

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 5ª REUNIÃO DO ANO 2018

Aos vinte do mês de abril do ano de dois mil e dezoito, no Auditório Valdir Arcoverde, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, em Fortaleza, realizou-se a quinta Reunião Ordinária do ano de dois mil e dezoito da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representado o Componente Estadual: Lilian Alves Amorim Beltrão, Secretária Executiva da Saúde; Francisco Ivan Rodrigues Mendes Junior, Coordenador de Políticas e Atenção à Saúde; Roberta de Paula Oliveira, Supervisora do Núcleo de Controle de Vetores/COPROM; Moacir Tavares Martins Filho, Coordenador da CORES e Vera Maria Câmara Coelho, Assessora Técnica da Secretaria Executiva da SESA e Secretária Executiva da CIB; Representando o Componente Municipal: Fernando Wilson Fernandes, Secretária Municipal de Saúde de Camocim; Emair Silva Borges, Coordenadora de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria- CORAC/SMS Fortaleza; Maria Nizete Tavares Alves, Secretária Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte; 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 Coelho sob a presidência da Dra. Lilian Alves Amorim Beltrão. A Diretoria do COSEMS/CE se fez representar pelo Rilson Andrade, Secretário de Saúde de Quixelô. **APRESENTAÇÃO: Item 1.1. Situação atual da Residência Integrada em Saúde – RIS (ESP).** Vera fez uma breve introdução sobre o tema a ser discutido que foi uma solicitação do COSEMS para que fosse apresentado na CIB, diante da importância da RIS como uma ação estratégica do Estado, contribuindo no desenvolvimento de ações intersetoriais e o envolvimento da comunidade através do trabalho dos profissionais, que foram vistas pelo Ministério Público do Estado do Ceará como uma ação que precisa ser incentivada pelos gestores Estadual e municipais na busca da sustentabilidade dessa Residência. Em seguida convidou a Coordenadora da RIS para fazer a apresentação. **Dra. Amanda Frota** agradeceu a oportunidade de poder estar na CIB para falar da RIS e comunicou que a sua apresentação será compartilhada com a Dra. Aline Evangelista, onde destacará os impactos das ações inovadoras, bem como a RIS vem trabalhando no Estado enquanto processo de formação em serviço. Destacou que a dissertação de mestrado da Aline foi uma avaliação da RIS em relação as ações de saúde mental e após a conclusão do mestrado ela se integrou a equipe da Residência Integrada de Saúde, tendo uma visão de antes e depois da Residência, dessa forma trouxe uma grande contribuição para a RIS e por isso a convidamos para apresentar aqui na CIB, os resultados científicos encontrados sobre esse trabalho. **Aline** iniciou fazendo referência ao título da sua dissertação “Reflexos da Implementação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva no Ceará na Atenção Psicossocial”, tendo como objetivo geral analisar os reflexos da implementação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará na atenção psicossocial nos municípios de Aracati, Fortaleza, Horizonte e Iguatu, e como objetivos específicos: compreender os processos históricos, políticos e pedagógicos implicados na RISMIC-ESP/CE; compreender a percepção dos atores sociais envolvidos sobre os avanços e os desafios na atenção psicossocial com a implementação da RISMIC-ESP/CE; e identificar as novas ações e os novos projetos desenvolvidos no processo de implementação da RISMIC-ESP/CE, a partir da percepção dos atores sociais envolvidos. Esclareceu que participaram do estudo 34 atores sociais, dentre os quais secretários municipais de saúde; coordenadores de saúde mental; articuladores da RIS; gerentes dos CAPS onde os residentes estiveram inseridos; preceptores de campo; profissionais dos CAPS que interagiram com os residentes; e residentes da primeira e segunda turma da RISMIC/ESP-CE. A pesquisa apresentou os seguintes avanços: territorialização como estratégia de atenção psicossocial de conhecimento do território para o planejamento das ações para além da visão do caráter manicomial; atuação intersetorial de saúde, educação, serviço social e outras áreas afins de cada município; articulação das redes de atenção à saúde com ênfase no diálogo

53 entre Atenção Primária à Saúde (APS) e atenção psicossocial; matriciamento, clínica ampliada,
54 projeto terapêutico singular como tecnologias de cuidado psicossocial, instrumento pedagógico
55 de grande valia nesta pesquisa; desenvolvimento de estratégias de Educação Permanente
56 Interprofissional em Saúde Mental fazendo com que várias categorias profissionais dialoguem e
57 otimizem sua atuação, melhorando a saúde dos municípios; e fortalecimento da participação
58 popular comprometida com os movimentos sociais no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira
59 (RPB) e da luta antimanicomial que é muito relevante na RIS. Nestes quatros municípios foram
60 realizadas assembleias com esses setores sociais e usuários com discussões sobre as
61 vulnerabilidades existentes. Apesar dos avanços obtidos ainda existem muitos desafios. Em
62 função do tempo vamos relatar um trecho da pesquisa, de conteúdo temático de um preceptor de
63 campo que mostra a percepção dos usuários como acesso a saúde mental: Só o fato de você
64 quebrar essas histórias do paciente ir em busca do serviço e ter o estigma "há se for para o CAPS
65 é porque é doido", eles mesmos estão tendo uma nova visão de que eles não têm esse receio de ir
66 em busca do tratamento, porque antes havia uma resistência, se ia para lá "há vocês me deixam
67 doido", "me deixa drogado" e assim vai. E de um secretário de saúde que disse sobre a
68 interprofissionalidade desenvolvida a partir da Residência: [...] É enxergar o serviço de saúde
69 para além do ato médico, para além da figura médica. [...] Apesar dos avanços que nós tivemos,
70 ainda é muito médico dependente. Da estrutura, do conceito, da forma, do pensar, enfim. E a
71 chegada de um grupo multidisciplinar, de várias profissões, que tem vários olhares, serviu para
72 gente amadurecer um pouco mais essa questão de revisão do conceito e repaginação, portanto da
73 convivência, na percepção de equipe como um todo. Os principais desafios apontados na
74 pesquisa foram: as deficiências na infraestrutura e nos processos organizativos da ESP-CE;
75 dificuldades de infraestrutura e de organização dos municípios para receberem as equipes,
76 expressa pela falta de transportes para deslocamento dos profissionais para desenvolverem as
77 atividades de campo e da estrutura inadequada das unidades de saúde para receberem as equipes
78 que chegam, garantindo as condições ideais para a programação teórico-prática da RISMC-
79 ESP/CE; falta de incentivo financeiro para os preceptores, por parte dos gestores municipais e a
80 necessidade de mais formação pedagógica para estes profissionais, pois sem eles, não existe a
81 RIS; incerteza da continuidade das turmas de residentes nos municípios e/ou ampliação das
82 equipes municipais de saúde mental; e a necessidade contínua da desmistificação dos estigmas
83 sobre a loucura e a saúde mental. Em seguida destacou alguns trechos de relatos dos
84 entrevistados que tratam da importância do fortalecimento da RIS a nível estadual e municipal:
85 "A RIS como divisor de águas que trouxe uma nova roupagem, uma nova forma de cuidados, o
86 sair dos muros do CAPS e trabalhar nos territórios como em praças públicas, escolas, porque o
87 usuário não é do CAPS, mas do território". Consideramos como mais relevante o trecho que
88 relatou que a RIS deu uma "chacoalhada" nos territórios por onde passou. Finalizou dizendo que
89 a RIS já funciona há 5 anos e para continuar precisa de mais apoio financeiro e melhoria da
90 infraestrutura dos CAPS e UBS. Em seguida **Amanda** falou sobre algumas ações que estão
91 sendo implementadas pelos preceptores da turma atual, a residência em saúde mental está
92 atuando em doze cidades e a RIS como um todo, em dezenove cidades e sete hospitais de
93 Fortaleza. Onde existem as três modalidades: saúde mental, saúde da família e saúde coletiva, as
94 equipes interagem nas atividades entre saúde da família, CAPS e na Secretaria Municipal de
95 Saúde, visto que o papel da residência coletiva é fazer a articulação entre a saúde da família, o
96 CAPS e a comunidade, e também com as CRES. As equipes executam várias ações como
97 trabalho com arte, discussão de casos além das ações desenvolvidas por cada setor ou serviço
98 como, sala de gestão, sala de espera, projeto horta, grupos terapêuticos e práticas interativas,
99 grupo de idosos e outras atividades de matriciamento. Recomenda-se aos residentes de saúde
100 mental e saúde coletiva, a instalação das assembleias dos usuários dos serviços mental com as
101 famílias, mantendo sempre a interação e o diálogo entre os atores envolvidos na construção de
102 um sistema saudável e integral para todos. Ao final, voltou a falar da necessidade de
103 financiamento, pois os R\$ 450.000,00 destinados ao custeio da RIS não cobrem as necessidades
104 previstas, não chega ao mês de Agosto/2018. Esclareceu que já solicitaram a CIES, ao CESAU e

105 o próprio Secretário Estadual, que se comprometeu no envio de mais recursos conforme com a
106 disponibilidade orçamentária. Lembrou a Resolução nº 328 /2014 da CIB/CE que homologa a
107 implantação do Programa da RIS para o período de 2015 a 2018 e estabelece que os recursos
108 financeiros são repassados do FUNDES para a ESP/CE, na busca da construção de um futuro de
109 qualidade para o SUS-CE. Vera agradeceu a Amanda e Aline pelas apresentações e sugeriu que a
110 CIB convocasse a Câmara Técnica de Educação em Saúde a fim analisar as possibilidades de
111 captação de recursos para custeio da RIS a partir de agosto de 2018, e também que a
112 Coordenação da CORES fizesse um comunicado para os gestores municipais ressaltando a
113 importância do apoio logístico para os profissionais e preceptores que participam desse processo.
114 Destacou a importância da RIS para o sistema público de saúde, pois à medida que se amplia o
115 diálogo com a população, as pessoas possam compreender que os agentes, gestores e
116 profissionais, estão preocupados em fazer uma saúde diferente e inovadora para o cidadão. A
117 Procuradoria Geral de Justiça/Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude do
118 Ministério Público do Estado do Ceará reconhece a importância do fortalecimento destas ações
119 nos municípios, no enfrentamento do aumento do número de suicídios e outros agravos neste
120 segmento da população e de suas vulnerabilidades sociais, havendo, portanto necessidade de se
121 fazer uma abordagem diferente da convencional nos serviços de saúde. Em seguida a CIB/CE
122 acordou que fosse convocada a Câmara Técnica de Educação em Saúde para discussão e análise
123 da possibilidade de garantir a sustentabilidade financeira da RIS no Estado.
124 **PACTUAÇÕES/DELIBERAÇÕES: Item 2.1. Plano Estadual de Vigilância e Controle da**
125 **Tuberculose 2018/2020.** Esse item foi excluído de pauta a pedido da Coordenadora Estadual de
126 Tuberculose/COPROM/SESA. **Item 2.2. Plano de Ação para Qualificação da Atenção**
127 **Neonatal – QUALINEO.** Dra Rosy Oliveira, Coordenadora Estadual da Estratégia
128 QUALINEO iniciou dizendo que iria apresentar as estratégias do Programa QUALINEO para
129 subsidiar a pactuação do Plano de Ação entre o Estado, Municípios e os Hospitais. O Programa
130 foi iniciado em Junho de 2017 por iniciativa do MS em parceria com Estado e Municípios, com
131 duração prevista para dois anos, contando também com a participação de quatro maternidades:
132 Cesar Cals, Hospital Geral (HGF), Maternidade Escola Assis Chateaubriand- MEAC e Santa
133 Casa de Sobral. O objetivo superior é a redução da mortalidade neonatal, através da qualificação
134 da assistência. Esclareceu que o MS selecionou quatro Estados que se encontram com altos
135 índices de mortalidade e no Ceará pesou muito a existência do centro de referência em boas
136 práticas da Rede Cegonha, na MEAC. Os objetivos foram baseados na Política Nacional da
137 Atenção Integral da Saúde da Criança, bem como na Política de Imunização, para que se possa
138 colocar em prática mudanças capazes de transformar essa realidade. Apesar de terem sido
139 constatados alguns avanços, na área de neonatologia muitas crianças ainda estão morrendo.
140 Destacou que na atenção de qualidade a Rede Cegonha com foco voltado para a gestação, parto,
141 nascimento e o recém-nascido, além do aleitamento materno, cujos objetivos já são pactuados
142 em políticas anteriores do MS, do Estado e dos Municípios, precisa melhorar e observar o que
143 está impactando nesta mortalidade. Em seguida mostrou o processo de operacionalização que
144 consta das seguintes etapas: 1ª. Videoconferência de apresentação e pactuação da estratégia
145 QUALINEO realizada em 25 de maio de 2017; 2ª. Abertura oficial no Estado com a assinatura
146 do termo de compromisso; 3ª. Oficinas integradas do QUALINEO no Estado, sendo a primeira
147 oficina realizada na MEAC, quando se deu a pactuação, a segunda oficina na Cesar Cals, e a
148 terceira está programada para ocorrer no HGF; e a 4ª. Monitoramento e a avaliação. Ressaltou
149 que os Secretários de Saúde do Estado e do Município assinaram o Termo de
150 Compromisso/Adesão, juntamente com os diretores dos quatro hospitais/maternidade, e que
151 estão trabalhando nessa estratégia desde junho/2017 até agora, fazendo videoconferências com
152 apresentações dos resultados de cada Hospital que fez o Plano de Ação, destacando que algumas
153 mudanças internas já são evidenciadas. Estão sendo trabalhadas muitas mudanças de rotinas para
154 a qualificação desses hospitais através do preenchimento de um formulário de indicadores que
155 está influenciando diretamente nessa assistência que é o FORMSUS. Ao final dos dois anos os
156 hospitais poderão receber o selo que também foi pactuado em cima desses compromissos de

157 acordo com o objetivo final de melhorar a assistência neonatal. O QUALINEO está trabalhando
158 em vários projetos, hospitais amigo da criança, indicadores ligados diretamente a assistência
159 neonatal como UTIs, UCIs e outras atividades inerentes a essa assistência, entre elas a ordenha
160 no leito beneficiando os bebês prematuros, visto que esse leite contém todos os nutrientes
161 indispensáveis na recuperação dos bebês prematuros. Para que essa estratégia dê os resultados
162 esperados, é preciso juntar esforços com todos os segmentos: Atenção de Urgência e
163 Emergência, Atenção Primária, Secundária e Terciária, apoio nos pré-natais de qualidade
164 priorizando os exames das gestantes, pois sabemos que falhas nestes setores, resultam na
165 ocorrência de partos prematuros que vão impactar na mortalidade neonatal. Em cada encontro
166 com os gestores desses hospitais, nos informamos das dificuldades, do que melhorou e do que
167 ainda precisa melhorar através dos Planos de Ação de cada um, em conjunto com todos os atores
168 envolvidos. Nesse processo foram observadas três questões problemas comuns aos hospitais: 1ª.
169 Transporte neonatal insatisfatório por falta de qualificação dos profissionais em neonatologia e
170 insuficiência de equipamentos; 2ª. Bebês de longa permanência com problemas crônicos, e a
171 vaga fica presa, impedindo a entrada de outros bebês prematuros e para isso houve uma reunião
172 com o secretário adjunto da SESA cujo encaminhamento foi ampliação de leitos no Hospital
173 Waldemar de Alcântara que já recebe esses bebês; e 3ª. Superlotação desses hospitais que estão
174 recebendo pacientes além de sua capacidade, comprometendo além da assistência, a segurança
175 desses pacientes. Faltam equipamentos, insumos básicos, e até mesmo medicamentos, levando
176 esses pacientes ao óbito. Existem 175 leitos de UTI Neonatal no Estado, é preciso ampliar o
177 número de leitos que existem em alguns hospitais e que não funcionam por falta de estrutura,
178 porque não queremos ver crianças morrendo por falta de leitos neonatais. Nesse momento nossa
179 prioridade é resolver a falta de vagas existentes nos nossos hospitais, ampliando o número de
180 leitos neonatais e fazendo funcionar os leitos que existem em outros hospitais como já falamos
181 há pouco. Finalizou sua apresentação com a frase: “Para mudar o mundo, é preciso mudar a
182 forma de nascer”. **Maria do Carmo Queiroz**, Assessora do COSEMS/CE indagou se esse Plano
183 foi feito em parceria com o Projeto Nascer no Ceará, lançado pela 1ª Dama do Estado. **Rose**
184 respondeu que os objetivos são semelhantes e alguns representantes do QUALINEO estiveram
185 presentes ao evento. E acrescentou que o Plano de Ação está em construção e que irão trabalhar
186 com todos os setores, pois o importante é que o resultado de ambos os Projetos seja o mesmo:
187 reduzir a mortalidade neonatal no Ceará. Reforçou a importância dos municípios estarem
188 participando dessa construção, uma vez que a maioria das ações a serem executadas é de
189 responsabilidade dessa esfera, citando o pré-natal, transferências, transporte oportuno e que a
190 construção desse Plano deve ser responsabilidade das três esferas de governo. Esclareceu que
191 desde a 1ª Oficina, participaram representantes dos secretários municipais e também da Atenção
192 Primária e o convite está aberto para que outras pessoas que tiverem interesse, e serão muito bem
193 vindos. **Nizete Tavares** disse que sentiu falta da participação municipal na elaboração desse
194 Plano e segundo ela, se não tiver a participação da Atenção Primária e Secundária de Média
195 Complexidade, não vê como esse Plano poderá dar certo. **Dra. Lilian** reforçou que realmente
196 precisa da representação dos municípios, pelo menos um representante por macrorregião e que
197 sentiu falta da inclusão do Hospital São Vicente de Barbalha que é referência para gestante de
198 alto risco e que poderia estar recebendo a demanda ou parte dela, na Macrorregião do Cariri.
199 Destacou o problema da prematuridade onde o risco não é da gestante, mas do bebê, pois os
200 Hospitais de Fortaleza e Sobral estão lotados e é preciso também trabalhar com os hospitais do
201 Interior que são referência. Citou uma audiência que houve aqui no Ministério Público por causa
202 da superlotação em nossos hospitais e ficou decidido que todos ficariam com 20% a mais de sua
203 capacidade, portanto achamos interessante trazer a Macro Cariri para essa discussão. **Magda**
204 **Queiroga**, representante da SMS de Pacajús colocou que após o lançamento no Nascer no Ceará,
205 que é um projeto grandioso, os municípios estão com muitas tarefas para fazer e que está meio
206 confusa porque está percebendo que os planos são parecidos, mas os gestores e profissionais
207 necessitam de mais esclarecimentos. **Judite Caetano**, Coordenadora da UTI NEO do HGF falou
208 que a estrutura do QUALINEO chegou bem antes do Nascer no Ceará, é um Projeto bem menor,

209 feito especificamente para UTIs Neonatais por causa da superlotação nessas unidades que
210 recebem bebês especiais, inclusive concorda plenamente com todos que aqui já falaram sobre a
211 Atenção Básica que tem um papel fundamental nesse processo. Acrescentou que hoje, 20 de
212 Abril/2018, a UTI Neo do HGF está com a lotação de 100% a mais de sua capacidade, e que não
213 pode fechar as portas para a emergência obstétrica e não tem para onde mandar estes bebês,
214 concluiu dizendo que está aqui pedindo socorro. **Vera** interveio para dizer que o QUALINEO é
215 uma estratégia que visa qualificar as maternidades com serviços dirigidos aos neonatos em
216 situação de risco ou de maior vulnerabilidade e que a mesma está dentro do Projeto Nascer no
217 Ceará, ambos visa reduzir os óbitos materno e infantil e nesse último se faz preciso reduzir o
218 óbito neonatal. Disse ainda que as ações do QUALINEO deverão ser incluídas na matriz do
219 Projeto Nascer no Ceará, porém por se tratar de uma ação muito específica de qualificação da
220 assistência neonatal, há pela política nacional a exigência da elaboração de plano de ação para
221 esses serviços. Pelo que vimos na apresentação da Rosy, já houve aproximação entre os dois
222 projetos dado que possuem os mesmos objetivos. **Sandra Luna**, Técnica do NUSMAC/COPAS
223 iniciou dizendo que o Nascer no Ceará, está contido em outro programa maior denominado de
224 Mais Infância e que o QUALINEO está inserido nestes programas e que teve início em
225 Junho/2017 em quatro maternidades que já foram citadas, como projetos piloto, e que certamente
226 o Cariri será incluído posteriormente por ser inclusive classificado como Hospital Amigo da
227 Criança. Esclareceu que nesses planos de ação serão trabalhadas as três questões mostradas pela
228 Rosy, considerados os gargalos dos serviços: transporte, bebês crônicos e a superlotação das
229 maternidades. Finalizou dizendo que hoje, nosso objetivo era mostrar a estratégia QUALINEO e
230 dizer que ela é uma pequena estratégia de um programa guarda-chuvas, mas que precisa da ajuda
231 e apoio de todos que se sentirem sensibilizados com o problema, também colocar em
232 funcionamento serviços de neonatologia como o Gonzaguinha de Messejana e a conclusão da
233 reforma da MEAC, na tentativa de desafogar a superlotação. Enfim, esclareceu que o
234 QUALINEO não é um programa paralelo ao “Nascer no Ceará” e sim uma estratégia que faz
235 parte dele e do programa “Mais Infância”. **Vera** perguntou aos membros dessa Comissão se
236 haveria necessidade de reunir a Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento para
237 análise aprofundada desse Plano, ou se uma reunião entre a Equipe Estadual do QUALINEO
238 com os gestores de Sobral e Fortaleza seria suficiente para acordar? A CIB/CE decidiu convocar
239 a Câmara Técnica de Gestão Planejamento e Financiamento e os gestores de Fortaleza e Sobral
240 para apreciação da matriz com a descrição das ações objeto do termo de compromisso entre
241 gestores e os diretores das maternidades envolvidas nessa estratégia. Finalizou agradecendo a
242 Equipe Estadual que esta a frente desse trabalho, pois considera esta, uma causa nobre, uma
243 dívida social que temos com nossa população e toda e qualquer intervenção que for feita para
244 melhorar esse quadro, será bem vinda. **Item 2.3. Diretrizes para elaboração do processo de**
245 **Planejamento Regional Integrado.** **Dr. Moacir Tavares**, Coordenador da CORES/SESA
246 iniciou fazendo deferência aos Coordenadores e Equipes Técnicas das Regionais de Saúde de
247 Iguatu, Limoeiro, Sobral e Juazeiro do Norte que estão conectadas por videoconferência e
248 saudou os presentes. Em seguida informou sobre a publicação da Resolução nº 37 da CIT a qual
249 reconhece o espaço de governança, pactuação e prestação de serviços denominado macrorregião
250 de saúde, e estabelece no artigo 2º que o processo de Planejamento Regional Integrado será
251 instituído e coordenado pelo Estado em articulação com os municípios com a participação da
252 União. Evidência um conjunto de diretrizes e que esse planejamento regional se dará através de
253 ações de saúde em consonância com as Redes de Atenção, e que o produto desse processo será o
254 Plano Regional Integrado-PRI, conforme a Lei Complementar nº141/2012. Outro destaque,
255 dessa Resolução é que o processo de planejamento deverá ser institucionalizado e sua efetivação
256 trará um novo modelo de financiamento das ações e serviços públicos de saúde, baseado na
257 alocação global dos recursos, de acordo com o disposto na Lei Complementar nº 141/2012. A
258 CIB deverá pactuar as diretrizes que orientarão o processo de Planejamento Regional Integrado,
259 bem como o monitoramento do plano regional. O documento diz também que a macrorregião
260 deverá contar com no mínimo 500 mil habitantes na Região Norte e 700 mil habitantes para as

261 demais Regiões Lembrou que em Janeiro de 2018 a CIB/CE através da Resolução N° 3 aprovou
262 a atualização do Plano Diretor de Regionalização- PDR, onde as 22(vinte e duas) Regiões de
263 Saúde estão agregadas em 05(cinco) Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará. O salto que
264 deveremos dar está contido nas diretrizes, dado que o processo de planejamento regional se
265 encontra em curso desde o início de março de 2018, que devemos pactuar aqui na CIB, dentre
266 elas a indicação de técnicos e gestores municipais para acompanhar e compor esse processo.
267 Continuou sua apresentação dizendo que há mais de 60 dias do seu retorno a CORES, disparou
268 junto aos coordenadores regionais o processo de planejamento para o desenvolvimento regional,
269 onde o 1° encontro a Dra.Vera Coelho foi nossa orientadora neste processo, e os coordenadores
270 estão com prazo até 10 de Maio para concluir a elaboração do plano regional, cuja estrutura foi
271 feita neste encontro e repassada para orientação dos coordenadores regionais que vivem nas
272 regiões e conhecem a realidade dos problemas existentes, além de terem a capacidade de propor
273 soluções a curto, médio e longo prazos. Deverá ficar explicitada no plano a Análise da demanda:
274 indicadores de morbi-mortalidade e indicadores sociais em serie histórica de 5 anos, com análise
275 comparativa com o Nordeste e o Brasil; Análise da oferta real da capacidade instalada; Recursos
276 humanos; Regulação; Transporte sanitário; Sustentabilidade financeira; Governança das regiões
277 de saúde; Diretrizes Políticas, objetivos, metas e indicadores; Projetos estratégicos; e
278 Monitoramento e avaliação. A conclusão desses planos está prevista para 10 de maio/2018 a fim
279 de termos um desenho real e concreto onde constam as ofertas de serviços e quais são os fluxos.
280 Não sabemos como essa construção se dará em termos de tempo, sabemos que existem
281 interferências políticas, porém o plano será apresentado aos gestores municipais com todas as
282 etapas, para que possam compreender de forma clara e precisa como devemos trabalhar a saúde
283 que todos nós queremos. Finalizou dizendo que a SESA está sugerindo que esse processo seja
284 conduzido por um Grupo Condutor formado pelos Coordenadores da CORES, CORAC e
285 COPAS, Dirigente da ASPLAG e por quatro representantes do COSEMS/CE e de um Grupo
286 Técnico de Apoio para Elaboração dos Planos Regionais Integrados- PRI formado pelos
287 Coordenadores Estaduais de Redes de Atenção, Técnicos Representantes da COPAS, CORES,
288 CORAC, COPROM e COASF, Assessores do COSEMS/CE e da secretaria Executiva da
289 CIB/CE, com o objetivo de desenvolver um trabalho integrado. **Vera** reforçou alguns pontos da
290 fala do Moacir, que necessitam serem pactuados na CIB, que são as diretrizes orientadoras para
291 elaboração dos Planos de Desenvolvimento Regionais, renomeados agora para Plano Regional
292 Integrado-PRI, visto que, quando a Resolução da CIT N°37 foi editada o Estado já estava com o
293 processo em andamento junto as Coordenadorias Regionais, já que a governança desses planos é
294 exercida pela CIR, portanto os municípios terão participação direta na elaboração desses planos.
295 Prosseguiu dizendo que frente a Resolução de N°37 da Tripartite, o Estado solicita ao COSEMS
296 a indicação de uma representação de gestores para compor o Grupo de Condução desse processo
297 junto ao Estado, como sempre fazemos, de forma bipartite, e de representantes técnicos para
298 compor o Grupo de Apoio Técnico. Lembrou que Grupo de Condução é de atuação estadual, já
299 que a condução regional é de competência da CIR. Informou que em relação a essa Resolução
300 existe uma demanda relacionada ao Plano Diretor de Regionalização - PDR do Estado, em
301 relação ao pactuado na CIB e aprovado pelo CESAU, dado que se faz necessário justificar as
302 duas macrorregiões que registram uma população inferior a 700 mil habitantes e encaminha-la à
303 Tripartite, com esse intuito na próxima semana nos reuniremos com a ASPLAG/SESA para fazer
304 essa justificativa, e apresenta- lá para apreciação dessa Comissão na reunião do dia 24 de
305 maio/2018. **Rilson Andrade**, Secretário de Saúde de Quixelô e Membro da Diretoria do
306 COSEMS/CE disse que pela manhã na reunião ampliada do COSEMS, como sugestão foi
307 solicitado pelos secretários presentes que essa discussão seja feita na Câmara Técnica de Gestão,
308 Planejamento e Financiamento a fim de que sejam indicados os representantes do COSEMS.
309 **Washington Menezes**, Coordenador da ASPLAG/SESA reportou-se a Resolução n° 37 que diz
310 que os estados deverão anunciar dentro do prazo de 90 dias o cronograma do processo de
311 planejamento. Destaca que é a consolidação dos planos regionais servirão de base para o plano
312 estadual e aí vem a pergunta, nós vamos anunciar e definir a vigência e a temporalidade desses

313 planos para termos uma base de discussão e recondução para o plano estadual, já que estamos no
314 último ano de gestão e no penúltimo ano do quadriênio para Planejamento do Plano Estadual e
315 PPA, então seria importante visualizarmos nesse produto a questão da vigência a fim de se dar
316 suporte ao processo de condução na reconstrução do Plano Estadual. **Vera** informou que o PRI
317 tem vigência para o período 2018-2019, visto que no escopo desse Plano está contida as
318 diretrizes do Plano Estadual, que tem vigência nesse período. **Washington** recomendou que na
319 agenda estratégica de diretrizes, objetivos, metas, indicadores, compromissos e resultados, não
320 pode ser esquecida a pactuação interfederativa que estabelece para o período 2017 a 2021 os 22
321 (vinte e dois) indicadores, então teremos de colocar na agenda desse processo esses
322 compromissos pactuados. **Rayney Martins**, Secretário de Saúde de Tamboril colocou que desde
323 2017 vem reclamando na reunião ampliada do COSEMS e na CIB as dificuldades com o
324 atendimento na Macro de Sobral, especialmente no Hospital Regional Norte que coloca muitas
325 barreiras para receber os pacientes, encaminhando geralmente para a Santa Casa, aumentando a
326 dificuldade para os pacientes com trauma, pois a Santa Casa de Sobral não faz mais cirurgias de
327 trauma, gerando muitos conflitos e transtornos para esses pacientes do SUS porque muitos
328 chegam para nós, com orçamento de cirurgias particulares o que é bastante constrangedor
329 porque fica a impressão que se tiver como pagar, a cirurgia será feita e isso é do conhecimento
330 do Secretário de Saúde de Sobral. Outro problema que nos preocupa a nível regional, é das
331 nossas gestantes de alto risco, pois a Policlínica de Sobral não as recebe desde o ano passado e
332 na última reunião de CIR foi dito pelo representante da Policlínica que estão negociando com
333 uma médica, essa história estou ouvindo deste que assumi como Secretário de Saúde de Tamboril
334 e para provar, o município está com uma gestante de trigêmeos. Relatou ainda que com relação
335 as cirurgias eletivas, continua o problema do ano passado. Não fizeram as cirurgias programadas
336 de vesícula e hérnia e os recursos continuam em Sobral, tivemos que fazer catarata para não
337 perder o recurso, mas continua a fila de mais de 47 vesículas, mais de 30 hérnias e como
338 secretário nada posso fazer, porque mesmo tendo o recurso, não querem fazer. No entanto, fico
339 feliz com esse levantamento porque os municípios serão ouvidos. Outra preocupação é com os
340 exames de ressonância, pois quando ligamos para a central macro, eles justificam que são mais
341 de 60 municípios para atenderem, o que não achamos razoável pois foi pactuado, portanto é
342 direito do usuário já que o recurso está garantido. Achamos que esse discurso não cabe mais
343 nesses casos, precisamos trabalhar no sentido de dar acesso a população como um todo. **Rilson**
344 reforçou a necessidade de retomar as reuniões das Câmaras Técnicas para voltarmos a falar de
345 cirurgias eletivas, da situação do trauma que ainda não foi resolvida, e a situação de Sobral é a
346 mesma que vivenciamos na Macrorregião Cariri. **Moacir** indagou sobre a composição da
347 Câmara Técnica de Gestão e Financiamento e sobre a data da reunião, ao que **Vera** respondeu
348 prontamente citando os membros dessa Câmara e quanto a data ficou definido o dia 2 de
349 Maio/2018, no Auditório Valdir Arcoverde às 9 horas. Após as discussões a CIB/CE concordou
350 com a sugestão do Rilson de tratar esse assunto na Câmara Técnica de Gestão e Financiamento,
351 com a convocação agendada para o dia 2 de Maio/2018, no Auditório Valdir Arcoverde às 9
352 horas e as questões acordadas serão formalizadas por resolução dessa Comissão. **Item 2.4.**
353 **Aprovação das propostas de Emenda Parlamentar: Sub-Item 2.4.1.** Aquisição de Transporte
354 Sanitário: Baixo, no valor de R\$ 190.000,00, capacidade de 15 pessoas; **Sub-Item 2.4.2.**
355 Aquisição de Transporte Sanitário: Campos Sales, no valor de R\$ 190.000,00, capacidade de 15
356 peças; **Sub-Item 2.4.3.** Aquisição de Transporte Sanitário: Guaiúba, no valor de R\$
357 190.000,00. A CIB/CE aprovou as propostas acima referidas. **Item 2.5. Solicitação de recursos**
358 **federais adicionais ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade – MAC, do**
359 **município de Aracati/CE.** A gestora de Aracati solicitou a essa Comissão apreciação da
360 solicitação de recursos federais para custeio das ações e serviços de média e alta complexidade
361 no valor de R\$ R\$ 1.657.806,05. A CIB/CE aprovou a solicitação da Secretária de Saúde de
362 Aracati junto ao Ministério da Saúde de alocação de recursos federais adicionais ao Limite
363 Financeiro do Bloco de Custeio, Grupo da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial
364 e Hospitalar – MAC no valor anual de R\$ 1.657.806,05 (um milhão, seiscentos e cinquenta e

365 sete mil, oitocentos e seis reais e cinco centavos). **Item 2.6. Alteração na composição das**
366 **Câmaras Técnicas da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará – CIB/CE.** Dr. Francisco
367 Ivan Rodrigues Mendes, Coordenador da COPAS/SESA indicou novos representantes da COPAS
368 nas Câmaras Técnicas da CIB/CE, conforme seguem: Câmara Técnica de Regulação, Controle,
369 Avaliação e Auditoria: Exclui Caroline Soares Nobre, Assessora Técnica e Inclui Ana Márcia de
370 Almeida Rodrigues Dantas, Gerente Técnico; Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e
371 Financiamento: Exclui José Iran Oliveira das Chagas Júnior, Assessor Técnico e Carmem
372 Cemires Cavalcante Costa, Supervisora no NUAP e Inclui Ana Márcia de Almeida Rodrigues
373 Dantas, Gerente Técnico e Carlos Eduardo Matias de Alcântara, Assessor Técnico; Câmara
374 Técnica de Vigilância à Saúde: Inclui Priscila Cunha da Silva, Assessora Técnica; e na Câmara
375 Técnica de Educação Permanente: Inclui Josimar Sousa Maciel, Assessor Técnico. **Item 2.7.**
376 **Alteração do item 3 do Art. 2º. da Resolução Nº. 98/2013 da CIB/CE, que trata da Rede de**
377 **Atenção Psicossocial - RAPS de Fortaleza, incluindo um CAPS Ad no município de**
378 **Fortaleza e antecipação do incentivo financeiro de implantação, junto ao Ministério da**
379 **Saúde.** A CIB/CE com base no parecer favorável do NUSAM - Núcleo de Atenção à Saúde
380 Mental da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará aprovou a implantação de um Centro de
381 Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPS Ad Centro, localizado no município de
382 Fortaleza, alterando o item 3 do Art. 2º. da Resolução Nº. 98/2013 da CIB/CE que trata da Rede
383 de Atenção Psicossocial - RAPS de Fortaleza e homologa a antecipação do incentivo financeiro
384 para sua implantação junto ao Ministério da Saúde. **Item 2.8. Credenciamento/habilitação na**
385 **Estratégia Saúde da Família.** Com base no parecer técnico do NUAP/COPAS a CIB/CE
386 aprovou a habilitação de 01(uma) Equipe de NASF 1 em Pedra Branca, 01 Equipe de Saúde da
387 Família, Modalidade I para Ararendá e 01 Equipe de Saúde da Família, Modalidade I para
388 Independência. **Extra Pauta – Item 2.9. Distribuição da Penicilina G. Benzatina 1.200.000 UI**
389 **para os municípios conforme notificação dos casos de sífilis adquirida. Telma Alves**
390 **Martins,** Técnica da COPROM informou que o estoque de Penicilina Benzatina para Sífilis para
391 o Estado foi enviado pelo Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do MS para o
392 tratamento da sífilis adquirida. Lembrou que a sífilis tem tendência ascendente no Ceará, tanto a
393 sífilis em gestantes como a congênita que apresenta maior número de casos até da sífilis
394 adquirida que ocorre em todo o país, caracterizando o Brasil com uma epidemia de sífilis. Só em
395 2017 houve um aumento de 1.749 casos de sífilis adquirida, mesmo havendo subnotificação
396 importante, muitos municípios silenciosos causam grande prejuízo para o Estado, considerando
397 que agora, a medicação que o MS envia é baseada na notificação. Conforme a nota informativa
398 nº 2 as penicilinas que chegaram, foi através de compra centralizada feita pelo MS e deverão ser
399 utilizadas exclusivamente no tratamento da sífilis adquirida e do parceiro, sífilis em gestantes e
400 sífilis congênita. Isso porque a Atenção Básica também recebe penicilina, está cota é
401 complementar ao que os municípios estão recebendo. Recebemos para cada tratamento em torno
402 de 6 frascos para distribuir no 1º semestre de 2018 e outra cota a partir de Julho. O cálculo das
403 quantidades a serem distribuídas foi baseado na notificação feita pelos municípios, e muitos não
404 notificaram como o município de Caucaia, porém decidimos mandar pelo menos um tratamento.
405 Existe um pequeno estoque na COASF para os municípios que não notificaram e venham a
406 precisar. Sabemos que existem muitos casos de sífilis tanto em gestantes como em crianças.
407 Certamente existem de homens com casos subnotificados e não tratados, contribuindo para essa
408 epidemia em crianças. É importante que os secretários aqui presentes e o COSEMS, atentem
409 para a questão da subnotificação, pois agora temos o teste rápido em todos os municípios pra
410 fazer o diagnóstico, então precisa notificar sob pena do Ceará ficar no prejuízo, porque vai faltar
411 medicamento para tratar sífilis. Lembrou que esse medicamento vence em Novembro de 2018,
412 só recebemos porque sabemos que precisamos, mas o MS não pergunta, simplesmente manda a
413 medicação. Portanto, façam campanha de testagem e ao confirmarem a positividade no teste
414 rápido, façam o VDRL que é muito barato, e tratem esses pacientes de preferência na Atenção
415 Básica. A Proposta é que os 4.896 frascos sejam distribuídos por Região de Saúde, devendo ficar
416 6 frascos nas CRES para cada municípios que não registrou nenhum caso. A distribuição

417 proposta por Região de Saúde: 1ª Região Fortaleza - 1.980 ampola/caso: Aquiraz 30, Eusébio 6,
418 Fortaleza 1.908 e Itaitinga 36; 2ª Região Caucaia - 240 ampola/caso: Apuiarés 6, Caucaia 186,
419 General Sampaio 6, Itapajé 6, Paracuru 6, Paraipaba 6, Pentecoste 6, São Gonçalo do Amarante
420 6, São Luís do Curu 6 e Tejuçuoca 6; 3ª Região Maracanaú - 510 ampola/caso: Acarape 6,
421 Barreira 6, Guaiúba 6, Maracanaú 318, Maranguape 90, Pacatuba 72, Palmácia 6 e Redenção 6;
422 4ª Região Baturité - 48 ampola/caso: Aracoiaba 6, Aratuba 6, Baturité 6, Capistrano 6,
423 Guaramiranga 6, Itapiúna 6, Mulungu 6 e Pacoti 6; 5ª Região Canindé - 66 ampola/caso: Boa
424 Viagem 6, Canindé 30, Caridade 6, Itatira 12, Madalena 6 e Paramoti 6; 6ª Região Itapipoca - 54
425 ampola/caso: Amontada 6, Itapipoca 18, Miráima 6, Trairi 6, Tururu 6, Umirim 6 e Uruburetama
426 6; 7ª Região Aracati - 108 ampola/caso: Aracati 84, Fortim 6, Icapuí 12 e Itaiçaba 6; 8ª Região
427 Quixadá - 78 ampola/caso: Banabuiú 12, Choró 6, Ibaretama 6, Ibicuitinga 6, Milhã 6, Pedra
428 Branca 6, Quixadá 6, Quixeramobim 18, Senador Pompeu 6 e Solonópole 6; 9ª Região Russas -
429 36 ampola/caso: Jaguaretama 6, Jaguaruana 6, Morada Nova 12, Palhano 6 e Russas 6; 10ª
430 Região Limoeiro Norte - 66 ampola/caso: Alto Santo 6, Ererê 6, Iracema 6, Jaguaribara 6,
431 Jaguaribe 6, Limoeiro do Norte 6, Pereiro 6, Potiretama 6, Quixeré 6, São João do Jaguaribe 6 e
432 Tabuleiro do Norte 6; 11ª Região Sobral - 792 ampola/caso: Alcântaras 6, Cariré 30, Catunda 6,
433 Coreaú 18, Forquilha 24, Frecheirinha 6, Graça 12, Groaíras 6, Hidrolândia 6, Ipu 18, Irauçuba
434 18, Massapê 42, Meruóca 18, Moraújo 6, Mucambo 6, Pacujá 6, Pires Ferreira 6, Reriutaba 6,
435 Santa Quitéria 6, Santana do Acaraú 12, Senador Sá 6, Sobral 480, Uruóca 6 e Varjota 42; 12ª
436 Região Acaraú - 84 ampola/caso: Acaraú 18, Bela Cruz 6, Cruz 18, Itarema 12, Jijoca de
437 Jericoacoara 6, Marco 18 e Morrinhos 6; 13ª Região Tianguá - 66 ampola/caso: Carnaubal 6,
438 Croatá 6, Guaraciaba do Norte 6, Ibiapina 6, São Benedito 6, Tianguá 6, Ubajara 18 e Viçosa do
439 Ceará 12; 14ª Região Tauá - 30 ampola/caso: Aiuaba 6, Arneiroz 6, Parambu 6 e Tauá 12; 15ª
440 Região Crateús - 126 ampola/caso: Ararendá 6, Crateús 30, Independência 6, Ipaporanga 6,
441 Ipueiras 6, Monsenhor Tabosa 6, Nova Russas 6, Novo Oriente 18, Poranga 6, Quiterianópolis
442 24 e Tamboril 12; 16ª Região Camocim - 168 ampola/caso: Barroquinha 6, Camocim 120,
443 Chaval 24, Granja 12 e Martinópole 6; 17ª Região Icó - 54 ampola/caso: Baixio 6, Cedro 6, Icó
444 18, Ipaumirim 6, Lavras da Mangabeira 6, Orós 6, Umari 6; 18ª Região Iguatú - 72
445 ampola/caso: Acopiara 12, Cariús 6, Catarina 6, Deputado Irapuan Pinheiro 6, Iguatu 12, Jucás
446 6, Mombaça 6, Piquet Carneiro 6, Quixelô 6 e Saboeiro 6; 19ª Região Brejo Santo - 72
447 ampola/caso: Abaiara 6, Aurora 12, Barro 6, Brejo Santo 12, Jati 6, Mauriti 12, Milagres 6,
448 Penaforte 6 e Porteiras 6; 20ª Região Crato - 90 ampola/caso: Altaneira 6, Antonina do Norte 6,
449 Araripe 6, Assaré 6, Campos Sales 6, Crato 6, Farias Brito 6, Nova Olinda 6, Potengi 6, Salitre 6,
450 Santana do Cariri 18, Tarrafas 6 e Várzea Alegre 6; 21ª Região Juazeiro Norte - 102
451 ampola/caso: Barbalha 12, Caririaçu 6, Granjeiro 6, Jardim 6, Juazeiro do Norte 54 e Missão
452 Velha 18; e 22ª Região Cascavel - 54 ampola/caso: Beberibe 6, Cascavel 12, Chorozinho 6,
453 Horizonte 6, Ocara 6, Pacajus 6 e Pindoretama 12; Total Geral 4.896 ampola/caso. A CIB/CE
454 aprovou a proposta de distribuição apresentada acima. **Item 2.10. Pactuação do Termo de**
455 **Compromisso de Funcionamento da UPA 24 h, do município de Maracanaú.** Eva Vilma
456 **Baía,** Coordenadora Estadual de Urgência e Emergência informou que a alteração solicitado pelo
457 gestor de Maracanaú trata da mudança do porte da UPA tipo 2 para tipo3, passando da opção de
458 custeio de V para a opção VIII dentro da nova Portaria de Consolidação nº 6. Disse ainda que
459 realizou esteve na unidade em visita técnica onde foram visualizados todos os ambientes
460 necessários para essa mudança, portanto emitiu parecer favorável. **Inês Dolores Figueiredo,**
461 representante da SMS Maracanaú esclareceu que essa mudança do custeio de V para VII, é
462 porque a Unidade já conta com 9 médicos e o total de atendimento diário e mensal e essa
463 proposta está registrada no SAIPS. O termo de compromisso entre gestores foi assinado no dia 5
464 de Abril/2018 e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e hoje estamos trazendo para
465 apreciação dessa Comissão, dado a exigência do MS. **Vera** esclareceu que compete a CIB
466 pactuar o termo de compromisso o qual já havia sido aprovado pelo CMS e que a Coordenação
467 Estadual emitiu parecer favorável. Após as discussões a CIB/CE aprovou a solicitação do gestor
468 de Maracanaú acima referida. **Item 2.11. Formalização da Resolução Nº 148-A/2017 da CIB,**

469 **que aprova a reclassificação dos 36 (trinta e seis) leitos da Unidade de Terapia Intensiva –**
470 **UTI do Hospital Geral de Fortaleza – HGF, do nível II para o nível III do SUS.** A Plenária
471 da CIB/CE acatou essa decisão. **Item 2.12. Homologação da habilitação de 10 (dez) leitos de**
472 **Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto tipo II do Instituto Práxis de Educação,**
473 **Cultura e Ação Social/Hospital Fernandes Távora, localizado em Fortaleza.** Dra. Lilian
474 colocou que solicitação é habilitar 10 leitos novos com financiamento do SUS, dado que esses
475 leitos já funcionam desde 2014 após uma reestruturação feita no Hospital Fernandes Távora em
476 uma área arrendada pelo Instituto PRÁXIS. Esclareceu esses 10 leitos funcionam com recursos
477 do Tesouro do Estado desde 2014, porque existia pendência junto ao MS, cujo ponto mais
478 importante era na área de recursos humanos por não dispor de profissionais com a titulação em
479 terapia intensiva e o quantitativo necessário. Porém agora o hospital se adequou, enviou a
480 documentação a ser enviada ao MS, para que este passe a cofinanciar esses leitos cuja diária
481 custa R\$ 478,00. Então essa é a nossa proposta: habilitação desses 10 leitos do SUS, cujos
482 recursos deverão ser repassados para Fundo Municipal de Saúde de Fortaleza, onde esse hospital
483 está localizado. Após o relato da Dra. Lilian a CIB/CE aprovou a habilitação de 10 (dez) leitos
484 de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto tipo II do Instituto Práxis de Educação, Cultura e
485 Ação Social/Hospital Fernandes Távora. **Item 2.13. Homologação da renovação da**
486 **habilitação de 74 (setenta e quatro) leitos GAR tipo 2 do Hospital Geral Dr. César Cals –**
487 **HGCC, localizado em Fortaleza, como serviço de referência no atendimento à Gestação de**
488 **Alto Risco.** Com base no parecer favorável da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde –
489 COPAS/ SESA, a CIB/CE homologou a renovação da habilitação de 74 (setenta e quatro) Leitos
490 de Gestante de Alto Risco - GAR Tipo 2, do Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira -
491 HGCCO, inscrito no CNPJ sob o N°. 07.954.571/0039-87 e CNES N°. 2499363, hospital público
492 estadual, localizado no município de Fortaleza, ponto de atenção da Rede Cegonha
493 Fortaleza/Cascavel, com impacto financeiro anual de R\$ 11.688.320, recursos federais. **Item**
494 **2.14. Homologação da renovação das habilitações do HEMOCE, referente aos códigos:**
495 **2418 - Exames de Histocompatibilidade através de sorologia e ou Biologia Molecular tipo**
496 **II; e 2425- Cadastramento de Doadores Voluntários de Medula Óssea e outros Precursores**
497 **Hematopoéticos.** Com base na justificativa apresentada pela Diretora do HEMOCE essa
498 Comissão homologou a renovação das habilitações dos serviços: Exames de
499 Histocompatibilidade através de sorologia e ou Biologia Molecular tipo II (2418) e
500 Cadastramento de Doadores Voluntários de Medula Óssea e outros Precursores Hematopoéticos
501 (2425), prestados pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE,
502 estabelecimento público estadual, registrado no CNPJ sob o N° 07.954.571/0114-91 e CNES N°
503 2479958. **Item 2.15. Propostas de Ampliações de 01 Unidade Básica de Saúde, na localidade**
504 **de Diadema II (R\$ 349.981,00) e do Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa**
505 **(R\$ 499.970,00) no município de Horizonte, financiada pelo MS.** A CIB/CE aprovou as
506 Propostas apresentadas pelo município de Horizonte/CE, acima referidas que serão financiadas
507 com recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde – FNS. **Item 3- INFORMES: Informe**
508 **3.1. Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza.** Ana Vilma Leite Braga, Técnica do
509 NUIMU/COPROM informou sobre a Campanha de Vacinação Contra Influenza – H1N1 a ser
510 realizada no Estado e pediu apoio aos gestores municipais para vacinar sua população
511 especialmente da área metropolitana de Fortaleza para não superlotar os postos de Fortaleza.
512 Acrescentou que são necessárias 700 mil doses para cobrir todos os municípios e que já repassou
513 uma planilha com a distribuição para os municípios e as regionais. A distribuição das vacinas
514 será feita por quatro caminhões frigoríficos. Informou ainda que o sistema de informação SI-API-
515 WEB vai deixar de existir e os municípios precisam implantar o novo sistema SIPNI DISC TOP.
516 Alertou sobre o dia D de mobilização nacional, dia 12 de Maio e alguns municípios não estão
517 querendo abrir os postos no sábado porque é véspera do dia das mães, mas lembrem- se que
518 nossa situação epidemiológica é insatisfatória e não podemos deixar de vacinar no dia D, já que
519 o Brasil todo vai abrir os postos, quem não quiser ir nesse dia, pode ir antes ou depois, só não
520 podemos é deixar os postos fechados no dia D. Informou que no dia 30 de Abril o banco 2017

521 será encerrado, justamente com o monitoramento rápido de cobertura vacinal, então ainda há
522 tempo de resgate de 2017 e fazer um consolidado pra ver se tem alguma criança que não foi
523 registrada no sistema, porque fizemos uma análise e vimos que alguns municípios não
524 alcançaram a cobertura da tríplice viral que é a vacina que livra de sarampo, caxumba e rubéola e
525 acabamos de passar por uma epidemia e não podemos permitir que o sarampo venha para o
526 Ceará, pois está ocorrendo casos de sarampo em Roraima e no Amazonas. E que passou 30 dias
527 em Roraima assessorando a Secretária de Saúde. É importante aproveitar essa campanha,
528 analisar a carteira das crianças menores de 5anos e se ainda não foram vacinadas contra o
529 sarampo, aproveitar o momento para vacinar. **Maria do Carmo (Cacau)** pediu para que passe a
530 lista dos municípios para o COSEMS para que seja feito o trabalho de informação e
531 sensibilização, pediu ainda que fosse elaborada uma Nota Técnica sobre esse assunto para ser
532 divulgadas entre os gestores e profissionais. **Informe. 3.2. Plantão Saúde do Governo do**
533 **Estado do Ceará.** **Dra. Lilian** informou que iria falar sobre o Plantão Saúde do Governo do
534 Estado, onde estão previstas as cirurgias eletivas: o Governador foi informado das filas e
535 demanda reprimida de pacientes por cirurgias eletivas e nos deu a incumbência de priorizar já
536 que o recurso não dava pra fazer tudo. Com base nessa determinação foram definidas as
537 prioridades a partir do ponto de corte: registro realizados até novembro de 2017, e foi visto que
538 a maior demanda era para as cirurgias ortopédicas, neurológicas, cardíacas, urológicos,
539 oftalmológicas (vitrectomia e retina) e a cirurgia bariátrica, porque catarata tem vários serviços
540 com profissionais habilitados. Até essa data, tinha registrado na CRESUS 12.210 pacientes e
541 desses foram selecionados os pacientes com indicação para procedimentos nessas especialidades.
542 A segunda etapa do processo foi a definição dos preços dos procedimentos, pois se fosse adotado
543 os valores de tabela SUS, teria o mesmo vazio ocorrido no Projeto Vida Nova e nas Cirurgias
544 Eletivas Federais, então a determinação do Governador foi: “encontrem o valor que nós
545 conseguimos prestadores que se interessem de fazer o procedimento”. Mas quando alguns
546 prestadores que fazem esses procedimentos foram perguntados o quanto cobrava para fazer essas
547 cirurgias, cada um deu um valor diferente. Esse fato motivou a elaboração de uma planilha,
548 registrando hospital por hospital, prestador por prestador, vinculado ou não do SUS, para análise
549 comparativa identificando quem deu o menor preço. Deu o exemplo do procedimento de cirurgia
550 de amígdala que não chega a R\$400,00 reais pela tabela SUS e o menor valor que encontrado foi
551 de R\$ 2.300,00, assim foi identificado quem forneceu o menor preço para todos os
552 procedimentos. Depois dessa etapa foi publicado o edital para que o prestador de serviço, que se
553 interessa em fazer o procedimento pelo preço registrado, se credencie. Atualmente o processo se
554 encontra na fase de levantamento dos serviços a serem contratados. A Equipe da CORAC /SESA
555 já recebeu a documentação de 24 unidades, onde 22 estão completa e 2 estão com pendências.
556 Lembrou que a burocracia é grande, após a publicação tem que aguardar o tempo legal para o
557 credenciamento, tempo para avaliar a documentação, tempo para publicar quem se credenciou e
558 depois publicar a inelegibilidade de contratação para quem se credenciou. Ressaltou as
559 dificuldades das Macrorregiões, porque a fila da CRESUS não tem só pacientes residentes em
560 Fortaleza, a fila está com o prestador, citou como exemplo um problema na cardiovascular de
561 Barbalha que na fila CRESUS tinha 48 pacientes e o hospital apresentou uma fila de 486
562 pacientes que a Poliana nem tinha conhecimento, porque a lista estava com o prestador. Essa fila
563 tem que ficar na Central, pois se ficar nos hospitais os gestores não vão saber o que precisa ser
564 feito pra essa população. Isso serviu de lição para todos nós, porque agora todo mundo está
565 colocando os pacientes na Central e de 400 e poucos já tem mais de 500. Ressaltou mais uma vez
566 que as informações publicadas no edital são de novembro de 2017. E que talvez possa ser
567 publicado um novo edital para puxar a lista de março de 2018, mas não podem ser acrescentados
568 novos procedimentos no elenco já publicado nesse edital. E ainda colocou que esta fazendo a
569 alocação dos procedimentos de modo que o paciente que mora em Quixelô, faça sua cirurgia no
570 Iguatu, porque no Iguatu tem um serviço que faz a cirurgia que essa paciente precisa, e não
571 precisa vir para Fortaleza. Isso é o georreferenciamento que está sendo feito para ver se 2º feira
572 já se tenha pelo menos dois contratos prontos, o da traumatologia que tem o maior volume de

573 pacientes e o da cardiologia, que estão bem adiantados e crê que na próxima semana esses
574 convênios serão assinados para publicar e iniciar os procedimentos. O fluxo obedecerá a fila de
575 novembro de 2017. A CRESUS estará de posse desses contratos pra saber quem são os
576 prestadores, quais são as metas, já com o georreferenciamento de todos os pacientes. Finalizou
577 dizendo que no valor que foi definido está incluído a avaliação pré- operatória, a solicitação e
578 realização da consulta pré- operatória e os exames, a cirurgia com todo material necessário,
579 incluindo o PME e o pós operatório com avaliação do paciente, só depois de tudo realizado é que
580 o prestador recebe seu dinheiro. Após a publicação no Diário Oficial a SESA informará quais são
581 os hospitais credenciados, as especialidades e o montante financeiro. Nada mais havendo a tratar,
582 a plenária da Comissão Intergestores Bipartite deu por encerrada a **5ª reunião de 2018 do**
583 **referido Colegiado**, cuja Ata foi lavrada por mim, Vera Coêlho, e assinada em folha de
584 frequência pelos membros titulares e suplentes que compareceram. Fortaleza **vinte do mês de**
585 **abril** do ano de dois mil e dezoito.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB

Data: 20/04/2018

Horário: 14:30 às 17 hs

Local: Auditório Waldir Arcoverde

Folha de Frequência dos Membros

NOME	ASSINATURA	REPRESENTAÇÃO
Henrique Jorge Javi de Sousa		Presidente da CIB Secretário da Saúde do Estado
Marcos Antônio Gadelha Maia		Secretário Adjunto da Saúde do Estado
Lilian Alves Amorim Beltrão		Secretária Executiva da Saúde
Isabel Cristina Cavalcanti Carlos		Secretária Adjunta da Saúde do Estado
Francisco Ivan Rodrigues Mendes Junior		Coordenador de Políticas e Atenção à Saúde
Luciene Alice da Silva		Supervisora do Núcleo de Atenção Especializada
		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 - NUVET
Moacir Tavares Martins Filho		Coordenador da CORES
Silvia Maria Negreiros Bonfim Silva		Coordenadora da CGEPS
Salustiano Gomes de Pinho Pessoa		Superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará
Vera Maria Câmara Coelho		Assessora Técnica da Secretaria Executiva SESA Secretária Executiva da CIB
Josete Malheiro Tavares		Presidente do COSEMS; Vice - Presidente da CIB/CE; Secretário de Saúde de Guaiúba
Sayonara Moura de Oliveira Cidade		Vice Presidente do COSEMS; Secretária da Saúde de Cedro
Joana Angélica Paiva Maciel		Secretária da Saúde de Fortaleza
Emair Silva Borges		Coordenadora de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria – CORAC SMS Fortaleza
Maria Nizete Tavares Alves		Secretária da Saúde de Juazeiro do Norte
Gerardo Cristino Filho		Secretário da Saúde de Sobral
Liduína Fátima Freitas dos Santos		Secretária da Saúde de Acaraú
Fernando Wilson Fernandes		Secretário da Saúde de Camocim
Antonio Williams Vieira Vaz		Secretário da Saúde de Boa Viagem
Manoel Télamon Arruda Filho		Secretário da Saúde de Icó
Napoline Silva Melo		Secretária da Saúde de Frecheirinha
Sharliane Monteiro da Rocha		Secretária da Saúde de Pindoretama
Zuila Maria Maciel de Melo Peixoto		Secretária da Saúde de Orós
José Afrânio Pinho Pinheiro Júnior		Secretária da Saúde de Umirim



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB		
Data: 20/04/2018	Horário: 14:30 às 17 hs	Local: Auditório Waldir Arcoverde

Folha de Presença - SECRETÁRIOS / CONVIDADOS

NOME	ASSINATURA	REPRESENTAÇÃO
Aluísio Tomélio Barreto		APOIADOR COSEMS
Eraldo de Aguiar		MALCANAÍ
Alexandre Amaro de Azevedo		COSEMS
Manuela Tiburcio Brito		MAC
Poliana Bandim F. de Azevedo		Coordenação Qualimio HUCE
Neidjane Vasques Fonteiro Vertin		APOIADORA COSEMS
Rosângela Vieira de B. Bezerra		JA COES.
Gilberto Rodrigues Lima		RUSSAS
Rayney Lima Martins		IMBOKU
Frederico de Oliveira Reis		SMS Tanager Alegre
Moisés do Carmo X. Azevedo		COSEMS-
Sandra Lanna		SESA / NUSMAC
Antonio Carlos de Albuquerque		INDEPENDENCIA
João Luiz Borges de M. Lima		CGES-SESA.
Valeriano de Sousa		S.M.S. PIQUET CARVALHO
Rafael Colim Martins		ESP - RIS
Reynere Azevedo		SMS - Barbalho
Ancelmo Rêgo Brito		COPROM / NUIMU
Ana Karine Borges Corrêa		COPROM / NUIMU
Jana Helena de Menezes		COPROM / NUIMU
Rafaela Pereira do Figueiredo		SMS QUITARIANDARA
Olga Alves Mendes		NUVEP / COPROM
Mauzila Lopes Sanches		NUVEP / COPROM
Joanne Aires Pereira		NUVEP / SESA
Israel Guimarães Peixoto		CRÉS / RUSSAS
Solange de Andrade Braga		CIB/CE
Maria Zuleide Amorim Muniz		SMS JABOARIBE
AMANDA PRATA		Quaranta
Jonimar Sousa Maciel		COVAS / SESA
JOÃO WILSON VASCONCELOS MENEZES		ITIPHAN / SESA

