

1 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**
2 **ATA DA 7ª REUNIÃO DO ANO 2018**

3 Aos vinte e quatro do mês de maio do ano de dois mil e dezoito, na Universidade Regional do
4 Cariri (URCA), localizada no Campus Multi-Institucional Humberto Teixeira em Iguatu,
5 realizou-se a sétima Reunião Ordinária do ano de dois mil e dezoito da Comissão Intergestores
6 Bipartite do Sistema Único Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros:
7 Representado o Componente Estadual: Lilian Alves Amorim Beltrão, Secretária Executiva da
8 Saúde; Isabel Cristina Cavalcanti Carlos, Secretária Adjunta da Saúde, Sílvia Maria Negreiros
9 Bonfim Silva, Coordenadora da CGEPS; e Vera Maria Câmara Coelho, Assessora Técnica da
10 Secretaria Executiva, Secretária Executiva da CIB; Representando o Componente Municipal;
11 Josete Malheiro Tavares, Presidente do COSEMS, Vice-Presidente da CIB/CE, Secretário de
12 saúde de Guaiúba; Sayonara Moura de Oliveira Cidade, Secretária Municipal de Saúde de
13 Aracati; Fernando Wilson Fernandes, Secretário Municipal de Saúde de Camocim; Antonio
14 Williams Vieira Vaz, Secretário Municipal de Saúde de Boa Viagem e Zuila Maria Maciel de
15 Melo Peixoto, Secretária Municipal de Saúde de Orós. Presentes, outros Secretários Municipais
16 de Saúde, técnicos responsáveis por Coordenadorias e Núcleos da SESA, Coordenadores
17 Regionais da SESA, profissionais das Secretarias Municipais de Saúde e do COSEMS e demais
18 pessoas interessadas, com registro em listas de presença de convidados. A Assembléia foi aberta
19 pela Secretária Executiva Vera Coelho que sob a presidência da Dra. Lilian Alves Amorim
20 Beltrão, cumprimentou a todos e passou a palavra a Dra. Isabel Cristina que cumprimentou os
21 presentes. Em seguida **Dra. Lilian** parabenizou a iniciativa do COSEMS e agradeceu ao anfitrião
22 do Congresso do COSEMS/CE Dr. Marcelo Sobreira e disse da satisfação de estar presente neste
23 evento, cujas falas só enriquecem o fortalecimento do SUS no nosso Estado. Falou que esteve em
24 Brasília semana passada na reunião da Câmara Técnica do CONASS, quando foi apresentado o
25 desempenho do Ceará em relação às Cirurgias Eletivas, com recursos federais de 13,6%, o prazo
26 de execução termina em Julho/2018, portanto, vamos correr senão não vira recurso novo. Os
27 municípios executantes e dispõem de recurso de referência de outros municípios não tem mais
28 tempo para mudar. Os municípios executantes que estão com recurso, terão que fazer nem que
29 seja um procedimento, então façam a cirurgia de catarata que não temos dificuldade de encontrar
30 prestador e ainda podemos zerar a fila, e para o M.S não dizer que o Ceará tinha o recurso e não
31 executou. **Sayonara Cidade** cumprimentou a assembléia e desejou uma boa reunião para todos.
32 **PACTUAÇÕES/DELIBERAÇÕES: Item 1.1. Processo de Planejamento Regional**
33 **Integrado(PRI) no Ceará: Diretrizes, Configuração das Macrorregiões e das Regiões de**
34 **Saúde e Justificativa do Desenho das Macrorregiões do Sertão Central e Litoral Leste**
35 **Jaguaribe. Dr. Washington Menezes**, Assessor de Planejamento da SESA apresentou o Plano
36 Diretor de Regionalização (PDR) 2018, conforme pactuação da CIB/CE através da Resolução nº
37 03/2018 e aprovação do CESAU através da Resolução nº20/2018, onde divide o território do
38 Ceará em 22(vinte e duas) Regiões de Saúde agregadas em 05(cinco) Macrorregiões de Saúde.
39 Em seguida mostrou os mapas com o desenho das regiões, extensão territorial, população
40 residente por sexo, zona urbana e rural e alguns dados que expressam a situação sócio econômica
41 das regiões de saúde como taxa de analfabetismo, saneamento básico, esgotamento sanitário,
42 trabalho e rendimento, mortalidade infantil, óbitos maternos, mortalidade prematura, e taxas de
43 crimes violentos. E os critérios utilizados para definição desse desenho: contiguidade
44 intermunicipal; infraestrutura de transporte; economia de escala (região com no mínimo 100 mil
45 habitantes); deslocamento da população aos serviços de saúde; disposição política para
46 pactuação; e estudo da capacidade instalada de serviços de saúde na região. As cinco
47 macrorregiões são: Fortaleza abrangendo seis regiões; a de Sobral com abrangendo seis regiões,
48 a do Cariri abrangendo cinco regiões, a do Sertão Central abrangendo três regiões e a do Litoral
49 Leste Jaguaribe abrangendo três regiões de saúde. E esclareceu que com base na Resolução nº
50 37/2018 da CIT a configuração do PDR 2018 do Estado por apresentar macrorregiões com
51 contingente populacional abaixo de 700mil habitantes se faz necessário o envio de justificativa
52 desse desenho junto a CIT. Destacou que as Macrorregiões Sertão Central e Litoral Leste

53 Jaguaribe por não contarem com populações acima de 700 mil habitantes, se faz necessário
54 justificativa. Iniciou a justificativa relatando o processo de regionalização das ações e serviços de
55 saúde no Estado, que se caracteriza como 1º momento o ano de 1998, onde teve início esse
56 processo tendo como estratégia prioritária a garantia do acesso assistencial da população aos
57 serviços especializados em 21 Regiões agregados em 3 Macrorregiões de Saúde; 2º momento
58 em 2007: recondução do processo com 22 Regiões de Saúde(criação da Região de Cascavel)
59 agregadas em 3 Macrorregiões; 3º momento em 2011: consolidação da proposta de
60 Regionalização com 22 Regiões de Saúde agregadas em 4 Macrorregiões (criação da Macro do
61 Sertão Central); e o 4º momento em 2014: conclusão do desenho do Plano Diretor de
62 Regionalização constando 22 Regiões de Saúde agregadas em 5 Macrorregiões(criação da
63 Macro do Litoral Leste Jaguaribe). Esclareceu que nas duas últimas Macrorregiões se constituiu
64 demanda dos atores sociais da saúde como também de outros atores sociais por ocasião da
65 construção dos PPA participativo do Governo do Estado. Finalizou sua apresentação, mostrando
66 a justificativa feita pela SESA/CIB para o MS/CIT em relação ao parágrafo único do artigo 3º da
67 Resolução CIT nº37/ 2018, que contém o texto a seguir: “A Regionalização das Ações e Serviços
68 de Saúde no nosso Estado tem sido indutora da ampliação da oferta de serviços especializados no
69 Interior, contribuindo para a melhoria do acesso da população e a redução da pressão da demanda
70 por esses serviços na Capital, que até recentemente era a única opção. A conformação do
71 território cearense em 05 Macrorregiões de Saúde dentre essas, duas com o contingente
72 populacional abaixo de 700 mil habitantes, a do Sertão Central e do Litoral Leste Jaguaribe, não
73 constitui impedimento para a sustentabilidade dos serviços especializados, dado que o Estado
74 vem inovando no gerenciamento desses serviços através do modelo de gestão consorciado com
75 os municípios e de contratos de gestão com organizações sociais. É importante ressaltar que o
76 acesso da população residente nessas duas Macrorregiões aos serviços de alta complexidade nas
77 especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia e ortopedia se fará através da referência
78 regulada para os serviços habilitados e localizados em Fortaleza.” **Vera** pontuou algumas
79 questões colocadas pelo Washington. Nessa proposta é importante destacar que o início do
80 processo de regionalização da saúde teve com subsídio um estudo feito pela ESP/SESA com o
81 apoio do DFID, que identificou a ausência de oferta de serviços especializados em algumas
82 regiões de saúde no Interior e uma concentração de oferta na Capital, gerando desigualdades e
83 iniquidades em relação ao acesso. E contou com o apoio do consultor Dr. Eugenio Vilaça onde
84 foi possível constatar que o processo de municipalização trabalhado no Estado até então não dava
85 conta de garantir o acesso da população aos serviços especializados de saúde em função do
86 próprio formato e da capacidade econômica e financeira dos governos municipais e que havia
87 necessidade de se estabelecer um processo de planejamento onde as responsabilidades solidárias
88 pudessem de fato serem exercidas. Nesse momento foi tomada a decisão de desenhar as
89 macrorregiões, como garantia futura de acesso da população a esses serviços, onde as
90 macrorregiões em 1998 foram desenhadas na possibilidade de desenvolvimento de um plano de
91 investimento do governo do Estado para dotar essas regiões de uma estrutura de oferta de
92 serviços especializados de 1º e 2º nível e de alta complexidade. E ainda antevendo a
93 oportunidade do Estado de conseguir financiamento externo através do BID para projetos de
94 expansão da atenção secundária no Estado, já que as demandas identificadas como vazios
95 assistenciais nessas regiões. Em seguida o Estado conseguiu empréstimo junto ao BID para
96 financiar as construções de policlínicas, CEO, hospitais regionais do Cariri, da Região Norte e do
97 sertão Central. Os investimentos com a expansão desses serviços foram feitos com a expectativa
98 de reduzir a demanda para a Capital, pois quando do início do processo de regionalização a
99 Macrorregião de Fortaleza contava com 70% de população residente no Estado. Esclareceu que
100 nada disso tira de Fortaleza a responsabilidade de atendimento de alta complexidade aos
101 pacientes residentes no Interior, pois no perfil assistencial do Hospital do Sertão Central e nem
102 no previsto para implantação na Macrorregião Litoral Leste Jaguaribe, constam alguns
103 procedimentos de alta complexidade, em alguns casos até no Cariri e em Sobral, que só são
104 ofertados os hospitais de referência estadual. Deu exemplo dos casos de queimaduras que a

105 referência é o IJF Unidade Central até para Estados vizinhos, pela estrutura desse serviço. Já em
106 relação a Rede Cegonha os pontos de atenção existentes nas cinco macrorregiões dão conta de
107 atender 90% da demanda, e isso é o que estamos colocando como justificativa para a Tripartite.
108 Essas cinco macrorregiões darão sustentabilidade a estruturação das linhas de cuidado de várias
109 redes temáticas, no entanto Fortaleza continuará como referência para algum atendimento das
110 necessidades que precisaremos de equipes multiprofissionais especializadas para o cuidado. A
111 implantação da macrorregião do Sertão Central foi muito relevante para o desenvolvimento dessa
112 Região, os novos serviços públicos de saúde implantados pelo Estado estão movimentando a
113 economia local e gerando oportunidades de empregos e renda para a população. Citou como
114 exemplo o município de Quixeramobim onde o hospital regional do sertão central, já agregou
115 novos investimentos no seu entorno. Não se pode perder de vista a realidade do Estado sobre o
116 processo de regionalização do setor saúde, que é indutor não só para garantir o acesso da
117 população a serviços assistenciais de saúde, mas também indutor do processo de
118 desenvolvimento econômico. E finalizou dizendo que o processo de reforma do setor saúde que
119 está sendo trabalhado com apoio da consultoria do Dr. Rafael Bengoa está buscando dar ao
120 Estado a possibilidade de qualificação das regiões de saúde a fim de serem agrupadas em
121 macrorregiões na garantia da construção definitiva das redes temáticas. Essa é a defesa que a
122 SESA está submetendo à CIB. **Zuila** colocou que a sua região compõe a macro Cariri e
123 demonstrou preocupação com implantação de serviços prevista para longo prazo. Disse que
124 desde 2011 trabalha nesta macro e até hoje não sabe direito onde sua população pode ser
125 atendida. Tem a PPI para os serviços localizados no Cariri, porém quando o paciente procura o
126 serviço pactuado, eles não atende e que diz para ir para Fortaleza. Essa é nessa grande
127 preocupação, pois já ocorreu do paciente ir para Fortaleza e também não ter atendimento e
128 morrer na ambulância. A mesma coisa ocorre no Cariri, às vezes se deixa o paciente na casa de
129 apoio para poder chamar o SAMU e ele ter acesso ao hospital pela urgência. Finalizou dizendo
130 que a maior preocupação é saber para onde encaminhar o paciente. **Sheila Francelino**, Secretária
131 de Farias Brito reforçou a fala da Zuila e afirmou que para quem já reside no Cariri o
132 atendimento é um desafio e pede que haja um olhar para as regiões com dificuldades de
133 atendimento nas macrorregiões de origem. **Tereza Cristina de Souza Alves**, Coordenadora da
134 18ª CRES Iguatu reportou-se a Resolução nº 37/2018 da CIT que aponta a possibilidade de
135 aporte de mais recursos para os municípios. Quanto a Macrorregião do Cariri disse que são cinco
136 regiões que a compõem, com seis equipamentos de alta complexidade localizados na região de
137 Juazeiro do Norte, nos municípios de Barbalha e no Crato. Numa série histórica de cinco anos, de
138 atendimento dos 10 municípios da 18ª Região constata-se que foram gastos recursos federais no
139 valor de R\$28 milhões em atendimentos na própria Região, R\$26 milhões na Macrorregião de
140 Fortaleza e R\$2 milhões e pouco na Macrorregião Cariri, isso em alta complexidade, o que
141 mostra que nos últimos cinco anos a população da 18ª Região teve mais acesso aos serviços
142 localizados em Fortaleza, gerando a sensação de pertence a Fortaleza. Nesse período foi
143 realizado um estudo de recursos federais alocados por portarias de habilitação, recursos novos e
144 foi visto que o Cariri foi contemplado com mais de R\$7 milhões com habilitação de serviços de
145 alta complexidade. Disse ainda que na hora de habilitar os serviços de alta complexidade os 320
146 mil habitantes da 18ª Região é incluído como população a ser beneficiada, mas na hora de
147 atender, exigem sempre uma cota. Isso não se trata de PPI, isso não é cota, é alta complexidade
148 com referência de abrangência. Parabenizou o Estado por estar um passo a frente do que é
149 determinado pela Resolução nº37/2018 da CIT, por já estar trabalhando conforme essa
150 determinação, mas tem muita preocupação com algumas linhas do cuidado dentre as quais, a de
151 cardiologia no caso dos infartos, porque pelo parâmetro da PGASS os 320 mil habitantes dessa
152 Região se estima a necessidade de 298 cateterismo/ano e o acesso nesses últimos cinco anos foi
153 numa média de 80 procedimentos, o que resulta em uma população represada que está evoluindo
154 para angioplastia. Esclareceu que esse estudo foi feito no sentido de tentar trazer à 18ª Região de
155 Saúde uma sensação de pertença de território, visto que a regional de saúde - CRES é apenas a
156 materialização do processo de regionalização, representando os 10 municípios da sua área de

157 abrangência. Finalizou dizendo que está feliz em saber que a Macro Cariri pode ser fortalecida
158 com esse novo desenho, e que possa enxergar o acesso dos 320 mil habitantes da Região de
159 Iguatu aos serviços de alta complexidade que estão nessa Macrorregião. **Dr. Marcelo Sobreira**,
160 Secretário de Saúde de Iguatu parabenizou a apresentação do Washington e concordou com as
161 falas anteriores sobre a questão de saber a quem ou a qual macrorregião eles pertencem, pois
162 existem determinadas áreas do município que a população tem maior identidade com outro
163 município. Disse ainda que a transferência de paciente das duas Regiões do Centro Sul
164 funcionam “por favor”, os secretários municipais de saúde estão sempre pedindo a alguém
165 quando se precisa transferir algum paciente, então acho que precisamos criar uma vaga pra nós,
166 vocês que estão aqui sabem, quantas vezes fazemos a regulação do paciente e não tem vaga nem
167 na macro Fortaleza, nem no Cariri e não tem sido fácil. Pois os municípios pequenos mandam
168 tudo para o Iguatu e ficamos sem saber como resolver e sabemos que é deficiência do sistema
169 que não responde as nossas necessidades, precisamos ter uma identidade. **Sayonara** concordou
170 com todas as falas e diz que essa situação vem se arrastando há muito tempo e não dá mais pra
171 continuar assim. Esse desenho já foi aprovado, já fomos reconhecidos como área de abrangência
172 para receber recursos do governo federal e nada se cumpriu. Acha que devemos parar pra discutir
173 e resolver essa questão do Cariri, pois estamos regulando pelo WhatsApp, pedindo pelo amor de
174 Deus uma vaga. As macrorregiões que estão montadas não têm suficiência de oferta e já tive
175 oportunidade de passar por tudo isso. **Fernando Fernandes** disse que essa voz é sentida nos
176 quatro cantos do Estado, reconhece os investimentos feitos pelo governo do Estado, mas os
177 recursos nunca foram suficientes. Em Sobral há estrangulamento dos serviços sendo muitas
178 vezes obrigado a fazer convênios extra SUS sem ter recurso extra, sabemos que a expansão de
179 serviços é importante e necessária nessas macrorregiões, mas que não demore tanto porque a dor
180 é muito grande todos choramos juntos quando perdemos uma vida. **Luciana Barreto**,
181 Coordenadora da CRES do Icó sugeriu que Icó e Iguatu estejam sempre representados nessas
182 discussões enquanto Estado para que possa também estar sendo contemplado com alguns
183 serviços de alta complexidade como cardiologia e oncologia no intuito de suprir as deficiências
184 de oferta dentro da macrorregião do Cariri. Quando se trata da Rede Materno Infantil a
185 macrorregião do Cariri tem suficiência e capacidade instalada para atendimento, no entanto isso
186 não ocorre de modo satisfatório principalmente nas UTIN e algo precisa ser feito para corrigir
187 esta deficiência, então precisamos ter participação ativa nessas discussões a fim de melhorar as
188 condições de saúde da nossa população. **Arnete Borges**, Conselheira do CESAU dirigiu-se a
189 Dra. Vera perguntando quais são as cinco redes temáticas, pois foi incluída a rede de cuidados a
190 PCD e perguntou aos secretários presentes se algum dia foi convidado à visualizar a rede da PCD
191 na CIB, pois a SESA até hoje não formou o grupo condutor para monitorar essa rede. Então
192 como entender que essa rede é prioritária se no Ceará temos de 5 a 7 CER a serem construídos e
193 que não aconteceu ainda. Falou que participou da Conferência de Vigilância em Saúde e
194 conversando com o presidente do CONAD, foi informada que no Ceará funciona uma oficina
195 ortopédica para minha surpresa e que em Tauá e Juazeiro do Norte funciona um CER segundo
196 informação do MS. Solicitou a CIB e CESAU que seja feito uma análise da política da PCD, pois
197 com certeza nos municípios não existe porta de entrada para atender a PCD e pediu que constasse
198 em ata que as PCD nunca esteve no cenário das prioridades da SESA, apesar de reconhecer a
199 sensibilidade do Sr. Secretário de Saúde e de querer que essa rede funcione. Disse que a Dra.
200 Lilian e Dra. Isabel estão sempre disponíveis a ouvir suas reclamações, porém reafirmou que a
201 política nacional da Rede de Cuidados a PCD não avançou mais do que 1% do programado.
202 Informou que existe dentro da SESA um GT Social que cuida da aquisição e distribuição de
203 órtese e prótese que é uma política estadual para dispensação dentre outros materiais e
204 equipamentos e fazer a doação de cadeiras de rodas. **Virginia Justa**, Técnica da Central de
205 Regulação- CRESUS colocou que propostas já temos o suficiente, o que precisamos é ter
206 suficiência de serviços o que não temos hoje, citou como exemplo de um hospital de pequeno
207 porte que não dispõe de um simples eletrocardiograma, não tem laboratório para fazer enzimas, o
208 hospital polo também não tem, o estratégico também não tem e esse paciente acaba vindo para a

209 CRESUS, esse é o grande desafio. Temos protocolos clínicos, fluxo regulatório estabelecido, mas
210 precisamos saber por que estes serviços não fazem esses procedimentos. O Hospital de
211 Quixeramobim tem resolvido muita coisa, estamos organizando a alta complexidade, mas
212 precisamos resolver a média complexidade porque o estrangulamento é muito grande e não
213 vamos dar conta. A Rede Materno Infantil não tem leitos suficientes para atender a demanda. E
214 se achamos que a APS não está dando conta do seu trabalho, quando tiver funcionando como é
215 pra ser, vai surgir mais necessidade de oncologia e neurologia que são as especialidades que não
216 estamos dando resposta, por isso que é urgente discutir estas questões da média complexidade,
217 pois do contrário não daremos conta da alta complexidade. **Vera** interveio pedindo que esse
218 processo de discussão não seja para desanimar, pois temos que compreender que problemas
219 operacionais sempre ocorrerão, mas existe também a intenção política para resolver, não se pode
220 esquecer que estamos falando de um Estado com uma situação sócio econômica
221 reconhecidamente desfavorável, mostrado aqui pelo Washington, a baixa remuneração do
222 trabalho gerando vários fatores determinantes agravando a saúde da população e que estas
223 dificuldades impulsionam os gestores a reverter esse quadro com proposta como essa apresentada
224 aqui. Acho que é preciso fazer valer o compartilhamento, porque estamos conseguindo receber
225 recursos com muita negociação, porém acontece que muitas vezes existe o recurso federal que
226 não é utilizado e o prestador se nega a atender população A, B, C, ou D, porque não se sente
227 responsável por aquela população e estas questões nunca serão resolvidas através de uma decisão
228 de caneta, mas com diálogo aberto e com capacidade política de intervenção. O que está faltando
229 é decisão política no momento certo, pois de repente estamos ficando reféns dos prestadores. A
230 grande maioria dos problemas referidos dentro do grupo de gestores não é por falta de
231 capacidade de oferta, mas por falta de decisão da garantia da oferta de quem tem autoridade
232 sanitária de prestação de serviços. O sistema precisa ter logística pra funcionar, a regulação
233 precisa ser qualificada, a avaliação e monitoramento dos serviços que assumiram compromissos
234 precisam ser avaliados, a exemplo da política de incentivos para hospitais estratégicos e hospitais
235 pólo. Alguma vez a SESA suspendeu o repasse de recursos de incentivo de hospitais estratégicos
236 que se prontificaram a fazer parto de gestante de risco habitual dentro da Rede Materno Infantil e
237 que se negaram a fazer? Além do mais, não vamos resolver 100%, 80% dos problemas que
238 aparecem dentro da estruturação do sistema, tudo isso servirá para nos fortalecer e nos dar
239 suporte para dialogar e propor as intervenções. Outra questão é que a insuficiência de oferta se
240 dar também por falta de uma política de fixação de pessoal nos hospitais polo, hospitais
241 estratégicos e de pequeno porte. Falou ainda sobre as Redes Temáticas, relatando que quando foi
242 feito o desenho da Rede Materno Infantil em 2012 o Ceará precisava de R\$189 milhões de
243 recursos de investimento para garantir a assistência no componente parto e nascimento de
244 gestante de alto risco, isto está posto no Plano de Ação e não foram alocados esses recursos pelo
245 MS, mas dispor desse instrumento é importante como referência para a programação de
246 investimentos. O fato de se fazer o desenho da rede, não significa que seja de imediato
247 assegurado o acesso aos serviços. **Dra. Lilian** concordou com a fala da Vera e fez referência ao
248 livro Alice no país das maravilhas, dizendo: temos um rumo a seguir e sabemos onde queremos
249 chegar. Nada acontece como um conto de fadas e lembrou que foi assim que aconteceu em 1998
250 quando começamos o projeto da regionalização de saúde, fazendo planos, definindo quem vai ser
251 pra um dia ser e temos aqui um exemplo claro que foi a TRS, pois naquela época não existia
252 clínica de diálise em região de saúde, e a proposta era que ficasse nas macros e hoje quantas
253 regiões de saúde identificamos a necessidade e as clínicas funcionam. Concordou com as
254 palavras da Vera nem Fortaleza tem suficiência de oferta para atender a população da macro
255 Fortaleza, imaginem as outras macros que estão ainda em fase de planejamento. Então, até que
256 aconteça vai ficar tudo como era antes, ou seja, vem pra Fortaleza, lembrou que os equipamentos
257 que tem Fortaleza de alta complexidade, na grande maioria, são equipamentos de referência
258 estadual e pra isso é que temos a central de regulação, como fizemos em 2014 na Macrorregião
259 do Cariri, quando tivemos que tirar pacientes neurocirúrgicos do Juazeiro, do Brejo Santo e levar
260 pra Sobral, pois precisávamos era do acesso e só tinha acesso em Sobral, era para lá que se

261 mandava o paciente. Esse é o sentido da existência da Central. Lembrou que ainda existem
262 especialidades como a neurologia, a cardiologia, a oncologia e a ortopedia de alta complexidade
263 que não temos suficiência de serviços em nenhuma das três macros em funcionamento e
264 certamente não teremos nas que foram criadas recentemente, mas se não fizermos um bom
265 planejamento, nunca vamos ter e para isso, vamos envidar todos os esforços. Finalizou sugerindo
266 a convocação de uma reunião da Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento para
267 que o município de Fortaleza faça a prestação de contas, em função do que foi colocado aqui,
268 pois quando se conversa com Fortaleza o que dizem é que as regiões de Iguatu e Icó apresentam
269 um grande déficit em relação a garantia de acesso ao município de Fortaleza, então é melhor
270 sentar, conversar e resolver da melhor forma possível. **Sayonara** afirmou que reconhece que o
271 planejamento é fundamental, que vamos aprovar e ficar feliz com o que vem, mas repete o que já
272 havia dito antes, Fortaleza que fica com R\$26 milhões e o Cariri com R\$2 milhões, precisa
273 resolver e discutir com Fortaleza já que é abrangência, pois tem procedimentos que o Cariri não
274 resolve e já são 5 anos de sofrimento, tem que partilhar esses recursos, pois o que falam na
275 central, beira a imortalidade. Nem queria falar isso aqui, mas o que escutamos dos médicos é
276 uma tristeza. Após as discussões a CIB pactuou a Justificativa em atendimento ao que determina
277 a Resolução CIT nº 37/2018 pelo fato da configuração do Plano Diretor de Regionalização
278 (PDR) do Estado, 2018 apresentar as Macrorregiões do Sertão Central e Litoral Leste Jaguaribe
279 contingente populacional abaixo de 700mil habitantes. **Item 1.2. Metas e Indicadores do Plano**
280 **Estadual de Vigilância e Controle da Tuberculose 2018/2020.** **Vera** apresentou o resultado das
281 discussões ocorridas na Câmara Técnica de Vigilância em Saúde em 18/05/2018 e as
282 recomendações feitas pelo grupo. Em seguida a mostrou o quadro com os oito indicadores e
283 metas e ressaltou que esses indicadores faz parte do Plano de Vigilância e Controle da
284 Tuberculose. **Indicador 1:** Sobre casos de Tb encerrados oportunamente, não houve mudança,
285 ficou 95% para 2020 como meta proposta pela Câmara Técnica. **Indicador 2:** Ampliar a testagem
286 de HIV dentre os casos novos de Tb, o grupo pediu revisão, porque estava com a meta de 100%
287 para 2020 e nas discussões foi relatado por Maracanaú que os casos que não conseguiu fazer a
288 testagem, foi de paciente com dependência química por droga lícita ou ilícita, fechando em 90%
289 para 2020. **Indicador 3:** Ampliar solicitação de cultura de escarro para casos de retratamento a
290 meta proposta no Plano foi ampliar de 23% para 50%, as duas equipes fundamentaram que hoje
291 existe estrutura e possibilidade de realizar o exame de cultura de escarro e propuseram a meta de
292 70% por ser uma garantia que podemos de fato fazer o retratamento de maneira mais segura.
293 **Indicador 4:** Reduzir 0% de abandono, essa meta não foi notificada e portanto, permaneceu a
294 meta de 7,5% para 2020. **Indicador 5:** Ampliar o percentual de cura, no Plano estava previsto a
295 meta de 80% em 2020, porém nas discussões ficou acordado a meta de 70%. **Indicador 6:** Reduzir
296 a Mortalidade que em 2016 era 2% e a proposta foi para 1,2/100.000 habitantes que seria uma
297 redução de quase 40%, então rediscutiram a meta para 1,9/100.000 habitantes até 2020,
298 considerando que as pessoas que estão morrendo com Tb, está associado ao uso de drogas e do
299 HIV e para reduzir essa mortalidade em dois anos ficaria muito difícil, ficando portanto acordado
300 a meta de 1,9/100.000 habitantes para 2020. **Indicador 7:** Ampliar o percentual de contatos
301 examinados entre os casos novos de Tb pulmonar com a confirmação laboratorial, o grupo
302 discutiu e a meta proposta de 50% em 2016 para 70% em 2020, ficou em 80% para 2020.
303 **Indicador 8:** Reduzir a incidência de 39,0 em 2016 para 35/100.000 habitantes em 2020. Essas
304 metas foram exaustivamente discutidas através de dados e informações da equipe de Maracanaú
305 para o alcance dessas metas em 2020. Finalizou dizendo que fica o desafio para os municípios de
306 trazer esses indicadores, estabelecer metas tendo como referencial o Estado, dentro dos planos
307 municipais de saúde e alertou os coordenadores regionais que por ocasião do planejamento
308 regional integrado escolher entre os 8 indicadores os que irão para a pactuação regional.
309 **Dra. Isabel** que tem a responsabilidade de coordenação da área de vigilância em saúde disse que
310 tem acompanhado essa área e que em fevereiro/2018 houve uma oficina para capacitação na qual
311 houve um grande debate onde foi revelado que o Ceará tem hoje um dos piores perfis da
312 tuberculose, estando em 5º lugar no Brasil. Falou que se inscreveram mais de 150 pessoas para

313 100 vagas neste evento. Lamentou que o Ceará além de estar nesta baixa classificação, ainda
314 persiste e diagnóstico tardio e o abandono do tratamento, e os portadores do HIV. Fez um apelo
315 as coordenações da atenção básica para que as equipes de saúde da família fiquem atentos a esses
316 indicadores. E que o painel de indicadores foi discutido nas cinco macros com razoável
317 participação, e que na macro Fortaleza a participação poderia ter sido melhor, acha inadmissível
318 em pleno século XXI ainda conviver com esse número de óbitos por Tb, apesar de saber que
319 outras patologias contribuem para o aumento de casos. Lembrou que não faltam medicamentos, a
320 questão maior é mesmo o abandono do tratamento. Finalizou reforçando tudo que foi discutido
321 pela Câmara Técnica de Vigilância em Saúde. Após as discussões a CIB aprovou o Plano
322 Estadual de Vigilância e Controle da Tuberculose 2018-2020, que estabelece a realização das
323 metas e indicadores epidemiológicos operacionais, a fim de promover aos pacientes com
324 tuberculose o direito à saúde, baseado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e
325 com a participação da comunidade, com o objetivo de reduzir a transmissão, morbidade e
326 mortalidade por esse Agravo: Ampliar o percentual de casos de tuberculose encerrados
327 oportunamente no SINAN de 86,6% (2016) para 95% (2020); Ampliar a testagem de HIV dentre
328 os casos novos de TB de 69,1% (2016) para 90% (2020); Ampliar a solicitação de cultura de
329 escarro de 23% (2016) para 70% (2020) para os casos de retratamento; Reduzir o percentual de
330 abandono de 10,3% (2016) para 7,5% (2020); Ampliar o percentual de cura de 58,9% (2016)
331 para 70% (2020); Reduzir a mortalidade de 2,0/100.000 habitantes (2016) para 1,9/100.000
332 habitantes (2020); Ampliar percentual de contatos examinados entre os casos novos de
333 tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial de 50% (2016) para 80% (2020); e Reduzir a
334 incidência de 39,0/100.000 habitantes (2016) para 37/100.000 habitantes (2020). **Item 1.3.**
335 **Recursos Federais de Educação Permanente em Saúde para a Escola Técnica do SUS**
336 **(ETSUS) de Barbalha, Prestação de Contas e Utilização do Saldo Financeiro.** **Silvia**
337 **Bonfim**, Coordenadora da CGPES/SESA iniciou dizendo que na CIB de Juazeiro do Norte já
338 teria feita a prestação de contas dos recursos da Escola Técnica de Barbalha e a apresentação da
339 proposta de alocação dos recursos de rendimento financeiro para realização do Curso Técnico de
340 Vigilância em Saúde onde foram questionados alguns pontos em relação ao desenvolvimento
341 desse curso. Em seguida foi solicitado à ETSUS de Barbalha a revisão da prestação de contas
342 retirando despesas que não tinham sido pactuados então a Escola refez. Em relação a proposta
343 desse Curso, a CIES do Cariri se reuniu no dia 18 de Maio/2018 em Juazeiro para apreciar a
344 recomendação da CIB de avaliar a necessidade do curso de Vigilância a Saúde para a região,
345 pois foi bastante questionada sua realização dado a realização de vários cursos nessa área na
346 região. A CIES do Cariri reavaliou as demandas das Regiões de Saúde e manteve a prioridade de
347 alocação dos recursos de rendimento financeiro para a realização do Curso Técnico de Vigilância
348 em Saúde para a Região. E que a CIES no dia 18 de Maio/12 solicitou o apoio da Coordenação
349 Estadual da SESA na pessoa do Dr. Moacir que estava presente, para que a educação permanente
350 na macrorregião fosse fortalecida, isso é o que consta na ata desta reunião. Por tanto estamos
351 rerepresentando o plano de aplicação com os elementos de despesas compatíveis com o plano de
352 trabalho e a proposta Curso de Vigilância a Saúde, a ser realizado no período de Agosto de 2018
353 a Agosto de 2020, no valor de R\$328.649,15. Silvia prestou as seguintes informações: (1) O MS
354 credenciou o Ceará desde 2017 junto com os municípios para desenvolvimento do Programa de
355 Educação Permanente e já recebemos recursos para desenvolver o plano que teremos que
356 apresentar até o final de 2018. Para isso iniciamos com a composição do grupo na CIES,
357 realização de três oficinas para trabalhar a estratégia de construção desse plano, ouvindo as
358 regiões e as macrorregiões a partir das CIES e construindo o material de configuração de
359 indicativo para se trabalhar em cada Macrorregião. Esse processo contou com o apoio do Dr.
360 Ricardo referência hoje em educação permanente e gostaríamos de solicitar pauta para
361 apresentação a proposta do Plano na próxima CIB; (2) Encontro Nordeste Saúde da Família que
362 no momento se encontra em discussão com várias instituições. O ponto forte desse encontro será
363 a celebração dos 30 anos da institucionalização dos ACS do Estado, 28 anos do processo de
364 municipalização no Ceará, 25 anos da criação da ESP, 24 anos da estratégia saúde da família, 10

365 anos da decisão da implantação do polo tecnológico da FIOCRUZ, 5 anos da residência
366 integrada no Estado do Ceará e 30 anos do SUS. O encontro será realizado de 13 a 15 de Junho
367 de 2018, no Centro de Eventos. **Sayonara** concordou com a decisão da CIES do Cariri. A
368 CIB/CE pactuou a utilização dos recursos federais de rendimento do mercado financeiro dos
369 repasses provenientes da Resolução nº 193/2011-CIB/CE, no valor de R\$ 328.649,15 (trezentos e
370 vinte e oito mil, seiscentos e quarenta e nove reais e quinze centavos), para custear as ações
371 pedagógicas do Curso Técnico em Vigilância em Saúde, que será constituído de 1 (uma) turma
372 de 45 (quarenta e cinco) alunos, a ser executado pela Escola de Técnica do SUS Dr. Antônio
373 Marchet Callou, localizada no município de Barbalha, para a Macrorregião do Cariri. **Item 1.4.**
374 **Alteração na composição da Câmara Técnica de Vigilância à Saúde da CIB.** Sra. Ana Estela
375 Fernandes Leite, Secretária Adjunta da Saúde de Fortaleza encaminhou as alterações na
376 representação da SMS de Fortaleza na Câmara Técnica de Vigilância à Saúde da CIB/CE,
377 conforme segue: Exclui Renata Mota Rodrigues Bitu, SMS de Fortaleza e Inclui Nélio Batista de
378 Moraes, SMS de Fortaleza. **Item 1.5. Homologação das Resoluções da CIR da 1ª Região de**
379 **Saúde de Fortaleza de Pontos de Atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**
380 **(RCPD) no âmbito do SUS.** A CIB/CE homologou as Resoluções da CIR/1ª Região de Saúde
381 de Fortaleza, que aprovam, por ad referendum as habilitações do Núcleo de Tratamento e
382 Estimulação Precoce – NUTEP, localizado no município de Fortaleza, na RCDP: Resolução Nº
383 008, datada de 18/05/2018, aprova a alteração da Modalidade de Habilitação de Centro de
384 Reabilitação de CER II para CER III Auditiva, Intelectual e Física; e Resolução Nº 009, datada
385 de 18/05/ 2018, aprova a habilitação de uma Oficina Ortopédica fixa em serviço de dispensação,
386 confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM);
387 e a inserção dos Pontos de Atenção no Plano de Ação Regional da RCPD: um Centro de
388 Reabilitação - CER tipo III, com especialidade em reabilitação Auditiva, Intelectual e Física; e
389 uma Oficina Ortopédica, fixa em serviço de dispensação, confecção, adaptação e manutenção de
390 órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção -OPM, com abrangência para toda a Região; e
391 a Resolução Nº 010, datada de 18/05/ 2018 que aprova a alteração da Modalidade de Habilitação
392 do Núcleo de Atenção Médica Integrada- NAMI, localizado no município de Fortaleza de Centro
393 de Reabilitação- CER II para CER III Física, Auditiva e Intelectual, na RCDP e a inserção desse
394 Ponto de Atenção no Plano de Ação Regional da RCPD. **Item 1.6. Assistência Farmacêutica:**
395 **Prestação de Contas – Fechamento 2017.** **Kelly de Castro**, Supervisora da COASF iniciou a
396 apresentação da prestação de contas dos recursos federais e municipais da assistência
397 farmacêutica básica relativa a PPI- 2017. Em relação aos recursos federais contou como saldo de
398 2016 de R\$1.929.967,36, mais as parcelas referentes aos meses de Janeiro a Julho/2018,
399 calculada com base no valor per capita de R\$ 5,10, totalizando R\$ 20.226.877,52; e as parcelas
400 referentes aos meses de Agosto e Dezembro/2018, com o reajuste do valor per capita que passou
401 para R\$ 5,58 , totalizando R\$11.455.419,92, os recursos federais disponíveis para o exercício de
402 2017 foram no montante de R\$ 33.612.264,80. A contrapartida de recursos municipais
403 repassados fundo a fundo o saldo de 2016 foi de R\$ 887.808,61, as parcelas de Janeiro a
404 Dezembro/2017 corresponderam ao valor de R\$ 13.982.465,29 perfazendo um total de
405 14.870.273,90. A prestação de contas foi feita dos recursos da fonte 91, que correspondem ao
406 recurso federal e municipal no total de R\$ 48.482.488,70. Desse valor foram realizadas despesas
407 com aquisição de medicamentos pela COASF em 2017, segundo fonte SIAP/ SEPLAG o valor
408 de R\$44.817.582,84, restando um saldo para 2018 de R\$ 3.664.905,86, que são recursos federais
409 e municipais da assistência farmacêutica básica. A assistência farmacêutica secundária não teve
410 aumento em 2017, permanecendo o valor per capita da contrapartida municipal R\$ 2,50 ou R\$
411 3,00. O saldo da fonte 91, recursos municipais, de 2016 foi de R\$ 459.855,99. As parcelas dos
412 recursos dos municípios que aderiram a pactuação foi no total de R\$11.421.306,67 ficando um
413 total de R\$ 11.881.162,66. Desse total foram realizadas despesas de aquisição de medicamentos
414 secundários R\$ 11.632.526,00, restando um saldo para 2018 no valor de R\$ 246.636,66. Esse
415 saldo acontece porque às vezes a COASF não tenho mais recursos, pois os recursos municipais
416 são creditados no dia 10 ou 20 e no final do ano, em Dezembro não se consegue mais realizar

417 compra, ficando sempre algum recurso para o ano seguinte. Mostrou em seguida o histórico do
418 recurso estadual que tem um valor per capita estabelecido de R\$1,00, gerando uma receita de R\$
419 8.645.299,00, desse valor foram adquiridos medicamentos no valor de R\$ 8.643.973,69,
420 resultando num de R\$ 1.325,31. Com relação ao percentual de atendimento financeiro em 2017,
421 no 1º trimestre: 71,44% da Atenção Básica, 83,99% da secundária; no 2º trimestre foi 94,86% da
422 Atenção Básica e 95,84% da secundária; no 3º trimestre foi 78,15% da básica e 86,68% da
423 secundária; e no 4º trimestre foi 83,33% da Atenção Básica e 91,25% da secundária. Lembrou
424 que a parte financeira, todos os municípios são quitados no final do ano, zeramos o que devido a
425 cada município utilizando a lista de medicamento disponíveis no estoque da COASF, é feito a
426 oferta e os municípios fazem a escolha, desse modo o Estado não fica devendo nada aos
427 municípios. **Fernanda Cabral**, Coordenadora da COASF complementou a apresentação
428 informando sobre a realização do Plano de Ação junto com a Dra. Isabel articulando com a
429 NUPLAC onde foi feita a reavaliação do método de registro de preço, observa-se de fato que há
430 uma série redução de notificações de registro na ANVISA, a exemplo o medicamento losartana
431 que tinha 5 fabricantes, hoje só tem 2 fabricantes. A questão da redução de pregões fracassados
432 eles fazem uma pesquisa de preço baseada na comprasnet do MS. Então estamos longe de ter um
433 parque tecnológico para produção de medicamentos, acaba que a pesquisa de preço tem que ser
434 feita exclusivamente na região Nordeste. Não temos como pegar o preço do Sul e Sudeste e
435 validar, porque de fato vai dar fracassado. Convocação do cadastro de reserva, ou seja, o 2º lugar
436 onde no momento da tomada do preço, tem de ser registrado preço do 2º lugar ou do 3º lugar.
437 Ocorreu uma reunião com a Procuradora Geral do Estado – PGE de onde saíram as seguintes
438 deliberações: análise da possibilidade de convocação dos remanescentes no pregão em caso de
439 inadimplência persistente (construção de uma instrução normativa); aumento do valor da multa
440 quando houver atraso (caminhos legais para suspensão de fornecedores inadimplentes de forma
441 recorrente); análise legal da possibilidade de execução de dispensas para itens clínicos,
442 considerando o alto consumo da PPI, a exemplo da fluoxetina 20mg, atenolol 50 mg e
443 glibencamida 5mg. Falou também sobre a reunião com os fornecedores no auditório do
444 COSEMS, onde foi apresentado o fluxo de penalizações, as informações recebidas dos
445 municípios sobre os medicamentos faltosos, e as pressões que temos tido das instancias
446 colegiadas (Ministério Público, CESAU, COSEMS/CE, Procuradores municipais), todas
447 aumentando a solicitação de medicamentos, causando um prejuízo irreparável à saúde pública.
448 Ficou acordado por parte dos fornecedores de agilizar as entregas dos medicamentos pendentes,
449 eles pediram que fosse feito a previsão antecipada do que iria ser comprado, o relatório final por
450 classe terapêutica informando o status do estoque e conforme a Dra. Isabel falou, a Programação
451 de 2019 a ser feita em novembro de 2018, como forma de agilizar o processo de compra. Falou
452 que já tem 173 municípios agendados para recebimento dos medicamentos do 1º trimestre/2018,
453 só faltam 11 municípios, o último dia pra distribuição é dia 15/06 e o 2º trimestre será agendado
454 a partir do dia 10/06 e a distribuição a partir do dia 20/06. Falou ainda que esse relatório é
455 atualizado diariamente com os estágios regular, parcialmente regular e o irregular. O estágio
456 regular é quando já está disponível de 70% a 80% do programado, o parcialmente regular quando
457 20 a 70% do programado e o irregular quando menor de 20% do programado. O parcialmente
458 regular e o irregular é sempre a nota do empenho e a empresa que está nos devendo o
459 medicamento. Falou que a novidade foi a reunião de ontem com o Ministério Público quando o
460 Dra Isabel comunicou que irá convocar todos os fornecedores dia 11/07 para que eles prestem os
461 esclarecimentos tanto ao Ministério Público quanto a SESA. Mostrou um quadro sobre como se
462 encontram hoje os itens de medicamentos básicos: regulares com 73 itens, parcialmente regular
463 com 17 itens e os irregulares com 39 itens. Na secundária, 26 itens regulares, 16 parcialmente
464 regulares e 5 irregulares. **Rilson Andrade**, Secretário de Saúde de Quixelô perguntou sobre os
465 municípios que receberam a primeira remessa 12%, 15%, ou 20% e quando será feito o
466 agendamento deles? Falou que participou de uma reunião no COSEMS com Cacau, parabenizou
467 o sistema de agendamento que é muito bacana, só que como previu os municípios com distância
468 de 400 km de Fortaleza e só conseguem agendar pra Fortaleza, tem que sair 4h da manhã e

469 retornar 21h, pois nessa programação só se conseguiu agendar para as 13h, aí o motorista do
470 caminhão disse que não iria por conta do horário que vão sair de Fortaleza, dado o perigo que
471 correrão nas estradas. Então gostaria de sugerir que esses municípios mais distantes, tivessem
472 prioridade para atendimento no período matinal. **Josete** reconheceu o esforço que foi feito pela
473 equipe da COASF para a prestação de contas e fez uma reflexão: pela prestação de contas feita
474 pela Kelly de modo superficial, somamos algo em torno de 58 milhões de investimento de 2017,
475 recursos pactuados entre SESA/ Municípios/Governo Federal para atender a 182 municípios.
476 Considerando que Sobral e Fortaleza recebem em torno de 22 milhões então ficara com um total
477 aproximado de 80 milhões para 180 itens de medicamentos incluindo a assistência Farmacêutica
478 Básica e a secundária. Só o programa da farmácia popular do município de Fortaleza que só
479 atende 14 itens de medicamentos para sete doenças, consumiu cerca de 90 milhões de reais,
480 então tem algo errado, pois quando fazemos o olhar para o Ceará inteiro, temos dados do
481 Conselho Regional de Farmácia que repassa 200 milhões de reais do Governo Federal para pagar
482 as farmácias privadas do programa farmácia popular do Brasil, para 7 doenças e 14 remédios.
483 Então, temos tido discussões entre os secretários e sentimos deles a angústia, o peso do desgaste
484 do desabastecimento dos itens básicos, como é que eu vou justificar para a Câmara de Vereadores
485 do meu município que não tenho dipirona em gotas que custa 6 reais na farmácia popular. Isso
486 consome nossas energias de tal modo, que deixamos de fazer essa análise macro e passamos a
487 achar que o problema somos nós. Não estamos defendendo os desencontros, as dificuldades, pois
488 sabemos que são muitas no sistema de logística da COASF, mas precisa ter um olhar mais
489 maduro para essa política que é essencial para o acesso da população, mas pobre aos
490 medicamentos. Atendemos muito, e também falta muito, mas nós só falamos do que falta não
491 reproduzimos o que temos feito. Não achamos justo o município contratar um caminhão por 2
492 mil reais de frete para pegar 3 caixas de medicamentos. Deveremos sentar com a equipe da
493 COASF em Câmara Técnica para fazermos um ajuste dessa questão. Recentemente conseguimos
494 liberar cerca de R\$ 2.250.000,00, recursos estaduais de investimentos da assistência farmacêutica
495 dos municípios, referentes a 2011 e 2012 que estavam represados e praticamente perdido e graças
496 a COASF numa força tarefa feita com ajuda da Dra. Lilian, Dra. Isabel e interlocução
497 permanente da Cacau conseguimos a maioria desses recursos que estão nas contas dos
498 municípios. Temos que licitar e melhorar a estrutura das nossas CAF e gastar esses recursos, se
499 não daqui a pouco vem outro olhar do financeiro dos seus municípios e vamos ficar brigando por
500 recursos, com dinheiro em conta sem gastar. Tem 6 ou 10 municípios que ainda nem tomaram
501 conhecimento desses recursos. Então temos que cobrar, temos que fazer nossa parte também.
502 Finalizou dizendo que é preciso fazer um ajuste na pauta aqui, pois quando houve a extinção da
503 farmácia popular pública foi incorporado R\$0,50 no valor per capita do governo federal para
504 medicamento básicos, os municípios também fizeram acréscimos nos seus valores per capita,
505 mas o Governo do Estado não fez para 2018, alegando que não tinha dotação orçamentária e o
506 orçamento tinha sido aprovado ano passado. Dirigiu-se a Dra. Isabel para dizer que a carta do
507 Iguatu que será redigida amanhã, mas principalmente a plenária desta CIB cobra que na previsão
508 orçamentária para 2019, a SESA recupere os 0,50 centavos per capita de 2018 que não entrou e
509 incremente os 0,50 centavos de 2019. De modo que tenhamos 1,00 de acréscimo na contrapartida
510 do Estado neste processo, visando equilíbrio tripartite. Para isso conto com a defesa da Bipartite
511 e da Dra. Isabel e equipe da COASF. **Poliana Callou Dantas**, Secretária de Saúde de Barbalha
512 fez algumas ponderações sobre esse assunto, que já havia feito na Câmara Técnica da Assistência
513 Farmacêutica, tais como a pactuação da PPI da Assistência Farmacêutica ser feita dentro do ano
514 vigente; e fazer a divisão dos medicamentos que são entreguem à COASF de modo proporcional
515 e exemplificou: se chegou 1.000 comprimidos, dividi para todos os municípios que programaram
516 esse item, porque ter o medicamento hoje e amanhã não ter e ainda ter que esperar o próximo
517 trimestre é muito angustiante para os gestores. Em relação ao aporte financeiro do Estado
518 colocou que de acordo com estudos e discussões realizadas na Câmara Técnica, foi constatado
519 que os recursos alocados não acompanham o aumento dos preços dos medicamentos. Então, se a
520 contrapartida do Estado fosse ao menos igual a contrapartida dos municípios, iria melhorar

521 bastante. Quanto aos percentuais de atendimento, seria interessante fazer esse levantamento por
522 percentual de atendimento e não por percentual financeiro, porque quando se faz pelo financeiro,
523 não necessariamente faz do item programado e aí nos angustia não receber o item programado e
524 receber o item que não temos necessidade. Citou como exemplo onde precisava de gliclazida e
525 talvez por erro de sistema, recebeu ácido valpróico xarope, onde tem na CAF de Barbalha um
526 grande estoque, e faço questão de registrar que dá para 3 anos de consumo, pedi inclusive ao
527 nosso farmacêutico para ver se pode fazer permuta, pra não prejudicar ninguém ou ter que
528 incinerar que seria um problema. Gostaria de ver com a COASF quanto podemos ficar e quanto a
529 COASF poderia receber e assim poder ajustar essa situação. Dirigiu-se a Dra. Isabel ressaltando
530 os avanços da assistência farmacêutica no Estado, onde ela teve um papel relevante. Portanto
531 disse que ficou triste quando a Dra. Isabel colocou que os gestores municipais não são obrigados
532 a fazer adesão à compra centralizada e quem quiser pode sair, porque foi uma luta muito grande
533 para sensibilizar os gestores e lembrou também que já rodou metade dos municípios do Ceará
534 trabalhando com a assistência farmacêutica e que pode confirmar esses avanços, hoje se comprar
535 medicamento por muito menos e a transparência na utilização desses recursos, com a COASF fez
536 hoje é muito importante. Finalizou dizendo que temos de fortalecer a compra centralizada, pois
537 estamos juntos nas fragilidades, na alegria e na tristeza e dizer que tudo que acontece com a
538 equipe da COASF, acontece conosco também embora em menor escala, então, vamos sentar e
539 encontrar um caminho, pois os municípios não tem condições de realizar a comprar direta de
540 medicamentos. **Fernanda** em resposta ao Rilson disse que foram utilizados dois parâmetros um
541 em relação a população e o outro a quantidade de municípios para estabelecer a data e o horário
542 de entrega. Não levou em consideração a distância dos municípios, mas que irá considerar daqui
543 pra frente, isto é priorizar os municípios mais distantes no 2º trimestre. **Dra. Isabel** em resposta
544 ao Josete disse que a crise do CD fez a SESA crescer, foi instituído um grupo de estudo, mas o
545 planejamento e a compra de medicamentos não podem ser terceirizados, só a logística. No caso
546 da COASF nada pode ser terceirizado. Em resposta a Poliana disse que está quase fechado o
547 aumento do valor da contrapartida do Estado para aquisição de medicamentos em 2019, e que
548 afirmativa: “os gestores municipais não são obrigados a fazer adesão à compra centralizada e
549 quem quiser pode sair”, não é dela. Após as discussões a CIB/CE aprovou a Prestação de Contas
550 da Assistência Farmacêutica 2017. **Item 1.7. Formalização da Resolução N° 11-A/2018,**
551 **referente à homologação da habilitação do Prontocárdio Serviços Médicos Hospitalares**
552 **S.A, entidade empresarial com registro no CNPJ N°. 08.711.085/0001-28 e CNES sob o N°.**
553 **6558895, como Unidade de Assistência de Média e Alta Complexidade em Cirurgia**
554 **Cardiovascular e procedimentos em Cardiologia Intervencionista, junto ao SUS.** A CIB/CE
555 acatou as alterações constantes na resolução acima referida. **Item 2. INFORMES: Informe 2.1.**
556 **Alteração na Composição de Membro da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará – CIB:**
557 Na representação do Componente Estadual: SAI Felipe dos Santos Dias Soares e ENTRA
558 Antônio Eusébio Teixeira Rocha, como membro titular; Na representação do Componente
559 Municipal: SAI Emair Silva Borges e ENTRA Ana Estela Fernandes Leite, como membro
560 suplente do município de Fortaleza. **Informe 2.2. A Prefeitura Municipal de Itapajé informa,**
561 **através do Ofício nº 059/FO/2018, datado de 7 de maio de 2018, sobre o cancelamento e**
562 **devolução de recursos, junto ao Ministério da Saúde.** Essa devolução se refere a proposta
563 cadastrada no FNS N°. 11901.90000/011-307, de ampliação da UBS na localidade de Soledade e
564 alega a impossibilidade de continuidade da obra, que foi contratada em 04/04/2014, na gestão
565 anterior, como ampliação, quando o orçamento básico licitado foi para construção. Portanto,
566 houve mudança no objeto da proposta, que inviabilizou a continuidade da construção, por falta
567 de recursos da contrapartida financeira municipal. **Informe 2.3. A Situação atual de**
568 **atendimento dos medicamentos.** Esse informe foi relatado no Item 1.6. Assistência
569 Farmacêutica: Prestação de Contas. Fechamento 2017. **Informe 2.4. Ordens de Serviços e**
570 **Atestados de Conclusão de Edificações encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, para**
571 **conhecimento, conforme estabelecido na Portaria GM/MS N°. 1.401, de 15 de junho de**
572 **2011 e nas Portarias GM/MS N°. 339, 340 e 341 de 04 de março de 2013:** Ordem de Serviço

573 de construção de UBS: 01 em Varjota e Atestado de Conclusão de Construção de UBS: 03 em
574 Maracanaú. Nada mais havendo a tratar, a plenária da Comissão Intergestores Bipartite deu por
575 encerrada a **7ª reunião de 2018 do referido Colegiado**, cuja Ata foi lavrada por mim, Vera
576 Coêlho, e assinada em folha de frequência pelos membros titulares e suplentes que
577 compareceram. Fortaleza **vinte e quatro do mês de maio** do ano de dois mil e dezoito.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB

Data: 24/05/2018	Horário: 17:00 às 20hs	Local: Universidade Regional do Cariri – URCA - Campus Multi-Institucional Humberto Teixeira Iguatu.
-------------------------	-------------------------------	---

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
Antônio Eusébio Teixeira Rocha		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
Ana Estela Fernandes Leite		Secretária Adjunta da Saúde 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

7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB		
Data: 24/05/2018	Horário: 17:00 às 20hs	Local: Universidade Regional do Cariri - URCA - Campus Multi-Institucional Humberto Teixeira Iguatu.

Folha de Presença - SECRETÁRIOS / CONVIDADOS

NOME	ASSINATURA	REPRESENTAÇÃO
Edglê Alves Ferreira		18ª CRES.
Anakellys de Castro		COASF/ISESA.
Édyla Monteiro G. Silva		ETSUS Canini
Maricaya Frazão doira		ETSUS Loure
Fernanda Freney Calad		COASF.
Sarah Rachel C. Pinheiro		SMS - Barbalha
Ézio de Oliveira local		Secretaria de Saúde T. Alago
Vanorkotânia So. de Souza		Sms - Barbalha
Nayana Luiz P. Rodrigues		Sms - Barbalha
Magdo Fereira Queiroz		SMS Pacapurus (pp)
Francimenes Rolim Celtriquenque		SMS f. do norte
Aubré Barreto Generaldo		SMS CRATP
Márcia Joline da Silva		SMS - Porteira
Maria Lúcia Clementino de Almidon		NASF - Porteira
Antenay Olona Alves Br. Mendes		IATI
Clara Meralisa M. Tós de Queiroz		Humana
Maria da Paz A. Monteiro		NEMSI/CE
Alvinar Botega		DAI/SE/MS
Ricardo R. Sales Oliveira		DAI/SE/MS
CATARINA OLIVEIRA PETROPOULEAS		SEINSE/NE/MS/CE
SÔNIA MARIA VIEIRA DE SOUZA		CGNE/NE/MS/CE.
Alexandre Almino de Alencar		COSEMS
ALBERTO TEMOTEO BARRETO		APOIADOR COSEMS
Maryna Nunes de Melo		APOIADOR COSEMS
Ana Virgíniade Castro da Justa		COSEMS/CE.
Shyla Martins Alves Franchino		Sms Farias Brito
Carina Guionara de Brito F. Mori		SMS Potengi
Tereza M. M. N. S. S.		18ª CRES
Maria Jone de Sousa Silveira		16ª CRES
Ana Cláudia Fernandes Farias Pinheiro		Secretaria Saúde - Quixeramobim.
Maria Alexandra Carvalho Albuquerque		Apoiadora COSEMS-CE
Mariana Góes de Oliveira Moura		Apoiadora COSEMS-CE
FABIO FREITAS DE SOUSA		FABIO - COSEMS-CE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB		
Data: 24/05/2018	Horário: 17:00 às 20hs	Local: Universidade Regional do Cariri - URCA - Campus Multi-Institucional Humberto Teixeira Iguatu.

Folha de Presença - SECRETÁRIOS / CONVIDADOS

NOME	ASSINATURA	REPRESENTAÇÃO
ANA MARÃS DE A. R. DA SILVA		EOPAS / SESA
Lucas de Sousa		Juazeiro / SESA / ANA
Mitzi de Oliveira		Assessoria
Suzana Diniz Borges		CESAU
Manoel Gomes de Aguiar		Conselhia Trib. Saúde / CESAU
Roberto Alvaro de Aguiar Filho		CSAU
Angela Pereira Romão	Angela P. Romão	COGAP
Milenna Alencar Brasil		SMS - CRATO
Hayel Raulos e Silva Costa		CEJRU
Yanny de Azevedo Santos		SMS - Jaguaribara
Valmir Soares de Sousa		S.M.S. P. Carneiro
LUCIANE TAVARES ALBUQUERQUE		SMS - ACOPIAORA
Ketiane Amorim de S. Sampaio		RIS - ESP / CE
Sandro Luiz Borges Benício		SMS - Quixerote
ANTONIO WOLTON VANCE VIEIRA		COORDENADOR P. CRES Quixerote
EMERY CIANA F. VIDAL		1ª CRES Bujo Santo
Angelo Luis Leite Norberto		SEC. SAÚDE - JIJOCÁ DE JACARÉ
RAFAEL PEREIRA DE FIGUEIREDO		SEC. SAÚDE - BUITORAMA
ma Luciana de Almeida Lima		Sec. Saúde Morada Nova
RAYSEY LIMA MARIAS		Sec. Saúde de Tangará
Amadãudia de L. Moura		Horizonte
LUIS CARLOS DO NASCIMENTO		SMS - CASCAVEL - CE
Leidiane Almeida		RIS - Saúde Coletiva
Juliana Don d. JM		SMS - BORDENMUNDO
Aline Brito		SMS - Guaiuba
Maria Lucilene Martins Santos		DSEI - SESA I - MS
Táucia Maria Gurgel Sâtiro		DSEI - SESA I - MS
Maria do Socorro R. O. Queiroz		DSEI - CE / SESA I - MS
Fernique Rosa Rodrigues		DSEI - CE / SESA I / MS
CARLOS ALBERTO S. BARBOSA		CEVAM - FORTALEZA
Juan Carlos de Silva Júnior	Juan Júnior	CEVAM - FORTALEZA
Juliane Lima da Silva		SMS - COUS - Fortaleza



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Data: 24/05/2018	Horário: 17:00 às 20hs	Local: Universidade Regional do Cariri - URCA - Campus Multi-Institucional Humberto Teixeira Iguatu.
-------------------------	-------------------------------	---

Folha de Presença - SECRETÁRIOS / CONVIDADOS

NOME	ASSINATURA	REPRESENTAÇÃO
Sibelly Martins Moura		ATOIADOMA - COSEMS/CE
NEIDJANE VASQUES MONTEIRO MARTINS		APDIADORA - COSEMS-CE.
Wilma, M ^a Lins de Sousa		SUPERVISORA ESPICE
Clayton de Azevedo		MUNICÍPIO SUMM.
ANTONIO WILSON DE MENEZES		FECH. SESA
ANTONIO WILLIAMS VIEIRA JUNIOR		SESA - 3ª VILA VICEM-CC
Maria Socorro Britão Lima		Ipaporanga
Reylo Roberto da Costa		SMS-FORTALEZA
Silvia Maria Nogueira Buarifilva		CGRES/SESA
ZULIA MARIA MACIEL DE MELO PEIXOTO		SMS/DRÓIS
FERNANDO PERALDES	SMS CAUCANIM	RIBRIS
Polycarpeu Caldeira	SMS BANABEU	
CARLOS GARCIA FILHO	Carly Garcia	SM ILLUSTU
LUCIA ROSA B. LIMA	STACAB.	TECNICA.
Emerson de Oliveira Guepes	Itacaba	Secretário
Omanuel Martins Matilho		ADJUNTO
FELIX GEONNY SARATUA COSTA		TABULEIRO DO NORTE (SECRETARIA)
Delmaíra de Melo Vieira		Secretaria - Itacaba
Geidson Rogério Pinot		Secretario - Marinho
Lazaro Pereira do Lulo		12º CREB - Aracati
Eválio Euzébio Vasconcelos		Se. Saúde Cruz
Ricardo Franco Fernandes		COORD. SMS P. CAUCANIM
Diana Davi de Araújo		Coord. Regional 17º CREB de