Acaraú, quatro para (4) para Araripe; quatro para (4) para Barro e onze**
219 **(11) para Tauá. Acréscimo de três 03 Agentes Comunitários de Saúde para o município de Aracati,**
220 **com pagamento através de incentivo do Governo Federal. Considerando os pareceres favoráveis do**
221 **NUORG/CODAS, a CIB aprovou as qualificações de Equipe de Saúde da Família, Equipes de**
222 **Saúde Bucal e os Acréscimos de Agentes Comunitários de Saúde propostos neste item. Concluídas**
223 **as discussões dos assuntos de pauta, Dra. Vera Coelho passou a apresentar os Informes conforme**
224 **segue: 1º Informe: Situação Atual do Processo de Certificação dos Hospitais de Ensino e**
225 **Pesquisa no Ceará.** Dos hospitais do Ceará que solicitaram a certificação como hospital de ensino,
226 foram habilitados através de Portaria do MS, o Hospital de Messejana, o Hospital Geral Dr. César
227 Cals, o Hospital São José, o Hospital Universitário Walter Cantídio e a Maternidade Escola Assis
228 Chateaubriand. Disse que os Hospitais Albert Sabin, HGF e IJF, apesar de terem a certificação
229 aprovada na CIB, apresentam algumas restrições em relação à preceptoria, implantação de
230 comissões de óbito e de revisão de prontuário no HIAS, estruturação para o ensino e projeto de
231 humanização no HGF e Termo de Ajuste de forma geral, no IJF. Informou ainda que o Hospital
232 Mental de Messejana e a Santa Casa de Sobral não serão habilitados por não atenderem os critérios
233 de internação e residência, exigidos pela Portaria Interministerial Nº 1.000/2004. Informou também
234 que os hospitais certificados fazem juz a 26% de acréscimo na média do faturamento da Media
235 Complexidade e por isso pediu ao Coordenador de Políticas de Saúde do Município de Fortaleza,
236 mais agilidade no processo de certificação dos hospitais da Capital. **2º Informe: Portaria**
237 **GM/MS/Nº 281 de 22/02/2005 – Prorroga a Fase I de execução dos Projetos Municipais de**
238 **Expansão e Consolidação do Saúde da Família.** Segundo a citada Portaria, o MS prorroga até o
239 dia 31 de dezembro de 2005 o prazo para a execução da Fase I dos Projetos Municipais de
240 Expansão e Consolidação do Saúde da Família e informa o teto financeiro para a Fase I por
241 município, e os saldos a utilizar, sendo que no caso do Ceará, os municípios de Caucaia, Crato e
242 Sobral já tiveram os recursos da Fase I repassados em sua totalidade, enquanto Fortaleza, Juazeiro
243 do Norte e Maracanaú ainda tem saldo a receber do Ministério, conforme consta no Anexo da
244 referida Portaria. **3º Informe: Portaria GM/MS/Nº 283 de 22/02/2005 – Antecipa o incentivo**
245 **financeiro para CEO em fase de implantação.** Disse que com essa Portaria os municípios que
246 pretenderem implantar Centros de Especialidades Odontológicas poderão receber um incentivo
247 financeiro para a estruturação dos serviços antes do funcionamento do CEO. Esclareceu que o
248 referido incentivo é repassado de uma só vez e pode ser utilizado para construção reforma,
249 ampliação do local onde o Centro irá funcionar e para compra de equipamentos e materiais
250 permanentes. Informou ainda que dentre outros requisitos o MS exige cópia da Resolução da
251 CIB/CE aprovando a implantação do CEO, cópia do Projeto de Implantação do CEO aprovado pela
252 CIB/CE e Termo de Compromisso do gestor responsável assegurando o início do atendimento no
253 prazo máximo de 3 (três) meses após ter recebido o incentivo, sob pena de devolução do valor ao
254 governo federal. Em seguida passou a palavra ao Presidente do COSEMES, Dr. Mário Lúcio que
255 apresentou o **4º Informe: CONASEMS Convida Secretários para o XXI Congresso Nacional**
256 **das Secretarias Municipais de Saúde** e para o **II Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de**
257 **Paz e Não Violência** a serem realizados no período de 10 a 13 de maio de 2005, no Centro de
258 Convenções Pantanal em Cuiabá (MT). As inscrições poderão ser feitas pelo site
259 www.conasems.org.br. Dr. Mário aproveitou o ensejo para lembrar o V Encontro de Secretários
260 Municipais de Saúde do Ceará a se realizar nos dias 13, 14 e 15 de abril de 2005 na Escola de
261 Saúde Pública do Ceará. Falou também da necessidade de ser incluída em pauta da CIB, o mais
262 urgente possível, a discussão sobre as Normas do PSF uma vez que já há várias denúncias de
263 formas diferenciadas de contratação de médicos das equipes de Saúde da Família em vários
264 municípios. **5º Informe: Ofício CONASS Nº 142/2005.** O CONASS comunica que através do
265 Ofício CONASS Nº 142/2005 datado de 17 de março de 2005 encaminhado ao Ministro da Saúde,

266 aquele Conselho, após deliberação da Assembléia do dia 16 de março de 2005, solicitou ao MS,
267 urgência na definição da regulamentação da Portaria GM/Nº 2.023 de 23 de setembro de 2004. Dr.
268 Alex explicou que os secretários Municipais estão preocupados com a indefinição dos instrumentos
269 de responsabilizados dos gestores e dos mecanismos e instrumentos de monitoramento e avaliação
270 da gestão dos Sistemas Estadual e Municipais de Saúde, dada a falta de consenso no Ministério
271 quanto à regulamentação da Portaria em questão. **Vera** falou ainda sobre o pedido do Dr. Jarbas
272 Barbosa da Silva Junior, Secretário de Vigilância à Saúde do MS para apresentar o Sistema de
273 Vigilância em Saúde do Ceará na CIB do dia 13 de abril. Depois de algumas sugestões ficou
274 acertado que a Bipartite seria realizada, no dia 14 dia abril, durante o evento do COSEMS, na
275 Escola de Saúde Pública do Ceará. Nada mais nada a tratar a Comissão Intergestores Bipartite
276 encerrou a reunião e eu Célia Fonseca lavrei a Ata que vai assinada pelos membros da CIB
277 presentes. Fortaleza, vinte e oito de março de dois mil e cinco.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005

1
2
3
4 Aos vinte e nove dias do mês de abril do ano dois mil e cinco, às quinze horas, na sala de reuniões
5 do CESAU, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante Barroso, 600,
6 nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 6ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores
7 Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA,
8 Diana Carmem Oliveira e Lilian Alves Amorim Beltrão Coordenadoras da COVAC; Maria das
9 Graças Barbosa, Coordenadora da COPOS; Antônio Paula de Menezes do NUPLA e Nágela
10 Norões da CORES. Pela representação dos municípios compareceram: Carlos Roberto Mota
11 Almeida do COSEMS; Policarpo Araújo, SMS de Maranguape; Rogério Teixeira da SMS de
12 Umirim; Arnaldo R. Costa Lima, SMS de Sobral e Maria Nizete Tavares, SMS de Crato. Como
13 convidados: Alcides Muniz Gomes de Matos, SMS de Juazeiro do Norte; José Cleonardo
14 Figueiredo Lucena, SMS de Brejo Santo; Erisvaldo Cavalcante, de Maracanaú; Fco. Ednaldo
15 Lopes, do Hospital de Cascavel; Rita de Cássia Leitão da 3ª CERES(Maracanaú); Selene Bandeira
16 8ª CERES (Quixadá); Regina Maria Carvalho do NUVIS/SESA e Eveline Turatti da UNIFOR A
17 Assembléia foi presidida por **Diana Carmem** que chamou atenção para a importância do
18 cumprimento do horário do evento, não só em atenção às normas que regem o funcionamento do
19 Colegiado mas também em respeito ao esforço dos que sempre chegam na hora marcada. Começou
20 os trabalhos pelos informes, sendo o **1º Informe: Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005** que acresce
21 à Lei 8.080 de 19 de set./1999, o Capítulo VII que garante às parturientes o direito a um
22 acompanhante durante o trabalho de parto, parto, e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, tanto nos
23 serviços da rede própria como nos da rede conveniada, com vigência a partir da data da publicação.
24 O **2º Informe: Lei nº 11.104 de 21 de março de 2005**- Dispõe sobre a obrigatoriedade de
25 instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde de atendimento pediátrico em regime de
26 internação. A Lei em seu artigo primeiro determina que os hospitais que oferecem atendimento
27 pediátrico são obrigados a manter brinquedotecas em suas dependências, as quais consistem de um
28 espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinados a estimular as crianças e seus
29 acompanhantes a brincar. Essa Lei entra em vigor, em 180 dias após a data de sua publicação,
30 portanto em setembro de 2005. **3º Informe: Portaria SAS/MS/Nº 196 de 11/04/2005** – Prorroga
31 por 90 dias, a contar de 07/04/2005, o prazo para solicitação ao MS de novo credenciamento ou
32 habilitação dos serviços que compõem as Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. O
33 parágrafo único do art.1º da referida Portaria preconiza que, após esse prazo os estabelecimentos de
34 saúde que não tenham se adaptado às normas e/ou não tenham solicitado o credenciamento junto à
35 SESA e cujos processos não tenham sido encaminhados ao MS serão excluídos dos SUS. **4º**
36 **Informe: Portaria GM/MS/Nº 283 de 31/03/2005** – Institui a Política Nacional de Procedimentos
37 Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade e cessa os efeitos das Portarias GM nº1.372 de
38 01/07/2004 e SAS nº 501 de 17/09/2004. Segundo a Dra. Lilian a referida Portaria GM/Nº
39 283/2005 também será revogada por uma outra que o Ministério da Saúde irá publicar em breve.
40 Mas enquanto isso não ocorrer, os Projetos para ampliação de procedimentos cirúrgicos eletivos de
41 média complexidade serão baseados na norma ainda em vigor. **5ºInforme: Análise em Saúde**
42 **informa novas datas para avaliação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2004 e**
43 **Pactuação/2005** Trata-se de Mensagem enviada por e-mail para todas as CERES, sobre as
44 orientações para a avaliação do Pacto da Atenção Básica, recomendando que as Células Regionais
45 não trabalhassem com o prazo máximo de 29 de abril para avaliação e 31 de maio para Pactuação,
46 mas deixasse para homologar depois da avaliação dos primeiros meses do ano de 2005 e com o
47 banco de 2004 quase fechado. Terminados os informes, Dra. Diana entrou nos assuntos da pauta
48 iniciando pelo **Item 1- Apresentação do Projeto de Rastreamento e Prevenção do Câncer de**
49 **Boca, nas CERES do Estado do Ceará.** Passou a palavra para a Profa. Eveline, da Universidade
50 de Fortaleza que veio apresentar, juntamente com a Dra. Lea Coordenadora de Saúde Bucal do
51 Ceará, o Projeto de Rastreamento e Prevenção do Câncer de Boca. Eveline falou sobre a
52 preocupação da área da Odontologia do Ceará com a incidência do Câncer de Boca, que a despeito
53 de ser facilmente identificado, apresenta elevado número de óbitos, devido principalmente ao

54 diagnóstico tardio. Disse que o Programa tem como objetivo a formação de uma aliança entre as
55 instituições parceiras para a realização do levantamento de casos suspeitos, biópsias, estudo
56 epidemiológico e clínico patológico do câncer bucal e destacou a necessidade do apoio da SESA
57 nesse Projeto, considerando a perspectiva do mesmo integrar as políticas públicas do setor. Disse
58 que além da ABO e dos demais Órgãos de Classe da área de Odontologia, fazem parte dessa
59 parceria, o Hospital Batista Memorial, a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, a Universidade
60 de Fortaleza, a Univesidade Federal do Ceará, a Secretaria de Saúde do Estado e as Secretarias
61 Municipais de Saúde, Disse que a operacionalização do Projeto se dará em três etapas sendo na
62 primeira, mediante a assessoia do NUNAS-Saúde Bucal, realizada a pré-triagem para a seleção da
63 clientela com lesões suspeitas, pelas equipes que atuam na Rede Básica de Saúde. Na 2ª, serão
64 realizados os cursos de capacitação para dentistas enfermeiros e médicos dos municípios,
65 ministrados pelos membros da equipe executora do projeto, os exames clínicos após pré-triagem, as
66 biópsias, campanhas de prevenção, avaliação e análise do processo e encaminhamento dos casos.
67 Na terceira, a realização de exames anatomo-patológicos sob a responsabilidade da UNIFOR e
68 UFC, os tratamentos odontológicos pré-cirúrgicos, pré-radioterápicos e pré-quimioterápicos, sob
69 responsabilidade dos municípios, CERES, CEO-Centro, UNIFOR e UFC; tratamento cirúrgico, sob
70 responsabilidade do HGF, Santa Casa e UFC e o acompanhamento dos casos pelo CEO-Centro,
71 UNIFOR e UFC. Finalizou, mostrando, através de slides, casos diagnosticados da doença, alguns já
72 bastante adiantados, sem possibilidade de cura, devido à procura tardia ao serviço de saúde. Aberto
73 o espaço para o debate, Dra. Lea reforçou a importância da participação da SESA no programa,
74 pelo fato da doença constituir um problema de saúde pública, e cujo estudo epidemiológico
75 fornecerá as bases para o fortalecimento das políticas de saúde bucal. Lilian destacou a importância
76 do programa mas levantou a questão dos custos e das responsabilidades financeiras para a
77 realização das ações, que no caso dos municípios seriam custeadas com recursos da média
78 complexidade. Lea respondeu que muitas lesões se diagnosticadas precocemente podem ser tratadas
79 até com ações educativas e que só os casos suspeitos devem ser encaminhados para os CEO's que
80 assumiram o compromisso de fazer o diagnóstico e a prevenção do Câncer de Boca. Diana fez um
81 breve comentário sobre as responsabilidades da SESA e dos municípios elencadas nesse projeto e
82 pediu para a plenária se pronunciar. Houveram algumas manifestações favoráveis ao
83 estabelecimento de uma política que aloque mais recursos para a Saúde Bucal e não apenas o
84 repasse de mais responsabilidades aos municípios, sem o respaldo financeiro correspondente.
85 Preocupados com as responsabilidades do custeio das atividades do Programa, mas considerando a
86 importância do mesmo para a saúde da população, os membros da CIB aprovaram o Projeto para o
87 Diagnóstico e Tratamento do Câncer Bucal no Estado do Ceará, conforme foi apresentado. **Item 2**
88 **- Apresentação e discussão do Pacto de Gestão entre Municípios e Estado das Ações de Média**
89 **e Alta Complexidade em VISA.** Diana falou sobre o papel da Vigilância Sanitária no contexto das
90 ações de saúde do SUS, e defendeu a necessidade da organização do Serviço de Vigilância Sanitária
91 em nível municipal através da descentralização das ações de Média Complexidade. Afirmou que o
92 incentivo financeiro é pouco mas como a Vigilância é uma atividade inerente às necessidades da
93 população, a estrutura municipal já deve contar com pessoal e outros recursos para o funcionamento
94 dessas ações. Disse que os municípios já recebem R\$ 0,25 (vinte e cinco centavos) dentro do pacto
95 da atenção Básica, e os que aderirem às ações de média e alta complexidade em VISA receberão
96 também o valor per capita de R\$ 0,20 (vinte centavos) ao ano, dos quais dez centavos são oriundos
97 do Tesouro do Estado e os outros dez do orçamento da ANVISA, cuja transferência será feita
98 Fundo a Fundo, após a comunicação da SESA ao MS da pactuação do município para a
99 descentralização em questão. Disse que o incentivo tem vigência de um ano, a partir da data da
100 pactuação e portanto não retroage aos meses anteriores à efetivação do Pacto. Afirmou que os
101 critérios de adesão são os mesmos do ano anterior e que até aquela data, só haviam se candidatado a
102 esse processo 11 municípios. Disse também que a pactuação em pauta, envolve a gestão do Serviço
103 de Vigilância Sanitária como um todo, e objetiva controlar os riscos sanitários de todos os
104 estabelecimentos classificados como de Média Complexidade. Aberto o espaço para o debate, Dra.
105 Lilian informou que quando ocorreu a mudança da forma de financiamento, o assunto fora colocado
106 na CIB pela COVAC, com informações sobre as ações que deveriam ser desenvolvidas, o

107 quantitativo de estabelecimentos e a meta que o município deveria desenvolver. E disse que para
108 que o mesmo pudesse ser habilitado teria que encaminhar a SESA ofício do gestor manifestando o
109 interesse em realizar as referidas ações, mas que em 2004 nenhum município teria encaminhado
110 pedido de adesão. Diana respondeu questionamento da Secretária de Saúde do Crato, esclarecendo
111 que essa pactuação não é um procedimento novo, que ações de Vigilância Sanitária são
112 desenvolvidas nos municípios mas que é preciso aperfeiçoar o sistema e se criar uma nova
113 mentalidade sobre Vigilância Sanitária que ainda é vista por muitos gestores municipais como ação
114 de polícia. Elencou uma série de dificuldades dos município para a execução das ações entre as
115 quais, destaca a ingerência política e a falta de conhecimento da área administrativa para identificar
116 os recursos e a sua correta aplicação e que não se pode alegar falta de capacitação uma vez que há
117 três anos a SESA vem realizando cursos básicos e cursos para especialistas em Vigilância Sanitária.
118 Porém acha que é preciso inferir se os conhecimentos estão sendo colocados em prática ou se eles
119 estão caindo no vazio. Em seguida esclareceu que o processo de pactuação se inicia com o ofício do
120 gestor expressando o desejo de continuar ou começar a assumir oficialmente a gestão das ações de
121 VISA, seguido da avaliação da área técnica da SESA, da apreciação pela CIB e finalmente a
122 comunicação à ANVISA a quem cabe homologar a habilitação e proceder o repasse dos recursos.
123 Dr. Policarpo se colocou favorável à pactuação em pauta mas ressaltou a insignificância do
124 incentivo em relação à importância da Vigilância Sanitária que, segundo o mesmo, vai de encontro
125 à política praticada pelo atual governo que, afirma, tem como objetivo tirar a capacidade reguladora
126 e fiscalizadora do Estado. Lilian sugeriu que a Diana relacionasse as ações que os municípios terão
127 que executar e outras informações sobre os critérios e requisitos exigidos para a habilitação. Diana
128 falou que essas informações e outras, constantes da legislação pertinente ao Pacto, serão
129 encaminhadas às CERES que as disponibilizarão para os municípios da respectiva Microrregião de
130 Saúde. Sem mais questionamentos, a CIB aprovou o processo de pactuação da descentralização das
131 ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária do Estado do Ceará. **Item 3 -**
132 **Aprovação do Projeto de Cirurgias Eletivas do Município de Iguatu.** Segundo a Dra. Regina
133 Célia do Núcleo de Auditoria da COVAC/SESA, o Projeto em pauta está de acordo com a Portaria
134 Nº 486/GM de de 31 de março de 2005, que institui a Política Nacional de Procedimentos
135 Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, mas afirmou que essa Portaria será substituída por
136 outra que o Ministério da Saúde virá a publicar em breve. Disse que caso isso ocorra antes do
137 Projeto de Iguatu ser enviado, a COVAC providenciará, junto ao município, para que sejam feitas
138 as adequações referentes às exigências da nova Portaria. **Item 4 - Certificação do Município de**
139 **Limoeiro do Norte para as ações de Vigilância em Saúde** Dra. Diana expôs à plenária da
140 CIB/CE, e esta acatou o Parecer Técnico do Núcleo de Epidemiologia e da Comissão de
141 Descentralização, favorável à Certificação do Município de **Limoeiro do Norte** para as Ações de
142 Vigilância em Saúde. **Item 5 - Solicitação de Fortaleza para a implantação de um Centro de**
143 **Especialidades Odontológicas tipo II, no Centro de Saúde da Floresta , e do município de**
144 **Cruz para um CEO tipo I.** Dra. Diana apresentou os pedidos dos municípios de **Fortaleza** e
145 **Cruz**, ambos formalizados em processos devidamente instruídos com pareceres favoráveis das
146 CERES e do NUNAS/Saúde Bucal, estando os mesmos de acordo com a Portaria Nº 283/GM/MS
147 de 22 fevereiro de 2005, que antecipa o incentivo financeiro para Centros de Especialidades
148 Odontológicas em fase de estruturação/implantação. Diante do exposto a CIB/CE aprovou a
149 implantação de um **CEO tipo II** no Centro de Saúde da Floresta, do município de **Fortaleza** e um
150 **CEO tipo I** no município de **Cruz**. **Item 6 - TRS – Solicitação de Pagamento Administrativo de**
151 **débito com o CENEC.** O assunto foi colocado pela Dra. Lilian que ao analisar a produção das
152 diálises feitas pelo CENEC, concluiu que o excedente de procedimentos realizados nos meses de
153 dezembro de 2004 e janeiro de 2005, foi autorizado pelo gestor municipal, que não tem como pagar
154 ao prestador. Assim, sugere que seja autorizado a SESA proceder o pagamento administrativo ao
155 CENEC no valor de R\$ 52.139,38 (cinquenta e dois mil, cento e trinta e nove reais e trinta e oito
156 centavos), quando houver recursos disponíveis na conta da gestão estadual. A plenária da **CIB**
157 acatou a sugestão e autorizou a emissão da Resolução do pagamento administrativo, nos termos
158 propostos pela Coordenadora da COVAC, Dra. Lilian. **Item 7 - Qualificação de Equipes no**
159 **âmbito do PSF e Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde.** De posse dos processos dos

160 municípios, com pareceres favoráveis das CERES, da CODAS/ Atenção Primária e do NUNAS/
161 Saúde Bucal, Diana apresentou os pleitos para qualificação de **Trinta e oito** (38) Equipes de Saúde
162 da Família, **Quarenta e sete** (47) Equipes de Saúde Bucal, Acréscimo de **Cento e trinta** (130)
163 Agentes Comunitários de Saúde e Mudança de Modalidade de uma Equipe de Saúde Bucal,
164 conforme segue: **Equipes de Saúde da Família:** **Uma** (01) para cada um dos municípios de
165 Barreira, Capistrano, Frecheirinha, Iracema, Jaguaribe, Pacoti, Quiterianópolis e São João do
166 Jaguaribe; **Dois** (02) para cada um dos municípios de, Alto Santo, Russas e São Gonçalo do
167 Amarante; **Três** (03) para o município de Hidrolândia; **Quatro** (04) para Irauçuba; **Cinco** (05) para
168 Acaraú e **Doze** (12) para o município de Itapipoca. **Equipes de Saúde Bucal:** **Uma** (01) para cada
169 um dos municípios de, Abaiara, Acaraú, Altaneira, Alto Santo, Catarina, Catunda, Coreaú,
170 Groaíras, Ipueiras, Jardim, Nova Russas, Novo Oriente, Pacoti, Pentecoste, Pires Ferreira,
171 Quiterianópolis e Quixeré; **Dois** (02) para cada um dos municípios de, Beberibe, Capistrano,
172 Carnaubal, Tianguá e Ubajara; **Três** (03) para o município de Irauçuba; **Quatro** (04) para cada um
173 dos municípios de, Ibiapina, Limoeiro do Norte e Viçosa do Ceará e **Cinco** (05) para Maranguape;
174 **Acréscimos de Agentes de Saúde:** **Dois** (02) para o município de Iracema, **Três** (03) para
175 Jaguaribe, **Quatro** (04) para cada um dos municípios de Pacujá e Poranga, **Nove** (09) para cada um
176 dos municípios de Amontada e São João do Jaguaribe, **Doze** (12) para cada um dos municípios de
177 Jaguaruna e Viçosa do Ceará, **Vinte e um** (21) para Acaraú; **Vinte e Quatro** para Itarema e **Trinta**
178 (30) para o município de Russas. **Mudança de Modalidade I para Modalidade II:** de Uma
179 Equipe de Saúde Bucal do Município de Crateús. A CIB aprovou os pleitos acima discriminados.
180 **Item 8 – Credenciamento de leitos de UTI tipo II para o Hospital São Raimundo.** Dra. Lilian
181 explicou que um dos requisitos para a Unidade integrar a Rede Estadual de Alta Complexidade
182 Cardiovascular, é ter leitos de UTI tipo II credenciados ao SUS. Afirmou que o processo de
183 credenciamento do Hospital São Raimundo já havia sido encaminhado ao Ministério com todas as
184 exigências cumpridas, à exceção da Resolução da CIB/CE autorizando o credenciamento de 06
185 leitos de UTI tipo II para adultos, naquele hospital. A CIB autorizou a emissão da Resolução
186 aprovando o referido credenciamento. **Item 9 - Solicitação do Servidor da FUNASA, para sua**
187 **exclusão da Portaria de Cessão de Servidores da referida Fundação à SESA.** Mediante o
188 processo N° 050294903 o Servidor **Irivelton Henriques dos Santos**, médico, pertencente ao
189 quadro da FUNASA, solicita que torne sem efeito a sua cessão ao Estado, com vistas à sua remoção
190 para a Coordenação Regional da Paraíba. **Diana** leu os autos em que consta o parecer favorável do
191 Diretor do HGF, onde o citado servidor presta serviço, como também a concordância do Secretário
192 de Saúde do Estado e do Conselho Estadual de Saúde, tudo isso, em cumprimento às normas
193 federais que regem a cessão de servidores do Sistema Único de Saúde. A plenária da CIB acatou o
194 pedido em questão e autorizou a devolução do servidor **Irivelton Henriques dos Santos** à
195 Fundação Nacional de Saúde a quem cabe proceder a transferência pleiteada. E como não havia
196 mais nada a tratar a Comissão Intergestores Bipartite encerrou a reunião e eu Célia Fonseca lavrei a
197 Ata que vai assinada pelos membros da CIB presentes. Fortaleza, vinte e nove de abril de dois mil e
198 cinco.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005**
3
4

5 Aos dezanove dias do mês de maio do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos, na
6 sala de reuniões do CESAU, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante
7 Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 7ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão
8 Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará. Comparecerem representando a SESA os membros
9 titulares: Ismenia Maria Ramos, do NUPLA, Isabel Cristina Cavalcante Carlos, da CORES e
10 Francisco Holanda, da CODAS; e os suplentes: Antônio Paula de Menezes do NUPLA, Carmem
11 Lúcia Osterno, do NUORG e José Galba Gomes, do GABSEC. Pela representação dos municípios
12 compareceram os membros titulares: Mário Lúcio Ramalho Martildes, presidente do COSEMS;
13 Arnaldo R. Costa Lima, SMS de Sobral, Rogério Teixeira, SMS de Umirim, e José Policarpo A.
14 Barbosa, SMS de Maranguape e os membros suplentes: Maria Nizete Tavares Alves da SMS de
15 Crato e Rodrigo Carvalho Nogueira da SMS de Dep. Irapuan Pinheiro. Como convidados: Alcides
16 Gomes de Matos, SMS de Juazeiro do Norte; Ana Hérica Rangel, SMA de Jardim; Angelo Leite
17 SMS de Marco; João Marques Soares, de Granjeiro e Fco Evandro T. Lima, SMS de Aquiraz; Zita
18 Rocha da CERES de Maracanaú; Karine Pessoa do CAPS de Maracanaú, Fco. Ednaldo Lopes, de
19 Cascavel, Jener Castelo Branco da Auditoria de Aquiraz, José Wilson de Assis, de Horizonte e o
20 Diretor do Hospital Maternidade Santo Antônio de Barbalha. A assembléia foi presidida pelo **Dr.**
21 **Mário Lúcio** que começou os trabalhos esclarecendo que iria conduzir os trabalhos a pedido da
22 Dra. Vera Coelho que não pode comparecer por estar participando de reunião em Brasília. Em
23 seguida falou sobre as dificuldades dos municípios com o não repasse de medicamentos pelo
24 NUASF e comunicou aos gestores municipais que o COSEMS, em diligências junto ao Secretário
25 de Saúde do Estado, teria conseguido que fosse instituída uma Força Tarefa na SESA para o
26 atendimento imediato aos municípios que haviam pago a primeira parcela da contrapartida dos
27 medicamentos do PPI da Assistência Farmacêutica de 2005, e que os que pagassem até aquela data
28 receberiam os medicamentos no período de 1º a 15 de junho/2005. Iniciou os assuntos pela ordem
29 em que se encontravam na pauta. **Item 1 - Discussão sobre a Elaboração da PPI da Assistência**
30 **- 2005.** Dr. Mário Lúcio esclareceu que esse tema deveria ser apresentado pela Dra. Vera mas
31 considerando que a mesma não estava presente e como a discussão sobre o Pacto de Gestão seria
32 levada ao XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde e que o referido Pacto
33 estaria agendado para discussão em Tripartite, afirmou que não seria oportuno deliberar sobre a PPI
34 da Assistência uma vez que o Pacto de Gestão traz em seu bojo, proposições que se contrapõe ao
35 modelo atual dessa PPI. Assim, propôs a criação de uma Comissão Técnica formada por quatro (4)
36 Secretários Municipais de Saúde, para juntos à COPOS estudarem e formularem propostas para a
37 elaboração da PPI em questão. Pediu que os membros presentes se manifestassem a respeito da
38 proposta e da disposição dos mesmos para integrarem a referida Comissão. A plenária da **CIB**
39 concordou com a instituição da Comissão Técnica e aprovou a indicação dos seguintes Secretários
40 Municipais: Luiz Odorico Monteiro de Andrade, de Fortaleza; Arnaldo Ribeiro Costa Lima, de
41 Sobral; Rodrigo Carvalho Nogueira, do município Dep. Irapuan Pinheiro e José Policarpo Araújo
42 Barbosa, de Maranguape. **Item 2 - Apresentação e Apreciação de Pareceres para os Núcleos**
43 **Epidemiológicos Hospitalares** Dra. Dina citou a Portaria GM/MS Nº 2.259 de 23 de novembro
44 de 2004, que institui o Sistema de Epidemiologia Hospitalar por meio dos Núcleos Hospitalares de
45 Epidemiologia, e a Instrução Normativa nº 01/SVSde 17 de janeiro de 2005, que estabelece as
46 normas para a implantação do Sistema de Epidemiologia Hospitalar. Lembrou que a CIB já havia
47 aprovado a classificação dos hospitais do Ceará como Unidades de Referência Epidemiológicas no
48 âmbito hospitalar, em reunião anterior e passou para o Dr. Mário Lúcio os pareceres técnicos do
49 NUEPI favoráveis à habilitação dos hospitais, considerando que os mesmos que já teriam cumprido
50 todos os requisitos exigidos pelo MS para funcionarem como Núcleos Hospitalares de
51 Epidemiologia no Ceará, conforme segue: **Núcleos de Nível I:** Hospital Geral Dr. César Cals, em
52 Fortaleza, com 250 leitos – Estadual; Hospital Universitário Walter Cantídio, em Fortaleza, com 228 leitos –
53 Federal; Santa Casa de Misericórdia, em Sobral, com 306 leitos – Privado/Filantrópico; Hospital
54 Maternidade São Vicente de Paulo, em Barbalha, com 239 leitos – Privado/Filantrópico. **Núcleos de Nível**
55 **II:** Hospital Infantil Albert Sabin, em Fortaleza, com 352 leitos – Estadual; Instituto Dr. José Frota, em

56 Fortaleza, com 391 leitos – Municipal. **Núcleos de Nível III:** Hospital Geral de Fortaleza, em Fortaleza,
57 com 343 leitos – Estadual; Hospital São José, em Fortaleza, com 140 leitos – Estadual.
58 A CIB/CE aprovou a classificação dos hospitais acima como Unidades de Referência do Sistema
59 de Epidemiologia Hospitalar conforme pareceres no Núcleo de Epidemiologia da SESA. **Item 3 -**
60 **Apresentação da PPI da Vigilância Epidemiológica.** Dra. Dina distribuiu com os presentes,
61 cópia da PPI da Vigilância Epidemiológica em que constavam as ações, os parâmetros e as metas
62 definidas pelo Ministério e as propostas do Estado. Informou que das 28 metas avaliadas pelo MS,
63 apenas 14 teriam sido alcançadas e chamou atenção para a necessidade de uma discussão na CIB,
64 sobre os resultados das áreas de imunização e da tuberculose. A plenária levantou uma série de
65 indagações sobre a elaboração da PPI, sobre as metas propostas para ações a serem realizadas pelos
66 municípios em comparação com os resultados do ano anterior, enquanto Dra. Dina informava que
67 não dispunha, no momento, dos dados da avaliação do ano anterior, mas poderia fornecê-los
68 posteriormente. Ao citar algumas metas propostas pelo Estado e que o MS não acatara, a plenária
69 questionou a razão do assunto estar sendo submetido à CIB. Dr. Mário Lúcio explicou aos
70 Secretários que a PPI em apreço seria uma pactuação global do Estado do Ceará com o MS e que
71 os municípios não responderiam individualmente pelo cumprimento das metas, mas deveriam
72 cumpri-las coletivamente. E acrescentou que se essa pactuação tivesse uma referência aproximada
73 do que foi produzido no ano anterior, não haverá nenhum impedimento para que a CIB a
74 homologasse. Entretanto os gestores presentes levantaram outras questões que Dra. Dina não pode
75 responder, e como os técnicos da SESA das áreas em discussão não estavam presentes, o Dr. Mário
76 Lúcio, dirigente da Assembléia, resolveu suspender a apresentação da PPI da Epidemiologia/2005 e
77 sugeriu que o assunto fosse reapresentado na próxima reunião da CIB, de forma mais consistente, e
78 com a presença dos técnicos da Epidemiologia ligados às áreas da Programação em apreço. A
79 proposta foi acatada pelos demais membros representantes dos municípios presentes. **Dra. Dina**
80 sugeriu que os Secretários analisassem o material da PPI a eles entregue e que fizessem uma
81 reflexão sobre as metas a serem homologadas na próxima reunião. **Item 4 - Apresentação da**
82 **Proposta de Pactuação dos exames de HIV** (Liana - Coord. LACEN). Dra. Liana, Diretora do
83 LACEN afirmou que a pactuação dos exames de HIV havia sido firmada pela CIB em 2004, porém
84 apenas 130 municípios teriam aderido ao Pacto e por isso a SESA estava trazendo para o
85 conhecimento do Colegiado os resultados dessa pactuação na Rede de Laboratórios do Estado do
86 Ceará. Lembrou que conforme a Portaria GM/MS Nº 2.458/2003 o financiamento dos exames de
87 HIV se daria pelo teto financeiro da Assistência de cada município e pelo FAEC. Informou que a
88 meta prevista para o Estado era de 143.000 exames/ano, mas com a pactuação de 130 municípios a
89 meta ficara reduzida em 132.100 exames, dos quais apenas 73.727 teriam registrados,
90 correspondendo a 55,8% da meta pactuada. Atribui essa baixa cobertura às disfunções nas
91 referências e principalmente à falta de programação dos exames na PPI dos municípios. **Dr. Mário**
92 **Lúcio** acha que para equacionar esse problema é necessário que se faça um levantamento da
93 situação do Estado, mostrando para onde cada município teria encaminhado referências para
94 exames de HIV e pediu a ajuda do LACEN na elaboração do documento para os municípios,
95 incluindo os que não aderiram à pactuação. Para o Secretário de Cruz os gestores municipais
96 precisam ser orientados pela CERES para elaborarem essa programação. **Dra. Liana** afirma que a
97 grande dificuldade dos gestores é a de que não há recurso novo para a programação desses exames
98 e que somente após o cumprimento da meta é que os municípios fazem juz ao valor correspondente
99 a 40% do total da meta, financiados pelo FAEC. Alguns gestores demonstraram não estar
100 entendendo os mecanismos de financiamento dos exames e pediram mais esclarecimentos à Dra.
101 Liana. Nesse ponto Dr. Mário Lúcio sugeriu que a COVAC apresentasse em outra reunião todos os
102 esclarecimentos sobre a operacionalização do recursos utilizados no financiamento dos exames de
103 HIV. **Dra. Telma**, técnica do NUNAS, ressaltou a necessidade da adesão dos outros municípios à
104 pactuação em questão, alegando a baixa cobertura dos exames de HIV nas gestantes (apenas 10%
105 em 2004). Dra. Isabel, da CORES, questionou a não referência, durante a explanação, da
106 participação das CERES no processo de pactuação dos exames de HIV. Telma esclareceu que na
107 época da pactuação, em 2004, as CERES foram convidadas a colaborar com os municípios no
108 processo de adesão e acrescentou que é importante que as Células Regionais de Saúde continuem a
109 participar desse trabalho. Sem mais comentários Dr. Mário Lúcio agradeceu as participações das

110 técnicas, Liana e Telma e anunciou o próximo assunto. **Item 5 – Descentralização dos Recursos**
111 **da Campanha de Vacinação Contra Pólio.** Dr. Mário Lúcio pediu para incluir a apreciação deste
112 assunto na pauta em curso, para deliberação da CIB, tendo em vista tratar-se a urgência na decisão
113 da distribuição dos valores dos recursos da Campanha de Vacinação Anti-Polio a ser realizada a
114 partir do início do mês de junho e considerando que a informação do MS com os valores do Ceará
115 só chegara na SESA no dia 09 de maio não havendo portanto tempo hábil para esperar pela próxima
116 reunião que estaria prevista para o dia 10 de junho/2005. Passou a palavra para a Dra. Nilce, técnica
117 da área de Imunização que esclareceu que para essa Campanha haveria um critério novo, proposto
118 com o objetivo de corrigir distorção com a distribuição apenas pelo critério do valor percapita,
119 como ficara evidenciada em outras Campanhas. Em seguida apresentou a proposta elaborada com
120 a participação da Coordenadora da COPOS, Vera Coelho, para a distribuição dos recursos federais
121 destinados ao Ceará, a partir dos seguintes critérios: **a)** Cada município receberia o teto mínimo de
122 **R\$ 800,00** (oitocentos reais) acrescido do valor per capita de R\$ 0,46 (quarenta e seis centavos)
123 correspondentes a 69,8 % do total dos recursos federais. **b)** Os 30,2% dos recursos restantes seriam
124 destinados ao Nível Central da SESA para o custeio da Campanha. De acordo com os critérios
125 acima, o valor de R\$ 788.148,00 (setecentos e oitenta e oito mil, cento e quarenta e oito reais) dos
126 recursos federais destinados ao Ceará seria distribuído mediante os seguintes mecanismos de
127 repasse: **A) R\$ 477.725,88** (quatrocentos e setenta e sete mil, setecentos e vinte e cinco reais e
128 oitenta e oito centavos) ao Fundo Municipal de Saúde dos **142 municípios certificados** para as
129 Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD; **B) R\$ 72.305,32** (setenta e dois mil,
130 trezentos e cinco reais e trinta e dois centavos) ao Fundo Estadual de Saúde para atender os **42**
131 **municípios não certificados** na PPI-ECD; **C) R\$ 238.116,80** (duzentos e trinta e oito mil cento e
132 dezesseis reais e oitenta centavos) ao Fundo Estadual de Saúde para aquisição dos insumos
133 necessários à operacionalização da Campanha em todo o Estado. A CIB aprovou a proposta de
134 descentralização dos recursos da Campanha de Vacinação Anti-pólio do Ceará apresentada pela
135 supervisora da área de imunização da SESA. **Item 6- Apreciação dos pedidos de implantação de**
136 **um Centro de Especialidades Odontológicas tipo II, no Centro de Saúde Dr. Miranda Tavares**
137 **de Brejo Santo e um Laboratório Regional de Próteses Dentárias em Maranguape.** Dr. Mário
138 Lúcio passou a palavra à odontóloga, Fátima, técnica da área da Saúde bucal para esclarecer os
139 presentes sobre a situação dos pleitos dos municípios de Brejo Santo e Maranguape. Fátima
140 informou que além do pedido de implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas tipo II
141 de Brejo Santo seria incluído na pauta o pedido do CEO tipo I de Horizonte. Afirmou que ambos os
142 projetos obtiveram parecer favorável estando, portanto aptos a receberem os recursos do incentivo
143 financeiro para a estruturação dos Centros de Especialidades Odontológicas pleiteados. Sobre o
144 Laboratório Regional de Próteses Dentárias de Maranguape, informou que o processo continha
145 algumas pendências a resolver e por isso o pleito deveria ser retirado de pauta. Dr. Mário Lúcio
146 concedeu a palavra ao Dr. Policarpo, Secretário de Saúde de Maranguape, que leu o parecer da
147 Coordenadora de Saúde Bucal da SESA e afirmou que as questões levantadas pela autora do
148 parecer não se justificava por não se enquadrarem na Portaria Ministerial nº 1.570/2004, e anexo,
149 que não exige a realização de Prótese Parcial Removível para os LRPD localizados em Centros de
150 Especialidades Odontológicas. Disse também que quanto ao questionamento sobre a exigência da
151 base populacional estar relacionada a uma MR de Saúde, afirmou que o município de Maranguape
152 está localizado numa região que não tem nenhum LRPD e que conforme a citada Portaria,
153 municípios com população abaixo de 500 mil habitantes podem implantar Laboratórios Regionais
154 de Próteses Dentárias. **Rodrigo SMS** de Dep. Irapuan Pinheiro, se colocou em defesa dos
155 argumentos do Dr. Policarpo e acrescentou que o Estado deveria conduzir uma discussão sobre a
156 utilização do teto de 242 próteses para os municípios que referenciam para Maranguape. **Mário**
157 **Lúcio** encerrou a discussão endossando as posições dos Secretários de Maranguape e do
158 município Deputado Irapuan Pinheiro, referindo-se à insustentabilidade do parecer da
159 Coordenadora de Saúde Bucal e colocou a decisão do caso à consideração da plenária iniciando
160 pela representação da SESA, de cujos presentes, apenas Dra. Isabel se manifestou, sendo favorável
161 à revisão do parecer da Coordenadora de Saúde Bucal. Por outro lado o Dr. Arnaldo propôs a
162 aprovação do pleito pelo bem da Assistência e, que fosse cobrado, burocraticamente, que o parecer
163 fosse feito. Inquirida sobre a posição da CERES de Maracanaú, **Zita** afirmou que o pleito passara

164 pela CIB/MR mas na ocasião não se fizera referência de que o Laboratório teria abrangência
165 Regional. Disse que faltava alguma documentação no processo, que teria sido dado um prazo para o
166 município resolver a pendência, o que não fora cumprido. Sem mais manifestações Dr. Mário Lúcio
167 colocou para a Plenária da CIB as duas proposições objetos do tema em apreciação: Primeiro, a
168 aprovação da implantação de um CEO tipo II em Brejo Santo e de um CEO tipo I em Horizonte;
169 Segundo, a aprovação do credenciamento do Laboratório Regional de Próteses Dentárias de
170 Maranguape e a consequente mudança do parecer da Coordenadora de Saúde Bucal da SESA. A
171 **CIB** aprovou as duas propostas acima sublinhadas. **Item 7 - Solicitação dos municípios de**
172 **Maranguape e Marco para mudança de modalidade de CAPS I em CAPS II** Tendo sido
173 informado pela secretaria da CIB de que o projeto do município de Maranguape referente à
174 mudança de modalidade do CAPS I para CAPS II, não havia sido encaminhado à CIB para
175 apreciação desse Colegiado, **Dr. Mário Lúcio** indagou a Orientadora da CERES de Maracanaú
176 sobre o projeto, tendo a mesma informado que haviam mais de quinze dias que ela teria entrado em
177 contato com a Coordenação Estadual de Saúde Mental com vistas à emissão do parecer, enquanto
178 encaminharia o processo à SESA. Porém o parecer não fora emitido e o processo não teria chegado
179 Secretaria da CIB. Ante o exposto o dirigente da Assembléia retirou o pleito de Maranguape
180 referente a mudança de modalidade do CAPS da pauta. Sobre o pedido de mudança de modalidade
181 do CAPS de Marco, Mário Lúcio informou que vira o parecer e que o considerara inconclusivo.
182 Leu o parecer da Coordenação de Saúde Mental da SESA, que consiste de uma análise feita pela
183 técnica Tereza Betânia sobre as condições do município em relação às exigências normativas dos
184 CAPS, colocando a situação populacional do município e informando sobre os pedidos de
185 implantação de CAPS em Cruz e Itarema mas não conclui o parecer quanto à favorabilidade de
186 aprovação ou não do pleito. **Carmem** do NUORG pediu a palavra e disse que o CAPS de Marco é
187 um serviço de caráter Regional que atende aos municípios de Marco, Cruz, Bela Cruz, Acaraú,
188 Jijoca, Morrinhos e Itarema adequando-se, portanto ao critério populacional exigido pela Portaria
189 336/2002. O Secretário de Saúde de Marco argumenta que se as pretensões de Cruz e Itarema forem
190 fatores impeditivos à aprovação da mudança de modalidade do CAPS de Marco esse serviço deverá
191 cortar os atendimentos que realiza para os municípios de Cruz e Itarema. Pedro, de Cruz informou
192 que o seu município não iria mais encaminhar o pedido de implantação de CAPS ao Ministério e
193 defendeu a evolução do CAPS de Marco, para o fortalecimento da Região. Diante da situação do
194 processo de Maranguape e do parecer do pleito de Marco, Dr. Mário Lúcio sugeriu que os dois
195 pedidos fossem retirados de pauta e colocados prioritariamente na próxima reunião da CIB, mas
196 deixou o registro da insatisfação da Plenária da CIB pela omissão da Coordenação de Saúde
197 Mental em fornecer pareceres que subsidiem o Colegiado em suas decisões nas demandas dos
198 municípios, e quanto à ausência dos técnicos principalmente em pactuação de assuntos polêmicos
199 que requerem informações do nível técnico da SESA. Reforçou a fala da Dra. Isabel sobre a
200 desarticulação da Saúde Mental em relação ao Sistema Estadual de Saúde, agravada pela constante
201 ausência dos técnicos da Secretaria Estadual nas discussões que envolvem a Saúde Mental.
202 Encerrou a discussão solicitando a anuência dos demais membros para a apreciação dos dois pleitos
203 na próxima Bipartite, já se colocando favorável à aprovação da mudança de modalidade dos CAPS
204 de Maranguape e de Marco por considerar justas as reivindicações em questão. Determinou que o
205 processo de Marco fosse devolvido à Saúde Mental para a conclusão do parecer. A plenária acatou
206 as decisões propostas pelo Presidente do COSEMS de que os pedidos de mudança de modalidade
207 dos CAPS de Maranguape e de Marco sejam incluídos prioritariamente na pauta da próxima
208 reunião da CIB. **Item 8 -TRS – Solicitação de Pagamento Administrativo dos municípios de**
209 **Quixadá e de Barbalha.** Passou a palavra à técnica do NUAUD/COVAC para que a mesma
210 esclarecesse à CIB sobre os pedidos dos municípios de Quixadá e Barbalha em pauta. **Dra. Regina**
211 expôs inicialmente a demanda de Quixadá em que a Secretária de Saúde daquele município
212 solicitava ao Estado o repasse no valor de R\$121.066,97 (cento e vinte e um mil, sessenta e seis
213 reais e noventa e sete centavos) referente a um débito acumulado no período de janeiro de 2003 a
214 março de 2004 com o prestador dos serviços de Terapia Renal Substitutiva, como também pleiteava
215 aumento do teto financeiro para poder arcar com os procedimentos de hemodiálise que vem
216 realizado além do limite fixado. **Dra. Regina** informou que de acordo com a análise feita pela
217 COVAC o município de Quixadá vinha programando os procedimentos de diálise pelo valor do teto

218 financeiro e não pela produção apresentada, tendo sido prejudicado na recomposição do novo teto
219 calculado pelo MS que o fez com base na média da produção aprovada dos meses de março e
220 abril/2005. Acrescentou que o município pleiteante não procedeu as alterações na Ficha de
221 Programação Orçamentária – FPO, necessárias à aceitação das APAC's de procedimentos de diálise
222 realizados, excedentes ao teto financeiro do prestador, e colocou para a Plenária o parecer da
223 Coordenadoria de Vigilância Controle e Avaliação da SESA, sugerindo à Secretaria da Saúde de
224 Quixadá o encaminhamento ao Ministério da Saúde das solicitações abaixo, com as devidas
225 justificativas: **a)** Aumento do teto financeiro suficiente à cobertura dos procedimentos que vem
226 realizando além da meta atual. **b)** O repasse do valor do déficit referente às APAC de diálises que
227 não passaram pela crítica do Sistema e somam a quantia de R\$ 121.066,97 (cento e vinte e um mil,
228 sessenta e seis reais e noventa e sete centavos), registradas no período de janeiro de 2003 a março
229 de 2005. **c)** As solicitações acima deverão ser encaminhadas ao Ministério da Saúde juntamente com
230 o Parecer da Coordenadoria de Controle e Avaliação de SESA. A **Plenária da CIB/CE**, acatou o
231 parecer da COVAC e determinou que as recomendações acima constantes das letras **a, b e c**
232 fossem oficiadas à Secretária de Saúde de Quixadá para o cumprimento das mesmas. Sobre a
233 solicitação do **Hospital Santo Antônio de Barbalha**, Dra. Regina esclareceu que se tratava de um
234 débito do município de Barbalha com o Hospital, mas que havia uma polêmica quanto aos valores
235 em questão. Disse que segundo a direção do hospital o débito do município seria de R\$ 69.259,11
236 (sessenta e nove mil duzentos e cinquenta e nove reais e onze centavos), dos quais R\$ 64.191,00
237 (sessenta e quatro mil, cento e noventa e um reais) se referia a procedimentos de TRS e R\$ 5.068,11
238 (cinco mil e sessenta e oito reais e onze centavos) a SADT. Por outro lado o município após análise
239 feita pelo Serviço de Controle e Avaliação assume o débito de R\$ 3.159,00 (três mil cento e
240 cinquenta e nove reais) de SADT e R\$ 10.919,64 (dez mil novecentos e dezenove reais e sessenta e
241 quatro centavos) referente a erro na cobrança de APAC's que soma um total de R\$ 14.078,64
242 (quatorze mil e setenta e oito reais e sessenta e quatro centavos) e solicita autorização para pagar
243 administrativamente esse valor. A COVAC colocou a seguinte proposição: **a)** que se encaminhe ao
244 MS a solicitação de pagamento do déficit de TRS de Barbalha; **b)** que seja autorizado ao gestor de
245 Barbalha pagar administrativamente o valor de R\$ 14.078,64 (quatorze mil e setenta e oito reais e
246 sessenta e quatro centavos) e **c)** que a diferença pleiteada pela direção do hospital seja objeto de um
247 estudo aprofundado até que se chegue a uma conclusão. Disse que o Secretário de Saúde de
248 Barbalha teria delegado ao Dr. Ricardo técnico da SMS de Barbalha a explanação do relatório e da
249 proposta da Secretaria e que estando o prestador presente se poderia chegar a um consenso. **Dr.**
250 **Mário Lúcio** interferiu afirmando que o prestador já expressara a intenção de aceitar a proposta da
251 SMS de Barbalha e assim concluiu-se a discussão do assunto com as seguintes proposições: 1ª - A
252 Secretaria de Saúde de Barbalha ficaria autorizada a pagar administrativamente ao Hospital Santo
253 Antônio a quantia de R\$ 14.078,64 (quatorze mil, setenta e oito reais e sessenta e quatro centavos);
254 2ª - Seria encaminhado ao MS a solicitação do pagamento do déficit com Terapia Renal
255 Substitutiva de Barbalha; 3ª - A diferença questionada pelo prestador seria objeto de estudo
256 aprofundado para posterior discussão na CIB. A proposta foi aceita pelas partes, Secretário de
257 Saúde de Barbalha e Diretor do Hospital e Maternidade Santo Antônio de Barbalha, e portanto,
258 acatada pela CIB. **Item 9 -Certificação de municípios quanto às Ações de Epidemiologia e**
259 **Controle de Doenças.** De posse dos pareceres favoráveis do Núcleo de Epidemiologia e da
260 Comissão de Descentralização, Dr. Mário Lúcio colocou para a Plenária os pedidos de certificação
261 dos municípios de **Carnaubal, Independência e Monsenhor Tabosa** para a realização das Ações
262 de Epidemiologia e Controle de Doenças. A CIB aprovou a Certificação para desenvolver ações de
263 Vigilância em Saúde dos acima referidos. **Item 10 - Qualificação de Equipes no Âmbito do PSF**
264 **e Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde.** Dr. Mário Lúcio apresentou os pleitos de
265 qualificação de Equipes de Saúde da Família e Acréscimos ao PACS conforme segue: Equipes de
266 Saúde da Família: Seis (6) para São Benedito; cinco (5) para Tianguá e sete (7) para Várzea
267 Alegre. Acréscimo de Três (3) ACS para o município de Tururu; dez (10) para Várzea Alegre;
268 dezessete (17) para Icó; vinte e seis (26) para Tianguá e trinta (30) para São Benedito, com
269 pagamento através de incentivo do Governo Federal. Considerando os pareceres favoráveis do
270 NUORG/CODAS a CIB aprovou as qualificações de Equipe de Saúde da Família e os Acréscimos
271 de Agentes Comunitários de Saúde propostos neste item. **INFORMES:1º) Proposta de realização**

272 **de um Fórum Estadual de Saúde Mental.** Zita falou das dificuldades enfrentadas com a
273 assistência à Saúde Mental nos municípios da Microrregião de Maracanaú e afirmou que em
274 virtude da Coordenação de Saúde Mental do Estado estar muito ausente dos problemas das
275 Regionais, a CIB/MR criara uma Câmara Técnica com o objetivo de propor estratégias e discutir
276 alternativas de ação para a redução dos problemas da Saúde Mental da Microrregião. Passou a
277 palavra para a técnica do CAPS de Maracanaú, Karine que detalhou a proposta de funcionamento
278 da Câmara Técnica em questão e citou como proposta para a melhoria da assistência na área da
279 saúde mental, a realização de fóruns de discussões entre os profissionais dos CAPS e os do
280 Programa Saúde da Família na MR, com vistas a somar esforços e idéias que possam ser
281 potencializadas em benefício do atendimento assim como a realização de fóruns municipais e
282 Estadual sobre a atenção a saúde mental. Diante do esvaziamento da plenária, Dr. Mário Lúcio, na
283 condição de Presidente do COSEMS convidou a CERES de Maracanaú com os municípios da
284 Microrregião, mesmo os que não tem CAPS, a participarem de um encontro sobre financiamento e
285 Assistência Farmacêutica para a Saúde Mental a ser realizado por aquele Conselho, com a presença
286 do Dr. Pedro Gabriel e disse que a partir desse encontro poderiam estar ampliando a proposta da
287 Microrregião de Maracanaú. **2º) Portaria GM/MS/Nº 619 de 25/04/2005** – Autoriza o gestor
288 municipal do Programa Saúde da Família a determinar que os profissionais médicos das Equipes de
289 Saúde da Família destinem até 8 horas da carga horária semanal de 40 horas, para a atuação nos
290 Hospitais de Pequeno Porte. Arnaldo pede que se registre em ata o esclarecimento de que a medida
291 a que se refere essa Portaria diz respeito apenas a municípios e hospitais de pequeno porte e que se
292 relaciona diretamente à atenção primária. **3º) Pagamento de procedimentos de Campanhas de**
293 **Cirurgias Eletivas do município de Fortaleza.** A Secretaria de Saúde de Fortaleza informa haver
294 realizado o repasse dos valores de pagamento da campanha de Cirurgias de Catarata e Retinopatia
295 Diabética, no valor de R\$ 504.408,50 referente ao mês de novembro de 2004, reclamado por
296 prestadores de serviço de oftalmologia da capital. **4º) - Proposta de Levantamento da Situação**
297 **dos Equipamentos adquiridos pelo REFORSUS.** Dr. Mário Lúcio incluiu esse tema por
298 considerar importante que medidas urgentes sejam adotadas no sentido de corrigir uma série de
299 distorções decorrentes da má utilização dos recursos públicos da saúde por parte de gestores
300 municipais que através do REFORSUS e de Emendas Parlamentares receberam equipamentos para
301 melhorar e implementar a assistência e estão com os equipamentos encaixotados, dos quais muitos
302 não tem mais condições de serem instalados. Pediu ao Dr. Holanda para expor sobre as situações
303 encontradas em muitos municípios e propôs que fosse providenciado um levantamento minucioso
304 da situação de cada município com relação ao uso dos bens adquiridos pelo MS, seja através do
305 REFORSUS ou de Emenda Parlamentar com vistas ao remanejamento dos mesmos para municípios
306 que possuem condições de utilizá-los na prestação da assistência à população. Nada mais havendo a
307 tratar o Presidente do COSEMS deu a reunião por encerrada e eu, Célia Fonseca lavrei a esta Ata
308 que vai assinada pelos membros presentes. Fortaleza, dezanove de maio de dois mil e cinco.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005**
3
4

5 Aos dez dias do mês de junho do ano dois mil e cinco, às quatorze horas, na sala de
6 reuniões do CESAU, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida
7 Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 8ª Reunião Ordinária de
8 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos
9 seguintes membros: Representando a SESA, os titulares, Jurandi Frutuoso Silva,
10 Secretário Estadual; Vera Coelho Coordenadora da COPOS; Lilian Amorim Beltrão,
11 Coordenadora da COVAC e Francisco Holanda Junior Coordenador da CODAS; e os
12 suplentes, José Galba Gomes, Sec. Executivo do GABSEC; Graça Barbosa,
13 Coordenadora da COPOS; Diana Carmem Oliveira, Coordenadora da COVAC; Carmem
14 Lúcia Osterno, Superv.do NUORG e Nágela Norões, Téc.da CORES. Pela representação
15 dos municípios compareceram os titulares: Mário Lúcio R.Martildes, Presidente do
16 COSEMS; Policarpo Araújo, SMS de Maranguape; Rogério Teixeira da SMS de Umirim e
17 Arnaldo R. Costa Lima, SMS de Sobral; e o suplente, Rodrigo Nogueira, SMS de Dep.
18 Irapuan Pinheiro. Como convidados compareceram: Clodis Tavares, Gerlânia Soares e
19 Tereza Betânia do NUNAS/Adulto e Idoso; Joaquim George Gonçalves do NUVIS; Hugo
20 Santos de Apuiarés; Ângela Maria, Valéria Freire, Iva Maria Melo, Dina Cortez e Luciano
21 Pamplona do NUEPI/SESA; Josete Tavares de Guaiuba, José Cleonardo de Brejo Santo
22 e Jorge Samuel Gouveia de Milagres. A assembléia foi presidida por Vera Coelho que
23 após constatar a existência de quorum abriu os trabalhos propondo que os itens 2 e 7
24 fossem apresentados em primeiro e segundo lugares, respectivamente, à pedido do Dr.
25 Holanda e da Dra. Lilian que iriam se ausentar mais cedo. Acatado o pedido, foi dada a
26 palavra ao Dr. Holanda para proceder a apresentação do **Item 1 – Adesão à Política**
27 **Nacional para Hospitais de Pequeno Porte dos Municípios de Abaiara, Aiuaba,**
28 **Apuiarés, Aratuba, Banabuiu, Barreira, Barro, Barroquinha, Capistrano, Caridade,**
29 **Caririaçu, Carnaubal, Catunda, Chaval, Choró, Chorozinho, Coreaú, Croatá, Dep.**
30 **Irapuan Pinheiro, Erere, Fortim, Frecheirinha, General Sampaio, Granjeiro, Groaíras,**
31 **Guaiúba, Guaramiranga, Hidrolândia, Ibaretama, Icapuí, Irauçuba, Itaíçaba, Itapiúna,**
32 **Jaguaretama, Madalena, Martinópole, Meruoca, Milhã, Moraújo, Morrinhos,**
33 **Mulungu, Nova Olinda, Ocara, Pacoti, Palhano, Palmácia, Paraipaba, Paramoti,**
34 **Penaforte, Pindoretama, Piquet Carneiro, Porteiras, Quixeré, Reriutaba, Salitre, São**
35 **Luiz do Curu, Solonópole, Tejuçuoca, Tururu, Umari, Umirim, Uruburetama, Uruoca**
36 **e Varjota.** Dr. Holanda passou a palavra à técnica da CODAS, Dra. Magda, que após se
37 apresentar, informou que os Planos de Trabalho dos 64 (sessenta e quatro) municípios
38 citados haviam obtido parecer favorável do MS, incluindo os dos municípios de **Abaiara,**
39 **Frecheirinha, Ibaretama, Irauçuba, Morrinhos, Reriutaba e Varjota,** que ainda não
40 haviam atendido o critério da cobertura de 70% do PSF, mas afirmou que estes foram
41 contemplados pela Portaria GM/MS/Nº 853, de 7 de junho de 2005, que homologou a
42 adesão do Ceará à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, considerando a
43 Portaria GM/MS Nº 852 de 7 de junho de 2005 que faculta a adesão de estabelecimentos
44 de saúde na referida Política, condicionando o recebimento dos recursos financeiros ao
45 cumprimento dos requisitos estabelecidos nas normas que tratam do assunto em apreço.
46 Em seguida, mostrou o Anexo da Portaria GM/MS/Nº853/2005, onde constam dentre
47 outras informações o impacto financeiro anual referente a cada hospital, a ser
48 compartilhado entre os governos federal e estadual, e que representa um incremento de
49 96% ao que os hospitais recebiam pelas AIH's produzidas. Disse ainda que o
50 desempenho dessas Unidades será acompanhado por um Conselho Gestor, nomeado
51 pelo Secretário Estadual, através de relatórios semestrais, cuja análise se fundamentará
52 no Contrato de Metas, constante do Termo de Compromisso assinado pelos gestores, e
53 que o controle será feito através dos sistemas SIA, SIH, SIAB e de um sistema específico
54 que ainda está sendo elaborado pelo MS. Falou ainda sobre o Plano de Ação dos

55 Hospitais de Pequeno Porte, em que estão previstas metas e indicadores que, se
56 alcançadas poderão trazer melhoria nas políticas prioritárias do SUS e mudar o perfil
57 dessas unidades de saúde. Dra. **Vera** esclareceu alguns pontos questionados pela
58 plenária, detendo-se mais nas informações constantes da Portaria Nº 853/2005, artigo 3º
59 e parágrafos, que define o processo de repasse dos recursos da responsabilidade do
60 Estado, e estabelece a suspensão da referida transferência, caso as obrigações
61 pactuadas não forem cumpridas. Dr. **Rodrigo** expressou sua preocupação com a
62 possibilidade da unidade não se comportar de acordo com o seu perfil e perguntou quem
63 pagaria o custo da demanda reprimida. Dra. **Vera** respondeu que o ônus ficaria com o
64 município que dispõe de melhor estrutura assistencial. Dra. **Lilian** acompanha Rodrigo
65 nessa preocupação e propõe que a SESA faça o monitoramento semestral do
66 desempenho dos hospitais, considerando o Contrato de Metas estabelecido entre o gestor
67 da saúde e o prestador dos serviços. Atendendo sugestão do Presidente do COSEMS a
68 Plenária concluiu que o referido acompanhamento ocorra trimestralmente para que haja
69 tempo para uma tomada de decisão, se for o caso. Ainda no campo das discussões,
70 alguns membros fizeram comentários positivos sobre a Política Nacional para os
71 Hospitais de Pequeno Porte, dentre os quais o Dr. Policarpo parabeniza os governos
72 federal e estadual pela implantação e adesão dessa Política enquanto Dr. **Jurandi**,
73 Secretário Estadual, considera que a Política para os HPP constitui o passo mais
74 importante para a mudança de filosofia de trabalho no Sistema Único de Saúde e
75 recomenda com veemência o uso correto dos recursos dessa Política, pelos municípios,
76 para tornar possível a mudança do perfil daqueles estabelecimentos. O Dr. **Mário Lúcio**
77 endossou a fala do Secretário Estadual e enfatizou a qualidade da parceria do Estado
78 com os municípios como um dos fatores preponderantes na construção de uma saúde
79 melhor para o povo cearense. Sem mais manifestações, Dra. Vera pôs o assunto à
80 deliberação da Plenária da CIB, que concluiu pela seguinte deliberação: **A)** Aprovar a
81 Adesão à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte dos 64 (sessenta e quatro)
82 municípios e respectivos hospitais constantes da Relação anexa a esta Ata. **B)**
83 Determinar que os municípios de Abaiara, Frecheirinha, Ibareta, Irauçuba, Morrinhos,
84 Reriutaba e Varjota, constantes da referida relação, concluam o processo de adequação
85 do critério de cobertura do Programa de Saúde da Família, em percentual igual ou
86 superior a 70%, para terem assegurados os repasses dos recursos financeiros, federal e
87 estadual, em conformidade com as Portarias **acima citadas**. **C)** A Secretaria Estadual de
88 Saúde deverá apresentar à CIB, numa periodicidade mínima de 3 (três) meses, o
89 Relatório de Desempenho das Metas das unidades de saúde que integram a Política para
90 Hospitais de Pequeno Porte. **Item 2 - Solicitação de pagamento de débito de produção**
91 **dos serviços de TRS de Caucaia, Competência/2005**. Dra. Lilian expôs o assunto
92 informando que o mesmo se originara de expediente do Centro de Nefrologia de
93 Caucaia/CENEC, enviado à COVAC, em que a direção daquele serviço solicitava a
94 intervenção da SESA junto à Secretaria de Saúde de Caucaia, com vistas ao pagamento
95 do débito no valor de R\$132.000,00 (cento e trinta e dois mil reais) referente à prestação
96 dos serviços de TRS no mês de novembro de 2004. Lilian informou que falara com o
97 Secretário da Saúde de Caucaia sobre a reclamação, e pedira explicação do caso, uma
98 vez que o Ministério da Saúde teria feito o crédito na conta do FMS de Caucaia dos
99 recursos da produção dos serviços de TRS da competência de novembro de 2004, em 07
100 de janeiro de 2005. Disse que o gestor informara que o município de Caucaia estava com
101 dificuldades para reconhecer a referida dívida, mas que tinha a intenção de efetivar o
102 pagamento. Mas como até o dia 25 de junho de 2005 o débito não havia sido liquidado,
103 informou que a COVAC encaminhara o Ofício Nº 093/05, ao Secretário de Saúde de
104 Caucaia, em que pedia esclarecimentos a essa autoridade e o alertava para as
105 responsabilidades assumidas pelo município pela habilitação na Gestão Plena do Sistema
106 Municipal, especificamente quanto ao pagamento dos prestadores, no prazo estipulado
107 na NOAS/2002. Disse que somente após reiterar essa solicitação, é que o município de
108 Caucaia, através do Ofício Nº 223 de 7 de junho de 2005, da Procuradoria Geral do

109 Município, se manifestara oficialmente, alegando que a gestão atual não poderia ter
110 efetuado o pagamento por não dispor dos documentos que comprovariam a prestação do
111 serviço; porque os documentos contábeis da Prefeitura teriam sido repassados pelo
112 administração anterior de forma precária, e pelo fato do crédito requerido pelo CENEC
113 não constar em Contas a Pagar, além de não existir na conta específica para esse fim o
114 saldo financeiro correspondente à prestação do Serviço de TRS em questão. Segundo a
115 Coordenadora da Controle e Avaliação da SESA, os argumentos expostos pela PGM não
116 constituem motivos convincentes à manutenção do débito em apreço. Em face disso,
117 submeteu o assunto à CIB propondo a esse Colegiado proceder de acordo com os
118 preceitos legais que regem os processos de habilitação e desabilitação de municípios à
119 Gestão Plena do Sistema Municipal. A plenária se manifestou favorável ao
120 estabelecimento de um prazo para o gestor de Caucaia providenciar o pagamento devido
121 ao CENEC. Em seguida o Secretário de Saúde de Umirim fez uma série de observações
122 sobre o funcionamento do Sistema de Saúde da Microrregião reportando-se a problemas
123 de atendimento que o município de Caucaia não estava resolvendo. Após outras
124 manifestações da Plenária, a **Comissão Intergestores Bipartite** decidiu: **A)** Encaminhar
125 Ofício ao gestor do município de Caucaia, assinado pelo Presidente e Vice Presidente da
126 CIB, determinando que o pagamento ao prestador fosse processado até o dia 17 de junho
127 de 2005, e que se essa providência não fosse adotada até o data fixada, o processo de
128 desabilitação do município de Caucaia da Gestão Plena do Sistema Municipal seria
129 apreciado na reunião do dia 24 de junho de 2005. **B)** Convidar os secretários Municipais
130 de Saúde da Microrregião de Caucaia para discussão da problemática operacional do
131 Sistema Regional. **Item 3 - Apresentação da PPI da Epidemiologia.** Antes de iniciar a
132 apresentação da PPI da Epidemiologia, Dra. Vera falou sobre a abordagem do tema na
133 reunião anterior, em que muitas dúvidas haviam sido levantadas pelos membros da CIB e
134 como os técnicos das áreas ligadas ao assunto questionado não estavam presentes para
135 esclarecer, a Plenária teria decidido adiar a apresentação e discussão do tema. Com a
136 presença dos técnicos de cada área das ações elencadas, Vera começou a apresentação
137 da PPI-VS/2005 explicando que a referida Programação é elaborada pela SESA
138 envolvendo as Coordenações da COPOS, CODAS e COVAC, e participação dos técnicos
139 dos Núcleos dessas Coordenadorias pertencentes as áreas responsáveis pela realização
140 das ações. Informou ainda que as metas da PPI são definidas previamente pelo MS,
141 sendo que a SESA avalia se as mesmas correspondem à realidade do Estado e para as
142 que não se adequam, elabora justificativa propondo a alteração da meta e a envia ao MS
143 que tem autoridade sanitária para acatar ou não a contraproposta do Estado. Após esses
144 esclarecimentos passou a expor as ações, parâmetros e metas da PPI mostrando os
145 resultados de 2004 e citando a área responsável pela realização da ação conforme
146 segue: **NOTIFICAÇÃO: Ação 1.1** - Notificar casos de paralisia flácida aguda (PFA).
147 **Parâmetro:** 1 caso de PFA para cada 100.000 habitantes < de 15 anos. **Resultado:** 28
148 casos (107,7%) **Meta:** MS/Estado – 26 casos. **Responsável:** Profissionais de Saúde do
149 SUS. **Ação 1.2-** Realizar Notificação de Sarampo; **Parâmetro:** Número de unidades,
150 notificando negativa ou positiva semanalmente, Nº de unidades notificantes: 33x9x52
151 semanas; **Resultado:** 16.853 notificações (108,1%); **Meta:** MS/Estado- 80% das unidades
152 notificantes. **Responsável:** 333 Unidades Sentinelas. **INVESTIGAÇÃO: Ação 2.1**– Iniciar
153 investigação epidemiológica oportunamente para doenças exantemáticas;
154 **Parâmetro:** Casos de doenças exantemáticas investigados em 48 horas, em relação aos
155 notificados; **Resultado:** 482 casos investigados oportunamente (105,0%); **Meta:** MS/
156 Estado - 80% dos casos notificados; **Responsável:** Unidades Notificantes. **Ação 2.2** –
157 Realizar coleta oportuna de fezes para cada caso de PFA; **Parâmetro:** Casos de PFA
158 com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, em
159 relação ao total de casos de PFA detectados; **Resultado:** 26 coletas (123,8%); **Meta:**
160 MS/Estado - 80% dos casos de PFA detectados; **Responsável:** Unidades Notificantes.
161 **Ação 2.3.** Encerrar oportunamente a investigação de surtos de doenças transmitidas por
162 alimentos. **Parâmetro:** Surtos de doenças transmitidas por alimentos notificados, com

163 investigação encerrada no máximo 60 dias após a notificação; **Resultado:** (indicador
164 novo) ; **Meta:** MS/Estado - 70% dos surtos notificados. **Responsável:** Unidades
165 Notificantes de MDDA. **Ação 2.4.** Realizar encerramento oportuno da investigação
166 epidemiológica das doenças de notificação compulsória. **Parâmetro:** Casos de doenças
167 de notificação compulsória (DNC); notificados, exceto dengue; **Resultado:** 3197
168 notificações(79,3%); **Meta:**MS/ Estado - Alcançar no mínimo 55,8%;. **Responsável:**
169 Unidades Notificantes. **DIAGNÓSTICO. LABORATORIAL DE AGRAVOS DE SAÚDE**
170 **PÚBLICA:** **Ação 3.1.**Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas -
171 sarampo e rubéola. **Parâmetro:** Casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados
172 laboratorialmente por meio de sorologia, em relação ao total dos casos notificados dessas
173 doenças. **Resultado:** 430 casos investigados laboratorialmente(93,7%); **Meta:**
174 MS/Estado- 80% dos casos notificados suspeitos de sarampo e rubéola; **Responsável:**
175 Unidades Notificantes. **Ação 3.2.** Encerrar casos de meningite bacteriana por critério
176 laboratorial; **Parâmetro:**Proporção de casos de meningite bacteriana diagnosticados
177 laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex, em
178 relação ao total de casos confirmados dessa forma clínica; **Resultado:** (indicador novo);
179 **Meta:**MS/ Estado - Confirmar laboratorialmente pelo menos 20,58% dos casos de
180 meningite bacteriana diagnosticados. **Responsável:** Unidades Notificantes. **Ação 3.3.**
181 Realizar testagem do HIV na população geral. **Parâmetro:** Pelo menos um teste/ano para
182 população alvo (0,017 x população geral) ou seja no mínimo 17 exames p/1000 hab/ano;
183 **Resultado:** (indicador novo); **Meta:**MS/ Estado – Testar no mínimo 144.714 pessoas;
184 **Responsável:** Unidades Notificantes. **Ação 3.4.** Implantar triagem sorológica para
185 hepatites virais nos Centros de testagem e Aconselhamento (CTA). **Parâmetro:**
186 Percentual de CTA existentes, de acordo com a meta proposta para cada UF, com
187 triagem sorológica para hepatites virais implantada; **Resultado:** (indicador novo);
188 **Meta:**MS/ Estado – Duas (2) triagens sorológicas; **Responsável:** Centros de Testagem e
189 Aconselhamento. **Ação 3.5.** Realizar testagem de sífilis (VDRL) nas gestantes;
190 **Parâmetro:** No mínimo um teste na gestação e/ou no parto; **Resultado:** 94.438 testes
191 (40,6%); **Meta:**MS/ Estado – 100% das gestantes com VDRL realidado; **Responsável:**
192 Unidades de Saúde/LACEN. **Ação 3.6.** Elaborar documento contendo a relação e
193 competências dos laboratórios da rede de Laboratórios Públicos e Conveniados
194 identificados pelo LACEN no Estado, segundo critérios do CGLAB; **Parâmetro:**
195 Elaboração de documento; **Resultado:** (indicador novo); **Meta:**MS/ Estado – 1 (um)
196 relatório até 31 de julho de 2005.; **Responsável:** LACEN. **VIGILÂNCIA AMBIENTAL:**
197 **Ação 4.1.** Estruturar competência da vigilância ambiental em saúde no nível central da
198 SES e na SMS da capital, de acordo com a Instrução Normativa Nº 01/2001. **Parâmetro:**
199 Instituição da vigilância ambiental em saúde na estrutura da SESA e da SMS da capital,
200 por meio de ato oficial; **Resultado:** (não avaliado- em processo de implantação);
201 **Meta:**MS/ Estado – 100% instituída na SES e SAM da capital; **Ação 4.2.** Realizar a
202 Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano –
203 VIGIÁGUA. **Parâmetro:** Desenvolver o VIGIÁGUA em municípios com população igual ou
204 acima de 100.000 habitantes; **Resultado:** 1.504.831 (142,7%); **Meta:**Emitir dois relatórios
205 anuais (um por semestre) contendo informações sobre as ações desenvolvidas pelo
206 VIGIÁGUA conforme modelo padronizado; MS: em municípios com população igual ou
207 acima de 100.000 habitantes;/ Estado: Todos os municípios independente do número de
208 habitantes; **Responsável:** Unidades de Saúde (Vigilância Ambiental e/ou Sanitária.
209 **VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA:** **Ação 5.1.1.** Realizar pesquisa de triatomíneos em
210 domicílios em áreas endêmicas. **Parâmetro:** Número de pesquisas realizadas em 2003;
211 **Resultado:** 450.600 (90%) **Meta:** MS - 405.310 / Estado – 400.000 unidades
212 domiciliares, tendo como parâmetro a média das atividades realizadas (proposta acatada
213 pelo MS). **Responsável:** NUEND/SMS. **Ação 5.1.2.** Realizar identificação e eliminação de
214 focos e/ou criadouros do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* em imóveis- municípios
215 infestados. **Parâmetro:** Seis inspeções por ano, por imóvel, nos municípios infestados em
216 2003; **Resultado:** 11.175.082 (95,9%); **Meta:** MS/Estado – 12.942.162 inspeções;

217 **Responsável:** SMS. **Ação 5.1.3.** Implantar a vigilância entomológica em municípios não
218 infestados pelo *Aedes aegypti*. **Parâmetro:** Municípios não infestados em 2003;
219 **Resultado:** (Indicador novo) **Meta:** MS/Estado – 13 municípios (Mulungu, Jaguaratama,
220 Jaguaribara, Jaguaribe, Catunda Ibiapina, Cariús, Dep.Irapuan Pinheiro, Penaforte,
221 Altaneira, Farias Brito, Tarrafas e Jardim; **Responsável:** SMS. **Ação 5.1.4.** Realizar
222 levantamento, investigação e/ou monitoramento de flebotomíneos nos municípios,
223 conforme classificação epidemiológica para leishmaniose visceral; **Parâmetro:** Municípios
224 programados pela SES, conforme classificação epidemiológica; **Resultado:** 100% dos
225 municípios **Meta:** MS/Estado – 100% dos municípios programados (22), conforme
226 classificação epidemiológica (Banabuiú, Barbalha, Baturité, Bela Cruz, Brejo Santo,
227 Canindé, Caucaia, Crateús, Crato, Fortaleza, Granja, Iguatu, Ipu, Itapipoca, Juazeiro do
228 Norte, Maracanaú, Martinópole, Mauriti, Nova Russas, Sobral, Tamboril e Viçosa do
229 Ceará; **Responsável:** SMS. **VIGILÂNCIA DE HOSPEDEIROS E RESERVATÓRIOS:**
230 **Ação 5.2.1.** Prover sorologia de material coletado em carnívoros e roedores para
231 detecção de circulação de peste em áreas focais; **Parâmetro:** Número de amostras
232 coletadas de carnívoros e roedores resistentes; **Resultado:** 15.376 amostras coletadas
233 (148%) **Meta:** MS – 10.000 /Estado – 15.000; O MS não acatou a proposta da SESA
234 ficando a meta de 10.000 amostras; **Responsável:** NUEND/SMS. **CONTROLE**
235 **VETORIAL:** **Ação 5.3.1.** Realizar borrifação em domicílios para controle de triatomíneos
236 em área endêmica. **Parâmetro:** Número de borrifações realizadas em 2003; **Resultado:**
237 24.428 casas borrifadas(116,3%) **Meta:** MS – 23.610 ud/Estado – 25.000 unidades
238 domiciliares, tendo como parâmetro a média das atividades realizadas em 2003 e 2004; O
239 MS acatou a proposta da SESA de 25.000 unidades domiciliares; **Responsável:** SMS.
240 **Ação 5.3.2.** Realizar tratamento de imóveis com focos de mosquitos, visando o controle
241 da dengue; **Parâmetro:** Número de imóveis com depósitos positivos e/ou vulneráveis a
242 focos de mosquito, não elimináveis; **Resultado:** 7.986.234 tratamentos (108,2%) **Meta:**
243 MS//Estado – 8.198.123 tratamentos; **Responsável:** NUEND/SMS. **IMUNIZAÇÃO DE**
244 **RESERVATÓRIOS:** **Ação 5.4.1.** Realizar campanha de vacinação anti-rábica em cães;
245 **Parâmetro:** população canina estimada; **Resultado:** 883.531 (98,1%) **Meta:** MS//Estado
246 – 956.186 cães vacinados; **Responsável:** NUEND/ZOONOSES/SMS.**CONTROLE DE**
247 **DOENÇAS:** **Ação 6.1.** Curar casos novos de Tuberculose Bacilíferos; **Parâmetro:**
248 Percentual do número de casos novos de tuberculose bacilíferos curados, em relação aos
249 diagnosticados, na coorte de 2004 (de abril/2003 a março/2004); **Resultado:** 1.439
250 (92,1%) **Meta:** MS//Estado – curar o mínimo de 81.4%; **Responsável:** SMS. **Ação 6.2.**
251 Aumentar a taxa de cura de Hanseníase; **Parâmetro:** Proporção de casos curados dentre
252 os casos diagnosticados; **Resultado:** cura (76,7%) **Meta:** MS//Estado – curar o mínimo de
253 69,58%; **Responsável:** SMS. **Ação 6.3.** Realizar exames coproscópicos para controle de
254 esquistossomose e outras helmintoses em áreas endêmicas; **Parâmetro:** Número de
255 exames programados, de acordo com as normas do programa; **Resultado:** 25.000
256 (30,9%) **Meta:** MS//Estado – 65.257 exames; **Responsável:** NUEND/SMS. **Ação 6.5.**
257 Curar casos de leishmaniose tegumentar americana (LTA) e leishmaniose visceral (LV).
258 **Parâmetro:** Percentual de número de casos de LTA e LV curados, em relação aos
259 diagnosticados, em 2005, tendo como linha de base o percentual de cura em 2003;
260 **Resultado:** LTA cura 73%, LV 79,1% **Meta:** MS//Estado – Curar no mínimo 81% dos
261 casos de LTA e curar no mínimo, 82% de LV; **Responsável:** SMS. **IMUNIZAÇÕES:** **Ação**
262 **7.1.1.** Atingir percentual de 70% de municípios do Estado com cobertura vacinal
263 adequada (95%) para a tetravalente em < 1 ano; **Parâmetro:** Municípios com cobertura
264 adequada; **Resultado:** 104 municípios (80,6%); **Meta:** MS//Estado – 129 municípios com
265 cobertura adequada.; **Responsável:** SMS. **Ação 7.1.2.** Atingir percentual de 70% de
266 municípios do Estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a tríplice viral em
267 crianças de 1 ano; **Parâmetro:** Municípios com cobertura adequada; **Resultado:** 86
268 municípios (66,7%); **Meta:** MS//Estado – 129 municípios com cobertura adequada;
269 **Responsável:** SMS. **Ação 7.1.3.** Atingir percentual de 70% de municípios do Estado com
270 cobertura vacinal adequada (95%) para a hepatite B em < 1 ano. **Parâmetro:** Municípios

271 com cobertura adequada; **Resultado:** 90 municípios (69,8%); **Meta:** MS//Estado – 129
272 municípios com cobertura adequada; **Responsável:** SMS. **VACINAÇÃO DE**
273 **CAMPANHA:** **Ação 7.2.1.** Realizar campanha anual (em duas etapas) contra a
274 poliomielite; **Parâmetro:** 95% de cobertura vacinal contra poliomielite na população < 5
275 anos; **Resultado:** 834.662 (104,7%); **Meta:** MS//Estado – 807.634 crianças vacinadas;
276 **Responsável:** SMS. **Ação 7.2.2.** Realizar campanha anual contra a influenza;
277 **Parâmetro:** 70% de cobertura vacinal contra influenza na população com 60 anos e mais;
278 **Resultado:** 617.324 (128,6%); **Meta:** MS//Estado – 485.992 idosos vacinados;
279 **Responsável:** SMS. **VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO:** **Ação**
280 **7.3.1.** Investigar os eventos adversos graves pós vacinação; **Parâmetro:** Número de
281 casos notificados de eventos adversos graves pós vacinação; **Resultado:** 264 casos
282 notificados e investigados (100,%); **Meta:** MS//Estado –100,% dos casos notificados
283 investigados; **Responsável:** Imunização/SMS. **MONITORIZAÇÃO DE AGRAVOS DE**
284 **RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:** **Ação 8.1.** Detectar surtos de Doenças Diarreicas
285 Agudas (DDA) por meio da Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA);
286 **Parâmetro:** Número de surtos de (DDA) detectadas por meio da MDDA em relação ao
287 total de surtos de DDA identificados; **Resultado:** Não houve surtos de DDA; **Meta:** 70%
288 dos surtos de DDA identificados por meio da MDDA; **Responsável:** Unidade de Saúde
289 onde está implantada a MDDA. **Ação 8.2.** Implantar a vigilância epidemiológica de sífilis;
290 **Parâmetro:** Vigilância epidemiológica de sífilis implantada na SESA e SMS; **Resultado:**
291 Indicador novo; **Meta:** SESA e SMS com a vigilância epidemiológica de sífilis implantada -
292 produção de pelo menos um relatório anual do perfil de sífilis; **Responsável:** SESA/SMS.
293 **Ação 8.3.** Implantar/implementar a vigilância epidemiológica de doenças e agravos não
294 transmissíveis; **Parâmetro:** Uma unidade de vigilância epidemiológica de sífilis implantada
295 na SESA e SMS; **Resultado:** não avaliado; **Meta:** Unidade implantada com produção de
296 pelo menos um relatório anual; **Responsável:** SESA/SMS. **Ação 8.4.** Investigar óbitos
297 maternos; **Parâmetro:** Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil detectados,
298 investigados; **Resultado:** avaliado com outro enfoque; **Meta:** Capital e municípios com
299 mais de 100.000 habitantes investigar no mínimo 70% dos óbitos de mulheres em idade
300 fértil. Municípios com 100.000 habitantes ou menos implantar a vigilância de óbitos
301 maternos; **Responsável:** Profissionais de Saúde do SUS/SMS. **DIVULGAÇÃO DE**
302 **INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS:** **Ação 9.1.** Elaborar informes epidemiológicos com
303 dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos vivos e com análise da
304 situação epidemiológica de agravos relevantes; **Parâmetro:** Duas publicações por Estado
305 por ano; **Resultado:** duas publicações (100%); **Meta:** 100% das publicações;
306 **Responsável:** SESA. **Ação 10.1.** Realizar análise da situação de saúde; **Parâmetro:**
307 Uma análise por unidade federada, com estudo descritivo ou analítico que contribua para
308 o conhecimento da situação da saúde na Unidade Federada; **Resultado:** duas análises
309 (200%); **Meta:** Documento com análise de situação de saúde elaborado e divulgado;
310 **Responsável:** SESA. **Ação 11.1.1.** Realizar coleta das declarações de óbito – DO;
311 **Parâmetro:** Proporção da população da UF residente em municípios classificados como
312 tendo grandes deficiências na cobertura do SIM (coeficiente geral de mortalidade
313 padronizado menor que 4 por 1000 habitantes); **Resultado:** Indicador novo; **Meta:**
314 Reduzir para menos de 5%; **Responsável:** SMS. **Ação 11.1.2.** Melhorar a qualidade da
315 notificação das causas básicas de óbito; **Parâmetro:** Percentual de óbitos informados ao
316 SIM com causa básica mal definida em relação ao total de óbitos notificados em 2003;
317 **Resultado:** 10.770 (26,3%); **Meta:** Reduzir para menos de 20%; **Responsável:**
318 profissionais de saúde do SUS/SMS. **Ação 11.2.1.** Realizar coleta de declarações de
319 nascidos vivos – DN; **Parâmetro:** Número de nascidos vivos a serem captados pelo
320 SINASC; **Resultado:** Captados = 135.635 (103,6%); **Meta:** Captar 147.613 nascimentos
321 (TBN =18,23); **Responsável:** SMS. **Ação 11.3.1.** Realizar envio regular de dados;
322 **Parâmetro:** Remessa regular, a cada 15 dias de um banco de dados da UF para a
323 Secretaria de Vigilância em Saúde; **Resultado:** 24 remessas (100%); **Meta:** 24 remessas
324 regulares de banco de dados do estado para a Secretaria de Vigilância em Saúde

325 **Responsável:** SESA/SMS. **ACOMPANHAMENTO DA PPI-VS: Ação 12.1.** Supervisionar
326 a PPI-VS; **Parâmetro:** Realizar uma supervisão/ano em 100% dos municípios da UF;
327 **Resultado:** 184 municípios supervisionados (100%); **Meta:** 100% dos municípios;
328 **Responsável:** SESA/SMS. **Ação 13.1.** Cadastramento; **Parâmetro:** Cadastramento dos
329 estabelecimentos sujeitos ao controle de VISA – Fonte: ficha cadastral do SINAVISA;
330 **Resultado:** 26.248 cadastros de estabelecimentos (72,6%); **Meta:** 100% dos
331 estabelecimentos cadastrados; **Responsável:** SESA/VISA. **Obs.:** Somente 115
332 municípios (62,5%) com informação. **Ação 13.2.** Ação educativa em Vigilância Sanitária;
333 **Parâmetro:** Proporção de equipes do PSF/PACS capacitados a desenvolver ações
334 educativas em Vigilância Sanitária; **Resultado:** Realizadas 2822 ações educativas; **Meta:**
335 100% das equipes do PSF/PACS capacitadas; **Responsável:** SESA/SMS. **Obs.:**
336 Somente 115 municípios (62,5%) com informação. **INSPECÃO SANITÁRIA: Ação 13.3.1.**
337 Comércio de Alimentos; **Parâmetro:** Uma inspeção por ano, por estabelecimento;
338 **Resultado:** Realizadas 23.346 inspeções (110,7%); **Meta:** 20% dos estabelecimentos
339 inspecionados; **Responsável:** SESA/SMS. **Obs.:** Somente 115 municípios (62,5%) com
340 informação. **Ação 13.3.2.** Drogarias/Ervanarias e Postos de Medicamentos; **Parâmetro:**
341 Uma inspeção por ano, por estabelecimento; **Resultado:** Realizadas 2.041 inspeções
342 (183,25%); **Meta:** 40% dos estabelecimentos inspecionados; **Responsável:** SESA/SMS.
343 **Obs.:** Somente 115 municípios (62,5%) com informação. **Ação 1.3.3.3.** Creches;
344 **Parâmetro:** Uma inspeção por ano, por estabelecimento; **Resultado:** Realizadas 1.130
345 inspeções (77,6%); **Meta:** 100% dos estabelecimentos inspecionados; **Responsável:**
346 SESA/SMS. **Obs.:** Somente 115 municípios (62,5%) com informação. **Ação 13.3.4.**
347 Estabelecimento de Ensino Fundamental; ; **Parâmetro:** Uma inspeção por ano, por
348 estabelecimento; **Resultado:** Realizadas 2.560 inspeções (74%); **Meta:** 40% dos
349 estabelecimentos inspecionados; **Responsável:** SESA/SMS. **Obs.:** Somente 115
350 municípios (62,5%) com informação. **Ação 13.3.5.** Estações Rodoviárias e Ferroviárias;
351 **Parâmetro:** Duas inspeções por ano, por estabelecimento; **Resultado:** Realizadas 267
352 inspeções (171,2% - Existem 78 estações rodoviárias e ferroviárias = 156 inspeções/ano);
353 **Meta:** 100% dos estabelecimentos inspecionados; **Responsável:** SESA/SMS. **Obs.:**
354 Somente 115 municípios (62,5%) com informação. Após a apresentação e discussão de
355 cada ação, e meta correspondente, a **Bipartite** aprovou a PPI-VS/2005 do Estado, à
356 exceção das metas propostas pela SESA para as ações Nº 4.2. e Nº 5.1.4. Sobre a **Ação**
357 **Nº 4.2** - Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para
358 Consumo Humano – VIGIÁGUA. O presidente do COSEMS propôs manter a meta
359 estabelecida pelo MS de emitir dois relatórios anuais (um por semestre), com
360 informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIÁGUA, mas considera que a
361 proposta da SESA para a realização da ação por todos os municípios do Ceará,
362 independente do número de habitantes, não está bem definida e sugere que a mesma
363 seja discutida na próxima reunião com informações das normas federais quanto ao
364 número de coletas que devem ser feitas por ano, por grupo populacional. Para a **Ação Nº**
365 **5.1.4** - Realizar levantamento, investigação e/ou monitoramento de flebotomíneos nos
366 municípios, conforme classificação epidemiológica para leishmaniose visceral, em 100%
367 dos municípios programados pelas SES, Dr. Mário Lúcio questionou a não inclusão do
368 município de Eusébio na classificação estabelecida pelo Estado e argumentou que aquela
369 localidade apresenta elevado índice de casos de leishmaniose visceral e tegumentar. Dra.
370 Vera sugeriu que essa ação fosse também pactuada na próxima reunião, com as
371 explicações e justificativas do NUEND sobre a classificação epidemiológica dos 22 (vinte
372 e dois) municípios para a leishmaniose visceral. **Item 4 -Apreciação dos pedidos de**
373 **implantação de um Laboratório Regional de Próteses Dentárias em Brejo Santo e**
374 **um CEO tipo I nos municípios de Cedro, Umirim e Senador Pompeu** . Dra. Vera
375 apresentou os pleitos dos municípios de Cedro, Umirim e Senador Pompeu, e informou
376 que os mesmos haviam obtido o parecer favorável da Coordenação Estadual de Saúde
377 Bucal para receberem a antecipação do incentivo de que trata a Portaria Nº 283 GM/MS,
378 de 22 de fevereiro de 2005. Quanto ao Laboratório Regional de Próteses Dentárias do

379 município de Brejo Santo, explicou que o município se enquadra nos critérios
380 estabelecidos pelas normas para a implantação de LRPD. Entretanto esclareceu que a
381 antecipação do incentivo financeiro de que trata a Portaria acima referida é concedida
382 especificamente para a implantação e/ou redimensionamento de Centros de
383 Especialidades Odontológicas – CEO, e não para Laboratórios Regional de Próteses
384 Dentárias, cuja estruturação é da responsabilidade do município e que após a
385 estruturação do LRPD o mesmo deverá ser cadastrado junto ao SUS, necessitando para
386 isso do Parecer Técnico da Coordenação Estadual de Saúde Bucal que informará à
387 CIB/CE sobre o referido cadastramento, com vistas ao envio do projeto para o Ministério
388 da Saúde. Após esses esclarecimentos a **CIB** decidiu aprovar os pedidos de implantação
389 de um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO tipo I nos municípios de **Cedro,**
390 **Umirim e Senador Pompeu** e acatou a proposta de se formalizar junto ao município de
391 Brejo Santo a informação sobre a implantação do LRPD ndaquele município, em
392 despacho no processo que originou o pedido. **Item 5- Relato da Situação dos Projetos**
393 **de Implantação de CAPS no Ceará encaminhados ao MS.** Dra. Vera disse que a
394 apresentação desse tema geraria uma discussão importante para a assistência à Saúde
395 Mental, considerando a política nacional para a Implantação de Centros de Atenção
396 Psicossocial - CAPS, que através da Portaria Nº 245, de 17 de fevereiro de 2005 destina
397 incentivo financeiro para implantação desses serviços e permite o envio dos pedidos do
398 referido incentivo diretamente ao MS. Entende que isso conduz à necessidade de uma
399 discussão para a definição de uma política, não apenas de monitoramento mas
400 principalmente voltada para o provimento dos medicamentos para os CAPS. Como se
401 trata de um assunto polêmico que demandaria tempo para discussão e considerando a
402 extensão da pauta em curso, propôs que o item fosse retirado da pauta e colocado em
403 outra reunião com maior espaço para apresentação e discussão do assunto. A plenária
404 concordou com a retirada do item 4 da pauta e Dr. **Mário Lúcio** sugeriu que a CIB
405 convidasse o Dr. Pedro Gabriel, do MS, para participar da discussão desse tema em data
406 a ser definida no calendário de reuniões da CIB. Ficou decidido que o material da
407 apresentação seria repassado ao COSEMS e que seria agendada uma pauta com a
408 presença do representante do MS para uma discussão específica sobre os CAPS. **Item 6-**
409 **Solicitação dos municípios de Maranguape e Marco para mudança de modalidade**
410 **de CAPS I em CAPS II.** Vera colocou que o pleito de Marco referente à mudança de
411 modalidade de CAPS I para CAPS II obteve parecer favorável da Coordenação de Saúde
412 Mental, pois em visita àquele município, os técnicos constataram que o Serviço já havia
413 se adequado aos requisitos exigidos para a mudança de modalidade e portanto não
414 haveria mais nenhum ponto a ser questionado. Quanto ao pedido de mudança de
415 modalidade de CAPS I para CAPS II de Maranguape, Dra. Vera explicou que o mesmo
416 seria retirado de pauta porque o processo havia chegado à Equipe Técnica da SESA na
417 véspera da reunião, e assim não houvera tempo hábil para a realização da vistoria pela
418 Vigilância Sanitária ao CAPS com vistas à emissão do Parecer Técnico. O Secretário de
419 Saúde de Maranguape reclamou afirmando que teria enviado o projeto com tempo
420 suficiente para ser analisado e que o referido pleito já havia sido retirado de pauta na
421 reunião anterior pelo mesmo motivo e que por sugestão do Dr. Arnaldo ficara decidido
422 que o assunto teria prioridade de pauta na reunião em curso. Houve a informação da
423 Secretaria da CIB de que a Orientadora da CERES de Maracanaú teria deixado
424 informalmente naquela Secretaria, uma cópia do projeto, sem nenhum documento
425 comprobatório do atendimento às exigências da normas referentes à mudança de
426 modalidade dos CAPS. Dra. **Vera** esclareceu que a emissão do parecer depende da
427 existência de um conjunto de documentos e informações que formam a estrutura do
428 processo e que nesse caso, as informações não haviam sido encaminhadas à SESA para
429 análise. O Secretário de Saúde de Maranguape insistiu em afirmar que teria enviado há
430 tempo, o processo do CAPS com toda a documentação exigida pelo MS. Diante disso,
431 Dra. Vera lembrou do ocorrido na reunião anterior, da qual não participara mas teria
432 ouvido a gravação e ficado a par das críticas feitas ao parecer da Coordenação Estadual

433 de Saúde Bucal, que fora contrário ao credenciamento do Laboratório de Prótese de
434 Maranguape, por considerar que o mesmo não atendia os requisitos da Portaria GM Nº
435 1.570/2004, e afirmou que sem estarem certos da real situação do CEO e do LRPD de
436 Maranguape, membros da CIB, expuseram a SESA através dos seus técnicos ao
437 constringimento de constituírem um órgão burocratizado e sem competência para emitir
438 um parecer. Informou que em visita feita ao CEO de Maranguape, a Coordenadora de
439 Saúde Bucal constatara que o Laboratório de Próteses de Maranguape não existia, dentro
440 e nem fora do CEO e portanto o parecer não fora dado de forma equivocada, conforme
441 dissera o gestor de Maranguape. Colocou para a plenária a importância em se ter clareza
442 nas afirmações, para evitar equívocos quanto aos posicionamentos de ambos os lados da
443 representação nesse Colegiado, e nesse sentido destacou as afirmações do Dr. Policarpo
444 e do Dr. Arnaldo e assegurou que, na condição de Coordenadora de Políticas de Saúde,
445 sem prejuízo da relação de amizade que mantém com os gestores, sempre se colocou
446 de forma ética e profissional, fundamentando sempre suas posições em bases
447 documentais. Dr. **Policarpo** interferiu enfatizando que o parecer sobre o CAPS de Marco
448 era cheio de considerandos e não chegava a nenhuma conclusão. Vera admitiu a falha no
449 parecer da Saúde Mental da SESA, disse que a SESA, como toda grande estrutura, e até
450 os municípios, cometem erros, mas afirma que os pontos de divergência entre os dois
451 níveis de representação, devem ser aprofundados dentro de uma conduta ética coerente
452 com o propósito que envolve o relacionamento das instituições, Estado e Municípios. Dra.
453 **Léa**, Coordenadora da área de Saúde Bucal interferiu esclarecendo que no pedido de
454 implantação do Laboratório de Próteses de Maranguape, não havia referência de que
455 esse serviço iria funcionar dentro do CEO e portanto o seu parecer estava coerente com a
456 norma ministerial que rege a Política da Saúde Bucal no SUS. Dr. **Arnaldo**, admitiu que
457 talvez tenha se excedido em suas críticas, mas o fizera com o intuito de preservar o
458 Colegiado de possível fragilização e esvaziamento nas discussões. Sem mais
459 comentários a **CIB** aprovou a Mudança de Modalidade do Centro de Atenção Psicossocial
460 do Município de Marco, de CAPS I para CAPS II e acatou a retirada da apreciação do
461 pleito do CAPS de Maranguape, de pauta. **Item 7- Discussão sobre a abertura do**
462 **Hospital Municipal de Milagres com realocação dos procedimentos previstos para a**
463 **referida unidade.** Dra. Vera expôs o pedido do município de Milagres, que conforme fora
464 elaborado, entendia-se como realocação das metas dos procedimentos locais para o
465 Hospital Municipal e o seu credenciamento junto SUS, para possibilitar a reabertura da
466 Unidade. Acrescentou que de acordo com parecer da COVAC, o funcionamento do
467 hospital, como fora solicitado exigiria a revisão da programação dos demais municípios da
468 Região. O gestor de Milagres interferiu afirmando que a pretensão inicial do município
469 seria de transferir para o Hospital Municipal, somente os procedimentos do hospital
470 filantrópico. Dra. **Vera** recomendou ao gestor a reformulação do pedido e colocou para a
471 plenária a decisão de se encaminhar Ofício ao Secretário de Saúde de Milagres
472 comunicando sobre a necessidade do município formalizar o pleito em questão, a partir
473 dos seguintes encaminhamentos, com vistas à inclusão em nova pauta para deliberação
474 da Comissão Intergestores Bipartite: **1º)** Submeter o pleito ao CMS, solicitando a exclusão
475 do Hospital Filantrópico, do Sistema Único de Saúde, o cadastramento do Hospital
476 Municipal de Milagres junto ao SUS e a reprogramação das atuais metas do Hospital
477 Filantrópico, para o Hospital Municipal. **2º)** Sendo o pleito aprovado pelo CMS,
478 encaminhar Ofício ao Secretário Estadual de Saúde solicitando rescisão do Convênio da
479 SESA com o Hospital Filantrópico, a assinatura de Convênio com o Hospital Municipal, a
480 autorização de reprogramação local (retirar as metas do Hospital Filantrópico e
481 reprogramá-las para o Hospital Municipal) e anexar cópia da Ata do CMS aprovando o
482 pleito em questão. A **CIB** acatou a decisão proposta pela Dra. Vera de oficiar ao
483 município de Milagres as recomendações acima enumeradas. **Item 8- Certificação do**
484 **Município de Orós junto às Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.** Dra.
485 **Vera** colocou à apreciação da Plenária o Parecer Técnico do Núcleo de Epidemiologia
486 referente à Certificação do município de Orós na Gestão das Ações de Vigilância em

487 Saúde. Enfatizou o trabalho da Dra. Iva na conscientização dos municípios e na
488 agilização do processo de Certificação no Ceará. Sem mais comentários a CIB aprovou a
489 Certificação do município de Orós junto às Ações de Vigilância em Saúde. **Item 9-**
490 **Qualificação de Equipes no Âmbito do PSF e Acréscimo de Agentes Comunitários**
491 **de Saúde.** Dra. Vera apresentou os pedidos de qualificação das Equipes de PSF, de
492 Saúde Bucal e Acréscimos de ACS ao PACS, todos com parecer favorável da
493 CODAS/NUORG, conforme segue: **Equipes de Saúde da Família:**Três (3) para Baturité
494 e duas (2) para Ocara. **Equipes de Saúde Bucal:** Cinco (5) para Aracati, quatro (4) para
495 Orós, três (3) para São Gonçalo do Amarante, três (3) para Caririaçu, três (3) para
496 Redenção, três (3) para Monsenhor Tabosa, duas (2) para Coreaú, duas (2) para Marco,
497 duas (2) para Campos Sales, duas (2) para Farias Brito, uma (1) para Hidrolândia, uma
498 (1) para Meruoca e uma (1) para Nova Russas. **Acréscimos de Agentes Comunitários**
499 **de Saúde:** Cento e dezessete (117) para Itapipoca, oito para Graça, setenta e quatro
500 (74) para Juazeiro do Norte, quatro (4) para Altaneira e dois (2) para Arneiroz, totalizando
501 um incremento de Cinco (5) Equipes de Saúde da Família, trinta e quatro (34) Equipes de
502 Saúde Bucal e duzentos e cinco (205) Agentes Comunitários de Saúde. **Informe:** Dr.
503 Mário lembrou aos Secretários sobre a realização do VI Encontro dos Secretários
504 Municipais de Saúde a realizar-se no dia 27 de junho de 2005 na Escola de Saúde
505 Pública do Ceará e pediu a participação de todos, enfatizando a importância do tema para
506 a gestão do Sistemas Municipais de Saúde. Nada mais havendo a tratar a CIB deu por
507 encerrada a Reunião, cuja Ata, por mim Célia Fonseca, vai assinada pelos membros
508 presentes, em Folha de Comparecimento. Fortaleza, dez de junho de dois mil e cinco.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005**
3
4

5 Aos vinte e nove dias do mês de junho do ano dois mil e cinco, às quatorze horas, na sala de
6 reuniões do CESAU, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante Barroso,
7 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 9ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores
8 Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, os
9 titulares: Jurandi Frutuoso Silva, Secretário Estadual da Saúde; Lilian Alves Amorim Beltrão
10 Coordenadora da COVAC e Fco. Holanda Junior Coordenador da CODAS; e os suplentes: Maria
11 das Graças Barbosa, Coordenadora da COPOS; Diana Carmem Oliveira, Coordenadora da
12 COVAC; Carmem Lúcia Osterno Supervisora do NUORG; Nágela Norões Técnica da CORES e
13 José Galba Gomes, Sec. Executivo do GABISEC. Pela representação dos municípios
14 compareceram: os titulares: Mário Lúcio R. Martildes Presidente do COSEMS; Policarpo Araújo,
15 SMS de Maranguape; Rogério Teixeira da SMS de Umirim; e Arnaldo R. Costa Lima, SMS de
16 Sobral, e os suplentes Como convidados: Eduardo Rocha, de Canindé; Ivonete Dutra de, Quixadá;
17 Andreia Paula da CERES de Camocim; José Cleonardo|Lucena de A assembleia foi presidida por
18 Diana que após constatar a existência de quorum abriu os trabalhos anunciando a apresentação dos
19 itens 2 e 3 da pauta, em virtude de um problema técnico que dificultava a discussão do item 1,
20 naquele momento. Antes, o Dr. **Fonseca** informou que a Equipe de Saúde da Família de Uruaru
21 teria feito um grande movimento de participação comunitária ao realizar a primeira feira de lixo
22 reciclável na comunidade com o título “Fazendo Arte e Promovendo Saúde, e que na praça
23 principal de Beberibe teria acontecido o lançamento do selo UNICEF com grande participação
24 comunitária. **Item 2 – Discussão da Norma Operacional do PSF no Ceará.** Dra. **Carmem** do
25 NUORG começou a apresentar o assunto lembrando que todos os membros do Colegiado teriam
26 recebido antecipadamente a minuta da Norma Operacional do PSF com alterações nos itens
27 referentes ao SIAB já que o Sistema teria sofrido modificações e com relação ao item que
28 estabelecia o prazo de 60 dias em que a Equipe poderia permanecer sem o profissional médico e
29 com a introdução do dispositivo da Portaria Nº 619/GM de 25 de abril de 2005, que permite aos
30 médicos de municípios com até 30.000 habitantes cumprirem oito horas de sua carga horária
31 semanal em hospital de pequeno porte. Disse que recebera sugestões da Regional de Aracati, da
32 Secretaria de Saúde de Tianguá e da CERES de Tauá. Começou a análise da proposta discutindo
33 item a item, porém sem chegar a um acordo, vez que segundo Dr. Rodrigo de Dep. Irapuan
34 Pinheiro, alguns pontos apresentados não estariam sendo coerentes com o previsto na revisão da
35 Portaria 1.886/97. **Dr. Mário** Lúcio afirmou que o momento não seria apropriado para a alteração
36 da Norma uma vez que a mesma estaria sendo reformulada pelo Ministério, não havendo, para ele
37 motivação para se fazer alterações na Norma e sugeriu retirar o item da pauta e esperar a decisão
38 do MS sobre a revisão da citada Portaria. Dra. **Carmem** chamou a atenção para a necessidade de se
39 excluir da Norma a proposição que garantia às Equipes de Saúde da Família o recebimento do
40 incentivo, quando da ausência de profissionais até o prazo de 60 (sessenta) dias, em virtude das
41 punições imputadas pela Controladoria Geral da União aos municípios em que essa situação é
42 encontrada. **Dr. Mário Lúcio** propôs que se aprovasse a exclusão desse dispositivo da Norma
43 Operacional do PSF e após a revisão da Portaria Nº 1.886, poder-se-ia rever a Norma Operacional
44 do PSF do Ceará. **Dr. Rodrigo** concordou com a proposta do Dr. Mário Lúcio mas alertou para o
45 fato de que a discussão sobre a revisão da Portaria 1.886 já vem se arrastando há um ano e teme que
46 haja uma demora maior e a discussão da Norma Operacional do Estado, que já está com a minuta
47 em andamento, fique prejudicada. Em face disso **Mário Lúcio** sugeriu que, se após 90 dias, a
48 revisão da referida Portaria não for realizada pelo Ministério, a CIB/CE poderá discutir sobre a
49 viabilidade da revisão da Norma Operacional do PSF do Estado do Ceará. Assim a **CIB** deliberou
50 que a discussão do assunto deste item de pauta seria válido para aprovar a exclusão do dispositivo
51 da NO do PSF aprovada por esse Colegiado em 2003, que permitia a ausência do médico do PSF,
52 pelo período máximo de 60 dias, sem prejuízo do recebimento do incentivo financeiro destinado à
53 Equipe. Aprovou também a inclusão dos dispositivos da Portaria GM/MS Nº 619/2005, segundo a
54 qual os médicos de Equipes de Saúde da Família de municípios com população até 30.000

55 habitantes podem cumprir oito horas semanais de sua carga horária de 40 (quarenta) horas, no
56 atendimento em hospitais de pequeno porte, ficando a discussão da Norma Operacional do PSF para
57 outra data, após definição do Ministério da Saúde sobre a revisão da Portaria 1.886/97, e caso isso
58 não ocorra, no prazo de 90 dias desta data o assunto voltar a ser discutido na CIB/CE. **Item 3 –**
59 **Discussão sobre o PACS (Contratação de Agentes Comunitários de Saúde).** Com vistas à
60 análise da situação do PACS no Ceará, Dra. Carmem apresentou as seguintes informações sobre os
61 ACS por município e por Microrregião de Saúde do Estado: ●Total de ACS pagos pelo Estado:
62 9.527; ●Total de ACS pagos através do Incentivos do MS: 729; ●Número de municípios com 100%
63 de cobertura do PACS: 44; ●Municípios com Número de ACS pagos pelo Estado, superior ao teto
64 estabelecido pelo MS: 16; ●Acréscimos de ACS solicitados ao MS: 258. Dr. **Mário Lúcio** iniciou a
65 discussão lembrando que a inclusão o assunto nesta pauta fora decidida em reunião anterior quando
66 se discutia a cobertura do PSF no Ceará. Elogiou a iniciativa do Estado quando da criação do
67 PACS, o qual constituía uma marca no governo das mudanças, mas que com o passar dos anos a
68 cobertura do Programa se estagnara e hoje os municípios estavam arcando com a contratação de
69 Agentes Comunitários de Saúde, destacando nesse caso, os municípios de médio porte como os
70 mais sacrificados com esse ônus. Afirmou reconhecer o esforço do Estado em participar do
71 financiamento de algumas políticas de saúde nos municípios mas enfatiza que o Estado deve
72 assumir o PACS integralmente. Dr. **Policarpo** sugere a criação do PAB Estadual com a
73 transferência dos recursos financeiros para o município, para este contratar os seus ACS, sobre os
74 quais teria a autonomia administrativa que hoje não pode exercer em função da não vinculação
75 administrativa dos Agentes com o município. **Mário Lúcio** diz que os Agentes de Saúde estão
76 mobilizados para serem incorporados ao Estado e organizados em associações, e certamente não
77 irão desistir dessa luta. Disse ainda que o governo atual não iria viabilizar a transferência desses
78 recursos em fim de governo, mas afirma que na próxima gestão o governo estadual deverá assumir
79 o ônus com os Agentes Comunitários de Saúde. Dr. **Fonseca** critica a não inclusão de ACS no
80 concurso público. Dr. **Jurandi**, com a palavra, disse que o fato do Estado ser o dono do PACS,
81 fazer a seleção dos ACS e pagar a esses profissionais para que eles prestem serviços aos
82 municípios, além do elevado custo para os cofres do TE, gerou uma disfunção administrativa, que
83 culminou com a suspensão das contratações, a qual também foi reforçada pela determinação da
84 Procuradoria Geral do Trabalho, para a regularização da situação trabalhista dos profissionais das
85 Equipes de Saúde da Família, sob pena do não recebimento dos recursos federais. Afirmou que o
86 Estado irá manter o recursos para o pagamento dos ACS, mas, argumentou que, para transformar
87 esses recursos em PAB tem que se definir critérios e estabelecer estratégias de repasse. Embora
88 tenha se manifestado favorável a que o recurso deva ser repassado para os municípios, recomenda
89 que se tenha prudência nesse processo e propõe que a discussão seja suspensa até que se tenha uma
90 posição formal do MS da Saúde sobre a regularização dos recursos humanos do PSF. Acrescentou
91 ainda que o Estado está lançando uma Portaria que dá aos Secretários Municipais de Saúde, o poder
92 de assinar a frequência mensal do ACS, o que possibilitará aos gestores a autonomia sobre esses
93 profissionais. A plenária da CIB concordou com a suspensão da discussão que foi, nesse ponto,
94 encerrada. Dr. Jurandi aproveitou o espaço para informar que o Estado acabara de lançar Portaria
95 que cria o dia Estadual da Dengue e estabelece o dia 24 de junho como o Dia Estadual de Prevenção
96 às Doenças Cérebro-Vasculares. Afirmou que o Ceará tem 17.000 casos de AVC por ano e por isso
97 teria sido construído um grupo de trabalho para elaborar um programa de prevenção e diagnóstico
98 do AVC. **Item 1 – Apreciação das Ações da PPI-VS: 4.2. Realizar a Vigilância Ambiental em**
99 **Saúde relacionada à qualidade da Água para Consumo Humano; Parâmetro: Desenvolver o**
100 **VIGIÁGUA em Municípios com população igual ou acima de 100.000 habitantes; Meta:**
101 **Emitir dois Relatórios Anuais(um por semestre contendo informações sobre as ações**
102 **desenvolvidas pelo VIGIÁGUA. Ação 5.1.4. Realizar levantamento, investigação e/ou**
103 **monitoramento de flebotômicos, nos municípios, conforme classificação epidemiológica para**
104 **leishmaniose visceral.** Dra. **Diana** esclareceu que este ponto de pauta fora discutido na reunião
105 anterior quando da apresentação da PPI da Vigilância à Saúde para 2005, porém a Plenária
106 concordara que a decisão do parâmetro demandaria informações adicionais, as quais passaria a
107 apresentar fazendo já a análise da situação anterior com a proposta pelo Ministério: Disse que em
108 2004 não fora considerado nenhum parâmetro populacional para as ações do VIGIÁGUA no Ceará,

109 e o resultado alcançado fora positivo, ou seja de 64% de municípios com fontes cadastradas, para os
110 60% previstos na programação, enquanto para o ano de 2005 o MS estabeleceu o cumprimento da
111 meta apenas pelos municípios com população igual ou maior que 100.000 habitantes, com a
112 emissão de dois relatórios anuais. Em seguida mostrou a Diretriz Nacional do Plano de
113 Amostragem para os exames de Fluoreto, Turbidez e Coliformes Totais, que estabelece 90
114 (noventa) amostras/mês para os municípios com população entre 100.000 e 2.000.000 de habitantes;
115 147 (cento e quarenta e sete) amostras para os municípios com população acima de 2.000.000 de
116 habitantes, no caso a Capital Cearense; 10 amostras para os que tiverem entre 20.000 e 100.000
117 habitantes e 4 (quatro) para os municípios com população menor que 20.000 habitantes. Defende a
118 necessidade do monitoramento do VIGIÁGUA frente às doenças típicas de veiculação hídrica já
119 conhecidas pelos gestores, e solicita à plenária a aprovação da proposta do Estado para a Ação 4.2
120 da PPI/VS, em apreço. Após alguns comentários a CIB aprovou o parâmetro proposto pelo Estado
121 para a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano,
122 conforme segue: Municípios com população abaixo de 100.000 habitantes, emitir dois relatórios
123 anuais (um por semestre) parâmetros PPI 2004 e Municípios acima de 100.000 habitantes, emitir
124 dois relatórios anuais (um por semestre) parâmetros PPI 2005. **Item 4 – Qualificação de Equipes**
125 **no Âmbito do PSF.** Diana, de posse dos processos com os pleitos dos municípios para a
126 qualificação de equipes no âmbito do PSF, colocou para a plenária os seguintes pedidos: **Duas (2)**
127 **Equipes de Saúde da Família**, para Santana do Acaraú, **Dezenove (19) Equipes de Saúde Bucal**,
128 sendo, Quatro (4) para o município de Parambu, Quatro (4) para Várzea Alegre, Três (3) para
129 Baturité, Duas (2) para Cariús, Uma (1) para Paracuru, Uma (1) para Potiretama, Uma (1) para
130 Ipaporanga, Uma (1) para Barro, Uma (1) para Ocara e Uma (1) para o município de Graça.
131 **Mudança de Modalidade I para II** de uma (1) Equipe de Saúde Bucal do município de Icó.
132 **Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde:** Treze (13) para o município de Santana do
133 Acaraú e Vinte e dois (22) para o município de Irauçuba. Considerando os pareceres favoráveis das
134 Coordenações da SESA nas áreas de Atenção Primária e Saúde Bucal, a CIB/CE aprovou os
135 pleitos de qualificação de Equipes, Mudança de Modalidade de Equipe de Saúde Bucal e Acréscimo
136 de ACS acima discriminados. **Item 5 – Solicitação de Pagamento Administrativo referente a**
137 **débito por procedimentos de TRS do município de Quixadá.** Dra. Lilian lembrou que na 7ª
138 reunião/2005 da Bipartite, quando teria sido apreciada a demanda de Quixadá na qual a gestora do
139 município solicitara a SESA o pagamento de débito por procedimentos de diálise excedentes ao
140 limite fixado para o prestador, realizados no período de janeiro de 2003 a março de 2005, cujas
141 APAC não passaram pela crítica do Sistema e somam a quantia de R\$ 121.066,97 (cento e vinte e
142 um mil, sessenta e seis reais e noventa e sete centavos) e o aumento do teto de TRS do município,
143 para cobrir os atendimentos excedentes que o prestador vem realizando, a CIB teria decidido oficial
144 ao município de Quixadá a decisão desse Colegiado com as seguintes recomendações constantes do
145 item 4 do Parecer Nº 1 datado de 19 de maio de 2005: *A Secretária de Saúde de Quixadá deverá*
146 *encaminhar ao MS as solicitações abaixo com as respectivas justificativas: a) Aumento do Teto*
147 *financeiro suficiente à cobertura dos procedimentos que vem realizando além da meta atual; b) O*
148 *repasso do valor do déficit referente às APAC de diálises que não passaram pela crítica do Sistema*
149 *e somam a quantia de R\$ 121.066,97 (cento e vinte e um mil, sessenta e seis reais e noventa e sete*
150 *centavos), registradas no período de janeiro de 2003 a março de 2005. Disse que segundo a gestora*
151 *da saúde daquele município, o citado Parecer não chegara ao seu conhecimento e que a mesma*
152 *procurara a SESA para reclamar o pagamento administrativo não fora realizado, acreditando que a*
153 *medida teria sido aprovada na referida reunião. Informou ainda que a direção do Serviço, no caso, o*
154 *Centro de Doenças Raras e Hipertensão Arterial de Quixadá teria colocado a situação do*
155 *estabelecimento para o Secretário Estadual da Saúde que, se comprometera de pagar o referido*
156 *débito. Dr. Jurandi, com a palavra afirmou que a SESA iria repassar ao município de Quixadá o*
157 *recurso correspondente ao débito com o prestador de TRS, sem prejuízo do cumprimento pelo*
158 *gestor, das demais recomendações constantes do Parecer Nº 1 da CIB. A Secretária de Saúde de*
159 *Quixadá, questionou a decisão da CIB em que o município devesse encaminhar esses pleitos ao*
160 *Ministério, argumentando que em contato com o MS fora informada de que a alteração da FPO não*
161 *garantiria que o teto fosse aumentado e pediu à CIB reconsiderar o Parecer nº 1 em questão,*
162 *principalmente com relação ao aumento do teto. Dra. Lilian explicou que o Estado não tem*

163 competência para aumentar teto de municípios, e sim o MS a quem o município deve solicitar
164 também a diferença do teto anterior em relação aos novos valores reajustados em maio de 2005.
165 Dr. Jurandi disse que a SESA está fazendo um esforço para interiorizar os serviços de diálise com
166 vistas a evitar o sofrimento dos doentes renais, mas afirmou que a concessão do reajuste da TRS de
167 Quixadá vai demorar uns meses e para evitar o colapso do Serviço e o prejuízo do atendimento,
168 propõe que a CIB autorize a SESA a proceder o repasse para o pagamento administrativo no valor
169 de no valor de R\$ 121.066,97 (cento e vinte e um mil, sessenta e seis reais e noventa e sete
170 centavos). A Plenária concordou e a **Comissão Intergestores Bipartite** autorizou a SESA a
171 promover o pagamento administrativo referente ao débito do município de Quixadá com o Centro
172 de Doenças Renais e Hipertensão Arterial, através do repasse financeiro no valor de R\$ 121.066,97
173 (cento e vinte e um mil, sessenta e seis reais e noventa e sete centavos) do FUNDES para o FMS
174 de Quixadá. Concluídos os assuntos da pauta, **Diana** chamou a atenção dos gestores para a
175 necessidade dos mesmos ultimarem os seus Planos Municipais de Saúde referente ao período
176 2005/2008 e os enviarem à SESA dentro do prazo estipulado. Nada mais havendo a tratar a Reunião
177 foi encerrada, cuja Ata lavrada por mim, Célia Fonseca, vai assinada em folha de presença por
178 todos membros da CIB/CE, presentes. Fortaleza, vinte e nove de junho de dois mil e cinco.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005

Aos quinze dias do mês de julho do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos, na sala de reuniões do CESAU, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 10ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, Jurandi Frutuoso, Secretário Estadual e Presidente da CIB; Vera Coelho, Coordenadora da COPOS; Ismenia Maria Ramos, supervisora do NUPLA; Carmem Lúcia Osterno, Supervisora do NUORG/CODAS e Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora da COVAC. Pela representação dos municípios compareceram os seguintes Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio R. Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Maria Nizete Tavares Alves, de Crato; Eduardo Rocha, de Canindé; Rogério Teixeira de Umirim; Rodrigo Carvalho Nogueira, de Dep. Irapuan Pinheiro, José Policarpo A. Barbosa, de Maranguape e Ana Márcia Rosa Pinto, de Tianguá. Como convidados: Benedita de Almeida da CERES de Quixadá; Claudinelle Aragão, Ana Paula Duarte Cavalcante e Ana Cybele Peixoto, do Serviço Residencial Terapêutico de Icó; Andreia Aguiar, da CERES de Camocim; Adail Afrânio da CERES de Acaraú; Islene F. Rosa da Sec. Saúde de Fortaleza; Luzia Cunha da 9ª CERES, Francisco Marcelo Dias, Sec. de Saúde de Itapiúna e Maria do Socorro Chiliares, da SMS de Sobral. A assembléia foi presidida por Vera Coelho que começou os trabalhos com a apresentação do **Item 1 - Discussão e Definição dos Municípios a serem beneficiados com a implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional (04 novos Centros definidos pela Portaria GM/Nº 1.068/2005)**. Esclareceu que a Portaria GM/MS/Nº1.068/2005 que amplia e fortalece a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, no SUS, estava suspensa pelo atual Ministro da Saúde, mas segundo informações de técnicos do Ministério tem grande possibilidade de ser mantida. Informa que essa Norma acresce para o Ceará, quatro (4) novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, além dos quatro já habilitados, respectivamente em Horizonte, Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza, sendo que os três primeiros, embora tenham características de Centro Regional, são de abrangência municipal e portanto deverão se adequar à referida Portaria para se classificarem como Centros Regionais de Saúde do Trabalhador. Quanto ao Centro de Referência de Fortaleza, informou que o mesmo é classificado como Centro Estadual e está sob gerenciamento da SESA, necessitando de alguns ajustes para se manter nessa classificação. Disse que na última avaliação feita pelo MS para a regularização da situação desses serviços o CEREST de Horizonte foi elogiado pela perfeita adequação de sua estruturação e operacionalidade às Normas e considerado como modelo a ser seguido pelo Estado do Ceará na implantação de outros Centros dessa natureza. Vera acrescentou que para se caracterizar no perfil de Centro Regional, segundo essa nova Portaria, já que não vão mais existir Centros de Referência em Saúde do Trabalhador com abrangência municipal, o Centro de Referência de Horizonte, assim como os de Sobral e Juazeiro terão que expandir a abrangência do Centro a outros municípios. Sobre a localização dos quatro (4) novos CEREST, afirmou que a CIB terá que decidir sobre os critérios que servirão de base para a localização dos mesmos e a forma como os municípios poderão se candidatar para ocupar as 4 vagas do Estado. Vera comentou que Fortaleza já demonstrara interesse em implantar 3 CEREST, um dos quais já estaria em fase de estruturação bastante avançada, mas colocou para a plenária a definição de localização dos quatro Centros. Dr. Jurandi argumentou que considerando a proporção de (1) um CEREST para um milhão de habitantes a distribuição requer que se considere algumas variáveis que justifiquem a implantação desse Serviço, tendo-se o cuidado de não centralizar o atendimento. Diz que se for decidido que um ficará na Capital, este deve ser localizado de forma a atender à Macrorregião e que os demais devem ser distribuídos de forma justa e equânime. Vera informou que o Centro Estadual não tem a mesma função dos Centros Regionais e portanto para equilibrar o atendimento nas três Macrorregiões é preciso que seja implantado um Centro Regional em Fortaleza. Dr. Policarpo coloca a concentração industrial como o critério fundamental a ser considerado para a alocação dos Centros e diz não entender porque Maracanaú desistiu de sediar esse tipo de Serviço, deixando descoberto o distrito industrial e os municípios adjacentes. Dr. Mário Lúcio diz que Horizonte ao implantar o CEREST que seria de Maracanaú assumiu a

55 responsabilidade pelo atendimento das populações trabalhadoras dos municípios de Maracanaú,
56 Maranguape e dos demais localizados naquelas proximidades, e manifestou o interesse em
57 implantar um CEREST no Eusébio para atender as demandas no trajeto da CE 040, desde Eusébio
58 até Aracati. A Orientadora da 8ª CERES, propôs uma vaga para o município de Quirerambim,
59 alegando que esse município já tivera o pedido de implantação de um CEREST aprovado na
60 CIB/MR e teria perdido a vaga para Horizonte, enquanto **Rodrigo** SMS de Dep. Irapuan Pinheiro
61 chamou a atenção para a necessidade da assistência ao trabalhador rural mas sugeriu o critério de
62 escolha por Microrregião, e colocou a possibilidade de um dos Centros ser implantado na
63 Microrregião de Iguatu **Dra. Vera** colocou que a função dos CEREST não se restringe à
64 assistência, e falou da importância da organização e estruturação da assistência de média e alta
65 complexidade em que o papel dos CEREST é fundamental para resolver os problemas e agravos à
66 saúde do trabalhador incluindo os acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, as quais
67 enumerou, assim como as atribuições do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, de âmbito
68 Regional relacionadas na Portaria Ministerial em apreço. Assegurou que a responsabilidade
69 atribuída aos Centros Regionais exige maior rigor na definição dos critérios de alocação desses
70 Centros e reforça a necessidade da readequação dos Centros existentes, cujo elenco de
71 responsabilidades é menor do que o dos Centros Regionais. Por isso, propõe que Fortaleza continue
72 a reestruturar o Centro que já iniciou, ficando a alocação das demais vagas à espera da definição
73 dos critérios estabelecidos pela CIB. **Dr. Mário Lúcio** não concorda com a garantia prévia da vaga
74 de Fortaleza, alegando que esse município nunca consultou a CIB sobre essa intenção e nem
75 comunicou que estaria estruturando um CEREST. Continuando a sua análise, Mário Lúcio admite
76 que talvez os quatro CEREST devessem mesmo ficar com Fortaleza que segundo o mesmo, tem
77 uma grande população de trabalhadores, e considerando também a dificuldade para os demais
78 municípios em assumir um grande volume de responsabilidades e custo de manutenção com
79 recursos financeiros de apenas R\$ 30.000,00 (trinta mil reais). Propôs que se estudem os critérios
80 que devem ser estabelecidos para a implantação dos CEREST e que o Estado solicite ao Ministério
81 a ampliação de mais Centros de Referência em Saúde do Trabalhador para o Ceará. **Dr. Jurandi**
82 recomenda que os Centros sejam implantados onde houver garantia de funcionamento. **Vera**
83 sugeriu a formação de uma Comissão para estudar e definir os critérios de alocação dos CEREST.
84 **Mário Lúcio** concorda mas acha que para agilizar o processo a Comissão deve estudar já as
85 propostas dos municípios que tiverem interesse em sediar esse Serviço e assegura a divulgação da
86 Portaria GM/Nº1.068/2005 em questão e das decisões dessa Bipartite sobre a discussão em curso,
87 através do “Linha Direta” do COSEMS, a ser providenciado o mais rápido possível. **Vera**
88 complementou que a Comissão Bipartite deve analisar as propostas municipais e selecionar as que
89 atenderem as exigências da Portaria para apreciação da CIB. Em seguida foram indicados os
90 componentes da referida Comissão que ficou constituída pelos seguintes Secretários: José Neto, de
91 Horizonte, Eduardo, de Canindé e Rogério Teixeira, de Umirim, e pelos técnicos da SESA: Arlete,
92 do NUNAS, e Lúcia Sales da Vigilância Sanitária/COVAC. Mário Lúcio reiterou o convite para a
93 realização da CIB do dia 26 de agosto de 2005 em Guaiuba e propôs que a definição da alocação
94 dos CEREST fosse apreciada nessa reunião. Considerando que as discussões deste ponto de pauta
95 estavam concluídas, Dra. Vera passou para o item seguinte: **Item 2 – Discussão e Deliberação**
96 **sobre as Coberturas Vacinais da 1ª Etapa da Campanha Contra Pólio.** Disse que o assunto diz
97 respeito à preocupação do Estado com as coberturas vacinais levantadas até maio deste ano, cuja
98 avaliação demonstra que muitos municípios não conseguiram a cobertura vacinal acima de 95%, e
99 informa que, dos 184 municípios apenas 98 conseguiram esse parâmetro, mas com homogeneidade
100 de 53%, quando o ideal seria 100%, notadamente nas vacinas contra pólio. Apresentou o
101 levantamento por Microrregiões destacando as que tiveram o menor número de municípios com o
102 índice de cobertura vacinal superior a 95% ,como Fortaleza, Caucaia, Canindé, dentre outras.
103 Afirmou que a meta estabelecida em função do censo divulgado pelo IBGE não se constitui fator
104 responsável pelos resultados apurados, já que os mesmos apresentam índices baixos desde 2002,
105 2003 e 2004. Comentou que muitos municípios embora discordem dos números do IBGE não
106 apresentam um trabalho técnico para correção da disfunção, porque não é vantagem para o
107 município a redução populacional, em função da alíquota do FPM. Disse que o técnico do
108 município ao verificar a diferença na população deve fazer a contagem através dos registros

109 adequados, no sentido de mostrar que a estimativa do IBGE não está correta e poder solicitar àquele
110 órgão federal a recontagem da sua população infantil, mas recomenda que não se pode utilizar os
111 ACS nesse levantamento, pois estes participam da ação em avaliação. **Rodrigo** de Dep. Irapuan
112 Pinheiro atribui a baixa cobertura à falta de orientação dos técnicos dos municípios, em particular,
113 os da Região do Iguatu, e propôs uma ação mais constante e mais incisiva da força tarefa da SESA
114 nesse processo. **Carmem** informou que de setembro a dezembro de 2003 a SESA (NUORG e
115 Imunização) teria treinado todos os enfermeiros dos municípios de dezessete Microrregionais.
116 Relatou que em visita a alguns municípios das Regionais de Limoeiro e Russas constatara
117 divergências em relação ao SINASC, à meta do IBGE e à cobertura vacinal, motivada segundo a
118 mesma, por uma prática de cunho político utilizada por ocasião do Censo, em que muitos
119 municípios adentram a municípios vizinhos, deturpando a veracidade dos dados populacionais, não
120 sendo possível, portanto se chegar a um resultado coerente em relação às três variáveis e afirmou
121 que enquanto não houver uma discussão mais profunda sobre esses dados censitários, envolvendo
122 as Regionais da SESA e os Municípios não haverá condição de se elaborar uma avaliação da real
123 situação vacinal do Estado. Inquirida sobre o agendamento do grupo tarefa para orientar os
124 municípios nessa atividade, **Carmem** disse que recebera solicitação apenas de Maracanaú e estaria
125 naquele momento sendo feito o contato com o referido município para definição das áreas a serem
126 trabalhadas. **Dr. Mário Lúcio** concorda com Rodrigo quando este afirma que não há justificativa
127 para os baixos resultados da imunização e coloca que o problema não é apenas nos dados de vacinas
128 mas também em outros indicadores do Pacto da Atenção Básica e conclama os gestores para uma
129 discussão profunda sobre os vários problemas da saúde, enfatizando as questões que envolvem a
130 gestão, o papel e responsabilidades do gestor, e pede a participação da SESA nessa discussão. Dra.
131 Vera registra o convite e confirma que nos próximos encontros Macrorregionais será feita uma
132 avaliação parcial do Pacto da Atenção Básica. **Dr. Jurandi**, reforça a necessidade de se colocar de
133 forma clara e corajosa as deficiências do Sistema decorrentes do mau gerenciamento dos
134 programas, entre os quais destacou o PACS, o PSF, os CAPS e o combate à Dengue e chama
135 atenção para a falta de compromisso com as responsabilidades assumidas. Dr. **Policarpo** fez
136 observação sobre a abordagem do Secretário de Saúde do Estado quanto aos problemas dos CAPS e
137 propõe que se coloquem mais profissionais no mercado através da especialização de psiquiatras em
138 CAPS. Houve uma discussão sobre a alocação de recursos humanos nos CAPS tendo o **Dr. Mário**
139 **Lúcio** solicitado que fosse revista a proposta de trazer o Coordenador de Saúde Mental do
140 Ministério para uma discussão mais profunda da situação desses Serviços no Ceará. Encerrada a
141 discussão, Vera prosseguiu os trabalhos com a apresentação do **Item 3 – Apreciação do**
142 **Projeto/Ação de Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem**
143 **do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Crato.** Esclareceu que o Projeto de
144 Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem do Pólo de Educação
145 Permanente em Saúde do Crato, já havia sido analisado e discutido no Pólo de Educação
146 Permanente em Saúde do Crato. Disse que o mesmo fora avaliado pelo Núcleo de Políticas de
147 Recursos Humanos da SESA e que estava fundamentado em critérios normativos conforme
148 estabelece a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Com essas informações
149 submeteu a Proposta à consideração da Plenária da CIB, colocando também que o PEPS do Crato,
150 na avaliação da COPOS, é o que tem apresentado o melhor funcionamento dentre os demais, e
151 destacou o trabalho da Secretária Executiva do Pólo, Vera Lúcia Soares, como responsável por esse
152 resultado. Comentou sobre a situação dos Polos de Quixadá, Sobral e Fortaleza, chamando atenção
153 para os pontos que precisam ser implementados em cada um deles. A CIB aprovou o Projeto/Ação
154 de Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem do Pólo de Educação
155 Permanente em Saúde do Crato, conforme apresentado. Outro ponto colocado para apreciação da
156 Bipartite foi o **Projeto para Estruturação da Secretaria Executiva do Pólo de Educação**
157 **Permanente de Quixadá** Informou que o mesmo já havia passado na CIB e encaminhado ao
158 Ministério da Saúde mas teria retornado apenas para correção da Resolução que por exigência da
159 SGTES deveria conter a especificação detalhada do Projeto. A Plenária da CIB autorizou a emissão
160 de nova Resolução, com as especificações do Projeto, conforme exigido pelo MS. **Item 4 –**
161 **Apreciação do Pedido de Cadastramento do Serviço Residencial Terapêutico de Icó.** Vera
162 informou que o município de Icó já havia recebido o incentivo de implantação do Serviço

163 Residencial Terapêutico de que trata a Portaria GM/Nº 246 de 17 de fevereiro de 2005 e que de
164 acordo com o parecer Técnico da SESA o Serviço estaria com o Alvará de Funcionamento liberado,
165 portanto apto a ser cadastrado. Informou que esse seria o segundo SRT instalado no Ceará, vez que
166 já existe um em funcionamento no município de Sobral. Sem maiores comentários a **Comissão**
167 **Intergestores Bipartite do Ceará** aprovou o credenciamento do Serviço Residencial Terapêutico
168 do município de Icó. **Item 5 - Apreciação dos pedidos de Implantação de Centros de**
169 **Especialidades Odontológicas, de acordo com a Portaria GM/Nº283 de 22 de fevereiro de**
170 **2005.** Vera apresentou à Plenária os pedidos dos municípios de Monsenhor Tabosa, Penaforte e
171 Redenção para implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas CEO - Tipo I, todos
172 com parecer favorável da Supervisão de Saúde Bucal da SESA. Colocou ainda os pedidos de
173 implantação do CEO tipo I de Camocim e CEO tipo II de Forquilha, que estavam aguardando o
174 parecer da área da Saúde Bucal e pediu aprovação para os pleitos em apreço. A CIB aprovou o
175 pedido de implantação dos CEO tipo I dos municípios Monsenhor Tabosa, Penaforte e Redenção
176 enquanto os pleitos de Camocim e Forquilha, foram aprovados por ad referendum desse Colegiado.
177 **Item 6 -Apreciação do pedido de Maracanaú para proceder pagamento administrativo por**
178 **débito decorrente de erro de processamento de APAC de TRS.** Vera apresentou a solicitação do
179 Secretário de Saúde Maracanaú para proceder o pagamento administrativo à Clínica de Doenças
180 Renais e Hipertensão Arterial Ltda – Rim Centro, referente ao débito no valor de R\$ 9.157,93 (
181 nove mil, cento e cinquenta e sete reais e noventa e três centavos), gerado por erro de
182 processamento de APAC's de TRS em agosto de 2004. Informou que a COVAC, em seu Relatório e
183 Parecer, constata o déficit e se pronuncia favorável ao pleito do gestor de Maracanaú, e ainda
184 informa que o referido município dispõe dos recursos financeiros provenientes do FAEC para o
185 pagamento do débito em apreço. Em face disso a CIB autorizou o gestor de Maracanaú a proceder o
186 **pagamento administrativo** no valor de R\$ 9.157,93 (nove mil, cento e cinquenta e sete reais e
187 noventa e três centavos), à Clínica de Doenças Renais e Hipertensão Arterial Ltda – Rim Centro de
188 Maracanaú. **Item 7 - Qualificação de Equipes no Âmbito do PSF.** Vera apresentou os pleitos de
189 qualificação de Equipes de Saúde da Família e Acréscimos ao PACS conforme segue: **Equipes de**
190 **Saúde da Família:** Uma (1) para Cascavel; Uma (1) para Paramoti, Três (3) para Icó e Quatro (4)
191 para Eusébio. **Equipes de Saúde Bucal:** Uma (1) para Tejuissuoca; Duas (2) para Apuiarés; Uma
192 (1) para Itapipoca; Uma (1) para Barreira; Uma (1) para Aratuba; Três (3) para Nova Olinda; Uma
193 (1) para Acaraú e Seis (6) para Ipú. A CIB aprovou as qualificações das Equipes de Saúde da
194 Família e de Saúde Bucal, conforme parecer favorável da CODAS/NUORG e NUNAS/Saúde
195 Bucal. **Item 8 - Certificação em Vigilância à Saúde do município de Lavras da Mangabeira .**
196 **Dra. Vera** consultou a plenária quanto à inclusão na pauta em curso, da proposta de Certificação
197 do Município de Lavras da Mangabeira para as Ações de Vigilância em Saúde, considerando o
198 Parecer Técnico favorável da Comissão de Descentralização e o interesse do gestor em assumir esse
199 compromisso junto ao Sistema Único de Saúde. A CIB aprovou o pedido de Certificação do
200 município de Lavras da Mangabeira para realizar as ações de Vigilância à Saúde. **Item 9 -**
201 **Credenciamento do HIAS como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatolo-**
202 **Ortopedia.** Dra. Lilian, com a palavra, lembrou que a CIB havia aprovado em reunião passada a
203 composição da Rede Estadual de Atenção de Alta Complexidade em Traumatolo-Ortopedia e na
204 ocasião o Hospital Infantil Albert Sabin não fora incluído porque não havia se adequadado aos
205 procedimentos exigidos pelo MS. Disse que a COVAC realizara nova vistoria naquela Unidade,
206 sendo constatado que todas as pendências estavam resolvidas e portanto, o hospital estaria apto a
207 integrar a referida Rede, se propondo a atender às áreas de **coluna e ortopedia infantil**. Afirmou
208 ainda, que não havia a certeza do cadastramento isolado do conjunto “coluna”, mas solicitou a
209 aprovação da CIB para ampliar a Rede Estadual de Atenção de Alta Complexidade em Traumatolo-
210 Ortopedia incluindo o HIAS nos dois procedimentos, **coluna e ortopedia infantil**. Sem discussões
211 a CIB aprovou a inclusão do Hospital Infantil Albert Sabin na Rede Estadual de Atenção de Alta
212 Complexidade em Traumatolo-Ortopedia com os procedimentos: conjunto coluna e ortopedia infantil.
213 **INFORMES:1º) Portaria GM/Nº 1.059 de 4 de julho de 2005 – destina incentivo financeiro**
214 **para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o**
215 **Alcool e outras Drogas -CAPSad.** Disse que essa Portaria que também está suspensa
216 temporariamente, beneficiaria com recurso adicional, concedido numa parcela única de R\$

217 50.000,00 para compra de insumos, os CAPSad em municípios com população acima de 100.000
218 habitantes. No caso do Ceará os CAPSad que se adequam a esse critério seriam os Sobral, Caucaia
219 e Juazeiro do Norte. 2º) **Portaria GM/Nº 1.063 e Portaria GM/Nº 1.069 de 4 de julho de 2005** –
220 **Vera** informou que a Portaria GM/Nº 1.063/2005 define critérios, normas e requisitos para a
221 implantação e credenciamento de CEO e cria o CEO tipo III, que equivale ao CEO tipo I do Estado
222 o qual vem justamente resolver o problema da credenciamento deses Serviços junto ao MS, já que
223 antes não era favorável ao Estado, cujo CEO tipo I é composto de 7 cadeiras odontológicas. Disse
224 que a referida Portaria está suspensa por 30 dias pelo novo Ministro mas espera que ela seja
225 mantida pois a mesma vem ao encontro à Política do Estado em relação à estrutura do CEO tipo I.
226 Já a Portaria GM/Nº 1.069/2005, que também está temporariamente suspensa altera o financiamento
227 do CEO Tipo I para R\$ 79.200,00; do CEO Tipo II para, R\$ 105.600,00 e estabelece para o CEO
228 Tipo III, R\$ 184.800,00 Já para a implantação, os valores ficam em R\$ 40.000,00 para o CEO Tipo
229 I; R\$ 50.000,00 para o CEO Tipo II e R\$ 80.000,00 para o CEO Tipo III. Não houve alteração para
230 o Laboratório de Próteses. 3º) **Portaria GM/Nº 1.065 de 4 de julho de 2005- cria os Núcleos de**
231 **Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a**
232 **resolubilidade da Atenção à Saúde.** Informou que essa Portaria, suspensa, temporariamente, cria
233 a Política dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família mas não foi editada a Portaria que
234 define o financiamento. Disse que para os gestores, cujos municípios tem população acima de
235 40.000 habitantes e que pretendem implantar esses Núcleos é importante conhecerem a Portaria
236 acima para que, logo que a mesma seja liberada, estejam com os projetos prontos para serem
237 analisados neste Colegiado. 4º) **Informes sobre a questão do Concurso Público para o PSF e**
238 **sobre a situação dos ACS.** Antes de encerrar a reunião Dr. Mário Lúcio parabenizou a SESA pela
239 implantação dos sistemas de som, áudio e vídeo para as reuniões da CIB e do CESAU, e disse que
240 num futuro bem próximo as pessoas poderiam assistir as reuniões desse Colegiado nos 23 CENTEC
241 existentes no Estado. Pediu que os membros da CIB fizessem um esforço para começar as reuniões
242 no horário marcado, em atenção aos que se deslocam de longe e tem que voltar às vezes no mesmo
243 dia. Por fim solicitou ao Dr. Jurandí dois relatos para os gestores que estão preocupados com as
244 questões: Agentes de Saúde e Concurso Público para o PSF. Sobre o Concurso Dr. **Jurandi** disse
245 que a Comissão Organizadora teria informado que já houvera a adesão de 87 municípios e estava
246 prevendo fechar naquela data em 105 municípios e que havia decidido ampliar o prazo de inscrição
247 por mais cinco dias para possibilitar a inclusão de municípios que ainda estavam em processo de
248 apuração das leis, e disse que apenas 18 municípios infomaram que não iriam participar do
249 Concurso. Sobre os Agentes de Saúde informou que teria participado de uma Assembléia de todos
250 os ACS do Ceará, onde houve uma boa representação desses profissionais, de políticos como
251 Deputados, Vereadores, alguns Prefeitos e Vice Prefeitos, os quais se manifestaram a favor da
252 estadualização dos ACS. Em face disso afirmou que foram suspensas as Portarias de Repasse, o
253 Pacto de Gestão e que o Estado está agindo com insegurança pois não sabe que rumo tomar com
254 esse novo Ministério. Disse que os colocara a par de algumas realidades, tais como o não
255 cumprimento da vacina em 125 municípios e o não cumprimento por Prefeituras com a sua
256 obrigação com os Agentes Comunitários de Saúde. Ficou marcada uma reunião para o dia 29 de
257 julho com o Procurador, Dr. Cláudio Meireles, APRECE, COSEMS, o Estado, a Federação e a
258 Promotoria de Justiça. Com vistas a se tirar esse problema do plano político e conduzi-lo para uma
259 discussão técnica. **Vera** lembrou que tem que ficar explícito em Edital que os recursos financeiros
260 a serem destinados para o pagamento dos profissinais do PSF são provenientes do PAB fixo e do
261 PAB variável. **Mário Lúcio** disse que na última reunião da Comissão do Concurso em que ele
262 esteve presente viu todas as Leis sobre o assunto, e nenhuma fazia referência a essa recomendação,
263 mas que os servidores concursados seriam pagos com as receitas próprias do Orçamento Municipal.
264 Falou de outros dispositivos existentes em alguns Editais que para ele estão totalmente equivocados
265 e diz que é preciso que se faça uma revisão desses instrumentos para evitar que os municípios
266 venham sofrer sérios problemas com esse concurso. Nada mais havendo a tratar a CIB deu a
267 reunião por encerrada tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a Ata que vai assinada pelos membros da
268 Bipartite, presentes. Fortaleza, quinze de julho de dois mil e cinco.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 11ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005**
3
4

5 Aos doze dias do mês de agosto do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos, na sala
6 de reuniões do CESAU, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante
7 Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 11ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão
8 Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a
9 SESA, Vera Coelho e Graça Barbosa, Coordenadoras da COPOS; Ismenia Maria Ramos e Antônio
10 Paulo de Menezes, técnicos do NUPLA; Carmem Lúcia Osterno, Supervisora do NUORG/CODAS
11 e Diana Carmem Oliveira e Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadoras da COVAC. Pela
12 representação dos municípios compareceram os seguintes Secretários Municipais de Saúde: Mário
13 Lúcio R. Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Nizete Tavares Alves, de Crato;
14 Eduardo Rocha, de Canindé; Rodrigo Carvalho Nogueira, de Dep. Irapuan Pinheiro, José Policarpo
15 A. Barbosa, de Maranguape; Arnaldo Costa Lima, de Sobral e Manoel Dias Fonseca Neto, de
16 Beberibe. Como convidados: Rita de Cássia Leitão e Michelle O.Lima, da 3ª CERES; Jacqueline
17 Cavalcante, da UECE; Maria Ivone Ferreira Melo de Quixeramobim; Antônio Coutinho e Adriano
18 Parente, de Crato; Lúcia Helena Gondim da 1ª CERES; Sandra Regina Rocha, de Cruz e Rita
19 Erotildes Maranhão, da ESP/CE. A assembléia foi presidida por Vera Coelho que após
20 cumprimentar os presentes começou os trabalhos comunicando sobre a inclusão na pauta dos
21 assuntos relativos a Cadastramento de CAPS e transferência de pacientes de hemodiálise da Região
22 do Cariri. Em seguida anunciou o **Item 1 – Revisão do Termo de Compromisso da Atenção**
23 **Básica**. Sobre o tema em pauta, esclareceu tratar-se de solicitação do Presidente do COSEMS, com
24 vistas a se proceder um processo de discussão e tomada de decisão sobre o Termo de Compromisso
25 da Atenção Básica, na CIB. Em seguida passou a palavra a Dra. Carmem Supervisora do NUORG/
26 da Atenção Básica para apresentar o assunto. **Carmem** explicou que o TC em apreço fora
27 aprovado em 2003 mas necessitava de ajustes, em função das alterações normativas da NOAS/02 e
28 da Portaria do MS Nº 2.023 de 2004. Disse que não estava com o resultado da revisão concluído, e
29 propôs encaminhar a matéria revisada ao COSEMS e adiar a discussão para a próxima Bipartite.
30 **Vera** colocou a proposta em discussão. **Dr. Mário Lúcio** argumentou que o Termo de
31 Compromisso em questão que fora enviado aos municípios continha alguns aspectos que deveriam
32 ser reformulados, tanto pelas inadequações de ordem normativa, quanto em relação à terminologia
33 em desuso no Sistema Único de Saúde, disse que essas disfunções teriam sido observadas por
34 gestores de algumas regionais, que em virtude disso formularam propostas de alteração entre as
35 quais a proposta da Micro do Iguatu que segundo o Presidente do COSEMS, se adequa às
36 expectativas dos municípios. Propôs que fosse feita uma avaliação pela SESA, através da Atenção
37 Primária e no caso de haver sugestões de alteração que os pontos divergentes fossem discutidos e
38 deliberados ainda naquela reunião. Com a anuência de todos o documento foi repassado para a Dra.
39 Carmem Osterno, Supervisora da Atenção Primária que se retirou para analisar a proposta do
40 Termo de Compromisso pactuada no Iguatu e momentos depois retornou afirmando que a SESA
41 concordara com o documento em todas as suas sugestões. Assim, a CIB aprovou o Termo de
42 Compromisso da Atenção Básica apresentado pelo COSEMS, na íntegra. **Item 2 – Adesão dos**
43 **Municípios de Aracati, Beberibe e Fortim às Ações de Média Complexidade em VISA..**
44 **Dra.Vera** colocou para a Plenária os pleitos dos municípios de **Aracati, Beberibe e Fortim**,
45 informando que a Equipe de Supervisão do Núcleo de Vigilância Sanitária – NUVIS, em parceria
46 com as CERES às quais os municípios estão vinculados, após avaliação do funcionamento dos
47 serviços de Vigilância Sanitária constataram que os municípios citados apresentam todos os
48 requisitos para habilitação e estão aptos a assumirem as responsabilidades pelas ações de média
49 complexidade em Vigilância Sanitária. Sem discussão a CIB/CE aprovou a Adesão dos Municípios
50 de **Aracati, Beberibe e Fortim** às Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária. **Item 3**
51 **– Apreciação do Projeto Curso Básico em Saúde da Família do Pólo de Educação Permanente**
52 **em Saúde do Crato**. **Vera** esclareceu que todos os projetos das instituições de ensino vinculadas
53 aos Pólos de Educação Permanente em Saúde, após serem acordados nos PEPS são submetidos à
54 aprovação da CIB, como foi procedido com o **Curso Básico em Saúde da Família do Pólo de**

55 **Educação Permanente em Saúde do Crato**, em pauta. Informou que esse Curso será ministrado
56 pela Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte e tem como público alvo, os profissionais que
57 atuam no Programa de Saúde da Família, das Regionais de Saúde de Crato, Juazeiro do Norte,
58 Brejo Santo, Icó, Iguatu e Tauá. Está orçado em R\$ 41.400,10 (quarenta e um mil, quatrocentos
59 reais e dez centavos) e previsto para capacitar 350 participantes, divididos em cinco turmas de 70
60 profissionais, com carga horária de 40 horas. Abertas as discussões, **Rodrigo**, do município de Dep.
61 Irapuan Pinheiro, questiona a centralização do Curso e destaca as dificuldades de acesso e despesas
62 para os funcionários dos municípios da Região do Iguatu. Dr. **Mario Lúcio** fala da importância da
63 participação dos gestores nas discussões dos PEPS e endossa a opinião do Rodrigo no que diz
64 respeito a descentralização do Curso. Entende que a CIB deva aprovar o Projeto do Curso em pauta,
65 considerando a participação e acolhimento por grande parte dos gestores das regionais envolvidas,
66 mas propõe que se solicite à Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte a possibilidade de ampliar
67 esse Projeto com a inclusão de mais uma turma a ser capacitada em Iguatu ou descentralizar uma
68 das cinco turmas desse Curso já estruturado para o referido município. Chamou atenção para a
69 necessidade da abrangência desse Curso a muitos profissionais das Equipes de Saúde da Família
70 que ainda não o fizeram, embora seja uma exigência do MS para a inclusão do profissional nas
71 Equipes de PSF. Dra. **Vera** sugeriu que se faça contato com a Shirley, técnica do Iguatu, que
72 participou da reunião do Pólo onde foi aprovado o referido Projeto, para que a mesma consulte a
73 Coordenação do Curso sobre a possibilidade de deslocar uma das turmas para capacitação no
74 município de Iguatu, caso este ofereça estrutura para a realização do evento. **Arnaldo** chamou
75 atenção da CIB para uma possível polarização nas decisões dos Pólos, considerando o
76 encaminhamento de demandas à Bipartite, com posições definidas, mas sem apresentar as
77 justificativas. **Vera** disse que todas essas recomendações serão consideradas e levadas ao
78 conhecimento dos Pólos, mas assegurou que a decisão da centralização do curso em Juazeiro do
79 Norte não fora da instituição de ensino mas do Colegiado, com a participação da maioria dos
80 municípios que constituem o Pólo. Finalizou colocando a deliberação sobre o Projeto em apreço
81 para a Plenária da CIB/CE que decidiu pela aprovação do **Projeto do Curso Básico em Saúde da**
82 **Família (Introdutório)** do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Crato, com a recomendação
83 de que o mesmo seja descentralizado em, no mínimo uma turma para o Iguatu. **Item 4 –**
84 **Apreciação do Projeto “Curso à Distância em Mortalidade Infantil”** Antes da apresentação,
85 Dra. **Vera** informou que o Curso à Distância em Mortalidade Infantil, constante da pauta, não
86 integra a programação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. O mesmo teria sido
87 estruturado pela SESA, em 2002, que não o executou na época, por falta dos recursos necessários à
88 sua realização. Disse que, ao assumir a responsabilidade da Operação SWAP – Sector Wide
89 Approach (estratégia de financiamento do Banco Mundial que significa Abordagem Setorial
90 Abrangente), o Estado estaria aplicando recursos próprios para a realização do evento em apreço,
91 que juntamente com a Residência Multiprofissional Família e o Curso Técnico de Agentes
92 Comunitários de Saúde, fazem parte do Plano Estratégico do Setor Saúde na Operação SWAP, e
93 cuja realização ficou a cargo da Escola de Saúde Pública do Ceará. Em seguida passou a palavra a
94 Dra. Rita Maranhão para a apresentação do Projeto. A técnica da ESP iniciou a exposição do Projeto
95 do Curso à Distância em Mortalidade Infantil, informando que o mesmo havia sido iniciado há dois
96 anos com a realização de dois módulos, e que por falta de recursos financeiros não tivera
97 continuidade. Disse que se trata do **Curso de Atualização à Distância em Estratégias para a**
98 **Redução da Morbi-Mortalidade Infantil – CADERMI**, cuja realização é sempre de grande
99 interesse dos gestores municipais. Em seguida expôs, através de slides, as especificações do Projeto,
100 cujo objetivo seria capacitar médicos e enfermeiros que atuam nas Equipes do Programa de Saúde
101 da Família e na Rede Básica de Saúde do Estado, nos municípios com Taxa de Mortalidade Infantil
102 acima de 25/1000 nascidos vivos. Disse que o conteúdo programático foi estruturado com base nas
103 seguintes unidades sequenciais: (Introdução à Saúde da Família, Organização de Unidade Básica de
104 Saúde da Família, Atenção à Saúde da Gestante, Atenção à Saúde da Criança, Promoção da Saúde
105 da Criança e da Mulher, e Vigilância à Saúde à Saúde da Criança e da Mulher). Afirmou ainda que
106 o projeto tem como meta capacitar 700 profissionais com a orientação de 35 tutores, na proporção
107 de um tutor para cada 20 alunos. Utilizará metodologia centrada no estudante e no estímulo à
108 aprendizagem auto-dirigida, com adaptação da Aprendizagem Baseada em Problema (Problem-

109 based Learning – PBL) e baseado na Educação à Distância (EAD). Citou os meios e instrumentos
110 didáticos a serem utilizados, os Recursos Humanos e Materiais e o Orçamento, o qual seria de R\$
111 698.375,70 (seiscentos e noventa e oito mil, trezentos e setenta e cinco reais e setenta centavos).
112 Abertas as discussões, Dr. **Fonseca** questionou o conteúdo do Curso, e expressou a preocupação
113 com o custo benefício do empreendimento em relação às estatísticas de mortalidade perinatal, e
114 propõe um maior aprofundamento do conteúdo, de forma a que se concluam se os resultados
115 justificam ou não a aplicação daquele investimento. Dr. **Arnaldo** corrobora com o pensamento do
116 Dr. Fonseca e afirma que é obrigação do gestor evitar que os índices de mortalidade infantil
117 ultrapassem o patamar de 25/1000 nascidos vivos. Dr. **Mário Lúcio** perguntou se há outras
118 propostas referentes a esse projeto e disse que, no caso de existirem, que fossem apresentadas à
119 CIB de forma completa, com vistas a se analisar a coerência com a política global da saúde do
120 Estado. Dra. **Vera** se desculpou por não haver apresentado o Plano Estratégico do Setor Saúde do
121 Estado do Ceará referente à Operação SWAP e disse que poderia apresentar o mesmo na próxima
122 reunião da CIB/CE, em Guaiúba. Quanto ao conhecimento do Plano Estratégico do Setor Saúde do
123 Estado do Ceará, Dra. **Diana** informou que estão sendo enviadas aos gestores municipais e aos
124 dirigentes de hospitais, correspondências relacionadas ao referido Plano, com vistas à elaboração
125 dos Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares. Afirma que estes últimos são uma exigência do
126 Banco Mundial, para a preservação do meio ambiente. Disse que essas correspondências são
127 encaminhadas com ofício do Secretário Estadual que solicita o apoio dos gestores à elaboração do
128 Plano de Gestão de Resíduos Hospitalares. Acrescentou que os hospitais pólos serão alvo de um
129 estudo investigativo para avaliação pelo Banco Mundial quanto à implantação, nessas unidades, da
130 política de proteção do meio ambiente. Dra. **Vera** deu outros esclarecimentos sobre a proposta do
131 Estado para a realização do Curso, e informou que o Curso em apreço havia sido amplamente
132 discutido na Escola de Saúde Pública do Ceará e fora definido pelo Estado como uma atividade
133 prioritária para a redução da Mortalidade Infantil. E disse que a metodologia da proposta é coerente
134 com a desenvolvida pelo PEPS. Respondendo indagações sobre a pertinência ou não da realização
135 do Curso, **Vera** afirmou que antes de desenvolver o processo de capacitação nos PEPS a SESA
136 deverá realizar reunião com gestores dos 57 municípios envolvidos para discutir sobre a pertinência
137 da realização do evento, já com as contribuições da revisão de conteúdo proposta pela plenária.
138 Nesse sentido, sugeriu que o Dr. Fonseca fosse indicado pelo COSEMS como o representante dos
139 gestores nessa revisão considerando ser ele uma das pessoas que tem uma atuação prática e direta
140 nessa área, sem descartar a possibilidade de outros profissionais que tivessem interesse em
141 participar desse trabalho de aprofundamento dos conteúdos do Curso. Chamou atenção, no entanto,
142 para o cumprimento dos indicadores do Plano, principalmente aqueles considerados como
143 indicadores de desembolso, que funcionam como um gatilho para a liberação dos recursos, que é o
144 caso da Internação por Diarréia em Criança Menor de Cinco Anos, cujo alcance da meta será
145 decisivo para a liberação dos recursos das demais atividades do Plano. Dr. **Arnaldo** se colocou à
146 disposição da CIB para analisar os conteúdos, mas propôs que isso pudesse ser feito através de
147 correio eletrônico. **Vera** encerrou a apresentação do item de pauta em apreço, afirmando que as
148 questões levantadas nesse debate seriam postas para o Secretário Estadual e solicitou ao Presidente
149 do COSEMS para participar desse outro momento de discussão do assunto. Agradeceu a presença
150 das técnicas das ESP/CE e passou para a apresentação do **Item 5- Apreciação dos Projetos de**
151 **Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas**. Colocou para a plenária os pedidos de
152 implantação de Centros de Especialidades Odontológicas CEO Tipo I, sendo um (1) para o
153 município de Tamboril, cuja solicitação fora aprovada pela CIB/MR, e outro para o município de
154 Ipú, cuja implantação foi considerada como uma das necessidades para reestruturação dos serviços
155 municipais daquela localidade. Disse que ambos os pleitos obtiveram parecer favorável da
156 Coordenação Estadual de Saúde Bucal que os considera aptos a receberem o incentivo de que trata a
157 Portaria GM/Nº 283/2005 e destacou, no conteúdo do Projeto de Tamboril, a informação da rede de
158 serviços constituída conforme o Plano Diretor de Regionalização. Sem questionamentos a **CIB**
159 aprovou os pleitos de Tamboril e de Ipú referentes à implantação de um CEO tipo I em cada uma
160 dessas municipalidades. Dr. **Rodrigo**, sem se referir a Tamboril e Ipu, expressou preocupação com
161 relação a municípios que estão implantando CEO, mas não têm porte nem estrutura adequados para
162 sustentarem a prestação de um serviço dessa natureza. Dra. Vera informou que nem a CIB e nem a

163 SESA podem ir contra os preceitos normativos que permitem a habilitação de municípios de
164 pequeno porte na GPSM e que os municípios habilitados nessa condição tem a prerrogativa e a
165 responsabilidade de constituírem os seus Sistemas de Saúde, mesmo sem terem o suporte necessário
166 para a estruturação de serviços especializados. Citou o caso de Quixelô como exemplo dessa
167 situação que fora objeto de discussão nesse Colegiado quando da implantação de um Centro de
168 Especialidades Odontológicas naquele município. **Item 6 - Qualificação de Equipes no Âmbito**
169 **do PSF e Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde.** Vera apresentou os pleitos de
170 qualificação de Equipes de Saúde Bucal e Acréscimos ao PACS conforme segue: **Equipes de**
171 **Saúde Bucal:** Três (3) para Limoeiro do Norte e Uma (1) para Guaraciaba do Norte; **Acréscimo de**
172 **Agentes Comunitários de Saúde:** Cento e quarenta (140) ACS, sendo Setenta e nove (79) para o
173 município de Iguatu, Quatorze (14) de Eusébio; Quatro (04) de Cedro; Cinco(05) de Ibicuitinga;
174 Oito (08) de Quixeré; Seis (06) de Aurora e Vinte e quatro (24) de Morada Nova. A CIB aprovou
175 as qualificações das **Equipes de Saúde de Saúde Bucal** e os **Acréscimo de Agentes**
176 **Comunitários de Saúde** conforme parecer favorável da CODAS/NUORG e NUNAS/Saúde
177 Bucal. Dra. Vera chamou atenção para a quantidade de ACS que está sendo acrescida ao PACS,
178 apesar de toda a problemática de relacionamento administrativo desses profissionais com o gestor
179 municipal, dado à existência de ACS vinculados administrativamente à SESA e de ACS vinculados
180 ao município trabalhando no Sistema Municipal de Saúde. Dr. Policarpo comenta sobre os
181 problemas que ele, como gestor, vem passando em relação ao gerenciamento dos Agentes de Saúde.
182 Atribui essa situação à disfunção criada pelo próprio Estado ao transferir recursos para pagamento
183 de Agentes de Saúde diretamente a entidades, que os fazem se comportar como se não fizessem
184 parte do Sistema Único de Saúde. Afirmou que há manipulação de políticos sobre os ACS e acha
185 que essa situação não traz vantagem política para ninguém. Disse que os prefeitos e secretários de
186 saúde da Região Metropolitana estiveram com o governador e colocaram para ele a necessidade de
187 se criar um PAB Estadual para que os municípios pudessem contratar os seus Agentes de Saúde até
188 a realização do Concurso. Finalizou solicitando o registro dessas suas observações e referiu-se à
189 possibilidade do desencadeamento de uma série de problemas, relativos à essa situação que os
190 gestores não podem mais tolerar. Dra. Vera concorda com o posicionamento do Dr. Policarpo
191 sobre a situação dos Agentes de Saúde no Ceará e informa que a SESA já teria feito um estudo das
192 possibilidades do Estado investir na Atenção Básica dos municípios, de forma a garantir
193 legalmente o repasse dos recursos e o gerenciamento dos Agentes de Saúde para os municípios.
194 Dra. Carmem informou que após várias reuniões com o Promotor Federal, Dr. Claudio Meireles,
195 este ficara de dar a posição da Promotoria Pública sobre a regularização dos ACS e afirmou que o
196 Ministério Público já teria tomado a decisão de considerar o Agente Comunitário de Saúde como
197 Agente Municipal, e como tal, com vinculação empregatícia com o município. Acrescentou que a
198 partir de 1º de novembro/2005 os municípios que estiverem com a situação trabalhista dos seus
199 ACS regularizada, receberão do governo federal, além do salário mínimo para o pagamento de cada
200 ACS, o valor percentual de 46% para o recolhimento dos encargos trabalhistas referentes ao
201 emprego desses profissionais. Indagada sobre a situação dos Agentes atualmente contratados pelo
202 Estado, Carmem respondeu que todos terão seus contratos rescindidos. No entanto, explicou que a
203 PGE está ponderando sobre a situação de agentes de Saúde que já estão trabalhando há mais de dez
204 anos, em permitir que nesses casos os municípios levem em consideração a seleção anterior e façam
205 um concurso simplificado, ficando porém a critério de cada município utilizar ou não essa
206 estratégia. Sem mais comentários Dra. Vera encerrou a discussão e passou para o **Item 7 –**
207 **Mudança de Modalidade do CAPS II para CAPS III do município de Iguatu e**
208 **Credenciamento do CAPS I do município do Eusébio.** Dra. Vera apresentou o Projeto de Iguatu
209 referente à mudança de modalidade do CAPS II para CAPS III, afirmando ser o primeiro do Estado
210 nessa modalidade. Disse que o Projeto contém toda a documentação exigida pelas normas,
211 incluindo a aprovação da CIB Microrregional e o parecer favorável do Coordenador Estadual de
212 Saúde Mental. Esclareceu que o estabelecimento já possuía o Alvará de Funcionamento para o
213 CAPS tipo II e que conforme Laudo de Inspeção do Núcleo de Vigilância Sanitária de Iguatu a
214 Unidade apresenta as condições necessárias à liberação do Alvará para a modalidade III e que com
215 base nesse Laudo a Coordenação Estadual de Saúde Mental teria emitido o parecer favorável da
216 SESA. Pôs o Projeto à consideração da **Plenária da CIB** que se manifestou favorável à aprovação

217 da mudança de Modalidade do CAPS de Iguatu de II para III. Em seguida, Dra. **Vera** colocou
218 também para a plenária o projeto de **credenciamento de CAPS I no município do Eusebio**, e
219 informou que referido município já havia recebido o incentivo antecipado para a estruturação do
220 CAPS e estava preparado para encaminhar o pedido de credenciamento do referido Serviço junto
221 ao MS e poder receber as Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade, para pagamento
222 com recursos do FAEC. A **CIB** aprovou o pedido de Credenciamento do CAPS I do município de
223 Eusébio. **Item 8 – Remanejamento de Pacientes de Terapia Renal Substitutiva de Juazeiro do**
224 **Norte para Crato e Barbalha.** **Vera** passou a palavra à Dra. Lilian que colocou para o Colegiado
225 o pedido de transferência de pacientes de TRS de Juazeiro do Norte, que dialisam no Hospital
226 Santo Inácio para os municípios de Barbalha e Crato. Lilian disse que a COVAC se manifestara
227 através de ofício aos gestores dos três municípios informando que as transferências só poderiam
228 ocorrer após o remanejamento do recurso correspondente ao tratamento dos pacientes que optarem
229 pela transferência, já que os procedimentos de diálise são pagos pelo FAEC, dentro do limite
230 estipulado para cada município, não sendo permitido o remanejamento de saldo de um município
231 para outro. E que não haverá recursos para pagar os procedimentos dos pacientes de Juazeiro do
232 Norte que foram atendidos em Barbalha e Crato, uma vez que o recurso que seria de Juazeiro do
233 Norte ficará retido no MS. Lamentou a ausência do gestor de Juazeiro de Norte naquela reunião,
234 tendo em vista a importância do seu posicionamento em relação à situação do Serviço de TRS
235 naquele município, que considerando a redução do número de pacientes poderia ficar
236 economicamente inviável. Informou que o diretor do Hospital Santo Inácio teria telefonado pedindo
237 para ser ouvido antes da Plenária da CIB tomar uma decisão, por não estar presente à reunião uma
238 vez que o assunto não estava em pauta. **Nizete**, Secretária de Saúde de Crato, explicou que teria
239 conversado naquele dia com o gestor de Juazeiro do Norte que demonstrara a intenção de não se
240 envolver nessa questão e informou que os pacientes teriam procurado o serviços dos dois
241 municípios porque a equipe de hemodiálise do Hospital Santo Inácio teria sido dispensada. Dra.
242 **Regina** falou da importância do assunto já que os pacientes haviam sido transferidos de fato, tendo
243 como consequência uma repercussão financeira considerável a partir do mês de agosto. Dr. **Mário**
244 **Lúcio** questionou a aceitação dos pacientes pelos gestores de Crato e Barbalha, uma vez que o
245 acesso dos mesmos ao Serviço em Juazeiro não foi retirado. **Um dos médicos** do Serviço de TRS do
246 Crato, presente, relatou o fato que culminou com a saída da Equipe de Hemodiálise do Hospital
247 Santo Inácio e afirmou que os pacientes ao tomarem conhecimento da saída dos médicos do HSI
248 resolveram transferir o seu tratamento para os municípios onde aqueles profissionais estavam
249 atendendo. Dra. **Vera** chamou atenção para a necessidade do remanejamento do Teto e disse que o
250 gestor do município de Juazeiro do Norte deveria se posicionar em relação a essa situação. Colocou
251 que deve ser considerada na análise dessa questão a situação de vida dos pacientes renais e o direito
252 de escolha que lhes é assegurado na condição de cidadãos. Enfatizou porém a responsabilidade do
253 gestor de Juazeiro do Norte nessa questão ao permitir que os pacientes se deslocassem para os
254 outros dois municípios sem conversar com os mesmos e sem discutir com os gestores de Crato e
255 Barbalha a forma de resolver o problema antes de criar esse impasse. Colocou que a CIB não pode
256 tomar uma decisão sem a presença dos três gestores, pois apenas a Secretária de Saúde de Crato
257 comparecera, e levando em conta que o assunto não constava da pauta e por isso o prestador
258 prejudicado não haviam comparecido, sugeriu adiar a discussão para a próxima reunião da CIB.
259 Dr. **Arnaldo** analisa a situação afirmando que o problema não diz respeito apenas à mudança de
260 endereço do vínculo médico – paciente e à vontade do paciente a ser preservada, mas entende que a
261 motivação da ocorrência deve ser investigada e que o Estado que deve cobrar uma posição do
262 gestor de Juazeiro. Dra. Lilian acha que 15 dias é muito tempo para uma tomada de decisão
263 considerando que os pacientes já estão sendo dialisados e que no final do mês de agosto os
264 municípios não terão dinheiro para pagar os procedimentos excedentes. Foi então sugerido a
265 realização de uma reunião no próximo dia 17, às 14 horas na SESA com a participação do Estado,
266 através da COPOS e COVAC, do COSEMS, dos gestores de Crato, Barbalha e Juazeiro do Norte e
267 dos prestadores de serviço de TRS dos três municípios para juntos estudarem uma forma de
268 resolver o problema. **INFORMES: 1º)** Dra. **Lilian** comunicou que a exigência da colocação do
269 número do Cartão do SUS em vigor a partir do dia 1º de julho de 2005, para os procedimentos
270 eletivos, fora prorrogada para janeiro de 2006. No entanto, alerta os gestores para a necessidade dos

271 municípios retomarem o cadastramento de imediato, pois do contrário não haverá tempo suficiente
272 para o cumprimento da medida. Informou que a base dos cadastros dos municípios está com as
273 Microrregiões que a disponibilizarão aos gestores que necessitem identificar quais os usuários que
274 ainda não foram cadastrados. 2º) Dr. **Mário Lúcio** lembrou o Encontro da Macrorregional I a ser
275 realizado em Guaiuba no dia 26 de agosto/2005, onde também seria realizada a 12º Reunião
276 Extraordinária da CIB. Em seguida pediu para que ficasse registrado em Ata um desagravo ao Dr.
277 Moacir Soares que fora intempestivamente retirado, pela Justiça, do cargo de Secretário da Saúde
278 do Município de Tauá. Disse que o documento que lera não justificava a forma abrupta como o Dr.
279 Moacir foi retirado da gestão da SMS daquele município. Afirmou que o Moacir é conhecido pelos
280 demais colegas como uma pessoa séria e que até hoje não se ouviu falar de nenhum ato de
281 improbidade que o mesmo tivesse cometido como gestor público. Lembrou à Dra. Vera a
282 necessidade da CIB/CE convidar o Dr. Pedro Gabriel, Coordenador Nacional de Saúde Mental para
283 tratar do problema da Assistência Farmacêutica da Saúde Mental do Ceará, que a seu entender está
284 cada vez pior, e por isso, causando graves problemas de atendimento nos municípios. Diz que está
285 encaminhando uma carta ao Ministro da Saúde mostrando a situação da PPI e da Assistência
286 Farmacêutica à Saúde Mental. e solicitando que o mesmo se sensibilize no sentido de minorar esse
287 problema. **Vera** disse que iria falar com o Dr. Moura Fé sobre a situação da estruturação da
288 Coordenação de Saúde Mental do Estado e também sobre o convite ao Dr. Pedro Gabriel, e afirma,
289 que ela mesma iria fazê-lo em nome da Comissão Intergestores Bipartite. Foram feitos alguns
290 relatos sobre a morosidade na entrega de medicamentos básicos, destacando alguns itens de extrema
291 importância, e críticas ao gerenciamento da Assistência Farmacêutica do Estado no que diz respeito
292 à compra centralizada. **Vera** falou da organização da Assistência Farmacêutica no Estado de São
293 Paulo, que mantém um sistema eficiente e disse que seria importante que o Ceará conhecesse os
294 mecanismos de funcionamento desse Sistema. 3º) Dr. **Policarpo** convidou os presentes a
295 comparecerem à inauguração do Hospital Maternidade Argeu Herbster a se realizar no dia seguinte
296 ao da reunião, portanto, dia 13 de agosto de 2005 e afirmou que esse empreendimento seria resultado
297 do esforço dos gestores daquele município na luta contra a mortalidade perinatal. Nada mais
298 havendo a tratar, Dra. **Vera Coelho** encerrou a reunião da CIB, tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a
299 Ata que vai assinada em folha de presença pelos membros da Bipartite, que compareceram.
300 Fortaleza, doze de agosto de dois mil e cinco.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 12ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005

Aos vinte e seis dias do mês de agosto do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos, no Auditório de Centro de Arte, Educação e Cultura do município de Guaiúba, por ocasião do Encontro do COSEMS com a 1ª Macrorregião de Saúde, realizou-se a 12ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, Jurandi Frutuoso, Secretário da Saúde e Presidente da CIB; Vera Coelho Coordenadora da COPOS; Ismenia Maria Ramos e Antônio Paulo de Menezes, respectivamente, Supervisora e Técnico do NUPLA; Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora da COVAC; Fco. Holanda, Coordenador da CODAS; Carmem Lúcia Osterno, Supervisora do NUORG/CODAS e Isabel Cristina C. Carlos, Coordenadora da CORES. Pela representação dos municípios compareceram os seguintes Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio R. Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Eduardo Rocha, de Canindé; Rodrigo Carvalho Nogueira, de Dep. Irapuan Pinheiro, José Policarpo A. Barbosa, de Maranguape e Manoel Dias Fonseca Neto, de Beberibe, e o Coordenador de Políticas de Saúde da SMS de Fortaleza, Alexandre Mont'Alverne. Como convidados: Benedita de Oliveira da CERES de Quixadá; Ivna Figueiredo e Selene Bandeira, da 8ª CERES; Maria do Carmo Vidal e Hermínia Barreto do LACEN; Lúcia Gondim, da 1ª CERES; Fco. Frota de Vasconcelos da 4ª CERES; Alexandre B. Neto da SMS de Baturité; Eliene Cassiano, Antônio Ribeiro Rodrigues e Edilma Gomes de Sousa, do CMS de Guaiúba; Carlos Alberto, do CESAU; Raimundo Brito, de Quixeré; João Pedro Silva e Maria das Graças Bezerra, da SMS de Eusébio, Adail Afrânio da CERES de Acaraú, Nerisleide da SMS de Arneiroz; José de Mota Sobreira, 14ª CERES; Alcides e Robervan Almeida, da SMS de Juazeiro do Norte, Sâmia de Oliveira, da SMS de Caridade; Ana Carísia Pereira, da 5ª CERES; Sílvia Virgínia Aguiar, da SMS de Trairi; Zita Maria da Rocha, CERES de Maracanaú; Maria do Carmo Xavier e Delmácia de Melo Vieira da SMS de Iracema, Célia S. Brunier, da 5ª CERES; Ana Maria dos Santos, da SMS de Pacoti; Ana Maria Gonçalves, do CMS de Pacoti; Fco. Evandro Lima, da SMS de Aquiraz; A assembléia foi presidida por **Vera Coelho** que após cumprimentar os presentes e constatar a existência de quorum, fez a apresentação dos membros da CIB, presentes. Em seguida leu a pauta, e informou que conforme pedido feito em público pelo Dr. Jurandi, Secretário Estadual e Presidente da CIB, seria incluída naquela pauta a discussão para definição da Revisão dos Tetos Financeiros da Assistência dos Municípios. Após isso passou a apresentar o **Item 1 – Apresentação do Plano Estratégico do Setor Saúde do Estado do Ceará – Operação SWAP.** Dra. Vera esclareceu que esse assunto teria sido colocado em pauta para que fosse dado conhecimento aos membros da CIB sobre as metas do Estado, constantes do Plano Estratégico do Setor Saúde do Estado do Ceará – Operação SWAP, que havia sido abordado na Reunião anterior quando da apreciação do Projeto do Curso à Distância para Redução da Mortalidade Infantil. Explicou o significado da Operação SWAP (estratégia de financiamento do Banco Mundial que tem como eixo condutor a Abordagem Setorial Ampla) e disse que o objetivo dessa Operação no Ceará, é investir em ações prioritárias inseridas em 9 (nove) áreas programáticas do Plano Plurianual do Governo, para cuja execução o Estado não dispunha de recursos financeiros suficientes. Disse que ao buscar investimento do Banco Mundial ficara acordado que o Estado definiria as áreas a serem trabalhadas, dentre as quais estabeleceu que as do Setor Saúde seriam voltadas para a Redução da Mortalidade Materna, Mortalidade Infantil, Fortalecimento da Atenção Primária e Secundária de Saúde e no Fortalecimento do Controle Social e Institucional do SUS mas o Banco Mundial exigira que fossem identificados no Plano traçado pelo Estado os indicadores de gatilho e de desembolso que funcionam como instrumento de controle para o repasse dos recursos e que na área da Saúde o Ceará teria definido, dentre outros os três indicadores seguintes, como indicadores de desembolso, com as metas correspondentes, quais sejam: a “Proporção de Grávidas recebendo 4 ou mais consultas de pré-natal (82)%, o “Percentual de Internação de Crianças Menores de 5 anos por Diarréia”, (21%) e o “Percentual da População assistida pelo PSF, (58%). Destacou o “percentual de internação de crianças menores de 5 anos por diarréia”, afirmando que no período de janeiro a

55 maio de 2005, o mesmo já teria ultrapassado a índice proposto, em aproximadamente 50% e
56 acrescentou que a SESA teria que fazer um grande esforço para baixar esse índice e chegar à meta
57 estabelecida, já que o não cumprimento desse indicador poderá comprometer toda a Operação no
58 âmbito do Governo do Estado. Disse que para o acompanhamento desses indicadores o Estado
59 instituiu um grupo de trabalho denominado, Grupo Técnico da Operação SWAP, onde todas as
60 Secretarias tem assento e através de seus representantes se reúne uma vez por mês para avaliar os
61 indicadores por trimestre, sendo ela, Vera Coelho a representante da SESA e Cleide Chaves, a
62 articuladora interna da Operação SWAP. Disse que a referida Operação será desenvolvida em duas
63 fases, sendo a primeira, no período de 2005 a 2007 e a segunda no período de 2008 a 2010, e que a
64 execução da segunda fase dependerá do cumprimento dos compromissos assumidos pelo Estado na
65 primeira fase, ou seja, que os recursos da segunda fase só serão liberados se os indicadores de
66 gatilho alcançarem a meta estabelecida, e os demais indicadores de resultado, tiverem as metas
67 alcançadas até 2007. Citou as atividades a serem desenvolvidas para o alcance dos resultados
68 estratégicos do setor saúde, destacando a ação “Promover Cursos de Educação à Distância para
69 Redução da Mortalidade Infantil”, que prevê a capacitação de 3.300 profissionais de saúde, para
70 municípios com Taxa de Mortalidade Infantil acima de 25/1000 Nascidos Vivos, assunto este que
71 foi objeto de discussão em reunião anterior, e cuja deliberação fora adiada para a presente
72 assembléia. Aberto o espaço de debates, o Dr. **Mário Lúcio** se manifestou favorável às ações da
73 Operação SWAP, mas com relação à realização do Curso à Distância para Redução da Mortalidade
74 Infantil, reafirma o posicionamento da plenária expresso em reunião anterior de que o investimento
75 que seria destinado a esse Curso fosse utilizado em ações que causem maior impacto na
76 mortalidade infantil do Estado. Dr. **Policarpo** comunga com a mesma opinião do Presidente do
77 COSEMS e sugere que os recursos sejam investidos na melhoria física das Unidades da Atenção
78 Básica de Saúde. Após outros comentários favoráveis à aplicação de recursos nas Unidades
79 Básicas, a **Plenária da CIB/CE** decidiu que os recursos alocados, no Plano Estratégico do Setor
80 Saúde do Estado Ceará – Operação SWAP, para o Curso à Distância em Mortalidade Infantil que
81 seria realizado pela ESP/CE, serão investidos na aquisição de equipamentos para as Unidades
82 Básicas do Programa de Saúde da Família. **Item 2 – Apresentação da Situação dos Investimentos
83 do Projeto REFORSUS – localização e condição de funcionamento.** Dra. Vera explicou que a
84 apresentação em pauta se tratava de uma demanda do COSEMS, em função da abordagem do
85 assunto na reunião anterior. Em seguida passou a palavra à Dra. Isabel que apresentou, através de
86 slides a **Relação dos Equipamentos em Desuso disponíveis nos Hospitais localizados nos
87 municípios sob a abrangência de atuação das CERES**, onde constam as razões do não
88 funcionamento dos mesmos, conforme segue: **1. Cascavel/Hospital Municipal NS das Graças,**
89 **01(um) mamógrafo – Não foi instalado; 2. Barreira/Sociedade Beneficente de Barreira 01 (um)**
90 **autoclave vertical, 01 (um) aparelho de Raio X e 01 (um) aparelho de endoscopia - A rede elétrica**
91 **tem baixa capacidade e não tem profissional; 3. Aratuba/Hospital Municipal, 01 (Um) Aparelho de**
92 **Raios X de 100 amperes – Não tem sala baritada nem operador; 4. Boa Viagem /Hospital**
93 **Municipal, 01 (um) carro de anestesia completo- Falta profissional qualificado. 5. Caridade/**
94 **Hospital Municipal, 01 (um) autoclave – Falta instalação elétrica. 6. Paramoti/ Hospital**
95 **Municipal Dr. Aramis – 01 (um) autoclave – Defeito no Equipamento. 7. Uruburetama/Hospital**
96 **Municipal – 01 (uma) bomba de infusão, monitor e incubadoras – Falta profissional qualificado. 8.**
97 **Fortim/ Hospital Municipal Waldemar de Alcântara – 01 (um) aparelho de ECG/ ultrassom –**
98 **Necessitando manutenção; Falta instalar impressora; Não está enviando imagem para a TV. 9.**
99 **Aracati/Hospital Santa Luiza de Marilac – 01 (uma) incubadora – Necessitando manutenção. 10.**
100 **Aracati/Hospital Municipal – 01 (um) respirador inter 5 – Sem utilização. 11. Milhã/Hospital de**
101 **Monte Grave (Distrito) – 02 (duas) balanças adulto, 01(uma) balança bebê, 01(um) bisturi elétrico,**
102 **01(uma) mesinha para arquivo, 03 três) armários vitrine, 01(um) armário com 4 gavetas, 01(um)**
103 **autoclave vertical – Sem utilização. 12. Tabuleiro do Norte/Hospital Municipal – 01 (uma)**
104 **máquina secadora, máquina de centrifugar, máquina de lavar e calandra e eletrocardiógrafo –**
105 **Equipamento sem peças (resistência) e presença de ferrugem.. 13. Quixeré /Hospital Municipal –**
106 **01 (um) computador eletrocardiógrafo – Falta técnico para instalação. 14. Bela Cruz/Hospital**
107 **Municipal – 01 (um) bisturi elétrico 01 (um) foco cirúrgico – Com defeito. 15. Morrinhos/Hospital**
108 **Municipal – 01(uma) incubadora, 04 (quatro) berçários, 01(uma) cama hospitalar – Sem uso. 16.**

109 **Croatá/** Hospital Monsenhor Antonino de Croatá - 01(um) autoclave horizontal (D'Médica
110 Eletronic) – Sem uso. **17. Arneirós/** Hospital Municipal – 01 incubadora, 01 berço aquecido, 01
111 foco, 01 autoclave, 01(um) aspirador, 01(um) bisturi elétrico, 01(uma) calandra, 01(uma)
112 centrífuga, 01(uma) lavadora de roupa – Equipamentos sem uso por estarem quebrados e sem
113 manutenção. **18. Camocim/**Hospital e Maternidade São Francisco (Sindicato Rural de Camocim) –
114 01 (uma) incubadora, 01(um) raio X – Falta de operador qualificado para manusear. **19.**
115 **Granja/**Hospital e Maternidade Dr. Vicente Arruda – 01(um) autoclave horizontal 9 L (marca
116 sercon) adquirido c/ recursos do KFW – Defeito na placa processada de comando. **20.**
117 **Barroquinha/**Unidade Básica de Saúde – 01 (um) aparelho de raios X, 01 (um) aspirador de uso
118 em centro cirúrgico (C300) – Sem uso, aguardando para funcionar com Projeto HPP. **21. Cedro/**
119 Hospital M. Enéas Viana Araújo – 01 (um) monitor de sinais – Falta operador. **22. Icó/**Hospital
120 Regional – 01(um) ultrassom, 01(um) eletroencefalógrafo, 01 (um) aparelho de raios X portátil –
121 Defeitos técnicos. Finda a apresentação, **Vera** explica que todos esses equipamentos integram o
122 Patrimônio dos municípios e portanto, para haver o remanejamento dos mesmos é necessário haver
123 a concordância do gestor do município ao qual pertencem. Abertas as discussões, Dr. **Holanda**
124 afirmou que os gestores não deram as informações completas pois assegura que existem mais
125 equipamentos sem uso do que os constantes do levantamento apresentado. Considera importante
126 haver uma negociação do COSEMS com os municípios para a efetivação do remanejamento.
127 **Sâmia**, da Secretaria de Saúde de Caridade afirma que a informação sobre o equipamento do seu
128 município está incorreta. Dr. **Evandro** sugere que haja uma avaliação técnica dos equipamentos
129 antes de se proceder a negociação para doação do bem. **Alexandre**, de Baturité lembra que a doação
130 os bens patrimoniais depende de legislação específica. **Vera** concorda e diz que tanto para a doação
131 como alienação dos bens patrimoniais é necessário que se consulte a Lei Orgânica do Município
132 que deve dispor sobre o assunto. Dr. **Jurandi** expressa preocupação com relação às Emendas
133 Parlamentares afirmando que muitas são concedidas sem o parecer do Nível Central da SESA e sem
134 consulta prévia sobre a situação do município solicitante, junto ao PDR. Citou o exemplo da
135 construção de um hospital em Milagres, onde já existe outro que deverá ser fechado, e cujos
136 equipamentos, ficarão sem utilização. Propõe que seja feito um documento para a Assembléia
137 Legislativa mostrando essas implicações e fazendo um apelo aos parlamentares para que consultem
138 a SESA, antes de concederem EP para beneficiar Unidades de Saúde dos municípios do Estado do
139 Ceará. Após outras manifestações sobre a necessidade de remanejamento dos bens em questão a
140 **CIB/CE** decidiu que a Coordenadoria de Assistência à Saúde/CODAS, através do Núcleo de Apoio
141 Diagnóstico e Terapêutico/NUDIT encaminhará Ofício aos Secretários Municipais de Saúde
142 informando-os sobre os equipamentos sem uso e sensibilizando-os para a doação a outros
143 municípios, que de acordo com o PDR apresente condição de utilizá-los no atendimento à
144 população. **Item 3 – Esclarecimentos sobre o Financiamento dos Exames de HIV –**
145 **Mecanismos de Repasse e Operacionalização.** Dra. Vera esclareceu que este ponto de pauta teria
146 sido proposto pelo COSEMS em reunião da CIB quando da apresentação, pelo LACEN, da
147 avaliação do desempenho da Rede de Estadual de Diagnóstico da Infecção pelo HIV, para que
148 fossem esclarecidas algumas questões sobre os mecanismos de financiamento dos exames
149 realizados pelos laboratórios que integram a referida Rede. Em seguida passou a palavra para a
150 Dra.**Lilian** que explicou através da Portaria GM/MS Nº 2.458/2003 como deveria ocorrer o
151 processo de qualificação dos Estados e Municípios para o recebimento de recursos por meio do
152 Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, quando da realização dos procedimentos
153 necessários para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Lilian iniciou a explanação informando que os
154 procedimentos referentes aos testes de **Anticorpos Anti HIV1+HIV2 – Elisa; Imunoflorescência**
155 **para HIV (IFI) e Anticorpos Anti HIV (Westner Blot)** de que trata a Portaria Nº 2.458/2003,
156 acima citada, são remunerados pelo Teto Financeiro da Assistência (MAC) e pelo
157 FAEC/Estratégico nas seguintes situações: Com recursos do Teto Financeiro da Assistência
158 (MAC), o total de exames definido como meta mínima a ser realizada pelos laboratórios públicos e
159 privados. Com recursos do FAEC, quando for ultrapassada a referida meta mínima, e nesse caso,
160 somente os procedimentos realizados pelos laboratórios públicos, até o limite definido no Anexo II
161 da Portaria acima citada e de acordo com as referências estabelecidas e pactuadas na Comissão
162 Intergestores Bipartite. Os procedimentos referentes ao diagnóstico da infecção pelo HIV realizados

163 por laboratórios privados, permanecerão sendo custeados com os recursos do Teto Financeiro da
164 Assistência (MAC). Prosseguiu, explicando que, de acordo com as normas constantes do Anexo I
165 da Portaria, o processo de qualificação dos Estados se daria a partir da Organização da Rede
166 Estadual, mas que para os municípios se qualificarem a Portaria exige, dentre outros requisitos, a
167 apresentação da Proposta de Organização da Rede de Diagnóstico da Infecção pelo HIV sob sua
168 gestão, em consonância com a proposta de Organização da Rede Estadual pactuada na Bipartite, e
169 lembrou que a proposta de Organização da Rede do Ceará fora pactuada na CIB/CE em 2004.
170 Informou os Limites Mínimos no Teto Financeiro (MAC) e os Limites Máximos no Teto
171 Financeiro FAEC para o Ceará e disse que as quantidades teriam sido definidas com base no
172 cálculo da Frequência Total Esperada da qual 60% corresponde à Frequência Mínima e 40% à
173 Frequência no FAEC, considerando a proporção de 17 pessoas testadas por mil habitantes -
174 população (IBGE) de 2002 e os valores da tabela do SIASUS para os procedimentos acima
175 destacados e constantes no artigo 2º da Portaria em apreço. Informou que os para os exames serem
176 remunerados é necessário que os município elaborem a programação dos exames de HIV através
177 da FPO – Ficha de Programação Físico-Orçamentária do SIA/SUS e concluiu, recomendando os
178 gestores a consultarem o site www.aids.gov.br onde podem saber mais sobre o assunto e
179 conhecerem os limites mínimos e máximo de exames assim como o teto financeiro FAEC para os
180 municípios. Finda a explanação, Dra. **Vera** comentou sobre a apresentação dessa política na CIB
181 onde fora acordado que os municípios deveriam reprogramar o Teto Financeiro da Assistência para
182 a realização dos exames Elisa, enquanto a reprogramação para os exames de Imunofluorescência, e
183 Western Blot seria feita somente pelos municípios com população acima de 40.000 habitantes.
184 Coloca que da avaliação feita pela SESA ficou constatado que dos municípios que fizeram a
185 reprogramação para o Elisa, apenas 96 referenciaram para o LACEN e acrescentou que mesmo que
186 os municípios houvessem ultrapassado o limite mínimo, não haveria como efetuar a cobrança dos
187 exames realizados pelos laboratórios públicos, porque o MS não definira o código que identifica o
188 procedimento a ser financiado pelo FAEC. Informou que a COVAC já havia colocado essa questão
189 para o MS em várias ocasiões, tendo os técnicos daquele órgão prometido dar uma solução para o
190 problema. Propôs ao COSEMS sensibilizar os municípios a realizarem a revisão da programação
191 dos exames em questão, procurando tirar do setor privado para o público, os exames que excederem
192 o limite mínimo do município, já que segundo a norma do MS os procedimentos para o diagnóstico
193 do HIV realizados pelos laboratórios da rede complementar do SUS, não serão financiados pelo
194 FAEC. Ficou acordado que a COVAC encaminharia ao COSEMS a relação dos municípios que
195 ainda não fizeram a sua programação com a recomendação de que seja observada a Resolução Nº
196 08/2004 da CIB, que aprovou a Proposta da Organização da Rede Estadual de Diagnóstico da
197 Infecção pelo HIV, em que todos os municípios à exceção de Maracanaú acordaram em
198 reprogramar os recursos do teto Financeiro da Assistência (MAC) para inclusão dos referidos
199 exames. **Item 4 - Apreciação dos Projetos de Implantação de Centros de Especialidades**
200 **Odontológicas.** Colocou para a plenária os pedidos de implantação de Centros de Especialidades
201 Odontológicas CEO Tipo I, sendo um (1) para o município de Santana do Acaraú e outro para o
202 município de São Gonçalo do Amarante, cuja implantação foi considerada como uma das
203 necessidades para reestruturação dos serviços municipais daquela localidade. Disse que ambos os
204 pleitos obtiveram parecer favorável da Coordenação Estadual de Saúde Bucal que os considera
205 aptos a receberem o incentivo de que trata a Portaria GM/Nº 283/2005. Sem questionamentos a CIB
206 aprovou os pleitos de Santana do Acaraú, e de São Gonçalo do Amarante referentes à implantação
207 de um CEO tipo I em cada uma dessas municipalidades. **Item 5 - Qualificação de Equipes no**
208 **Âmbito do PSF e Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde.** Vera apresentou os pleitos de
209 qualificação de Equipes de Saúde e Acréscimos ao PACS conforme segue: **Equipe de Saúde da**
210 **Família:** Uma (1) para o município de Caridade e Duas (02) para o Município de Barroquinha.
211 **Equipes de Saúde Bucal:** Uma (1) para o município de Caridade, Quatro (04) para Juazeiro do
212 Norte e Duas (02) para o Município de Palmácia; **Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde:**
213 Nove (09) para o município de Boa Viagem. A CIB aprovou as qualificações das **Equipes de**
214 **Saúde da Família e de Saúde Bucal** e os **Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde**
215 conforme parecer favorável da CODAS/NUORG e NUNAS/Saúde Bucal. **Item 6 – Certificação**
216 **do município de Massapê junto às Ações de Vigilância em Saúde.** Dra. Vera apresentou para a

217 Plenária o Parecer do Núcleo de Epidemiologia e da Comissão de Descentralização favorável ao
218 pleito do município de Massapê para assumir as responsabilidades quanto às Ações de Vigilância
219 em Saúde. A **CIB/CE** aprovou a Certificação do município de Massapê junto às Ações de
220 Vigilância em Saúde e informou que com este já são 148 municípios certificados. **Item 7 – Revisão**
221 **dos Tetos Financeiros da Assistência dos Municípios em GPSM.** Dra. **Vera** comunicou que o
222 Secretário de Saúde do Estado e Presidente da CIB solicitara que fosse solicitado à Bipartite
223 autorização para a SESA proceder à revisão dos tetos financeiros da Assistência dos municípios
224 habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal. Dra. **Lilian** lembrou que a última alteração dos
225 tetos financeiros teria ocorrido em dezembro de 2004 e propôs que a revisão fosse procedida com
226 base nos dados da Câmara de Compensação (AIH) referentes aos meses de maio, junho e julho de
227 2005, tendo em vista a decisão da Bipartite em que a revisão deve ser efetuada trimestralmente
228 **Lilian** disse ainda que não seria prudente considerar o mês de agosto nessa avaliação, pois não
229 haveria tempo hábil para o envio da proposta ao MS com vistas à implantação dos valores a partir
230 de outubro de 2005. Dr. **Holanda** levantou questão em relação à quantidade de internações
231 produzidas e a que é concedida ao estabelecimento e sugeriu a concessão aos hospitais de apoio às
232 MR, dessas autorizações, na quantidade da produção efetivamente realizada. Dra. Vera esclareceu
233 que esse procedimento não pode ser adotado porque todas as AIH e APACs autorizadas pelo gestor
234 municipal, para unidades do setor complementar do SUS geram compromisso de pagamento, que o
235 gestor tem a obrigação de assumir haja ou não o Teto Financeiro correspondente ao valor do
236 procedimento autorizado. Após as discussões a **CIB** acatou a proposta de que a SESA realize o
237 trabalho de Ajustes dos Tetos da Assistência para análise e discussão na próxima reunião da
238 Comissão. **INFORMES: 1º) Remanejamento de Pacientes de Terapia Renal Substitutiva de**
239 **Juazeiro do Norte para Crato e Barbalha.** Dra. **Vera** se reportou à questão dos pacientes de
240 diálise transferidos de Juazeiro do Norte para Crato e Barbalha, cuja problemática fora tratada na
241 Bipartite anterior e passou a palavra à Dra. **Lilian** que esclareceu sobre o andamento da questão.
242 **Lilian** disse que conforme ficara decidido na reunião realizada na SESA com a participação do
243 Presidente do COSEMS, da gestora de Crato e do prestador do Serviço de Nefrologia do Hospital
244 Santo Inácio de Juazeiro do Norte, os pacientes residentes em Juazeiro do Norte retornariam o
245 tratamento para esse município enquanto os pacientes de Icó, Várzea Alegre, Crato, Missão Velha,
246 Iguatu e Porteiras seriam consultados sobre o desejo de serem transferidos para os Serviços de
247 Crato e Barbalha. **Lilian** disse que fora comunicada pelos gestores de que os pacientes teriam
248 expressado a vontade de serem transferidos e eles, gestores, teriam acatado essa decisão por
249 entenderem que o paciente tem o direito de manifestar a sua vontade quanto ao local de seu
250 tratamento. **2º) Planos Municipais de Saúde.** Dra **Vera** falou da importância do registro na
251 Bipartite dos Planos Municipais de Saúde para o período de 2005/2008, dos municípios habilitados
252 em Gestão Plena do Sistema Municipal e apresentou a síntese dos Planos de Saúde dos municípios
253 de **Tauá, Iguatu, Icapuí, Fortim, Viçosa do Ceará, Mombaça, Quixelô, Redenção, Acopiara,**
254 **Marco e Cruz,** Disse que a apresentação desses Planos na CIB é uma exigência para que os
255 Municípios mantenham as prerrogativas da habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal e
256 propôs que na próxima reunião da Comissão Bipartite sejam discutidos aspectos relevantes desses
257 Planos. Ao final do evento, o Presidente do COSEMS agradeceu aos gestores do município de
258 Guaiúba, pela acolhida, assim como ao Conselho Municipal de Saúde daquele município e ressaltou
259 a importância da realização dos encontros macrorregionais para a integração dos municípios e a
260 busca conjunta na resolução dos problemas dos Sistemas Municipais de Saúde. Nada mais havendo
261 a tratar, Dra. **Vera Coelho** encerrou a reunião da CIB, tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a Ata que
262 vai assinada em folha de presença por mim e pelos membros da Bipartite, que compareceram.
263 Fortaleza, vinte e seis de agosto de dois mil e cinco.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 13ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005**
3
4
5

6 Aos dezesseis dias do mês de setembro do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos,
7 na sala de reuniões do CESAU, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida
8 Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 13ª Reunião Ordinária de 2005 da
9 Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros:
10 Representando a SESA, Jurandi Frutuoso, Secretário da Saúde e Presidente da CIB; Vera Coelho e
11 Graça Barbosa, Coordenadoras da COPOS; Ismênia Maria Ramos e Antônio Paulo de Menezes,
12 respectivamente, Supervisora e Técnico do NUPLA; Lilian Alves Amorim Beltrão, Coordenadora
13 da COVAC; Fco. Holanda, Coordenador da CODAS e Nágela Maria dos Reis Norões, Técnica da
14 CORES. Pela representação dos municípios compareceram os seguintes Secretários Municipais de
15 Saúde: Mário Lúcio R. Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Maria Nizete Tavares
16 Alves, de Crato; Eduardo Rocha, de Canindé, Arnaldo Costa Lima, de Sobral e o Coordenador de
17 Políticas de Saúde da SMS de Fortaleza, Alexandre Mont'Alverne. Como convidados: Adail
18 Afrânio Nascimento, Orientador da CERES de Acaraú; Keylla Márcia de Souza de Quixeramobim;
19 Rafaella Ferreira Carneiro do CAPS de Tamboril; Daniele Cristina Magalhães da VISA de
20 Tamboril; Regina Célia Ribeiro da COVAC/SESA; Fco. Pedro da Silva Filho, SMS de Cruz; João
21 Batista Silva do Serviço de Verificação de Óbitos; Alcides Muniz Gomes de Matos, SMS de
22 Juazeiro do Norte; Zita Maria da Rocha, da CERES de Maracanaú; Ivonete Vieira, da CERES de
23 Limoeiro do Norte; Ricardo Hélio Chaves Maia, SMS de Limoeiro do Norte; Eça da Silva Canto Jr.
24 do CAPS de Limoeiro do Norte e Ângelo Luis L. Nóbrega SMS de Marco. A Assembléia foi
25 presidida por Vera Coelho que após constatar a existência de quorum cumprimentou os presentes e
26 abriu os trabalhos com a leitura da Pauta, e esclareceu que o conteúdo do item 2 referente à Revisão
27 dos Tetos Financeiros da Assistência dos Municípios, não fora enviado ao COSEMS com tempo
28 suficiente para a análise, e portanto, a pedido do Presidente daquele Conselho, seria feita uma
29 exposição para mostrar os critérios considerados para o cálculo dos valores da Proposta. Em
30 seguida convidou o Dr. João Batista Silva, médico, diretor do Serviço de Verificação de Óbito –
31 SVO do Estado para apresentar o **Item 1 – Proposta de Criação da Rede Nacional de Serviço**
32 **de Verificação de Óbitos.** Disse que o referido profissional integrou Comissão do MS que veio ao
33 Ceará conhecer as instalações do SVO local, e representa a Região Nordeste, junto à Secretaria de
34 Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, no que diz respeito aos estudos para implantação da
35 Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos. Esclareceu que por ser um serviço estratégico
36 para a Saúde Pública seria importante que a CIB tomasse conhecimento do funcionamento e Plano
37 de Ação, e com isso obter mais subsídios para discutir sobre a Proposta da estruturação da rede
38 nacional do citado serviço. Dr. **João Batista** iniciou a sua fala informando que de acordo com
39 dados publicados pelo Conselho Federal de Medicina em 2003 o Ceará ocupava o 4º lugar no rank
40 dos Estados que apresentam óbitos sem diagnóstico ou sem causa definida e que esse número teria
41 motivado o Secretário Estadual de Saúde a implantar e fazer funcionar o Serviço de Verificação de
42 Óbitos no Estado, que tem como objetivo principal o registro de dados de mortalidade, cujos índices
43 são de grande importância para o planejamento das ações da área de epidemiologia. Mostrou slides
44 com fotos da inauguração e das instalações do Serviço, informando que o mesmo funciona há três
45 meses em Fortaleza, e tem o nome do Dr. Rocha Furtado, médico, criador do 1º SVO do Ceará que
46 se transformou no atual IML. Mostrou a estrutura organizacional e as atividades que são
47 desenvolvidas, destacando as necrópsias de óbitos naturais que deixaram de ser feitas pelo IML há
48 mais de 4 anos e as estatísticas em que os mais elevados índices de mortes naturais sem causa
49 diagnosticada se concentram na população de baixa renda, que não tem acesso a médico nem plano
50 funerário. Disse ainda que o SVO tem como finalidade não apenas a expedição da Declaração de
51 Óbitos e o Esclarecimento da causa, mas é também um espaço de pesquisa e investigação de
52 doenças, e de apoio para os processos de transplantes de órgãos. Sobre a instituição da Rede
53 Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos disse que a CIT constituiria uma Comissão de
54 Implantação e Acompanhamento da qual participam representantes do CONASS e do

55 CONASEMS, de cujo estudo sairá documento técnico com a regulamentação dos fluxos,
56 competências e financiamento do Serviço. Informou que cabe às SES a elaboração do Plano
57 Estadual que, após passar pela aprovação da CIB, será encaminhado para a homologação do
58 Ministério. Afirmou que a operacionalização dos Serviços pode ser feita pelas Prefeituras,
59 Secretarias de Segurança Pública ou Universidades e que a localização dos mesmos deve seguir o
60 Plano Diretor de Regionalização. Disse ainda que a referida comissão teria definido que os SVO
61 seriam classificados por Porte, em função da capacidade de atendimento, ficando estabelecidos os
62 Portes I, II e III com os respectivos critérios. Para a estruturação da Rede do Ceará propôs a
63 implantação de três SVO, sendo um de Porte III, em Fortaleza, já existente, sobre o qual falou na 1ª
64 parte da explanação e dois de Porte I, sendo um em cada uma das macrorregiões de Sobral e do
65 Cariri, mas colocou a possibilidade de implantação de um terceiro SVO de Porte I no município de
66 Quixadá ou Iguatu, para atender a Região Central do Estado. Encerrou a explanação se colocando à
67 disposição da plenária para outros esclarecimentos. Dr. **Mário Lúcio** se pronunciou favorável à
68 implantação de 4 (quatro) serviços no Ceará pela importância dos mesmos na adequação das
69 informações epidemiológicas, como também devido à necessidade da mudança do desenho das
70 Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará. Dr. **Jurandi** esclareceu que o SVO de Fortaleza foi
71 financiado em parceria com o MS, e destacou a colaboração do Dr. João Batista, enfatizando a
72 competência com que o citado profissional realizara os trabalhos de organização e implantação do
73 SVO. Dra. **Vera** finalizou agradecendo a participação do Dr. João Batista e colocou que a CIB não
74 tomaria nenhuma decisão naquela reunião, pois teria sido apresentado para dar conhecimento aos
75 gestores sobre o funcionamento dos Serviços de Verificação de Óbitos e de como vem sendo
76 estudada a estruturação da Rede Estadual desses Serviços. Sem mais comentários passou para o
77 **Item 2- Proposta de Revisão dos Tetos Financeiros da Assistência dos municípios em GPSM**
78 Dra. **Vera** reiterou a afirmativa de que não haveria pactuação do assunto pelos motivos alegados na
79 abertura da assembléia e pediu desculpas à plenária por não ter havido tempo para a entrega dos
80 documentos à Presidência do COSEMS que iria reunir os Secretários membros daquele Conselho
81 para a análise da proposta, com vistas a uma tomada de decisão, e justificou o lapso, alegando
82 dificuldades na elaboração do trabalho, tanto pela quantidade de Portarias editadas pelo MS como
83 pela deficiência nos controles da SESA em relação aos tetos financeiros, pelo fato do Ministério
84 estar permitindo alteração de teto mediante solicitação direta de municípios. Em seguida distribuiu
85 as planilhas para os Secretários presentes, com os valores dos tetos de cada município e passou a
86 explicar como fora feita a revisão dos recursos, os acordos considerados e os critérios adotados.
87 Passou a documentação com essas informações ao Presidente do COSEMS que agendou reunião
88 para a semana seguinte com vistas à análise e aprofundamento da Proposta, cuja decisão se daria
89 na reunião do dia 30 de setembro em Sobral. Em seguida Dr. **Mário Lúcio** fez referência ao recurso
90 adicional, no valor aproximado de 13 milhões de reais que o MS teria destinado para o Ceará, e se
91 disse ter ficado surpreso quando soube que não houvera acordo entre o CONASS e o CONASEMS
92 quanto à distribuição dos citados recursos, tendo o Presidente do COSEMS concluído, após várias
93 discussões, que se a decisão viesse para a CIB, certamente o Ceará saberia distribuir com
94 competência os valores a serem acrescidos aos tetos dos municípios. Finalizou, agendando a
95 reunião para a análise e aprofundamento da proposta da revisão dos tetos e solicitou a participação
96 dos técnicos da SESA nesse estudo. **Item 3- Pedidos de Credenciamento do CAPSi do município**
97 **de Iguatu , do CAPS I de Tamboril e do CAPS II de Limoeiro do Norte.** Dra. Vera colocou para
98 a plenária os pedidos de Credenciamento do seguintes Centros de Atenção Psicossocial: CAPSi de
99 Iguatu, CAPS I de Tamboril e CAPS II de Limoeiro do Norte, informando que esses municípios já
100 haviam recebido o incentivo financeiro para estruturar os referidos Serviços e portanto teriam que
101 encaminhar os respectivos Projetos para credenciamento junto ao Ministério da Saúde, com
102 vistas ao cumprimento do prazo estabelecido pela Portaria N° 245/2005/GM. Em seguida examinou
103 cada um dos Projetos e informou que os pleitos em pauta estavam com a documentação completa e
104 com o parecer favorável da Coordenação Estadual de Saúde Mental segundo o qual os referidos
105 CAPS já se encontravam em funcionamento. Sem comentários a **CIB/CE** aprovou os
106 credenciamentos, do **CAPSi** do município de **Iguatu**, do **CAPS I** do município de **Tamboril** e do
107 **CAPS II** de **Limoeiro do Norte**, junto ao SUS. Dra **Vera** falou sobre a política de vanguarda que o
108 município de Iguatu vem adotando em relação à Saúde Mental e destacou o trabalho da Equipe que

109 atua nessa área, naquele município. Dr. **Mário Lúcio** informou que havia conversado sobre Saúde
110 Mental com o Dr. Pedro Gabriel, Coordenador de Saúde Mental do MS, e esse teria dito que a
111 curto prazo não haveria condição de resolver os problemas dessa área mas havia uma Comissão
112 estudando alterações do funcionamento da Atenção à Saúde Mental, e sugeriu que o Estado fizesse
113 o levantamento da situação de custo com aquisição de medicamentos da Saúde Mental e o
114 encaminhasse para o Ministério da Saúde. **Mário Lúcio** afirmou que esse trabalho já estava sendo
115 realizado pelo NUASF e Secretarias Municipais de Saúde. **Item 4- Pedidos de Estruturação de**
116 **um Centro de Especialidades Odontológicas nos municípios de Canindé, Missão Velha.** Dra.
117 **Vera** apresentou os Projetos dos municípios de Canindé e Missão Velha referentes a pedidos de
118 antecipação do incentivo financeiro de que trata a Portaria GM/MS Nº 283/2005, para a estruturação
119 de um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Tipo I em cada um dos referidos municípios.
120 Disse que conforme parecer da Coordenação Estadual de Saúde Bucal, os municípios cumpriram as
121 exigências da Portaria GM/MS Nº 283/2005 e se encontram aptos a implantarem os CEOs. Assim a
122 **CIB/CE** aprovou a implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas Tipo I para cada
123 um dos municípios de Canindé e Missão Velha. **Item 5 - Qualificação de Equipes no Âmbito do**
124 **PSF e Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde.** **Vera** apresentou os pleitos de qualificação
125 de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Acréscimos ao PACS conforme segue: **Equipe de**
126 **Saúde da Família:** Duas (2) para o município de Independência. **Equipes de Saúde Bucal:** Duas
127 (2) para o município de Monsenhor Tabosa, Três (03) Senador Pompeu, Quatro (04) para Eusébio,
128 Quatro (04) para Maranguape, Quatro (04) para Itapagé, Uma (01) para Arneirós, Uma (01) para
129 Abaiara, Cinco (5) para Missão Velha, Uma (01) para o Município de Madalena; Uma (01) para
130 Santana do Acaraú e Três (03) para Independência. **Acréscimo de Agentes Comunitários de**
131 **Saúde:** Quatro (04) para Martinópolis, Três (03) para Caridade, Cem (100) para Crato e Cinco (5)
132 para Beberibe. A **CIB** aprovou as qualificações das **Equipes de Saúde de Saúde da Família e de**
133 **Saúde Bucal** e os **Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde** conforme parecer favorável da
134 CODAS/NUORG e NUNAS/Saúde Bucal. **Item 6 - Solicitação de Pagamento Administrativo do**
135 **município de Barbalha para o Hospital Maternidade Santo Antônio.** **Vera** apresentou o pedido
136 do gestor de Barbalha que solicitava autorização para pagar administrativamente o valor de R\$
137 69.686,95 (sessenta e nove mil, seiscentos e oitenta e seis reais e noventa e cinco centavos) ao
138 Hospital Maternidade Santo Antônio, referente a procedimentos de Neurocirurgia I e II, das
139 competências de fevereiro, março, abril e maio de 2004, não pagos devido à ocorrência de erro no
140 processo de cobrança. Esclareceu que segundo o parecer do NUAUD/ COVAC o débito do
141 município de Barbalha pelos procedimentos citados somava a quantia de R\$ 82.172,90 (oitenta e
142 dois mil, cento e setenta e dois reais e noventa centavos), e acrescentou que o gestor de Barbalha ao
143 tomar conhecimento do referido Parecer admitira o seu engano e formalizara novamente a
144 solicitação através de ofício encaminhado à SESA, com o valor correto, informado pela
145 Coordenação de Vigilância e Avaliação e Controle/ COVAC e informara que o município dispõe do
146 recurso financeiro para saldar o débito em questão. Sem questionamentos, a **CIB/CE** autorizou o
147 Gestor do Município de **Barbalha** a efetuar o **Pagamento Administrativo ao Hospital**
148 **Maternidade Santo Antônio**, no valor de R\$ 82.172,90 (oitenta e dois mil, cento e setenta e dois
149 reais e noventa centavos) pelos procedimentos de Neurocirurgia I e II referentes aos meses de
150 fevereiro, março, abril e maio de 2004. Em seguida **Vera** pediu autorização à Plenária para incluir
151 dois assuntos para aprovação da CIB. Seriam a Certificação do Município de Paramoti nas Ações
152 de Vigilância em Saúde, e o Projeto de Adequação das Cirurgias Eletivas de Média Complexidade
153 Ambulatorial e Hospitalar da Microrregião de Limoeiro do Norte, a seguir apresentados. **Item 7**
154 **Certificação do Município de Paramoti nas Ações de Vigilância em Saúde.** **Vera** apresentou
155 para a Plenária o Parecer do Núcleo de Epidemiologia e da Comissão de Descentralização, segundo
156 o qual o município de **Paramoti**, cuja população é de 11.238 habitantes está apto para assumir as
157 responsabilidades de Vigilância em Saúde daquela localidade. A **CIB/CE** aprovou a Certificação do
158 município de Paramoti junto às Ações de Vigilância em Saúde. **Item 8 Projeto de Adequação das**
159 **Cirurgias Eletivas de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar da Microrregião de**
160 **Limoeiro do Norte.** Dra. **Regina**, Supervisora do Núcleo de Auditoria da COVAC, antes de
161 apresentar o Projeto de Adequação das Cirurgias Eletivas de MC Ambulatorial e Hospitalar da MR
162 de Limoeiro do Norte, informou que dos 10 (dez) Projetos enviados ao MS, 9 (nove) teriam

163 retornado ao Estado com as respectivas Portarias de aprovação, incluindo o de Quixadá que estava
164 há mais de um ano no Ministério, e justificou a urgência em aprovar o Projeto da Micro de
165 Limoeiro por ser o primeiro sob gestão Estadual e por haver no MS o recurso financeiro disponível
166 para a sua realização. Em seguida destacou as principais características do Projeto, entre as que o
167 município de Limoeiro do Norte é sede da Microrregião e tem população de 53.683 habitantes, e
168 que a MR é constituída pelos municípios de Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe,
169 Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte, que somam 211.338
170 habitantes. Informou ainda que o Impacto Financeiro do Projeto alcança os seguintes valores:
171 Anual: R\$ 211.338,00 (duzentos e onze mil, trezentos e trinta e oito reais); Semestral: R\$
172 105.669,00 (cento e cinco mil, seiscentos e sessenta e nove reais) e Mensal: R\$ 17.611,00
173 (dezessete mil, seiscentos e onze reais). Vera colocou o pleito à consideração da CIB/ CE que
174 aprovou o **Projeto de Adequação das Cirurgias Eletivas de Média Complexidade Ambulatorial
175 e Hospitalar da MR de Limoeiro do Norte**, conforme apresentado. Antes de passar para os
176 informes, Dra. **Vera Coelho**, chamou atenção para o baixo número de municípios que apresentaram
177 os seus **Planos Municipais de Saúde**, considerando que dos 49 municípios que estão em GPSM,
178 apenas 14 (quatorze) teriam enviado os Planos, e dos 135 que não estão em GPSM, 12 (doze)
179 comunicaram que já haviam elaborado o referido documento mas apenas três teriam encaminhado o
180 Relatório de Gestão à SESA. Alertou a CIB sobre a responsabilidade desse Colegiado no
181 acompanhamento dos municípios em GPSM quanto ao cumprimento das obrigações inerentes a
182 esse nível de habilitação e lembrou aos gestores que o Plano Municipal de Saúde constitui uma das
183 exigências para a manutenção da condição da Gestão Plena do Sistema. Pediu ao Presidente do
184 COSEMS para conversar com os gestores de municípios em GPSM e solicitar que estes apressem o
185 envio do Plano Municipal de Saúde à SESA, para análise do NUPLA e apreciação da CIB/CE.
186 Concluiu afirmando que os Planos já analisados seriam apresentados na Bipartite do dia 30 de
187 setembro em Sobral. **9 – Informes: 9.1. Proposta de Implantação de Núcleos de Atenção
188 Integral em Saúde da Família**, Disse que a SMS de Boa Viagem enviara à CIB/CE, a Proposta de
189 Implantação de Núcleos de Atenção Integral em Saúde da Família, mas como a Portaria Ministerial
190 com a definição do financiamento ainda não havia sido publicada, a Bipartite não teria como
191 analisar e encaminhar o referido pleito para o MS. Propôs que os Projetos após serem aprovados
192 pelas CIB/MR podem vir para a CIB/CE mas só serão apreciados quando da publicação da Portaria
193 do financiamento. Prosseguindo convidou Dra. Regina da COVAC para apresentar os informes
194 referentes às demais portarias editadas pelo MS. **9.2. Portarias Liberadas pelo Ministério da
195 Saúde. 9.2.1. Portaria GM/Nº 1.083 de 4 de julho de 2005** – cria o Programa de Reestruturação e
196 Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde e estabelece o Incentivo
197 de Adesão à Contratualização (IAC). Informou que 40% desse Incentivo são repassados ao hospital
198 no momento da adesão ao Programa, sendo concedido ao estabelecimento o prazo de 120 dias para
199 comprovar a efetivação da contratualização e que os 60% residuais serão divididos em 12 parcelas
200 mensais. Referiu-se ao Anexo I da citada Portaria onde consta a relação dos hospitais, por
201 município, com os respectivos valores do Incentivo e esclareceu que não se incluem nesse
202 Programa os hospitais de pequeno porte, os hospitais psiquiátricos nem os filantrópicos de ensino,
203 sendo ao todo 29 (vinte e nove) estabelecimentos. Dr. **Arnaldo** perguntou se a Santa Casa de
204 Misericórdia de Sobral deveria entrar com o processo de adesão ao programa de Contratualização ao
205 qual faz jus, considerando a existência de processo de Credenciamento daquele estabelecimento,
206 como Hospital de Ensino, em andamento no MS. **Vera** disse que o prazo para a adesão dos
207 municípios a essa política vai até janeiro de 2006, e portanto sugere ao gestor de Sobral aguardar a
208 decisão do Ministério da Saúde sobre a Contratualização da Santa Casa como Hospital de Ensino,
209 antes de decidir pela adesão a essa Política de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos. **Regina**
210 prosseguiu com as informações sobre as Portarias do MS, conforme segue: **9.2.2. Portaria GM Nº
211 1.094 de 5 de julho de 2005**- reeditada através da **Portaria GM Nº 1.116 de 9 de setembro de 2005**
212 que estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro anual destinado ao custeio de
213 TRS dos Estados DF e Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, .nos períodos de
214 setembro a outubro de 2005, estando a mesma vinculada à **Portaria GM Nº 1.115** da mesma data,
215 que estabelece duas alterações no valor de remuneração dos procedimentos do Grupo de Terapia
216 Renal Substitutiva, com efeitos financeiros a partir de setembro e de dezembro, de 2005,

217 respectivamente. Regina recomendou aos gestores a consulta às referidas Portarias nas quais
218 constam os valores para cada município bem como os valores dos procedimentos de hemodiálise.
219 **9.2.3. Portaria GM/Nº 1.117** de 9 de setembro de 2005 que, altera os valores de remuneração dos
220 procedimentos do Grupo Radioterapia, da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS. Considerando
221 essa última o MS editou a **Portaria Nº 1.118**, também de 9 de setembro de 2005 que estabelece
222 recursos a serem incorporados ao limite financeiro anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar
223 de Média e Alta Complexidade dos Estados DF e municípios em Gestão Plena do Sistema
224 Municipal, com efeitos financeiros a partir de setembro de 2005 e define em seus Anexos I e II o
225 teto do Estado e os tetos dos municípios de **Barbalha, Fortaleza e Sobral**, respectivamente.
226 Regina citou ainda as **Portarias GM/Nºs 1.613 e 1.614** de 9 de setembro de 2005 e informou que a
227 primeira altera os valores de remuneração dos Partos e a segunda estabelece os recursos a serem
228 incorporados ao limite financeiro dos Estados DF e municípios em Gestão Plena do Sistema
229 Municipal. **Vera** acrescentou que essas Portarias constituem um desmembramento da Portaria
230 GM/Nº 1.107/2005, e que o aumento do valor dos referidos procedimentos beneficia entidades
231 públicas, privadas e filantrópicas do setor complementar. Aproveitou ainda para informar que o
232 Ministério da Saúde teria publicado a **Portaria GM/Nº 1.612** de 9 de setembro que aprova as
233 normas de funcionamento e credenciamento dos Serviços Hospitalares de Referência para a
234 Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e explicou que os hospitais que possuem
235 esse Serviço poderão cobrar pela prestação do atendimento aos pacientes referenciados dos CAPS
236 ad, conforme está especificado na citada Portaria. Nada mais havendo a tratar, **a Plenária** encerrou
237 a reunião tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a Ata que vai assinada em folha de presença pelos
238 membros da Bipartite presentes. Fortaleza, dezesseis de setembro do ano de dois mil e cinco.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 14ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005**
3
4

5 Aos trinta dias do mês de setembro do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos, no
6 auditório do Hotel Itacaranha no município de Meruoca da Microrregião de Sobral, realizou-se a
7 14ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a
8 presença dos seguintes membros: Representando a SESA, Jurandi Frutuoso, Secretário da Saúde e
9 Presidente da CIB; Vera Coelho, Coordenadora da COPOS; Ismênia Maria Ramos, Supervisora do
10 NUPLA; Fco. Holanda, Coordenador da CODAS; Carmem Lúcia Osterno Silva, Supervisora do
11 NUORG/CODAS e Isabel Cristina Carlos, Coordenadora da CORES. Pela representação dos
12 municípios compareceram os seguintes Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio R. Martildes,
13 do Eusébio e Presidente do COSEMS; Arnaldo R. Costa Lima de Sobral; Maria Nizete Tavares
14 Alves, de Crato; Eduardo Rocha, de Canindé; Policarpo Araújo Barbosa, de Maranguape; Rogério
15 Teixeira Cunha, de Umirim; e o Coordenador de Políticas de Saúde da SMS de Fortaleza,
16 Alexandre Mont'Alverne. Como convidados: Os Secretários de Saúde dos municípios da
17 Microrregional de Sobral, dentro os quais assinaram presença, Ademária Tenório Rosa, de Tauá;
18 José Valmir Araújo, de Forquilha; Adelaide Sara Rodrigues, de Tamboril; Sheila Sobreira, de
19 Ibiapina; Letícia Maria Lima Maciel, de São Benedito; Ângelo Luis Nóbrega, de Marco; Fca.
20 Cinara Alves Pedrosa, de Independência; Sonia Maria Cahu Beltrão, de Camocim; Maria Félix
21 Aguiar Trajano, de Meruoca; Fca. Melo Azevedo Mesquita, de Varjota; José Aguiar Neto, de
22 Reriutaba; Tarciana Ferreira Serafim, de Catunda; Maria da Conceição Maia, de Goáiras; Cleciane
23 Maria Alves, de Pacujá; Fco. Cleuton de O. Junior, de Freicheirinha; Hercília Angelim Aires, de
24 Moraújo; Fco. Pedro da Silva, de Cruz; Maria Ione de Souza, de Uruoca; Fca. Apoliano
25 Albuquerque Parente, de Santa Quitéria; Fco. Marcelo Dias, de Itapipoca; Francisco da Costa
26 Martins, de Nova Russas; Isabel Brasileiro Magalhães, de Ipaporanga; Maria do Monte Serrat M.
27 Furtado, de Ararendá; Flávio Prata Crisóstomo, de Massapê; Olga Cordeiro Botelho, de Guaraciaba
28 do Norte; Eliane Maria Chaves Martins, de Carnaubal; Maria da Paz, de Mulungu, José Neto Maia,
29 de Horizonte; Humberto Praciano, de Amontada; Carlisson Assunção, de Amontada. Outros
30 convidados presentes: Leni Lúcia Leal, e Moacir de Sousa Soares, pelo COSEMS; Joellyngton
31 Medeiros do CONASEMS, e os Orientadores de CERES de Crateús, Tauá, Tianguá, Quixadá,
32 Itapipoca e outros técnicos das Secretarias de Saúde de Municípios da Macrorregião de Sobral,
33 entre os quais, Antônio Helder Arcurso, de Santana do Acaraú; Fca. Artelândia Sousa, de Pires
34 Ferreira; Fca. Leite M. Escócio, do Ipu e Antônio Melo Sampaio de Ipueiras. A reunião foi
35 presidida por **Vera Coelho** que antes de ler a pauta cumprimentou a todos e disse da satisfação em
36 tê-los naquele assembléia. Destacou a importância da presença dos gestores dos diversos
37 municípios da Macrorregião de Sobral, orientadores de CERES e técnicos das Secretarias
38 Municipais de Saúde. Informou sobre o funcionamento da CIB/CE e como se pode ter acesso ao
39 Cronograma de Reuniões, Atas, Pautas e Resoluções do Colegiado e acrescentou que as reuniões da
40 Bipartite por ocasião dos fóruns Macrorregionais são propícias ao fortalecimento da CIB por
41 ensejarem uma maior participação de gestores dos Sistemas Municipais de Saúde e o acesso destes
42 aos assuntos que são discutidos nesse fórum. Constatando a existência de quorum, abriu os
43 trabalhos começando pela discussão do **Item 1 – Revisão do Teto Financeiro da Assistência dos**
44 **Municípios.** Esclareceu que o assunto teria sido tratado na Bipartite do dia 16 de setembro de 2005,
45 quando fora entregue ao COSEMS a Planilha elaborada pela SESA, com os valores dos tetos
46 ajustados mediante avaliação da produção, bem como as informações sobre os critérios utilizados
47 na elaboração dos cálculos, com vistas à análise e aprofundamento da proposta pela representação
48 dos municípios, e passou a palavra ao Presidente do COSEMS para que este apresentasse a
49 Proposta daquele Colegiado para o ajuste dos Tetos Financeiros da Assistência dos municípios do
50 Ceará. Dr. **Mário Lúcio** afirmou que a proposta a ser apresentada fora objeto de muita discussão
51 que acontecera durante toda a semana anterior, com a participação dos representantes do
52 componente municipal na CIB/CE, e também de profissionais da SESA, fora trabalhada com base
53 nos recursos financeiros atuais, não obstante a existência de um valor adicional estabelecido pelo
54 MS para os municípios, mas que não pode ser considerado no estudo da revisão em apreço, por não

55 ter havido acordo entre na CIT quanto à alocação do mesmo. Disse que ao analisarem a planilha do
56 Estado, os gestores municipais entenderam que a alteração dos tetos pelo método de Compensação
57 de Internações teria que ser modificada pois através dele a grande maioria dos municípios sofre
58 perda de recursos e disse que o grupo concluíra por uma proposta de ajuste mais sólida a qual seria,
59 em princípio, consolidada nas “Diretrizes da PPI Estadual” que foram colocadas, para apreciação e
60 discussão da Bipartite, conforme segue: “1º. Estabelecer o teto geral a ser rateado e definir valor per
61 capita da média (MC) e Alta complexidade (AC) por município encontrando o TETO GERAL
62 MUNICIPAL. A alta complexidade terá critério diferenciado de programação. 2º. Definir faixa de
63 percentual por área – AMBULATORIAL em torno de 40% e INTERNAÇÕES em torno de 60%.
64 Será definida posteriormente a variabilidade máxima permitida. 3º. Definir Recursos Financeiros a
65 serem alocados por nível de complexidade (Média e Alta), com base na média de gasto atual.
66 Realidade hoje, em torno de 80% MC (M1, M2, M3), AC em torno de 20%. 4º. Emitir planilha por
67 município do teto geral – ambulatorial e internações (MC e AC). 5º. Após emissão da planilha (item
68 4o) todos os municípios pactuarão suas referências de MC (CIB-MR) e a AC será conduzida pela
69 SESA de acordo com critérios a serem pactuados. 6º. Após realização do item 5º. os municípios
70 saberiam qual seu teto financeiro que poderiam usar na sua programação local e teriam a liberdade
71 de ajustar. 7º. A programação ambulatorial de M2 e M3, exclusiva de municípios sede de módulo
72 ou pólo, poderá ser programada em municípios satélites, para os procedimentos de consulta de
73 urgência e emergência e de observação 24h, fisioterapia, e alguns procedimentos dos grupos 10
74 (odontologia especializada), 11 (patologia clínica) e 14 (diagnose). Para os demais grupos, somente
75 quando pactuado na CIB Microrregional, observadas proposta de linha de cuidado e série histórica
76 de produção. 8º. A SESA disponibilizará planilha de internação por município, com valores por
77 grupo de procedimentos, que serão utilizados na elaboração da planilha de referência (PPI de
78 Internação). 9º. A compensação dos procedimentos referenciados (internação) será igual ao valor
79 efetivamente pago, conforme processamento de AIH. 10º. A Câmara de Compensação rodará de 3
80 em 3 meses. 11º. A SESA transferirá fundo a fundo os recursos da programação local, corrigidos
81 pela compensação, (MC - AMB e INT) a todos os municípios não habilitados. 12º. A SESA
82 implantará efetivamente a Central de Regulação Estadual. 13º. Todas as unidades prestadora de
83 serviços (privada ou filantrópica) deverão passar pelo processo de contratualização de acordo com
84 as Leis Nº 8080, 8142 e lei 8666/90. 14º. As referências deverão ser pactuadas de gestor a gestor.
85 15º. A SESA disponibilizara informações sobre a produção aprovada M1,M2,M3 e AC (SIA e SIH)
86 por procedimento e grupo de procedimento em Excel (*.XLS) para obtenção de parâmetros de
87 programação para cada município. (%/percapita)”. Após explicar cada uma das diretrizes acima,
88 **Mário Lúcio** colocou para a plenária a seguinte **Proposta do COSEMS** para a Revisão dos Tetos
89 Financeiros da Assistência dos Municípios e elaboração da Programação Pactuada Integrada do
90 Estado do Ceará: **1)** Manter os Tetos dos Municípios que na Câmara de Compensação de Internação
91 terão redução de Teto; **2)** Alocar parte dos recursos novos a serem incorporados ao teto estadual
92 para garantir o aumento dos tetos dos municípios que teriam acréscimo de Teto; **3)** Se houver sobra
93 do recurso novo a alocar, o mesmo será utilizado para redução das desigualdades; **4)** Deflagrar a
94 PPI no mês de outubro de 2005, cuja elaboração será consolidada a partir das definições dos Tetos,
95 das Diretrizes e de um novo Formato para a Compensação das Internações. **5)** Pacto de Gestão.
96 Disse que o Dr. Alex teria uma proposta formulada para o novo desenho da Câmara de
97 Compensação de Internação, mas que a mesma necessitaria de uma análise mais aprofundada.
98 Nesse ponto colocou o assunto para a discussão da Plenária. Dr. **Holanda**, com a palavra, diz que
99 não considera adequado realizar Câmara de Compensação de AIH, uma vez que a série histórica
100 não condiz com a realidade do atendimento. Defende o fortalecimento das Centrais de Regulação,
101 considerando que esse serviço existe em todas as Microrregionais de Saúde do Estado. Dr.
102 **Arnaldo** entende que deve ser abolida, do processo de revisão dos tetos, a idéia de perda e ganho
103 hoje existente, pois isso favorece à manutenção de uma cultura de competição entre os municípios,
104 e diz que as alterações devem ser compensadas conforme foi acordado através dos mecanismos de
105 gestão apresentados. Afirmar ainda que as Centrais de Regulação nem sempre dão as respostas
106 verdadeiras sobre o que foi realmente referenciado, mas reforça a necessidade de que os municípios
107 conheçam as informações de produção atualmente retidas na SESA para poder instrumentalizar os
108 gestores quando da elaboração das programações de seus municípios e defende que, assim como

109 são alocados recursos financeiros, sejam também definidas as responsabilidades às quais os
110 recursos financeiros correspondem. **Alex** diz que nas discussões em Brasília sobre o Pacto de
111 Gestão chegou-se à conclusão da necessidade de uma mudança na lógica de financiamento dos
112 serviços do SUS e propõe um novo desenho para a Câmara de Compensação de Internação baseado
113 no estabelecimento, de forma pactuada, de um ponto de corte que consiste num percentual do teto
114 de referência, o qual funcionará como um indicativo para a correção automática dos tetos ou para
115 uma nova pactuação regional, dependendo da oscilação do percentual. **Iolanda**, Coordenadora da
116 Central de Regulação de Tianguá, afirma que a PPI para ela é definida apenas como a “P”, vez que
117 a mesma nada tem de Pactuada e Integrada, e sugere que seja criado um instrumento que garanta a
118 pactuação e a integração da programação. Dra. **Vera** chamou a atenção da plenária para o tema da
119 pauta em discussão e disse que o assunto sobre a PPI será debatido numa reunião exclusiva uma
120 sobre a Proposta apresentada pelo COSEMS, entende que a mesma exclui a realização da Câmara
121 de Compensação e afirma que a SESA não comunga com essa proposição e justifica através destas
122 proposições: **1ª** . Há uma demanda reprimida em função do não ajuste dos tetos no período de 9
123 meses; **2ª**. Há urgência em se ajustar os tetos da Assistência Ambulatorial; **3ª**. Na proposta da SESA
124 os municípios que estão produzindo não perderiam recursos; **4ª** . Não há razão em se acrescentar
125 recursos ao teto de municípios que não produzem. Diz que a proposta do COSEMS só será
126 consolidada mediante a utilização de um instrumento de gestão que possibilite a correção dos tetos
127 de forma automática. Recomenda aos municípios em GPSM que estão com média de
128 produção abaixo do esperado que façam um esforço para utilizar os recursos na prestação dos
129 serviços à população, que certamente está sendo atendida por outro município. Dr. **Jurandi**
130 corrobora com o posicionamento de Vera Coelho e diz que tem acompanhado a avaliação dos
131 municípios feita pelo Estado e afirma que é preocupante a manutenção de privilégios a municípios
132 que não dão a resposta esperada ao Sistema, principalmente, considerando que os recursos
133 pertencem à população. Diz que há necessidade de se fazer imediatamente a Revisão dos Tetos, não
134 com o intuito de punir municípios mas para permitir que os que estão dando respostas positivas
135 possam continuar a produzir, e reafirma a posição de que a referida revisão deva ser feita de três em
136 três meses. Assegura que se alguns municípios sofrerem perdas, poderão compensá-las na rodada
137 seguinte. Dr. **Mário Lúcio** argumenta que o recurso novo deve ser utilizado para reduzir
138 desigualdades e se houver sobras que estas sejam alocadas na Assistência Ambulatorial de Média
139 Complexidade. Diz que é uma questão de justiça e que se forem retirados recursos dos municípios
140 que não dão respostas, estes irão à falência. O Sr. **Pedro**, Secretário de Saúde de Cruz diz que
141 muitos municípios se desarticulam e outros implementam serviços e concorda com a aprovação da
142 proposta do COSEMS. Dra. **Vera** conclui afirmando que o Estado não iria se contrapor à Proposta
143 do COSEMS quanto à decisão de não rodar a Câmara de Compensação de Internações, mas não
144 abre mão de considerar a avaliação da produção Ambulatorial para o ajuste do teto dos municípios
145 no trimestre de maio, junho e julho, conforme ficara acordado na reunião da Bipartite realizada em
146 Guaiúba. Após outras manifestações a CIB/CE concluiu pelas seguintes decisões: **1º**. Aprovar o
147 ajuste dos tetos da área de ambulatório de média complexidade, dos municípios do Estado do Ceará,
148 de conformidade com a atualização da PPI vigente. **2º**. Manter os tetos da área de internação de
149 média complexidade dos municípios do Estado do Ceará. **3º**. Aprovar a Revisão da Programação
150 Pactuada e Integrada da Assistência do Estado do Ceará. **4º**. Os efeitos financeiros das medidas
151 acima terão vigência a partir de 1º de outubro de 2005. **Item 2 – Apresentação da Avaliação dos**
152 **Indicadores do Pacto da Atenção Básica dos Municípios das MR de Acaraú, Camocim,**
153 **Crateús, Itapipoca, Sobral e Tianguá.** Dra. **Vera** explicou que a apresentação em pauta teria
154 como objetivo mostrar aos gestores dos municípios da Macrorregião de Sobral qual a situação do
155 Pacto da Atenção Básica em relação à meta dos indicadores pactuados, à exceção dos indicadores
156 de tuberculose e hanseníase, pela falta de condição técnica para avaliá-los num período de 6 meses
157 . Em seguida passou a palavra ao Técnico da área de Informação do Núcleo de Epidemiologia da
158 SESA, Luciano Pamplona, responsável pela avaliação em pauta. **Luciano** informou que a avaliação
159 dos Indicadores do Pacto de Atenção Básica a ser apresentada, se referia ao período de janeiro a
160 julho de 2005 e citou a Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005, que constitui o instrumento nacional
161 de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes ao nível de atenção básica.
162 Fez a apresentação por MR, destacando a Área de Atuação do Indicador, o Número de Indicadores

163 Pactuados, o Percentual (%) Alcançado e o Total pactuado e Alcançado. O resultado demonstra que
164 a maioria dos municípios avaliados não atingiu as metas estabelecidas para os indicadores
165 pactuados, principalmente nas áreas de Saúde da Criança, Saúde Bucal, Saúde da Mulher,
166 Indicadores Gerais, Controle de Hipertensão e Controle de Diabetes. Concluída a apresentação,
167 **Vera** observou que os números mostram aos gestores os resultados dos indicadores que eles
168 mesmos construíram e abriu o espaço para as discussões. **Policarpo** criticou a avaliação, dos
169 resultados que para ele não teriam muito significado pois o baixo desempenho poderia ser
170 consequência de maior ousadia do gestor em suas proposta, enquanto o que alcançou 100%, poderia
171 ter tido uma postura conservadora. Disse qual a avaliação individualizada não oferece meios para se
172 mensurar os avanços ou recuos dos municípios na busca do alcance dos indicadores de Saúde e por
173 isso entende que o Estado deveria elaborar um Pacto Geral que aponte para uma transformação real
174 do seu quadro sanitário, considerando o perfil epidemiológico de cada município. **Vera** lembrou
175 que não existe apenas um instrumento de avaliação e informou que o Estado está realizando um
176 processo de capacitação de profissionais para as atividades de monitoramento e avaliação da
177 Atenção Básica, mas argumentou que não se pode concluir que a avaliação desses indicadores, que
178 são reconhecidos como o reflexo de uma Atenção Básica responsável, não tenha qualquer valor.
179 Reconhece que esse processo não deve ser o único meio de acompanhamento e avaliação da
180 Atenção Básica mas considerou importante a apresentação em pauta tendo em vista dar
181 conhecimento aos gestores dos resultados das metas cujo alcance foi por eles pactuado. **Item 3 –**
182 **Revisão dos Tetos Financeiros dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva.** Dra. **Vera**
183 esclareceu que este tema seria conduzido pela Dra. Lilian que não pode comparecer por estar em
184 reunião no Ministério. Iniciou o assunto explicando que o Ceará tem um teto fixado para a Terapia
185 Renal Substitutiva – TRS, no valor de R\$ 3.395.690,00 e está apresentado uma produção de R\$
186 3.313.000,65, ficando no governo federal, no mês de agosto o valor de R\$ 82.689,35 do teto do
187 Estado do Ceará. E explica que isso ocorre porque a alocação dos recursos para a TRS é feita em
188 função das metas programadas e quando o município não as alcança em sua totalidade, o recurso
189 não é disponibilizado para o Estado. Mostrou o trabalho realizado pelo Núcleo de Auditoria da
190 COVAC, referente aos Tetos Financeiros de TRS dos municípios que ofertam serviços de
191 nefrologia, nos meses de janeiro a agosto de 2005, onde constata-se a ocorrência da saldos,
192 principalmente nos municípios de Fortaleza e Juazeiro do Norte enquanto os municípios de
193 Barbalha, Caucaia, Crato, Maracanaú, Quixadá e Sobral têm produção excedente à meta e não
194 dispõem do recurso correspondente para garantir o pagamento dos procedimentos que extrapolaram
195 o limite fixado. Em face disso e considerando que nos casos de Caucaia, Crato e Quixadá é
196 constante a ocorrência de déficit em seus limites financeiros, a COVAC propõe que seja feita uma
197 revisão dos valores dos tetos de TRS por município e que a Comissão Intergestores Bipartite
198 autorize a SESA a proceder a revisão das metas de forma a corrigir essas disfunções. Informou que
199 o Teto da TRS de Russas será acrescido pelo MS com recursos novos e portanto não será subtraído
200 do Teto Global do Estado. Dr. **Alex** propõe que a CIB adote uma posição mais incisiva com
201 relação à mudança da sistemática de alocação dos recursos da TRS. Disse que o CONASEMS já
202 propôs essa mudança, sem sucesso, e acha que se deve insistir junto ao MS para que esse órgão
203 permita ao Estado remanejar os recursos decorrentes de saldos dos tetos de TRS. Disse que em
204 dezembro o município de Fortaleza havia extrapolado o teto, mas que por solicitação do município,
205 o referido teto mesmo teria sido reajustado com base no valor ultrapassado. Propõe que a SESA
206 encaminhe ao Ministério da Saúde a autorização da CIB/CE para a transferência automática de
207 saldos de recursos do teto de TRS entre os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal. A
208 Sra. **Ivonete**, Secretária de Saúde de Quixadá solicita que o problema de déficit do seu município
209 com relação à TRS deve ser resolvido o mais breve possível e afirma que no último contato que
210 mantivera com o MS fora surpreendida com o questionamento de técnico daquele órgão, sobre o fato
211 do Ceará não estar utilizando o saldo existente no teto do Estado. Diante disso a CIB/CE decidiu:
212 1º) Aprovar a Proposta de ajuste dos Tetos da Terapia Renal Substitutiva dos municípios do Ceará
213 em Gestão Plena do Sistema Municipal e do Teto Financeiro sob gestão do Estado, com efeitos
214 financeiros a partir de 1º de setembro/2005, com os seguintes valores: Barbalha – R\$ 191.732,47;
215 Caucaia – R\$ 187.440,27; Crato – R\$ 363.109,10; Fortaleza – R\$ 2.288.675,25; Juazeiro do Norte –
216 R\$ 56.550,35; Maracanaú – R\$201.416,05; Quixadá – R\$ 82.664,40; Russas (Serviço Novo - Sob

217 Gestão Estadual) – R\$126.738,27 e Sobral – R\$ 276.503,63. 2º) Enviar Ofício solicitando ao
218 Ministério da Saúde que este proceda a transferência de recursos aos municípios habilitados em
219 Gestão Plena do Sistema Municipal, do Ceará, para pagar produção de Terapia Renal Substitutiva
220 realizada além do teto programado, quando houver saldo no Teto de outros municípios e no Teto
221 Global do Estado. 3º) Encaminhar Ofício ao MS solicitando o repasse dos recursos no valor total de
222 R\$ 87.100,77 (oitenta e sete mil e cem reais e setenta e sete centavos), para cobrir os déficit dos
223 municípios de Barbalha, Caucaia, Crato, Maracanaú, Quixadá e Sobral, com procedimentos de TRS
224 realizados em agosto/2005 além do Limite estipulado. **Item 4 – Apresentação da Análise Técnica**
225 **dos Planos Municipais de Saúde.** Vera lembrou à Plenária que em reuniões anteriores ficara
226 acertado que os Planos Municipais de Saúde analisados pela SESA seriam apresentados na CIB/CE
227 e, antes de passar a palavra para a Dra. Ismênia técnica do NUPLA, chamou mais uma vez a
228 atenção dos gestores dos municípios de gestão plena para entrega dos PMS e dos Relatórios de
229 Gestão. Mencionou, com destaque, o Plano Municipal de Deputado Irapuan Pinheiro, município de
230 Atenção Básica, mas fez um Plano de Saúde tão bem elaborado que merece ser colocado para o
231 conhecimento dos demais gestores, já que o mesmo constitui uma ferramenta de orientação para a
232 gestão municipal. **Ismênia**, com a palavra, informou que dos 49 (quarenta e nove) municípios em
233 GPMS apenas os 15 (quinze) seguintes, ou seja, Maracanaú, Icapuí, Fortim, Cruz, Marco, Viçosa
234 do Ceará, Tauá, Iguatu, Mombaça, Quixelô, Acopiara, Juazeiro do Norte, Maranguape e Jaguaribe,
235 teriam entregue os Planos Municipais de Saúde. Disse que da análise feita pelo Núcleo de
236 Planejamento todos os Planos contemplam os elementos que tornam o Plano Municipal de Saúde
237 um instrumento de gestão na esfera municipal. **Item 5 - Qualificação de Equipes no Âmbito do**
238 **PSF.** Vera apresentou os pleitos de qualificação de Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal
239 conforme segue: **Equipe de Saúde da Família:** Nove (9) para o município de Massapê. **Equipes**
240 **de Saúde Bucal:** Uma (1) para o município de Madalena, Duas (02) para Uruoca, Duas (02) para o
241 Município de Chaval e Quatro (4) para Mombaça; **Acréscimo de Agentes Comunitários de**
242 **Saúde:** Dezessete (17) para o município de Massapê. A CIB/CE aprovou as qualificações das
243 **Equipes de Saúde da Família , de Saúde Bucal e Acréscimo ao PACS,** conforme
244 pareceres favoráveis emitidos pelo NUORG e NUNAS/Saúde Bucal nos processos de qualificação
245 em apreço. **Item 6 – Mudança de Modalidade do CAPS I de Maranguape para CAPS II.**
246 Dra. Vera apresentou o pleito de Maranguape, cujo projeto está com a documentação completa e
247 Parecer Técnico favorável do Coordenador Estadual de Saúde Mental, segundo o qual o CAPS II de
248 Maranguape se encontra em funcionamento e atende à todas as exigências normativas para o seu
249 credenciamento. A CIB/CE aprovou a mudança de modalidade do CAPS de Maranguape e
250 autorizou o envio do processo ao MS para o credenciamento do referido Serviço na modalidade II.
251 **INFORMES:** 1º) Portaria GM/ Nº 1653 de 15/09/2005 prorroga por 90 dias, o prazo estabelecido
252 na Portaria GM Nº 1065 de 04/07/2005, (art. 13), para publicação da Portaria que definirá a
253 operacionalização e o financiamento dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. 2º) O
254 MS institui prêmio para municípios e estados que apresentarem no dia 30/09/2005, no Banco do
255 SINAN, pelo menos 90% dos casos da coorte de abril a setembro de 2005, encerrados. 3º).
256 Encontro Nacional de Secretarias Técnicas das CIB – dias 06 e 07/10/2005 – (Discutir a estrutura e
257 funcionamento das ST/CIB como um meio no processo de gestão do SUS). Nada mais havendo a
258 tratar, Dra. Vera Coelho encerrou a reunião da CIB, tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a Ata que vai
259 assinada em folha de presença pelos membros da Bipartite que compareceram. Fortaleza, trinta de
260 setembro de dois mil e cinco.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 15ª REUNIAO ORDINÁRIA DO ANO 2005

Aos quatorze dias do mês de outubro do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos, no auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600, nesta capital, realizou-se a 15ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, Vera Coelho, da COPOS; Ismênia Maria Ramos, do NUPLA Antônio Paulo de Menezes, do NUPLA, Carmem Lúcia Osterno Silva, do NUORG e Nágela Maria dos Reis Norões, da CORES. Pela representação dos municípios compareceram os seguintes Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio R. Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Arnaldo R. Costa Lima de Sobral; Eduardo Rocha, de Canindé; Policarpo Araújo Barbosa, de Maranguape; Rogério Teixeira Cunha, de Umirim; Rodrigo Carvalho Nogueira, de Deputado Irapuan Pinheiro e o Coordenador de Políticas de Saúde da SMS de Fortaleza, Alexandre Mont'Alverne. Como convidados: Os Secretários de Saúde, José Neto, de Horizonte; Josete Tavares, de Guaiuba; Murilo Alves do Amaral, de Caucaia e Alcides Muniz Gomes de Matos, de Juazeiro do Norte. Outros convidados presentes: Joseana Lima, pelo COSEMS; os Orientadores de CERES, Maria Lucila M. Rodrigues, de Sobral; Lúcia de Fátima B. Alencar, de Icó; Zita Maria da Rocha, de Maracanaú; Rosélia Mesquita, de Canindé e Adail Afrânio M. Nascimento, de Acaraú; os Técnicos da SESA, Luis Mário Mamede, Darci Andrade e Fco. Alexandre. Estiveram também presentes, Maria da Conceição Cunha e Rafael Porto Cabral, representantes do Hospital Maternidade Jesus Maria José, de Quixadá. A reunião foi presidida por **Vera Coelho** que constatando a existência de quorum, abriu os trabalhos começando com a apresentação do informe sobre o Encontro Nacional de Secretarias Técnicas das CIB ocorrido nos dias 6 e 7 de outubro em Brasília, que fora promovido conjuntamente pelo CONASS, CONASEMS e MS, com o objetivo de discutir e analisar a organização das CIB; Atribuições e Competências e suas relações com os Conselhos de Saúde. Informou que ela teria participado do referido evento, representando a SESA e o Dr. Arnaldo, pelo COSEMS e passou a palavra ao Dr. Arnaldo para que o mesmo apresentasse o resumo do que foi discutido e das proposições decididas em plenário quanto ao novo papel das CIB Estaduais e Regionais. **Arnaldo** informou que antes das discussões fora apresentado o relatório de um trabalho de pesquisa realizado pelo prof. Mauro Serapione, da UECE, com a participação do Dr. Alcides Miranda, da UFC, que levantaram em todo o país aspectos relevantes sobre as CIB's abordados pelos gestores municipais e estaduais, e que serviu de motivação para os debates. Disse que os participantes foram distribuídos em grupos regionais ficando o Ceará no Grupo Nordeste I com os estados de Pernambuco, Bahia, Sergipe e Alagoas, cujo trabalho consistiu em sistematizar as potencialidades, dificuldades e propor estratégias para o fortalecimento das CIB's. Citou alguns pontos abordados pelos grupos destacando os pontos mais comuns a todos, como, a capacitação dos gestores, a organização das CIB's, as competências do Colegiado e do Conselho Estadual e regulamentação das Comissões Intergestores, que foram ao final consolidadas nas seguintes proposições: **1.** Capacitação de técnicos (das SES e COSEMS); **2.** Formação/ sensibilização de gestores; **3.** Legislação / Regulamentação das Comissões Intergestores (CIB e CIT); **4.** Instituir dotação orçamentária específica para as ações do colegiado de gestão da CIB; **5.** Definir/regulamentar competência das CIB's/CES; **6.** Reestruturação das câmaras técnicas; **7.** Qualificação do fluxo de decisão: normalização das políticas de saúde de forma ascendente (ex.: Participação nas Câmaras Técnicas da CIT, dos técnicos integrantes das SES e SMS; **8.** Inversão da lógica de construção da PPI (serviço/financiamento). Disse que nas discussões percebia-se claramente que o Ceará estava mais avançado do que outros estados em várias questões, dentre as quais, o efetivo funcionamento das CIB Microrregionais e a definição das competências da CIB/CE e do CESAU. Sobre a participação de técnicos das SES e SMS nas Câmaras Técnicas da CIT, **Vera** reforçou a necessidade dessa estratégia, esclarecendo que a CIT se apóia para as suas decisões no posicionamento das Câmaras Técnicas que têm representantes do CONASS e do CONASEMS que são Assessores desses Conselhos, os quais não exercem atividades nos Sistemas Estaduais e Municipais de Saúde, e portanto, desconhecem a realidade dos estados e dos municípios. **Arnaldo** finalizou defendendo a proposta de inversão da lógica da construção da PPI, segundo a qual a

55 definição das obrigações deveria anteceder a alocação dos recursos financeiros correspondentes.
56 Reforça a necessidade dessa estratégia, afirmando que, no estudo do Mauro Serapione ficou
57 constatado que uma das questões que mais causam polêmica nas reuniões das CIB é a alocação dos
58 recursos da Programação Pactuada Integrada. Vera falou que o encontro havia sido muito
59 proveitoso e avisou que o material da pesquisa do Mauro Serapione se encontrava na Secretaria da
60 CIB à disposição do COSEMS e das CIB/MR. **Item 1 - Programação Pactuada e Integrada**
61 **2005/2006 – Diretrizes, Critérios de Distribuição de Recursos e Matriz Base.** Vera informou
62 que a Dra. Lilian, Coordenadora da COVAC que iria participar da apresentação estava em Brasília,
63 mas os técnicos daquela Coordenadoria, Mamede, Alexandre, Darcy e Melânia estariam presentes
64 para esclarecer quaisquer dúvidas da plenária e acrescentar o que fosse necessário. Distribuiu com
65 os membros da Bipartite cópia da Proposta de Metodologia para a Organização da Programação de
66 Atendimento do Estado do Ceará e afirmou que esse trabalho teria sido feito com base na proposta
67 apresentada pelo COSEMS na Reunião da CIB realizada em Sobral. Mostrou inicialmente a
68 distribuição dos Recursos Federais do Teto da Assistência do Estado, explicando que do montante
69 de R\$ 41.815.924,00, 83,25% foram repassados aos municípios habilitados na Gestão Plena do
70 Sistema Municipal, 13,25% se destinam aos municípios não habilitados e 3,50% às Ações
71 Exclusivas da SESA. Informou que por classificação dos serviços, fora alocado para a Assistência
72 de Média Complexidade o valor de R\$ 28.757.250,00 o qual, por decisão adotada na Reunião da
73 CIB/CE realizada em Sobral, seria dividido nos percentuais de 40% para a **Assistência**
74 **Ambulatorial** e 60% para as **Internações** que correspondem, respectivamente, aos valores per
75 capita de R\$ 17,16 e de R\$ 25,68. Para os serviços de **Alto Custo** (AC), foi destinado o valor de
76 R\$ 7.256.980,00. Para as **Ações Exclusivas da SESA**, onde se incluem os Laboratórios Públicos, a
77 Hemorrede e o Tratamento Fora do Domicílio, o valor de R\$ 1.458.842,00. E para a Saúde Mental e
78 Incentivos, a quantia de R\$ 4.342.852,00. Lembrou que não fazem parte desta distribuição os
79 recursos do FAEC, vez que as ações pagas por este Fundo ocorrem por adesão as Políticas
80 Nacionais para as quais há outras formas de alocação. Em seguida, apresentou o elenco de
81 Premissas, que subsidiam a elaboração da PPI, as Diretrizes Gerais, os Objetivos e as normas de
82 Operacionalização, as quais passou a explicar simultaneamente às informações constantes dos
83 Anexos da Proposta em pauta, destacando os relatórios de Faixa de Cobertura per capita dos
84 Recursos Federais programados em atendimento ambulatorial de MC para a população residente e
85 os referentes aos Números de Municípios e Percentual de Profissionais existentes no Cadastro do
86 SIA/SUS com o registro no CNES. Disse que os gestores deveriam rever os seus CNES haja vista o
87 elevado percentual de inconsistências identificado no relatório de migração de dados. Finalizando,
88 apresentou a Matriz Base e colocou o assunto em discussão. **Mário Lúcio** com a palavra, diz que os
89 municípios estão dando início a uma nova PPI e que é preciso que cada gestor tenha consciência das
90 inconsistências existentes em suas informações e saiba localizá-las. Para tanto, solicita que a SESA
91 repasse aos municípios a síntese da situação de cada um. **Arnaldo** afirma que a base utilizada pelo
92 MS quando atualiza procedimentos não permite manter os critérios da PPI e não dá liberdade para
93 redistribuir o teto que foi destinado para os municípios. **Eduardo** expressa preocupação com a
94 lógica de alocação de recursos em função da produção. **Vera** afirma que o MS não identifica
95 mecanismos que não sejam através da informação de produção e diz que é essa a maneira de se
96 constatar se o município está dando o retorno pelo recurso recebido. Entende que se houver
97 mudança na lógica de pagamento, esta deve ocorrer de forma global. **Mário Lúcio** diz que a
98 Proposta apresentada atende as expectativas dos municípios mas é preciso aprofundar o que resta a
99 ser analisado pela Comissão Técnica, incluindo a proposta do Alex para a Câmara de Compensação.
100 Recomenda que se avance nesse estudo e propõe que se defina um cronograma de reuniões da
101 referida comissão e convida outros Secretários a se incorporarem ao grupo de trabalho e
102 colaborarem para a conclusão da Proposta. A Plenária acatou as proposições do presidente do
103 COSEMS e agendou reuniões de estudos da PPI para os dias 21 e 24 de outubro de 2005. **Item 2 -**
104 **Contratualização dos Hospitais de Ensino: Maternidade Escola Assis Chateaubriand -**
105 **MEAC e Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC.** Dr. Alex, Coordenador de Políticas
106 de Saúde da SMS de Fortaleza, esclareceu que a Contratualização do HUWC e da MEAC integra o
107 Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único
108 de Saúde e disse que esse processo viabiliza a fixação de metas e indicadores das ações de atenção à

109 saúde, de ensino, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde e de gestão hospitalar, pactualizadas e
110 formalizadas através do Contrato de Gestão, Plano Operativo e Plano de Metas e cujas diretrizes
111 estão consubstanciadas no Termo de Referência para Contratualização entre os Hospitais de Ensino
112 e Gestores de Saúde. Disse que o referido Programa estabelece um novo modelo de financiamento e
113 alocação de recursos, cuja orçamentação tem a seguinte composição: **1)** Valor fixo mensal, que
114 compreende, a produção físico-financeira da Média Complexidade; os recursos do Fator de
115 Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa - FIDEPS; o Programa Interministerial de
116 Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários na parcela referente ao MS, no que diz respeito
117 aos Hospitais de ensino do MEC; Os incentivos de custeio e outros recursos acrescidos pelo MS.
118 **2)** Valor variável conforme cumprimento de metas estabelecidas. **3)** Valor correspondente à
119 produção dos serviços. Nesse caso se inclui o financiamento das ações de Alto Custo, dentro do
120 limite estabelecido. Informou que os dois hospitais, Maternidade Escola Assis Chateaubriand e
121 Hospital Universitário Walter Cantídio, estão em condições de serem contratualizados, mas
122 expressou preocupação quanto à situação da greve da UFC, considerando a possível queda na
123 produção dessas unidades, e a impossibilidade da utilização dos respectivos recursos financeiros,
124 pelo gestor da saúde de Fortaleza, no atendimento da demanda reprimida. Dra. **Vera** comentou
125 sobre a modalidade de financiamento dos Hospitais de Ensino e colocou o pleito para a apreciação
126 da Plenária da Bipartite que sem outras manifestações aprovou a Contratualização dos Hospitais de
127 Ensino da UFC, **Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC e Hospital Universitário**
128 **Walter Cantídio - HUWC**, conforme apresentado. **Item 3 - Apreciação do Pedido de**
129 **Credenciamento de um Serviço de Nefrologia em Canindé.** Vera apresentou o pleito do
130 município de Canindé encaminhado à CIB pela COVAC para discussão quanto à implantação de
131 um serviço de diálise naquele município. Informou que segundo o parecer da Coordenação de
132 Controle e Avaliação da SESA haviam 110 pacientes das Microrregiões de Canindé, Crateús,
133 Baturité e Tauá que dialisam em Fortaleza e que pela proximidade com o município de Canindé
134 poderiam ser atendidos em Canindé, caso haja interesse dos pacientes nessa transferência. **Vera**
135 afirma que o processo em pauta fora instruído com o conhecimento do gestor de Canindé, mas
136 solicitou que o mesmo dissesse a posição do município sobre o assunto. Dr. Eduardo, SMS de
137 Canindé se coloca favorável a implantação do Serviço de Nefrologia naquele município baseado na
138 importância da implementação da estratégia de descentralização do SUS, para o fortalecimento do
139 Sistema Municipal de Saúde, e na viabilidade do funcionamento do serviço, constatada mediante
140 estudo realizado pelo área de Controle e Avaliação do município. Informa que o atendimento será
141 realizado pelo Centro de Nefrologia de Caucaia, cujo diretor já acertara com a direção do Hospital
142 São Francisco a estruturação do referido Serviço nas instalações desse estabelecimento, com a
143 concordância da Secretaria de Saúde de Canindé. Afirma que o município teria identificado os 110
144 pacientes que estão dialisando em Fortaleza, conforme fora citado pela COVAC, mas que com
145 certeza esse número seria aumentado com o ingresso de pacientes de outros municípios tais como,
146 Tejuissuoca, Hidrolândia, Irauçuba e Apuiarés. Vera observa que o contingente populacional de
147 Canindé não suporta a implantação do serviço de nefrologia, que segundo as normas do MS deverá
148 estar numa região de no mínimo, 200 mil habitantes e portanto, no caso de Canindé requer a
149 parceira dessa Micro com as de Crateús, Baturité e Tauá e acrescenta que mesmo se concluindo
150 pela criação de um serviço de Nefrologia em Canindé, há que se adotar os mesmos levantamentos
151 que foram exigidos para os serviços que foram implantados nos municípios de Caucaia e Russas e
152 recentemente, para Juazeiro, Sobral e Crato, quanto à redistribuição e transferência dos pacientes.
153 Comentou ainda que a estratégia de implantação desse tipo de serviço segundo o PDR, era apenas
154 em Macrorregiões, hoje essa proposta está sendo alterada, com os sucessivos pedidos de
155 implantação em Microrregiões e cita o caso do município de Iguatu que estaria também
156 estruturando um serviço de diálise e brevemente deverá ser apreciado pela Bipartite. Ante o exposto
157 colocou o assunto à consideração da **Plenária da Bipartite** que concordou com a implantação do
158 serviço de nefrologia em Canindé, para atender os demais municípios daquela Microrregião de
159 Saúde e às Microrregiões mais próximas, devendo ser realizado, preliminarmente à análise do
160 credenciamento do Centro de Nefrologia, o trabalho de levantamento das condições de atendimento,
161 e consulta aos pacientes sobre o interesse dos mesmos em se transferirem para o município de
162 Canindé. **Item 4 -Apreciação do Pedido de Credenciamento de 8 (oito) Leitos de UTI Neonatal**

163 **do Hospital Maternidade Jesus Maria José, localizado no município de Quixadá.** Dra. Vera
164 citou o Ofício da Secretária de Saúde de Quixadá em que aquela autoridade solicitava a aprovação
165 da CIB para o credenciamento de oito leitos de UTI neonatal no Hospital Jesus Maria José, naquele
166 município, argumentando que o referido hospital já vem prestando esse serviço ao Sistema, mas o
167 elevado percentual de mortalidade neonatal requer a expansão do atendimento nessa especialidade.
168 **Vera** acrescenta que o parecer da Coordenadoria de Controle e Avaliação da SESA é favorável ao
169 credenciamento dos leitos de UTI Neonatal do Hospital Jesus Maria José, e informa que o serviço
170 em questão está apto a ser credenciado pois dispõe de todas as condições físicas e de recursos
171 humanos para o seu funcionamento. Informou também que a repercussão financeira com o referido
172 credenciamento, seria de R\$ 51.290,40 (cinquenta e um mil, duzentos e noventa reais e quarenta
173 centavos) mensais e propõe que, caso esse valor não seja coberto com as referências dos outros
174 municípios, sejam utilizados os recursos adicionais que deverão ser liberados tão logo haja acordo
175 sobre a sua forma de alocação. **Vera** passou a palavra ao Sr. Rafael, Diretor Administrativo do
176 Hospital Jesus Maria José, que reforçou o argumento da necessidade do credenciamento em pauta,
177 por não haver outro serviço na Região, e que 68% dos atendimentos são realizados em pacientes de
178 outros municípios enquanto 32 % com pacientes de Quixadá. Sem mais comentários a **CIB/CE**
179 aprovou o credenciamento de 8 (oito)leitos de UTI Neonatal do Hospital Jesus Maria José de
180 Quixadá, para atender os pacientes daquela Microrregião de Saúde, conforme solicitado. **Item 5 –**
181 **Aprovação do Projeto de Adequação das Campanhas de Cirurgias Eletivas de Médio**
182 **Complexidade da MR de Russas.** Vera apresentou o Projeto de Adequação das Campanhas de
183 Cirurgias Eletivas de Média Complexidade da Microrregião de Russas, informando que o mesmo
184 será executado sob gestão da SESA e que segundo o parecer do Núcleo de Auditoria da COVAC, o
185 Projeto atende a Portaria GM/ N° 486/2005 que trata da Política Nacional de Procedimentos
186 Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Esclareceu que a Microrregião em
187 apreço tem sede no município de Russas que possui 62.837 habitantes, e é constituída pelos
188 municípios de Russas, Ibicuitinga, Jaguaratama, Jaguaruana, Morada Nova e Palhano, cujas
189 populações somam 211.338 habitantes. Informou ainda que o Impacto Financeiro do Projeto
190 alcança os seguintes valores: Anual: R\$ 198.142,00 (cento e noventa e oito mil, cento e quarenta e
191 dois reais); Semestral: R\$ 99.071,00 (noventa e nove mil, setenta e um reais) e Mensal: R\$
192 16.511,83 (dezesesseis mil, quinhentos e onze reais e oitenta e três centavos). **Vera** colocou o pleito à
193 consideração da CIB/CE que aprovou o Projeto de Adequação das Cirurgias Eletivas de Média
194 Complexidade Ambulatorial e Hospitalar da MR de Russas (CE), conforme apresentado. **Item 6 -**
195 **Pedido de transferência de Pacientes de TRS, de Fortaleza para Caucaia.** Dra. Vera apresentou
196 ofício do Secretário de Saúde de Paraipaba em que este solicita autorização da CIB/CE para
197 proceder a transferência de 10 (dez) pacientes daquele município, que fazem tratamento de diálise
198 em Fortaleza, para o Serviço de Nefrologia de Caucaia, tendo em vista dar mais conforto aos
199 doentes e reduzir os custos com deslocamento dos mesmos para os diversos serviços de TRS de
200 Fortaleza. Segundo o solicitante, os pacientes já estariam sendo consultados sobre a transferência, e
201 o Diretor do CENEC se propusera em instalar o serviço para atender os 10 pacientes do município
202 de Paraipaba. **Vera** colocou o pleito à decisão da Plenária argumentando que não haveria
203 impedimento para a aprovação do pedido, desde que o recurso financeiro alocado para o tratamento
204 dos referidos pacientes fosse antecipadamente transferido para o teto da TRS de Caucaia. A
205 Comissão Bipartite acatou essa sugestão e, estando presente o Dr. Fábio Landim Secretário de
206 Saúde de Paraipaba, foi-lhe comunicado que a realização das transferências propostas deverá
207 aguardar a efetivação do remanejamento dos recursos financeiros correspondentes do município de
208 Fortaleza para o Teto do município de Caucaia. **Item 7- Aprovação da distribuição dos recursos**
209 **do QUALISUS para a Urgência e Emergência em hospitais de Fortaleza.** Dra. Vera anunciou o
210 item de pauta e passou a palavra ao Alex e Itamácia para que estes conduzissem o assunto. **Alex**
211 **fez** uma abordagem sobre o QUALISUS mostrando uma versão que segundo o mesmo teria sido
212 apresentada pelo MS na Tripartite em 2004. Disse que o QUALISUS consiste de um Projeto de
213 Qualificação no Sistema Único de Saúde e que visa a melhoria da qualidade da Atenção à Saúde em
214 diversas áreas da assistência, estando previstos os projetos de qualificação da Atenção Básica, do
215 Atendimento de Urgência através do SAMU, do Sistema Hospitalar e dos Sistemas Municipais de
216 Saúde. Disse que no caso de Fortaleza o QUALISUS abrange o componente de qualificação das

217 ações do Sistema Hospitalar voltado essencialmente para a melhoria da qualidade da atenção de
218 Urgência e Emergência. Disse que esse projeto foi concebido para as capitais e que Recife teria
219 sido a 1ª do Nordeste a ser beneficiada e Fortaleza seria a 2ª Capital. Dra. Itamércia informou que
220 os municípios das áreas metropolitanas também foram selecionadas e que serão contempladas
221 posteriormente, e disse que a motivação para a execução do QUALISUS fora uma pesquisa
222 nacional realizada pelo DATASUS, para identificar as fragilidades e as dificuldades, satisfação e
223 insatisfação da população com relação à assistência do SUS, sendo o atendimento de Urgência e
224 Emergência identificado como um dos pontos de insatisfação da população, assim como a
225 insuficiência na estrutura de serviços especializados que funcionam como retaguarda àquele
226 atendimento e da Atenção Básica, pontos estes que ensejaram a definição dos seguintes Projetos do
227 QUALISUS: Qualificação do atendimento nas Unidades de Urgência/Emergência; Qualificação da
228 Atenção Básica; Qualificação e acesso a assistência ambulatorial e hospitalar de Média
229 Complexidade e Política de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS. Disse que os recursos
230 totais necessários para os Projetos nas Capitais e nos municípios da região Metropolitana seria de
231 R\$ 640.000.000,00 para os Hospitais de Urgência e R\$ 540.000.000,00 para os SAMU nas
232 Regiões Metropolitanas. Em seguida apresentou a proposta da distribuição dos recursos do Projeto
233 QUALISUS para a Urgência e Emergência com os valores financeiros de responsabilidade das
234 partes, **cedente (MS) + proponente (SESA e/ou SMF) = Total**, nesta ordem, para os hospitais
235 beneficiados, localizados em Fortaleza, conforme segue: **Instituto Dr. José Frota**, R\$ 8.000.000,00
236 (oito milhões de reais) + R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) = R\$ 8.400.000,00 (oito milhões e
237 quatrocentos mil reais); **Hospital Geral de Fortaleza**, R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais) + R\$
238 300.000,00 (trezentos mil reais) = R\$ 3.300.000,00 (três milhões e trezentos mil reais); **Hospital**
239 **Distrital Maria José Barroso de Oliveira**, R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais) + R\$
240 300.000,00 (trezentos mil reais) = R\$ 3.300.000,00 (três milhões e trezentos mil reais); **Hospital**
241 **Nossa Senhora da Conceição**, R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais) + R\$
242 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) = R\$ 2.750.000,00 (dois milhões, setecentos e
243 cinquenta mil reais); **Hospital Gonzaga Mota da Barra do Ceará**, R\$ 1.500.000,00 (um milhão e
244 quinhentos mil reais) + R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) = R\$ 1.650.000,00 (um milhão
245 seiscientos e cinquenta mil reais), **Total 18.000.000,00** (dezoito milhões de reais) + **R\$ 1.400.000,00**
246 (um milhão e quatrocentos mil reais) =
247 **R\$ 19.400.000,00** (dezenove milhões e quatrocentos mil reais). A CIB/CE aprovou a distribuição
248 dos recursos do QUALISUS para os Hospitais de Urgência e Emergência da capital, conforme
249 discriminado acima. **Item – 8 Qualificação de Equipes no âmbito do PSF. Vera** apresentou os
250 pleitos de qualificação de Equipes de Saúde e de Saúde Bucal conforme segue: **Equipe de Saúde**
251 **da Família:** Três (3) para o município de Guaiuba, que já tinha seis qualificadas, fechando portanto
252 em nove a sua necessidade nesse tipo de equipe. **Equipes de Saúde Bucal:** Doze (12) para o
253 município de Crato, Quatro (04) para Uruburetama, Duas (02) para o Município de Jucás e Uma (1)
254 para Potengi; Não houve nenhum pedido de Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde. A
255 CIB/CE aprovou as qualificações das **Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal** conforme
256 parecer favorável da CODAS/NUORG e NUNAS/Saúde Bucal. **Item 9 – Implantação de CEO's**
257 **em Bela Cruz e Alto Santo.** Vera colocou para a Plenária os pedidos de implantação de dois
258 Centros de Especialidades Odontológicas - Tipo I , sendo um (01) para o município de Bela Cruz e
259 outro para o município de Alto Santo. Informou que ambos os projetos obtiveram parecer favorável
260 da Coordenação Estadual de Saúde Bucal, por atenderem as exigências da Portaria GM/Nº
261 283/2005 que antecipa o pagamento do incentivo financeiro para estruturação ou ampliação desses
262 Centros. Sem outros comentários a CIB/CE aprovou a implantação de um CEO tipo I em **Bela**
263 **Cruz** e um CEO tipo I em **Alto Santo**. Nada mais havendo a tratar, Dra. Vera Coelho encerrou a
264 reunião, tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a Ata que vai assinada em folha de presença por mim e
265 pelos membros da Bipartite que compareceram. Fortaleza, quatorze de outubro de dois mil e cinco.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 16ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005**
3
4
5

6 Aos quatro dias do mês de novembro do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos, no
7 auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600, nesta
8 capital, realizou-se a 16ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde
9 do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, Jurandi Frutuoso Silva
10 Secretário Estadual de Saúde, Vera Coelho, Coordenadora da COPOS; Lilian Beltrão e Diana
11 Carmem Oliveira Coordenadoras da COVAC; Ismênia Maria Ramos, Supervisora do NUPLA,
12 Fco. Holanda, Coordenador da CODAS, Isabel Cristina C.Carlos e Nágela Maria dos Reis Norões,
13 da CORES. Pela representação dos municípios compareceram os seguintes Secretários Municipais
14 de Saúde: Mário Lúcio R. Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Arnaldo Costa Lima,
15 de Sobral; Eduardo Rocha, de Canindé; Policarpo Araújo Barbosa, de Maranguape; Rodrigo
16 Carvalho Nogueira, de Deputado Irapuan Pinheiro, Nizete Tavares, do Crato e Luis Odorico, de
17 Fortaleza. Como convidados Tatiana Nunes de Jaguaribe; Lúcia Helena, da 1ª CERES; Wanda
18 Andrade, de Aracati; Valúcia Alves de Redenção; Ana Virgínia Justa da 3ª CERES; Humberto88/
19 Guerra, de Amontada; José Teixeira, da 6ª CERES; Fca. Leite Mendonça de Ipú; Fco. Evandro
20 Lima de Aquiraz; Angelo Luis Nóbrega, de Marco; Alcides G.de Matos, de Juazeiro do Norte,
21 Marlene Pimentel de Croatá; Haroldo Vale, de Cascavel; Maria Auxiliadora Santos, de
22 Guaramiranga; Ivonete Vieira da 10ª CERES; Israel G. Peixoto da, 9ª CERES; Rosélia da 6ª
23 CERES; Fca. das Chagas, de Cedro; Alberto Malta Junior de Barbalha; Benedita Oliveira, da 8ª
24 CERES, Fco. Pedro S.Filho, de Cruz; Dione Cavalcante, da 4ª CERES; Ricardo Hélio Chaves, de
25 Limoeiro do Norte; Eliane Lavor, do NUASF/SESA, Roberto Alves, de Potiretama e outros
26 técnicos das CERES e das Secretarias Municipais. A reunião foi presidida por **Vera Coelho** que
27 constatando a existência de quorum, abriu os trabalhos fazendo uma alteração na ordem de
28 apresentação dos itens da pauta, começando pelo **Item 3 – Remanejamento de Equipamento do**
29 **REFORSUS de Morada Nova para Aquiraz.** Vera explicou que conforme orientação da
30 Coordenação do REFORSUS, os bens que estivessem sem utilização no município para o qual
31 foram adquiridos pelo referido Projeto, poderiam ser remanejados para outros municípios desde que
32 fossem cumpridas as formalidades estabelecidas pelo Ministério. Lembrou que o assunto já havia
33 sido tratado na reunião de Guaiúba, pela Dra. Isabel Cristina da CORUS, que apresentara um
34 levantamento dos bens existentes em unidades municipais, adquiridos com recursos do
35 REFORSUS, e que se encontravam sem utilização, em diversos municípios do Estado. Disse que
36 na ocasião, ficara definido que a CODAS, através do NUDIT, iria fazer uma avaliação técnica dos
37 equipamentos, antes dos mesmos serem remanejados. Em seguida apresentou o pleito de Aquiraz,
38 em que o gestor daquele município solicita o remanejamento de um APARELHO de ULTRASSOM
39 PORTÁTIL, que fora adquirido para o município de Morada Nova, conforme Nota Fiscal Nº
40 02251, de 15/10/2002, da Empresa COMDIAS – Comercial Dias de Produtos Hospitalares Ltda,
41 mas estava sem utilização, pois esse município já dispunha de outro equipamento de Ultrassom.
42 Disse que conforme constava no processo, o Secretário de Saúde de Morada Nova concordara em
43 ceder o referido bem e que juntamente com o gestor de Aquiraz, haviam cumprido os
44 procedimentos estabelecidos pelo MS para efetivar o remanejamento do equipamento em questão,
45 conforme parecer do NUPLA/ Acompanhamento de Planos, Programas e Projetos da SESA. Sem
46 levantar questionamentos sobre o pleito em apreço, a **CIB/CE** aprovou o remanejamento do
47 APARELHO de ULTRASSOM PORTÁTIL, marca SONDADE/MEDISON, modelo SA 600,
48 adquirido pelo MS através do Projeto REFORSUS, que estava ocioso no município de Morada
49 Nova, para o município de Aquiraz. **Item 4 - Descentralização das Ações de Média**
50 **complexidade em Vigilância Sanitária dos municípios de Icapuí, Tauá, Brejo Santo e**
51 **Catarina.** Dra. **Diana Carmem** apresentou as propostas de descentralização das ações de Média
52 Complexidade em VISA para os municípios de Icapuí, Tauá, Brejo Santo e Catarina, com o parecer
53 favorável da Equipe de Supervisão e da Coordenadora de Vigilância, Avaliação e Controle da
54 SESA. Dra. Vera Coelho observou que o município de Catarina não atende o critério populacional

55 mínimo, de 40.000 habitantes, estabelecido pela CIB/CE, para a descentralização das ações de MC
56 em Vigilância Sanitária, em municípios não habilitados em GPSM. Dra. Diana afirmou que esses
57 pleitos contituem mais uma motivação para a organização dos serviços de Vigilância Sanitária dos
58 municípios do que propriamente o recebimento do incentivo financeiro, e acrescentou que, através
59 da cooperação técnica da SESA, os municípios vão se inteirando do significado e dos objetivos da
60 Vigilância Sanitária. Considera positivo o fato de que o município de Catarina, embora pequeno,
61 demonstre interesse em assumir as responsabilidades pelas ações de VISA, mas diz que a
62 Coordenadoria iria rever a proposta do município em questão. Vera propôs à Plenária a aprovação
63 dos pleitos de Icapuí, Tauá e Brejo Santo para os quais não há restrição quanto à descentralização
64 em pauta e não aprovar o de Catarina até que a CIB/CE reveja a sua decisão quanto ao critério
65 populacional exigido para o pleito em questão. A **Plenária da Bipartite** acatou a sugestão da Dra.
66 Vera e aprovou a **Descentralização das Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária**
67 para os municípios de **Icapuí, Tauá e Brejo Santo**, que ficam habilitados a receberem o incentivo
68 financeiro de que trata Portaria GM/MS Nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003. **Item 1 - Discussão**
69 **das Diretrizes para a elaboração da PPI/2006** Antes de iniciar a apresentação das Diretrizes para
70 a elaboração da PPI/2005/2006, Dra. Vera explicou que a matéria a ser pactuada naquela reunião
71 resultara do estudo realizado pela Comissão Técnica que fora constituída pela CIB em 19/05/2005,
72 com participação de representantes da SESA e dos municípios, para a formatação de uma
73 metodologia que atendesse às expectativas dos gestores do SUS em relação à Programação
74 Pactuada Integrada do Estado. Antes, cedeu a palavra ao Dr. Mário Lúcio e que destacou a
75 participação efetiva, nesse trabalho, da maioria dos Secretários Municipais, membros da CIB/CE,
76 que, em parceria com os técnicos da SESA, vivenciaram momentos de clareza e transparência nas
77 discussões sobre a utilização dos recursos dos entes federados, e na construção das diretrizes para a
78 elaboração da PPI 2005/2006. Vera iniciou a apresentação fazendo uma abordagem sobre a
79 formatação do documento que constitui as Normas para a Elaboração da Programação Pactuada
80 Integrada – PPI/ 2005 e 2006, cuja estrutura é composta da Apresentação (do Secretário Estadual da
81 Saúde e do Presidente do COSEMS); e dos 10 tópicos seguintes: Responsabilidades das Instâncias
82 Colegiadas do SUS e das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde; Premissas; Diretrizes
83 Políticas; Objetivos; Critérios de Alocação dos Recursos Federais; Momentos de Elaboração da
84 Programação Pactuada e Integrada- PPI; Normas de elaboração da Programação Ambulatorial;
85 Normas de elaboração da Programação de Internação; Normas operacionais da Programação
86 Pactuada e Integrada -PPI e Cronograma de Execução da Programação Pactuada e Integrada-PPI.
87 Falou inicialmente das Responsabilidades dos Colegiados e das Secretarias Estadual e Municipais
88 de Saúde, explicando o papel de cada instância no processo de organização e programação dos
89 serviços de saúde e passou a apresentar os pontos que deveriam ser pactuados naquela reunião, à
90 exceção das Premissas e das Normas Operacionais da PPI, as quais já haviam sido apresentadas em
91 reunião anterior. Das discussões havidas após a apresentação e explicação de cada tópico, foram
92 destacados os seguintes pontos: O conhecimento, pelos gestores, da Resolução Nº10/2005 do
93 CESAU que formaliza o novo desenho do PDR; A observação das normas que regulamentam a
94 inclusão de serviços novos nos sistemas de saúde municipais tanto para o setor público como para o
95 privado; A responsabilidade sanitária que os gestores devem assumir ao elaborarem suas
96 programações locais, sem comprometer a garantia da assistência regionalizada; A importância da
97 utilização da Matriz Base na elaboração das programações locais, e o tratamento equânime dado aos
98 municípios, relativamente aos valores per capita para a Assistência de Média Complexidade, tanto
99 de Ambulatório como de Internação, que ficaram iguais para todos os municípios. **Arnaldo** enfatiza
100 que a construção do Pacto precisa ser aceita por todos os municípios e deveria se basear, em
101 responsabilidades, prioritariamente à alocação dos recursos financeiros. De todos os pontos
102 apresentados houve alteração apenas no Cronograma de Execução, por sugestão do gestor da saúde
103 de Fortaleza, que propôs a inclusão de mais dois passos no 3º momento da elaboração da PPI, ou
104 seja, como 2º Passo, a Delimitação da Demanda(SMS) e como 3º Passo, o Desenho das Redes
105 Assistenciais, por porte de município e nível de complexidade.. Em seguida, Vera colocou para a
106 **Plenária da CIB/CE**, a decisão da pactuação das **Normas para a Elaboração da Programação**
107 **Pactuada Integrada – PPI/ 2005 e 2006. O gestor de Sobral** discordou do Valor Per Capita
108 Estadual de R\$ 17,49/ano para Ambulatório de Média Complexidade, argumentando que esse

109 critério iria comprometer a sustentabilidade das urgências e emergências não só de Sobral, mas das
110 três Macrorregiões de Saúde e diz que o Estado tem que encontrar meios para garantir a
111 sustentabilidade dessas ações. Dr. Mário Lúcio propõe que o critério seja aprovado com a ressalva
112 de que seria feita uma negociação com o Secretário Estadual da Saúde com vistas a reposição das
113 perdas reclamadas pelo Dr. Arnaldo, e no caso de não haver acordo com o Estado seria marcado um
114 outro momento, para a retomada dessa discussão. Todos concordaram com a proposição do
115 Presidente do COSEMS, ficando assim aprovadas as **Normas para a Elaboração da**
116 **Programação Pactuada Integrada – PPI/ 2005 e 2006**, apresentadas, consubstanciadas nos
117 seguintes tópicos: **I) Diretrizes Políticas**, a) *A Programação Pactuada e Integrada – PPI será*
118 *elaborada de conformidade com as necessidades de saúde da população, identificadas no âmbito municipal*
119 *e estadual e serão representadas pelos procedimentos ambulatoriais (SIA) e de internação (SIH).* b) *A*
120 *Programação Pactuada e Integrada – PPI deve manter coerência com as diretrizes políticas e prioridades*
121 *dos Planos Estadual e Municipais de Saúde.* c) *A programação de atendimento deve ser realizada de forma*
122 *integrada e articulada, envolvendo a atenção básica, a atenção de média complexidade e a atenção de alta*
123 *complexidade, organizada de forma coerente com a demanda por serviços de saúde.* d) *A programação de*
124 *atendimento deve ser realizada utilizando, preferencialmente, os parâmetros de cobertura assistencial*
125 *definidos pela Portaria GM 1101/2002, com adaptações decorrentes do perfil epidemiológico, dos recursos*
126 *financeiros disponíveis, da série histórica de produção e de prioridades definidas pelo Ministério da Saúde,*
127 *Conselho Estadual de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.* e) *A Programação de Referência deverá ser*
128 *elaborada de forma coerente com o Plano Diretor de Regionalização – PDR.* f) *A Programação das*
129 *Referências intermunicipais, referente às ações da média complexidade, podem ser encaminhadas para*
130 *municípios pólos localizados na microrregião ou fora da microrregião.* g) *A programação de atendimento*
131 *de referência deve ser efetivada através de Pactos de Atendimento entre Gestores firmados nas Comissões*
132 *Intergestores Bipartites Microrregionais, com a definição dos procedimentos e suas quantidades por*
133 *unidades de saúde objeto do Pacto.* h) *A Programação de Referência deverá ser pactuada nas CIB's*
134 *Microrregionais e submetida à apreciação da CIB/CE quando as Referências ocorrerem fora do espaço*
135 *geográfico das microrregiões.* i) *A Programação das Ações de Alta Complexidade será elaborada pela*
136 *SESA e as Secretarias Municipais de Saúde, que dispõem de serviços no seu território, devendo ser*
137 *apreciada pela CIB/CE.* j) *A Programação Local de Internação dos Municípios que fizeram adesão à*
138 *Política Nacional de Hospital de Pequeno Porte, será baseada em Normas do Ministério da Saúde que*
139 *tratam do assunto.* l) *A Programação Pactuada e Integrada – PPI deverá explicitar os recursos federais, os*
140 *estaduais e municipais a serem alocados em cada Município. Os recursos estaduais e municipais deverão*
141 *ser detalhados de conformidade com as aberturas programáticas utilizadas nos seus orçamentos.* m) *Os*
142 *Recursos Federais – deverão ser explicitadas por município, a parcela de recursos que corresponde à*
143 *assistência à Saúde da população residente e a parcela que corresponde às referências intermunicipais,*
144 *definidas após a negociação e pactuação entre os gestores municipais.* o) *As unidades de Saúde que*
145 *integram a Programação deverão constar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e*
146 *junto aos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH).* p) *A inclusão de novos*
147 *serviços no Sistema deverá obedecer o estabelecido na Lei Orgânica da Saúde – L. O. S. 8.080/90 – artigos*
148 *24 e 25. No caso de instituições públicas e filantrópicas se faz necessário à emissão de relatório técnico e*
149 *avaliação do serviço e no setor privado acrescentam-se a obrigatoriedade do cumprimento da Lei 8.666/93*
150 *das Licitações e Contratos Públicos.* **II) Critérios de Alocação dos Recursos Federais** - 1. *Ações Básicas:*
151 *Valor Per Capita Nacional (PAB – Fixo): variando entre R\$ 13,00 a R\$ 18,00 / ano.* 2. *Ambulatório de*
152 *Média Complexidade: Valor Per Capita Estadual R\$ 17,49/ano.* 3. *Internação Média Complexidade: Valor*
153 *Per Capita Estadual: R\$ 28,54/ano.* 4. *Ambulatório e Internação de Alta Complexidade: A programação dos*
154 *recursos federais para custeio das ações ambulatoriais e de internação de Alta Complexidade, não utilizará*
155 *o critério de distribuição per capita. Os recursos serão alocados para o custeio dos SERVIÇOS.* 5. *Dos*
156 *Recursos Federais destinados à Internação, foram excluídos os recursos destinados às internações*
157 *psiquiátricas e os Incentivos dos Hospitais de Pequeno Porte- HPP, Municipalização do Hospital de*
158 *Maracanaú e o de Ensino e Pesquisa- FIDEPS.* 6. *Os Recursos Federais destinados às Ações Exclusivas da*
159 *SESA (Tratamento Fora de Domicílio - TFD para fora do Estado, Hemoterapia e Laboratório de Saúde*
160 *Pública) não foram incluídos nos valores per capita para programação municipal.* **III) Momentos de**
161 **Elaboração da PPI:** 1°. **Momento:** *Pactuação na CIB - CE das diretrizes políticas, critérios de alocação de*
162 *recursos, estratégias de elaboração, instrumentos de programação e cronograma de execução.* 2°. **Momento:** *Apreciação e aprovação do CESAU.* 3°. **Momento:** *Elaboração da PPI:* 1°. **Passo:** *Informação e*
163 *realização de Oficinas para manuseio dos instrumentos, nas CIBs MR(SESA/SMS)* 2°. **Passo:** *Delimitação*
164 *da Demanda(SMS).* 3°. **Passo:** *Desenho das Redes Assistências, por porte de município e nível de*
165 *complexidade.* 4°. **Passo:** *Delimitação da oferta (SMS).* 5°. **Passo:** *Programação local (SMS).* 6°. **Passo:**

167 *Programação de referência (CIBs MR) . 7º.Passo: Ajuste da oferta (SMS). 4º.Momento: Análise da PPI.*
168 *1º.Passo: Consolidação, análise das programações local e de referência (SESA). 2º. Passo: Retorno para as*
169 *CIBs MR das programações não aceitas por falta de Oferta (SESA/SMS de Barbalha, Fortaleza e Sobral).*
170 **IV) Cronograma de Execução:** *1º Momento – Pactuação da CIB/CE: de 16 de setembro a 4 de novembro de*
171 *2005; 2º Momento – Apreciação Aprovação do CESAU: de 1 de novembro a 15 de dezembro de 2005; 3º*
172 *Momento – Elaboração da PPI: de 7 de novembro de 2005 a 31 de março de 2006 e 4º Momento – de 1 de*
173 *março a 31 de maio de 2006. Ao final, Dr. Odorico manifestou sua preocupação com a situação do*
174 *atendimento de emergência de Fortaleza e solicitou ao COSEMS a intermediação de um encontro*
175 *de Fortaleza com os municípios da Região Metropolitana, principalmente Caucaia e Maracanaú,*
176 *que, segundo o mesmo são responsáveis por 40% dos problemas de estrangulamento dos serviços*
177 *de urgência e emergência da Capital. Mário Lúcio avisou que recebera comunicado informando*
178 *que o Ministério Público Federal do Trabalho teria naquela data recomendado o bloqueio dos*
179 *recursos do incentivo do PACS para todos os municípios do Brasil, em virtude do MS não haver*
180 *tomado nenhuma posição com relação à desprecarização dos ACS. Pediu que na próxima reunião*
181 *da CIB fossem discutidos os critérios para alocação de recursos para os Hospitais Pólos do*
182 *Programa Saúde mais Perto de Você. **Item 2. Apresentação do novo desenho do PDR do Estado***
183 **do Ceará com a agregação da Microrregião de Saúde de Cascavel, aprovado pelo Conselho**
184 **Estadual de Saúde (Resolução Nº 10/2005 – CESAU).** Vera esclarece que este item se refere às
185 alterações do Plano Diretor de Regionalização do Ceará dentre as quais fora apresentada a proposta
186 de desmembramento das Microrregiões de Fortaleza e Aracati para criação da 22ª MR com sede
187 em Cascavel, que foi aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde, através da Resolução CESAU Nº
188 10/2005, datada de 25 de abril de 2005. A nova Microrregião de Saúde ficou composta dos
189 seguintes municípios: Beberibe, que saiu da MR de Aracati e Pindoretama, Horizonte, Pacajus,
190 Chorozinho, Ocara e Cascavel (Sede e Pólo) que pertenciam à MR de Fortaleza. Em face disso,
191 colocou para a Plenária a decisão da CIB de autorizar a alteração do Regimento Interno desse
192 Colegiado para a inclusão da 22ª CIB/Microrregional. Informou que a SESA não terá uma
193 representação fixa na Microrregional recém criada, mas será representada na estrutura de 22ª
194 CIB/MR através da 1ª. CERES. Abertas as discussões, Dr. Policarpo que já foi Secretário de Saúde
195 de Cascavel manifestou sua satisfação pela criação da nova Micro e enfatizou os avanços do setor
196 da saúde, durante sua gestão naquele município, assim como as potencialidades sócio-econômicas
197 da região, acrescentando que esse feito trará muitos progressos para o SUS no Ceará. Registrou
198 agradecimentos à SESA, na pessoa do Dr. Jurandi e dos Técnicos que colaboraram para que esse
199 pleito fosse concretizado, referindo-se também ao Dr. Mário Lúcio Presidente do COSEMS que
200 considera um grande batalhador pelo fortalecimento dos Sistemas Municipais de Saúde. Odorico
201 defende a descentralização da gestão dos serviços de saúde mas admite que ao se criar uma nova
202 Microrregião estão-se conformando modelos assistenciais cujo funcionamento exige capacidade de
203 decisão do gestor para dar as respostas que a população necessita. Sem mais comentários, a Plenária
204 da Bipartite aprovou a alteração do Regimento Interno da CIB/CE para inclusão da 22ª CIB
205 Microrregional de Saúde, com sede em Cascavel. Mário Lúcio solicitou que fossem incluídos na
206 pauta a decisão sobre os critérios para a alocação dos recursos financeiros federais adicionais ao
207 Teto da Assistência de Média e Alta Complexidade e sobre a descentralização dos recursos federais
208 para o financiamento de medicamentos para hipertensão, diabetes, asma e rinite, considerando os
209 prazos determinados pelo MS para o envio dessas decisões à Brasília. Dessa forma a pauta foi
210 alterada com o acréscimo dos ites que se seguem: **Item 9 – Apreciação dos Critérios propostos**
211 **para a distribuição dos Recursos Federais Adicionais ao Teto da Assistência de Média e Alta**
212 **Complexidade do Estado do Ceará.** Vera esclareceu que o MS estabelecera o valor de duzentos e
213 oitenta milhões de reais para os Estados e adotara um critério de divisão de forma a garantir uma
214 equiparação de valores per capita para determinados grupos de Estados, ficando o Ceará no 2º
215 grupo, cujo valor per capita para a Média Complexidade se encontra no intervalo de R\$ 71,00 a
216 88,31 para o qual coube o montante anual de R\$ 13.161.328,00 (treze milhões, cento e sessenta e
217 um mil, trezentos e vinte e oito reais), que corresponde ao valor mensal de R\$ 1.096.771,00 (um
218 milhão, noventa e seis mil, setecentos e setenta e um reais). Lembrou a decisão da CIB/CE na
219 reunião realizada em Sobral em 30/09/2005, quando o COSEMS, para não criar constrangimento a
220 gestores cujos municípios teriam redução nas internações, decidira não fazer ajuste de internações
221 utilizando a Câmara de Compensação, como também teria proposto que quando da distribuição do

222 Recurso Adicional, ora em apreço, uma parte do valor fosse destinada para garantir o ganho dos
223 municípios que teriam acréscimo com o ajuste das internações, e a outra fosse utilizada para a
224 redução de desigualdades. Assim, **Vera** explicou que tendo em vista essas propostas e a
225 incumbência dada à CIB/CE de explicitar ao MS os critérios aprovados para a distribuição dos
226 valores acima citados, a SESA, em conjunto com o COSEMS, fundamentando-se na necessidade do
227 fortalecimento do modelo de assistência regionalizada, propõe os seguintes critérios para a
228 distribuição dos recursos federais adicionais ao Teto da Assistência de Média e Alta Complexidade
229 do Ceará: **1.** Expansão de serviços de internação em municípios que atendem população
230 referenciada por outros municípios. **2.** Redução das iniquidades no acesso da população a serviços
231 ambulatoriais especializados de média complexidade, assegurando um valor per capita mínimo de
232 R\$ 10,00 (dez reais)/ano, em benefício das populações de 47 municípios cearenses (26% do total
233 dos municípios do Estado). **3.** Expansão da meta de exames de Tomografia Computadorizada para a
234 garantia de, no mínimo, 2 (dois) exames/mês por município, beneficiando a população de 112 de
235 municípios (61% do total dos municípios do Estado), conforme segue: No **Critério 1**, será
236 distribuído o valor de **R\$10.499.616,00** (dez milhões, quatrocentos e noventa e nove mil,
237 seiscentos e dezesseis reais), para os seguintes municípios que dão suporte ao Sistema de
238 Referência Regionalizada em Internação, e que se enquadram na 1ª proposta do COSEMS, acima
239 referida: Barbalha, Baturité, Canindé, Cascavel, Crateús, Crato, Fortaleza, Iguatu, Juazeiro do
240 Norte, Pedra Branca, Senador Pompeu e Sobral (habilitados em GPSM) e Aracoiaba, Aracati,
241 Itapipoca, Limoeiro do Norte, Paracuru e Mucambo (não habilitados:). O **Critério 2**, teria como
242 objetivo permitir que os municípios garantam o acesso dos seus múnicipes em ambulatórios
243 especializados, com um valor per capita mínimo de R\$10,00 (dez reais)/hab/ano, assegurado aos
244 que tem valor per capita abaixo desse valor, cujo impacto no recurso adicional em tela, seria de **R\$**
245 **1.739.896,00** (um milhão, setecentos e trinta e nove mil, oitocentos e noventa e seis reais). Seriam
246 beneficiados os seguintes municípios: Horizonte, Acaraú, Aiuaba, Amontada, Antonina do Norte,
247 Aquiraz, Ararendá, Catarina, Chaval, Choró, Ibiapina, Ipueiras, JiJoca, Limoeiro do Norte, Milhã,
248 Pacatuba, Palhano, Pacajus, Apuiarés, Barreira, Barroquinha, Beberibe, Santa Quitéria, Saboeiro,
249 Reriutaba, Paracuru, Piquet Carneiro, Poranga, Quixeré, Tejuçuoca, Umirim, Varjota, Bela
250 Cruz, Camocim, Campos Sales, Eusébio, Granja, Guaiuba, Icó, Independência, Itaiçaba,
251 Jaguaribara, Jaguaruana, Martinópole, Milagres, Monsenhor Tabosa e Morrinhos. O **Critério 3** se
252 refere à Alta Complexidade no que diz respeito aos exames de Tomografia Computadorizada, cuja
253 carência é bastante reclamada pelos gestores. Em face disso propõe que seja concedido um
254 incremento de 1.055 exames com valor correspondente de **R\$ 921.816,00** (novecentos e vinte e um
255 mil, oitocentos e dezesseis reais) que serão alocados para os municípios que referenciam pacientes
256 que necessitam desse exame, mas que comporão o Teto dos Serviços, localizados nos municípios de
257 Crato, Juazeiro do Norte, Barbalha, Sobral e Fortaleza. Após a explanação, a **Plenária da CIB/CE**
258 aprovou os critérios acima propostos para a distribuição dos Recursos Federais Adicionais ao Teto
259 da Assistência de Média e Alta Complexidade do Ceará, constituído do valor anual de
260 R\$13.161.328,00 (treze milhões, cento e sessenta e um mil, trezentos e vinte e oito reais), e definiu
261 que os referidos recursos, sejam transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal
262 de Saúde dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal e para o Fundo Estadual de Saúde
263 para atender os municípios não habilitados. Nesse momento, Dra. Vera Coelho teve de se ausentar e
264 passou a Coordenação da reunião para a Dra. Lilian que anunciou o **Item 10 – Descentralização**
265 **dos Recursos Federais destinados ao financiamento dos Medicamentos do Componente**
266 **Estratégico do Elenco da Assistência Farmacêutica Básica, para os grupos Hipertensão e**
267 **Diabetes, Asma e Rinite**. Eliane Lavor disse que o Ministério da Saúde publicara a Portaria Nº
268 2.048 de 28 de outubro de 2005 que propõe a descentralização de recursos financeiros para
269 aquisição de medicamentos para hipertensão e diabetes, asma e rinite, aos Estados e Municípios.
270 Disse que os valores per capita estabelecidos pelo MS são de R\$ 1,15 para o grupo hipertensão e
271 diabetes e R\$0,95 para asma e rinite e informou que a decisão de optar ou não pela descentralização
272 deveria ser pactuada na CIB/CE e encaminhada àquele órgão até o dia 14 de novembro próximo,
273 através de Resolução que, no caso da opção pela descentralização, deveria indicar a forma de
274 repasse dos recursos. Informou que em virtude dessa proposta os gestores municipais que integram
275 o Comitê de Assistência Farmacêutica, em reunião com técnicos do NUASF teriam concluído pela

276 aprovação dos seguintes pontos que o Presidente do COSEMS passou a explicitar: 1)
277 Descentralização dos recursos federais para aquisição dos medicamentos dos Grupos Hipertensão e
278 Diabetes, Rinite e Asma, que compõem o Programa Estratégico da Assistência Farmacêutica
279 Básica; 2) Os recursos serão administrados em conta única podendo a aplicação ser
280 operacionalizada com base na prevalência dos agravos de acordo com o que dispõe a Portaria
281 GM/Nº 2.084/2005, em pauta; 3) Os medicamentos dos Grupos de Hipertensão e Diabetes, Rinite e
282 Asma permanecerão no elenco da Atenção Básica para que os municípios possam pactuar a
283 aquisição do primeiro e segundo trimestres de 2006; 4) Para o terceiro e quarto trimestres a
284 pactuação será feita com os recursos descentralizados dos programas estratégicos de Hipertensão e
285 Diabetes, Rinite e Asma; 5) Consultar o MS para saber se, sendo os recursos depositados em conta
286 única, seria permitido a utilização do montante do grupo Hipertensão e Diabetes na aquisição de
287 medicamentos do grupo Rinite e Asma e vice-versa; 6) Reestruturação do NUASF para atender as
288 demandas da PPI e Programas Estratégicos; 7) Adesão compulsória: os municípios de Gestão Plena
289 poderão optar pela Compra Centralizada. Para os municípios não habilitados o Estado procederá a
290 compra como já faz atualmente. Após essa explanação a **CIB/CE** decidiu pela **descentralização**
291 **dos recursos federais** destinados ao financiamento dos Medicamentos do Componente Estratégico
292 do Elenco da Assistência Farmacêutica Básica, pertencentes aos Grupos Hipertensão e Diabetes,
293 Asma e Rinite, para aquisição pelos Municípios em GPSM e Estado do Ceará, e que o **repasse dos**
294 **referidos recursos**, nos valores anuais per capita, correspondentes a R\$ 1,15 (um real e quinze
295 centavos) para os medicamentos do grupo hipertensão e diabetes e R\$0,95 (noventa e cinco
296 centavos) para o grupo Asma e Rinite, deverá ser feito ao **Fundo Municipal de Saúde** dos
297 municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e ao **Fundo Estadual de Saúde** para
298 atender os municípios não habilitados. Alguns gestores manifestaram preocupação quanto a demora
299 na distribuição dos medicamentos pelo NUASF, mas o Dr. **Holanda** assegurou que não ocorrerão
300 atrasos pois o NUASF está preparado para cumprir os prazos de entrega, considerando que os
301 medicamentos da PPI de compra centralizada já foram todos licitados. Dr.**Odorico** informou que o
302 município de Fortaleza estaria fazendo um esforço para pactuar 100% dos medicamentos da PPI da
303 Assistência Farmacêutica, e que visando racionalizar o fluxo de atendimento a Secretaria de Saúde
304 daquele município adotara o procedimento de dispensar medicamentos mediante a apresentação de
305 qualquer receita médica da cidade, em qualquer posto de saúde do SUS Municipal. **Item 5-**
306 **Qualificação de Equipes no âmbito do PSF e Ampliação do PACS.** - Lilian apresentou os
307 pedidos de qualificação de Equipes de Saúde e de Saúde Bucal, mudança de modalidade de ESB e
308 Ampliação do PACS, dos municípios abaixo, conforme segue: **Equipes de Saúde Bucal:** Uma (1)
309 para o município de Acarape, Quatro (4) para Amontada, Uma (1) para Icapuí, Duas (2) para
310 Quixadá, Uma (1) para Santana do Acaraú, Uma (1) para Frecheirinha, Duas (2) para Ipueiras, Duas
311 (2) para Porteiras, Duas (2) para Orós e Três (3) para o município de Caririçu, e **Mudança de**
312 **Modalidade** de Uma(1) Equipe de Saúde Bucal de mod, I para mod II, do município de Itaiçaba.
313 **Equipes de Saúde da Família:** Sete (7) para Parambu, Duas (2) para Tejuçuoca, Uma (1) para
314 Pereiro, Uma (1) para Mulungu e Uma (1) para Catarina; **Acréscimo de Agentes Comunitários de**
315 **Saúde:** Treze (13) para Parambu, Treze (13) para Uruburetama, Dez (10) para Guaiuba, Dois (2)
316 para Pacoti, Três (3) para Pereiro e Cinco (5) para Mulungu. A **CIB/CE** aprovou os pleitos acima
317 discriminados em conformidade com o parecer favorável da CODAS/NUORG e NUNAS/Saúde
318 Bucal. **Item 6 - Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas.** Lilian colocou para a
319 Plenária os pedidos de implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, um CEO do Tipo
320 II para o município de Madalena, um CEO Tipo I para o município de Acopiara e outro também do
321 tipo I para o município de Coreaú. Informou que todos os projetos estavam com o parecer favorável
322 da Coordenação Estadual de Saúde Bucal, por atenderem as exigências da Portaria GM/Nº
323 283/2005 que antecipa o pagamento do incentivo financeiro para estruturação ou ampliação desses
324 Centros. Sem outros comentários a **CIB/CE** aprovou a implantação de um CEO tipo II em
325 **Madalena**, e um CEO tipo I em cada um dos municípios de **Acopiara** e **Coreaú**. **Item 11 -**
326 **Projetos de Adequação das Cirurgias Eletivas de Média Complexidade Ambulatorial e**
327 **Hospitalar.** Lilian colocou para a Plenária os pleitos dos municípios de Crato e Cascavel referentes
328 à adequação das Cirurgias Eletivas de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, de que trata
329 a Portaria GM Nº 486 de 31 de março de 2005. O Projeto do Crato abrange a Microrregião sediada

330 pelo referido município, cuja população total é de 311.986 habitantes, correspondendo ao um aporte
331 financeiro anual de R\$ 311.986,00 (trezentos e onze mil, novecentos e oitenta e seis reais). O pleito
332 de Cascavel, que tem abrangência Microrregional, se refere à 2ª etapa do Projeto que sofreu
333 alteração quanto à população de cobertura, para inclusão do município de Ocara, e
334 conseqüentemente quanto ao impacto financeiro semestral que passa a ser de R\$ 129.477,50 (cento
335 e vinte e nove mil, quatrocentos e setenta e sete reais e cinquenta centavos). Sem restrições a
336 CIB/CE aprovou os **Projetos de Adequação de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade**
337 **Ambulatorial e Hospitalar** para as Microrregiões de Crato e Cascavel. **Item 7 - Apreciação do**
338 **pedido da SMS de Sobral para credenciamento do Instituto de Otorrino-Oftalmologia José**
339 **Modesto, para realização de Facoemulsificação com Implante de Lente Intraocular Dobrável.**
340 Dra. **Lilian** explicou que o credenciamento do serviço de que trata o item em questão, não poderia
341 ser apreciado, em virtude de existir uma determinação do MS de que o procedimento de
342 Facoemulsificação com Implante de Lente Intraocular Dobrável não poderia ser pago com recursos
343 do FAEC, mas com recursos da Média Complexidade. Assim após ouvido o gestor de Sobral sobre
344 essa determinação o tema foi retirado de pauta. **Item 8 - Apresentação da Análise Técnica dos**
345 **Planos Municipais de Saúde 2005 e Relatórios de Gestão 2004.** Ismênia informou que apenas
346 53% dos municípios habilitados em GPSM teriam enviado seus Planos Municipais de Saúde e
347 alguns desses, os Relatórios de Gestão. Quanto aos municípios não habilitados 30% enviaram a Ata
348 de aprovação do Plano Municipal de Saúde pelo CMS e 14%, o Relatório de Gestão. Disse que em
349 geral os Planos estão sendo elaborados de forma participativa. Alguns ainda utilizam a metodologia
350 normativa enquanto outros trabalham com os seguimentos de representação da sociedade. Informou
351 ainda que alguns Planos estão sendo devolvidos em virtude de distorções encontradas na
352 orçamentação das atividades, mas afirmou que a SESA tem se preocupado em fornecer toda a
353 orientação necessária para a correção das disfunções. Pediu a colaboração do COSEMS para a
354 agilizar junto aos municípios a elaboração e o envio à SESA dos Planos Municipais de Saúde,
355 Relatórios de Gestão e Atas com aprovação do PMS pelos Conselhos Municipais de Saúde, com
356 vistas a evitar a penalização prevista pelo MS aos faltosos. Finalizou informando os nomes dos
357 municípios habilitados que já enviaram os Planos municipais de Saúde, conforme segue: Horizonte,
358 Caucaia, São Gonçalo do Amarante, Maracanú, Maranguape, Baturité Pacoti, Fortim, Pedra Branca,
359 Senador Pompeu, Quixeramobim, Iracema, Jaguaripe, Santana do Acaraú, Cruz, Itarema, Marco,
360 Viçosa do Ceará, Tauá, Iguatu, Acopiara, Mombaça, Quixelô, Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte
361 e Barbalha. A CIB/CE acordou que a SESA, através do NUPLA/Planejamento em Saúde enviará ao
362 COSEMS a relação dos municípios que estão pendentes em relação à elaboração do Plano
363 Municipal de Saúde. Nada mais havendo a tratar, Dra. **Lilian** encerrou a reunião tendo eu, Célia
364 Fonseca, lavrado a Ata que vai assinada por mim e pelos membros da Bipartite, que
365 compareceram. Fortaleza, quatro de novembro dois mil e cinco.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 17ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005**
3

4 Aos vinte e cinco dias do mês de novembro do ano de dois mil e cinco, às quatorze horas, no
5 auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600, nesta
6 capital, realizou-se a 17ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde
7 do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, Vera Coelho e Graça
8 Barbosa, Coordenadoras da COPOS; Lilian Amorim Beltrão, Coordenadora da COVAC; Antônio
9 Paulo de Menezes, Técnico do NUPLA e Nágela Maria dos Reis Norões, Técnica da CORES. Pela
10 representação dos municípios compareceram os Secretários Municipais de Saúde: Mário Lúcio R.
11 Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Arnaldo R. Costa Lima de Sobral; Eduardo
12 Rocha, de Canindé; Policarpo Araújo Barbosa, de Maranguape; Rogério Teixeira Cunha, de
13 Umirim; Rodrigo Carvalho Nogueira, de Deputado Irapuan Pinheiro e o Coordenador de Políticas
14 de Saúde da SMS de Fortaleza, Alexandre Mont'Alverne. Como convidados: Os Secretários de
15 Saúde, Sabrina Cristino de Araújo Almendra, de Coreaú; José Cleonardo de F.Lucena, de Brejo
16 Santo; José Leite de Araújo, de Porteiras; Jorge Samuel, de Milagres; Rondinelle Alves do Carmo,
17 de Cariús; Júlia Cristina Roriz, de Salitre e Fábio Landim Campos, de Paraipaba. Compareceram
18 também os Orientadores de Células Regionais de Saúde: José Teixeira Alves, de Itapipoca; Odail
19 Afrânio Marcelino, de Acaraú e outros técnicos de CERES e Secretarias Municipais de Saúde.
20 Estiveram também presentes a Sra. Joanacelle Gorgonha Nóbrega, do Hospital Maternidade Madre
21 Rosa Gatorno, de Milagres e José Aramir Pinto, do Hospital Almir Pinto, de Maranguape. A
22 reunião foi presidida por Vera Coelho que ao constatar a existência de quorum, abriu os trabalhos
23 com a apresentação dos informes. **1º informe:** Comunicação da CIT enviada por meio eletrônico
24 aos Coordenadores das Secretarias Técnicas das CIBs com a informação de que na reunião do dia
25 17 de novembro de 2005 o plenário da Comissão Intergestores Tripartite -CIT, alterara a data da
26 próxima reunião daquele Colegiado, do dia 8 para o dia 15 de dezembro de 2005, em Brasília em
27 local a ser confirmado. **2º informe:** Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005
28 que institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em
29 Saúde. Trata de um programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho destinado às categorias
30 profissionais da área de saúde à exceção da categoria de médicos. Os dois Ministérios publicarão
31 em ato conjunto as normas que disciplinarão a seleção dos projetos e do credenciamento do
32 Programa, por meio da Secretaria de Educação Superior e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da
33 Educação na Saúde. **3º informe,** Calendário de Reuniões da CIB/CE do ano de 2006, cuja cópia foi
34 entregue aos membros do Colegiado, presentes, e ao COSEMS para divulgação. **Item 1- Discussão**
35 **das questões levantadas pelo COSEMS sobre a operacionalização da Política de Hospitais de**
36 **Pequeno Porte no Ceará.** Vera esclareceu à plenária que esse tema fora colocado em pauta por
37 solicitação do Presidente do COSEMS que em reunião anterior propusera à SESA a apresentação da
38 situação de operacionalização da Política de Hospitais de Pequeno Porte no Ceará, com destaque
39 para a situação de repasse dos recursos financeiros e das assinaturas do Convênio. Passou a palavra
40 a Dra. Lilian, Coordenadora da COVAC que destacou três situações: municípios que estavam com
41 a documentação pronta para ser encaminhada à Assessoria Jurídica da SESA com vistas à
42 elaboração do Convênio. Municípios com pendências a resolver e o município, no caso o de
43 Granjeiro, que estava aguardando a liberação da SEPLAN para solicitar a parcela do pagamento, o
44 qual seria retroativo ao período de julho a novembro de 2005. Em seguida mostrou o fluxo do
45 processo de operacionalização da Política em pauta, em que ficou evidenciado que os trâmites
46 burocráticos demandam um tempo considerável para a conclusão do processo. Mostrou ainda as
47 planilhas com a distribuição dos recursos alocados para os hospitais que aderiram a Política do
48 HPP, citando o valor correspondente a 50% do Impacto mensal de cada município. Vera observou
49 que nenhum município recebera até aquela data, o recurso do Tesouro Estadual referente à Política
50 de HPP, e afirmou que isso prende a estrutura orçamentária da SESA, com o agravante de que só
51 restavam vinte dias para as providências necessárias ao desembolso do dinheiro, considerando o
52 término do exercício financeiro do Estado em 20 de dezembro/2005. Aberto o espaço das
53 discussões, **Rodrigo**, de Irapuan Pinheiro, lembrou que havia preocupação dos gestores quanto às
54 dificuldades de operacionalização dessa estratégia de financiamento dos HPP, devido aos entraves

55 burocráticos e afirmou que lamenta a perda desses recursos que são de grande importância para os
56 municípios e reforça a necessidade de se estabelecer uma força tarefa voltada para a agilização
57 dessa política. **Vera** sugere que o COSEMS reivindique junto ao Secretário Estadual que os
58 pagamentos aos HPP sejam semestrais para possibilitar o desembolso do recurso. Dr. **Mário Lúcio**
59 disse que iria repassar aos prefeitos e aos Secretários Municipais todas essas informações para que
60 os mesmos apressassem as providências que ainda podem ser adotadas neste exercício. **Vera** propôs
61 ainda que a SESA libere também a parcela de dezembro de 2005 aos hospitais que conseguirem
62 concluir o fluxo do processo para o financiamento da Política de HPP em questão. Após
63 esclarecidas as dúvidas de alguns gestores e técnicos das SMS, a CIB determinou que a SESA,
64 através da COVAC fornecesse ao COSEMS todo o material sobre os Hospitais de Pequeno Porte
65 apresentado nesse item de pauta.

66 **Item 2- Credenciamento do Hospital Municipal de Milagres.** A proposta de credenciamento do
67 Hospital Municipal de Milagres foi colocada pelo Dr. Jorge Samuel, Secretário de Saúde desse
68 município, que expôs as seguintes considerações sobre o pleito: O Hospital Municipal de Milagres
69 foi construído durante a gestão municipal passada, possui 33 leitos e está aparelhado para prestar
70 atendimento nas clínicas básicas e cirúrgica. Está apto a ser credenciado em virtude de haver
71 resolvido todas as pendências identificadas pelos órgãos de Controle, Avaliação e de Vigilância
72 Sanitária da SESA, entre as quais a compra de um gerador para o Centro Cirúrgico. Em face disso e
73 baseando-se na Lei Orgânica da Saúde, segundo a qual na organização da rede de serviços do SUS
74 o serviço público tem prioridade sobre o privado, solicita a aprovação da CIB para o
75 credenciamento do estabelecimento em pauta junto ao Sistema Único de Saúde. Dra. **Vera Coelho**
76 coloca para a plenária que o município de Milagres dispõe de um hospital filantrópico que presta
77 serviços àquela municipalidade há mais de 14 anos. Informa que a população do município
78 estimada para 2005 é de 30.965 habitantes e pelo seu porte não dispõe de condições econômicas
79 nem financeiras para manter dois hospitais. Diz que o teto financeiro do município, disponível para
80 internação, é de R\$ 28.000,00, valor que considera insuficiente para a operacionalização dos dois
81 estabelecimentos. Comenta que a construção do hospital teria sido um equívoco diante de tantas
82 outras necessidades da população e lamenta que num município tão carente a entrada de um
83 hospital implique na exclusão de outro. Em seguida abriu o debate da plenária, que se iniciou com a
84 manifestação do Dr. **Mário Lúcio** que disse corroborar com o pensamento da Dra. Vera, cuja
85 preleção considera bem fundamentada e afirmou que, acha prejudicial, na atual conjuntura,
86 descredenciar um hospital que vem prestando serviços à sociedade, durante tantos anos. Disse ainda
87 que por não conhecer a situação que envolve essa polêmica propõe que outras pessoas se
88 pronunciem, mas não recomenda a aprovação do pleito, naquela reunião, por entender que o caso
89 requer maior aprofundamento. Dr. **Alex**, representante da SMS de Fortaleza, na CIB/CE, acrescenta
90 que se trata de um caso de extrema gravidade, tendo em vista as denúncias que estão sendo
91 apuradas contra o ex-prefeito que são de conhecimento nacional e que estão sendo acompanhados
92 pela Secretaria de Direitos Humanos da Câmara Federal. Afirmou que há evidências de casos de
93 perseguição às pessoas que se colocam contra as posições do ex-prefeito, incluindo o
94 descredenciamento do hospital filantrópico. Diz que diante de todas essas considerações se
95 manifesta contrário ao descredenciamento do Hospital Maternidade Rosa Gattorno de Milagres. O
96 Dr. **Samuel** pediu a palavra e disse que na condição de Secretário Municipal de Saúde estava
97 apresentando um pleito de interesse do Sistema de Saúde do Município do qual é gestor e por achar
98 que não faz sentido deixar fechado um hospital para o qual foram investidos recursos federais,
99 estaduais e municipais, estando o funcionamento do mesmo sendo cobrado pelo poder público. Dr.
100 **Rodrigo** concorda com Mário Lúcio e diz que o assunto requer uma análise com informações
101 técnicas mais detalhadas. Dr. **Eduardo** diz que acompanha a situação de Milagres há algum tempo
102 e afirma que há pressões políticas e não comunga com esse tipo de atitude. Dr. **Policarpo** levanta a
103 questão da responsabilidade da SESA quanto a aplicação de recursos estaduais na construção do
104 Hospital Municipal de Milagres, sem obediência ao Plano Diretor de Regionalização. Propõe que
105 seja entregue aos Deputados uma cópia do PDR para que esse instrumento seja observado quando
106 da concessão de investimentos através de Emendas Parlamentares. Dra. **Lilian** lembra decisão da
107 CIB de que qualquer EP destinada aos serviços do SUS teria que ser aprovada nesse Colegiado
108 antes de sua liberação. Dra. **Vera** disse que vai levantar a informação sobre a participação do Estado

109 nesse empreendimento, mas assegura que mesmo tendo ocorrido, isso não justifica que se cometa
110 outro erro. O **gestor** de Milagres contra argumenta reafirmando a necessidade de colocar a estrutura
111 do hospital municipal para funcionar. Diz que viera defender a instituição pública e em nenhum
112 momento pedira o descredenciamento do hospital filantrópico, mas que tinha em mãos o Relatório
113 das Vistorias realizadas nos dois hospitais e que se a CIB quisesse ele poderia mostrá-los. **Vera**
114 afirma que não haveria impedimento para se aprovar o cadastramento do Hospital Municipal de
115 Milagres no CNES, se o gestor estivesse pedindo o cadastramento sem a vinculação do mesmo à
116 alocação dos recursos financeiros federais. Mas afirma que como não é essa a intenção do gestor, e
117 como não há recurso adicional para financiar a nova unidade, caberia duas alternativas: ou entraria
118 o público e sairia o filantrópico ou dividir-se-ia o recurso com os dois, o que tornaria inviável o
119 funcionamento de ambos. Por isso diz que mantém a sua posição de não concordar com o
120 credenciamento do Hospital de Milagres junto ao SUS em substituição ao hospital filantrópico.
121 Disse que na próxima reunião da CIB/CE seria apresentado o levantamento dos gastos do Estado
122 feitos com a Unidade em questão. **Samuel** comenta sobre a decisão da CIB que, para ele, condena
123 uma instituição pública a não ter direito aos recursos públicos federais, e argúi se as prioridades da
124 lei foram invertidas. **Vera** explica que a prioridade aos serviços públicos preconizada na LOS de
125 1990, diz respeito a situação de igualdade de condições, o que não se caracteriza no caso em apreço,
126 pois o hospital filantrópico já existia no SUS antes do pleito ora apresentado. **Samuel** lamenta não
127 ter voz na CIB/CE, e demonstra o seu descontentamento pois entende que houvera um jogo de
128 camaradagem entre alguns membros da CIB para não aprovar o credenciamento pleiteado. Diz não
129 entender porque a SESA exigira que o município investisse alto para resolver as pendências de
130 estruturação do hospital, se já sabia que ele não teria acesso aos recursos federais. **Lilian** esclareceu
131 que as exigências são inerentes à aprovação do cadastramento, com ou sem recursos federais e diz
132 que o credenciamento para serviços públicos no SUS independente da garantia do respaldo
133 financeiro com recursos federais, exige o cumprimento de todos os requisitos que foram solicitados
134 para o Hospital de Milagres. Dr. **Mario Lúcio** lastima que a assembléia tenha chegado ao
135 constrangimento de dizer não ao Secretário de Milagres. Aconselhou-o a pedir o cadastramento da
136 unidade ao SUS o que é possível desde que o hospital atenda os requisitos do MS e disse que nesse
137 caso a CIB aprovaria o pleito de cadastramento sem questionamento. Afirmou que o que está sendo
138 negado é o descadastramento de uma unidade que já está no Sistema e a retirada do recurso federal
139 alocado a essa unidade. **Samuel** inquiriu sobre o Convênio a ser feito entre o Hospital Municipal e o
140 Estado, considerando a orientação recebida de fazer ofício à SESA solicitando a formalização do
141 referido instrumento o qual após a assinatura do CMS seria encaminhado para assinatura do
142 Secretário Estadual de Saúde e posteriormente para a CIB/CE. **Vera** explicou que esses seriam os
143 passos para a formalização do convênio caso ocorresse a exclusão do hospital filantrópico.
144 Acrescentou que existe a possibilidade do Município de Milagres assinar um Convênio com o
145 Estado para fins de auxílio financeiro. A CIB/CE aprovou o cadastramento do hospital como
146 Serviço Público do Sistema Municipal, junto ao SUS. Não aprovou a exclusão do Hospital Madre
147 Rosa Gattorno, que já está no Sistema, e nem a retirada dos recursos federais alocados ao mesmo.
148 Após algumas colocações sobre o trabalho da Comissão Intergestores Bipartite, feita pelo Dr.
149 Eduardo, de Canindé, o assunto foi concluído passando-se para a apresentação do item seguinte.
150 **Item 3- Apreciação do Projeto de Adesão à Política de Hospitais de Pequeno Porte do**
151 **município de Catarina.** Dra. **Lilian** informou que o município de Catarina tem uma população de
152 17.032 habitantes e que teria encaminhado plano de trabalho para o MS que já publicara Portaria
153 classificando o Hospital de Catarina como Hospital de Pequeno Porte o qual iria ocupar a vaga do
154 hospital de Chaval que solicitara exclusão da Política de HPP. Sem qualquer restrição, a **CIB/CE**
155 aprovou a inclusão do município de Catarina na Política de Hospitais de Pequeno Porte. **Item 4-**
156 **Credenciamento do CAPS I do município de Ibiapina.** **Vera** apresentou o projeto de Ibiapina
157 para credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial, na modalidade I que se encontra com a
158 documentação completa e tem parecer favorável do Coordenador Estadual de Saúde Mental. A
159 **Plenária da Bipartite** aprovou o credenciamento em pauta. **Item 5 -Qualificação de Equipes no**
160 **âmbito do PSF.** **Vera** apresentou os pleitos de qualificação de Equipes de Saúde e de Saúde Bucal
161 conforme segue: **Equipe de Saúde da Família:** Três (3) para o município de Tamboril, Uma (1)
162 para Madalena e Uma (1) para Senador Pompeu. **Equipes de Saúde Bucal:** Oito (8) para o

163 município de Juazeiro do Norte, Seis (6) para Acopiara, Uma (1) para o município de Antonina do
164 Norte e Uma (1) para Umari. **Acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde:** Um (1) para o
165 município de Guarimiranga. A **CIB/CE** aprovou as qualificações das cinco (5) **Equipes de Saúde**
166 **da Família** e das dezesseis (16) de **Saúde Bucal** assim como o acréscimo de um (1) ACS
167 conforme parecer favorável da CODAS/NUORG e NUNAS/Saúde Bucal. **Item 6 Implantação dos**
168 **CEOs e credenciamento de Laboratório Regional de Próteses Dentárias.** Vera colocou para a
169 Plenária os pedidos de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas sendo um CEO
170 Tipo I para o município de Nova Russas, um CEO tipo I para Aquiraz e um CEO tipo I para
171 Mombaça. Credenciamento de um CEO Tipo III para Cratéis e de um CEO Tipo III para São
172 Gonçalo do Amarante, com base na Portaria GM/Nº 1.063 de 4 de julho de 2005, que estivera
173 suspensa pelo Ministro da Saúde mas fora liberada, segundo informação da Coordenação Nacional
174 de Saúde Bucal. Apresentou também o pedido de credenciamento do Laboratório Regional de
175 Próteses Dentárias do município de Brejo Santo, estando todos os pedidos com o parecer favorável
176 da Coordenação Estadual de Saúde Bucal por atenderem as exigências da Portaria Nº 1.063 GM,
177 acima citada, que normatiza a implantação de CEOs e LRPD e da Portaria Nº 283/GM/2005, que
178 antecipa o pagamento do incentivo financeiro para estruturação ou ampliação desses Centros. Sem
179 outros comentários a **CIB/CE** aprovou a implantação de um (1) CEO Tipo I para cada um dos
180 municípios de Aquiraz, Nova Russas e Iguatu, um (1) CEO Tipo III para os municípios de Cratéis e
181 São Gonçalo do Amarante e o credenciamento do Laboratório Regional de Próteses Dentárias para
182 o município de Brejo Santo. **Item 7 Instituto de Oftalmologia de Caucaia denuncia o município**
183 **de Caucaia pelo não pagamento de Cirurgias Eletivas de Catarata.** Dra. **Lilian** informou que a
184 direção do Instituto de Oftalmologia de Caucaia teria encaminhado a SESA denúncia contra a
185 Secretaria de Saúde daquele município pela falta de pagamento ao citado prestador, referente às
186 Cirurgias Eletivas de Catarata por ele realizadas nos períodos de setembro a novembro de 2004 e
187 de janeiro a agosto de 2005. Esclareceu que após analisar o assunto, a Coordenadora de Vigilância,
188 Controle e Avaliação da SESA, encaminhou o Ofício nº 214/05, datado de 16 de novembro de
189 2005, ao Secretário de Saúde daquele município, em que chama a atenção do mesmo para as
190 responsabilidades dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal quanto ao
191 cumprimento do prazo de pagamento aos prestadores de serviços de saúde sob sua gestão e solicita
192 explicações e justificativas sobre o fato. Segundo informação da Coordenadora da COVAC, o
193 Secretário teria respondido através do Ofício Nº 803/2005, de 17 de novembro de 2005, em que
194 dentre outras explicações dizia que não havia pago porque não existia contrato formal de prestação
195 de serviços entre o município o reclamante. **Lilian** disse que as explicações não eram convincentes
196 já que as cirurgias haviam sido realizadas com autorização do gestor do Sistema de Saúde de
197 Caucaia, e que os recursos federais destinados ao serviço prestado haviam sido creditados no Fundo
198 Municipal de Saúde de Caucaia. **Lilian** informou que o município deverá responder outras
199 denúncias que estão sendo apuradas pelo Ministério Público, para o que já estaria agendada uma
200 audiência no dia 30 de novembro de 2005. **Alex** diz que há indícios de irregularidades cometidas
201 por pessoas ligadas à Prefeita, relacionadas ao pagamento do débito em apreço e acha que deve-se
202 dar encaminhamento à desabilitação do município da Gestão Plena do Sistema Municipal. **Vera**
203 propõe que seja enviado um ofício à prefeita municipal de Caucaia recomendando que seja
204 procedida a quitação do débito com o Instituto de Oftalmologia de Caucaia correspondente aos
205 procedimentos de **cirurgias de catarata** acima referidos, com a observação de que se o pagamento
206 não for processado no prazo estipulado, dar-se-á início ao processo de desabilitação do município
207 de Caucaia da Gestão Plena do Sistema Municipal, na próxima reunião do Colegiado, programada
208 para o dia 16 de dezembro de 2005. A plenária da **CIB/CE** acatou a proposta da Dra. Vera e decidiu
209 expedir ofício à Sra. Prefeita de Caucaia, dando àquela autoridade, o prazo de cinco (5) dias
210 corridos a partir data do recebimento do referido Expediente, para processar o pagamento do débito
211 com o Instituto de Oftalmologia de Caucaia, sob pena da desabilitação do município, da Gestão
212 Plena do Sistema Municipal, ser apreciada na Comissão Intergestores Bipartite do Ceará, na reunião
213 do dia 16 de dezembro de 2005. **Lilian** pediu para registrar também o caso relacionado aos leitos de
214 UTI, cuja necessidade de adequação da rede fora discutida no Ministério Público Estadual, com
215 vistas a reduzir a problemática desse tipo de atendimento na Região Metropolitana de Fortaleza
216 tendo sido decidido que Caucaia deveria ampliar os seus leitos de UTI adulto, os quais seriam

217 implantados no Hospital Municipal que já estava em reforma e considerando que já haviam leitos
218 de UTI Neonatal no hospital privado. Entretanto a Sra. Prefeita afirmara que iria implantar leitos de
219 UTI Neonatal e não os de adulto, ficando assim a duplicidade de leitos de UTI neonatal e a carência
220 de leitos de UTI adulto. Vera falou que a SESA deveria comunicar imediatamente ao gestor de
221 Caucaia que não haverá credenciamento para os leitos de UTI Neonatal do Hospital Municipal pois
222 a necessidade é para os leitos de UTI de adulto. **Item 8 Adesão ao Programa de Reestruturação e**
223 **Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.** Dra. Lilian apresentou através de slides, as
224 informações necessárias para a adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos
225 Hospitais Filantrópicos instituído pela Portaria Portaria Nº 1.721GM/MS, de 21 de setembro de
226 2005, regulamentada pela Portaria Nº 635 SAS/MS de 10 de novembro de 2005. Informou que
227 segundo as referidas Portarias não se enquadram no Programa, os Hospitais Filantrópicos de
228 Ensino, os Hospitais de Pequeno Porte e os Hospitais Psiquiátricos, sendo prioritárias as Unidades
229 Hospitalares onde o gestor municipal e/ou estadual do SUS já aloquem recursos próprios. A
230 Secretaria de Atenção à Saúde definiu o dia 8 de dezembro de 2005 como o prazo final para os
231 hospitais habilitarem-se ao recebimento do Incentivo de adesão à contratualização através da
232 formalização da adesão, e o dia 14 de abril de 2005, o prazo final para o MS receber o convênio
233 resultante do processo de contratualização aprovado pela CIB, que habilita o hospital ao valor
234 complementar (60%) do recurso, referente à segunda etapa do programa. A formalização da adesão
235 ocorrerá mediante o envio ao Ministério da Saúde dos seguintes documentos: *Ofício do Gestor*
236 *Estadual ou Municipal e anuência do Resp/hospital; Ficha de Identificação do CNES atualizada*
237 *(<http://cnes.datasus.gov.br>); Cópia do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social -*
238 *CEAS expedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social e Homologação da CIB-CE.* Após o
239 processo de adesão o MS divulgará a relação nominal dos Estabelecimentos - Alvo do Programa
240 com os respectivos valores financeiros correspondentes ao IAC (40%) que serão transferidos a
241 estados e municípios em uma única parcela. Para a 2ª etapa, o gestor terá o prazo de 120 (cento e
242 vinte) dias após caracterizada a adesão, para o envio do convênio, sob pena de suspensão do repasse
243 do valor residual do IAC (60%). Citou ainda as características do convênio, através do qual será
244 formalizada a pactuação de serviços, ações e atividades, além das responsabilidades de ambas as
245 partes. Finalizou com a apresentação da relação dos hospitais filantrópicos do Ceará e colocou para
246 a plenária a aprovação de 18 processos de hospitais com a documentação necessária à formalização
247 da adesão ao Programa em apreço e propôs que fossem aprovados por ad referendum da CIB os
248 pedidos que chegassem à SESA com a documentação completa, após aquela reunião. A CIB/CE
249 acatou a proposta da Dra. Lilian e decidiu que os 18 processos já analisados, incluindo os de
250 municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, seriam encaminhados à Brasília
251 pela SESA, para não perderem o prazo de adesão. Quanto aos demais, à medida que forem sendo
252 analisados, será emitida a Resolução, sendo que os processos de municípios não habilitados serão
253 encaminhados mediante ofício do Secretário Estadual da Saúde, e os pertencentes a municípios em
254 GPSM, terão a Resolução anexada e serão encaminhados ao MS pelo gestor do respectivo
255 município. Nada mais havendo a tratar, Dra. Vera Coelho encerrou a reunião da CIB, tendo eu,
256 Célia Fonseca, lavrado a Ata que vai assinada em folha de presença por mim e pelos membros da
257 Bipartite, que compareceram. Fortaleza, vinte e cinco de novembro de dois mil e cinco

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 18ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2005**
3
4

5 Aos dezesseis dias do mês de dezembro do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos,
6 no auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600,
7 nesta capital, realizou-se a 18ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da
8 Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA, Jurandi Frutuoso
9 Silva Secretário Estadual de Saúde, Vera Coelho, Coordenadora da COPOS; Lilian Beltrão
10 Coordenadora da COVAC; Ismênia Maria Ramos e Antônio Paula de Menezes, Técnicos do
11 NUPLA, Fco. Holanda, Coordenador da CODAS e Isabel Cristina C.Carlos, da CORES. Pela
12 representação dos municípios compareceram os seguintes Secretários Municipais de Saúde: Mário
13 Lúcio R. Martildes, do Eusébio e Presidente do COSEMS; Arnaldo Costa Lima, de Sobral; Eduardo
14 Rocha, de Canindé; Policarpo Araújo Barbosa, de Maranguape; Rodrigo Carvalho Nogueira, de
15 Deputado Irapuan Pinheiro; Rogério Teixeira, de Umirim e Alexandre Mont'Alverne, de Fortaleza.
16 Como convidados, Eliane Lavor e Harla Pinheiro, do NUASF/SESA; Leni Lúcia, do COSEMS;
17 José Alves, da 6ª CERES; Angelo Luis Nóbrega, de Marco; Fco. Carlos Neves e Ricardo Araújo,
18 de Barbalha; Márcia Úrsula Menezes, de Brejo Santo, Regina Célia Ribeiro, da COVAC/ SESA;
19 Liduína Fátima dos Santos, de Acaraú; Maria Huberlândia de Oliveira, da CERES de Baturité;
20 Antônio Correia Saraiva do Hospital Santo Antônio, de Barbalha; Carlisson Assunção, de Poranga e
21 José Valmir Carolino, do Instituto de Oftalmologia de Caucaia. A assembléia foi presidida por
22 **Vera Coelho** que constatando a existência de quorum, abriu os trabalhos solicitando permissão para
23 alterar a ordem dos itens da pauta cuja numeração passou a ser considerada pela sequencia da
24 apresentação conforme segue: **Item 1 – Projetos do Pólo de Educação Permanente em Saúde de**
25 **Sobral.** Explicou que o assunto do item em apreço teria sido encaminhado pela Secretaria
26 Executiva do Pólo de Educação Permanente em Saúde de Sobral, e consistia dos seguintes Projetos:
27 **Manutenção da Secretaria Executiva do PEPS da Macrorregião de Saúde de Sobral**, no
28 exercício de 2006; **Curso de Cooperação Técnica na Área de Controle e Avaliação, Regulação**
29 **e Auditoria** para dez municípios prioritários da Macrorregião Norte do Estado do Ceará e **Curso de**
30 **Especialização em Enfermagem Obstétrica.** Informou que os referidos Projetos já teriam sido
31 vistos pelo Núcleo de Recursos Humanos da SESA-NUPRH e aprovados pelo PEPS/Sobral,
32 conforme Ata da reunião do referido Pólo ocorrida em 14 de outubro de 2005. Falou da importância
33 do Projeto de Manutenção da Secretaria Executiva do PEPS de Sobral, cuja proposta importa em
34 R\$ 66.440,00 e teria como instituição responsável pela execução a Escola de Saúde da Família
35 Visconde de Sabóia. Sobre o Curso de Cooperação Técnica na Área de Controle e Avaliação,
36 Regulação e Auditoria, disse que o mesmo estava programado com uma carga horária de 80 horas,
37 orçado em R\$119.730,00 e teria como instituição formadora responsável, a Universidade do Vale
38 do Acaraú. O Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica seria ministrado pela Escola de
39 Saúde da Família Visconde de Sabóia, em Sobral, ao custo de R\$ 118.900,00. (cento e dezoito mil e
40 novecentos reais). Sem questionamentos, a CIB/CE aprovou os projetos acima destacados. **Item 2 –**
41 **Credenciamento de Centros de Atenção Psicossocial para os municípios de Trairi e**
42 **Amontada.** Vera informou que a Coordenação Estadual de Saúde Mental estava se reorganizando
43 em virtude do ingresso de outros técnicos na equipe. Disse que estes haviam visitado os CAPS de
44 Trairi e Amontada e tinham concluído que nenhum dos dois serviços reunia condições favoráveis ao
45 credenciamento. Esclareceu que havia incluído o assunto em pauta porque os técnicos da Saúde
46 Mental ainda não haviam chegado da viagem e portanto não se conhecia o resultado da vistoria.
47 Colocou à consideração da Plenária sugerindo a não aprovação do pleito. A CIB/CE não aprovou
48 os credenciamentos em apreço. Em seguida informou sobre um trabalho que a Coordenação de
49 Saúde Mental estava realizando no município de Independência, em decorrência de um problema
50 psicológico que vinha ocorrendo com jovens daquele município e propôs apresentar o referido
51 trabalho na CIB/CE, no início de 2006. **Item 3 - Qualificação de Equipes no âmbito do PSF.** De
52 posse dos pareceres favoráveis do NUORG/CODAS, Vera colocou para a Plenária, os pedidos de
53 qualificação de Equipes de Saúde da Família e de Equipes de Saúde Bucal e Acréscimos ao PACS,
54 conforme segue: **Quatorze (14) Equipes de Saúde da Família**, sendo oito (08) para o município

1 de Acopiara, três (03) para Amontada e três (03) para Aracoiaba. **Dezoito (18) Equipes de Saúde**
2 **Bucal**, sendo, três (03) para Aracoiaba, uma (01) para Ararendá, uma (01) para Caridade, uma (01)
3 para Catarina, uma (01) para Cedro, três (03) para Guaiuba, duas (02) para Novo Oriente, uma (01)
4 para Santana do Acaraú, uma (01) para Russas e quatro (04) para Tamboril. Acréscimo de **Noventa**
5 **e Cinco (95) ACS**, dos quais, vinte e oito (28) para Acopiara, sessenta e cinco (65) para Pacajus e
6 dois (2) para Palhano. A CIB/CE aprovou os pleitos de qualificação de Equipes e acréscimos de
7 ACS no âmbito do Programa Saúde da Família acima discriminados. **Item 4– Pagamento**
8 **Administrativo de TRS para o Hospital Maternidade Santo Antônio, de Barbalha.** Dra.
9 Regina, da COVAC, lembrou que esse assunto fora tratado em reunião anterior da Comissão
10 Intergestores Bipartite, em virtude de divergência entre o gestor de Barbalha e a direção do Hospital
11 Maternidade Santo Antônio sobre a quantia correspondente a procedimento excedentes de TRS,
12 devida pelo município de Barbalha ao referido Hospital, e que na ocasião teria sido acordado o
13 pagamento dos procedimentos de diálise e SADT para o qual houvera consenso e ficara o restante
14 para ser analisado e decidido posteriormente, conforme aprovado através da Resolução Nº 41/2005
15 da CIB/CE. Disse que o Controle e Avaliação da SESA, em reunião com o Sr. Ricardo Araújo,
16 responsável pela área de Controle e Avaliação da SMS de Barbalha, após análise da produção
17 financeira de procedimentos de hemodiálise do Hospital Maternidade Santo Antônio, constatou que
18 o débito remanescente de procedimentos de TRS tipo II, que excederam o teto programado, sem
19 considerar os de SADT, realizados no período de julho a dezembro de 2004, seria de R\$ 12.008,80
20 (doze mil, oito reais e oitenta centavos) e não R\$ 72.264,05 (setenta e dois mil, duzentos e sessenta
21 e quatro reais e cinco centavos) como consta no ofício do Secretário de Saúde daquele município.
22 Após esses esclarecimentos a **CIB/CE** aprovou o pagamento administrativo ao Hospital
23 Maternidade Santo Antônio de Barbalha, no valor de R\$ 12.008,80 (doze mil, oito reais e oitenta
24 centavos), a ser procedido com recursos da Gestão Plena do Estado do Ceará. Outro pedido de
25 Pagamento Administrativo para o Hospital Santo Antônio de Barbalha diz respeito ao déficit por
26 AIH's rejeitadas no valor de R\$ 49.975,54 (quarenta e nove mil, novecentos e setenta e cinco reais e
27 cinqüenta e quatro centavos). O gestor de Barbalha, através do responsável pela área de Controle e
28 Avaliação da Secretária de Saúde do município, informa que o pagamento solicitado, diz respeito a
29 atendimentos de urgência e emergência em neurocirurgia autorizados pelo auditor daquela SMS na
30 época, e que a UTI do Hospital Maternidade Santo Antônio de Barbalha tem atualmente oito leitos
31 de UTI tipo II cadastrados, mas apresenta sempre excedente de ocupação geralmente de 20 a 40
32 diárias/mês. Disse que após análise do Relatório de AIH's do referido hospital, feita no final do ano
33 de 2005, o Controle e Avaliação da SMS constatou que as contas referentes ao débito em questão
34 eram legítimas e afirmou que o município dispunha do recurso financeiro correspondente
35 depositado na conta do Fundo Municipal de Saúde. Após essas explicações a **CIB/CE** autorizou o
36 gestor da SMS de Barbalha a proceder o pagamento administrativo, na quantia de R\$ 49.975,54
37 (quarenta e nove mil, novecentos e setenta e cinco reais e cinqüenta e quatro centavos) ao Hospital
38 Santo Antônio de Barbalha, pelos atendimentos excedentes em Neurocirurgia, em leitos de UTI, do
39 referido hospital. **Item 5 – Projeto de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade dos**
40 **municípios de Fortaleza e Crateús.** Vera passou a condução do item para a Regina Célia
41 Supervisora do NUAUD/COVAC que colocou a Plenária a par da situação dos dois Projetos de
42 Adequação das Campanhas de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade, de que trata a Portaria
43 GM nº 486 de março de 2005. Sobre o Projeto de Fortaleza informou que o impacto financeiro para
44 a realização do mesmo consiste no custo anual de R\$ 2.446.619,00 (dois milhões, quatrocentos e
45 quarenta e seis mil, seiscentos e dezenove reais), que corresponde ao valor semestral de R\$
46 1.223.309,50 (um milhão, duzentos e vinte e três mil, trezentos e nove reais e cinqüenta centavos) e
47 o valor mensal de R\$ 203.884,91 (duzentos e três mil, oitocentos e oitenta e quatro reais e noventa e
48 um centavos). A proposta abrange além de Fortaleza, os municípios de Eusébio e Itaitinga, cujos
49 nomes de pacientes em lista de espera constam em disquete entregue em anexo ao Projeto que, por
50 estar de acordo com a normatização do MS obteve parecer favorável do Núcleo de Auditoria da
51 Atenção Terciária da SESA. A **Plenária da CIB/CE aprovou o Projeto de Cirurgias Eletivas do**
52 **município de Fortaleza.** Quanto ao Projeto de Crateús esclareceu que o mesmo já havia sido
53 avaliado e devolvido ao município em duas ocasiões, pela SESA, mas retornara sem as correções
54 recomendadas, entre as quais a que se refere à abrangência do Projeto que inclui somente a

1 população de Crateús, e a proposta da utilização do recurso na realização apenas de Cirurgias de
2 Catarata, e diz que a CERES ao devolver o Processo à SESA informa que o fez para não prejudicar
3 o município de Crateús, vez que nenhum outro município da Microrregião apresentara lista de
4 espera para nenhum dos procedimentos cirúrgicos da Política em questão. **Regina** acrescenta que de
5 acordo com o Plano Diretor de Regionalização, Crateús é classificado como município de referência
6 para os municípios de Monsenhor Tabosa, Tamboril, Nova Russas e Ipueiras, os quais poderiam se
7 beneficiar do elenco de procedimentos previstos na Portaria GM nº 486/2005 acima citada.
8 Complementa a informação, afirmando que o valor semestral proposto no Projeto ultrapassa o
9 estabelecido pelo MS e que o estabelecimento indicado para a realização das cirurgias de catarata
10 não estava cadastrado junto ao Sistema Único de Saúde. **Vera** coloca o pleito à consideração da
11 Plenária sugerindo a devolução do projeto de Crateús para revisão da proposta pelo Secretário de
12 Saúde daquele município. Após algumas manifestações da mesa e a informação do Secretário de
13 Saúde de Poranga de que existe demanda na Região para outras cirurgias e não apenas para
14 Catarata, a **CIB/CE** concluiu pela devolução do Projeto de Crateús à CERES daquele município
15 para que a Orientadora da Célula junto com o gestor da saúde do município em questão
16 reavaliassem a proposta, considerando a possibilidade da inclusão de outros procedimentos do
17 elenco das Cirurgias Eletivas de Média Complexidade e de pacientes em lista de espera de outros
18 municípios da região, e recomendando a utilização do limite financeiro definido pelo MS. **Item 6 –**
19 **Mudança de Modalidade do CEO tipo II para CEO tipo III, Implantação de CEOs e**
20 **Credenciamento de LRPD.** **Vera** colocou os seguintes pleitos para a apreciação da Bipartite:
21 Alteração da tipologia do CEO II para CEO III com a denominação de Centro de Especialidades
22 Odontológicas Dra. Berenice Gonçalves, do município de **Eusébio**; Credenciamento do CEO tipo II
23 do município de **Icó** e Implantação de CEO tipo II e credenciamento do Laboratório Regional de
24 Próteses Dentárias tipo II do município de **Aracati**. Informou que o CEO e o LRPD de Aracati
25 foram construídos com investimento de Estadual e que terá cooperação financeira do Estado do
26 Ceará, para o Custeio de suas atividades incluindo o pagamento dos profissionais odontólogos.
27 Considerando os pareceres favoráveis do NUORG/Atenção Primária e NUNAS/ Saúde Bucal, a
28 **Comissão Intergestores Bipartite** aprovou os pedidos acima dos municípios de Eusébio, Icó e
29 Aracati, conforme foram apresentados. **Item 7 – Discussão das Estratégias de Implantação da**
30 **Vacina Oral Contra Rotavírus.** **Vera** passou a palavra para a Dra. Nilce, técnica responsável pela
31 área de imunização do SUS no Ceará, que iniciou a exposição informando sobre a doença causada
32 pelo Rotavírus, as estatísticas brasileiras de óbitos e índice de crianças menores de 5 anos
33 acometidas de doenças diarreicas agudas e o processo de administração da Vacina Oral Contra
34 Rotavírus. Em seguida apresentou a proposta de Implantação da vacina que sugere ser feita em 3
35 etapas, sendo 30% dos municípios cearenses na 1ª Etapa, 30% na 2ª Etapa e 40% na 3ª Etapa. Disse
36 que na 1ª Etapa seriam contemplados os municípios que apresentam taxas elevadas de internação
37 por diarreia de crianças abaixo de 5 anos, localizados nas Regionais de Saúde de Tianguá, Crateús,
38 Camocim, Icó, Iguatu e Crato totalizando 54 municípios, com prioridade para os 30(trinta), em
39 negrito, que apresentam taxas mais elevadas de internação por diarreia: **Croatá, Guaraciaba do**
40 **Norte, Ibiapina, São Benedito, Carnaubal, Tianguá, Ubajara e Viçosa do Ceará, Ararendá,**
41 **Independência, Ipaoranga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Poranga, Crateús, Novo**
42 **Oriente, Quiterianópolis e Tamboril, Chaval, Camocim, Martinopole, Granja e Barroquinha, Umari,**
43 **Lavras da Mangabeira, Ipaumirim, Cedro, Baixio, Icó e Orós, Acopiara, Carius, Catarina, Piquet**
44 **Carneiro, Quixelô, Saboeiro, Dep. Irapuan Pinheiro, Iguatu, Jucás e Mombaça, Farias Brito, Potengi,**
45 **Várzea Alegre, Santana do Cariri, Salitre, Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Campos Sales,**
46 **Crato, Nova Olinda e Tarrafas.** Concluiu, colocando as estratégias apresentadas à apreciação da CIB e
47 desejando a todos um Feliz Natal. A **CIB/CE** aprovou as Estratégias de Implantação da Vacina
48 Oral Contra Rotavírus Humano no Ceará, apresentadas pela SESA. **Item 8 – Discussão do Elenco**
49 **de Medicamentos para CAPS e PPI/2006.** Harla, técnica do NUASF conduziu o assunto da pauta
50 que constou dos seguintes pontos: Elenco de Medicamentos da PPI/2006; Elenco de
51 Medicamentos dos CAPS; Financiamento da PPI/ 2006 e Termo de Adesão. Antes falou sobre a
52 parceria do COSEMS com o NUASF, informando que representantes dos dois organismos
53 compõem um Comitê que vem discutindo sistematicamente as questões da Assistência
54 Farmacêutica no Ceará e que haviam participado da elaboração da proposta em apreço. Para o
55 Elenco dos Medicamentos da Atenção Primária PPI/2006, apresentou as seguintes alterações:

1 •**Exclusão** dos medicamentos, *Dexametasona 1mg/ml sol.Oftálmica, 5ml frs. e Gentamicina*
2 *sulfato 1% sol oftálmica, 5ml;* (por falta de adesão dos gestores municipais) •**Inclusão** dos itens:
3 *Ácido Valpróico 500 mg, Cetoconazol creme, Loratadina 10mg comp., Loratadina suspensão,*
4 *Metoclopramida gotas e Vitamina A + D3;* •**Mudança de Concentração** do medicamento
5 *Isossorbida dinitrato oral, de 5mg para 10 mg.* Essas alterações resultaram na composição de um
6 elenco de 74 itens para o 1º semestre/2006, onde permanecem os itens pertencentes aos grupos do
7 **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica Básica**, no caso, **medicamentos para**
8 **hipertensão e diabetes, rinite e asma** de que trata a Portaria MS 2.084/2005: **1.** Beclometasona
9 Dipropionato 250mcg spray/ 200 doses frs; **2.** Beclometasona Dipropionato 50mcg/ nasal spray,
10 frs; **3.** Captopril 25mg comp.; **4.** Digoxina 0,25mg comp.; **5.** Glibenclamida 5mg comp. **6.**
11 Hidroclorotiazida 25mg comp.; **7.** Metformina 500mg comp.; **8.** Metildopa 250mg comp.; **9.**
12 Prednisona 5mg comp.; **10.** Prednisona 20mg comp.; **11.** Propranolol 40mg comp.; **12.** Salbutamol
13 Xarope 0,4% frs e **13.** Salbutamol sulfato 100mcg/ spray 200 doses c/ espaçador, **14.** Salbutamol 2
14 mg comp., os quais serão excluídos desse elenco a partir do 2º semestre de 2006, quando passarão a
15 ser adquiridos de forma descentralizada, conforme fora acordado na reunião da CIB de 04 de
16 novembro de 2005. **Vera** colocou as proposições apresentadas em discussão, destacando a inclusão
17 de dois itens, *Loratadina 10mg comp., Loratadina suspensão,* e da manutenção do *Diclofenaco de*
18 *Potássio* que não constam da RESME nem da RENAME. Houve um grande debate sobre isso tendo
19 a plenária sugerido a inclusão do anti inflamatório **Ibuprofeno** em substituição do *Diclofenaco de*
20 *Potássio*. Os Técnicos do NUASF contra argumentaram alegando que o *Diclofenaco* é uma droga
21 de grande aceitação e que em discussões anteriores sobre a exclusão desse medicamento a CIB teria
22 decidido mantê-lo no elenco mesmo não estando incluído na RENAME. **Vera** alertou que em se
23 tratando do elenco de medicamentos básicos que exige pactuação na CIB, os membros da Bipartite
24 não tem autoridade de incluir itens que não constem da RENAME, para efeito de contrapartida.
25 Caso a inclusão do medicamento seja necessária terá que se constituir uma Comissão Técnica para
26 orientar o uso do recurso estadual com a compra do medicamento, mas este não será considerado
27 como contra partida. **Alex** sugeriu que fosse confirmado se os medicamentos estão na lista da
28 RENAME, em caso negativo solicitar o parecer técnico da consultora da RENAME. Houve também
29 um questionamento sobre a substituição do *Captopril* por outro medicamento mais eficaz no
30 tratamento da hipertensão. Dr. Mário Lúcio propôs fechar a pactuação com a inclusão do
31 *Ibuprofeno*, com a manutenção do *Diclofenaco* e do *Captopril* e consultar o Ministério sobre a
32 inclusão da *Loratadina*. **A Plenária da CIB** aprovou o elenco com as alterações propostas, ficando
33 a manutenção do *Diclofenaco de Potássio* e da inclusão dos dois itens do medicamento *Loratadina*
34 na dependência do Parecer da Consultora da RENAME. Com o parecer favorável da consultora da
35 RENAME, o Elenco de Medicamentos da Atenção Primária para o **1º Semestre da PPI/2006**, fica
36 constituído dos **75** itens seguintes: **1.** Ácido acetilsalisílico 100mg comp. **2.** Ácido fólico 5mg com.;
37 **3.** Ácido valproico 500mg comp.; **4.** Albendazol 400mg comp; **5.** Albendazol susp. oral 40mg/ml;
38 **6.** Amitriptilina 25mg comp; **7.** Amoxicilina 250mg susp.frs; **8.** Amoxicilina 500mg caps.; **9.**
39 Beclometasona Dipropionato 250mcg spray/ 200 doses frs; **10.** Beclometasona Dipropionato
40 50mcg/ nasal spray, frs; **11.** Benzilpenicilina G. Benzatina 1.200.000UI susp.injet.frs/amp.; **12.**
41 Benzilpenicilina G.Benzatina 600.000UI susp. injetável frs/amp; **13.** Benzilpenicilina G.Proc.+
42 G.Potássica 300.000UI + 100.000UI frs/amp.; **14.** Captopril 25mg comp.; **15.** Carbamazepina
43 200mg comp.; **16.** Carbonato de Cálcio 500mg comp.;**17.** Cefalexina 500mg caps.; **18.** Cefalexina
44 Susp. Oral 250mg/5ml 60ml frs cx.c/50; **19.** Cetoconazol 200 mg comp.; **20.** Cetoconazol creme,
45 bisng; **21.** Clorpromazina 100mg comp.; **22.** Dexametasona 0,1% bisg.; **23.** Diazepam 5mg comp.;
46 **24.** Diclofenaco de potássio-50mg comp.; **25.** Digoxina 0,25 mg comp.; **26.** Doxiciclina 100mg
47 comp.; **27.** Eritromicina 2,5% ou 125 mg/ frs.60ml; **28.** Eritromicina 500mg comp.; **29.** Fenitoína
48 100mg comp.; **30.** Fenobarbital 100mg comp.; **31.** Fenobarbital 4% frs.; **32.** Fenoterol frs. c/20ml
49 5,0mg frs.; **33.** Furosemida 40mg comp.; **34.** Glibenclamida 5mg comp.; **35.** Haloperidol 5mg
50 comp.; **36.** Hidroclorotiazida 25mg comp; **37.** Ibuprofeno 300mg comp.; **38.** Isossorbida dinitrato
51 10mg oral comp.; **39.** Levodopa 250mg carbidopa 25mg comp.; **40.** Levonogestrel 0,15mg +
52 Etinilestradiol 0,03mg, comp. Cartela; **41.** Loratadina 10mg comp.; **42.** Loratadina 5mg/ml
53 susp.100ml frs.; **43.** Mebendazol 20mg/ml frs.30 ml; **44.** Metformina 500mg comp. Sulcado; **45.**
54 Metildopa 250mg comp.; **46.** Metoclopramida 4mg/ml frs.; **47.** Metronidazol 250mg comp.; **48.**

1 Metronidazol 4% susp. frs.100ml.; **49.** Metronidazol 500mg/geléia bisg.; **50.** Miconazol nitrato 2%
2 creme vaginal + aplicador bisng.; **51.** Neomicina +bacitracina 0,5%250UI/g bisg.; **52.** Nistatina sol.
3 Oral 30 ml frs.; **53.** Noretisterona 0,35mg, cartela; **54.** Omeprazol 20 mg comp.; **55.** Paracetamol
4 200 mg/ml frs. 15 ml.; **56.** Paracetamol 500 mg comp.; **57.** Permetrina loção 5% frs.; **58.**
5 Permetrina, Shampoo 10mg/ml frs; **59.** Prednisolona 3 mg/ml frs.; **60.** Prednisona 5mg comp.; **61.**
6 Prednisona 20mg comp.; **62.** Prometazina 25mg comp.; **63.** Propranolol 40mg comp.; **64.**
7 Ranitidina 150mg comp.; **65.** Sais para reidratação oral 27,9 g env.; **66.** Salbutamol sulfato 100mcg/
8 spray 200 doses c/ espaçador; **67.** Salbutamol Xarope 0,4% frs.; **68.** Secnidazol 1g comp.; **69.**
9 Sulfametoxazol + trimetoprima 4% + 0,8% frs.; 70. Sulfametoxazol + trimetoprima 400mg + 80mg
10 comp.; **71.** Sulfato ferroso 25mg/ml Fe(II).sol.oral 30 ml.; **72.** Sulfato ferroso 40mg- fe (II) comp.;
11 **73.** Tiabendazol creme dermatológico bisng.; **74.** Verapamil 80mg comp.; **75.** Acetato de Retinol
12 5500UI + Colecalciferol 2200UI gts 10ml. O **Elenco do 2º Semestre** fica composto dos **62 itens**
13 seguintes: **1.** Ácido acetilsalisílico 100mg comp. **2.** Ácido fólico 5mg comp.; **3.** Ácido valproico
14 500mg comp.; **4.** Albendazol 400mg comp; **5.** Albendazol susp. oral 40mg/ml; **6.** Amitriptilina
15 25mg comp; **7.** Amoxicilina 250mg susp.frs; **8.** Amoxicilina 500mg caps.; **9.** Benzilpenicilina G.
16 Benzatina 1.200.000UI susp.injet.frs/amp.; **10.** Benzilpenicilina G.Benzatina 600.000UI susp.
17 injetável frs/amp; **11.** Benzilpenicilina G.Proc.+ G.Potássica 300.000UI + 100.000UI frs/amp.; **12.**
18 Carbamazepina 200mg comp.;**13.** Carbonato de Cálcio 500mg comp.; **14.** Cefalexina 500mg caps.;
19 **15.** Cefalexina Susp. Oral 250mg/5ml 60ml frs cx.c/50; **16.** Cetoconazol 200 mg comp.; **17.**
20 Cetoconazol creme, bisng; **18.** Clorpromazina 100mg comp.; **19.** Dexametasona 0,1% bisg.; **20.**
21 Diazepam 5mg comp.; **21.** Diclofenaco de potássio-50mg comp.; **22.** Doxiciclina 100mg comp.; **23.**
22 Eritromicina 2,5% ou 125 mg/ frs.60ml; **24.** Eritromicina 500mg comp.; **25** Fenitoína 100mg
23 comp.; **26.** Fenobarbital 100mg comp.; **27.** Fenobarbital 4% frs.; **28.** Fenoterol frs. c/20ml 5,0mg
24 frs.; **29** Furosemida 40mg comp.; **30.** Haloperidol 5mg comp.; **31.** Ibuprofeno 300mg comp.; **32.**
25 Isossorbida dinitrato 10mg oral comp.; **33.** Levodopa 250mg carbidopa 25mg comp.; **34.**
26 Levonogestrel 0,15mg + Etilnilestradiol 0,03mg, comp. Cartela; **35.** Loratadina 10mg comp.; **36.**
27 Loratadina 5mg/ml susp.100ml frs.; **37.** Mebendazol 20mg/ml frs.30 ml; **38.** Metoclopramida
28 4mg/ml frs.; **39.** Metronidazol 250mg comp.; **40.** Metronidazol 4% susp. frs.100ml.; **41.**
29 Metronidazol 500mg/geléia bisg.; **42.** Miconazol nitrato 2% creme vaginal + aplicador bisng.; **43.**
30 Neomicina +bacitracina 0,5%250UI/g bisg.; **44.** Nistatina sol. Oral 30 ml frs.; **45.** Noretisterona
31 0,35mg, cartela; **46.** Omeprazol 20 mg comp.; **47.** Paracetamol 200 mg/ml frs. 15 ml.; **48.**
32 Paracetamol 500 mg comp.; **49.** Permetrina loção 5% frs.; **50.** Permetrina 1% Shampoo frs; **51.**
33 Prednisolona 3 mg/ml frs.; **52.** Prometazina 25mg comp.; **53.** Ranitidina 150mg comp.; **54.** Sais
34 para reidratação oral 27,9 g env.; **55.** Secnidazol 1g comp.; **56.** Sulfametoxazol + trimetoprima 4%
35 + 0,8% frs.; **57.** Sulfametoxazol + trimetoprima 400mg + 80mg comp.; **58.** Sulfato ferroso 25mg/ml
36 Fe(II).sol.oral 30 ml.; **59.** Sulfato ferroso 40mg- fe (II) comp.; **60.** Tiabendazol creme
37 dermatológico bisng.; **61.** Verapamil 80mg comp.; **62.** Acetato de Retinol 5500UI + Colecalciferol
38 2200UI gts 10ml. Quanto ao **Elenco dos Medicamentos da Saúde Mental**, o NUASF propôs a
39 **Exclusão**, por falta de adesão dos gestores municipais, do *Buspirona 5mg, comprimido* e destacou
40 os dez itens que haviam sido transferidos para o Elenco Mínimo de Medicamentos da Atenção
41 Primária: *Ácido Valpróico 500mg cápsulas, Amitriptilina 25 mg, comprimido, Carbamazepina*
42 *200mg comp.; Clorpromazina 100mg comp.; Diazepam 5mg comp.; Fenitoína 100mg comp;*
43 *Fenobarbital 100mg comp.; Fenobarbital 4% frs.; Haloperidol 5mg comp. e Prometazina 25mg*
44 *comprimido.* Dr. **Policarpo**, SMS de Maranguape observou que o NUASF, sem passar pela
45 Bipartite, teria tomado uma atitude em relação à distribuição dos medicamentos dos Centros de
46 Atenção Psicossocial, em que, de um certo tempo em diante, os novos CAPS deixaram de receber
47 os medicamentos, sob a alegativa de que o número de CAPS estava crescendo sem aumentar a
48 quantidade de medicamentos. Argumentou que os direitos dos cidadãos são iguais e pede que a
49 medida seja revista, de forma a não prejudicar nenhum dos referidos Serviços. **Harla** disse que a
50 compra dos medicamentos obedece uma programação estabelecida, que não acompanha o
51 crescimento, quase mensal, dos CAPS. **Emília** diz que com a transferência dos 10 itens, acima
52 citados, para a Atenção Básica, deverá sobrar recursos para, acrescidos à contrapartida dos
53 municípios, aumentar as quantidades dos medicamentos para os CAPS. **Arnaldo**, propõe que o
54 Estado participe com a compra desses medicamentos, pois considera que o mesmo, ao pactuar o

1 credenciamento dos CAPS é co-responsável pelo funcionamento dos Serviços sejam eles
2 Municipais ou Regionais. **Vera** conduziu a discussão para a pactuação do Elenco de Medicamentos
3 da Saúde Mental que foram apresentados por atenderem os aspectos técnicos e os normativos
4 referentes ao assunto e para a decisão sobre a distribuição dos referidos insumos aos novos CAPS.
5 Assim, a **CIB/CE decidiu: a) Aprovar o Elenco de Medicamentos da Saúde Mental que ficou**
6 **constituído dos 23 itens seguintes: 1. Biperideno 2mg comp.; 2. Bromazepan 3mg comp.; 3.**
7 **Carbamazepina 20 mg/ml susp. frs.; 4. Carbonato de Lítio 300 mg comp.; 5. Clomipramina 10mg**
8 **comp.; 6. Clomipramina 25mg comp.; 7. Clonazepan 0,5mg comp.; 8. Clonazepan 2mg comp.; 9.**
9 **Clorpromazina 25mg comp.; 10. Clorpromazina 25mg injetável amp.; 11. Clorpromazina 4% gotas**
10 **frs.; 12. Decanoato de haloperidol injetável, amp.; 13. Diazepam 10mg/2ml injetável, amp.; 14.**
11 **Fluoxetina 20mg, cápsula; 15. Haloperidol 1mg, comp.; 16. Haloperidol 5 mg/ml injetável, amp.;**
12 **17. Haloperidol solução 2 mg/ml frs.; 18. Imipramina 25 mg comp.; 19. Nortriptilina 50 mg comp.;**
13 **20. Periciazina solução 4%, frs. 21. Prometazina 25 mg injetável amp.; 22. Tiorodazina 50 mg,**
14 **comp.; 23. Valproato de sódio 250 mg xarope, frasco. b) Estabelecer que terão acesso aos**
15 **medicamentos de Saúde Mental todos os CAPS que tiverem Portaria de Cadastramento aprovada**
16 **pelo MS até 31 de dezembro de 2005. Em seguida colocou em debate a proposta para o**
17 **Financiamento da Assistência Farmacêutica Básica para o Estado do Ceará, para 2006. Harla**
18 **informou que segundo a Portaria GM 2.084 de 26 de outubro de 2005 o cálculo para os recursos**
19 **que compõem o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica seria considerada a população dos**
20 **municípios, constante da Resolução Nº 02 do IBGE de 21 de julho de 2003, cabendo para o**
21 **Ministério da Saúde o valor percapita de R\$ 1,65 (um real e sessenta e cinco centavos). Propôs**
22 **para o Estado, o valor percapita de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos), valor trabalhado no 2º**
23 **semestre de 2005, e para os Municípios, o valor mínimo de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos)**
24 **e máximo de R\$ 3,00 (três reais), pactuado em 2005. Os gestores municipais se manifestaram**
25 **insatisfeitos por não entenderem as razões para a utilização dos dados populacionais de 2003, uma**
26 **vez que essa medida só aumentará os prejuízos para a Assistência Farmacêutica. Em face disso e**
27 **visando compensar a defasagem decorrente do cálculo com a população de 2003, foi sugerido que**
28 **o Estado do Ceará aumentasse o valor percapita da sua contrapartida para R\$ 1,55 (um real e**
29 **cinquenta e cinco centavos). A Comissão Intergestores Bipartite, após algumas discussões,**
30 **pactuou os seguintes valores per capita de responsabilidade de cada um dos níveis de gestão do**
31 **SUS para aquisição dos medicamentos da Assistência Farmacêutica da Atenção Primária do Ceará:**
32 **Governo Federal, R\$ 1,65 (um real e sessenta e cinco centavos); Governo Estadual, R\$ 1,55 (um**
33 **real e cinquenta e cinco centavos) e Governo Municipal, o valor mínimo de R\$ 1,50 (um real e**
34 **cinquenta centavos) e o máximo de R\$ 3,00 (três reais). Harla finalizou, apresentando a Proposta**
35 **para alteração da Cláusula Terceira do Termo de Adesão que diz: “O município deverá repassar**
36 **mensalmente a cota da contrapartida municipal através de transferência automática (Banco do**
37 **Brasil) do Fundo Municipal de Saúde para o Fundo estadual de Saúde através de Convênio firmado**
38 **com o Banco do Brasil (documento emitido pelo BB e assinado pelo gestor do Fundo Municipal”.**
39 **A CIB/CE aprovou a alteração acima citada. Item 9 - Informes: 1º) Prorrogação de Prazo para o**
40 **SIDH – O Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS comunica através do INFORMA**
41 **Nº 112/2005, que o Ministério da Saúde prorrogara o prazo para a implantação do SIHD – Sistema**
42 **de Informações Hospitalares Descentralizado, para fevereiro de 2006. Lilian esclareceu que o SIHD**
43 **já deveria estar funcionando, mas devido a problema próprio do Sistema, fora decidido na CIT que**
44 **esse prazo seria elástico. Afirma que teria havido um novo treinamento no DATASUS com os**
45 **Estados e certamente o Sistema deveria começar a funcionar a partir de fevereiro de 2006. Explicou**
46 **que o SIHD funciona na mesma lógica do SIA, ou seja, os Relatórios das internações, inclusive os**
47 **Relatórios de Crédito, serão gerados logo após o processamento das AIH's, sendo repassadas ao**
48 **DATASUS de forma simplificada, apenas as informações necessárias à alimentação do Banco de**
49 **Dados. 2º) CONASEMS informa que no dia 7 de dezembro de 2005 o Presidente da Câmara**
50 **Federal, Sr. Aldo Rebelo prometera incluir, como prioridade na pauta da próxima Reunião dos**
51 **Líderes daquela Casa, a aprovação do Projeto de Lei Complementar que regulamenta a Emenda**
52 **Constitucional nº 29/2000. 3º) Pagamento de débito do município de Caucaia a prestador de**
53 **Serviços de Oftalmologia. Lilian lembrou que na reunião anterior a CIB teria decidido enviar ofício**
54 **à Prefeita de Caucaia em que determinava prazo para que aquela autoridade efetuasse o pagamento**

1 do débito com o prestador de serviço de oftalmologia por procedimentos realizados em 2004 e
2 2005, sob pena de inclusão nesta pauta da discussão do processo de desabilitação do município de
3 Caucaia da Gestão Plena do Sistema Municipal. Esclareceu que a SESA recebera comunicado
4 oficial do município informando que fora providenciar o pagamento mas o mesmo não pode ser
5 feito em virtude do prestador não dispor de Certidão Negativa de Débito junto ao INSS. A
6 informação foi confirmada pelo credor, o qual afirmou que já estaria providenciando a
7 regularização do seu estabelecimento com a Previdência Social. **4º) Pagamento aos HPP com**
8 **recursos estaduais** - Lilian informou que 50 (cinquenta) Hospitais de Pequeno Porte já estariam com
9 a Nota de Empenho assinada, restando 11(onze) dos seguintes municípios que se encontram com
10 pendências (falta publicação do extrato do Convênio, ou cadastro no SIAPE) que impedem a
11 emissão da NE: Abaiara, Barroquinha, Irauçuba, Milhã, Morrinhos, Ocara, Pacoti, Piquet Carneiro,
12 Salitre, São Luis do Curu e Solonópole. Nada mais havendo a tratar, Dra. **Vera** encerrou a reunião
13 tendo eu, Célia Fonseca, lavrado a Ata que vai assinada por mim e pelos membros da Bipartite,
14 presentes. Fortaleza, dezesseis de dezembro de dois mil e cinco.

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 1ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO ANO 2005**
3
4

5 Aos quatorze dias do mês de março do ano dois mil e cinco, às quatorze 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 1ª Reunião Extraordinária de dois mil e cinco
8 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros:
9 Representando a SESA, Jurandi Frutuoso, Secretário Estadual; Lilian Amorim Beltrão e Diana
10 Carmem N. Oliveira Coordenadoras da COVAC; Vera Maria Câmara Coelho, Coordenadora da
11 COPOS; Fco. Holanda Junior, Coordenador da CODAS e Ismenia Barreto Ramos, Supervisora do
12 do NUPLA. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio R. Martildes,
13 Presidente do COSEMS; Alexandre Mont'Alverne Coordenador de Políticas da SMS de Fortaleza;
14 Rogério Teixeira da SMS de Umirim; José Policarpo Barbosa da SMS de Maranguape e Rodrigo
15 Carvalho da SMS do Município de Deputado Irapuan Pinheiro. Como convidados, Alberto Malta
16 Júnior, de Barbalha; Eriton Araújo de Iguatu; Joseana Lima, do COSEMS; Eduardo Rocha, de
17 Canindé; Ana Márcia de Almeida e Analice Carvalho, da SMS de Fortaleza; Eliane Lavor Vieira,
18 do NUASF/CODAS e Fco. Evandro T. Lima da SMS de Aquiraz. A reunião foi presidida por
19 **Diana Carmem** que antes de iniciar a discussão do único item da pauta, passou a palavra ao
20 presidente do COSEMS que solicitara espaço para apresentação da proposta da Assistência
21 Farmacêutica do município de Iguatu. **Dr. Mario Lúcio**, inicialmente, parabenizou o Dr. Holanda
22 que aniversariava naquela data e em seguida convidou o Coordenador da Saúde Mental de Iguatu,
23 Dr. Eriton, para expor a proposta da Assistência Farmacêutica na área da Saúde Mental que fora
24 pactuada pelos municípios da 18ª Microrregião de Saúde. **Eriton** explicou que a proposta consistia
25 em se retirar da relação dos CAPS sete itens de medicamentos da Saúde Mental que constam do
26 elenco de itens da Atenção Básica, e colocá-los no Pacto da Assistência Farmacêutica Básica. Disse
27 que os municípios acrescentariam ao valor do pacto da Assistência Farmacêutica Básica, o valor
28 mínimo correspondente às respectivas necessidades, referentes aos sete itens, levantadas por cada
29 município. Afirmou que essa estratégia tem como objetivo melhorar a situação da assistência
30 farmacêutica na área da Saúde Mental e propôs a pactuação da mesma para os demais municípios.
31 **Vera** questionou sobre o financiamento desses medicamentos, alegando que se os mesmos entrarem
32 no pacto da Atenção Básica, sairão do elenco dos CAPS, para cujo suprimento o governo federal
33 entra com 80% e o Estado com 20%, e perguntou se a proposta seria extensiva as outras CERES.
34 Foi esclarecida que os municípios acrescentariam, à sua participação no financiamento da
35 Assistência Farmacêutica, o valor correspondente à quantidade de medicamentos dos sete itens da
36 Saúde Mental, sem prejuízo da participação dos 80% do nível federal e 20% do nível estadual que
37 seriam destinados como incremento de outros medicamentos da Saúde Mental. **Dr. Mário Lúcio**
38 disse que achara a proposta interessante e sugeriu que a estratégia fosse pactuada, naquele
39 momento, não apenas com sete itens mas com os nove da Atenção Básica, para os demais
40 municípios com recursos da Assistência Farmacêutica Básica, e com recursos municipais para fazer
41 face à despesa com o acréscimo desses itens. **Rodrigo** de Irapuan Pinheiro falou que os municípios
42 da Micro de Iguatu pactuaram a proposta da CERES mas destacaram a necessidade de se proceder a
43 uma discussão sobre a implantação de novos CAPS com o quantitativo de recursos hoje
44 disponíveis. Houve um grande debate sobre a falta de medicamentos para a manutenção dos CAPS,
45 tendo o **Dr. Jurandi** solicitado cautela aos gestores municipais quanto à expansão desses Serviços
46 alegando a necessidade de se consolidar os já existentes para melhorar a resolutividade da
47 assistência e evitar o descrédito do serviço. O presidente do COSEMS se manifestou contrário a
48 qualquer tipo de veto ou entrave na implantação de novos CAPS argumentando que o Ministério da
49 Saúde está facilitando a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, e que se deve buscar na
50 CIB a solução para os problemas do setor e tentar conseguir junto ao MS o incremento de recursos
51 para a Assistência Farmacêutica. Entende que deve haver da parte dos gestores que pleitearem a
52 implantação de novos CAPS o entendimento sobre a situação da assistência farmacêutica na Saúde
53 Mental e o compromisso dos mesmos em buscar alternativas para garantir essa assistência.
54 Concluiu, solicitando a opinião dos demais gestores sobre a pactuação da estratégia de Iguatu para

1 os medicamentos de Saúde Mental, naquela ocasião. Os gestores presentes se manifestaram
2 contrários à pactuação da proposta para os demais municípios, naquele reunião, e chegaram ao
3 consenso de que a proposta do Iguatu saíria como indicativo para uma discussão mais ampla nas
4 Regionais, levando em conta também outras formas existentes de terapia para as pessoas portadoras
5 de doença mental. Fechando a discussão, Dra. Diana enfatizou a posição dos gestores de que a
6 proposta então apresentada deveria ser levada às Regionais onde o debate pudesse ser enriquecido
7 com outras sugestões e convidou Eliane Lavor para apresentar o assunto da pauta, **Discussão do**
8 **Pacto da Assistência Farmacêutica – Financiamento e Processo de Elaboração da PPI.** Antes,
9 o **Dr. Mario Lúcio** lembrou que o Pacto da Assistência Farmacêutica 2005 não havia sido acordado
10 na reunião anterior da CIB devido a indefinição do valor da participação do Estado no
11 financiamento daquela assistência, e que teria sido realizada uma reunião do COSEMS com o grupo
12 técnico do NUASF, de onde saíram alguns encaminhamentos entre os quais destacou: A
13 necessidade da criação de uma comissão bipartite permanente para questões relativas à Assistência
14 Farmacêutica; a necessidade da realização, pela SESA de um evento de sensibilização aos novos
15 prefeitos com vistas a redução da inadimplência dos municípios e a decisão da manutenção do
16 Elenco de Medicamentos do ano de 2004. Registrou também que o município de Fortaleza, que não
17 aderira ao Pacto da Assistência Farmacêutica, recebera, no ano de 2004, o repasse do Estado,
18 enquanto municípios em GPSM que pactuaram e pagaram um semestre não receberam nada, o que
19 caracteriza a diferença de tratamento. Dr. Jurandi concorda com a realização do Evento e afirma
20 que a SESA assumirá os encargos do mesmo, ficando sob a responsabilidade do COSEMS a
21 convocação dos prefeitos. Em seguida **Eliane** Lavor apresentou a proposta para o financiamento da
22 Assistência Farmacêutica de 2005, pelas três esferas de governo, sendo a do Nível Federal, no
23 valor per capita de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos), definida pelo MS, Nível Estadual R\$
24 1,30 (um real e trinta centavos) e Nível Municipal, de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) a R\$
25 3,00 (três reais). A proposta do valor do Estado foi contestada pela representação do municípios,
26 tendo o **Dr. Mário Lúcio** colocado que em 2004 a SESA pactuara R\$ 1,20 (um real e vinte
27 centavos) e não cumprira o pacto assumido e que muitos municípios adquiriram medicamentos
28 básicos com recursos próprios, e que considerando a situação de precariedade e o processo de
29 estagnação que a assistência farmacêutica do Ceará vem sofrendo nos últimos cinco anos, solicita
30 ao Estado a contra partida no valor per capita de R\$ 1,80 (um real e oitenta centavos). O Secretário
31 Estadual contra argumentou afirmando que o Estado não tem condições de arcar com esse valor e
32 que em 2004 gastou com medicamentos o montante de R\$ 27.192.987,86 (vinte e sete milhões,
33 cento e noventa e dois mil, novecentos e oitenta e sete reais e oitenta e seis centavos), com
34 aquisição de medicamentos de Alto Custo, medicamentos dos Programas Estratégicos e dos
35 medicamentos da Programação Pactuada Integrada e que ainda tem restos a pagar a fornecedores de
36 alguns desses medicamentos. Pediu a compreensão dos gestores no sentido de pactuarem o valor de
37 **R\$ 1,30** (um real e trinta centavos) proposto pela SESA. **Dra. Diana**, antes de dar a palavra à
38 plenária, falou da importância da adoção pelos municípios, de uma política de uso racional dos
39 medicamentos, que muitas vezes, por desconhecimento da normatização que rege a dispensação
40 desses insumos, principalmente os psitrópicos, são distribuídos e prescritos de forma abusiva e/ou
41 inadequada causando perdas e conseqüentemente a carência de medicamentos. Propôs que esse
42 assunto fosse discutido de forma mais ampla no evento de sensibilização que o COSEMS pretende
43 realizar em conjunto com a SESA. **Dr. Evandro** entende que a discussão da Assistência
44 Farmacêutica deve se dar dentro do contexto da Atenção Primária e não isoladamente. **Rodrigo**
45 pergunta se os recursos gastos pelo Estado com a Assistência Farmacêutica apresentados pelo
46 NUASF, são próprios do Estado ou federais e pede esclarecimento em relação à Emenda
47 Constitucional -29, que conforme observara em consulta ao site do MS, na Internet, há algum
48 tempo o percentual não vem sendo cumprido pelo Estado do Ceará. **Dr. Jurandi** confirmou a
49 informação do **Rodrigo** e disse que a EC-29 não regulamentada deixa margem para o manuseio
50 inadequado dos recursos, por conta da falta de clareza sobre o que compõe ou não os recursos da
51 EC-29, mas para evitar riscos, a Saúde Estadual aplicou em 2004 o percentual de 13,7%. **Dra. Vera**
52 reforçou a fala do Dr. Jurandi quanto à vulnerabilidade dos Estados pela não regulamentação da EC-
53 29 e que até o ano de 2003 o MS não havia aplicado nenhuma punição ao Estado. Afirma porém,
54 que para os municípios do Ceará existe uma Resolução do TCM elaborada no mesmo modelo da

1 Resolução do Conselho Nacional de Saúde, mediante a qual os municípios são obrigados a cumprir
2 a EC-29. **Dr. Alex**, esclareceu que enquanto não sair a regulamentação da EC-29, são válidas as
3 regras de 2004. Fêz algumas ponderações sobre as necessidades de Fortaleza e disse que a
4 Assistência Farmacêutica do município não pode ficar na dependência de ampliação do orçamento e
5 solicita ao Estado o repasse dos recursos para os medicamentos do município de Fortaleza do ano
6 de 2004. **Ana Márcia** da SMS de Fortaleza, pergunta se está assegurada a pactuação do município
7 de Fortaleza, já que em 2004 essa decisão ficou em aberto. **Dr. Jurandi** afirmou que irá se reunir
8 com o Dr. Alex para acertarem todas questões que envolvem essa pactuação. **Dr. Mário Lúcio**
9 insistiu no incremento da participação do Estado, propondo a paridade entre os três governos no
10 valor de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) e pediu a opinião dos demais gestores presentes.
11 **Dr. Policarpo** fez um comentário enfático sobre a necessidade de maior participação do Estado e
12 concordou com a paridade no valor mínimo de R\$1,50 (um real e cinquenta centavos). Rogério de
13 Umirim e outros representantes de municípios opinaram a favor do incremento de R\$ 1,50 (um real
14 e cinquenta centavos), mas o Secretário Estadual de Saúde manteve a posição inicial de que o
15 Estado não tem como cumprir o encargo desse incremento. Considerando os argumentos
16 apresentados pelo Dr. Jurandi o Presidente do COSEMS lançou ao Estado a proposta de R\$ 1.30
17 (um real e trinta centavos) no primeiro semestre e R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) no
18 segundo semestre. O Estado concordou e assim, a **CIB/CE** aprovou a pactuação do financiamento
19 da Assistência Farmacêutica nos seguintes valores mínimos per capita: **Nível Federal, R\$ 1,50**
20 **(Um real e cinquenta centavos); Nível Estadual, R\$ 1,30 (Um real e trinta centavos) no**
21 **primeiro semestre e R\$ 1,50 (Um real e cinquenta centavos) no segundo semestre); Nível**
22 **Municipal, de R\$ 1,50 (Um real e cinquenta centavos) a R\$ 3,00 (Três reais) e acordou em**
23 **manter o elenco de medicamentos da Atenção Básica aprovada para 2004 no total de 70**
24 **(setenta) itens, conforme segue: 1. Ácido acetilsalicílico 100mg comp. cx. C/ 500; 2. Ácido fólico**
25 **5mg com. cx. C/500; 3. Albendazol 400mg comp. cx c/ 01; 4. Albendazol susp. Oral 40mg/ml cx.**
26 **C/01; 5. Amitriptilina 25mg comp. Cx.c/ 200; 6. Amoxicilina 250mg susp.frs. cx.c/ 50; 7. Amoxicilina**
27 **500mg caps. cx.c/18c; 8. Beclometasona 250mcg spray/ 200 doses frs.c/01; 9.Beclometasona**
28 **50mcv/ spray 200 doses frs.c/02; 10.Benzilpenicilina G. Benzatina 1.200.000UI frs/amp. Cx.c/ 50;**
29 **11. Benzilpenicilina G.Benzatina 600.000UI frs/amp Cx.c/50;12. Benzilpenicilina**
30 **G.Proc.300.000UI+G.Potássica+100.000UI frs/amp.Cx.c/100; 13. Carbonato de Cálcio 500mg**
31 **comp.Cx.c/20; 14. Captopril 25mg comp.Cx.c/20; 15. Carbamazepina 200mg comp. Cx.c/20; 16.**
32 **Cefalexina 500mg comp.Cx.c/100; 17.Cefalexina susp. Oral 250mg/5ml Cx.c/01; 18. Cetoconazol**
33 **200 mg comp.Cx c/10; 19.Clorpromazina 100mg comp. Cx.c/200; 20. Dexametasona 0,1% bisg.**
34 **Cx. C/50; 21. Dexametasona Sol.Oft. 10mg/ml; 22. Diazepam 5mg comp. Cx.c/201; 23 Diclofenaco**
35 **de potássio-50mg comp. Cx. C/20; 24 Digoxina 0,25 mg comp. Cx.c/100; 25 Doxiciclina 100mg**
36 **comp.Cx c/15; 26 Eritromicina 2,5% frs. Cx.c/50; 27. Eritromicina 500mg comp. Cx.c/48; 28**
37 **Fenitoína 100mg comp. Cx.c/200; 29 Fenobarbital 100mg comp. Cx.c/200; 30 Fenobarbital 4%**
38 **frs. Cx.c/10; 31. Fenoterol frs. c/20ml 5,0mg frs. Cx.c/01; 32 Furosemida 40mg comp. Cx.c/500;**
39 **33. Gentamicina, sulfato sol. Oft. 1%; 34 Glibenclamida 5mg comp.cx.c/500; 35 Haloperidol 5mg**
40 **comp.Cx.c/200; 36. Hidroclorotiazida 25mg comp.; 37. Isossorbida 5mg comp.Cx.c/500; 38.**
41 **Levodopa 250mg+carbidopa 25mg comp. Cx.c/500; 39. Levonogestrel 0,15mg + Etinilestradiol**
42 **0,03mg cartelas; 40. Mebendazol 20mg/ml frs. Cx.c/50; 41. Metformina 500mg comp. Sulcado**
43 **Cx.c/500; 42 .Metildopa 250mg comp.Cx.c/500; 43 Metronidazol 250mg comp. Cx.c/500; 44.**
44 **Metronidazol 4% susp. Frs.Cx.c/50; 45. Metronidazol 500mg/geléia bisg. Cx. C/50; 46. Miconazol**
45 **2% creme vaginal Cx.c/50; 47. Nistatina sol. Oral; 48. Neomicina 0,5%+bacitracina 250Ulg bisg.**
46 **Cx.c/50; 49. Noretisterona 0,35mg, cartelas; Ao final Dra. Diana Carmem informou que no dia 22**
47 **de março se comemora o dia internacional das águas e convidou a todos a comparecerem naquele**
48 **mesmo dia da reunião, às 19 horas, na Escola de Saúde Pública do Ceará, quando a Vigilância**
49 **Sanitária da SESA estaria discutindo sobre a ÁGUA, em todos as suas formas de utilização. Nada**
50 **mais havendo a tratar, a CIB encerrou a reunião, cuja Ata, por mim Célia Fonseca foi lavrada e vai**
51 **assinada pelos presentes. Fortaleza, quatorze de março de dois mil e cinco.**

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 2ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DE 2005**
3
4

5 Aos cinco dias do mês de abril do ano dois mil e cinco, às quinze 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 2ª Reunião Extraordinária de 2005 da Comissão
8 Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a
9 SESA, Diana Carmem Almeida N. de Oliveira e Lilian Alves Amorim Beltrão Coordenadoras da
10 COVAC; Vera Maria Câmara Coelho e Maria das graças Barbosa Peixoto, Coordenadoras da
11 COPOS e Antônio Paula de Menezes, Técnico do NUPLA. Pela representação dos municípios
12 compareceram: Alexandre Mont'Alverne da SMS de Fortaleza; Mário Lúcio R. Martildes, do
13 COSEMS; Arnaldo R Costa Lima, SMS de Sobral; Rogério Teixeira, SMS de Umirim e Carlos
14 Roberto Mota Almeida, do COSEMS. Como convidados participaram, Dina Cortez, do
15 NUEPI/SESA; Carlos Henrique Macedo, da 3ª CERES, Cláudia Alves Leite e Márcia Úrsula de
16 Menezes, de Brejo Santo e Abelardo Porto de Aracati. A reunião foi presidida por Dra. **Diana**
17 **Carmem** que abriu os trabalhos comentando sobre a importância de se começar as reuniões sempre
18 no horário marcado, tanto em respeito àqueles que vêm do interior como aos que estão em
19 Fortaleza, que deixam também seus trabalhos para atenderem às suas obrigações de membros desse
20 Colegiado. Sugeriu que em cada encontro fosse apresentada alguma mensagem ou informação
21 relevante para as funções da CIB no processo de pactuação entre os gestores. Em seguida leu a
22 Pauta e informou aos participantes que a convocação em caráter extraordinário, teria sido feita em
23 função de cumprimentos de prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e que pela urgência no
24 envio da aprovação dos dois assuntos, não poderia ser em data posterior: **1 – Discussão sobre a**
25 **destinação dos Equipamentos e Veículos constantes do Plano de Investimento/2005, da**
26 **Secretaria de Vigilância à Saúde. 2 – Distribuição dos Recursos da Campanha Nacional de**
27 **Vacinação contra a Influenza.** Acrescentou mais um ponto à pauta, por solicitação da
28 Coordenação da COVAC, referente ao **encaminhamento ao MS, dos processos de**
29 **credenciamento de Serviços de Atenção de Alta Complexidade em Nefrologia que estão com**
30 **pendências**. Passou a palavra a Dra. **Vera Coelho** para que a mesma explicasse melhor as razões
31 dessa convocação e fizesse a exposição do 1º assunto. **Vera** esclareceu que os dois itens da pauta
32 consistiam de solicitações do MS através da Secretaria de Vigilância em Saúde encaminhadas à
33 SESA para aprovação da CIB e envio das respectivas Resoluções, em prazos exíguos. Sobre o
34 **Item 1 - Discussão e destinação dos Equipamentos e Veículos constantes do Plano de**
35 **Investimento/2005, da Secretaria de Vigilância à Saúde,** citou o Ofício Circular Nº 77/2005/
36 SVS/MS, que chegara à COPOS no dia 28 de março, com a informação de que através do Plano de
37 Investimentos daquela Secretaria para o ano de 2005 o Ceará teria sido contemplado com veículos e
38 outros equipamentos destinados ao controle das endemias: Tuberculose, Dengue, Doença de
39 Chagas, Malária, Leishmaniose, Esquistossomose e da Peste, bem como para o Programa Nacional
40 de Imunizações, Sistema de Informação e Vigilância das DANT e Sistema de Vigilância Sentinela
41 de Influenza, e que a decisão da CIB quanto à distribuição desses bens deveria ser encaminhada ao
42 MS através do preenchimento do **Quadro de Distribuição por Unidade Federada e**
43 **Agravo/Programa** – anexo ao citado ofício, até o dia **08 de abril/2005**. Em seguida distribuiu aos
44 presentes cópias do referido quadro com a proposta de distribuição formulada pelos setores da
45 SESA envolvidos no assunto (COPOS e CODAS), e com a definição prévia do MS de que **Uma**
46 **(1) Centrífuga refrigerada com rotor angular para tubos de 50 ml e um (1) Pipetador Elétrico,**
47 para as ações de diagnóstico da **Tuberculose**, seriam destinados para o LACEN. Em seguida, expôs
48 juntamente com técnicos do NUEND e do NUEPI, a forma de distribuição dos demais bens com as
49 justificativas relativas a cada caso, conforme segue: **A) INFLUENZA: Duas (2) Bombas de**
50 **Aspiração** - uma (1) para o Hospital Infantil Albert Sabin e uma (1) para o Centro de Saúde Irmã
51 Hercília, em Fortaleza e **Uma (1) Geladeira Doméstica** para o Centro de Saúde Irmã Hercília, em
52 Fortaleza, com a justificativa de que essas Unidades já fazem a vigilância sentinela da Influenza,
53 através da realização do exame aerofaríngeo em pessoas com IRA. **B) TUBERCULOSE: Seis (6)**
54 **kits compostos de Microcomputador + Impressora + Nobreak** - um (1) kit para o Laboratório

55 Regional de Juazeiro do Norte, um (1) kit para a SMS de Caucaia, um (1) kit para a SMS de Itapajé,
56 um (1) kit para a SMS de Itapipoca, um (1) kit para a SMS de Sobral e um (1) kit para a
57 Coordenação Estadual que funciona no NUNAS/ Adulto e Idoso. A justificativa é de que o
58 Laboratório Regional de Juazeiro é responsável pelo controle de qualidade de todos os municípios
59 da Macrorregião e há necessidade dos equipamentos para o fortalecimento dos serviços; Caucaia,
60 pela necessidade de estruturação do Serviço. Itapajé por ser o município com a menor taxa de
61 incidência da Tb e portanto, a destinação dos equipamentos teria o caráter de recompensa. Itapipoca
62 por estar estruturando o Serviço Ambulatorial; Sobral e Coordenação Estadual também foram
63 beneficiados pela necessidade de fortalecimento da coordenação e na supervisão das ações de
64 controle da doença. C) **DENGUE: Dois (2) Equipamentos de UBV pesados** para a Base Central
65 de UBV da SESA. **Dez (10) kits compostos de Microcomputador + Impressora + Nobreak** -
66 Um (1) kit para o NUEND - Núcleo de Endemias/SESA, um (1) kit para a CERES de Acaraú, um
67 (1) kit para a CERES de Tauá, um (1) kit para a CERES de Brejo Santo, um (1) kit para a CERES
68 de Caucaia, um (1) kit para a CERES do Iguatu e quatro (4) kits para a CERES de Sobral. Cinco
69 **(5) Nebulizadores Portáteis a Frio** para a Base Central de UBV da SESA. **Duas (2) Pick-up CS**
70 **4x2** para a Base Central de UBV da SESA **Oito (8) Pulverizadores Costal/Manuais** para a Base
71 Central de UBV da SESA. Até esse ponto **a distribuição proposta fora aprovada pela plenária**
72 **da CIB.** Para as **Quatorze (14) Motos** – a proposta seria de destinar uma (1) para o
73 NUEND/SESA, uma (1) para a CERES de Brejo Santo, uma (1) para a CERES de Juazeiro do
74 Norte, uma (1) para a CERES de Sobral, uma (1) para a SMS de Icó, uma (1) para a SMS de
75 Canindé, uma (1) para a SMS de Aquiraz, seis (6) para a SMS de Fortaleza e uma (1) para a SMS
76 de Iguatu, cujo critério adotado na distribuição aos municípios fora o índice de infestação acima de
77 1%. Dr. **Arnaldo** reclamou que o município de Sobral não fora contemplado, mas estava dentro do
78 critério adotado pela SESA e passou a questionar o processo de distribuição como um todo,
79 afirmando que o mesmo havia sido atribuído para áreas técnicas da SESA resolverem em função
80 das informações privilegiadas que detém. Afirmou que respeita o trabalho dos técnicos da SESA
81 mas está preocupado em preservar a CIB de tomar decisões sobre questões de última hora, já que
82 fora convocada apenas para cumprir um papel burocrático. Dra. **Vera** contra argumentou afirmando
83 que não se trata de uma proposta fechada, que a CIB tem a prerrogativa de alterar os critérios de
84 distribuição caso acorde em fazê-lo. Dr. **Holanda** sugeriu que as Motos fossem destinadas às
85 CERES para ficarem à disposição dos supervisores e serem utilizadas em parceria, quando
86 identificada a necessidade de supervisão de cada município, excetuando-se as seis colocadas para
87 Fortaleza, pela necessidade de cobertura nas seis Regionais desse município. Dr. **Mário Lúcio**
88 lamentou que a CIB tivesse que deliberar sem haver tempo para uma análise mais aprofundada do
89 assunto, mas entende que não se pode creditar aos técnicos da SESA a responsabilidade sobre esse
90 fato e afirma que não é essa a primeira vez que o MS solicita deliberação rápida sobre a distribuição
91 de equipamentos. Afirmou não ser prudente postergar essa situação e sugere que se delibere com
92 objetividade concordando com o que estiver coerente e propondo alterações em pontos que
93 julgarem inadequados. Concordou com a proposição do Dr. Holanda em distribuir as motos nas
94 CERES, embora ache que isso também não vá resolver os problemas do controle da Dengue dos
95 municípios. Dr. **Arnaldo** refutou o posicionamento do Presidente do COSEMS em defender que a
96 CIB deve deliberar essa pauta e afirmou que não está se colocando contrário aos critérios de
97 distribuição mas à forma como fora convocado para homologar um assunto que o Ministério
98 encaminha apressadamente e propôs que seja encaminhada uma reclamação formal ao Ministério
99 quanto a esse fato. O Presidente do COSEMS concordou com a posição do Arnaldo em relação à
100 reclamação do fato e propõe que a CIB formalize a reclamação. Vera lembrou que nos dias 12 e 13
101 haverá uma agenda da SESA com o MS em que o presidente do COSEMS participará como
102 representante da CIB e na ocasião poderão ser discutidos esse fato e outras questões do
103 relacionamento do MS com os demais entes do SUS. Dra. **Diana** colocou que o Colegiado está
104 certo em manifestar a sua insatisfação com relação a esse e outros comportamentos do MS que nem
105 sempre está atento ao fato de que não basta reunir o grupo para decidir, mas é preciso que haja o
106 cumprimento das formalidades que garantam a legitimidade da decisão. Prosseguindo Dra. **Vera**
107 retornou à discussão da distribuição das motos para o controle da Dengue, tendo a **CIB decidido**,
108 que as **Quatorze (14) Motos** da Dengue, levando em conta a proposta do Dr. Holanda de sediá-las

109 nas CERES, seriam assim distribuídas: uma (1) para o NUEND/SESA, uma (1) para a CERES de
110 Brejo Santo, uma (1) para a CERES de Juazeiro do Norte, uma (1) para a CERES de Sobral, uma
111 (1) para a CERES de Fortaleza, uma (1) para a CERES de Canindé, uma (1) para a CERES de
112 Iguatu, uma (1) para a CERES de Icó e seis (6) para a SMS de Fortaleza. Em seguida apresentou a
113 **distribuição dos demais equipamentos que foi aprovada pela CIB**, conforme segue: **D)**
114 **ESQUISTOSSOMOSE: Um (1) GPS** para o NUEND/SESA. **E) MALÁRIA: Um (1) GPS** para o
115 NUEND/SESA. **F) LEISHMANIOSE: Setenta e dois (72) Pulverizadores Costal/Manuais** -
116 Doze (12) para a Base Central de UBV, Vinte(20) para a CERES de Juazeiro do Norte, Vinte (20)
117 para a CERES de Sobral e Vinte(20) para a CERES de Fortaleza. O critério utilizado foi prover as
118 CERES de cada macrorregião com 20 pulverizadores e deixar doze de reserva na UBV, pois
119 somente as equipes de entomologia utilizam esses equipamentos. **G) DOENÇA DE CHAGAS:**
120 **Três (3) Pick-up CD 4x2** – Uma (1) para a CERES de Acaraú, Uma (1) para a CERES de Tauá e
121 Uma (1) para a CERES de Brejo Santo. **H) DANT: Dois (2) kits compostos de Microcomputador**
122 **+ Impressora + Nobreak** - Um (1) kit para SESA/NUEPI/ Vigilância Epidemiológica e Um (1) kit
123 para a SMS de Fortaleza. Justificou que a SESA, juntamente com o MS, está capacitando técnicos
124 para a estruturação dos Serviços de Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos Não
125 Transmissíveis nos municípios que tem mais de 100.000 habitantes, sendo o município de
126 Fortaleza participante desta capacitação com o Nível Central da SESA. Os demais municípios serão
127 beneficiados com recursos do VIGISUS II para a implantação da Vigilância Epidemiológica das
128 DANT.**I) PESTE: Dois (2) kits compostos de Microcomputador + Impressora + Nobreak** Um
129 (1) kit para NUEND/SESA e Um (1) kit para a Célula Regional de Saúde / SESA em Sobral.
130 Concluída a apreciação do item 1 Dra. Vera passou para o **item 2 – Distribuição dos Recursos da**
131 **Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza.** Vera citou o Ofício Circular do Secretário
132 de Vigilância à Saúde do MS enviado em 29 de março de 2005 à SESA, que define o teto financeiro
133 da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza em idosos, no valor de R\$ 321.081,75, para
134 o Ceará, com início no dia 25 de abril/2005, e determina que para a publicação da Portaria e
135 solicitação dos recursos financeiros deve ser enviada ao MS a planilha com a distribuição dos
136 valores a serem repassados para a SESA e para as Secretarias Municipais juntamente com a
137 Resolução de aprovação da CIB. **Nilce**, técnica do NUNAS/Imunização apresentou duas propostas
138 para discussão e aprovação da plenária. Pela proposta 01 a distribuição do montante de R\$
139 321.081,75 (trezentos e vinte e um mil, oitenta e um reais e setenta e cinco centavos), teria como
140 base o valor per capita de R\$ 0,42 (quarenta e dois centavos) e os seguintes mecanismos de
141 repasse: ao Fundo Municipal de Saúde dos 142 Municípios Certificados para as ações de
142 Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD, R\$ 224.757,22 (duzentos e vinte e quatro mil,
143 setecentos e cinquenta e sete reais e vinte e dois centavos). Ao Fundo Estadual de Saúde, para
144 atender os 42 Municípios não Certificados em ECD, o valor de R\$77.059,62 (setenta e sete mil,
145 cinquenta e nove reais e sessenta e dois centavos) e para o Nível Central da SESA, R\$
146 19.267,91(dezenove mil, duzentos e sessenta e sete reais e noventa e um centavos), para a
147 imunização de rotina. Explicou que nessa proposta os insumos necessários à Campanha, incluindo
148 material de consumo e impressos serão adquiridos, de forma descentralizada, pelos municípios. Na
149 segunda proposta a alocação dos recursos no valor de R\$ 321.081,75 tem como base o valor per
150 capita de **R\$ 0,38** (trinta e oito centavos): com os seguintes mecanismos de distribuição: **A) R\$**
151 **240.195,72** (duzentos e quarenta mil, cento e noventa e cinco reais e setenta e dois centavos), ao
152 **Fundo Municipal de Saúde dos 140 municípios certificados** junto às Ações de Epidemiologia e
153 Controle de Doenças; **B) R\$ 30.939,98** (trinta mil, novecentos e trinta e nove reais e noventa e oito
154 centavos) **ao Fundo Estadual de Saúde**, para os 44 municípios **não certificados** na Ações de
155 ECD; **C) R\$ 49.946,05** (quarenta e nove mil, novecentos e quarenta e seis reais e cinco centavos),
156 **ao Fundo Estadual de Saúde**, para a aquisição, pelo Nível Central da SESA, de insumos e
157 impressos necessários à Campanha em todos os municípios e para a imunização de rotina no
158 decorrer do exercício. Nesse caso a compra de todos os insumos necessários à Campanha de
159 Vacinação da Gripe em Idosos em todos os municípios será feita pela SESA, com a vantagem da
160 redução dos custos com o ganho da compra em maior volume. A plenária da CIB aprovou a
161 segunda proposta, cujo cálculo para a distribuição dos recursos tem como base o valor per capita de
162 **R\$ 0,38** (trinta e oito centavos). **Item 3 – Decisão quanto ao envio dos processos de**

163 **credenciamento de serviços que compõem as redes de Alta Complexidade em Nefrologia,**
164 **Cardiovascular e Traumatologia-Ortopedia.** Dra. Vera explicou que o assunto teria entrado em pauta
165 motivada pela mensagem via e-mail de Heloisa Sampaio, técnica do MS, enviada à COVAC, no
166 dia anterior à reunião em curso, sugerindo que os processos dos Serviços de Alta Complexidade que
167 já contam com credenciamento pelas normas antigas, mas que precisam de pequenos ajustes que
168 não alteram o corpo das exigências, poderiam ser encaminhados à Coordenadoria Geral da Alta
169 Complexidade, até o dia 15 de abril/2005, com relato das pendências aprovado na CIB, para
170 avaliação do MS. Passou a palavra para a Dra. **Lilian** que relatou a situação de pendências dos
171 Serviços da Rede de Alta Complexidade em Nefrologia, no Hospital Geral de Fortaleza, no
172 Hospital Universitário Walter Cantídio/HUWC e no Hospital Santo Inácio de Juazeiro do Norte,
173 nos quais havia em comum necessidade de ajuste na estrutura física, e ainda o Alvará de
174 funcionamento no Hospital Santo Inácio e a necessidade de recursos humanos no HGF. Sobre os
175 Termos de Ajuste Lilian informou que já recebera o do HGF, e que estaria aguardando o do HUWC
176 e do Hospital Santo Inácio, com cujos diretores havia mantido contato e enviado expediente nesse
177 sentido. A **CIB** autorizou o envio à CGAC/MS dos processos de credenciamento dos hospitais
178 acima citados, com o relato das pendências e respectivo Termo de Ajuste, de forma a garantir o
179 cumprimento do prazo determinado pelo Ministério da Saúde. Sobre a Rede Estadual de Atenção à
180 Saúde Auditiva, que em reunião anterior ficara decidido que o Ceará apresentaria 7 (sete) Serviços,
181 com a fusão dos serviços do HUWC e do Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce/NUTEP,
182 com o volume de recursos financeiros destinados pelo MS para 5 (cinco) serviços, Dra. Lilian
183 comunicou que não houvera acordo entre aquelas duas Unidades e portanto sugeria o
184 credenciamento de 8 (oito) serviços, com o mesmo recurso financeiro. Dra. **Vera** e outros membros
185 da CIB discordaram dessa proposição, uma vez que a decisão anterior fora respaldada pela
186 participação de grande número de gestores. Porém, considerando que o representante de Fortaleza,
187 Dr. Alex, insistia em encaminhar os processos com os CGC dos dois Serviços, argumentando que o
188 referido município não pode prescindir da assistência em saúde auditiva do HUWC e nem do
189 NUTEP, porque ambos se complementam, Dra. **Vera** sugeriu à plenária o credenciamento dos
190 Serviços de Atenção à Saúde Auditiva do Hospital Universitário Walter Cantídio com a informação
191 de que a esses se incorporariam os procedimentos atualmente realizados pelo NUTEP. A plenária
192 se manifestou favorável, tendo a **CIB/CE** autorizado a emissão da Resolução com aprovação do
193 credenciamento do Hospital Universitário Walter Cantídio para a prestação da assistência à saúde
194 auditiva na Média e Alta Complexidade, com a definição de que aos serviços prestados por esse
195 Hospital se agregam os serviços atualmente prestados pelo Núcleo de Tratamento e Estimulação
196 Precoce – NUTEP. Nada mais havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a Reunião cuja Ata, por
197 mim Célia Fonseca, foi lavrada e será assinada pelos membros da CIB, presentes. Fortaleza, cinco
198 de abril de dois mil e cinco.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 3ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DE 2005

Aos quatro dias do mês julho do ano dois mil e cinco, às quinze horas, no Auditório do CESAU, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sito à Avenida Almirante Barroso, 600, nesta Capital, Fortaleza, realizou-se a 3ª Reunião Extraordinária de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representando a SESA: Lilian Alves Amorim Beltrão Coordenadora da COVAC; Vera Maria Câmara Coelho e Maria das Graças Barbosa Peixoto, Coordenadoras da COPOS; Ismênia Maria Barreto Ramos, Supervisora do NUPLA e Isabel Cristina Cavalcante Carlos, da CORES. Pela representação dos municípios compareceram: Mário Lúcio R. Martildes, do COSEMS; Arnaldo R Costa Lima, SMS de Sobral; Rogério Teixeira, SMS de Umirim e José Policarpo Barbosa, SMS de Maranguape. Como convidados participaram: Sheyla Martins, da SMS de Farias Brito; Márcia Ursúla de C. Meneses, da SMS de Brejo Santo; Helenita Maria de C. Silva, da SMS de Caucaia; Kátia Maria Lopes de S. Brito, SMS de Quixadá; José Leiva Cabral, da 20ª CERES; Maria do Socorro Linhares, da SMS de Sobral; Thais Nogueira Jacó, da SMS de Itaitinga; Clea de Oliveira, da SESA/NUPLA; Josete M. Tavares, da SMS de Guaiúba; Álvaro Bomfim, de Mauriti; Luciano Pamplona, do NUEPI/COPOS; Marcos Vinícios Ramos, da 5ª CERES/Canindé; Mônica Suely Silva, da SMS de Guaiuba, Marcelo Bezerra, da CEVEPI-SMS/PMF; Lúcia Helena G. Castro e Rogena Weaver Noronha Brasil, do CESAU. **Vera Coelho** deu início aos trabalhos apresentado o único **Informe: Ofícios 86/05 e 88/05 do COSEMS com as seguintes alterações na representação dos municípios na CIB/CE: Manuel Dias da Fonseca Neto**, Secretário de Saúde de Beberibe, assume o lugar de Vicente de Paulo Monteiro Vieira e **Eduardo Martins Rocha**, Secretário de Saúde de Canindé, ocupa a vaga de titular, pelos municípios de médio porte, deixada pelo Secretário Moacir Soares Sousa. **Item 1 - Apreciação dos Projetos Municipais do VIGISUS II/2005.** **Dra Vera Coelho** introduziu o assunto lembrando que em 2004 a CIB teria aprovado os critérios de distribuição dos recursos do Projeto VIGISUS II para os municípios da Área Metropolitana e para os que tem população igual ou superior a 100.000 habitantes, para execução no período 2005 a 2008. Fez referência ao Setor de Análise em Saúde, responsável pela elaboração e acompanhamento do Projeto VIGISUS II e citou os técnicos de outros Núcleos da COPOS que integraram o Grupo de Trabalho constituído para orientação e monitoramento dos Planos Municipais. Em seguida passou a palavra à Dra. Graça Barbosa, Coordenadora da COPOS, e responsável direta pelo acompanhamento do Projeto e à Dra. Sara, Técnica do Núcleo de Análise em Saúde, para conduzirem a apresentação. **Graça Barbosa** falou sobre o processo de elaboração dos Planos, reportando-se à reunião realizada com a presença de representantes do MS, e aos encontros dos gestores e/ou técnicos dos municípios com o Grupo Técnico da SESA, até a apresentação dos Planos na Bipartite. Disse que dos 14 projetos que foram elaborados, alguns necessitavam de ajustes que não comprometeriam a aprovação dos projetos pela CIB. **Sara** prosseguiu mostrando a formatação dos Projetos Municipais e destacou os percentuais de distribuição dos recursos no período de 2005 a 2008, definidos pelo MS, ou seja, 35%, 30%, 25% e 10% , referentes, respectivamente ao 1º, 2º, 3º e 4º anos de vigência do Projeto. Esclareceu que alguns municípios, cujo teto previsto está abaixo de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) não haviam seguido esse critério, mas o adequaram às prioridades estabelecidas nas linhas de ação de seus Planos, alguns dos quais requerem a liberação do recurso de uma só vez. **Graça** explicou que a SESA acataria esse procedimento, já que na última Câmara Técnica da Vigilância Epidemiológica, essa proposta fora colocada, não só pelo Ceará, mas por outros Estados, aos técnicos do Ministério da Saúde, que se manifestaram favoráveis à liberação do recurso em uma única parcela para os casos em que o objeto do Plano seria realizado em um ano. No entanto, afirmou, que o MS não estaria confirmando essa orientação aos municípios que o consultaram quando da elaboração do Plano, e por isso a SESA teria entrado em contato com o Ministério, no intuito de manter a proposta em questão, e estava aguardando retorno daquele órgão federal. Acrescentou que se o MS não atendesse a essa reivindicação ainda haveria tempo para a alteração do Plano, considerando a distribuição dos recursos em 4 quatro anos, de acordo com os percentuais estabelecidos. **Dra. Vera** sugeriu que para evitar uma possível devolução dos Projetos, os municípios que se enquadram nessa

55 situação, deveriam inserir duas planilhas de distribuição dos recursos, uma com a utilização em um
56 ano e a outra com cronograma de desembolso nos quatro anos conforme estabelecem as diretrizes
57 do VIGISUS II, com a observação de que a aceitação de uma planilha, excluiria a outra. A plenária
58 concordou com essa sugestão e foi dado prosseguimento à apresentação dos projetos de cada
59 município, destacando-se o valor dos recursos financeiros destinado a cada um, conforme
60 segue: **Aquiraz:** R\$ 51.000,00 (cinquenta e um mil reais); **Caucaia:** R\$ 242.000,00 (duzentos e
61 quarenta e dois mil reais); **Chorozinho:** R\$20.000,00 (vinte mil reais); **Crato:** R\$ 87.000,00
62 (oitenta e sete mil reais); **Eusébio:** R\$ 28.000,00 (vinte e oito mil reais); **Guaiuba:** R\$ 20.000,00
63 (vinte mil reais); **Horizonte:** R\$ 30.000,00 (trinta mil reais); **Itaitinga:** R\$ 25.000,00 (vinte e cinco
64 mil reais); **Juazeiro do Norte:** R\$177.000,00 (cento e setenta e sete mil reais); **Maracanaú:**
65 R\$148.000,00 (cento e quarenta e oito mil reais); **Maranguape:** R\$ 74.000,00 (setenta e quatro mil
66 reais); **Pacajus:** R\$ 38.000,00 (trinta e oito mil reais); **Pacatuba:** R\$ 44.000,00 (quarenta e quatro
67 mil reais); **São Gonçalo do Amarante:** R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) e **Sobral:** R\$ 129.000,00
68 (cento e vinte e nove mil reais); **Total do Estado do Ceará:** R\$ 1.143.000,00 (um milhão, cento e
69 quarenta e três mil reais). Em seguida, Dra. Vera Coelho leu o Parecer Técnico emitido pelo
70 Núcleo de Epidemiologia para os Planos municipais do Projeto VIGISUS II com o seguinte teor:
71 “Os municípios elegíveis, **Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Crato, Eusébio, Guaiuba, Horizonte,**
72 **Itaitinga, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba, São Gonçalo do**
73 **Amarante e Sobral,** do Estado do Ceará, definidos pelo Ministério da Saúde, a participarem de
74 processo de aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite do Ceará, apresentaram os seguintes
75 resultados em seus Planos: 1. Aprovação pela CIB/MR; 2. Quadro demonstrativo da utilização dos
76 recursos do TFVS – 2004; 3. Identificação e Diagnóstico completos, segundo a demanda do
77 Ministério da Saúde; 4. Planilhas de programação de atividades, indicadores e metas, de
78 conformidade com as orientações do Ministério da Saúde; 5. Observação dos percentuais por linha
79 de ação e ano, exceto os municípios com projeção de recursos igual ou abaixo de R\$ 40.000,00
80 (quarenta mil reais) e 6. Coerência interna do Plano”. A CIB/ CE aprovou os Planos Municipais do
81 Projeto VIGISUS II, da forma como foram apresentados. **Item 2 -Apreciação da Meta da Ação**
82 **5.1.4. da PPI – VS: Realizar levantamento, investigação e/ou monitoramento de**
83 **flebotomíneos, nos municípios, conforme classificação epidemiológica para leishmaniose**
84 **visceral. (100% dos municípios programados (22), conforme classificação epidemiológica**
85 **(Banabuiú, Barbalha, Baturité, Bela Cruz, Brejo Santo, Canindé, Caucaia, Crateús, Crato,**
86 **Fortaleza, Granja, Iguatu, Ipu, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Martinópole,**
87 **Mauriti, Nova Russas, Sobral, Tamboril e Viçosa do Ceará). (CODAS/NUEND). Dr.**
88 **Lindenberg,** técnico da FUNASA, esclareceu que a partir da publicação do Manual de Vigilância e
89 Controle da Leishmaniose Visceral pelo MS em 2004, o controle dessa doença assumiu uma nova
90 concepção em relação às áreas de atuação da epidemiologia, cujas atividades se enquadram nas
91 quatro vertentes: Seres Humanos, Reservatórios Caninos, Vetores e Educação em Saúde. Disse que
92 desse conjunto, coube ao Estado a responsabilidade sobre as ações de levantamento, investigação, e
93 monitoramento dos vetores e lembrou que somente em 2004 é que foi criada no Ceará uma estrutura
94 para a realização dessas ações, através da instalação do Laboratório de Entomologia que funciona
95 no NUEND, com o apoio de uma dupla de auxiliares de entomologia em cada Célula Regional e
96 uma equipe em cada Macrorregião, que dão o suporte às CERES. Sobre o questionamento
97 levantado quanto à seleção dos 22 municípios que foram classificados epidemiologicamente para a
98 realização da **Ação 5.1.4 da PPI da Vigilância à Saúde,** explicou que a decisão levou em conta a
99 disponibilidade de instrumentos, já que a SESA dispõe apenas de 60 armadilhas luminosas,
100 enviadas pelo MS, que são insuficientes para a realização das ações em todos os municípios. Por
101 esse motivo houve a necessidade de priorizar os municípios que estivessem dentro da classificação
102 de transmissão intensa e moderada da leishmaniose. Explicou que a classificação epidemiológica é
103 feita a partir da média dos casos da doença em humanos nos últimos 5 anos, selecionando-se as
104 faixas de transmissão da doença nas categorias de silenciosa, esporádica, moderada e intensa. Disse
105 que a estrutura do serviço de entomologia da SESA só oferecia condições de trabalhar os 22
106 municípios que se encontram na classificação intensa e moderada, mas que essas ações serão feitas
107 nos outros municípios quando solicitadas. Abertas as discussões, Dr. **Policarpo** observou que o
108 perfil epidemiológico de alguns municípios estão mudando sensivelmente e afirma que a região

109 onde se localiza o município de Cascavel, Aquiraz, Eusébio e Pindoretama que eram consideradas
110 áreas silenciosas hoje vêm apresentando surtos de calazar, inclusive com óbitos, e sugere uma
111 vigilância maior por parte da SESA nesses municípios. **Lindenberg** afirma que os óbitos podem ser
112 evitados com o diagnóstico precoce e recomenda a intensificação das ações do PSF e do PACS na
113 busca ativa de possíveis casos da doença. **Evandro**, afirma que a OAB havia solicitado informações
114 à Secretaria de Saúde de Aquiraz sobre as ações que estariam sendo desenvolvidas para combater o
115 calazar no município. Fala da polêmica que envolve o sacrifício dos cães e pergunta que ações o
116 município deve realizar, com relação a esses reservatórios, além da busca ativa e da educação para
117 evitar surtos da doença em humanos. **Lindenberg** disse que a atividade é orientada pelo Ministério
118 da Saúde, através do Manual de Orientação e afirmou que iria providenciar cópias das partes
119 principais dessas normas de conduta para enviar às CERES que as encaminhariam aos municípios.
120 Sobre a ação de controle dos reservatórios, fala das dificuldade técnicas e legais quanto a eutanasiar
121 os cães, aos quais o MS proíbe o tratamento, que é feito com a mesma medicação aplicada aos
122 humanos e que nos cães causa resistência da cepa da leishmânia ao medicamento. Disse que o MS
123 não foi favorável à vacina contra a doença em cães, considerando a dificuldade de se identificar os
124 cães contaminados pelo flebotomíneo e os contaminados pela vacina. Por esses motivos, entende
125 que a eutanásia ainda será utilizada no controle do reservatório e afirmou que, mesmo respaldado
126 pela Norma Técnica do MS e pela Constituição Federal, o NUEND teria contratado os serviços de
127 um advogado para resolver as questões que possam advir com a realização dessa ação. Esclareceu
128 finalmente que a maior dificuldade ainda é a carência de pessoal, pois os técnicos atualmente em
129 ação são em sua maioria oriundos da FUNASA, com muitos anos de serviço e que em breve estarão
130 se aposentando. Sobre isso, Dra. **Vera** comentou que essa preocupação já fora tratada junto à
131 FUNASA, com o Prof. Wellington que planejara um curso de capacitação dos funcionários dos
132 municípios nas ações de controle e combate a endemias, mas o referido curso nunca teria se
133 realizado e, em face dos pontos abordados pelos gestores nessa discussão, recomenda que o
134 NUEND busque através do VIGISUS II a estruturação de cursos de formação de pessoas nessas
135 atividades. Em seguida propôs à Plenária a aprovação da Meta da PPI-VS, (22 municípios) em
136 apreço, ficando a SESA com o compromisso de ampliar a Ação a outros municípios a partir do
137 próximo ano. Sem mais comentários a **CIB** aprovou a meta da Ação Nº 5.1.4. da PPI da Vigilância
138 em Saúde, de realizar levantamento, investigação e/ou monitoramento de flebotomíneos, conforme
139 classificação epidemiológica para leishmaniose visceral nos 22 (vinte e dois) municípios,
140 programados: (Banabuiú, Barbalha, Baturité, Bela Cruz, Brejo Santo, Canindé, Caucaia, Crateús,
141 Crato, Fortaleza, Granja, Iguatu, Ipu, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Martinópole,
142 Mauriti, Nova Russas, Sobral, Tamboril e Viçosa do Ceará). **Item 3 - Solicitação de Implantação**
143 **do Centro de Especialidades Odontológicas -CEO Tipo I do município de Farias Brito.** Dra.
144 **Vera** apresentou o pedido do município de Farias Brito, formalizado em processo devidamente
145 instruído com pareceres favoráveis da CIB/MR e da Coordenação Estadual de Saúde Bucal, estando
146 o mesmo de acordo com a Portaria No. 283/GM/MS de 22 de fevereiro de 2005, que antecipa o
147 incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas em fase de
148 estruturação/implantação. Diante do exposto a **CIB/CE** aprovou a implantação de um **CEO tipo I**
149 no município de **Farias Brito**. **Vera** chamou atenção para a baixa proporção de solicitação de
150 credenciamento de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias em relação ao crescente número
151 de CEO que estão sendo estruturados e implantados no Estado e abordou a questão da localização
152 de LRPD quando da solicitação de credenciamento de mais de um Laboratório na mesma região,
153 destacando a importância da observação dos critérios normativos tais como, população,
154 abrangência, classificação do município no PDR e decisão da CIB/MR, com homologação da
155 CIB/CE. **Item 4 – Solicitação de Pagamentos Administrativos: A) Hospital do Coração do**
156 **Cariri Barbalha - Dra Lilian** apresentou a solicitação do Município de Barbalha para pagamento
157 administrativo ao Hospital do Coração do Cariri referente a 142 procedimentos de alta
158 complexidade em cardiologia, clínica e cirúrgica, que excederam o teto fixado para o referido
159 prestador, no período de fevereiro a julho de 2004, importando no valor de R\$165.360,37 (cento e
160 sessenta e cinco mil e trezentos e sessenta reais e trinta e sete centavos) e que dessa quantia, R\$
161 61.084,00 seriam devidos a fornecedores de Órteses e Próteses. Afirmou que os procedimentos
162 foram realizados em sua maioria com pacientes da Microrregião, mas nove deles eram oriundos do

163 Estado de Pernambuco. Disse ainda que a COVAC, através do parecer do NUAUD - Núcleo de
164 Auditoria , e considerando a informação do gestor de Barbalha de que o município não dispõe de
165 recursos financeiros para saldar o referido débito, se manifesta favorável ao pagamento
166 administrativo do déficit no valor de R\$ 165.360,37 (cento e sessenta e cinco mil, trezentos e
167 sessenta reais e centavos), pelo Estado, em duas parcelas, sendo a primeira no valor de R\$
168 82.680,37 (oitenta e dois mil, seiscentos e oitenta reais e trinta e sete centavos) e a segunda parcela
169 no valor R\$ 82.680,00 (oitenta e dois mil, seiscentos e oitenta reais), com recursos da gestão do
170 Estado para média e alta complexidade. A **Plenária da CIB/CE** autorizou o Secretário de Saúde
171 do Estado a proceder o repasse ao FMS de **Barbalha**, no valor de R\$165.360,37 (cento e sessenta e
172 cinco mil e trezentos e sessenta reais e trinta e sete centavos), em duas parcelas mensais, sendo uma
173 de R\$ 82.680,37 (oitenta e dois mil, seiscentos e oitenta reais e trinta e sete centavos) e a outra de
174 R\$ 82.680,00 (oitenta e dois mil, seiscentos e oitenta reais), para o pagamento administrativo do
175 débito daquele município com o **Hospital do Coração do Cariri**, referente aos 142 procedimentos
176 clínicos e cirúrgicos em cardiologia, que excederam o teto financeiro desse prestador, nos meses de
177 fevereiro a julho de 2004. **B) UNIRIM do Crato:** - Dra. **Lilian** colocou a solicitação da Unidade
178 de Diálise Dr. Raimundo Bezerra do Crato – UNIRIM de pagamento de débito do município de
179 Crato no valor de R\$ 6.269,68, (seis mil, duzentos e sessenta e nove reais e sessenta e oito
180 centavos) referente aos procedimentos de TRS que excederam o teto financeiro daquele prestador,
181 no mês de janeiro de 2005, com parecer favorável pela COVAC. A **CIB/CE** aprovou o pagamento
182 administrativo pelo Estado, com recursos da conta da Gestão Plena Estadual, no valor total de R\$
183 6.269,68 (seis mil, duzentos e sessenta e nove reais e sessenta e oito centavos), à **Unidade de**
184 **Diálise Dr. Raimundo Bezerra do Crato – UNIRIM**, concernente aos procedimentos que
185 excederam o teto financeiro de TRS do referido Serviço no mês de janeiro de 2005. Nada mais
186 havendo a tratar, a CIB deu por encerrada a Reunião cuja Ata, foi lavrada por mim, Célia Fonseca, e
187 será assinada pelos membros da CIB, presentes. Fortaleza, quatro de julho de dois mil e cinco.