

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 1ª. REUNIÃO DO ANO 2017

Aos dezessete dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezessete, no Auditório do Hotel Sonata de Iracema, localizado na Av. Beira Mar nº. 848, Praia de Iracema, em Fortaleza, realizou-se a primeira Reunião Ordinária do ano de dois mil e dezessete da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único Saúde do Ceará, com a presença dos membros Representantes do Componente Estadual: Lilian Alves Amorim Beltrão, Secretária Executiva da Saúde; Felipe dos Santos Dias Soares, Coordenador de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Ana Paula Lopes Moreira, Supervisora da Central Integrada de Regulação- CIR; Luciene Alice da Silva, Supervisora do Núcleo de Atenção Especializada; Roberta de Paula Oliveira, Supervisora do Núcleo de Controle de Vetores; Sílvia Maria Negreiros Bonfim Silva, Coordenadora da CGEPS; e Vera Maria Câmara Coelho, Assessora Técnica da Secretaria Executiva, Secretária Executiva da CIB; e do Componente Municipal: Josete Malheiro Tavares, Presidente do COSEMS, Vice Presidente da CIB/CE e Secretário Municipal de Saúde de Guaiuba; Sayonara Moura de Oliveira Cidade, Vice Presidente do COSEMS e Secretária Municipal de Saúde de Cedro; Joana Angélica Paiva Maciel, Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza; Arnaldo Ribeiro Costa Lima, Assessor Técnico da Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde – SMS Fortaleza; Maria Nizete Tavares Alves, Secretária Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte; Geraldo Cristino Filho, Secretária da Saúde de Sobral; Fernando Wilson Fernandes, Secretário da Saúde de Camocim; Antônio Williams Vieira Vaz, Secretário da Saúde de Boa Viagem; Napoline Silva Melo, Secretária da Saúde de Frecheirinha; Zuila Maria Maciel de Melo Peixoto, Secretária da Saúde de Orós; Sharliane Monteiro da Rocha, Secretária da Saúde de Pindoretama; Presentes, outros Secretários Municipais de Saúde, técnicos responsáveis por Coordenadorias e Núcleos da SESA, Coordenadores Regionais da SESA, profissionais das Secretarias Municipais de Saúde e do COSEMS e demais pessoas interessadas, com registro em listas de presença de convidados. A Assembléia foi aberta pela Secretária Executiva **Vera Coêlho**, que sob a presidência da **Dra. Lilian Beltrão**, cumprimentou a todos e deu início aos trabalhos com a **APRESENTAÇÃO** da Composição dos Membros da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará- CIB para o ano de 2017: Representado o Componente Estadual: Henrique Jorge Javi de Sousa, Presidente da CIB e Secretário da Saúde do Estado; Marcos Antônio Gadelha Maia, Secretário Adjunto da Saúde do Estado; Lilian Alves Amorim Beltrão, Secretária Executiva da Saúde; Pedro Leão de Queiroz Neto, Superintendente de Apoio à Gestão da Rede de Unidades da Saúde; Francisco Ivan Rodrigues Mendes Junior, Coordenador de Políticas e Atenção à Saúde; Luciene Alice da Silva, Supervisora do Núcleo de Atenção Especializada; Felipe dos Santos Dias Soares, Coordenador de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Ana Paula Lopes Moreira, Supervisora da Central Integrada de Regulação- CIR; Daniele Rocha Queiroz Lemos, Coordenadora de Promoção da Saúde; Roberta de Paula Oliveira, Supervisora do Núcleo de Controle de Vetores; Sílvia Maria Negreiros Bonfim Silva, Coordenadora de Gestão da Educação Permanente em Saúde; Salustiano Gomes de Pinho Pessoa, Superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará; Vera Maria Câmara Coelho, Assessora Técnica da Secretaria Executiva, Secretária Executiva da CIB; e Representando o Componente Municipal: Josete Malheiro Tavares, Presidente do COSEMS, Vice Presidente da CIB/CE e Secretário Municipal de Saúde de Horizonte; Sayonara Moura de Oliveira Cidade, Vice Presidente do COSEMS e Secretária Municipal de Saúde de Cedro; Joana Angélica Paiva Maciel, Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza; Arnaldo Ribeiro Costa Lima, Assessor Técnico da Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde – SMS Fortaleza; Maria Nizete Tavares Alves, Secretária Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte; Geraldo Cristino Filho, Secretária da Saúde de Sobral; Liduína Fátima Freitas dos Santos, Secretária da Saúde de Acaraú; Fernando Wilson Fernandes, Secretário da Saúde de Camocim; Antônio Williams Vieira Vaz, Secretário da Saúde de Boa Viagem; Jequelia Maria Alcântara Silva, Secretária da Saúde de Icó; Napoline Silva Melo, Secretária da Saúde de Frecheirinha; Lúcia Cavalcante Gonçalves,

53 Secretária da Saúde de Solonópole; Zuila Maria Maciel de Melo Peixoto, Secretária da Saúde de
54 Orós; e Sharliane Monteiro da Rocha, Secretária da Saúde de Pindoretama. A plenária aplaudiu a
55 todos os membros presentes. ITENS DE PACTUAÇÕES/DELIBERAÇÕES: Item 2.1.
56 Pactuação das Composições das Câmaras Técnicas da CIB. Vera Coelho informou aos
57 presentes que esse Item será apresentado na próxima reunião quando da indicação pela Direção
58 do COSEMS dos gestores e técnicos que irão representar os municípios nas diversas Câmaras
59 Técnicas. Item 2.2. Pactuação Interfederativa de Indicadores no SISPACTO para o período
60 de 2017-2021, conforme Resolução da CIT Nº. 8, de 24/11/2016. João Washington, Assessor
61 de Planejamento da SESA iniciou a sua apresentação relatando a Resolução da CIT Nº 8, datada
62 de 24/11/2016, e publicada no DOU de 12/12/2016 que dispõe sobre o processo de pactuação
63 interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais
64 em saúde. Destacou os principais pontos normatizados por esta Resolução: - Os Indicadores de
65 interesse regional poderão ser discutidos e pactuados na Comissão Intergestores Bipartite – CIB;
66 - A pactuação reforça as responsabilidades de cada gestor e fortalece a integração dos
67 instrumentos de Planejamento; segundo a Portaria GM/MS Nº 2.135/2013 esses instrumentos são
68 o Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão; - Os indicadores que
69 compõem este rol (elenco) devem ser considerados nos instrumentos de planejamento de cada
70 Ente; - Os gestores da saúde são responsáveis pelo monitoramento e avaliação das respectivas
71 metas pactuadas, e por calcular os resultados alcançados; - A definição de metas para os
72 indicadores deverá ser finalizada até o dia 31 de março de cada ano; - A pactuação regional
73 será de responsabilidade das Comissões Intergestores Regionais – CIR, porém, a municipal deve
74 ser submetida ao respectivo CMS; - A pactuação municipal deve ser formalizada pelas SMS
75 mediante registro e validação no Sistema Informatizado, com posterior homologação pela
76 respectiva SES/ (no Ceará pelas CRES); - O registro e a validação da pactuação regional podem
77 ser realizados pelas CRES e homologados pela SESA/ASPLAG; - A pactuação estadual deve
78 ser discutida na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e submetida ao respectivo Conselho
79 Estadual de Saúde – CESAU, para aprovação; - O registro e validação no sistema informatizado
80 será formalizada pela SES (ASPLAG); - O Sistema informatizado será disponibilizado pelo
81 Ministério da Saúde para registro das metas pactuadas (SISPACTO). Em seguida relatou as
82 Estratégias de Trabalho, o Processo de Pactuação e o Registro: 1. Apresentação em reunião da
83 CIB/CE; 2. Vídeo-Conferência com as equipes regionais e representantes das SMS respectivas a
84 realizar-se no dia 21.02.2017, em dois grupos, sendo um pela manhã e outro à tarde conforme
85 organização e articulação da CORES-SESA; 3. Pactuação municipal nas respectivas Comissões
86 Intergestores Regionais- CIR, cadastramento e validação de metas pela equipe municipal e
87 homologação pela regional; 4. Registro e validação das metas regionais pelas CRES e
88 homologação pela SESA-ASPLAG; 5. Pactuação Estadual na Comissão Intergestores Bipartite-
89 CIB e apresentação no Conselho Estadual de Saúde para aprovação. Cadastramento, validação e
90 homologação das metas estaduais pela SESA-ASPLAG; 6. Cronograma com atividades
91 priorizadas nos meses de Março e Abril/2017, considerando pactuação e registro das metas no
92 Sistema; e 7. Apoio técnico pela equipe da ASPLAG, CORES, COPAS e COPROM no decorrer
93 da pactuação e registro. E expôs a Correlação dos Indicadores na estrutura Nacional e Estadual –
94 Ceará, da seguinte forma: Diretriz Nacional: Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da
95 população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de
96 doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças
97 transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável, corresponde no **Plano Estadual de**
98 **Saúde 2016-2019 a Diretriz 6, onde estão inseridos os Indicadores: Indicador 1: Tipo:**
99 **Universal. Descrição do Indicador:** Mortalidade prematura: a) Para município e região com
100 menos de 100 habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das
101 quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer,
102 diabetes e doenças respiratórias crônicas. b) Para município e região com 100 mil ou mais
103 habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo
104 conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho

circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Área de competência institucional – técnica da SESA: COPROM. Indicador 4: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPROM. Indicador 5: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPROM. Indicador 6: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPROM. Indicador 8: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de Idade. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPROM. Indicador 9: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPROM. Indicador 10: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e Turbidez. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPROM. Indicador 20: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPROM. Indicador 22: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPROM. Indicador 23: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPROM. Diretriz Nacional: Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde, corresponde no **Plano Estadual de Saúde 2016-2019 as Diretrizes 1 e 2, onde estão inseridos os Indicadores: Indicador 2: Tipo: Específico. Descrição do Indicador:** Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil 0 a 49 anos) investigados. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPAS. Indicador 3: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPAS. Indicador 13: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPAS. Indicador 14: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPAS. Indicador 15: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Taxa de mortalidade infantil. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPAS. Indicador 16: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Número de óbitos maternos em determinado período e local de Residência. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPAS. Diretriz Nacional: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS, corresponde no **Plano Estadual de Saúde 2016-2019 as Diretriz 3 e 4 onde estão inseridos os Indicadores: Indicador 11: Tipo: Universal. Descrição do Indicador:** Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPAS. Indicador 12: Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado

157 local e população da mesma faixa etária. Área de competência institucional – técnica da SESA:
158 COPAS. **Indicador 17:** Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Cobertura populacional
159 estimada pelas equipes de Atenção Básica. Área de competência institucional – técnica da SESA:
160 COPAS. **Indicador 18:** Tipo: Universal. Descrição do Indicador: Cobertura de acompanhamento
161 das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF). Área de competência
162 institucional – técnica da SESA: COPAS. **Indicador 19:** Tipo: Universal. Descrição do
163 Indicador: Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica. Área de
164 competência institucional – técnica da SESA: COPAS. E o **Indicador 21:** Tipo: Universal.
165 Descrição do Indicador: Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes
166 de Atenção Básica. Área de competência institucional – técnica da SESA: COPAS. Finalizou
167 colocando os pontos para Encaminhamento e Deliberações: 1. Pactuação de Indicadores de
168 interesse Regional; e 2. Revisão do elenco (rol) de indicadores junto à CIT, considerando os
169 questionamentos em relação aos indicadores dos temas: Deficiente e Tuberculose. Esse último
170 ponto trata-se de uma demanda do CESAU e da área de Vigilância à Saúde da SESA. Vera
171 Coelho destacou os dois pontos para discussão e pactuação nessa Comissão e esclareceu que o
172 Estado assinou o COAP que teve vigência até o dia 31/12/2017 e que dentre as responsabilidades
173 assumidas se encontrava a pactuação dos indicadores e metas regionais junto ao SISPACTO,
174 como não dispomos mais desse instrumento jurídico cabe a CIB decidir se iremos pactuar os
175 indicadores e metas regionais. Isto é, se vamos manter o processo de pactuação em CIR para
176 estabelecimento de metas regionais para esses indicadores. O segundo ponto trata-se de demanda
177 do controle social de que seja analisada a possibilidade de inclusão no elenco dos indicadores
178 para 2018, indicadores das áreas de Cuidado à Pessoa com Deficiência e da Tuberculose. E
179 colocou os dois pontos em discussão. **Josete** falou que é preciso que se busque relatar como foi o
180 período de pactuação dessas metas desde o Pacto, antes de se fazer adesão ao COAP, pois tem
181 vários gestores que estão respondendo a questionamento de Auditorias por não ter atingido
182 determinadas metas cujo alcance não se encontrava na sua governabilidade, e ele não tem como
183 responder sozinho, mas os Órgãos de Controle Externo têm cobrado posição isolada dos ex-
184 gestores municipais. É muito importante que nesse momento se discuta essa questão porque a
185 fixação de metas quando não se tem condições de fazer é complicado. Outra coisa é recomendar
186 que em decidirmos pactuar sejamos conservadores em relação ao estabelecimento das metas, não
187 adianta ousarmos porque o tempo não está para ousadia, à fase de sonho de cinco anos atrás de
188 achar que íamos avançar no fortalecimento do SUS está em stand- by precisamos colocar os pés
189 no chão e pensar de forma consciente e não sonhar demais fixando metas muito ousadas e no
190 final ter que está dando explicações de modo penoso do ponto de vista judicial, inclusive por não
191 termos conseguido alcançá-las. **Dra. Lilian** colocou que concorda com a fala do Josete em
192 relação ao indicador quando ele for municipal e regional. Não se pode responsabilizar o
193 município isoladamente por um indicador que teve a construção de meta regional. Recomendou
194 que na fórmula de cálculo da meta regional do indicador fosse explicitado o seu detalhamento e
195 registrado que o seu alcance depende de um grupo de municípios, bem como as
196 responsabilidades de cada um dos municípios que integram a região de saúde. Os indicadores
197 regionais é a região de saúde que tem que responder e não um município isoladamente. **Luciene**
198 colocou que temos que trabalhar dentro do contexto de fortalecimento da região de saúde,
199 independente de COAP. É manter a região de saúde como eixo estruturante conforme prega os
200 instrumentos do SUS. E propõe que seja mantido o processo de pactuação de metas regionais.
201 **Josete** apresentou a sugestão que se retirasse desse processo tão bem apresentado pelo
202 Washington a oportunidade de rebuscar a organização da região de saúde e através da CORES,
203 em articulação com os Coordenadores Regionais, no mês de março quando das discussões para
204 pactuação desses indicadores e metas, apresentar uma avaliação das pactuações anteriores como
205 subsídio para a pactuação deste ano. **Vera** esclareceu que as metas regionais só podem ser
206 definidas a partir das metas municipais, e que é preciso que os gestores municipais antes tenham
207 conhecimento da meta estadual, que deve ser utilizada como referência. E que a meta regional é
208 de responsabilidade solidária de todos os gestores que atuam na região de saúde, sendo o alcance

da meta regional êxito para todos, e o não alcance pode significar uma responsabilidade não exercida por um ou por todos os municípios que pactuaram, por esta razão ela tem que ser definida num processo de pactuação onde todos participam. A CIB/CE após as discussões decidiu que as 22(vinte e duas) Comissões Intergestores Regionais- CIR do Estado do Ceará deverão pactuar os indicadores e metas regionais. Em relação ao segundo ponto: Revisão do elenco (rol) de indicadores junto à CIT, em relação aos indicadores das áreas do Deficiente e de Tuberculose, **Washington** destacou que as discussões no CESAU e com a Equipe Técnica da SESA foram conduzidas com muita responsabilidade, e que no Plano Estadual de Saúde para o período de 2016-2019 constam metas para 202 indicadores, e que o mesmo foi aprovado depois de 15 reuniões. E colocou que a proposta é trazer para essa Comissão o assunto, e que se possa solicitar junto ao MS a inclusão de indicadores nessas duas áreas. Lembrou a necessidade dos gestores de fazer uma leitura do Caderno de Nota Técnica que se encontra no site do MS/SISPACTO e de elaborar série histórica dos indicadores antes do estabelecimento da meta. **Zuila** ressaltou que no COAP existiam indicadores nessas duas áreas e que não sabemos as razões do MS ter retirado do SISPACTO 2017, e alguma razão deve ter e precisa ser explicada para os gestores. E sugeriu que fossem solicitadas explicações ao MS sobre o assunto e só depois desse assunto viria para discussão nessa Comissão. A CIB/CE acatou a sugestão da Zuila, e recomendou que a Secretaria Executiva da CIB/CE elaborasse ofício para o MS solicitando explicações sobre a retirada de indicadores nas áreas do Deficiente e de Tuberculose. Item 2.3. Pactuação do Cronograma de Execução do Levantamento Rápido de Índice para Aedes aegypti - LIRAA de 2017. A Roberta de Paula Oliveira iniciou sua apresentação explicando que o método simplificado de levantamento de índices de infestação predial por *Aedes aegypti* é feito por amostragem do tipo conglomerados em dois estágios: quarteirões/imóveis. A LIRAA demonstra a situação de infestação do município no prazo médio de uma semana; a rapidez e oportunidade das informações; identifica os criadouros predominantes; e permite o direcionamento das ações de controle para as áreas mais críticas. Em seguida apresentou a situação dos municípios cearense em 2016: em Abril 82 municípios realizaram LIRAA, onde 23 municípios(28,1%) se encontravam com baixa infestação, 33(40,2%) com média infestação e 26(31,7%) com alta infestação; em Julho 114 municípios realizaram LIRAA, onde 57 municípios(50,0%) se encontravam com baixa infestação, 36(31,6%) com média infestação e 21(18,4%) com alta infestação; e em Novembro 111 municípios realizaram LIRAA, onde 67 municípios(60,4%) se encontravam com baixa infestação, 32(28,8%) com média infestação e 12(10,8%) com alta infestação. E fez a comparação entre o percentual de municípios que realizaram LIRAA em 2016 em relação a 2015, 1ª LIRAA em 2016 foram realizadas por 50,62% dos municípios e em 2015 26,54%, a 2ª LIRAA em 2016 foram realizadas por 70,73% dos municípios e em 2015 22,84%, e a 3ª LIRAA em 2016 foram realizadas por 68,52% dos municípios e em 2015 26,54%, em resumo aumentou significativamente o número de municípios cearenses que realizaram LIRAA no Estado. Esclareceu que o MS editou a Portaria nº 3.129, de 28/12/2016 que estabelece que um dos critérios para que os municípios recebam a segunda parcela, no valor de R\$ 60,8 milhões, é a realização do Levantamento Rápido de Índice de Infestação por *Aedes aegypti*- LIRAA, no caso de cidades com mais de dois mil imóveis, e os municípios com menos de dois mil imóveis, deverão realizar o Levantamento de Índice Amostral (LIA). E as instruções para orientação dos gestores são: municípios com até 400 imóveis deverão pesquisar 100%, proporção 1/1, faz tudo; municípios com 401 a 1.500 imóveis deverão pesquisar 33%, proporção 1/3, faz um pula dois; municípios com 1.501 a 1.999 imóveis deverão pesquisar 20%, proporção 1/5, faz um pula quatro; e municípios com acima de 2.000 imóveis deverão realizar LIRAA. E finalizou apresentando a Proposta para a realização do Levantamento Rápido de Infestação do *Aedes aegypti* – LIRAA, no Ceará no ano de 2017, conforme Diretriz Nº 1, item 3 da Sala Nacional Coordenação de Coordenação e Controle, composta de 02(dois) ciclos de trabalho, o **1º ciclo** no 1º. Semestre de 2017, contendo dois períodos de execução- Janeiro e Fevereiro, com o prazo máximo de envio ao NUVET/SESA de até 15 de março de 2017 e o outro em Maio e Junho com o prazo máximo de envio ao

NUVET/SESA de até 23 de junho de 2017, o **2º Ciclo** será realizado no 2º. Semestre de 2017, contendo apenas o período de execução de Outubro e 1ª semana de Novembro, com o Prazo máximo de envio ao NUVET/SESA até 10 de novembro de 2017. **Sayonara** questionou o fato de no **1º ciclo** do 1º. Semestre de 2017 consta o período de execução os meses de Janeiro e Fevereiro, dado que os municípios não dispõem de tempo hábil para a realização das atividades. **Roberta** esclareceu que colocou esses meses porque 43 municípios, que tiveram continuidade de gestão, fizeram LIRAA em janeiro e fevereiro e que os mesmos poderão registrar e enviar ao MS até o dia 15 de março. E os que não fizeram poderão realizar as atividades na segunda opção Maio e Junho e não terão prejuízo. Após as explicações Sayonara concordou com a justificativa dada. A CIB/CE pactuou a Proposta para a realização do Levantamento Rápido de Infestação do *Aedes aegypti* – LIRAA, no Ceará no ano de 2017, acima apresentada. **Item 2.4. Planificação da Atenção Primária em Saúde e os Novos Gestores.** Carmem Cemires Bernardo Cavalcante, Supervisora do Núcleo de Atenção Primária (em exercício) da COPAS/SESA iniciou apresentando os **Objetivos do Projeto QualificaAPSUS** no Ceará: Cumprir as Funções de responsabilização pela saúde da população adscrita, de comunicação nas Redes de Atenção e de resolução de grande parte dos problemas de saúde da população; Assumir a Coordenação do Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde às Condições Crônicas; e Participar da Rede de Atenção às Urgências. Ressaltou que no Decreto 7.508/2011 a APS é compreendida como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde (Art. 5º); a APS é uma porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (Art. 9º); a APS deve garantir a referência para o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas (Art. 10º); a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Art. 11º). Tem como **Estratégia** o estabelecimento de Padrões de Qualidade Comuns para a Atenção Primária à Saúde por meio da Certificação das Equipes; Diretrizes clínicas para as principais condições crônicas; Diretriz clínica para os eventos agudos; Diretrizes clínicas para Saúde Mental, Saúde Bucal e Saúde do Idoso; e Instrumento para a avaliação da qualidade na Atenção Primária à Saúde. A **Metodologia** utilizada é composta de oficinas, capacitações e de tutoria in loco. E conta com os seguintes passos: - Seleção e capacitação de Facilitadores Regionais para participarem das Oficinas e Capacitações Estaduais; - Capacitação de 50% dos trabalhadores da APS dos municípios da Região de Saúde para participarem das Oficinas e Capacitações Regionais; - Multiplicação das oficinas e capacitações para os demais trabalhadores da APS dos municípios para participarem das Oficinas e Capacitações Municipais. Estão previstas a realização de 06(seis) Oficinas: Atenção Primária à Saúde: fundamentos, gestão e avaliação da qualidade, Processos Básicos na Atenção Primária à Saúde: territorialização, cadastramento e diagnóstico local, As Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde, Os Eventos Agudos na Atenção Primária à Saúde, Ações de Prevenção e Gerenciamento de Microprocessos de Risco na Atenção Primária à Saúde, e Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde, com a carga horária de 08(oito) horas cada, totalizando 48(quarenta e oito horas); e das seguintes Capacitações Complementares: Estratificação de Risco das Principais Condições Crônicas – Hipertensão, Diabetes, Gestante e Criança menor de dois anos, Manejo Clínico das Principais Condições Crônicas - Hipertensão, Diabetes, Gestante e Criança menor de dois anos, Classificação de Risco para os Eventos Agudos, Estratificação de Risco em Saúde Bucal, Estratificação de Risco em Saúde Mental, e Estratificação de Risco em Saúde do Idoso, com a carga horária de 16(dezesesseis) horas cada, totalizando 96(noventa e seis horas). Os guias de estudo são distribuídos para os participantes das Oficinas. A tutoria in loco apóia o desenvolvimento dos macroprocessos básicos da APS: territorialização, cadastramento das famílias, classificação de riscos familiares, diagnóstico local, estratificação de risco das condições crônicas, acolhimento e atendimento aos eventos agudos, programação, agenda, e contratualização; e dos microprocessos básicos da APS: recepção, acolhimento e preparo, vacinação, curativo, farmácia, coleta de exame, procedimentos terapêuticos, higienização e esterilização, e gerenciamento de resíduos. Em seguida colocou que o **Processo de Adesão ao Projeto** é formalizado através de um Termo de Cooperação Técnica. Em 2016 esse Projeto apresentou os seguintes **Resultados:** 90(noventa) municípios fizeram

adesão ao Projeto, que representa 49% do total, esses municípios estão localizados em 12 Regiões de Saúde, que representa 55% do total. As Coordenadorias Regionais de Saúde de Limoeiro do Norte e Tauá realizaram as 06(seis) Oficinas, Maracanaú, Baturité, Canindé, e Sobral 03(três) Oficinas, Fortaleza, Cascavel, Crateús e Crato 02(duas) Oficinas, Caucaia e Aracati 01(uma) Oficina. Foram Capacitados 220 Facilitadores Regionais do Projeto QualificaAPSUS Ceará; Participação ativa de 3.318 trabalhadores da APS nas Oficinas Regionais; Engajamento dos trabalhadores da APS na cadeia de educação permanente do Projeto QualificaAPSUS Ceará; Apropriação da marca “QualificaAPSUS Ceará” por parte dos trabalhadores da APS como principal movimento estadual desencadeado em 2016; Maior integração e envolvimento dos trabalhadores com a proposta de reorientação da APS nos municípios. **Principais impactos nas Unidades Laboratório:** elaboração e desenvolvimento dos planos de gestão da qualidade na APS; reterritorialização; aumento do percentual de cadastramento dos usuários; reorientação dos fluxos de atendimento nas UBS; início do processo de estratificação de risco das condições crônicas; e início da implantação dos Procedimentos Operacionais Padrão. **Principais Dificuldades:** Morosidade no processo de Adesão ao Projeto; Pouco entendimento dos gestores e trabalhadores acerca do desenvolvimento do Projeto; Resistências à mudança do modelo de atenção; Problemas logísticos para realização das oficinas; Quantidade insuficiente de facilitadores regionais; e Fatores concomitantes ao Projeto: crise e período eleitoral. **Desafios:** Retomada do Projeto – seguimento e novas adesões; Desenvolvimento efetivo da Tutoria nas Unidades Laboratório; Primeiro ciclo de certificação do Selo Bronze; Integração das atividades do QualificaAPSUS com o QualificaESPSUS e QualificaHOSPSUS Ceará. Finalizou apresentando o **Cronograma de Atividades 2017** para pactuação: Abertura do período de Adesão ao Projeto: Março a Abril; Capacitação de novos Facilitadores Regionais: Abril a Junho; Início das Oficinas Regionais: Maio; e Lançamento das Diretrizes Clínicas: Junho. **Zuila** informou que a Região de Saúde de Icó não realizou as Oficinas em 2016 porque ficou aguardando o apoio do Estado. **Nizete** solicitou esclarecimentos quanto a necessidade dos gestores dos municípios que fizeram adesão ao Projeto em 2016 ter que fazer nova adesão em 2017. **Antônio Willame Vieira Vaz**, Secretário de Saúde de Boa Viagem, indagou se o processo de capacitação de 2017 daria continuidade a programação iniciada em 2016? **Carmem** respondeu a Zuila dizendo que a SESA aprendeu com esse processo, dado que a mesma fez a opção de trabalhar a planificação com expansão para todo o Estado, enquanto a conduta do CONASS é de trabalhar uma região de saúde por Estado. E que o processo de adesão tem que ter início meio e fim, pois em 2016 esse processo teve início em fevereiro e se estendeu até agosto, fato que resultou num grande volume de atividades próximo ao período eleitoral. Quanto à solicitação da Nizete informou que a vigência do Termo de Adesão é anual, dado que o Selo de Bronze tem validade anual, e que alguns dos Termos assinados em 2016 não foram publicados no DOE. E em relação à indagação do Antônio disse que a proposta do NUAP, dado a mudança de gestores e do corpo técnico dos municípios, é de que se faça de modo mais compacto as Oficinas que foram realizadas em 2016, para garantir a continuidade da programação. Após as discussões e esclarecimentos prestados a CIB/CE pactuou o Cronograma de Atividades para 2017 do Projeto QualificaAPSUS no Ceará, acima descrito. **Item 2.5. Consultórios Itinerantes da UFC - Saúde Ocular e Saúde Bucal - Pactuação Regional.** A Professora Walda Viana de Moura apresentou o relatório geral do funcionamento dos consultórios itinerantes de oftalmologia HUWC/EBSERH/UFC. Informou que o Projeto foi desenvolvido em etapas, e que após o teste dos equipamentos realizado em 27/11/2014 iniciou-se a 1ª etapa do projeto piloto: 02/12/2014 a 22/01/2015, 2ª etapa do projeto piloto: 03/02/2015 a 29/04/2015 e 3ª etapa do projeto piloto: outubro/ 2015. Em 2016 foram realizadas as atividades do Projeto definitivo com a participação de 19 municípios. No período de novembro de 2014 a dezembro de 2016 foram atendidas 1.610 crianças, destas 873 precisavam de óculos, foram feitas a montagem e entrega de 707 óculos e ficaram pendentes por falta de lentes 166, e encaminhadas 257 crianças para atendimento no Ambulatório de Oftalmologia do HUWC. Em seguida apresentou os atendimentos por municípios beneficiado pelo Projeto: 1. Acarape- 95 crianças

365 atendidas, 42 com necessidade de óculos, 40 óculos entregues, 11 crianças encaminhadas para o
366 Ambulatório de Oftalmologia do HUWC; 2. Apuiarés- 131 crianças atendidas, 69 com
367 necessidade de óculos, 53 óculos entregues, 08 crianças encaminhadas para o Ambulatório de
368 Oftalmologia do HUWC; 3. Aracoiaba- 69 crianças atendidas, 37 com necessidade de óculos, 34
369 óculos entregues, 08 crianças encaminhadas para o Ambulatório de Oftalmologia do HUWC; 4.
370 Aratuba- 06 crianças atendidas, 03 com necessidade de óculos, 02 óculos entregues; 5. Barreira-
371 19 crianças atendidas, 14 com necessidade de óculos, 06 óculos entregues, 04 crianças
372 encaminhadas para o Ambulatório de Oftalmologia do HUWC; 6. Canindé- 25 crianças
373 atendidas, 17 com necessidade de óculos, 05 óculos entregues, 10 crianças encaminhadas para o
374 Ambulatório de Oftalmologia do HUWC; 7. Capistrano- 108 crianças atendidas, 62 com
375 necessidade de óculos, 49 óculos entregues, 15 crianças encaminhadas para o Ambulatório de
376 Oftalmologia do HUWC; 8. Chorozinho- 156 crianças atendidas, 94 com necessidade de óculos,
377 84 óculos entregues, 35 crianças encaminhadas para o Ambulatório de Oftalmologia do HUWC;
378 9. Fortaleza- 05 crianças atendidas, 03 com necessidade de óculos, 03 óculos entregues; 10.
379 Guaramiranga- 133 crianças atendidas, 62 com necessidade de óculos, 50 óculos entregues, 20
380 crianças encaminhadas para o Ambulatório de Oftalmologia do HUWC; 11. General Sampaio-
381 104 crianças atendidas, 65 com necessidade de óculos, 56 óculos entregues, 21 crianças
382 encaminhadas para o Ambulatório de Oftalmologia do HUWC; 12. Horizonte- 149 crianças
383 atendidas, 82 com necessidade de óculos, 74 óculos entregues, 10 crianças encaminhadas para o
384 Ambulatório de Oftalmologia do HUWC; 13. Itapiuna- 12 crianças atendidas, 06 com
385 necessidade de óculos, 04 óculos entregues, 02 crianças encaminhadas para o Ambulatório de
386 Oftalmologia do HUWC; 14. Maranguape- 110 crianças atendidas, 61 com necessidade de
387 óculos, 41 óculos entregues, 30 crianças encaminhadas para o Ambulatório de Oftalmologia do
388 HUWC; 15. Mulungú- 16 crianças atendidas, 07 com necessidade de óculos, 03 óculos
389 entregues, 07 crianças encaminhadas para o Ambulatório de Oftalmologia do HUWC; 16.
390 Pacajús- 74 crianças atendidas, 42 com necessidade de óculos, 25 óculos entregues, 18 crianças
391 encaminhadas para o Ambulatório de Oftalmologia do HUWC; 17. Pindoretama- 170 crianças
392 atendidas, 83 com necessidade de óculos, 72 óculos entregues, 30 crianças encaminhadas para o
393 Ambulatório de Oftalmologia do HUWC; 18. Pacatuba- 101 crianças atendidas, 44 com
394 necessidade de óculos, 44 óculos entregues, 13 crianças encaminhadas para o Ambulatório de
395 Oftalmologia do HUWC; e 19. São Luis do Curu- 127 crianças atendidas, 80 com necessidade de
396 óculos, 64 óculos entregues, 15 crianças encaminhadas para o Ambulatório de Oftalmologia do
397 HUWC. Finalizou dizendo que o Projeto até a presente data não recebeu nenhum repasse de
398 recursos financeiros do Governo Federal pelo fato de não ter sido enviado ao MS o Plano de
399 Ação que foi pactuado por esta Comissão, e que hoje se tem a informação de que o mesmo
400 deverá ser encaminhado pela SESA. E que as dificuldades para pleno funcionamento deste
401 Projeto são em parte decorrente do não comparecimento das crianças agendadas, e que para sua
402 continuidade se faz necessário que os gestores dos 19(dezenove) municípios beneficiados
403 confirmem o interesse de continuar, e no caso de desistência possa ser substituído a tempo de
404 evitar prejuízos. E em relação aos 02(dois) contêineres que estavam sem utilização o Reitor da
405 UFC firmou termo de cooperação com a SEJUS para utilização por um ano e meio. E sugeriu
406 que a Direção do COSEMS se articulasse com os Consórcios para saber quem tem interesse de
407 assumir o funcionamento desses 02(dois) contêineres após o término de vigência do termo
408 firmado com a SEJUS. Com base nas sugestões apresentadas pela Dra. Walda a Direção do
409 COSEMS/CE assumiu a responsabilidade de fazer os contatos com os gestores de saúde dos 19
410 municípios para saber quem tem interesse de permanecer no Projeto, e de se articular com os
411 Presidentes dos Consórcios para saber quem tem interesse de assumir o funcionamento desses
412 02(dois) contêineres após o término de vigência do termo firmado com a SEJUS. **Item 2.6.**
413 **Revisão do Limite Financeiro da MAC – Competência Março de 2017.** Vera apresentou a
414 proposta de atualização do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade dos
415 municípios do Estado do Ceará. Esclareceu que as alterações foram decorrentes de: (a)
416 Incorporação de novos recursos federais do Bloco MAC no valor de R\$ 66.307.554,51 alocados

através das Portarias do MS/GM: nº 2.198/2016 Terapia Nutricional Enteral do Hospital do Coração do Cariri, nº 2.199/2016 Incentivo UPA- Jijoca de Jerioacoara, nº 2.854/2016 Incentivo Saúde Pessoa com Deficiência- CER II Fortaleza, nº 2.876/2016 Incentivo CAPS I Graça, nº 2.877/2016 Incentivo CAPS I Varjota, nº 2.899/2016 UTIN do Hospital da Mulher de Fortaleza, nº 2.900/2016 UCINCo do Hospital da Mulher de Fortaleza, nº 2.909/2016 UTI Adulto do Hospital da Mulher de Fortaleza, nº 2.913/2016 UCI do Hospital Geral do Brejo Santo, nº 2.977/2016 Incentivo UAD do Icó, nº 2.988/2016 UTI do Hospital Waldemar Alcântara- Fortaleza, nº 3.016/2016 EMAD de Baturité, nº 3.069/2016 Traumatologia Ortopedia do Hospital Regional do Cariri, nº 3.102/2016 Terapia Nutricional do HIAS, nº 3.127/2016 Incentivo Residência Médica da Santa Casa Sobral, nº 3.200/2016 UCO do Hospital do Coração do Cariri, nº 3.206/2016 Incentivo CAPS AD III de Maracanaú, nº 3.211/2016 Incentivo CER II Policlínicas de Barbalha e de Pacajús, nº 3.304/2016 SDM da Policlínica de Russas, nº 3.309/2016 Unidade de AC Cardiovascular do Hospital de Messejana, nº 3.325/2016 UTI tipo II do Hospital Regional Norte, nº 3.422/2016 RUE do Hospital São Vicente de Paulo de Barbalha, Hospital Maternidade Santo Antonio de Barbalha, Hospital Geral do Brejo Santo, Hospital Maternidade São Francisco do Crato, Hospital São Raimundo do Crato, Hospital Regional de Iguatu e Hospital Regional do Cariri, nº 3.340/2016 Incentivo SAMU Eusébio, nº 3.374/2016 Incentivo UPA de Granja, nº 3.444/2016 AC em Oncologia de Fortaleza, Barbalha e Sobral, nº 3.373/2016 Incentivos da Rede de Atenção às Urgências para Hospitais de Fortaleza: Batista, da Mulher, Fernandes Távora e HGF, nº 3.399/2016 Oncologia Fortaleza, nº 15/2017 EMAP de Acaraú, Aracati e Pacajús, nº 22/2017 Inclusão de procedimentos Doença de Gaucher, nº 240/2017 Incentivo UPA de Camocim, nº 3.214/2016 Incentivo CER II Policlínica de Caucaia e nº 3.236/2016 Incentivo CER II Policlínica de Sobral; **(b)** Suspensões de recursos federais no valor de R\$ 2.055.224,66 estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº 2.240/2016 Incentivos de LRPD de Camocim R\$ 72.000,00, Cascavel R\$ 72.000,00, Caucaia R\$ 54.000,00, Crateús R\$ 39.450,00, Crato R\$ 119.550,00, Juazeiro do Norte R\$ 126.000,00, Russas R\$ 180.000,00, São Gonçalo R\$ 72.000,00 e Tauá R\$ 72.000,00; nº 2.677/2016 Desabilitação do CEO de Umirim R\$ 118.800,00 ; e GM Nº 467/2017 Incentivos IAC e INTEGRASUS da Associação Proteção Maternidade Infância de Caucaia R\$356.124,62, Associação Proteção Maternidade Infância de Ipu R\$157.492,46 e Associação Comunitária de Milagres R\$ 60.267,58; **(c)** Portaria GM nº 273/2017 Mudança de gestão do Incentivo da UPA de Pentecoste; **(d)** Alterações da PPI Ambulatorial e Hospitalar de Referência até Dez/2016; e **(e)** Retorno do valor de R\$ 480.000,00 para o Limite Financeiro de Itarema referente ao ajuste pactuado na Resolução CIB/CE nº90/2016. Os recursos federais alocados para o Estado, com vigência a partir de março /2017, totalizam R\$ 1.847.896 mil, distribuídos da seguinte forma: para o FUNDES o valor de R\$ 451.069 mil (24,4%), para os FMS R\$ 1.365.460 mil (73,9%), e retidos no FNS para pagamento dos Hospitais Universitários Federais R\$ 31.367 mil (1,7%). **Natanael Alves da Silva**, Secretário de Saúde de Deputado Irapuã Pinheiro questionou as alterações na PPI Ambulatorial e Hospitalar de Referência do seu município. Vera esclareceu que as alterações foram feitas pelos gestores municipais e nesse caso específico trata da retirada de procedimentos de ultrassonografia da programação de referência para Acopiara, e que a documentação se encontra no NUICS/CORAC. **Josete** fez comentários sobre as Portarias GM/MS nº 3211, 29/12/2016 Incentivo CER II Policlínicas de Barbalha e de Pacajús, de nº 3.214/2016 Incentivo CER II Policlínica de Caucaia e a de nº 3.236/2016 Incentivo CER II Policlínica de Sobral que instituiu recursos federais de custeio da Rede de Cuidados a Pessoa Com Deficiência- Viver sem Limites, para essas Policlínicas no valor mensal de R\$ 140mil cada, que está sendo provisionado para o FUNDES, sendo os primeiros recursos federais alocados, e o que foi dito aqui na CIB foi de que toda vez que houvesse provisão de recursos federais para o custeio de Serviços das Policlínicas se encaminharia uma discussão no sentido de desonerar a cota parte dos municípios nos Contratos de Rateio dos Consórcios. Destacou que esses recursos foram alocados em decorrência da confirmação diagnóstica das crianças com microcefalia que levou as Policlínicas a estruturarem esse Serviço. E disse ainda, existem dois caminhos a percorrer, o primeiro é

insistir com o MS para habilitar os serviços das demais Policlínicas, e o segundo é a convocação da Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento para discutir a forma como desonerar a cota parte dos municípios nos Contratos de Rateio dos Consórcios para desafogar as contas municipais. **Vera** relatou que ocorreu uma discussão na CIB em relação a busca de pacientes com microcefalia no Estado, o que resultou na pactuação e seleção das Policlínicas para realizarem essa ação. E que o MS para realização do rastreamento e confirmação diagnóstica das crianças com microcefalia alocou recursos específicos. Esclareceu que em seguida foi pactuado as revisões dos Planos de Ação Regional das Redes de Cuidado a Pessoa Com Deficiência em decorrência da identificação de um grande número de crianças com microcefalia no Estado e da indisponibilidade de recursos financeiros federais para construção dos CER programados nos referidos planos, fatos que levaram o MS a incentivar a estruturação de Serviços de Reabilitação em Unidades já existentes no Sistema e a sua habilitação junto a Rede. Deste modo foram habilitados os Serviços de Reabilitação Física e Intelectual das Policlínicas junto a Rede de Cuidado a Pessoa Com Deficiência para atendimento das crianças que foram confirmadas com microcefalia, garantindo assim a continuidade do cuidado. E que os recursos estão sendo alocados para o custeio destes Serviços. **Josete** colocou que entendeu, mas em tempo de cortes orçamentários e de limitação de gastos, se faz necessário a revisão dos custos a cargo dos municípios. E propôs abrir a discussão sobre o impacto desses recursos nas contas das Policlínicas, o que esse Serviço acresceu de despesas e qual a contribuição desses recursos para as receitas. E concluiu propondo o encaminhamento para discussão da forma como esses recursos podem desonerar a cota parte dos municípios nos Contratos de Rateio das Policlínicas. **Lilian** informou que os profissionais dessas Policlínicas foram capacitados pelo NUTEP/UFC, através de convênio com a SESA no valor de R\$ 1.100 mil, para a implantação do serviço de reabilitação para as crianças com microcefalia. Aproveitou a oportunidade e solicitou a Secretária de Fortaleza que fosse providenciado a incorporação no PCEP dos novos recursos federais alocados para as unidades estaduais, bem como a mudança da responsabilidade de gestão dos recursos destinados ao Hospital Geral Waldemar Alcântara. Após essas discussões a Plenária da CIB/CE acatou a formalização da Resolução acima referida e a convocação da Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento para discutir a forma como desonerar a cota parte dos municípios nos Contratos de Rateio dos Consórcios para desafogar as contas municipais. **Item 2.7. Pactuação da Proposta de Implantação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand no Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, do Estado do Ceará.** A CIB após conhecimento do parecer da Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM pactuou a inserção da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC, na Rede de Hospitais de Referência para o Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar do Estado do Ceará e aprovou a sua habilitação como Hospital de Referência do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica de Âmbito Hospitalar, considerando os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. **Item 2.8. Pactuação do credenciamento/habilitação da Fundação de Ciências e Pesquisas Maria Ione Xerez de Vasconcelos - FUNCIFE, no Programa de Atenção ao Portador de Glaucoma, localizada no município de Fortaleza.** A CIB/CE pactuou o credenciamento/habilitação da Fundação de Ciências e Pesquisas Maria Ione Xerez de Vasconcelos - FUNCIFE, no Programa de Atenção ao Portador de Glaucoma, CNPJ Nº. 003.409.91/0001-51 e CNES nº 2785889, localizada no município de Fortaleza, para prestar assistência aos pacientes portadores de Glaucoma, no âmbito do SUS, de acordo com a Portaria SAS/MS Nº. 920/2011. **Item 2.9. Formalização da Resolução Nº. 01/2017 CIB/CE, datada de 1º/02/2017, que homologa a Resolução Nº. 42/2016 - CIR/Crato, que trata da habilitação de 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN tipo II da Sociedade Beneficente São Camilo – SBSC / Hospital e Maternidade São Francisco de Assis, localizado no município do Crato/CE.** A CIB/CE homologou a Resolução Nº. 42/2016 - CIR/Crato que trata da Habilitação de 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN tipo II da Sociedade Beneficente São Camilo – SBSC / Hospital e Maternidade São Francisco de Assis, estabelecimento de Saúde localizado no

município do Crato/CE, e da solicitação junto ao Ministério da Saúde do recurso correspondente ao impacto financeiro com diárias dos 20 (vinte) leitos de UTIN tipo II, calculado no valor máximo anual o total de R\$ 2.628.000,00 (dois milhões e seiscentos e vinte e oito mil reais).

Item 2.10. Homologação da Resolução Nº. 012/2016 da CIR - Fortaleza, que trata das habilitações dos Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) do Instituto do Câncer do Ceará - ICC, localizado no município de Fortaleza. A CIB/CE homologou a Resolução Nº. 012/2016 da CIR - Fortaleza/CE, datada de 22 de novembro de 2016, que trata das Habilitações dos Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) do Instituto do Câncer do Ceará - ICC, CNES Nº. 2723220, localizado no município de Fortaleza, considerando os critérios estabelecidos na Portaria GM/MS Nº 189/2014.

Item 2.11. Homologação da Resolução Nº. 52/2016 da CIR/MR Juazeiro do Norte, que trata da aprovação do Contrato firmado entre o gestor municipal de Barbalha e o prestador de serviços: Hospital Maternidade São Vicente de Paulo. A CIB/CE homologou a Resolução Nº. 52/2016 – CIR/MR Juazeiro do Norte, datada de 09 de agosto de 2016, que aprova o Contrato firmado entre o gestor municipal de Barbalha e o prestador de serviços: Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, Convênio Nº. 133/2016, conforme Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), de acordo com as diretrizes da Portaria GM/MS Nº. 3.410, 30 de dezembro de 2013.

Item 2.12. Homologação da Resolução Nº. 42/2016 da CIR/13ª Região de Saúde - Tianguá, que trata da aprovação da habilitação de mais 02 (dois) quartos PPP's do Centro de Parto Normal – CPN do Hospital e Maternidade Madalena Nunes, localizado no município de Tianguá, junto à Rede Cegonha.

Item 2.13. Homologação da proposta cadastrada no FNS, de Emenda Parlamentar Nº. 20830009, apresentada pelo município de Penaforte (CE) referente à aquisição de Equipamentos e Material Permanente para o Hospital Municipal João Muniz (CNES 2527065) no valor total de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), com recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde – FNS.

Item 2.14. Homologação da Resolução Nº. 18/2016 da CIR - Canindé, datada de 13/12/2016, que trata da renovação da habilitação da Sociedade Hospitalar São Francisco de Canindé / Hospital e Maternidade Regional São Francisco, na Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero (QualiCito), como Serviço Laboratorial Tipo 1, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. A CIB/CE homologou a Resolução Nº. 18/2016 da CIR - Canindé, datada de 13 de dezembro de 2016, que trata da renovação da habilitação da Sociedade Hospitalar São Francisco de Canindé / Hospital e Maternidade Regional São Francisco, CNES 2527413, na Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero (QualiCito), como Serviço Laboratorial Tipo 1, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Item 2.15. Pagamento Administrativo. A CIB/CE a gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza a pagar administrativamente ao Hospital São Carlos, estabelecimento privado com registro no CNPJ Nº. 11.794.674/0001-21 e CNES Nº. 3189546, localizado em Fortaleza, com recursos provenientes dos rendimentos financeiros do teto da Média e Alta Complexidade - MAC do Município de Fortaleza, a quantia de R\$ 1.115,91 (Hum mil, cento e quinze reais e noventa e um centavos), conforme justificativa apresentada pelo Dr. Felipe dos Santos Dias Soares, Coordenador da CORAC/SESA.

Item 2.16. Credenciamento/Habilitação na Estratégia Saúde da família. Com base no parecer técnico do NUAP/COPAS a CIB/CE aprovou a habilitação de 07 Equipes de Saúde da Família - PSF Modalidade I para Sobral; NASF 1 para Ipu; Mudança de Modalidade do NASF 2 para 1, do município de Jijoca de Jericoacoara, Quiterianópolis e Tururu; e Mudança de Modalidade do NASF 3 para 2 do município de Baixoio.

ÍTEM EXTRA PAUTA. Item 2.17. Solicitação de Habilitação do Instituto Dr. José Frota como Centro de Trauma Tipo III, no código 34.03, conforme os requisitos da Portaria GM/MS Nº. 1.366, datada de 08/07/2013. A CIB/CE aprovou a habilitação do Instituto Dr. José Frota - IJF como Centro de Trauma Tipo III,

registrado no CNES sob o número 2529149, localizado no município de Fortaleza/CE, integrante do Sistema Único de Saúde - SUS do Estado do Ceará, segundo os critérios da Portaria GM/MS Nº. 1.366/2013; e a solicitação junto ao Ministério da Saúde de recursos adicionais do Bloco da Média e Alta Complexidade - MAC correspondente ao impacto financeiro anual referente ao incremento de 80% com a realização de 12.780 (doze mil, setecentos e oitenta) procedimentos constantes do Anexo V da Portaria acima citada no valor de R\$ 10.358.088,92 (dez milhões, trezentos e cinquenta e oito mil, oitenta e oito reais e noventa e dois centavos). **Item 2.18. Aprovação dos Contratos firmados entre a SMS de Fortaleza e os prestadores de serviços: Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC e o Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC, conforme Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).** Arnaldo, Assessor da SMS de Fortaleza, colocou que os contratos foram elaborados com base na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelecida através da Portaria GM/MS Nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que dispõe sobre as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e da Portaria GM/MS Nº. 3.410, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). E que as metas físicas e qualitativas foram definidas após discussão e acordos firmados entre a SMS de Fortaleza e os prestadores de serviços: Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC e o Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC. A CIB/CE aprovou os contratos acima referidos. **Informe 3.1.** Solicitação de Alteração das datas das reuniões da CIB para que ocorram junto às oficinas do SIOPS na Macrorregião de Saúde de Sobral e Cariri, que serão realizadas nos meses de março e abril de 2017. Portanto, as datas das reuniões itinerantes da CIB serão dia 17 de março em Sobral e dia 20 de abril no Cariri. Ambas no período da manhã. **Informe 3.2.** Novo Modelo de Gestão da Central de Regulação SESA/SMS Fortaleza. O Dr. Mozart Ney Rolim Teixeira, coordenador da CRIFOR, iniciou a sua fala dizendo que a atual gestão da SMS de Fortaleza e da SESA acordaram em elaborar uma nova proposta de regulação. O que acontecia era que existia uma Central de Regulação da SMS de Fortaleza- CRIFOR que tinha diversos recursos e outra Central de Regulação Estadual que tinha a atribuição principal de respeitar as pactuações dos municípios, as duas trabalhando com processos desarticulados. Citou como exemplo o paciente que vinha de outro estado para realizar um transplante e precisava de UTI, quem cuidava da regulação desse Serviço era a CRIFOR, quando o regulador ligou para a CRIFOR disseram que quem regulava o paciente com residência fora do estado era a Central de Regulação Estadual. Outro fator motivador da nova proposta é de que se precisava de um contingente de pessoal muito maior do que a CRIFOR e a Central de Regulação Estadual dispunha, no momento de crise que não se tem como aumentar os recursos, todos os gestores sabem que a otimização dos recursos se faz primordial para a gestão. Então resolvemos integrar, integrar não significa que deixou de existir a Central de Regulação Estadual e nem a CRIFOR, mas o processo de trabalho das duas centrais é único. Atualmente um regulador da CRIFOR servidor do município de Fortaleza acompanha o caso de um paciente vindo do Interior para entrar em Fortaleza, ou até mesmo um caso do Interior para entrar em outro município do Interior olhando as redes de Atenção. Nesses 10(dez) meses de integração tem-se constatados alguns bons resultados, como por exemplo: um paciente com câncer no pâncreas, residente em Maracanaú, precisava ser regulado para fazer a cirurgia, a CRIFOR entrou em contato com o Chefe de Cirurgia do HGCC e ele se comprometeu em receber o paciente, e a CRIFOR tem a prerrogativa de acompanhar o paciente. Quando se faz isso de forma integrada não há mais gerencia estadual única sobre o hospital e nem a gestão municipal, mas existe uma Central de Regulação que está tentando se apropriar dos recursos e diz esse paciente não irá para a Emergência do HGF ele será regulado para o HGCC operar. O intuito da integração das Centrais de Regulação é ter um melhor ordenamento da linha do cuidado dos pacientes. O trabalho da Central de Regulação aumentou muito, o quantitativo de pessoal é muito grande. O desafio hoje é enorme, se não houver uma integração, uma rede funcionando, ninguém faz nada sozinho. Esclareceu que a Central de Regulação Estadual tem uma chefia, a Dra. Ana Paula e que as duas chefias formam um colegiado para tomada de decisão, porque

Fortaleza precisa que o paciente chegue aqui de forma organizada, para não ficar no corredor, isso na assistencial hospitalar. Na ambulatorial é a mesma coisa, a Juíza da 6ª Vara Federal determinou que todas as consultas de ortopedia sejam registradas no Sistema de Regulação para dar transparência, e posteriormente serão incluídas as consultas de urologia e otorrinolaringologia, e as filas por decisão judicial serão publicizadas e todo o cidadão com o seu CPF poderá vê a sua posição na fila e o seu andamento. Para esse nível de organização precisa-se trabalhar de forma integrada. Finalizou dizendo que este trabalho está sendo feito só para a Macrorregião de Fortaleza, e que surgiu um boato que seria para o Estado todo, mas isso não é verdade. E se colocou a disposição para quaisquer esclarecimentos. **Sayonara** rebateu dizendo que não é boato não, pois em reunião no Hospital Regional do Cariri o secretário estadual Dr. Henrique colocou que essa Central estaria assumindo as Centrais de Regulação da Macrorregião do Cariri e da Macrorregião de Sobral. **Mozart** esclareceu que o Dr. Henrique quis dizer que caso essa proposta der certo será expandida para as outras Macrorregiões. Existe a experiência em alguns estados de que a regulação pode ser feita a distância. Mas aqui não temos nada de concreto. **Marcelo Sobreira**, Secretário de Saúde de Iguatu, colocou que para essa integração envolver as outras centrais se faz necessário ampliar as discussões na CIB. Pois não acredita numa solução em que uma única central venha melhorar, o que vai acontecer é que vamos ficar com o paciente para ele morrer no município. E propôs que faça uma experiência dessa proposta, antes de sua implantação definitiva. **Sayonara** acrescentou que não se deve abandonar as centrais macrorregionais, e entende que ter centrais regionais era desperdício de recursos, mas as centrais macrorregionais organizadas e trabalhando de forma integrada é uma necessidade. Os gestores deveriam participar das discussões desde o início desta proposta, o COSEMS deveria ter sido chamado para opinar. E sugeriu que fosse feito um grupo de trabalho com a participação dos gestores municipais para que se tenham maiores informações sobre essa proposta. Finalizou dizendo que esse momento é de informe de uma coisa que já aconteceu. **Dra. Lilian** esclareceu que já aconteceu na Macrorregião de Fortaleza. O receio é de que acabe as centrais de regulação das Macrorregiões do Cariri e da Região Norte. E acrescentou que só houve integração dos processos de trabalho, não mudou as programações. Numa visão de futuro pode se integrar todas as centrais sim. Isso é um processo que temos que avançar na Macrorregião Fortaleza para depois ser envolvidas as outras, sim. **Teresa Cristina Alves**, Secretária de Saúde de Potiretama, colocou que a Central de Regulação da Macrorregião de Fortaleza está abrangendo as Macrorregiões do Sertão Central e a do Litoral Leste Jaguaribe, e os gestores municipais não participaram da discussão desta proposta. **Josete** disse que a sensação que os gestores municipais estão tendo é como se estivesse sido marcado uma festa de aniversário na sua casa e você não soubesse. Quem é que mais enfrenta esse dilema no dia a dia fora de Fortaleza? Os municípios. Quem é que está dia e noite sem dormir no WhatsApp aperriando um e outro? Os gestores municipais. Ai se faz uma proposta de reorganização dessa e os gestores tomam conhecimento através de fuxico, como contação de história. Não houve em nenhum momento um diálogo com os municípios do Interior. Não é que a proposta seja ruim, seja inadequada, sou um crítico do modelo de regulação existente, sempre tivemos longos atritos e insatisfações. Não é que estejamos contra o que está posto, queremos ser ouvidos. Vamos marcar um momento para que os municípios envolvidos possam participar. **Vera** sugeriu e foi aceito por esta Comissão a convocação da Câmara Técnica de Regulação, Controle, e Avaliação para discussão desta proposta, e posteriormente seja agendada reuniões com os gestores e reguladores municipais da área de abrangência da Central de Regulação da Macro Fortaleza. **Informe 3.3. Ação Civil Pública- MPF. Dra. Lilian** informou que o Procurador da República Dr. Alessandro Wilckson Cabral Sales é autor da Ação Civil Pública, constante do Processo nº. 0002012-48.2006.4.05.8100 que tem como Réu a União Federal, o Estado do Ceará, o Município de Fortaleza e a Universidade Federal do Ceará. Na Audiência realizada em 23/01/2017 a Dra. Cíntia Menezes Brunetta, Juíza Federal Titular da 35ª Vara da Seção Judiciária do Ceará respondendo pela 6ª Vara, decidiu delimitar as seguintes tarefas para a CIB/CE que deverão ser encaminhadas até o dia 15 de março de 2017: **a)** A relação de Municípios do Estado do Ceará

677 que não apresentaram nos dois primeiros meses do ano de 2017 produção registrada acima de
678 60%, referente ao Teto MAC; **b)** A justificativa municipal para essa falta de registro de produção
679 e a destinação dos valores referentes ao recebido a título do Teto MAC; **c)** Solução para nova
680 redistribuição de recursos, considerando-se o não registro da produção. Ressaltou que em contato
681 com a Juíza Dra. Cíntia esclareceu a impossibilidade do envio dessas informações nessa data,
682 tendo em vista que os Sistemas Nacionais de Informações Ambulatorial e Hospitalar permitem a
683 entrada de dados de produção das competências janeiro e fevereiro até abril/2017. Ficando
684 adiado o envio das tarefas para o início de maio/2017. Em seguida Vera apresentou um estudo
685 que realizou relativo ao período de janeiro a novembro de 2016. No tocante a alimentação do
686 banco de dado SIA 83,2% dos municípios alimentaram de forma regular e 16,8% alimentaram de
687 forma irregular, em relação ao SIH 66,3% dos municípios alimentaram de forma regular e 33,7%
688 alimentaram de forma irregular, dentre esses 19 municípios não alimentaram nenhuma
689 competência no período estudado. Em relação a Produção SIA e SIH, 33,7% dos municípios
690 alcançaram um desempenho em relação ao Limite Financeiro da MAC, excluídos os recursos
691 federais de incentivos e das cirurgias eletivas sob gestão estadual, igual ou acima de 60% , a
692 grande maioria representada por 66,3% dos municípios se encontram abaixo de 60%. E
693 esclareceu que esse cenário poderá ser modificado com o empenho dos novos gestores de
694 acompanhar o processo de registro das produções das unidades sob gestão municipal junto a
695 esses sistemas. **Informe 3.4.** Situação do Programa Estadual de Fortalecimento da Atenção
696 Especializada – Hospitais Polo não houve repasse do informe. **Informe 3.5.** Programa Mais
697 Médicos - Reposição de vagas em aberto nos municípios de Dezembro de 2016 a Fevereiro de
698 2017. **Sílvia Bonfim**, Coordenadora da CGEPS, colocou que esse Programa tem uma relação
699 direta com o MS, que lança através de edital as vagas para que os municípios façam adesão. No
700 Ceará o Programa é acompanhado pela CCE, por instituições de ensino e pela gestão dos
701 municípios. Os médicos selecionados através de edital são acompanhados por 06(seis)
702 instituições de ensino: Escola de Saúde da Família de Sobral, ESP/CE, UFC Cariri, UFC,
703 UNILAB e a SMS de Fortaleza- Centro de Saúde Escola. O Programa dispõe de 14
704 coordenadores, 128 supervisores, e 1.306 médicos cadastrados, sendo 1.024 do Programa Mais
705 Médico e 282 do PROVAB. No momento os quatro editais se encontram encerrados e estamos
706 aguardando a abertura do novo edital pelo MS. Finalizou propondo que esse assunto seja
707 incluído na pauta da próxima reunião ampliada do COSEMS, para que os novos gestores possam
708 ter informações mais detalhadas sobre o Programa. **Informe 3.6.** Descontinuidade de resultados
709 do Teste do Pezinho. Dra. Liana Perdigão, Diretora do LACEN, informou que os exames Teste
710 do Pezinho deixaram de ser realizados em Setembro /2016 por falta de abastecimento dos
711 insumos, pois as empresas fornecedoras não foram pagas a partir de Janeiro de 2016 e elas
712 resolveram suspender os suprimentos. Os recursos são oriundos do FAEC e creditados no FMS
713 de Fortaleza, que não repassou para o FUNDES nenhuma parcela em 2016 e em 2015 só
714 repassou 03(três) parcelas. O Estado pagou um débito de mais de 5milhões de reais aos
715 fornecedores e atualizou o pagamento em Dezembro de 2016, que neste momento já se
716 encontravam pendentes no LACEN 30mil exames. A demora na entrega dos resultados ocorreu
717 por essa razão, a Equipe do LACEN ainda está trabalhando em regime de plantão, para realizar
718 as análises do material que já tinham sido enviados pelos municípios, dado que são realizadas
719 quatro fases do teste do pezinho, isso implica que para cada teste são feitos seis testes. A
720 estimativa para finalizar esse trabalho é final de Fevereiro/2017. Neste ano já se encontram
721 pendentes 22 mil exames e o débito registrado é de R\$ 1.500 mil. **Arnaldo** esclareceu que parte
722 dos recursos para realização dos exames do PNTN é do FAEC e parte é do Limite da MAC, e
723 que todo o recurso do Limite MAC foi incluído no PCEP e está sendo repassado para o HIAS,
724 cabendo a SESA a responsabilidade de distribuir estes recursos para o LACEN. Dra. Lilian
725 confirmou a fala da Liana dizendo que a maior parte destes recursos é oriunda do FAEC. E se
726 comprometeu a realizar uma reunião entre a SESA e a SMS Fortaleza para fazer um encontro de
727 contas dos recursos federais do PNTN. **Zuila e Sayonara** destacaram que os municípios também
728 estão tendo problemas com a realização dos exames de citologia referenciados para o IPCC,

729 dado as condições de sucateamento dos equipamentos. **Informe 3.7.** Divulgação do Termo de
730 Ajuste Sanitário- TAS nº 386 para conhecimento e acompanhamento de sua celebração pela CIB-
731 CE, conforme estabelecido no Art. 9º da Portaria GM/MS nº 2.046/2009, alterado pelo Art.1º da
732 Portaria GM/MS nº 768/2011: - A vigência do TAS firmado entre o Ministério da Saúde e o
733 Município de Jardim/CE, relativo ao Processo 25000.124194/2015-53, publicado no Diário
734 Oficial da União, Seção 3, nº 60, 30/03/2016, página 134, com vigência até 17 (dezessete) meses
735 contados da data de publicação. A sua finalidade é de corrigir impropriedades registradas no
736 Relatório de Demandas Externas nº 00206.001407/2011-17-CGU, decorrentes do
737 descumprimento de obrigações previstas em normativos do Ministério da Saúde relativas à
738 gestão do Sistema Único de Saúde- SUS. Valor financiado com recursos próprios ou do Tesouro
739 Municipal R\$ 402.844,52. **Informe 3.8.** Declarações de Incentivo ao PACS e PSF pendentes na
740 CIB por falta de assinatura dos Secretários de Saúde: Granja, e Pereiro. **Informe 3.9.** Ordens de
741 Serviços e Atestados de Conclusão de Edificações encaminhados à Secretaria Executiva da CIB,
742 para conhecimento, conforme estabelecido na Portaria GM/MS Nº. 1.401, de 15 de junho de
743 2011 e nas Portarias GM/MS Nº. 339, 340 e 341 de 04 de março de 2013: - Ordem de Serviço de
744 construção de UBS: 01 em Arneiroz, 01 em Maracanaú, 01 em Senador Pompeu e 01 em
745 Ubajara; - Ordem de Serviço de construção CAPS AD III: 01 em Limoeiro do Norte; - Ordem de
746 Serviço de Ampliação de UBS: 01 em São Gonçalo do Amarante; - Ordem de Serviço de
747 construção de Academia da Saúde: 01 em Assaré; - Ordem de Serviço de construção da Unidade
748 de Acolhimento: 01 em Limoeiro do Norte; - Atestado de Conclusão de Construção de UBSF: 02
749 em Barbalha, 01 em Cedro, 04 em Fortaleza, 01 em Frecheirinha, 01 em Itapiúna, 01 em
750 Itarema, 01 em Jaguaribara, 01 em Mucambo, 01 em Milagres e 01 em Quixeré; - Atestado de
751 Conclusão de Ampliação de UBSF: 04 em Cedro, 01 em Quixeré e 01 em Sobral; - Atestado de
752 Conclusão de Construção de Academia da Saúde: 01 em Guaraciaba do Norte, 01 em Salitre e 01
753 em Tabuleiro do Norte; - Atestado de Conclusão de Construção de CAPS: 01 em Fortaleza.
754 **Informe 3.10.** Informativo CGEPS/SESA. A Coordenadoria de Gestão da Educação Permanente
755 em Saúde/ Núcleo de Valorização, Negociação e Educação em Saúde da Secretaria da Saúde do
756 Estado do Ceará - NUVEN/CGEPS/SESA, objetivando socializar e divulgar as ações realizadas
757 no ano de 2016 encaminhou o informativo, que apresenta neste primeiro volume as ações no
758 âmbito da Política de Educação Permanente em Saúde, desenvolvidas por esta Coordenadoria.
759 Nada mais havendo a tratar, a plenária da Comissão Intergestores Bipartite deu por encerrada a
760 **1ª reunião de 2017 do referido Colegiado**, cuja Ata foi lavrada por mim, Vera Coêlho, e
761 assinada em folha de frequência pelos membros titulares e suplentes que compareceram.
762 Fortaleza **dezessete dias do mês de fevereiro** do ano de dois mil e dezessete.