

1  
2  
3 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**  
4 **ATA DA 6ª REUNIÃO DO ANO 2018**

5 Aos dez do mês de maio do ano de dois mil e dezoito, no Auditório Valdir Arcoverde, da  
6 Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, em Fortaleza, realizou-se a sexta Reunião Ordinária do  
7 ano de dois mil e dezoito da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único Saúde do Ceará,  
8 com a presença dos seguintes membros: Representado o Componente Estadual: Lilian Alves  
9 Amorim Beltrão, Secretária Executiva da Saúde; Francisco Ivan Rodrigues Mendes Junior,  
10 Coordenador de Políticas e Atenção à Saúde; Roberta de Paula Oliveira, Supervisora do Núcleo  
11 de Controle de Vetores/COPROM; Moacir Tavares Martins Filho, Coordenador da CORES e  
12 Vera Maria Câmara Coelho, Técnica da Secretaria Executiva da SESA e Secretária Executiva da  
13 CIB; Representando o Componente Municipal; Sayonara Moura de Oliveira Cidade, Secretária  
14 Municipal de Saúde de Aracati; Joana Angélica Paiva Maciel, Secretária Municipal de Saúde de  
15 Fortaleza; Maria Nizete Tavares Alves, Secretária Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte;  
16 Liduína Fátima Freitas dos Santos, Secretária Municipal de Saúde de Acaraú; Sharliane  
17 Monteiro da Rocha, Secretária da Saúde de Pindoretama e Zuila Maria Maciel de Melo Peixoto,  
18 Secretária Municipal de Saúde de Orós. Presentes, outros Secretários Municipais de Saúde,  
19 técnicos responsáveis por Coordenadorias e Núcleos da SESA, Coordenadores Regionais da  
20 SESA, profissionais das Secretarias Municipais de Saúde e do COSEMS e demais pessoas  
21 interessadas, com registro em listas de presença de convidados. A Assembléia foi aberta pela  
22 Secretária Executiva Vera Coelho, que sob a presidência da Dra. Lilian Alves Amorim Beltrão,  
23 cumprimentou a todos os presentes. **APRESENTAÇÃO: Item 1.1. Resultados dos indicadores**  
24 **de imunização do Ceará, no ano de 2017 e Item 1.2. Influenza: Campanha de vacinação e**  
25 **cenário epidemiológico.** Ana Vilma Braga, Técnica do NUIMU/CVS iniciou sua apresentação  
26 mostrando como se comportaram os municípios cearenses em 2017 em relação à Campanha da  
27 Influenza dia D que está completando 20 anos de campanha com um diferencial de maior  
28 procura pela vacina, quando em anos anteriores ocorria o contrário, ou seja, nós insistíamos na  
29 divulgação e não conseguíamos atingir a meta. Esse ano as doses de vacinas são distribuídas pelo  
30 MS em sete lotes e possivelmente terça-feira alcançará os 100% dos grupos prioritários de cada  
31 município. Lembrou aos gestores municipais a importância das doses aplicadas serem digitadas  
32 em tempo real. O site está aberto para a Campanha sendo a digitação fácil de fazer, a não ser  
33 quando não tiver internet. Os municípios já estão com 84% das vacinas e na próxima semana  
34 receberão o restante de 16% para totalizar 100%. A recomendação do MS é que sejam vacinados  
35 95% dos grupos prioritários. Tivemos um surto da gripe H1N1 com alguns óbitos, porém já se  
36 observa uma redução significativa de casos com redução da circulação do vírus, visto que a  
37 vacinação dos grupos de risco está sendo eficaz, protegendo também que não faz parte do grupo  
38 de risco, é o que se chama de proteção coletiva de rebanho. Esse ano foi um pouco mais difícil  
39 porque houve um acordo para começar a vacinação mesmo sem ter um quantitativo total, o que  
40 levou a superlotação dos postos e às vezes a falta de vacinas. Mas ao final os resultados  
41 esperados deverão ser satisfatórios, que é nosso objetivo. Em relação aos Resultados da  
42 Vacinação de Rotina em 2017: O Ceará alcançou a cobertura vacinal em BCG de 106%, porém  
43 os municípios que estão em vermelho não alcançaram os 90%; a Rota Vírus alcançou 160%  
44 como um todo, mas alguns que estão em vermelho, não atingiram os 90% e está vacina tem um  
45 diferencial, porque se não for feita até os 7 meses e 29 dias a 2ª dose para fechar o esquema, essa  
46 criança não pode mas tomar a vacina, pois estudos mostram segurança nesta faixa etária, por isso  
47 precisamos fazer a 1ª dose aos 2 meses e a 2ª dose aos 4 meses, podendo vacinar os faltosos até 7  
48 meses e 29 dias; a Pentavalente alcançou 103,25% no geral, os municípios em vermelho não  
49 comprometeram o resultado geral alcançado; a Contra Pneumologia alcançou 112,58% no geral,  
50 alguns municípios não alcançaram 95%; a Poliomielite alcançou 104,46% da mesma forma com  
51 os municípios em vermelho, o que é preocupante porque a Pólio está erradicada no Brasil e nas  
52 Américas, e o Estado não pode fechar o ano do jeito que está, correndo o risco do retorno da  
doença porque as crianças não estão sendo vacinadas. Esclareceu que a cobertura do Estado é  
calculada a partir da soma das doses aplicadas em todos os municípios, o que resultou no alcance



53 das metas, mas não tem homogeneidade. Em relação a Tríplice Viral o Ceará viveu uma  
54 epidemia de sarampo de 2013 a 2015 e a situação é que na 1ª dose alcançamos 113%, mas na 2ª  
55 dose não alcançou os 95%. Alertou que os estados de Roraima e Amazonas se encontram com  
56 registro de casos de Sarampo, e tem risco de entrar no Ceará por conta de nossa fragilidade,  
57 apesar da avaliação que é feito desses indicadores a cada 3 meses pelo nível central da SESA. A  
58 proposta é fazer essa avaliação com os municípios de 3 em 3 meses utilizando a nova  
59 metodologia para avaliação do 1º trimestre de todos os indicadores da vigilância em saúde, com  
60 início na próxima semana. Comunicou que a partir de 1º de Julho/2018 os municípios não mais  
61 terão o APIWEB que são doses aplicadas, ou eles implantam o SIPNI ou ficarão sem  
62 informação. E a Equipe da SESA está disponível para assessorar os municípios que tiverem  
63 dificuldades. Aproveitou para pedir aos municípios que atualizem as carteiras de vacinação e  
64 coloquem em dia as vacinas nesta Campanha, em relação as crianças de 6 meses a 5 anos. No 2º  
65 semestre de 2018 será feita uma campanha do segmento de sarampo para vacinar todas as  
66 crianças que ainda não se vacinaram. Em 2017 o Ceará não alcançou a cobertura vacinal em  
67 crianças de 2 a menor de 5 anos, fechando o ano com 71% a Campanha de Influenza e os  
68 municípios que estão em vermelho, não alcançaram cobertura nas crianças nessa faixa etária e  
69 nem nas crianças de 6 meses a menor de 2 anos. Em relação aos trabalhadores de saúde alcançou  
70 96% (o mínimo é 95%) mas novamente os que estão em vermelho não alcançaram os 95%; as  
71 gestantes o ano com 85% quando o mínimo é 90%; as puérperas alcançou 101%, os indígenas  
72 107% e os idosos 90% e no Estado como um todo, alcançou 90% que é o mínimo aceitável.  
73 Colocou que acredita que em 2018 a cobertura prevista será alcançada por todos os municípios,  
74 visto que a procura está sendo bastante significativa. Mostrou uma série histórica das coberturas  
75 alcançadas em 2015: 83%, 2016: 91% e 2017 90%. A Campanha iniciou em 23 de abril e vai até  
76 1 de junho/2018, exclusivamente para os grupos prioritários que foram definidos por um Comitê  
77 Técnico do MS/OMS baseado em evidências científicas. Lembrou que a vacina imuniza para 3  
78 CEPAS: H1N1, H3N2 e B enquanto a gripe é causada por milhões de vírus e nesse período de  
79 sazonalidade, muitas pessoas vão gripar, mas não foi a vacina que causou essa gripe. A meta  
80 para o Estado em 2018 é vacinar 2.286.637 pessoas e alcançar 90%, de cobertura de cada grupo  
81 prioritário. Aproveitou para pedir todo empenho e apoio dos municípios para que o Ceará  
82 consiga o êxito esperado nessa Campanha. Falou da importância de conscientizar a população  
83 sobre os cuidados na prevenção da gripe evitando aglomerações, lavagem das mãos e outros  
84 hábitos saudáveis. Finalizou mostrando que hoje 10 de maio, já foram registradas 839 mil  
85 pessoas vacinadas dos grupos prioritários e 126 mil pessoas com comorbidades, com 40% de  
86 cobertura. E que esse registro coloca o Ceará na posição do melhor estado do Nordeste em  
87 digitação e o terceiro do Brasil, o que mostra o comprometimento dos nossos profissionais na  
88 busca de sermos o primeiro do Brasil a terminar essa Campanha e alcançar a cobertura vacinal  
89 prevista. **Dra. Joana Maciel** agradeceu a Ana Vilma o trabalho feito em parceria com o  
90 Município e parabenizou pela decisão tomada pelo Estado de antecipar essa Campanha.  
91 Esclareceu tinha conhecimento que a quantidade de doses não era suficiente, mas quanto mais  
92 pessoas fossem imunizadas mais cedo seria melhor para a tranquilidade da população, e elogiou  
93 a estratégia utilizada, pois quando as pessoas reclamavam que estava faltando vacinas nos postos  
94 e parecia desorganização, na verdade foi a estratégia de iniciar a vacinação no início da quadra  
95 invernal no Ceará quando começa a circular os vírus da gripe. E pediu que os COSEMS do  
96 Nordeste faça pressão junto ao MS em relação ao tempo de início da vacinação de influenza em  
97 nossa Região, pois todos nós sabemos que a circulação dos vírus como já falei, se inicia com a  
98 chegada das primeiras chuvas. Em sua opinião, essa Campanha é pra imunizar as pessoas do  
99 Sudeste, pois quando começou a Campanha dia 20 de Abril, o vírus já circulava em nossa  
100 Região o que causou muito stress para nós, até porque se sabe que a imunidade só se dará de 2 a  
101 3 semanas depois. O ideal seria uma Campanha para o Nordeste e outra para o Sudeste, já que o  
102 Brasil é um país de dimensões continentais, não faz sentido ter o mesmo tratamento. **Sayonara**  
103 parabenizou Ana Vilma pelo belo trabalho, bem como a decisão de antecipação de Campanha, o  
104 que foi bom pra todo mundo. Falou que vem participando das reuniões do CONASEMS e há



105 tempo que os coordenadores estaduais vem pressionando o MS com relação a data dessa  
106 campanha no Nordeste. A Coordenação Nacional sempre coloca como justificativa, a situação de  
107 produção das vacinas pelos laboratórios. Disse ainda que a situação relatada pela Ana Vilma é  
108 muito triste, porém quando se analisa os resultados nacionais é mais desesperador, pois aqui no  
109 Ceará a cobertura é de 70%, 80%, e a nacional é 20%, 30% de cobertura, apesar de termos  
110 grande preocupação com a homogeneidade na cobertura vacinal principalmente de rotina, mas o  
111 Ceará tem sempre resultados muito bons. Destacou que, o que está acontecendo hoje são  
112 situações que fogem a governabilidade do gestor, como municípios que nos alegam que o juiz  
113 levou todos os seus servidores para vacinar, mesmo sabendo que aquelas pessoas não estavam  
114 nos grupos de risco (ele foi orientado por ofício) e como os enfermeiros iam barrar um juiz?  
115 Então são situações como essas (incluindo policiais) que dificultam e interferem nos resultados,  
116 principalmente dos municípios que estão em vermelho na apresentação da Ana Vilma, repito que  
117 é muito complicado pra nós. Talvez fosse interessante conversar com o MS sobre isso.

118 **PACTUAÇÕES/DELIBERAÇÕES: Item 2.1. Apresentação do Projeto de Ampliação do**  
119 **Instituto Dr. José Frota - IJF 2.** **Dra. Joana Maciel** iniciou destacando a importância que tem  
120 o IJF não só para Fortaleza, mas para o Estado do Ceará pelo seu perfil quaternário com foco no  
121 trauma, ensino e pesquisa e orientador de políticas públicas e atendendo a população de todo o  
122 Estado. Em seguida passou a palavra para a **Dra. Riane Azevedo**, Superintendente do IJF que  
123 apresentou para os presentes a missão, visão e valores do Hospital que foram definidos a partir  
124 do processo de planejamento estratégico realizado ano a ano, onde foi desenhado a visão de  
125 futuro desse Hospital, bem como definido os indicadores de acompanhados mensalmente. O  
126 Hospital possui um total de 461 leitos instalados e cadastrados no SUS, com 33 leitos de UTI  
127 sendo 7 de pediatria, 135 leitos de traumatologia, 17 leitos no risco 1 que fica na emergência, 14  
128 leitos no risco 2, suporte para o risco 1 e 18 na unidade de idosos, 27 leitos para suporte da sala  
129 de recuperação que conta com 12 leitos para 11 salas de cirurgia, 24 leitos na unidade 16 que  
130 recebe pacientes crônicos, 72 leitos de cirurgia geral, 22 leitos de cirurgia plástica e buço maxilo  
131 facial, 49 leitos de neurocirurgia, 16 leitos de pediatria, 6 leitos para emergência pediátrica, 28  
132 leitos na unidade de queimados com 2 salas de cirurgia para operar esses pacientes, além de 2  
133 salas de pequenas cirurgias que funcionam na emergência do Hospital. Com o quadro de  
134 recursos humanos composto de 19 médicos de várias especialidades todos os dias de plantão,  
135 com exceção da nefrologia, urologia e hematologia e conta ainda com 40 médicos de outras  
136 instituições que estão a disposição do IJF, além de outros profissionais de nível superior  
137 assistencial, nível médio e nível administrativo e de 485 profissionais terceirizados que atuam na  
138 recepção, nutrição lavanderia, segurança e outros setores. O ambulatório de egressos em 2017  
139 realizou 43.408 consultas de pacientes operados no Hospital. O CEATOX – Centro de  
140 Assistência Toxicológica que presta atendimento a todo o Estado nos casos de envenenamentos  
141 por animais peçonhentos e intoxicações por produtos químicos, caseiros etc. Em relação aos  
142 atendimentos na porta da emergência 70% são de pacientes residentes na Capital e 30% do  
143 Interior e nos casos de internação, a relação fica 50% Capital e 50% Interior. As principais  
144 causas desses atendimentos são em 1ª lugar: Quedas de todos os tipos, os acidentes de moto vêm  
145 em 2ª lugar. Em 2017 foram quase 80 mil atendimentos na emergência, 16.337 internações que  
146 gerou 900 cirurgias/mês, donde 48% das internações foram de pacientes provenientes do  
147 Interior, onde os municípios de Caucaia, Maracanaú, Aquiraz e Maranguape são os que mais  
148 encaminharam pacientes para o IJF nos últimos quatro anos (2014 a 2017). A taxa de ocupação  
149 da emergência em 2017 girou em torno de 232% porque sempre o número de pacientes é maior  
150 do que a capacidade instalada que é de 40 leitos, já tendo chegado a 172 pacientes, podendo o  
151 paciente passar mais de um dia esperando um leito. Deu destaque aos protocolos existentes na  
152 emergência e citou o de transfusão onde o paciente é transfundido em 5 minutos o que deixou o  
153 IJF no 4º lugar em número de transfusões, ou seja, tem mais hospitais transfundindo sangue do  
154 que o IJF que vive em eminência de urgência e com isso passou a economizar sangue; o de  
155 código dos procedimentos cirúrgicos que monitoriza o tempo em que o paciente é levado ao  
156 centro cirúrgico, reduzindo seu risco de vida. Destacou o papel da Comissão Intra-hospitalar de



157 Doação de Órgãos e Transplantes- CIDOT que presta um importante serviço na captação de  
158 órgãos, sendo o Ceará considerado o 2º Estado do Brasil em transplantes, principalmente rim e  
159 fígado. Outra ferramenta utilizada na emergência é o KANBAN, método japonês que visa medir  
160 diariamente o tempo que o paciente passa na emergência através de gráficos mensais que  
161 indicam pelas cores, a situação daquele mês, ou seja, se a linha for verde o paciente está há 24  
162 horas no hospital, o amarelo indica 48 horas e o vermelho mostra que o paciente está há mais de  
163 72 horas na emergência. A medição é feita manhã e tarde. De posse destes dados é  
164 providenciado a transferência de pacientes para os hospitais de apoio, dentre esses o Hospital  
165 Fernandes Távora e a Santa Casa. O IJF realiza uma média anual de 11 mil cirurgias de urgência  
166 na mesma proporção da internação, 50% são pacientes da Capital e 50% do Interior. Chamou a  
167 atenção sobre os acidentes de moto nos fins de semana que aumentaram, mesmo havendo  
168 menor número de motos em circulação. De 2014 a 2017 observou-se redução de 43% dos  
169 acidentes de moto na Capital e de 23% no Interior, devido a implantação de políticas públicas,  
170 fiscalização e outras ações instituídas. Com relação aos acidentes com bicicletas nesse mesmo  
171 período ocorreu redução na Capital (23%) em consequência da instalação de ciclovias e uso  
172 seguro das bicicletas, mas no Interior se manteve constante. Destacou a preocupação em relação  
173 a sustentabilidade financeira do IJF, pois 74% dos recursos são provenientes dos recursos  
174 próprios do municípios de Fortaleza (22 milhões), 19% recursos federais (5.696mil) e 7%  
175 recursos estaduais (1.876mil), totalizando uma receita de R\$ 29.504mil/ mensal, enquanto as  
176 despesas foram orçadas em R\$32.189mil, apresentando um déficit mensal de R\$ 2.685mil no  
177 custeio. Em relação ao IJF 2 informou que o mesmo contará com 203 leitos, 9 salas que somados  
178 serão 20 salas de cirurgia, 29 leitos de recuperação pós-anestésica passando para 32, 30 leitos de  
179 UTI passando para 36, e terá o primeiro serviço de hemodinâmica de Fortaleza e um serviço de  
180 ressonância magnética nuclear, também o primeiro da Capital para que possa absorver essa  
181 demanda, dando maior qualidade no atendimento e maior segurança aos pacientes. A abertura de  
182 130 leitos no 1º e 2º andar que darão suportes à emergência e podendo finalmente tirar os  
183 pacientes que estão no corredor, está prevista para Julho/2018, bem como uma ala com 30 leitos  
184 para receber os idosos que constitui uma grande demanda para o IJF, em função das quedas. A  
185 previsão de despesas do IJF-2 é de aproximadamente R\$ 6.500 mil/mês, estimativa feita com  
186 base no gasto/leito atual do IJF-1. A proposta é de que o Governo do Estado aumente a sua  
187 participação como órgão financiador, considerando que o IJF hoje gasta com custeio  
188 R\$10.257mil/mês sem a folha de pessoal e que 50% dos pacientes atendidos são do Interior,  
189 passando de R\$1.876.mil para R\$ 6.731mil/mês. **Vera** apóia a solicitação apresentada pela  
190 Superintendência do IJF de aumento dos recursos do Estado, tendo em vista a elevada  
191 participação do atendimento à população do interior do Estado e propõe que logo que esses leitos  
192 entrem em funcionamento a SMS de Fortaleza entre com a solicitação de recursos para custeio  
193 junto ao MS. **Dra. Lilian** sugeriu que estes 130 leitos poderiam ser classificados como de  
194 retaguarda, já que o IJF é um dos hospitais eleitos pelo MS como porta de entrada no Programa  
195 SOS Emergência, tendo em vista que o MS paga a diária de um leito de retaguarda R\$ 300,00 e a  
196 repercussão mensal para 130 leitos, iria melhorar a fatia do MS em 20%. Seria um plus a mais, e  
197 a medida que fosse abrindo mais leitos, faríamos a mesma coisa, porque solicitar recurso para  
198 habilitação não faz sentido já que o IJF é habilitado, pode-se pedir recursos novos para  
199 operacionalizar novos leitos em outro serviço. **Dra. Joana** concordou com a proposição da Dra.  
200 Lilian e disse que o IJF tem uma produção registrada de procedimentos de média complexidade  
201 no valor mensal de R\$3.800mil e que já enviou processo para o MS, após aprovação da CIB, e  
202 até hoje esses recursos não foram liberados, apesar do MS afirmar que quem produzir e registrar  
203 no sistema, será pago. Falou também sobre os custos altos do IJF em várias especialidades, com  
204 assistências médica 24h, o que não existe nem na rede privada. Dai a idéia de construir o IJF-2  
205 para ampliar a porta de entrada da emergência que continua a mesma e assim poder otimizar os  
206 recursos inclusive os do Governo do Estado. **Sayonara** parabenizou a apresentação feita pela  
207 Dra. Riane e lembrou que quando o Odorico estava como Secretário de Saúde de Fortaleza,  
208 houve uma apresentação na Escola de Saúde Pública sobre a situação do IJF e hoje os



209 atendimentos de pacientes residentes na Região Metropolitana de Fortaleza continuam a mesma.  
210 Destacou que esse estudo deveria ser apresentado ao Senhor Governador, pois o mesmo aponta a  
211 necessidade de ser feito um cinturão de serviços para desafogar o IJF. Quando fala em interior  
212 sempre ocorre conflito, as pessoas se revoltam, mas quando apuramos os dados, constata-se que  
213 a maioria dos pacientes é proveniente da Região Metropolitana de Fortaleza. **Vera** agradeceu aos  
214 representantes de Fortaleza e disse que eles têm uma grande missão frente ao IJF, hospital com  
215 importância inquestionável para o Ceará e faremos todo esforço para que ele possa ter uma  
216 melhor estrutura operacional, o IJF é um equipamento de abrangência estadual, com oferta de  
217 serviços especializados, a exemplo da assistência a queimados para pacientes de outros Estados.  
218 Após a discussões a CIB/CE acatou a iniciativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza, com apoio  
219 financeiro do Governo do Estado, de ampliar o Instituto Dr. José Frota - IJF, com a denominação  
220 IJF- 2, dando suporte ao IJF, unidade estratégica para a Rede de Atenção às Urgências e  
221 Emergências – RUE do Estado do Ceará. **Item 2.2. Plano Estadual de Vigilância e Controle**  
222 **da Tuberculose 2018-2020.** Valderina Freire, Técnica do NUVEP/COPROM iniciou a  
223 apresentação do Plano Estadual dizendo que o mesmo foi elaborado com base no Plano Nacional  
224 e que a situação epidemiológica da Tuberculose no Estado em 2017 apresenta uma taxa de  
225 incidência de 38 por mil habitantes, sendo uma das mais elevadas do Brasil, o que é bastante  
226 preocupante, como também uma taxa de cura em torno de 68% considerada baixa e uma taxa de  
227 abandono em torno de 12% considerada alta. Manifestou a preocupação com o número de casos  
228 ignorados, ou seja, pacientes que entram no sistema, fazem o diagnóstico, iniciam o tratamento e  
229 não há informação do termino do tratamento no sistema. Com relação a mortalidade nesse ano  
230 foi registrado 110 os óbitos, número considerado muito alto, o que é lamentável por ser a  
231 Tuberculose uma doença de fácil controle e cura, pois se dispõem de tecnologia e medicação,  
232 mas não se evolui. Lembrou que no Ceará a notificação é feita pós- morte o que significa dizer  
233 que esse paciente não teve oportunidade de diagnóstico. Esse Plano tem a perspectiva de controle  
234 “Ceará Livre da Tuberculose até o ano de 2035”, pois sabe-se que erradicar é praticamente  
235 impossível até mesmo em nível de mundial. Para manter a Tuberculose sob controle serão  
236 trabalhados três pilares; 1º Pilar- Prevenção e cuidado; 2º Pilar- Fomentar políticas de sistema  
237 de apoio; e 3º Pilar- Intensificar a área de pesquisa. Em seguida apresentou alguns cenários  
238 elaborados pelo MS a nível nacional: **Cenário 1.** Características dos locais com melhor  
239 condição sócio- econômica associada ao coeficiente de incidência de Tuberculose. **Subcenário**  
240 **1.0.** Municípios que, em média, possuem a menor taxa de desemprego e o menor percentual  
241 médio da população com mais de duas pessoas por domicílio, menor média do coeficiente de  
242 AIDS, e não notificaram nenhum caso de Tuberculose entre 2014 e/ou 2015. **Subcenário 1.1.**  
243 Municípios que apresenta, em média, o menor coeficiente de incidência de Tuberculose, AIDS e  
244 mortalidade por TB entre os municípios que apresentaram casos de Tuberculose em 2014 e 2015.  
245 Seus casos novos possuem elevado percentual médio de cura e baixo percentual de casos  
246 transferidos ou com desfechos ignorado, bem como elevada investigação de contatos. As  
247 principais vulnerabilidades dos casos novos são infecção com HIV(8,0%) e ser população  
248 privada de liberdade (PPL) (4,2%). Compõem esse grupo municípios em estágio avançado de  
249 controle da doença. **Subcenário 1.2.** Em média esse grupo apresenta coeficiente de incidência de  
250 Tuberculose, AIDS e mortalidade por Tuberculose relativamente baixa. No entanto, o elevado  
251 percentual médio de casos novos com encerramento como transferência ou ignorado dificulta a  
252 análise de desempenho das ações de controle da Tuberculose nesses locais, uma vez que os  
253 indicadores sobre cura e abandono ficam prejudicados. Acrescenta-se a média baixa de  
254 investigação de contatos. Em média 19,2% dos casos novos possuem, pelo menos, uma  
255 vulnerabilidade, com destaque para o HIV (7,7%), PPL(6,7%) e pessoa em situação de rua  
256 (1,9%), sendo que, para esta última, a média de seu percentual supera o de todos os demais  
257 subcenários . Esses municípios carecem de melhoria de sistema de informação. **Subcenário 1.3.**  
258 Em 2015, os municípios que compõem esse grupo notificaram 27,8% dos casos novos  
259 Tuberculose do país. Do total de capitais, 12 estão nesse grupo. Apresentam, em média, o maior  
260 coeficiente de incidência de Tuberculose e AIDS quando comparado a todos os demais



261 subcenário, bem como o maior percentual médio de abandono (8%) entre os municípios que  
262 compõem o cenário 1, com um percentual considerável de transferência e ignorados (11%).  
263 Entre todos os demais grupos, foi o que apresentou maior percentual médio de casos novos com  
264 pelo menos uma vulnerabilidade (22%), com destaque para a coinfeção com HIV. Apesar dos  
265 desafios, revela uma epidemia concentrada em populações vulneráveis, com necessidade para  
266 focalização das ações de controle de Tuberculose. **Cenário 2.** Características dos locais com  
267 condição sócio econômica desfavorável, associada ao coeficiente de incidência de Tuberculose.  
268 **Subcenário 2.0.** Municípios que, em média, não possuem bons indicadores socioeconômicos  
269 quando comparados com os demais subcenários e que, no entanto, não notificaram casos de  
270 Tuberculose em 2014 e/ou 2015. Acredita-se que haja subnotificação de casos de Tuberculose no  
271 Brasil e, em comparação ao subcenário 1.0. é mais provável que a subnotificação ocorra com  
272 maior frequência nesse grupo. **Subcenário 2.1.** Esse grupo apresenta o menor coeficiente médio  
273 de incidência de Tuberculose, AIDS e mortalidade por Tuberculose entre aqueles que pertencem  
274 ao Cenário 2. No entanto, o elevado percentual de casos novos com encerramento como  
275 transferência ou ignorado (81,8%), a menor média para investigação de contatos (36,5%) e  
276 testagem para o HIV (52,3%) podem representar a ausência de atividade de controle de  
277 Tuberculose, como acompanhamento e busca ativa de casos, o que sugere baixa detecção e a  
278 existência de subnotificação. Em média, 15,6% dos casos novos possuem pelo menos, uma  
279 vulnerabilidade, com destaque para HIV (9,8%), que supera o percentual de todos os demais  
280 subcenários. **Subcenário 2.2.** Os municípios que compõem esse grupo apresentam em média o  
281 segundo maior coeficiente de incidência de Tuberculose e o maior coeficiente de mortalidade por  
282 Tuberculose entre todos os subcenários. Além disso, possui elevado percentual médio de casos  
283 novos com encerramento como transferência ou ignorado (37%), baixa investigação de contatos  
284 (60,5%) e testagem para o HIV (53,5%). Em média apresenta o menor percentual de casos novos  
285 com pelo menos uma vulnerabilidade (10,6%), revelando uma epidemia menos concentrada em  
286 populações vulneráveis. A ausência de atividades de controle de TB, associada ao elevado  
287 coeficiente de mortalidade por TB, sugere a baixa detecção e o diagnóstico tardio da doença.  
288 **Subcenário 2.3.** Do total de capitais 16 estão representadas nesse grupo e juntas somam 56,3%  
289 dos casos novos de Tuberculose notificados em 2015. Apresentam em média o maior coeficiente  
290 de AIDS dos municípios que compõem o cenário 2 e o segundo maior de mortalidade por  
291 Tuberculose entre todos os subcenários. Aproximadamente em média 80% dos casos novos  
292 foram curados e 8,2% abandonaram o tratamento. O grupo possui um dos menores percentuais  
293 de casos encerrados como transferência ou ignorado (4,6%) e os maiores percentuais de  
294 investigação de contatos (69,6%) e testagem para o HIV (67,2%) entre o cenário 2. Em média  
295 apresenta 14,3% de seus casos novos com pelo menos uma vulnerabilidade, com destaque para a  
296 coinfeção com HIV (5,6%) e PPL (4,1%) e população indígena (3,5%). Esse grupo de  
297 municípios revela que apesar dos desafios epidemiológicos da doença, como por exemplo, o  
298 fenômeno da AIDS e das vulnerabilidades que aumentam o risco de TB, como os presídios é  
299 possível obter bons indicadores operacionais da doença. E finalizou dizendo que a situação do  
300 Ceará definida a partir de todos os casos notificados pelos municípios e obteve o seguinte  
301 resultado: somente 10,9% dos municípios no Cenário 1 e 89,1% no Cenário 2, sendo este último  
302 classificado como desfavorável. As competências do Estado com relação aos indicadores  
303 mostrados através dos cenários e sub cenários são: Consolidar e analisar os dados gerados pelo  
304 sistema de informação, oferecendo informações por meio de boletins, notas técnicas, além de  
305 utilizá-las para fins de planejamento, monitoramento e avaliação; Monitorar os indicadores  
306 epidemiológicos, bem como acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas nos diversos  
307 pactos por parte dos municípios; Realizar avaliação operacional e epidemiológica das ações do  
308 programa em âmbito estadual e Capacitar e assessorar tecnicamente as CRES e municípios sobre  
309 a Vigilância Epidemiológica da TB. Nesse Plano a SESA está propondo para pactuação com os  
310 gestores municipais as seguintes metas para o período 2016 a 2020: Ampliar o percentual de  
311 casos de tuberculose encerrados oportunamente no SINAN de 86,6% (2016) para 95% (2020); -  
312 Ampliar a testagem de HIV dentre os casos novos de TB de 69,1% (2016) para 90% (2020); -



313 Ampliar a solicitação de cultura de escarro de 23% (2016) para 70% (2020) para os casos de  
314 retratamento;- Reduzir o percentual de abandono de 10,3% (2016) para 7,5% (2020);- Ampliar o  
315 percentual de cura de 58,9% (2016) para 70% (2020); - Reduzir a mortalidade de 2.0/100.000  
316 habitantes (2016) para 1.9/100.000 habitantes (2020); - Ampliar percentual de contatos  
317 examinados entre os casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial de 50%  
318 (2016) para 80% (2020); e - Reduzir a incidência de 39,0/100.000 habitantes (2016) para  
319 37/100.000 habitantes (2020). **Vera** referiu-se a última reunião da Câmara Técnica de Vigilância  
320 em Saúde onde foi feita uma discussão aprofundada sobre os indicadores e metas desse Plano e  
321 esclareceu que essas metas estão postas diante de um compromisso internacional do Governo  
322 Brasileiro e do Ceará que está em situação bastante desfavorável, esse compromisso não pode ser  
323 assumido só pela SESA, mas também e principalmente por esses municípios que estão nestes  
324 cenários que foram apresentados aqui, que são 164 no Cenário 2. Estes municípios deverão  
325 colocar nos seus Planos de Saúde, ações no sentido de garantir o alcance das metas propostas.  
326 Chamou atenção aos secretários presentes lembrando que essa reunião de hoje será para  
327 pactuação e que estas metas só serão alcançadas para 2020 se os municípios que estão no  
328 Cenário 2 começarem agora a trabalhar as ações de Vigilância e Controle em seus Territórios,  
329 incorporando a atenção primária como prioritária. Falou que o Estado está assumindo uma  
330 grande responsabilidade que tem que ser compartilhada com 184 municípios, notadamente nos  
331 164 que estão no cenário 2. **Sayonara** colocou que ampliar a testagem de HIV de 69% para  
332 100% é uma meta muito audaciosa, pois a adesão ao tratamento da tuberculose é o mais  
333 complicado hoje para os municípios, pois sempre que o paciente para o tratamento e recomeça  
334 após a busca ativa, se precisa mudar o esquema e as vezes ele não adere. Tiveram casos em que  
335 os gestores recorreram a Justiça para esses pacientes fazerem o tratamento, são os pacientes mais  
336 resistentes que temos para fazer a testagem de HIV. **Telma** disse que esse número de pacientes  
337 não é tão grande, temos em torno de 1000 casos de AIDS diagnosticados por ano e a prevalência  
338 de HIV, em paciente com tuberculose é de 10%, teoricamente seriam 100 pessoas que deveriam  
339 fazer o teste de HIV entre os pacientes com Tuberculose. O Estado saiu de uma meta de 20%  
340 para 70%, pode ser que 70% para 100% não se alcance, mas foi a meta que mais andou no caso  
341 da Tuberculose, porém se conseguir 80% ou 90% já será um bom resultado. **Sayonara** reforçou  
342 as dificuldades no cumprimento dessa meta a começar pelas equipes profissionais que não  
343 querem realizar o teste de HIV. Encerrar oportunamente os casos não depende só da sala de  
344 epidemiologia, mas também e principalmente da notificação da atenção primária, porém  
345 continuou achando muito alta a meta de 100%.**Vera** colocou que a Sayonara está questionando,  
346 a meta de 100% até 2020. Sugeriu que esse assunto voltasse para discussão da Câmara Técnica  
347 para aprofundar essa discussão para reapresentação na próxima reunião da CIB caso haja  
348 consenso. A CIB/CE acatou a sugestão de retornar esse assunto para apreciação da Câmara  
349 Técnica da Vigilância em Saúde. **Item 2.3. Plano Estadual para Redução da Sífilis no Ceará.**  
350 **Telma Martins**, Técnica da COPROM/SESA iniciou informando que o Brasil vive uma  
351 epidemia de sífilis e passou a mostrar os dados que foram incluídos no Plano Estadual após  
352 discussões em várias reuniões com representantes da SESA e posteriormente foi feita  
353 apresentação na Câmara Técnica de Vigilância em Saúde, ocasião em que foram feitos vários  
354 ajustes e hoje estamos trazendo aqui na CIB, para pactuação. No Ceará a taxa de detecção sífilis  
355 adquirida tem aumentado, mesmo com a sub-notificação, como também tem aumentado os casos  
356 da sífilis em gestantes e sífilis congênita. No Estado tem mais casos notificados de sífilis  
357 congênita do que em gestantes, mas nos últimos anos essa razão vem diminuindo, em função do  
358 trabalho que vem sendo realizado. A situação ideal é que os casos de sífilis em gestantes sejam  
359 em número maior do que os casos de sífilis congênita que deveria corresponder ¼ dos casos  
360 notificados em gestantes. Essa realidade do Estado ocorre em virtude de não estar sendo  
361 diagnosticando a sífilis no 1º trimestre da gestação, no 2º trimestre o acréscimo foi de 30%, mas  
362 no 3º trimestre quando já deve ter ocorrido a transmissão, o percentual ainda é muito alto e o  
363 ideal é fazer o diagnóstico precoce no 1º trimestre. Informou que 90% dos municípios cearenses  
364 fizeram notificação de casos, mas os nove municípios com população igual ou maior que 100 mil



365 habitantes concentram 53% dos casos do Estado. Em relação a sífilis congênita esses municípios  
366 concentram a taxa de incidência de 71,5% dos casos do Estado que se encontra em torno de  
367 11%, quando o MS espera que seja de 0,5%. Reforçou o propósito de reduzir esta taxa e  
368 trabalhar mais com a mulher em idade reprodutiva e gestantes com o objetivo de mudar o  
369 cenário atual. O objetivo geral é reduzir a sífilis adquirida, em gestantes e congênita no Ceará,  
370 tendo como objetivos específicos: Promover a captação precoce da gestante, assegurando o  
371 início do pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre da gestação, incentivando o  
372 acompanhamento e tratamento da gestante e do parceiro no pré-natal com oferta do diagnóstico  
373 para Sífilis, inclusive em situações de abortamento; Ampliar a cobertura de diagnóstico da  
374 Sífilis, garantindo a oferta de Teste Rápido. Para a população em geral, priorizando gestantes,  
375 populações-chave (HSH, profissionais do sexo, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas  
376 privadas de liberdade e população trans) e populações prioritárias (população negra, adolescentes  
377 e jovens e pessoas em situação de rua); Assegurar a administração de penicilina benzatina no  
378 tratamento das gestantes, preferencialmente nas unidades da atenção primária, ou em  
379 maternidades, caso o diagnóstico seja realizado no parto ou abortamento; Desenvolver ações de  
380 educação permanente e comunicação em saúde, com foco na Sífilis para atualização dos  
381 profissionais do SUS e participação comunitária na prevenção e controle; Qualificar a vigilância  
382 epidemiológicas da Sífilis adquirida, em gestante e congênita, garantindo informações de  
383 qualidade e em tempo hábil para tomada de decisão; Incentivar a implantação de "Grupos de  
384 trabalho" – GT para Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais nos  
385 comitês de Mortalidade Materno-infantil; e Articular os setores sociais e comunidade, para  
386 fortalecer a resposta à Sífilis. O Plano foi dividido em 4 eixos: Gestão e Governança; Educação  
387 e Comunicação; Vigilância e Cuidado Integral. A Meta prevista no Plano é alcançar uma Taxa  
388 de Incidência de sífilis congênita  $\leq 7$  casos em menores de um ano/ mil nascidos vivos até 2019.  
389 Visando alcançar a meta proposta nos Planos os municípios deverão utilizar como indicador a  
390 taxa de incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano e o alcance desse parâmetro pelo  
391 município não deve ser um impedimento para que o município continue buscando a redução dos  
392 casos. Em seguida relatou as competências estaduais, regionais e municipais que são: Priorizar a  
393 Vigilância; Desenvolver as ações previstas no Plano; Monitorar os indicadores, pactuar nos seus  
394 instrumentos de gestão CIR, CMS e Trabalhar a vigilância com a atenção básica. Espera-se que  
395 os gerentes municipais indiquem seus profissionais para participarem de capacitações oferecidas  
396 pela ESPS/CE em parceria com a COPROM treinamento como o Tolelab do MS feitos a  
397 distância e que divulguem notas técnicas e portarias para os profissionais de saúde, como  
398 exemplo a portaria da sífilis congênita em relação ao parceiro, que o MS mudou a conduta, mas  
399 os profissionais ainda continuam colocando o parceiro como necessário para fechar o caso, que  
400 não precisa mais ser tratado, bem como incentivar a prática entre os profissionais do uso dos  
401 protocolos e outras atividades de monitoramento e avaliação dos indicadores e metas inseridos  
402 no Plano, visando o cumprimento da meta de reduzir a sífilis para menos de 1 caso por mil  
403 nascidos vivos. **Sayonara** falou que esse Plano foi bem discutido na Câmara Técnica embora  
404 com alguns pontos de divergência e sugeriu que esse assunto fosse discutido na próxima CIB  
405 tendo em vista que a maioria dos gestores municipais já saiu dessa reunião. A CIB/CE acatou a  
406 sugestão de adiar esse assunto para aproxima reunião da CIB/CE. **Item 2.4. Descentralização**  
407 **das ações de Vigilância Sanitária.** Saiu de pauta por solicitação da COPROM/SESA. **Item 2.5.**  
408 **Painel de Indicadores e a Estratégia de Monitoramento para 2018.** Saiu de pauta por  
409 solicitação da COPROM/SESA. **Item 2.6. Diretrizes para elaboração do processo de**  
410 **Planejamento Regional Integrado.** Saiu de pauta. **Item 2.7. Plano de Ação para Qualificação**  
411 **da Atenção Neonatal – QualiNeo.** **Sandra Luna**, Técnica do NUSMAC/COPAS colocou que o  
412 Plano tem três eixos, onde foram incluídas as sugestões da Câmara Técnica de Gestão,  
413 Planejamento e Financiamento: **1º item foi a discussão sobre os bebês de longa permanência**  
414 **que ficam nas UTIN** ocupando leitos para os recém nascidos. Foi realizada uma reunião com o  
415 Hospital Waldemar de Alcântara para receber estas crianças e também foi discutido a  
416 desospitalização; Com a Secretária Municipal de Sobral, a problemática das crianças que estão



417 ocupando leitos de UTI para serem tratadas em casa, o que já vem ocorrendo pelo Programa  
418 Melhor em Casa; Como Fortaleza não tem o Programa Melhor em Casa, a sugestão foi que estas  
419 crianças sejam transferidas para as UTI pediátricas do Hospital Waldemar de Alcântara e as  
420 crianças da Macrorregião de Sobral, para o Hospital Regional Norte, por sugestão do  
421 representante da Macrorregião na Câmara Técnica, com o objetivo de desafogar a superlotação  
422 das UTIN. **2º item: Vagas de UTIN que também estão com superlotação** e com o agravante  
423 de Fortaleza que está com unidades bloqueadas, como o caso do Hospital Gonzaguinha de  
424 Messejana e a reforma e ampliação da MEAC. E ainda por sugestão de Sobral, foi incluído a  
425 implantação dos leitos de UTIN e UCINco no Hospital Dr. Estevam Pontes de Sobral,  
426 administrado pelo Instituto Práxis, visando também desafogar as UTIN, como também  
427 desbloquear o Gonzaguinha de Messejana e concluir a reforma da MEAC. **O 3º item é o**  
428 **transporte do bebê internado em UTIN para outras unidades da rede por motivos de**  
429 **superlotação.** Os problemas identificados quanto ao contrato que existia com estas ambulâncias  
430 que foi encerrado e hoje as maternidades utilizam as ambulâncias do SAMU. Ocorre que as  
431 ambulâncias do SAMU só funcionam até 19h, e teria que ser 24h, a qualificação dos recursos  
432 humanos e as ambulâncias que não são adequadas para transportar estes recém nascidos de um  
433 hospital para outro. Ficou acertado que o transporte de Sobral será realizado por ambulância  
434 equipada e nos demais municípios os gestores serão responsáveis pelas ambulâncias para  
435 realizarem esse transporte das gestantes e puérperas, até que seja implantado o SAMU regional  
436 já previsto. A meta é garantir o transporte de 100% dos recém nascidos, em ambulâncias  
437 adequadas, funcionando 24h, com pessoal capacitado e habilitado. Essas são as propostas desse  
438 Plano, já incluindo as sugestões discutidas na Câmara Técnica. A CIB/CE com base nas  
439 alterações propostas pela Câmara Técnica aprovou o Plano de Ação Para Qualificação da  
440 Atenção Neonatal do Estado do Ceará - 2018, que integra as ações estratégicas do Ministério da  
441 Saúde, além de qualificar as práticas de atenção ao recém-nascido, com o objetivo de contribuir  
442 com a redução das taxas de Mortalidade Neonatal, destacando que esse Plano será executado  
443 apenas nas maternidades dos hospitais do HGF, HGCC e MEAC localizados em Fortaleza: e na  
444 Santa Casa em Sobral. **Item 2.8. Homologação das Resoluções da CIR Tianguá de N°s 17, 18,**  
445 **19, 20 e 21, que dispõe sobre as pactuações dos recursos federais alocados pela Resolução**  
446 **Nº. 169/2017 da CIB.** Vera colocou que essas resoluções da CIR de Tianguá propõem mudanças  
447 de resoluções anteriores quanto a alocação de recursos destinados a cirurgias eletivas lembrou  
448 que essas alterações são referentes aos recursos das cirurgias eletivas que a partir de outubro de  
449 2017, foram incluídos na MAC dos municípios e agora eles estão fazendo solicitação de  
450 mudanças nos seus limites. Finalizou informando que a maioria desses recursos está sem  
451 programação na PPI, o que é bastante preocupante no sentido da avaliação de desempenho,  
452 porque quando se incorpora recurso ao limite e não ajusta a programação, o que é apresentado de  
453 produção, é glosado por falta de limite, o que gera um desempenho abaixo do limite  
454 estabelecido. Chamou a atenção para o movimento do Ministério Público Federal para rodar a  
455 Câmara de Compensação novamente, fazer avaliação de desempenho frente ao limite, então é  
456 preciso fazer o reajuste da programação física porque os municípios estão mexendo no dinheiro e  
457 não estão reajustando o físico. A CIB/CE homologou as Resoluções da CIR de Tianguá a de N°  
458 17 de 15/03/2018, que aprova as alterações: retirar do Limite MAC da programação local de  
459 Guaraciaba do Norte recursos no valor anual de R\$ 20.424,21 (vinte mil, quatrocentos e vinte e  
460 quatro reais e vinte e um centavos) e alocar no Limite MAC da programação de referência do  
461 Tianguá; e retirar do Limite MAC da programação de referência do município de São Benedito  
462 o valor de R\$ 14.988,00 (quatorze mil, novecentos e oitenta e oito reais), referente à população  
463 de Guaraciaba do Norte, e alocar no Limite MAC da programação de referência município de  
464 Tianguá; N° 18 de 15 de março de 2018, que aprova as alterações da Resolução da CIR da  
465 Região de Saúde de Tianguá N° 18 retirar do Limite MAC da programação de referência de  
466 Tianguá recursos no valor anual de R\$ 4.629,74 (quatro mil, seiscentos e vinte e nove reais e  
467 setenta e quatro centavos) e alocar no Limite MAC da programação local de São Benedito; N° 19  
468 de 15 de março de 2018 retirar do Limite MAC - programação de referência de Sobral recursos



469 no valor anual de R\$ 7.250,64 (sete mil, duzentos e cinquenta reais e sessenta e quatro centavos)  
470 e alocar no Limite MAC da programação local de Tianguá; N° 20/2018 de 15 de março de 2018  
471 retirar do Limite MAC da programação de referência de Sobral recursos no valor anual de R\$  
472 14.349,18 (quatorze mil, trezentos e quarenta e nove reais e dezoito centavos) e alocar no Limite  
473 MAC da programação de referência de Tianguá recursos no valor anual de R\$ 2.338,46 (dois  
474 mil, trezentos e trinta e oito reais e quarenta e seis centavos), no Limite MAC da programação de  
475 referência de São Benedito recursos no valor anual de R\$ 2.829,20 (dois mil, oitocentos e vinte e  
476 nove reais e vinte centavos) e no Limite MAC da programação local de Ubajara recursos no  
477 valor anual de R\$ 9.181,52 (nove mil, cento e oitenta e um reais e cinquenta e dois centavos); N°  
478 21 de 15 de março de 2018 retirar do Limite MAC a programação local de Viçosa do Ceará  
479 recursos no valor anual de R\$ 9.537,73 (nove mil, quinhentos e trinta e sete reais e setenta e três  
480 centavos) e alocar no Limite MAC da programação de referência de Tianguá. **Item 3 –**  
481 **INFORMES, conforme segue; Informe 3.1. Situação atual do Programa Plantão Saúde**  
482 **Cirurgia, de acordo com a publicação do Edital de Chamamento Público –**  
483 **Credenciamento N° 01/2018. Dra. Lilian** iniciou dizendo que na CIB passada de 20 de abril/18  
484 explicou como se deu a conformação e que o Programa se encontra na fase de elaboração das  
485 inexigibilidades para se fazer os contratos, e que quase todas as inexigibilidades de contratação  
486 daqueles que foram credenciados no chamamento já estão prontas, assinei hoje pela manhã as  
487 três últimas para serem publicadas, talvez na próxima semana todos os contratos estejam  
488 assinados. Os três primeiros contratos encaminhados para assinatura foram do Hospital do Cariri,  
489 do Instituto Clarear e do ICC. Ontem foram encaminhados os contratos de mais 17 ou 18  
490 prestadores, e hoje encaminhei os que estavam faltando, totalizando 30 contratos. A partir da  
491 próxima semana esses contratos deverão ser publicados no D.O do Estado e aí as unidades  
492 começarão a receber os pacientes que serão encaminhados pela CRESUS que enviará uma  
493 cartinha aos pacientes informando a data, os serviços que estão sendo contratados é que irão  
494 fornecer a agenda para reavaliar esses pacientes que muitos estão aguardando há algum tempo e  
495 precisam ser avaliados com os exames. Os prestadores irão nos passar uma agenda com dia, hora  
496 e local de chegada do paciente a ser reavaliado, bem como da solicitação dos exames do pré  
497 operatório e o tempo entre essa avaliação e a cirurgia deve no máximo de 15 dias. Alguns  
498 prestadores já colocaram vários problemas tipo estrutura como de UTI se o paciente precisar ele  
499 não terá como fazer o procedimento. O que a Central tem é o código do procedimento e foi com  
500 base nesse código que foi feito o chamamento, não dá pra ter informação de paciente por  
501 paciente, quem tem comorbidade e onde é possível ou não fazer o procedimento pelo perfil do  
502 estabelecimento, quem se habilitou é porque tinha o procedimento na rotina. No caso em que o  
503 prestador não puder realizar o procedimento, terá que enviar para a SESA um relatório  
504 justificando os motivos da devolução do paciente para que possa ser encaminhado para outro  
505 estabelecimento, de preferência para um hospital próximo de sua residência. Em Fortaleza que  
506 tem vários prestadores, a CRESUS junto com o NUICS/CORAC irá elaborar uma tabela para o  
507 georeferenciamento de modo que os pacientes fiquem em unidades próximas a sua residência e a  
508 mesma coisa será feita no Interior, os municípios que tiverem unidades credenciadas, serão  
509 referência para a região. Os problemas que surgirem iremos resolver da melhor forma possível.  
510 Hoje na 6ª Vara Federal o assunto era como resolver o problema da cirurgia ortopédica  
511 pediátrica, pois existe fila no HIAS e no Walter Cantídio. Os pacientes que estão na fila da  
512 CRESUS, estão com o código do procedimento que pega por faixa etária, pois não existe código  
513 só para pediatria, o código é único, para todas as idades e isso foi colocado para a Juíza e  
514 priorizamos quem estava na fila em novembro de 2017, se estes pacientes que estão reclamando,  
515 não tiverem sido incluídos antes dessa data ou não estão na Central, não foram incluídos, pois só  
516 serão atendidos os que se encontram nessa fila. Claro que eles precisam ser atendidos, vamos  
517 fazer uma investigação pra ver o que tem de pediatria dentro desta nova fila, se nada for  
518 contemplado, não há outra solução, ou vamos aguardar novo chamamento ou então a Juíza vai  
519 determinar e determinação judicial não se discute, se cumpre, onde serão feitos novos contratos  
520 para cirurgia pediátrica. **Nizete Tavares** colocou que tinha entendido que os exames pré



521 operatórios seriam realizados pelo prestador contratado para realizar a cirurgia, mas eles estão  
522 informando que não. Dra. Lilian respondeu a Nizete dizendo que é responsabilidade dos  
523 prestadores contratados para realizar os exames pré-operatórios. **Informe 3.2 A Prefeitura**  
524 **Municipal de Guaraciaba do Norte através do Ofício nº 26.03.001/2018 informa**, a  
525 devolução do recurso federal do Programa de Requalificação de UBS referente à Proposta nº  
526 13858.795000/113-007, tendo como o objeto a Ampliação da UBS na localidade de São Félix,  
527 desse Município, justificando que em razão da incompatibilidade executiva, detectada quando  
528 comparado o objeto da proposta e o que de fato foi executado pela a gestão anterior, foi  
529 identificado que a obra de ampliação possuía características de construção, pois o prédio  
530 existente foi totalmente demolido e construído desde a locação. **Informe 3.3 Propostas**  
531 **cadastradas no FNS para aquisição de unidade castramóvel com recursos federais. N°**  
532 **09662.953000/1170-03, para o município de Guaiúba no valor de R\$ 120.000,00; e a de N°**  
533 **11422.073000/1180-04 para o município de Juazeiro do Norte no valor de R\$ 300.000,00.**  
534 Vera leu as propostas e destacou a diferença de valores entre as mesmas, pois se trata do mesmo  
535 objeto aquisição de unidade castramóvel e fez uma observação sobre a exigência de alguns  
536 técnicos do MS quando da análise das propostas estarem solicitando anuência da proposta pela  
537 CIB, quando a normatização do MS coloca que não necessita ser apreciada por esta Comissão e  
538 solicitou que a Cacau veja isso com a equipe de assessoria do CONASEMS sobre essas  
539 diligências que a equipe técnica do MS estão exigindo .**Sayonara** colaborou como a fala da  
540 Vera informando que Cedro apresentou proposta de aquisição de um castramóvel e nunca teve  
541 diligência para apreciação da CIB. **Roberta Oliveira** advertiu os gestores municipais que estão  
542 pedindo castramóvel para prestarem atenção, pois na última portaria do MS datada de 2014, esta  
543 bem claro que não pode fazer castração com recursos da saúde e quando começaram os pedidos  
544 de castramóvel, falei com o Dr. Marcio Garcia que disse que o impacto dessa castração no  
545 controle da zoonose e o que tem na legislação é que o município não pode fazer atividade de  
546 castração e nem consultas veterinárias com recursos da saúde e que a manutenção desses  
547 castramóveis deverá ser feita com recursos do meio ambiente ou recursos próprios, porque não  
548 são consideradas atividades de saúde. **Nizete Tavares** disse que nenhum município consegue  
549 fazer atividades de vigilância com recursos federais, na verdade quem banca as ações de  
550 vigilância é o município através de seus recursos próprios e que os recursos federais não  
551 financiam nem o elenco mínimo e se fosse fazer atividades com recursos federais, não se fazia  
552 nada. **Informe 3.4. Proposta cadastrada no FNS sob o nº 23049.517122/9171-10,** referente à  
553 aquisição de 01 Unidade Odontológica Móvel, para o município de Guaiúba, no valor de R\$  
554 250.000,00, com recursos financeiros federais de investimento. **Informe 3.5. Proposta**  
555 **cadastrada no FNS, nº 11417.651000/1180-02,** referente à Aquisição de 01 Unidade Móvel de  
556 Saúde de Programa/Ação (ambulância), para a SMS de Penaforte, no valor de R\$ 80.000,00.  
557 **Informe 3.6. Declaração de Incentivo ao PACS e PSF** Vera informou que se encontra na  
558 Secretaria Executiva da CIB a declaração de incentivos da Estratégia Saúde da Família  
559 aguardando a assinatura do Secretário de Saúde de Aarendá. **Informe 3.7. Ordens de Serviços**  
560 **e Atestados de Conclusão de Edificações encaminhados à Secretaria Executiva da CIB,**  
561 **para conhecimento, conforme estabelecido na Portaria GM/MS N°. 1.401, de 15 de junho**  
562 **de 2011 e nas Portarias GM/MS N°. 339, 340 e 341 de 04 de março de 2013:** Ordem de  
563 Serviço de construção de UBS: 01 em Deputado Irapuan Pinheiro e 02 em Horizonte; Ordem de  
564 Serviço de reforma e ampliação de UBS: 03 em Catunda; Ordem de Serviço de reforma de UBS:  
565 03 em Guaraciaba do Norte; Atestado de Conclusão de construção de UBS: 01 em Ibicuitinga e  
566 01 em São Gonçalo do Amarante; Atestado de Conclusão de construção de Academia da Saúde:  
567 01 em Acopiara; Ordem de Serviço: 01 Centro Especializado de Reabilitação – CER – São  
568 Gonçalo do Amarante. **Informe 3.8. Proposta cadastrada no FNS, referente à Aquisição de**  
569 **equipamentos e materiais para unidades de atenção especializadas em saúde, de Emenda**  
570 **Parlamentar,** dos municípios de: Abaiara para a UBS São Francisco (R\$ 85.000,00); Baixio  
571 para a Unidade Mista de Baixio (R\$ 110.000,00); Barro para o Posto de Saúde de Monte Alegre  
572 (R\$ 37.000,00); Choró para o Hospital Maternidade Pe. José Bezerra Filho (R\$ 400.000,00);



573 Campos Sales para quatro UBS (Total R\$ 86.960,00); Farias Brito para o Hospital Geral (R\$  
574 268.000,00) e três Postos de Saúde (R\$ 155.000,00) , totalizando R\$ 423.000,00; Horizonte para  
575 uma UBS (R\$ 649.990,00) e uma Unidade de Atenção Especializada em Saúde (R\$ 299.970,00);  
576 Jaguaratama para o Hospital e Maternidade Adolfo Bezerra de Menezes (R\$ 100.000,00), cinco  
577 Postos de Saúde( R\$ 366.360,00) e duas UBS (R\$ 133.640,00) , totalizando R\$ 600.000,00;  
578 Mauriti para a Secretaria Municipal (R\$ 99.975,00); Missão Velha para o Centro de  
579 Especialidades Médicas (R\$ 84.990,00) e dezesseis Postos de Saúde (R\$ 199.990,00); Nova  
580 Olinda para seis UBS(R\$ 250.000,00); Pacujá para o Centro de Fisioterapia M<sup>a</sup> Socorro F Alves  
581 (R\$ 85.000,00); e Penaforte para o Hospital Municipal João Muniz (R\$20.000,00). Nada mais  
582 havendo a tratar, a plenária da Comissão Intergestores Bipartite deu por encerrada a **6ª reunião**  
583 **de 2018 do referido Colegiado**, cuja Ata foi lavrada por mim, Vera Coêlho, e assinada em folha  
584 de frequência pelos membros titulares e suplentes que compareceram. Fortaleza **dez do mês de**  
585 **maio** do ano de dois mil e dezoito.





GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB

Data: 10/05/2018

Horário: 14:00 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 Aracati
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

6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Data: 10/05/2018

Horário: 14:00 às 17 hs

Local: Auditório Waldir Arcoverde

Folha de Presença - SECRETÁRIOS / CONVIDADOS

NOME	ASSINATURA	REPRESENTAÇÃO
ISRAEL GUIMARDES PEREIRA		9º CRES / RUSSAS
Alberto Tomélio Barreto		APoiador COSEMS
Sibelly Martins Moura		APoiadora / COSEMS
Carminha E. de Menezes Guedes		SMS / Cariri
Marcia Faria Faria de Lima		4º CRES / B. Junta
Waldemar B. Fernandes		HUVIS / CUS
Emmanuel Martins Malheiro		COSEMS / Apoiador
Mirna Eufênia Holanda Aguiar		SMS ubajara
EDENILGA BARREIRA		NUVAM / COPROM
ANTONIO WILTON XAVIER DE SOUZA		8º CRES
THAIS NOGUEIRA FACÓ		NOVAS / CUS
Pamella Damini		13º CRES / Triângulo
Mª do Carmo X. de Queiroz		COSEMS - CE
Maricé Jones de Sousa Silveira		16º CRES
Mayara Nunes de Melo		COSEMS / APOIADOR
Dabruna P. de Castro Lopes		SMS Paracuru
Hanna Zuluide Amem Menezes		SMS JAGUARIBE
CRISTINA APARECIDA DE MENEZES		AG PHAG - SCSA
Duciane Jorgeto Araújo		17º CRES de
FRANCISCA ALMEIDA C. S. SILVA		SMS Jaguaribe
Thalita Cordeiro Gomes		Regional CATBUS
Mariane Delfes Freitas		14º CRES
FRANCISCO AGABIO SAMARCO		PREFEITO
Marcos Dionísio Figueiredo / Moraes		19º CRES - B. São Santo
Marina Elaine D. Silva		20º CRES - Crato
Nancy		2º CRES - Lourenço
Ana Luíza de Ode Jasta		COSEMS
Eva Vilma Novaes Bar		NUVAM / SESA
Francinete de Oliveira		S. Saúde Alto Santo
Quaranta Vieira de Melo Bezerra		10º CRES
Mônica Souza Lima		11º CRES
Valdeina Ramos Freire		SESA / NUVEP / TB





GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Data: 10/05/2018

Horário: 14:00 às 17 hs

Local: Auditório Waldir Arcoverde

Folha de Presença - SECRETÁRIOS / CONVIDADOS

NOME	ASSINATURA	REPRESENTAÇÃO
CARLOS GARCIA Filho		SMS Iguat
Regiane Colson		SMS Barbalhe
Regina Lelias Carvalho da Silva		SMS SOBRAL
Waldemar Vespúcio Monteiro Martins		COSEMS
Marilene G. O. Menezes		COSEMS
Edino Juliano de Sousa		COSEMS
Donato N. Cabral Costa de Azevedo		CRES / Guarambi
JOSE MARTO DO CARMO		6ª CRES - ITAPIPOCA
MARIA LESSONORS C. OLIVEIRA		ITAREMA - CE
Solange de Andrade Braga		CIB / CE
Gláucia Portade Freitas da Costa		7ª CRES / ARACATI
Alexandre Flávio de Almeida		COSEMS
Helena Vinícius de Sousa		5ª CRES - UNDEIMO
ANA VILMA LEITE BRAGA		NUIMU / CVS
Jane Kelande Nunes		NUIMU / CVS
Fco Tarcísio Seabra Filho		NUIMU / CVS
Marcia Almeida S. Silva		SIC Munic. Sobral
Sandra Mª Regina Lima		NU S MAC / SESA / POTOS
Fabiano Farias de Castro		12ª CRES - / Acoron
Renata Azevedo		Suzemirferreira / JF
Alana Assis da Costa B. de Sousa		UF
RITA ROSSETTA		IJF
Jaucheludes		COCAN
Rosy Denys P. Oliveira		MEAC / Quilines
MARIA TERESA COSTA VIEIRA		MEAC / UFC
Gláucia Alves Leite		SMS Prayo Santo
Carla Fajardo Correia Bandim		SMS Prayo Santo
Ana Claudia de Sousa Moura		SMS Horizonte
Luizanne Aires Pereira		SESA / NUVEP
Letícia Alves Martins		SESA / NUVEP
Leticia Reichel		SMS Guira
Andreia da Costa		SMS / Paracuru
Paqueline Gomes Araujo		19ª CRES