



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**ATA DA 190ª REUNIÃO ORDINÁRIA
DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

LOCAL: Sala de reuniões – 8º andar, Rua Esteves Júnior, 160, Florianópolis/SC. CEP 88015-130

DATA: 19 de março de 2015

HORÁRIO: 13h

Presentes à Reunião

Secretaria de Estado da Saúde:

João Paulo Kleinubing, Murilo Ronald Capella, Clécio Espezim, Lucia Regina Schultz, Cristina Pires, Fabio Faria, Paulo Orsini, Maria Teresa Agostini, Raquel Bittencourt, Eduardo Macário, Grace Berenhauser.

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde:

Sidnei Bellé (Caibí); Maria Regina de Souza Soar (Blumenau); Daniel Moutinho (Florianópolis); Ademar Possamai (Jaraguá do Sul); Everton Ricardo da Silva (Itapema); Francismari Rossi Lessa (Braço do Norte); Telma Regina Bley (Canoinhas); Silvano Cardoso Antunes (Otacílio Costa); Névio Mortari (Ita); Nédio Luiz Conci (Xanxerê); Edson Luiz Medeiros (santa Cecília); Carla Roberta Ludka Motta (Bela Vista do Toldo); Marcos Scarpato (São Francisco do Sul); Lauro José Marques Nogueira (Içara).

APROVAÇÃO DA ATA

A Ata da CIB 189ª de 27 de novembro de 2014, realizada em Balneário Camboriú, foi aprovada na íntegra.

DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS

A 190ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite teve início às 13hs, com a presença dos Membros acima descritos, sob a Coordenação do Coordenador da CIB/COSEMS Sidnei Bellé. Considerando que esta foi a primeira reunião da CIB de 2015 com novos componentes e novos coordenadores da CIB, houve uma breve apresentação de todos.

1 DELIBERAÇÕES

2

3 **a) PPI: TRANSFERÊNCIAS DE GESTÃO E REMANEJAMENTOS**

4 A CIB **APROVOU** os remanejamentos, ajustes e alterações de fluxos da Programação Pactuada
5 e Integrada – PPI.

6

7 **b) RATIFICAÇÕES DE ORDENS DE SERVIÇO E CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA**

8 A CIB **RATIFICOU** o Certificado de Conclusão de Obra dos Municípios de Garopaba, Braço
9 do Norte, Porto Belo, Xaxim, Mafra, Frei Rogério, Abdon Batista e Riqueza. Ratificou a Ordem
10 de Serviço de Gaspar e aprovou a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos
11 para o Município de Braço do Norte.

12

13 **c) RESSARCIMENTO AO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ**

14 A CIB **APROVOU** a descentralização de R\$ 3.250,00 provenientes do Piso Fixo de Vigilância
15 em Saúde do Estado de Santa Catarina, para a Secretaria Municipal de Saúde de São José, para



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

16 cobrir despesas com diárias de servidores que participaram da força-tarefa em auxílio às ações
17 de controle da dengue em Itajaí.

18

19 **d) ABERTURA DO HOSPITAL DE BIGUAÇÚ**

20 A CIB deliberou que está ciente com a inauguração e a abertura do Hospital Regional de
21 Biguaçu, previstas para o dia 06 de maio de 2015 e com a solicitação de liberação por parte do
22 Ministério da Saúde, do custeio mensal para o referido Hospital. Havendo disponibilidade
23 orçamentária do Ministério da Saúde, o repasse do custeio mensal será vinculado à inauguração
24 do Hospital.

25

26 **HOMOLOGAÇÃO**

27 **DELIBERAÇÕES AD REFERENDUM:** a CIB **HOMOLOGOU** as **Deliberações** de números
28 56/2015 a 73/2015.

29

30 **DISCUSSÃO E ENCAMINHAMENTOS**

31 O Coordenador da CIB/COSEMS, Sidnei Bellé, faz uma introdução dos itens “discussão e
32 encaminhamentos”, referindo a importância dos Membros da CIB em ouvir as expectativas do
33 Coordenador da CIB/SES e Secretário de Estado da Saúde João Paulo Kleinubing para esta
34 nova gestão. Cita que esses itens a serem apresentados pelo Coordenador da CIB/SES foram
35 levantados no Encontro do COSEMS em Itá no dia 05 de março de 2015, pelo próprio
36 Secretário de Estado da Saúde.

37

38 **a) MODELO DE GESTÃO DOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO ESTADO E PRESTAÇÃO DE CONTA DOS**
39 **HOSPITAIS PRÓPRIOS E DAS OS.**

40 O Coordenador da CIB/SES, João Paulo Kleinubing, apresentou relatórios específicos de cada
41 Hospital Próprio da SES, mostrando os déficits de cada um, até porque os hospitais próprios da
42 SES são, na maioria, especializados e/ou de referência estadual. Um exemplo citado, o Hospital
43 de Dermatologia Sanitária Santa Teresa, um Hospital superespecializado, que ainda possui
44 pacientes hansenianos internados, com espaço subutilizado, exigindo uma revisão de seu papel
45 na rede de saúde. Com relação aos hospitais administrados pela modalidade OS – Organizações
46 Sociais (Hospital Regional de Araranguá, Hospital Regional de São Miguel do Oeste, Hospital
47 Infantil de Joinville, Hospital Florianópolis e Hemosc/Cepon com exceção do SAMU que são
48 atendimentos ambulatoriais), cita que os contratos estão sendo revisados, tanto com relação aos
49 valores de 2014, bem como os termos aditivos. Também serão revisados os valores não
50 repassados em 2014 e serviços não prestados por essas OS em 2014. Os valores repassados
51 estão sendo revistos, adequando as despesas dentro do orçamento da SES para 2015.

52

53 **b) DIRETRIZES DE REGULAÇÃO: FILAS E/OU**

54 O Coordenador da CIB/SES, João Paulo Kleinubing, menciona a reunião que ocorreu no
55 Gabinete com a Superintendente de Serviços Especializados e Regulação (SUR), o Gerente dos
56 Complexos Reguladores (GECOR) e sua Equipe Técnica sobre a implementação das Centrais
57 de Regulação Macrorregionais de Internações Hospitalares e os encaminhamentos para o
58 gerenciamento da fila de espera das cirurgias eletivas. Há uma proposta de trabalho em conjunto
59 com a Superintendência de Hospitais Públicos Estaduais (SUH) no sentido de inserir as
60 solicitações no Sistema SISREG, de pacientes que aguardam cirurgias eletivas e estão em filas
61 nas unidades hospitalares próprias do Estado, inicialmente apenas na Região de Saúde da
62 Grande Florianópolis. Este projeto piloto se propõe a utilizar o SISREG, avaliando sua



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

63 aplicabilidade e posterior replicação em outras unidades hospitalares e Regiões de Saúde. O
64 Secretário Kleinubing cita que a regulação precisa avançar. Carla Tirello Pulga, Coordenadora
65 Estadual do Complexo Regulador esclarece que das 08 Centrais de Regulação Macrorregionais
66 de Internações Hospitalares previstas pela Lei Estadual nº 16.158 de 07/11/2014, sete Centrais
67 já estão em atividade, e a Central da Macrorregião do Vale do Itajaí, com sede prevista na
68 Gerência Regional de Saúde de Blumenau, não iniciou ainda suas atividades por carência de
69 recursos humanos de médicos reguladores. Informa também sobre o processo interno que está
70 ocorrendo na SES para criação da função do médico regulador e a atribuição como autoridade
71 sanitária, fortalecendo assim a ação regulatória. Outro avanço citado que necessita ocorrer neste
72 processo de implantação e implementação das Centrais de Regulação, se refere à ação do
73 médico não ser apenas autorizativa e atemporal como está ocorrendo no momento, e sim
74 regulatória e em tempo real. Enfatiza que para que isto ocorra há necessidade de recursos
75 humanos de médicos reguladores suficientes para que as Centrais tenham condições de
76 desempenhar estas duas ações: autorizativa e regulatória. Foi também informado que neste
77 processo de avanço da regulação, a criação de fila única para cirurgias eletivas dentro das
78 Centrais de Regulação terá início pelas unidades hospitalares próprias da SES, na Região da
79 Grande Florianópolis, como projeto piloto. Nédio Conci, Secretário Municipal de Saúde de
80 Xanxerê questiona se esta regulação se restringe a assistência hospitalar ou será estendida a
81 consultas e exames ambulatoriais. Maria Regina de Souza Soar, Secretária Municipal de Saúde
82 de Blumenau coloca que não há como regular os serviços que não estão sob sua gestão. Que é
83 necessário repensar a regulação, que continua sendo somente autorizativa e não regulatória.
84 Caso esteja ocorrendo extrapolação do teto, questiona Maria Regina, se o Estado está
85 autorizando, devem ser pagas pelo Estado que está autorizando.. Expõe sua opinião de que as
86 filas de cirurgias eletivas devem ficar sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde respectiva.
87 Também destaca que em Blumenau o SISREG é utilizado para regulação de forma eficaz. Lucia
88 Schultz, Superintendente de Regulação, esclarece que a equipe técnica da SUR está empenhada
89 em organizar as filas de cirurgias eletivas e reconhece que terão dificuldades no processo de
90 criação da fila única, mas pretende estar, até julho de 2015, com o processo de inserção das filas
91 de cirurgias eletivas já iniciadas. Carla Tirello Pulga responde ao Secretário Nédio que em
92 relação à Regulação Ambulatorial há uma Comissão de acordo com a Deliberação CIB nº
93 370/2013 que está discutindo a política da regulação ambulatorial e ressalta que o Ministério da
94 Saúde, que auxiliou na elaboração do Plano Estadual que organizou as Centrais de Regulação
95 em oito Macrorregiões, também está revendo a forma mais adequada, assim a Regulação
96 Ambulatorial necessita ser repensada e reavaliada, não numa visão macrorregional, mas sim
97 Municipal. Para tal, está previsto um encontro para 2015 com a participação do Ministério da
98 Saúde / DRAC, e representantes do COSEMS e da SES. Lauro José Marques Nogueira,
99 Secretário Municipal de Saúde de Içara, chama atenção para o Hospital São José de Criciúma
100 para o atendimento regional e registra sobre o vocacionamento dos hospitais que não são
101 resolutivos. Como Coordenador da CIR da Região Carbonífera, o Secretário de Içara ressalta
102 que não tem o conhecimento de onde estão sendo aplicados os recursos repassados ao Hospital
103 São José, uma vez que o mesmo é referência para a região e os recursos deverão ser destinados
104 para a assistência regional. Referente à aplicação dos recursos financeiros das Redes de Atenção
105 à Saúde (RAS) e ao vocacionamento dos hospitais, Carla Tirello Pulga, refere que não é de
106 competência do Complexo Regulador a elaboração dos planos regionais que definem as ações
107 das unidades assistenciais. Estas informações são de competência dos Grupos Condutores das
108 RAS. As Centrais de Regulação regulam os serviços ofertados de acordo com o pactuado pelas



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

109 RAS. Maria Regina de Souza Soar reforça a atuação das Redes e que é competência da
110 regulação, regular o que for pactuado e contratualizado.

111

112 **c) DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTOS – CRONOGRAMA**

113 O Coordenador da CIB/SES, João Paulo Kleinubing, coloca sobre o cronograma de repasse de
114 pagamentos dos serviços aos municípios. O Estado, a partir de agosto de 2014, não passou mais
115 com regularidade os repasses pactuados com os municípios (cofinanciamento da atenção básica,
116 assistência farmacêutica, PROCIS, CEOs, prótese dentária, Projeto 0,30, incentivo hospitalar).
117 Possuem R\$ 47.000.000,00 (quarenta e sete milhões de reais) a pagar em recursos atrasados e
118 cita que pretende normalizá-los. Lembra também que a CIB, no final de 2014, pactuou a
119 ampliação do Cofinanciamento da Atenção Básica, mantendo os demais valores. Cita que em Ita
120 referiu que traria o cronograma do pagamento e a situação das pactuações. Salaria que o
121 incremento aprovado para o cofinanciamento da atenção básica não estava contemplado no
122 orçamento da SES para 2015, o que impossibilita o pagamento desse incremento. Apresenta
123 como proposta o pagamento em 10 parcelas, a partir de março de 2015, ou seja, de março a
124 dezembro de 2015, trazendo os R\$ 47.000.000,00 para 2015 somados aos valores previstos para
125 pagamento em 2015, divididos em 10 parcelas, repassando no final de cada mês. Para 2016, cita
126 que serão discutidos, até julho de 2015, novos critérios e valores, ampliando o cofinanciamento..
127 Conclui então, que fica para o Cofinanciamento da Atenção Básica o mesmo valor repassado em
128 2014. O Coordenador da CIB/COSEMS, Sidnei Bellé, parabeniza o Coordenador da CIB/SES,
129 João Paulo Kleinubing, por abrir os assuntos dos hospitais próprios da SES e das OS e colocá-
130 los na mesa da CIB. Mas lembra que os municípios já estão no limite de seus gastos e recursos.
131 Ademar Possamai, Secretário Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul, refere que a disposição da
132 SES em pagar mostra que os municípios ainda não perderam, embora esperassem que fossem
133 ampliados os repasses aos municípios. Corroborar a fala do Coordenador da CIB/COSEMS,
134 Sidnei Bellé, que os investimentos nos municípios estão no limite, mas leva em consideração o
135 reconhecimento da dívida pelo Estado. Márcia Cansian, Secretária Municipal de Saúde de
136 Gaspar, refere que a angústia é grande. Refere que o Secretário de Estado da Saúde tem o apoio
137 dos municípios e parabeniza-o pela apresentação sobre as Organizações Sociais. Acredita que é
138 necessária uma nova avaliação sobre a destinação dos recursos, considerando que o recurso está
139 indo para o lugar errado, citação essa dita muitas vezes nas reuniões da CIB, ressalta a
140 Secretária de Gaspar. Lembra que o Estado prometeu ao Prefeito e a Secretária Municipal de
141 Saúde de Gaspar que assumissem a gestão do Hospital de Gaspar que o Estado auxiliaria no
142 custeio e não houve esse auxílio prometido até hoje. Também reforça que é necessário fortalecer
143 a atenção básica e não a rede hospitalar. Maria Regina de Souza Soar, Secretária Municipal de
144 Saúde de Blumenau, coloca sobre o piso do Agente Comunitário, prometido pelo Ministério da
145 Saúde e não cumprido, penalizando mais uma vez os municípios. Com relação ao
146 cofinanciamento da atenção básica, menciona que a SES havia afirmado que o valor já estava no
147 orçamento e agora ficam sabendo que o mesmo não constava do orçamento da SES. O
148 Superintendente de Gestão Financeira da SES, Walter Manfroi, coloca que o orçamento para o
149 cofinanciamento da atenção básica estava previsto no orçamento da SES, mas foi excluído na
150 Secretaria de Estado da Fazenda. Também menciona o repasse de recursos para aquisição de
151 equipamentos para hospitais que não garantem acesso aos usuários do SUS, na maioria das
152 vezes, sem o conhecimento dos secretários municipais de saúde. Igualmente cita as emendas
153 parlamentares, solicitadas e liberadas sem critérios. O Coordenador da CIB/SES, João Paulo
154 Kleinubing, refere o quanto sente sobre essa situação e sugere encaminhar uma correspondência
155 à Bancada Federal de Santa Catarina, esclarecendo sobre o papel da CIB e as implicações das



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

156 emendas na saúde, fazendo uma sensibilização dos deputados. Mas ressalta que os deputados
157 solicitam essas emendas sob demanda. Sugere propor à bancada catarinense uma proposta que a
158 CIB acredite ser as demandas e as necessidades de saúde para SC. O Coordenador da
159 CIB/COSEMS, Sidnei Bellé, reforça que os hospitais equipam os hospitais sem o conhecimento
160 dos secretários municipais de saúde e pensa que os deputados acreditam que estão realizando
161 um grande feito, quando na verdade, não modifica em nada os atendimentos, pois não há
162 compromisso algum com o SUS nessa concessão. Cita a 'Carta de Itá' e solicita que a SES tente
163 ampliar o valor da contrapartida estadual para além dos 12% legais. Outra preocupação é com a
164 produção extrateto. Menciona que alguns hospitais produziram além de sua capacidade. Ademar
165 Possamai, Secretário Municipal de Jaraguá do Sul, lembra que os municípios aplicam mais de
166 15% na saúde, sendo que muitos aplicam mais ou menos 25% e que o Estado parece não
167 investir os 12% estabelecidos em lei. Daniel Moutinho, Secretário Municipal de Saúde de
168 Florianópolis, concorda com a proposta do Coordenador da CIB/SES, João Paulo Kleinubing,
169 em confiança pela apresentação e abertura na mesa da CIB. Parabeniza o Coordenador da
170 CIB/SES, destacando que é a primeira vez que a SES abre as contas, o orçamento da SES na
171 mesa da CIB. Cita que é de se considerar a pactuação ocorrida entre o Estado e os municípios
172 sobre os valores do cofinanciamento para 2015 e refere que os municípios têm ciência de que o
173 cofinanciamento da atenção básica em Santa Catarina é diferente se comparado com a realidade
174 de outros estados, que pagam valores maiores que em SC e que SC só cofinancia a atenção
175 básica, diferente também de outros estados. Reforça que, ao mesmo tempo, que concordam com
176 a proposta do Coordenador da CIB/SES em manter o cofinanciamento de 2015, igual ao valor
177 repassado em 2014, em confiança na pessoa do Coordenador da CIB/SES, esperam que a partir
178 de agora, o Estado traga outras situações para a mesa da CIB, que trabalhem a economia dos
179 serviços próprios apresentados, na busca da redução de gastos, para também, igualmente aos
180 municípios, equilibrar suas contas. Ficou **ACORDADO** sobre o repasse dos atrasados em 10
181 parcelas a partir de março de 2015. O Coordenador da CIB/COSEMS, Sidnei Bellé, reforça o
182 acordo como voto de confiança ao Secretário de Estado da Saúde. O Coordenador da CIB/SES,
183 João Paulo Kleinubing, agradece as manifestações de confiança atribuídas a sua pessoa em
184 função da proposta apresentada e pactuada.

185

186 **d) COFINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA 2015**

187 Ficou **CONSENSUADO** que o valor do Cofinanciamento Estadual da Atenção Básica para
188 2015 será o mesmo valor repassado em 2014, com o compromisso de revisão do
189 Cofinanciamento Estadual para o ano de 2016 (política e critérios). Fica revogada a Deliberação
190 491/2014 e continua em vigor a Deliberação 520/CIB/2013.

191

192 **DOCUMENTOS RECEBIDOS**

193 – Termo de Ajuste Sanitário do Município de Mafra.

194 – Termo de Ajuste Sanitário do Município de Corupá.

195 – Termo de Ajuste Sanitário de São João Batista.

196 – CARTA DE ITÁ, do Conselho das secretarias Municipais de Saúde, descrita na íntegra a
197 seguir: *Os Secretários Municipais de Saúde de SC, reunidos em Itá/SC, dias 5 e 6 de março, por*
198 *ocasião do 60. Encontro de Secretarias Municipais de Saúde de SC, discutiram as principais*
199 *demandas por que passa a Saúde na esfera municipal e resolveram publicar a CARTA DE ITÁ,*
200 *documento que resulta das discussões, encaminhamentos e acontecimentos extraídos de todos*
201 *os momentos de discussão, conforme a seguir: 1. Revisão imediata do teto e referência da PPI*
202 *física e financeira da área ambulatorial e hospitalar de Santa Catarina, com início da*



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

203 *discussão na Câmara Técnica de Gestão, da Comissão Bipartite; 2. Encontro de contas da*
204 *Secretaria de Estado da Saúde com os municípios em Gestão Plena, para que os mesmos*
205 *possam realizar prestação de contas com os municípios de sua referência, e pactuar ações para*
206 *viabilizar o acesso do cidadão às consultas e exames referenciados na PPI macrorregional. 3.*
207 *Garantia de aumento do Orçamento Estadual da Saúde além do mínimo Constitucional. Os*
208 *municípios propõem que, para o próximo PPA e Plano Estadual de Saúde 2016/2019, já em*
209 *construção pela equipe da SES, se inclua um aumento de 1% a cada ano, passando para 13%*
210 *em 2016; 14% em 2017; 15% em 2018, e 16% em 2019; 4. Pagamento mediato dos débitos*
211 *atrasados para com os municípios e hospitais, referentes às prestações de serviços: repasses da*
212 *PPI, campanha de cirurgias eletivas, especialidades ambulatoriais e demais programas. 5. Que*
213 *seja garantido recurso orçamentário para a revisão e aumento do projeto 0,30, quando da*
214 *elaboração do PPA e do Plano Estadual de Saúde para o Período de 2016 a 2019,*
215 *contemplando os municípios por porte populacional: 0,70 centavos hab/ano para municípios*
216 *até 10.000; 0,60 centavos hab/ano para municípios de 10.001 habitante até 20.000; 0,50*
217 *centavos hab/ano para municípios de 20.001 habitantes até 50.000; 0,40 centavos hab/ano para*
218 *municípios de 50.001 habitantes até 100.000; 0,30 centavos hab/ano para municípios acima de*
219 *100.001 habitantes; 6. Que a SES agilize o processo de implantação da Regulação*
220 *Ambulatorial das Consultas e Exames em todas as Regiões de Saúde, política aprovada em*
221 *CIB, garantindo treinamento do Sistema SISREG aos técnicos dos municípios e viabilizando a*
222 *configuração na central macrorregional de todos os serviços habilitados, contratualizados, a*
223 *fim de garantir o acesso do paciente de forma qualificada e regulada (acabando com os*
224 *“favores”); 7. Solicitamos que na elaboração do PPA e plano Estadual de Saúde, seja*
225 *garantido recurso financeiro para a contrapartida estadual na Política de Redes de Atenção à*
226 *Saúde, de acordo com os planos aprovados em CIB, de cada Macrorregião; 8. Que seja*
227 *garantido recurso financeiro no PPA e no Plano Estadual de Saúde do Estado para Incentivo*
228 *Estadual à Política Estadual da Assistência Hospitalar Catarinense; 9. Intervenção urgente e*
229 *de forma direta do Senhor Secretário de Estado da Saúde, para resolver um problema*
230 *“CRÔNICO”, nos hospitais sob gestão da Secretaria de Estadual da Saúde, nos “chamados*
231 *serviços Próprios: garantir a disponibilização na Central Estadual de 90% da oferta de*
232 *consultas e exames dos hospitais Estaduais, (que na atualidade não deve passar de 20%),*
233 *possibilitando o aumento da primeira consulta e dos retornos. Garantindo desta forma, que*
234 *todos os Catarinenses tenham direito de acesso qualificado aos serviços de alta complexidade*
235 *nas unidades hospitalares estaduais. E que se tenha, também, a garantia da marcação das*
236 *consultas de retorno pelo ambulatório da unidade hospitalar a qual prestou o primeiro*
237 *atendimento. 10. Que esse assunto de que trata o item 9 acima, tendo em vista a gravidade do*
238 *problema, seja pautado na reunião da CIB do mês de abril de 2015, para discussão e tomada*
239 *de providências no sentido de se garantir a universalidade e a equidade no acesso e diminuir os*
240 *fura-filas já bem difundidos: PAM - Paciente amigo Do Médico; PAF - Paciente amigo do*
241 *funcionário; PAP – Paciente amigo do Político. 11. Regularidade e pontualidade no repasse*
242 *dos co-financiamentos da SES já existentes, com urgente revisão de valores; 12. Discussão do*
243 *Modelo de Gestão e Financiamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;*
244 *13. Transparência por parte da SES/SC nos repasses Fundo a Fundo, seguindo um cronograma*
245 *estabelecido e com pontualidade. Os Secretários Municipais de Saúde presentes registram,*
246 *ainda, a lamentável e completa ausência do Ministério da Saúde (o Cerimonial do Ministro*
247 *justificou ausência do titular, mas não indicou nenhum representante) e do Conselho Nacional*
248 *de Secretarias Municipais de Saúde (não justificou ausência tampouco indicou representante)*



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

249 *no 60º Encontro do COSEMS/SC, ambos convidados com antecedência de 35 dias para*
250 *participarem do evento. Itá, 6 de março de 2015.*

251 – Ofício 10 de 23 de fevereiro de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde de Rio das Antas,
252 solicitando ajuda de custeio para o Pronto Atendimento 24h, em função do fechamento do
253 Hospital Nossa Senhora dos Anjos e/ou outros.

254 – Ofício 003/2015 de Iomerê referente inadimplência dos Municípios de Arroio Trinta,
255 Pinheiro Preto e Salto Veloso quanto ao rateio de despesas com a Unidade Móvel do SAMU
256 Iomerê.

257

258 **INFORMES**

259 a) **RELATÓRIO DE AUDITORIA**

260 A Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da SES/Gerência de Auditoria encaminhou
261 o relatório de auditoria, referentes ao mês de dezembro de 2014, janeiro e fevereiro de 2015, em
262 andamento ou concluídas em seus municípios.

263

264 b) **PROCESSOS EM ANDAMENTO NA GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA**

265 A Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da SES/Gerência da Atenção Básica
266 encaminhou as planilhas com os processos em andamento na Gerência de Atenção Básica, para
267 que os gestores conheçam os processos de seus municípios.

268

269 c) **DST – AIDS: PLANO DE COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA DE DST-AIDS E HEPATITES**

270 **VIRAIS**

271 O Diretor de Vigilância Epidemiológica, Eduardo Macario, informa que houve uma visita do
272 Ministério da Saúde em SC com a proposta de construir um Plano de Cooperação
273 Interfederativa (MS, Estado e Municípios) para o enfrentamento de DST-AIDS e Hepatites
274 Virais. O objetivo do Plano é construir uma agenda interfederativa para responder a situação de
275 epidemia de DST-AIDS e Hepatites Virais, sobretudo, no enfrentamento da mortalidade por
276 AIDS que é elevada no Estado, focando na prevenção das populações vulneráveis, na expansão
277 do acesso ao diagnóstico e no aprimoramento da gestão. A idéia é compor 04 Câmaras Técnicas
278 para a construção desse Plano: uma Câmara de informação, vigilância e pesquisa; uma segunda
279 de prevenção; uma terceira de rede de atenção e linha de cuidados e a quarta de articulação com
280 os municípios estratégicos. Cada Câmara Técnica constituirá de representantes do MS, da SES,
281 do COSEMS e das Universidades, de Organizações Sociais. O COSEMS estará recebendo
282 ofício, solicitando a indicação dos representantes dos municípios para as Câmaras Técnicas e
283 para o Grupo Condutor. Está previsto um aporte de recurso de R\$ 3.000.000,00 do Ministério
284 da Saúde a ser discutido, para iniciar a implantação do Plano, principalmente na qualificação
285 das informações. Eduardo Macário informa que este tipo de Plano já foi assinado e implantado
286 no Estado do Rio Grande do Sul e no Estado do Amazonas. A previsão para assinatura desse
287 Plano em Santa Catarina é a data de 28 de abril de 2015 com a presença do Ministro da Saúde.

288

289 d) **NOTA TÉCNICA CONJUNTA DIVE/DIVS ACERCA DAS ORIENTAÇÕES SOBRE AS AÇÕES** 290 **ADOTADAS PELAS EQUIPES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E EPIDEMIOLÓGICA DOS MUNICÍPIOS** 291 **PARA O CUMPRIMENTO DA LEI ESTADUAL 15.243 DE 29-07-2010 (PONTOS ESTRATÉGICOS).**

292 Justificativa para a Nota Técnica, apresentada pelas Diretorias de Vigilância Sanitária e
293 Epidemiológica: Tendo em vista o aumento do número de focos do Mosquito A. Aegypti e A.
294 Albopictus em nosso Estado e já com casos de Dengue autóctone, é imperioso que os esforços
295 sejam somados para que este surto seja debelado e os focos dos mosquitos estejam sobre



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

296 controle rigoroso para sua erradicação. À Diretoria de Vigilância Sanitária de Santa Catarina
297 incumbe o papel de coordenar as ações de Vigilância Sanitária no Estado e este
298 gerenciamento só torna-se possível quando dispomos de dados concretos para empreendermos
299 ações. A presente Nota Técnica conjunta tem o objetivo de centralizarmos as informações
300 sobre estabelecimentos sujeitos à Lei Estadual nº. 15.243, de 29 de julho de 2010 e ao decreto
301 estadual nº. 3.687, de 07 de dezembro de 2010, e que não a estejam cumprindo em parte ou
302 em sua totalidade. Como os Agentes dos Programas Municipais de Controle da dengue são os
303 primeiros a identificar tais infrações, julgamos oportuno que estes ou suas gerências, fizessem
304 a comunicação através de formulários preenchidos “on line” e endereçados a Gerência de
305 Saúde Ambiental da Diretoria de Vigilância Sanitária. Posteriormente repassá-las às
306 Vigilâncias Sanitárias Municipais e das SDR para que ações pudessem ser empreendidas,
307 acompanhadas e quando necessário apoiá-las. Eventualmente, diante de fragilidades,
308 desenvolverem ações conjuntas bem como, se necessário, de servir como suporte técnico e
309 jurídico. Todo o processo no Estado, estaria sob a supervisão direta da Diretoria de Vigilância
310 Sanitária, através da Gerência de Saúde ambiental e da Diretoria de Vigilância
311 Epidemiológica, através da Gerência de Zoonoses e desta forma aptos a oferecer o suporte
312 necessário no tempo certo, tal como se faz necessário em função do momento singular a que
313 estamos sujeitos. A seguir a descrição da NOTA TÉCNICA: Considerando a Lei nº 15.243,
314 de 29 de julho de 2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de ferros-velhos, empresas de
315 transporte de cargas, lojas de materiais de construção, borracharias, recauchutadoras e afins a
316 adotarem medidas para evitar a existência de criadores para *Aedes aegypti* e *Aedes*
317 *albopictus*, e adota outras providências; Considerando o Decreto Estadual nº. 3.687, de 7 de
318 dezembro de 2010 que regulamenta a Lei nº 15.243, de 29 de julho de 2010, sobre a
319 obrigatoriedade de ferros velhos, empresas de transporte de carga, lojas de material de
320 construção, borracharias, recauchutadoras e afins a adotarem medidas para evitar a existência
321 de criadores de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*; Considerando a necessidade da integração
322 das ações de vigilância em saúde, para agilizar e atender a fiscalização dos estabelecimentos
323 alvos da Lei Estadual 15.243, de 29 de julho de 2010 e do Decreto Estadual nº. 3.687, de 7 de
324 dezembro de 2010; Considerando a proliferação de focos dos mosquitos *A. aegypti* e *A.*
325 *Albopictus*, respectivamente identificados em 71 e 128 municípios catarinenses, no ano de
326 2015, com disseminação e manutenção de focos de *A. aegypti* em Balneário Camboriú,
327 Chapecó, Itajaí, Itapema, Joinville, São Miguel do Oeste, Pinhalzinho, Xanxerê e Xaxim;
328 Considerando o cenário de disseminação e manutenção do vetor, que representa risco na
329 transmissão de dengue e chikungunya, bem como o surto de dengue que ocorre no município
330 de Itajaí, apesar de todos os esforços na educação continuada das equipes de vigilância em
331 saúde das três esferas do governo, de campanhas educativas à população e aos
332 estabelecimentos comerciais; Considerando que as equipes de vigilância em saúde têm como
333 objetivo principal zelar pela saúde pública, segue orientações para minimizar, prevenir e
334 proteger os riscos iminentes de maior proliferação dos vetores e por consequência maior risco
335 de transmissão de dengue e chikungunya nos municípios catarinenses: 1- **Ações da**
336 **Vigilância Epidemiológica:** 1.1 Estabelecer ação integrada entre Vigilâncias Epidemiológica
337 e Sanitária Municipal, com preenchimento, pelos agentes do Programa de Controle da Dengue
338 (PCD) do município, do formulário (anexo) de constatação de irregularidades frente à Lei
339 15.243/10 e Decreto 3.687/2010; 1.2 O formulário preenchido pelos agentes do Programa de
340 Controle da Dengue (PCD), devem ser digitados no formulário específico do FORMSUS, no
341 endereço eletrônico



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

342 http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=19420. Esse formulário entrará
343 automaticamente no banco de dados da DIVS, que posteriormente encaminhará para as equipes
344 de Vigilância Sanitária e Epidemiológica das Gerências Regionais de Saúde, Diretoria de
345 Vigilância Epidemiológica (DIVE) e Vigilância Sanitária Municipal, conforme fluxo
346 disponibilizado aos municípios. 2- **Ações da Vigilância Sanitária:** 2.1 A Diretoria de
347 Vigilância Sanitária encaminhará, as Vigilâncias Sanitárias Municipais, os formulários com as
348 irregularidades apontadas pelos agentes do Programa de Controle da Dengue (PCD), a qual
349 deverá proceder à inspeção sanitária e emitir: Auto de Infração e Auto de Intimação com
350 obrigações subsistentes com prazo mínimo de 10 dias, bem como a abertura imediata do
351 Processo Administrativo para os estabelecimentos autuados; 2.2 O monitoramento do
352 cumprimento dos Autos deverá ser incorporado como prioridade na rotina das equipes das
353 Vigilâncias Sanitárias Municipais; 2.3 No descumprimento do prazo para a regularização da
354 situação, novo Auto de Infração deverá ser lavrados pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais;
355 2.4 A Diretoria de Vigilância Sanitária ainda, encaminhará as Vigilâncias Sanitárias das
356 Gerências Regionais de Saúde, às Vigilâncias de Zoonoses das Gerências Regionais de Saúde e
357 a Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVE, os formulários com as irregularidades
358 apontadas pelos agentes do Programa de Controle da Dengue (PCD) para acompanhamento,
359 assessoria e supervisão das ações empreendidas pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais; 2.5 As
360 vigilâncias Sanitárias Municipais encaminharão relatórios das medidas adotadas às Vigilâncias
361 Sanitárias e Epidemiológica das Gerências Regionais de Saúde; 2.6 As Vigilâncias Sanitárias
362 Regionais encaminharão as medidas adotadas pelas VISAS Municipais e a conclusão, com base
363 nas recomendações contidas nesta Nota Técnica, para a GESAM/DIVS e GEZOO/DIVE; 2.7
364 Os municípios que não tenham comunicações de infrações devem ser supervisionados pelas
365 Vigilâncias Sanitárias das Gerências Regionais de Saúde para coibir as subnotificações. 3-
366 **Comunicações:** 3.1 As Vigilâncias Sanitárias Municipais, assim como as Vigilâncias Sanitárias
367 das Gerências Regionais de Saúde, deverão encaminhar relatórios ao Ministério Público,
368 Prefeitura Municipal, Diretoria de Vigilância Sanitária e Diretoria de Vigilância
369 Epidemiológica, dos casos de descumprimento dos autos de intimação de obrigações
370 subsistentes, contendo todas as ações realizadas pelas equipes de Vigilância Sanitária e
371 Epidemiológica, bem como as cópias dos Autos de Infração e Intimação e número do processo
372 administrativo instaurado, ressaltando os riscos que o referido estabelecimento apresenta no
373 descumprimento da Lei nº 15.243/2010 e do Decreto Estadual nº. 3.687/2010; 3.2 Estes
374 relatórios deverão subsidiar as ações dos órgãos descritos acima, visando à resolução das
375 irregularidades encontradas. 4- **Considerações Finais:** 4.1 Se após a execução de todas as ações
376 propostas, o descumprimento da Lei nº 15.243/2010 e do Decreto Estadual nº. 3.687/2010 ainda
377 persistir, a Vigilância Sanitária das Regionais de Saúde devem solicitar oficialmente apoio a
378 Diretoria de Vigilância Sanitária, para que ações conjuntas com a Diretoria de Vigilância
379 Epidemiológica e Polícia Ambiental sejam desencadeadas.

380

381 Nada mais havendo a tratar, eu, **Lourdes de Costa Remor**, lavrei a presente Ata, assinada por
382 mim e pelos Coordenadores.

383

384

Florianópolis, 19 de março de 2015.