



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**RESOLUÇÃO Nº. 129/2015 – CIB/CE**

A Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais e considerando:

1. A Portaria GM Nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde – SUS;
2. A resolução Nº. 338/GM, do Conselho Nacional de Saúde, de 6 de maio de 2004, a qual aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabeleceu os princípios gerais e eixos estratégicos;
3. A Portaria Ministerial Nº. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;
4. O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e o disposto em seus artigos 33 a 41 sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP;
5. Resolução Nº. 145/2009 da CIB/CE, datada de 24 de agosto de 2009, que aprova no Art. 1º. as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária em Saúde, como parte da Política de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde – SUS no Ceará;
6. Os freqüentes expedientes administrativos e judiciais encaminhados à Secretaria Estadual de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), solicitando medicamentos que estão fora das listas padronizadas pela SES e SMS;
7. Os agravos que não possuem cobertura farmacoterapêutica e que não se enquadram na definição dos componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica, definidos pela Portaria Ministerial Nº. 204/2007, acima referida;
8. A necessidade de garantir o acesso, de forma regular e contínua, aos medicamentos, definido de acordo com rigorosos critérios técnicos, estudos de medicina baseada em evidências clínicas e que se destinem ao atendimento dos agravos mais prevalentes e de maior demanda da Atenção Secundária;
9. A experiência exitosa de compra centralizada no Estado do Ceará com a economia de escala na aquisição dos medicamentos da Atenção Básica.

**RESOLVE:**

Art. 1º. Aprovar o financiamento da **Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária** de responsabilidade das esferas Estadual e Municipal para o exercício de 2016, em que serão aplicados os valores per capita habitante/ano mínimos para aquisição de medicamentos do Elenco da Atenção Secundária de R\$ 1,00 (um real) do Governo Estadual e pelo Governo Municipal de R\$ 1,50 à R\$ 2,00 (um real e cinquenta centavos à dois reais).



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**RESOLUÇÃO Nº. 129/2015 – CIB/CE (Continuação)**

§ 1º. Os municípios com adesão a esta política que optarem pela modalidade de aquisição centralizada na SESA, deverão adotar as seguintes providências para garantir a efetivação da compra centralizada pelo Estado dos medicamentos constantes no elenco de medicamentos para a Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária em Saúde:

- a) Assinatura do Termo de Acordo a ser firmado entre o Estado e o Município;
- b) Preenchimento do Formulário de programação de medicamentos para a atenção secundária ajustada ao valor financeiro do Estado e Município;
- c) Autorização do gestor municipal para débito automático dos recursos da contrapartida municipal ou depósito na conta do Fundo Estadual de Saúde.

§ 2º. Os recursos anuais destinados a cada município serão calculados com base na população do **IBGE 2011** adotada pelo Ministério da Saúde para o Componente de Financiamento da Assistência Farmacêutica Básica para o exercício de **2016**, com base na população **IBGE 2011** e para os municípios que tiveram redução na população permanecerá a população do **IBGE – 2009**

Art. 2º. Estabelecer que a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará assumirá a responsabilidade de compra e distribuição dos medicamentos e insumos complementares programados para o exercício de **2016** para os 182 (cento e oitenta e dois) municípios, com exceção de Fortaleza e Sobral.

Art.3º. Acatar a decisão dos municípios abaixo relacionados que Aderiram à Política da Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária e que optaram pela Compra Descentralizada.

| Nº. | MUNICÍPIO |
|-----|-----------|
| 1   | Fortaleza |
| 2   | Sobral    |

Parágrafo Único - Estabelecer que os municípios acima referidos receberão da Secretaria Estadual de Saúde os medicamentos no valor correspondente à contrapartida Estadual após apresentação da prestação de contas da aquisição de medicamentos com os recursos municipais através das Notas Fiscais. Os medicamentos da contrapartida Estadual serão repassados no valor correspondente ao percentual do total dos recursos municipais comprovados na referida prestação de contas.

Art. 4º. Aprovar o Elenco de medicamentos para a Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária em Saúde - 2016, constante do Anexo desta Resolução.

Art. 5º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura, tornando sem efeito a partir de 1º. de janeiro de 2016 as Resoluções Nº. 345/2014 da CIB-CE, datada de 19 de dezembro de 2014 e Resolução Nº. 16/2015 da CIB-CE.

Fortaleza, 23 de outubro de 2015.

**HENRIQUE JORGE JAVI DE SOUSA**  
Presidente da CIB/CE  
Secretário da Saúde

**JOSETE MALHEIRO TAVARES**  
Vice - Presidente da CIB/CE  
Presidente do COSEMS



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**RESOLUÇÃO Nº. 129/2015 – CIB/CE (Continuação)**

**ANEXO**

| ITEM | MEDICAMENTOS ATENÇÃO FARMACÊUTICA SECUNDÁRIA - AFS - 2016      |
|------|--|
| 1    | ACARBOSE 50MG COMPRIMIDO                                       |
| 2    | ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG COMPRIMIDO                       |
| 3    | ALPRAZOLAM 0,5 MG COMPRIMIDO                                   |
| 4    | ALPRAZOLAM 1 MG COMPRIMIDO                                     |
| 5    | ALPRAZOLAM 2 MG COMPRIMIDO                                     |
| 6    | BACLOFENO 10 MG COMPRIMIDO                                     |
| 7    | BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA                       |
| 8    | BRIMONIDINA TARTARATO 1,5 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA              |
| 9    | BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSPENSÃO OFTÁLMICA                      |
| 10   | CILOSTAZOL 100 MG COMPRIMIDO                                   |
| 11   | CIPROFIBRATO 100 MG COMPRIMIDO                                 |
| 12   | CITALOPRAM 20 MG COMPRIMIDO                                    |
| 13   | CLONAZEPAM 0,5 MG COMPRIMIDO                                   |
| 14   | CLONAZEPAM 2 MG COMPRIMIDO                                     |
| 15   | CLOPIDOGREL 75 MG COMPRIMIDO                                   |
| 16   | DOMPERIDONA 1 MG/ML SUSPENSÃO ORAL                             |
| 17   | DORZOLAMIDA (CLORIDRATO) 20 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA            |
| 18   | ENOXIPARINA 40 mg  |
| 19   | GABAPENTINA 300 MG COMPRIMIDO                                  |
| 20   | GLICOSAMINA + CONDROITINA 1500 + 1200 MG PÓ (SACHÊS)           |
| 21   | GLIMEPIRIDA 2 MG COMPRIMIDO                                    |
| 22   | INDAPAMIDA 2,5 MG COMPRIMIDO                                   |
| 23   | INSULINA ASPART 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO C/ 10 ML    |
| 24   | INSULINA ASPART 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO C/ 3 ML     |
| 25   | INSULINA DETEMIR 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO C/ 3 ML    |
| 26   | INSULINA GLARGINA 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO C/ 10 ML  |
| 27   | INSULINA GLARGINA 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO C/ 3 ML   |
| 28   | INSULINA GLULISINA 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO C/ 10 ML |
| 29   | INSULINA GLULISINA 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO C/ 3 ML  |
| 30   | INSULINA LISPRO 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO C/ 10 ML    |
| 31   | INSULINA LISPRO 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO C/ 3 ML     |
| 32   | LANAGLIPTILINA 5 MG COMPRIMIDO                                 |
| 33   | LATANOPROSTA 0,005% SOLUÇÃO OFTÁLMICA                          |
| 34   | LEVOMEPRMAZINA 25 MG COMPRIMIDO                                |
| 35   | LEVOMEPRMAZINA 100 MG COMPRIMIDO                               |
| 36   | METILFENIDATO (CLORIDRATO) 20 MG COMPRIMIDO                    |



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**RESOLUÇÃO Nº. 129/2015 – CIB/CE (Continuação)**

**ANEXO**

| <b>ITEM</b> | <b>MEDICAMENTOS ATENÇÃO FARMACÊUTICA SECUNDÁRIA - AFS - 2016</b> |
|-------------|--|
| 37          | OXCARBAZEPINA 300 MG COMPRIMIDO                                  |
| 38          | OXCARBAZEPINA 6 % SOLUÇÃO ORAL                                   |
| 39          | OXIBUTININA (CLORIDRATO) 5 MG COMPRIMIDO                         |
| 40          | OXIBUTININA (CLORIDRATO) 1 MG/ML SOLUÇÃO ORAL                    |
| 41          | PROTETOR SOLAR FPS 30  |
| 42          | PROTETOR SOLAR FPS 60  |
| 43          | PARACETAMOL 500 MG + CODEÍNA 30 MG COMPRIMIDO                    |
| 44          | PAROXETINA 20 MG COMPRIMIDO                                      |
| 45          | PERICIAZINA 4 % SOLUÇÃO ORAL                                     |
| 46          | RISPERIDONA 1 MG COMPRIMIDO                                      |
| 47          | RISPERIDONA 3 MG COMPRIMIDO                                      |
| 48          | RISPERIDONA 1 MG/ML SOLUÇÃO ORAL                                 |
| 49          | SAXAGLIPTINA 5 MG COMPRIMIDO                                     |
| 50          | SITAGLIPTINA 100 MG COMPRIMIDO                                   |
| 51          | TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA                         |
| 52          | VENLAFAXINA 75 MG COMPRIMIDO                                     |
| 53          | VENLAFAXINA 150 MG COMPRIMIDO                                    |
| 54          | VILDAGLIPTINA 50 MG COMPRIMIDA                                   |