COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 12ª REUNIÃO DO ANO 2019

Aos vinte e nove do mês de novembro do ano de dois mil e dezenove, no Auditório Waldir Arcoverde, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, em Fortaleza, realizou-se a décima segunda Reunião Ordinária do ano de dois mil e dezenove da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único Saúde do Ceará, com a presença dos seguintes membros: Representado o Componente Estadual: Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho, Presidente da CIB/CE e Secretário Estadual da Saúde; Marcos Antônio Gadelha Maia, Secretário Executivo de Vigilância e Regulação de Saúde; Lisiane Cysne de Medeiros Vasconcelos e Rego, Secretária Executiva de Políticas Sobre Drogas da Secretaria da Saúde; Magda Moura de Almeida, Coordenadora de Políticas e Atenção à Saúde; Luciene Alice da Silva, Supervisora do Núcleo de Atenção Especializada da Cordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde; Roberta de Paula Oliveira, respondendo pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde; Ricristhi Gonçalves de Aguiar Gomes, Supervisora do Núcleo de Controle de Vetores; Vera Maria Câmara Coêlho, Assessora Técnica da Secretaria Executiva da SESA e Secretária Executiva da CIB. Representando o Componente Municipal: Sayonara Moura de Oliveira Cidade, Presidente do COSEMS, Vice- Presidente da CIB/CE e Secretária da Saúde de Capistrano; Joana Angélica Paiva Maciel, Secretária da Saúde de Fortaleza; Alessandra Pimentel de Sousa, Coordenadora de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da SMS Fortaleza; Francimones Rolim de Albuquerque, Secretária da Saúde de Juazeiro do Norte; Rayney Lima Martins, Secretário da Saúde de Tamboril; e Napoline Silva Melo, Secretária da Saúde de Cariré. Presentes, outros Secretários Municipais de Saúde e profissionais das Secretarias Municipais de Saúde, Coordenadores Regionais e técnicos das Coordenadorias e Núcleos da SESA e assessores e apoiadores do COSEMS e demais pessoas interessadas com registro em listas de presença de convidados. **Vera** abriu os trabalhos cumprimentando a Assembléia e informou que essa reunião seria presidida pelo Dr. Cabeto, Presidente da CIB e destacou que após a circulação da pauta foram solicitados a inclusão de dois itens extra pauta pela COPAS/SESA, os mesmos tratam-se de habilitação de serviços, e consultou a Diretoria do COSEMS sobre essa solicitação. Sayonara manifestou se favorável. Em seguida **Dr Cabeto** cumprimentou a Assembléia e a **Sayonara** deu boas vindas a todos e indagou ao Dr. Cabeto se já foi feita a recomposição da equipe da COASF, após o evento ocorrido e como se encontra o processo de compra dos medicamentos. E em relação ao item 2.2. Mudança de gestão dos recursos federais de custeio do grupo da MAC das Unidades da SESA e a Revogação do 4º Termo Aditivo do PCEP , por se tratar de assunto de grande relevância indaga sobre a possibilidade de ser retirado de pauta para ser discutido posteriormente na Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento. **Dr Cabeto** colocou que sobre a COASF a SESA está trabalhando para garantir a segurança do Setor por conta do desvio de medicamentos que foi bem significativo, apesar das câmaras de seguranças instaladas. E que está sendo reformulada a metodologia de guarda e distribuição da logística, com base em conversas com outros estados de forma a garantir que não haja mais esse tipo de desvio. Disse que o estado vai garantir a compra do elenco do primeiro trimestre e apresentará para todos como funcionará o sistema de logística e guarda de medicamentos e insumos hospitalares. Quanto ao item 2.2 expressou que entende que o lugar de pactuação é a CIB, por se tratar do processo de organização do sistema de saúde, sendo importante que o Estado se posicione de forma adequada para garantia da equidade. Disse que não tem o objetivo de fragilizar qualquer ente municipal, pelo contrário, tem colocado de forma muito clara que o Estado quer colaborar, não haverá desabastecimento para nenhuma unidade de qualquer município, porém acha que é uma ação estratégica dado ao histórico de polêmicas sobre esse assunto, e que o mesmo deve ser pautado dentro do processo de reformas que o Estado está vivendo de organização dos serviços de saúde. E concluiu dizendo que esse assunto deve ser mantido em pauta, mesmo que necessite fazer readequações, deverá ser discutido de forma ampla e aberta para que todos tomem conhecimento, então, faremos uma apresentação para mostrar os impactos que poderá ter no sistema como um todo. **1. APRESENTAÇÕES E DISCUSSÕES**: **Item 1.1. Calendário Anual das Reuniões Ordinárias da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/CE)- 2020.** A plenária da CIB/CE aprovou o Calendário de Reuniões para o ano de 2020. Foram agendadas 17 (dezessete) reuniões nas seguintes datas: Janeiro dia 24; Fevereiro dia 14;

Março dias 13 e 27; Abril dias 06 e 24; Maio dias 08 e 22; Junho dias 05 e 19; Julho dia 17; Agosto dias 07 e 21; Setembro dias 11 e 25; Outubro não haverá Reunião, considerando o período eleitoral; Novembro dia 13 e em Dezembro dia 11. **Vera** aproveitou a oportunidade e solicitou que os assuntos para inclusão em pauta fossem encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, conforme consta no Regimento, com pelo menos 6 dias de antecedência, evitando a inserção de assunto extra pauta, onde apenas quem participa da reunião toma conhecimento. **2. DISCUSSÕES E PACTUAÇÕES**: **Item 2.1. Readequação e Prorrogação do Prazo para execução do Plano Estratégico das Ações de Cuidados às Crianças Suspeitas ou Confirmadas associada à Infecção pelo Vírus Zika e outras Síndromes causadas por Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e herpes Vírus (STORCH). Luciene Alice da Silva,** Supervisora do Núcleo de Atenção Especializada da Cordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde informou que esse Plano foi pactuado na CIB/CE no ano passado quando o MS aportou recursos no valor de R$660 mil, sendo programado para compra de kits para os NASF's, capacitações e eventos. No entanto esse Plano não foi implementado pelas seguintes razões: mudança de gestão nos municípios, decreto do governo sobre os eventos que deveriam passar pela casa civil, decreto da ESP sobre professores não servidores que para participarem, teriam que abrir um edital que demora no mínimo 45 dias e tudo isso contribuiu para não concretização do mesmo. A SESA negociou com o MS a repactuação do prazo de vigência para dezembro de 2020, visando se adequar a nova legislação e ao novo processo de regionalização no Estado. Destacou que a PortariaGM/MS nº 3.502, de 19 de dezembro de 2017 estabelece a obrigatoriedade de elaboração desse Plano, que foi alterada posteriormente pela PortariaGM/MS nº 4.073, de 29 de dezembro de 2017 que instituiu o incentivo financeiro para os NASF's. Em seguida destacou os objetivos do Plano e discorreu sobre a situação da ZIKA no Estado desde 2015 e 2016 quando ocorreram os primeiros casos em gestantes e hoje o Estado registra redução importante, porém com a chegada da quadra invernosa em janeiro, a vigilância será redobrada bem como o monitoramento das crianças atingidas pelo vírus. Nessa reunião de hoje se quer pactuar as mesmas **metas estabelecidas** para 2018, 60 % de crianças em investigação diagnosticadas, localizadas em busca ativa; 60 % das crianças confirmadas, reavaliadas conforme o protocolo previsto pelo Ministério da Saúde; 70% das equipes dos NASF-AB, que receberão os KITs capacitados em estimulação precoce; 70% das equipes dos NASF-AB, que receberão os KITS com plano de matriciamento de estimulação do desenvolvimento infantil elaborado; 50% das equipes dos NASF-AB que receberam os KITS com Plano de matriciamento implementado; e 100 % das famílias das crianças com diagnóstico confirmado, incluídas em serviço sócio assistencial. As **estratégias desse Plano são** a investigação com busca ativa e nova avaliação e acompanhamento dos casos confirmados. Quanto a **programação dos recursos financeiros** foram feitas algumas alterações no que se refere as capacitações e as oficinas, onde foram acrescidos mais recursos, ações a serem realizadas em parceria com a educação e assistência social. Houve também acréscimo de recursos para as capacitações dos profissionais dos NASF's e para os profissionais de saúde. Os recursos financeiros foram programados para a execução das Ações: 1. Atendimento clínico das crianças (em investigação, reavaliação, confirmados e prováveis)= R$ 336.500,00; 2. Capacitação em puericultura e desenvolvimento infantil (caderneta da crianças)= R$ 17.000,00; 3. Realização de oficinas integradas (saúde, educação e assistência social)= R$ 14.750,00; 4. Realizar Seminário Estadual de SCZ e STORCH= R$ 47.000,00; 5. Elaborar, reproduzir material educativo, informativo e pedagógico sobre a SCZ-STORCH= R$ 44.750,00; 6. Capacitação em estimulação precoce para os NASF= R$ 100.000,00; e 7. Capacitação para profissionais da saúde= R$ 100.000,00. Totalizando R$ 660.000,00. **Alessandra** perguntou qual o fluxo de atendimento dessas crianças porque se elas forem avaliadas no HIAS (conforme foi dito) já vão sair de lá com o apontamento, mas onde ela deverá ser acompanhada? Porque não tem sentido se fazer uma capacitação pra dizer as equipes como deverão agir se o paciente na hora do atendimento não vai encontrar o respaldo para o seu acompanhamento, gostaria de entender isso. **Luciene** colocou que a definição do fluxo será feita pelo Grupo Condutor que conta com os especialistas dos serviços da rede. E em relação a estimulação precoce a idéia é que todas as equipes das unidades de saúde básica sejam capacitadas. **Francisco José Lima Melo (Franzé)**, Secretário de Saúde de Itapiúna sugeriu que fosse estabelecidauma data para apresentação do fluxo de atendimento, dado as

dificuldades e que não se passe mais um ano sem execução desse Plano. **Luciene** disse que já foi agendada a primeira reunião com o Grupo de Trabalho e se comprometeu trazer para a CIB após a reunião, o Fluxo de Atendimento para conhecimento e discussão. Após as discussões a CIB/CE aprovou as metas, as estratégias, a programação dos recursos federais, e o prazo para execução até dezembro de 2020, do Plano Estratégico das Ações de Cuidados às Crianças Suspeitas ou Confirmadas associada à Infecção pelo Vírus Zika e outras Síndromes causadas por Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e herpes Vírus (STORCH), apresentado acima e determinou que à Secretaria da Saúde do Estado apresente à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) o fluxo para atendimento das crianças. **Item 2.2. Mudança da Gestão dos recursos federais de custeio do Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC) das Unidades Próprias da SESA e revogação do 4º Termo Aditivo ao Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos - PCEP. Dr Mozart** a pedido do Dr Cabeto apresentou alguns pontos que fundamentam a solicitação da mudança da gestão das unidades próprias da SESA. Em relação a gestão, as 12 unidades estaduais localizadas em Fortaleza se encontram sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza desde junho de 2007, mas a gerencia dessas unidades estão sob responsabilidade SESA. Em 2016 foi firmado o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos(PCEP) e atualmente se encontra vigente o 4º Termo Aditivo, publicado em 03/06/2019 com vigência até 03/06/2020; Em relação a Nova Plataforma da Saúde Estadual, a SESA está vivenciando um processo de modernização da saúde, e pretende desenvolver um conjunto de ações que exigem maior autonomia do Gestor Estadual na tomada de decisões que envolvem suas próprias unidades, sendo necessário maior flexibilidade na utilização dos recursos federais destinados à essas unidades, além da redução do tempo de recebimento desses recursos para o custeio das ações; a SESA precisa de autonomia para adequar o perfil asistencial das unidades de saúde, tendo como base não só as necessidades do município e sim as necessidades definidas no processo de planejamento regional. Quanto as funções de gestão, a SESA pretende assumir o planejamento, a programação, o controle e avaliação, a regulação assistencial, o cadastro, a contratualização, a habilitação de serviços, a FPO, a auditoria, a vigilância e a gestão dos recursos financeiros de suas unidades. Esclareceu que o PCEP só incluí hoje os recursos federais da MAC, que são classificados nas modalidades de repasses pré fixado e pós fixado, conforme detalhamento dos valores anuais: Pré Fixado = R$157.321.038,78 creditado direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, após autorização do município de Fortaleza, o Pós Fixado= R$ 50.993.125,67 repassado do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Fortaleza, com repasse posterior para o Fundo Estadual de Saúde, com base na produção aprovada, perfazendo um total anual de R$ 208.314.164,45. Além dos recursos incluídos na contratualização ainda existe a produção FAEC com repasse do Fundo Nacional para o Fundo Municipal e a posteriori para o Fundo Estadual no valor estimado de R$ 24.111.314,21. E em seguida colocou que além desses recursos existem recursos oriundos de portarias de habilitação de serviços depois que o PCEP foi firmado em 2016 que estão sendo creditados no Fundo Municipal de Fortaleza: Terapia nutricional e parenteral do HIAS no valor de R$ 407.582,82/ano; 07 leitos de UCINca no Hospital Cesar Cals no valor de R$ 344.925,00/ano; Habilitação do serviço cardio vascular do Hospital de Messejana no valor de R$ 438.832,80/ano; Reajuste do valor da prótese biológica no valor de R$ 57.183,17/ano; Reclassificação dos leitos de UTI do HGF no valor de R$ 314.413,90/ano; Transferência de recursos do FAEC diagnostico do Câncer para MAC no valor de R$ 1.850.244,76/ano; Transferência de recursos FAEC para MAC no valor de R$ 611.167,48/ano. E destacou que foram editadas portarias de retiradas de recursos do teto de Fortaleza relativas a transferência do recurso MAC para o FAEC do serviço de deficiência auditiva do HGF no valor de R$ 487.078,72/ano, e o IAEPI no valor de R$ 68.760,00/ano, resultando na necessidade de reajuste no valor de R$ 3.468.511,21, até onde foi possível levantar. Finalizou citando que as unidades estaduais, a exemplo dos grandes hospitais Hospital de Messejana, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Cesar Cals, Hospital São José e o Hospital Albert Sabin atendem pacientes de todo o Estado e que a SESA já dispõe de unidades próprias sob sua gestão no município de Fortaleza: 06 UPAS, 02 Centros Odontologicos e o Hospital Waldemar de Alcântara, onde os recursos federais são repassados diretamente para o Fundo Estadual. **Dra Joana** pediu a palavra para fazer uma apresentação sobre o assunto, disse que concorda com a Sayonara que essa questão

deve ser discutida a exaustão e entende que a proposta do Estado de mudança de gestão dos recursos federais de custeio do grupo MAC, muito bem apresentada pelo Dr. Mozart, representa para Fortaleza a retirada do comando único. Portanto não concorda com essa solicitação do Estado, porém concorda em rever e discutir mais o PCEP, e colocou que até se pode fazer com os recursos pós- fixado o que já se faz com o pré-fixado, ou seja, ao invés do recurso ser repassado para o Fundo Municipal de Fortaleza seja creditado direto no FUNDES, desde que reviamente contratualizado. Explicou que quando assumiu a Secretaria em 2017 haviam vários prestadores na atenção especializada sem serem contratualizados, e entende que na primeira gestão do Roberto Claudio foi preciso investir massiçamente na APS que encontrava-se muito desestruturada e a decisão foi acertada pois a APS é a porta de entrada do SUS. Por essa razão o trabalho de melhoria da rede complementar ficou para outro momento. Em 2017 todos os contratos foram revistos e dado prioridade aos contratos e convênios com o setor privado. E agora está na hora de fazer uma revisão no PCEP que inclusive já começou. Chamou a atenção para os atendimentos de pacientes provenientes de outros municípios que totalizam R$186 milhões da produção total do MAC de Fortaleza e deste total, apenas R$ 99 milhões estão em PPI hoje. E lembrou que as oficinas do planejamento regional já começaram, e elogiou o trabalho do Secretário de Saúde do Estado pelo esforço feito para fortalecimento do processo de regionalização, no intuito de entregar a população cearense um serviço de saúde cada vez melhor, principalmente na Região de Fortaleza que concentra uma parcela significativa da população do Estado. No entanto as distorções na distribuição dos recursos federais não podem ser vistos nesse momento, e sim no momento do processo de planejamento regional de saúde da Região de Fortaleza. Disse que apesar do PCEP funcionar desde 2007, hoje não tem ainda um plano operativo por não estar em conformidade com a regulação e também porque não tinha uma Comissão de Acompanhamento, porém hoje foi instituída essa Comissão, elaborado um cronograma de reuniões, realizadas oficinas com os entes participantes e as Equipes das unidades estão com todas as orientações para elaboração do plano operativo. A Comissão de Acompanhamento é composta por 04 membros titulares da SESA, 04 da SSM Fortaleza e 02 suplentes de cada, totalizando 12 participantes. Quanto ao desenvolvimento do trabalho de Revisão do PCEP, em julho foram realizadas pela Comissão uma oficina de sensibilização com os gestores das unidades para conhecimento do protocolo de cooperação, oficinas setoriais com abordagem nas áreas ambulatorial e hospitalar, e o passo a passo da elaboração do plano operativo. A Secretaria de Saúde de Fortaleza já obteve como resposta a atualização dos CNES das unidades que estavam desatualizados, os quais encontram-se em fase de análise. Nos serviços ambulatoriais das sete unidades que estão no protocolo, três ainda não concluíram o processo e na área hospitalar, três se encontram com pendências em relação ao cadastro. Os próximos passos serão a conclusão da atualização dos CNES e das FPOs e posteriormente discutir com as unidades o impacto das novas portarias. Depois do PCEP ser rediscutido,será feito o encaminhamento ao MS da autorização do repasse dos recursos direto para o FUNDES, sem precisar passar pelo Fundo Municipal de Fortaleza. Finalizou reafirmando que a retirada da gestão dos recursos do teto MAC do município de Fortaleza, significa a perda do comando único com o qual Fortaleza discorda totalmente. **Sayonara** colocou que foi procurada pela Dra. Joana para retirar esse ponto de pauta, daí se articulou com a Dra. Vera que disse não ser possível pois o Secreário Dr. Cabeto queria fazer esse debate na CIB, então fica uma situação de dissenso. E que consultou vários parceiros (ex: secretários) por não se sentir confortável em tomar uma decisão sozinha, e acrescentou que conversou com gestores da Paraíba que tentaram encerrar o PCEP porém quando chegou no MS foi verificado que feria o comando único. Destacou que em sua opinião as propostas do Estado e do município de Fortaleza são completamente diferentes, daí não se sentir em condições de tomar uma decisão nem pra sim, nem pra não porque o papel do COSEMS não é de concordar nem discordar e todas as decisões que foram tomadas no Ceará, foram através de consenso e finalizou dizendo que no seu entender a proposta do Estado fere o comando único, porém acha difícil sem essas alterações o Estado tomar as rédeas e fazer o trabalho que precisa ser feito e analisando a proposta do Estado está claro que não há interesse de prejudicar o município. Quanto a proposta da Dra Joana de fazer o repasse dos recursos de forma direta e de que todos os recursos das habilitações que estão fora entrem no PCEP, possibilita o Estado fazer a aplicação dos recursos da

forma que foi planejada. Então acha que pode sanar a situação, pois o Estado precisa desses recursos para fazer suas adequações no sistema de saúde, esse foi seu ponto de vista. **Dr Cabeto** se manifestou dizendo que não se trata de ferir comando único porque a questão é federal e não local, mas se trata das coisas funcionarem de maneira prática. Quando o Estado passa a ter a gestão, algumas coisas são importantes como por exemplo de algumas unidades que o Estado coordena e diferencia, elas atendem ao Estado inteiro, porém quando se passa a discutir o plano regional é preciso que algum Ente tenha capacidade de requalificar essas instituições, mudar perfil, adequar as necessidades e fazer esse desenho, porque se as unidades irão funcionar do ponto de vista regional, não vê nada de mais e acha que não estará ferindo nenhum principio constitucional, até porque está obedecendo ao princípio da regionalização. Outro ponto colocado foi sobre quando se faz a gestão, cada passo o Estado precisa de velocidade para se adequar a situação do momento e citou a reforma de alguns Frotinhas e Gonzaguinhas onde o Estado precisou adequar imediatamente o perfil de suas unidades, porque mudou toda a lógica de cirurgias não ortopédicas, mudou a metodologia do financiamento. Portanto se não tiver versatilidade uma vez que o Estado precisa fazer o monitoramento da região toda, o estudo epidemiológico, os perfis, fica complicado realocar os recursos sem ter a gerencia do processo. Falou que tecnicamente pode parecer simples mas precisa funcionar bem para todos os municípios, para a regional e principalmente para os usuários do SUS, então precisa ter cuidado para não dificultar a execução da gerencia da gestão porque no final dará inadequação. E deu como exemplo o caso da gestão plena quando o município de Fortaleza colocou hospitais em reforma, aumentou o volume de atendimentos no HGF e não foi pactuado antes embora tenha falado com o Dr. Romel que afirmou ter feito vários avisos de como deveria ser feito o atendimento, mas o HGF continua com um volume de atendimento acima de sua capacidade instalada. Afirmou que o sistema é um só e inclui todos os municípios das regiões. Reafirmou a disposição do Estado de colaborar com os municípios na APS, nos Rh, n ampliação da participação dos consórcios, tudo dentro de um planejamento, e não vê outra forma de compreender o processo. Quando se coloca que a produtividade das unidades terá que passar pelo município para depois passar para o Estado aumenta a burocracia e acha que é preciso simplificar para facilitar o processo, sem falar do tempo que leva de um espaço para outro o que interfere inclusive em valores, e se referiu ao percentual que o Estado gasta com insumos e medicamentos. Disse que esse ano de 2019 tem procurado fazer uma articulação dura visando melhorar a eficiência do sistema para garantir a confiabilidade do Estado que é fundamental, então alguns compromissos que passavam de um ano para outro ou uma divída permanente das unidades, estão sendo modificados. Entende então que quando foi renovar o PCEP, houve uma discussão onde ele falou que não pretendia fazer essa renovação, pois iria trabalhar uma sistemática de pactuação com os municípios e regiões. Destacou que para mudar a metodologia é preciso que as pessoas entendam que quando se lança uma proposta de lei na Assembléia a exemplo da criação da Autoridade Reguladora da Saúde isso é importante para começar a trabalhar o espaço do usuário e não da unidade. É função do Estado fazer o monitoramento, auditoria,controle, acessibilidade, portanto, dentro dessa lógica é importante que todos façam um esforço. E repetiu que o Estado está disposto a ajudar em todos os aspectos, não se trata de isolar, desabastecer até porque o recurso é do sistema, e que seu grande interesse é no desenvolvimento das regiões. Finalizou dizendo que tem entendimento de quanto esse processo é doloroso mas que será preciso viver se quisermos um Estado com outra metodologia, tem consciência que haverá perdas e ganhos e acha que está havendo mais celeuma do que o real, porque na prática isso muda a eficiência, resolutividade e desburocratiza, não se trata de perder gestão plena, do contrário o Estado terá que passar suas unidades para o município de Fortaleza, acha que se deve pensar no sistema, no modelo de saúde que está sendo proposto no intuito de melhorar a eficiência do sistema que ficará mais claro, mais transparente, facilitando inclusive o trabalho do município de Fortaleza. **Vera** informou que esse assunto foi incluído em pauta por solicitação do Secretário Estadual , Presidente da CIB em função de sua representatividade, e esclareceu que as decisões da CIB se dá por consenso entre as bancadas, a exemplo da solicitação de mudança da gestão das unidades da SESA a mesma será formalizada através de resolução assinadas pelas autoridades responsáveis pela tomada de decisão (presidente e vice presidente da CIB), se não houver concenso não há

possibilidade de formalização. Então o que está posto, não há consenso dado que a bancada municipal não concorda com a posição do Estado, desse modo a Secretaria Executiva da CIB não tem como elaborar resolução para encaminhar esse pleito ao MS. E que esse encaminhamento se faz necessário por se trata da gestão de recursos federais que está atrelada ao modelo definido pela política nacional de saúde. Por essa razão é importante que os Entes envolvidos estejam seguros em relação a essa proposta, dado que a mesma modifica a estrutura atual de gestão formalizada através do termo de compromisso firmado em 2007 entre o Secretário Estadual e o Secretário de Saúde de Fortaleza em que consta o comando único. Destacou que atualmente existem unidades estaduais que não estão sob gestão do município de Fortaleza, seis UPAs, dois CEOs, o Hospital Waldemar de Alcântara, e que não se enquadram na formalização de PCEP, fato que já não assegura a gestão plena em Fortaleza. Esclareceu que o Estado tem a prerrogativa de fazer a solicitação junto à CIT de assumir as funções de gestão (planejamento, cadastramento, contratualização de serviços, vigilância e auditoria) relativas as suas unidades que estão contratualizadas através do PCEP. Em seguida indagou a bancada dos municípios se haveria ou não consenso em relação a proposta do Estado, em caso negativo seria importante ouvir o Secretário Estadual e a Presidente do COSEMS quanto a necessidade de aprofundamento desse assunto ou fazer o que determina o Regimento que é encaminhar essa solicitação para a CIT, por se tratar de gestão normatizada pelo governo federal. **Dr Cabeto** concordou com as colocações da Vera sobre os trâmites do processo que o Estado terá de seguir, falou das unidades estaduais espalhadas por todas as Regiões, reconheceu que a densidade populacional em Fortaleza é maior e precisa desburocratizar estas unidades e evoluir para um sistema mais eficiente com resposta mais adequada ao usuário e acha que a mudança não fere o preceito fundamental da acessibilidade, da equidade entre os espaços das regiões, da disponibilização dos serviços que regem todo sistema, do ponto de vista ético e de proposição. Por isso está trabalhando a nova regionalização e precisa para isso ter o Estado como interlocutor dessas ações nas Regiões,articulando, coordenando e representando todos os municípios. Sabe que o assunto é polêmico porém deveria ser colocado em CIB porque é interesse do Estado abrir essa discussão de forma muito clara dentro das propostas de como devem ser feitas, porém se não houver consenso lamenta, pois vai retardar um pouco o processo, mas o Estado dará continuidade pois já fez várias reflexões, discussões com outros estados, portanto, se tiver que ir para a CIT, sem problemas até pra se fazer um grande debate democraticamente sobre o tema. **Sayonara** concordou com o Dr. Cabeto sobre a legislação que de fato precisa ser revista, mas infelizmente a morosidade e as regras existentes nesta legislação não foram impostas pelo COSEMS nem pela SESA, mas por todos nós, através da Lei 8080 e reafirmou sua convicção de que a solicitação fere o princípio do comando único e tira a gestão plena do município, e que não se sente segura para tomar uma decisão nesse momento, portanto prefere que haja o discenso agora para que se tome uma decisão com tranqüilidade. Colocou ainda que acha justo o Estado buscar uma resposta junto ao governo federal sobre essa questão. Também como Presidente do COSEMS seu posicionamento é sempre em favor dos municípios, por isso acatou a solicitação do município de Fortaleza ao feita COSEMS, apesar de entender que o Estado quer muito melhorar o sistema, dar mais eficiência e maior autonomia na gerencia de suas unidades próprias. Disse ainda que o estado do Ceará sempre esta na vanguarda de tudo e não gostaria de estar aqui fazendo esse discenso, mas como o Dr. Cabeto falou, concorda que deve haver um grande debate com outras instâncias de nível nacional. **Josete Malheiro**, Assessor da SMS Fortaleza fez uma retrospectiva dos 30 anos de existência da CIB e relembrou os várias movimentos em que o Estado instigou os municípios a exercitarem o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, mas o que houve durante muito tempo foi um exercício de desconcentração inclusive de responsabilidades, de estrutura, prédios recursos humanos, sem a aporte financeiro necessário para a continuidade do processo. Lembrou que do inicio da primeira gestão do governo Camilo Santana para cá vivemos um processo de reconcentração de poder, de estrutura, de rede assistencial e de poder financeiro quando ocorreu o primeiro movimento de trazer para o cofres do Estado o incentivo financeiro das ACS quando o COSEMS se posicionou contra; O segundo movimento instigado pelo Estado foi na construção da PGASS em duas semanas em um momento que nenhum lugar do Brasil se discutia PGASS que não deu certo; O terceiro movimento foi a força da demanda judicializada que teve como foco, o baixo

desempenho de produção dos serviços dos municípios em que se deveria reconcentrar recursos em funções da falta de rumo tomada pelos municípios do ponto de vista da condução da gestão negligenciada pelo Estado; recentemente se tem visto o esforço do Dr. Cabeto na reorganização da rede de serviços que realmente se faz necessário, porém segundo sua compreensão estão pecando no detalhe mais simples do processo que é conversar e a CIB é o espaço por excelência; reclamou sobre as constantes mudanças de pauta de tema dessa importância sem conversar com os parceiros, isso dificulta o entendimento e o trabalho, embora a idéia possa ser muito boa e de repente a Dra. Joana concorde com a proposta; surgeriu por fim discutir esse assunto na Câmara Técnicas de Gestão, Planejamento e Financiamento da CIB. **Dr Cabeto** disse que não tem nenhuma dificuldade para debater qualquer assunto que envolva o Estado e os municípios, mas acha que um assunto como esse que trata da coisa filosófica, as vezes só a parte técnica não da conta porque existem questões ideológicas pré montadas e precisa sair dos muros, pois o sistema de saúde está dentro da cidade, do estado e enxerga muita linearidade em assuntos que não são tão lineares, já tentou fazer essa discussão algumas vezes porém as articulações são sempre as mais difíceis (se desculpa com o Josete) e diz que não terá consenso nunca porque quando levar para discussão anterior, o impedimento vai ser para trazer para a CIB; se refere a Dra. Joana como amiga, que não se trata de criar rusgas, mas de trazer uma discussão que esta totalmente de acordo com a proposta que o Estado está fazendo e se ele fez um esforço para trazer os hospitais regionais pra si, foi de acordo com o princípio básico de que algumas Regiões não tinham condições de absorver estas unidades, então a SESA tentando fortalecer estas Regiões porque depois desse processo acontecer, as Regiões como a de Limoeiro do Norte terão de ser estruturadas com o desenvolvimento regional verdadeiro. Surgeriu ao Josete sair dos "ismos" porque o que foi dito há 30 anos, o mundo evolue, a metodologia de representação social evolue, o controle social evolue, a internet e muitas coisas evoluíram e é bom que evoluam porque a sociedade muda e com ela mudam as aspirações, as necessidades e não dá pra funcionar dessa forma, enquanto se for reducionista a esse ponto, vamos perpetuar uma série de deficiências de equidade e é preciso ter transparência e coragem pra colocar isso. Revelou que em participando de algumas reuniões no CONASS se surpreendeu com as colocações absolutamente ilógicas discutidas com base numa premissa que está falha e por isso o resto não funciona adequadamente. Lembrou que do ponto de vista prático já existem unidades em Fortaleza que ele é o gestor e pergunta se está errado só porque não esta lá no PCEP? É abstrato? Se diz ser uma pessoa prática e acha que isso é bom para o sistema, para as regiões e para as pessoas. Disse que colocou essa discussão na CIB de propósito, sabia que não haveria consenso por experiências anteriores, mas se tiver que discutir na CIT o fará, porque alguém precisa dizer que não está funcionando apesar de reconhecer que tem coisas boas. E se não tiver consenso não tem problema, faz parte da democracia e que julguem como quiserem, mas sua posição será reta e coerente, o diálogo esta aberto e sabe que em alguns momento terão que discutir assuntos polêmicos, mas é necessários e é preciso que se discuta inclusive nas Câmaras Técnicas, sem nenhum problema, mas sob outro parâmetro, saindo um pouco do formal que as vezes reflete o que não é necessário. **Dra Joana** retomou a palavra e expressou que a CIB é sim o ambiente de pactuação onde as questões deveriam vir previamente discutidas nos diferentes fóruns e discordou da forma como o Estado está colocando essa proposta. Aproveitou a oportunidade e criticou o processo de remanejamento dos recursos dos municípios da Região de Iguatu que ocorreu sem discussão, e que as questões devem ser amplamente discutidas antes de trazer para pactuação na CIB. Colocou que não está discutindo filosofia, mas a organização do sistema de saúde de acordo com a Constituição Federal e a Lei 8.080/90 que trata da descentralização, hierarquização e do fortalecimento dos municípios. Disse ainda que algumas questões postas por essas normas devem ser rediscutidas, e entre essas existem algumas bem mais complexas que precisam ser analisadas para que se chegue a um modelo eficiente e equânime e finalizou afirmando que o SUS já deu muitas respostas e que Fortaleza não concorda com a proposta apresentada pelo Estado. **Francisco José(Franzé)** se manifestou para concordar com a fala do Josete e do Dr. Cabeto quanto a necessidade de evolução do SUS, mas acha que deve haver uma discussão mais aprofundada em todas as instâncias, ouvindo a todos, dialogando sobre as discordâncias para se chegar enfim ao consenso. **Dr Cabeto** disse que está em casa e julguem de acordo com suas consciências e colocou a discussão por

achar ser razoável e que vai continuar colocando a questão com transparência e dialógo, como fez na Assembleia por seis vezes, demonstrando como se quer fazer as coisas; respeita o Colegiado e caso não tenha consenso, cabe tomar a decisão de encaminhar essa proposta para discussão em outras instâncias. **Vera** colocou que frente as manifestações do Dr. Cabeto e da Presidente do COSEMS essa proposta foi encaminhada para discussão na Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento da CIB/CE, e caso não se obtenha consenso em relação a sua condução, a mesma será enviada à CIT conforme estabelece o Regimento da CIB/CE. A reunião da Reunião de Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento ficou agendada para o dia 12 de dezembro de 2019, quinta-feira, às 9h na Sala de Reunião da CIB. **Item 2.3. Plano Estadual de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC). Luciene**, Supervisora do Núcleo de Atenção Especializada da Cordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde, iniciou relatando sobre o trabalho feito pela Equipe da SESA para elaboração desse Plano e agradeceu o empenho de todos, COPAS,CORAC e Dra. Vera que foram fundamentais para essa elaboração. A seguir apresentou a fundamentação legal expressa por várias portarias editadas e reeditadas pelo MS. E esclareceu que a portaria com a formação do Grupo Condutor não foi publicada porque estão aguardando a indicação do representante do COSEMS e de outras instituições que ainda não fizeram suas indicações. Esse Grupo trabalhará também na linha do cuidado elaborando os protocolos, os planos, enfim na organização da Rede Estadual. O objetivo principal desse Plano é implementar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas portadoras de Doença Renal Crônica no Estado do Ceará, e tem como diretrizes: **1.** Atenção Primária que é a principal porta de entrada do cuidado à pessoa com doença renal crônica; **2.** A atenção e o diagnóstico devem ser identificados de forma precoce de acordo com suas necessidades e demandas do território; **3.** Implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular (TFG); **4.** Adoção de medidas preventivas, de controle e tratamento dos fatores de risco da DRC; **5.** Educação Permanente aos profissionais da saúde em todos os níveis de atenção; **6.** Implementação de ações de Segurança do Paciente nos serviços de hemodiálise; 7. Garantia do apoio diagnóstico e terapêutico; 8. Desenvolvimento de medidas de promoção da saúde e que garantam a difusão das ações de saúde e o cuidado à pessoa com DRC de forma compartilhada entre os entes municipais e estadual; 9. Garantia do transporte sanitário contribuindo para a promoção do acesso e acessibilidade; e 10. Garantia do acesso regulado de todas as modalidades do paciente dialítico. A Rede é composta pelo Pontos de Atenção: **Região de Saúde de Fortaleza:** Pronto Rim (CNES Nº 2479990, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 49 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 294); Instituto de Doenças Renais Davita São Gerardo (CNES Nº 2480034, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 36 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 216); Instituto do Rim Davita Meireles (CNES Nº 2479931, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 20 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 120); Instituto de Nefrologia do Ceará – INECE (CNES Nº 2723239, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 28 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 168); Clínica Pronefron Aldeota (CNES Nº 2552078, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 33 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 198); Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC (CNES Nº 2561492, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 14 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 84); Clinica do Rim (CNES Nº 2723182, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 31 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 186); Policlínica do Rim Davita Modubim (CNES Nº 2723166, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 54 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 324); Clínica Pronefron Messejana (CNES Nº 6542816, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 29 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 174); Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (CNES Nº 2651394, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 24 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 144); Clínica de Diálise do Eusébio – CDE (CNES Nº 54585228, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise

Cadastradas no SCNES: 55 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 330); Centro de Nefrologia de Caucaia – CENEC (CNES Nº 4010973, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 77 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 462); Rim Centro – Maracanaú (CNES Nº 2372304, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 37 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 222); Clinica de Diálise de Baturité – CDB (CNES Nº 7021321, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 41 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 246); Clinica de Diálise de Cascavel – CDC (CNES Nº 7371888, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 44 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 264); Centro de Nefrologia de Itapipoca - CENIT (CNES Nº 7062842, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 36 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 216). Capacidade Máxima de Pacientes/Mês da Região de Saúde de Fortaleza: 3.648 e Pacientes em Diálise: 3.034. **Região de Saúde do Sertão Central:** CDRQ de Quixadá (CNES Nº 2805065, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 27 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 162); Centro de Nefrologia de Canindé – CNC (CNES Nº 5125685, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 19 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 114); Capacidade Máxima de Pacientes/Mês da Região de Saúde do Sertão Central: 276 e Pacientes em Diálise: 259. **Região de Saúde do Litoral Leste:** Hospital Maternidade Divina Providencia (CNES Nº 2328011, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 26 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 165).Capacidade Máxima de Pacientes/Mês da Região de Saúde do Litoral Leste: 156 e Pacientes em Diálise: 165. **Região de Saúde de Sobral:** Santa Casa de Misericórdia de Sobral (CNES Nº 3021114, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 64 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 384); Centro de Nefrologia Dr. José Fernandes (CNES Nº 7843607, Códigos habilitações: 15.04 e 15.06, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 20 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 120).Capacidade Máxima de Pacientes/Mês da Região de Saúde de Sobral: 504 e Pacientes em Diálise: 533. **Região de Saúde do Cariri:** Centro de Nefrologia do Iguatu – CNI (CNES Nº 5592283, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 29 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 174); UniRim Dr Raimundo Bezerra - Crato (CNES Nº 2663929, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 54 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 324); Centro de Nefrologia de Juazeiro do Norte – CNJ CNES Nº 6011578, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 34 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 204); CLINIRIM – Barbalha (CNES Nº 3644596, Códigos habilitações: 15.04 e 15.05, Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 44 + 2, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 264); Capacidade Máxima de Pacientes/Mês da Região de Saúde do Cariri: 966 e Pacientes em Diálise: 818. Total Geral do Estado do Ceará de Máquinas de Hemodiálise Cadastradas no SCNES: 925 + 52 reservas, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês: 5.550, Capacidade Máxima de Pacientes/Mês/Regional: 5.550 e Pacientes em Diálise: 4.809. Finalizou apresentando a população coberta pelos Pontos de Atenção em funcionamento e estimativa da necessidade para expansão da oferta: **Região de Saúde de Fortaleza** - Municípios Executores da Área Descentralizada: Fortaleza, Eusébio, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca e Cascavel; População ≥ 20 Anos (2019): 3.376.175; Estimativa DRC (0,12%): 4.051; Capacidade Máxima Paciente Mês : 3.648 e Diferença Capacidade Instalada: 403; **Região de Saúde do Sertão Central** - Municípios Executores da Área Descentralizada: Quixadá e Canindé; População ≥ 20 Anos (2019): 458.784; Estimativa DRC (0,12%): 551; Capacidade Máxima Paciente Mês: 276 Diferença Capacidade Instalada: 275; **Região de Saúde do Litoral Leste** - Municípios Executores da Área Descentralizada: Russas; População ≥ 20 Anos (2019): 386.610; Estimativa DRC (0,12%): 464; Capacidade Máxima Paciente Mês: 156 e Diferença Capacidade Instalada:308; **Região de Saúde de Sobral** - Municípios Executores da Área Descentralizada: Sobral e Crateús; População ≥ 20 Anos (2019): 1.172.981; Estimativa DRC (0,12%): 1408; Capacidade Máxima Paciente Mês: 504 e Diferença Capacidade Instalada: 904; e **Região de**

Saúde do Cariri - Municípios Executores da Área Descentralizada: Iguatú, Crato, Barbalha e Juazeiro do Norte; População ≥ 20 Anos (2019): 1.052.697; Estimativa DRC (0,12%): 1.263; Capacidade Máxima Paciente Mês: 966 e Diferença Capacidade Instalada: 297. Total Geral do Estado do Ceará de População ≥ 20 Anos (2019): 6.447.247; Estimativa DRC (0,12%): 7.737; Capacidade Máxima Paciente Mês: 5.550 e Diferença Capacidade Instalada: 2.187. Após a apresentação a CIB/CE aprovou o Plano Estadual de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC), conforme descrição acima. **Item 2.4. Programação Pactuada Integrada da Assistência Farmacêutica - 2020. Elenco dos medicamentos básicos e secundários; e Financiamento Estadual e Municipal. Ana Kelly Leitão,** Supervisor do NUMES/COASF informou que antes de fazer apresentação da Proposta de Financiamento para 2020, apresentará os resultados da avaliação da PPI 2019 feita através da aplicação de questionário do FORMSUS enviado aos municípios, resultados já apresentados e discutidos na Câmara Técnica da Assistência Farmacêutica. Resultados apresentados: 107 municípios responderam o questionário, com destaque para as 3ª,7ª,9ª e 14ª CRES que dispõem de farmacêutico; quanto ao perfil das respostas sobre os **itens que deveriam ser acrescentados na PPI de 2020**, era preciso citar o item e justificar, resultado apurado: 88% dos municípios propuseram inclusão e/ou exclusão de item e 12% não opinaram; e **com relação ao grau de satisfação da PPI 2019**, 69% dos municípios se mostraram não satisfeitos por conta da redução de elenco em 2019. Atualmente a relação de medicamentos da PPI da AFB é composta por 93 itens, e o financiamento de R$5,58 per capita do governo federal, R$3,00 do estado e R$3,00 dos municípios, totalizando um valor per capita anual de R$ 11,58; na PPI da AFS são 38 itens, e o financiamento de R$1,00 per capita ano do estado e de R$1,50 a R$ 2,00 dos municípios, onde 175 municípios pactuaram o teto máximo de R$2,00. A Câmara Técnica da Assistência Farmacêutica sugeriu para o financiamento da PPI 2020 da AFB o valor per capita de R$5,58 do governo federal, R$ 4,00 do governo estadual e R$4,00 dos municípios, totalizando o valor per capita ano de R$13,58; na condição de só aumentar o valor municipal se o estado aumentar também seu valor, porém a Direção da SESA decidiu manter o valor per capita da AFB pactuado em 2019 para a PPI de 2020. Em relação a AFS sugeriu o valor per capita ano de R$ 2,00 para o estado e R$ 2,00 para os municípios, no entanto a Direção da SESA decidiu manter o valor per capita da AFS pactuado em 2019 para a PPI de 2020. Em relação ao elenco para 2020 sugeriu a incorporação de alguns itens e a exclusão de outros tendo como base os resultados da pesquisa acima referida; na AFB a lista atual tem 93 itens passa para 102 itens; na AFS a lista atual tem 38 itens passa para 39 itens. Destacou que foi discutida a proposta do novo termo de adesão a ser assinados pelos gestores (secretario de saúde e prefeitos) para formalização dos compromissos assumidos a partir da programação. Sobre os compromissos dos municípios disse que havia muita reclamação na COASF em relação as falhas na distribuição, daí a Câmara Técnica decidiu dar um prazo de até 72 h para os municípios fazerem suas reclamações sobre os medicamentos recebidos pela COASF. E ainda assumirão os seguintes compromissos: Operar sistemas informatizados para o controle do estoque de medicamentos (sistema HORUS) ou outro sistema próprio; e Transportar os medicamentos em veículos adequados e jamais em ambulâncias(proibido terminantemente). Quanto ao descumprimento dos pagamentos dos recursos municipais no período de 3 meses consecutivos ou alternados foi proposto a rescisão do termo de adesão, mas essa proposta precisa ser analisada pelo COSEMS; Quanto aos compromissos da SESA, foi acordado: a inclusão no termo de adesão das datas de distribuição dos medicamentos : 1° trimestre em Abril (após confirmado os pagamentos de jan/fev/mar), 2° trimestre em julho, 3° trimestre em outubro e o 4° trimestre em janeiro do ano seguinte; e visitar as CATS dos municípios para avaliação e apoio técnico a pedido dos municípios. **Sayonara** colocou que o assunto foi bem discutido na Câmara Técnica e a proposta do COSEMS para o financiamento da AFB é de R$ 4,00 para os municípios e R$3,50 para o Estado e que para AFS o municípios já colocam R$2,00 e não sabe se o estado quer colocar R$1,50. Disse ainda que concorda com os valores propostos para os municípios, no entanto não concorda com a rescisão contratual pelo atrazo de pagamento dos municípios, porque vai penalizar o usuário por não receber a medicação. Destacou que existem gestores e gestores, mas a população não pode ser prejudicada porque se houver rescisão do contrato o município não pode mais voltar e se de repente muda o secretário, este não poderá cumpria a programação? **Magno de**

Souza Sampaio , Farmacêutico da SMS Fortaleza disse que há dois anos assumiu o desafio de normalizar o elenco de medicamentos prioritários de Fortaleza que conta com 84 itens e a garantia do acesso através das centrais, mas tiveram que aportar mais recursos financeiros e que Fortaleza hoje já contribui com mais de R$4,00 per capita ano só para os medicamentos de diabetes, hipertensão, gestantes e crianças. E o desafio para o próximo ano será completar todas as 463 ESF com médicos e sem dúvidas a pressão por medicamentos será bem maior. Disse ainda que acha razoável os R$4,00 para os municípios e gostaria que o Estado entrasse também com R$4,00 para se garantir um maior acesso da população. **Rayner** lembrou que ano passado esse tema foi discutido na reunião da CIB realizada em Guaramiranga, onde os municípios se manifestaram favoráveis ao aumento dos valores per capita para a Assistência Farmacêutica, porém o Estado alegou não ter capacidade operacional naquela época de arcar com o aumento e acredita que com o investimento que o Estado está fazendo se consiga. Quanto ao termo de adesão é importante colocar o compromisso do Estado em garantir a aquisição do elenco de medicamentos, pois estão recebendo menos do que foi pactuado mesmo sabendo das inúmeras dificuldades enfrentadas pela COASF, porém os promotores dos municípios não aceitam mais as desculpas dadas e dizem que os municípios são corresponsáveis e tem obrigação de comprar, e sobre os atrasos no repasse dos recursos municipais gostaria de ver com a COASF a possibilidade de rever as datas dos créditos para os mesmos dias de repasse dos recursos do ICMS que cai toda semana na conta dos municípios. **Francimones** parabenizou a Equipe da COASF pela iniciativa do formulário onde os municípios puderam se enxergar na inclusão dos novos medicamentos que irão desafogar as questões judiciais nos municípios, concorda com o financiamento de R$4,00 e considera que esse assunto é um gargalo para os municípios, principalmente no ano que vem por conta das eleições municipais quando aumentam as cobranças. Elogiou o trabalho da COASF na pessoa da Ana Kelly que é sempre solicita com os municípios na forma de atendimento até mesmo fora do seu horário de trabalho. **Dr. Cabeto** disse que os percentuais de atendimento das demandas de medicamentos tem aumentado mas acha que o ideal seria de 100% porque a interrupção no tratamento dessas patologias é muito grave. Sobre o financiamento acha que a forma prática seria o Estado descontar direto do ICMS o valor dos municípios sem burocracia e assim não haveria atraso nenhum. Disse ainda que entende a dificuldade dos municípios e que esse foi o principal motivo de fazer a regionalização e por entender que a desconcentração do financiamento torna a questão mais complexa notadamente no município menor, porque a pressão sobre o municípios as vezes o obriga a tomar decisões que não gostaria de tomar e por isso acaba exercendo funções que não são obrigatórias e por outro lado quando se monta uma estrutura de investimento ou de repasse de custeio, uma interfere na outra e o Estado tem uma lógica clara de apoio a regionalização, onde fará um aporte de grande volume de recursos e o orçamento não está aumentando, pelo contrário o repasse dos recursos estaduais tem sofrido bloqueio nos tetos o que é bastante preocupante, porque não se consegue cobrir todo o universo, a judicialização aumenta, e não se pode descumprir . Quanto ao aumento do Estado de R$ 3,00 para R$ 4,00 será bem significativo, e já está aportando recursos para os hospitais municipais, para ampliação do financiamento da rede de hospitais estaduais, ampliação de policlínicas como o caso do Crato que tem poucos municípios aportando recursos e então vai revisar os cálculos pra então tomar a decisão de como fazer para aumentar esse aporte, mas não pode dar resposta agora. **Sayonara** concordou com a alternativa de dedução do ICMS,pois se o município assinou o contrato tem de pagar mesmo, e com o Dr. Cabeto que o aumento de R$ 1,00 é um valor muito alto para o Estado e precisa ver com calma esses valores porque isso independe da sensibilidade do gestor . Agradeceu ao Dr. Claudio e ao Dr. Ernani por terem tomado a frente , junto com técnicos da SESA , da COASF quando do ocorrido prestando todo apoio a Kelly após exoneração da Fernanda e agradeceu também ao Dr. Cabeto a permanecia da Kelly na COASF onde desempenha um excelente trabalho. Após as discussões a CIB/CE acatou as alterações do termo de adesão, decidiu aguardar a posição da Direção da SESA em relação ao aumento dos recursos do Tesouro Estado até a próxima reunião agendada para o dia 13 de dezembro e a viabilidade de dedução dos recursos municipais diretamente no ICMS. E aprovou o **Elenco de Medicamentos da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica**, composto por 102 itens, com validade para o exercício de 2020: 1. Aciclovir 200 mg Comprimido, 2. Ácido Acetilsalicílico 100 Mg

Comprimido, 3. Ácido Fólico 0,2 Mg/Ml Solução Oral – Frasco 30 Ml, 4. Ácido Valpróico (Valproato de Sódio) 50 Mg/Ml Solução Oral - Frasco 100 Ml, 5. Ácido Valpróico 500 Mg Comprimido, 6. Albendazol 40 Mg/Ml Suspensão Oral - Frasco 10 Ml, 7. Albendazol 400 Mg Comprimido, 8. Alendronato de Sódio 70 Mg Comprimido, 9. Amitriptilina (Cloridrato) 25 Mg Comprimido, 10. Amoxicilina + Clavulonato de Potássio 50 Mg/Ml + 12,5 Mg/Ml Pó para Suspensão Oral - Frasco 100Ml, 11. Amoxicilina + Clavulonato de Potássio 500 Mg + 12,5 Mg Comprimido Revestido, 12. Amoxicilina 50 Mg/Ml Suspensão Oral - Frasco 150ml, 13. Amoxicilina 500 Mg Cápsula ou Comprimido, 14. Anlodipino (Besilato) 5 Mg Comprimido, 15. Atenolol 50 Mg Comprimido, 16. Azitromicina 40 Mg/Ml Suspensão Oral - Frasco 15 Ml, 17. Azitromicina 500 Mg comprimido, 18. Beclometasona (Dipropionato) 200 Mcg/Dose Solução para Inalação, Spray Oral (Frasco 200 Doses), 19. Beclometasona (Dipropionato) 50 Mcg/Dose Solução para Inalação, Spray Oral (Frasco 200 Doses), 20. Benzilpenicilina Benzantina 1.200.000 Ui para Suspensão Injetável + Diluente - Frasco Ampola, 21. Biperideno (Cloridrato) 2 Mg Comprimido, 22. Carbamazepina 20 Mg/Ml Suspensão Oral - Frasco 100 Ml, 23. Carbamazepina 200 Mg Comprimido, 24. Carbonato de Cálcio +Colecalciferol (Vitamina D) 600 Mg + 400 Ui Comprimido, 25. Carbonato de Lítio 300 Mg Comprimido, 26. Carvedilol 25 Mg Comprimido, 27. Carvedilol 6,25 Mg Comprimido, 28. Cefalexina 50 Mg/Ml Suspensão Oral – Frasco 60 Ml, 29. Cefalexina 500 Mg Cápsula ou Comprimido, 30. Ciprofloxacino (Cloridrato) 500 Mg Comprimido, 31. Claritromicina 500 Mg Comprimido, 32. Clomipramina (Cloridrato) 25 Mg Comprimido, 33. Clonazepam 2,5 Mg/Ml Solução Oral - Frasco 20 Ml, 34. Cloreto de Sódio 0,9% Solução Injetável 0,90% Solução Injetável Frasco 500 Ml, 35. Clorpromazina (Cloridrato) 100 Mg Comprimido, 36. Clorpramazina (Cloridrato) 25 Mg Comprimido, 37. Clorpromazina (Cloridrato) 40 Mg/Ml Solução Oral - Frasco 20 Ml, 38. Dexametasona 0,10% Creme Dermatológico - Bisnaga 10 G, 39. Diazepam 10 Mg Comprimido, 40. Dipirona 500 Mg/Ml Solução Injetável - Ampola 2 Ml, 41. Dipirona 500 Mg/MlSolução Oral Gotas - Frasco 20 Ml, 42. Dipirona (Sódica) 500 Mg Comprimido, 43. Doxazosina (Mesilato) 2 Mg Comprimido, 44. Enalapril (Maleato) 20 Mg Comprimido, 45. Espironolactona 25 Mg Comprimido, 46. Fenitoina 100 Mg Comprimido, 47. Fenobarbital 100 Mg Comprimido, 48 Fenobarbitaln 40 Mg/M Solução Oral - Frasco 20 Ml, 49. Finasterida 5 Mg Comprimido, 50. Fluconazol 150 Mg Cápsula, 51. Fluoxetina (Cloridrato) 20 Mg Cápsula, 52. Furosemida 40 Mg Comprimido 53. Glibenclamida 5 Mg Comprimido 54. Gliclazida 60 Mg Comprimido de Liberação Prolongada, 55. Haloperidol 2 Mg/Ml Solução Oral Gotas (Frasco 20 Ml), 56. Haloperidol 5 Mg Comprimido, 57. Haloperidol (Decanoato) 50 Mg/Ml Solução Injetável - Ampola 1 Ml, 58. Hidroclorotiazida 25 Mg Comprimido, 59. Ibuprofeno 50 Mg/Ml Suspensão Oral - Frasco 30 Ml, 60. Ibuprofeno 600 Mg Comprimido, 61. Itraconazol 100 Mg Cápsula, 62. Lancetas Para Monitoramento de Glicemia Capilar Unidade, 63. Levodopa + Benserazida 100 Mg + 25 Mg Cápsula Liberação Prolongada, 64. Levodopa + Benserazida 100 Mg + 25 Mg Comprimido, 65. Levotiroxina (Sódica) 25 Mcg Comprimido, 66. Levotiroxina (Sódica) 100 Mcg Comprimido, 67. Lidocaína (Cloridrato) 20 Mg/G (2%) Geléia - Bisnaga 30G, 68. Loratadina 1 Mg/Ml Xarope - Frasco 100 Ml, 69. Loratadina 10 Mg Comprimido, 70. Losartana (Potássica) 50Mg Comprimido, 71. Metformina (Cloridrato) 500 Mg Comprimido, 72. Metildopa 250 Mg Comprimido, 73. Metronidazol 100 Mg/G, (10%) Gel Vaginal - Bisnaga 50 Grama, 74. Metronidazol 250 Mg Comprimido, 75. Miconazol (Nitrato) 2% Creme Dermtológico – Bisnaga 28g, 76. Miconazol (Nitrato) 20 Mg/G (2 %) Creme Vaginal - Bisnaga 80 G, 77. Nistatina 100.000Ui/Ml Suspensão Oral – Frasco 50Ml, 78. Nitrofurantoína 100 Mg Cápsula, 79. Nortriptilina (Cloridrato) 25 Mg Cápsula, 80. Omeprazol 20 Mg Cápsula, 81. Ondansentrona (Cloridrato) 4 Mg Comprimido ou Comprimido Orodispersível, 82. Paracetamol 200 Mg/Ml Solução Oral - Frasco 15 Ml, 83. Paracetamol 500 Mg Comprimido, 84. Permetrina 50Mg/Ml (5 %) Loção Cremosa – Frasco 60 Ml, 85. Prednisolona (Fosfato Sódico) 3 Mg/Ml Solução Oral- Frasco 60 Ml, 86. Prednisona 20 Mg Comprimido, 87. Prednisona 5 Mg Comprimido, 88. Prometazina (Cloridrato) 25 Mg Comprimido, 89. Propranolol (Cloridrato) 40 Mg Comprimido, 90. Ranitidina (Cloridrato) 15 Mg/Ml Xarope - Frasco 120 Ml, 91. Sais para Reidratação Oral 27,9 G Pó Para Solução Oral Envelope, 92. Seringa Com Agulha Acoplada Para Aplicação Insulina 8 Mm 50 Ui Unidade, 93. Salbutamol 100 Mcg Suspensão Aerossol Oral – Frasco (spray) c/ 200 Doses, 94. Sinvastatina

20 Mg Comprimido, 95. Sulfametoxazol + Trimetropima 400 Mg +80 Mg Comprimido, 96. Sulfametoxazol + Trimetoprima 40 Mg/Ml + 8 Mg/Ml Suspensão Oral - Frasco 100 Ml, 97. Sulfadiazina de Prata 10mg/g (1%) Creme Dermatológico – Bisnaga 30 G, 98. Sulfato Ferroso 25 Mg/Ml Solução Oral - Frasco 100 Ml, 99. Sulfato Ferroso 40 Mg Comprimido, 100. Timolol (Maleato) 5 Mg/Ml (0,5%) Solução Oftálmica - Frasco 5 Ml, 101. Tiras Para Monitoramento Glicemia Unidade, 102. Varfarina (Sódica) 5 Mg Comprimido; e o **Elenco de Medicamentos da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Secundária, composto por 39 itens, com validade para o exercício de 2020:** 1. Acido Ursodesoxicólico 300 Mg Comprimido, 2. Agulha Descartavel para Aplicação de Insulina em Caneta 4 a 6 Mm Unidade, 3. Alogliptina (Benzoato) 25 Mg Comprimido, 4. Alprazolam 0,5 Mg Comprimido, 5. Alprazolam 2 Mg Comprimido, 6. Baclofeno 10 Mg Comprimido, 7. Bimatoprosta 0,3 Mg/Ml Solução Oftálmica - Frasco 5 Ml, 8. Brimonidina (Tartarato) 1,5 Mg/Ml Solução Oftálmica - Frasco 5 Ml, 9. Brinzolamida 10 Mg/Ml (10%) Suspensão Oftálmica - Frasco 5 Ml, 10. Ciprofibrato 100 Mg Comprimido, 11. Citalopram 20 Mg Comprimido, 12. Clonazepam 2 Mg Comprimido, 13. Clopidogrel 75 Mg Comprimido,14. Domperidona 1 Mg/Ml Suspensão Oral - Frasco 100 Ml, 15. Dorzolamida (Cloridrato) 20 g/Ml Solução Oftálmica - Frasco 5 Ml, 16. Enoxaparina 40Mg/0,4 Ml Solução Injetável – Seringa Preenchida 0,6Ml, 17. Gapapentina 300 Mg Cápsula, 18. Glicosamina + Condroitina 1,5 G + 1,2 G Pó para Solução Oral – Sachê 4 a 5g, 19. Imunoglobulina Anti - Rh (D) 300 Mcg Solução Injetável (Seringa Preenchida) 2ml, 20. Insulina (Análogo) Ultra - Rápida 100 Ui/Ml Solução Injetável 3 Ml - Caneta Preenchida, 21. Insulina Degludeca 100 Ui/Ml Solução Injetável 3 Ml - Caneta Preenchida, 22. Insulina Glargina 100 Ui/Ml Solução Injtável 3 Ml - Caneta Preenchida, 23. Latanoprosta 50 Mcg/Ml Solução Oftálmica – Frasco 2,5 Ml, 24. Levomepromazina 25 Mg Comprimido, 25. Levomepromazina 100 Mg Comprimido, 26. Metilfenidato (Cloridrato) 10 Mg Comprimido, 27. Metilfenidato (Cloridrato) 20 Mg Cápsula Liberação Prolongada, 28. Oxcarbamazepina 300 Mg Comprimido, 29. Oxcarbamazepina 60 Mg/Ml (6%) Suspensão Oral - Frasco 100 Ml, 30. Oxibutinina (Cloridrato) 5 Mg Comprimido, 31. Paracetamol + Codeína (Fosfato) 500 Mg + 30 Mg Comprimido, 32. Paroxetina 20 Mg Comprimido, 33. Pregabalina 75mg Capsula, 34. Risperidona 1 Mg Comprimido, 35. Risperidona 1 Mg/Ml Solução Oral – Frasco 30 Ml, 36. Risperidona 3 Mg Comprimido, 37. Sertralina (Cloridrato) 50 Mg Comprimido, 38. Travoprosta 0,04 Mg/Ml Solução Oftálmica - Frasco 2,5 Ml, 39. Venlafaxina 75 Mg Cápsula Liberação Controlada. **Item 2.5. Aprovação da utilização dos recursos financeiros de custeio provenientes da terceira parcela do saldo da Portaria Nº 2.517/2012 para execução do Projeto Governança e Estruturação Organizacional, que busca aprimorar o modelo de Governança do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HCASG), localizados no município de Fortaleza.** Após a apresentação feita por **Janaína Silva Torres**, Técnica da CGTES/SESA a CIB/CE aprovou a utilização dos recursos federais de custeio provenientes da terceira parcela, no valor de R$ 800.000,00 (oitocentos mil reais), referente ao saldo da Portaria GM/MS Nº 2.517, datada de 1º de novembro de 2012 para execução do Projeto Governança e Estruturação Organizacional, que busca aprimorar o modelo de Governança do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HCASG), localizados no município de Fortaleza, sob responsabilidade da Secretaria da Saúde do Estado, que fará a contratação de empresa com expertise técnica nesta área para sua execução; e do Plano de Ação: **1º Mês** - Planejamento e Elaboração do Projeto. **2º Mês** - 1ª Fase do Projeto: Desenho da estrutura organizacional do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HCASG); e o dimensionamento das equipes das áreas dos hospitais. **Entrega:** Organograma institucional; Definição de papéis e responsabilidades das áreas; Dimensionamento de equipes por área; e Plano de ação para implantação da estrutura organizacional; **3º Mês** - 2ª Fase do Projeto: Desenho do modelo de governança corporativa para o HGF e HCASG; e estabelecimento da estrutura e das políticas/regimento do modelo de governança corporativa. **Entrega:** Modelo de governança descrito para o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HCASG). **Item 2.6. Habilitação do Laboratório Viden Patologia Ltda ME, localizado no município de Fortaleza, na Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), Tipo I, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças**

Crônicas. Com base no parecer do NUESP/COPAS a CIB/CE aprovou a habilitação do Laboratório de Citopatologia na Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) Tipo I, CNES Nº 9463704, localizado no município de Fortaleza, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, considerando os critérios estabelecidos nas Portarias de Consolidação Nº 3 e 6/2017 e as necessidades locais. **EXTRA PAUTA** . **Item 2.7. Habilitação do CAPS Infantil - CAPSi do município de Caucaia.** Com base no parecer da Coordenação Estadual de Saúde Mental a CIB/CE aprovou a habilitação do CAPS Infantil - CAPSi do município de Caucaia, CNES 9345159, localizado à Rua 9, 169 – Conjunto Vicente Arruda – Bairro Itambé, Ponto de Atenção da Rede Psicossocial da Região de Saúde de Caucaia, junto ao Ministério da Saúde. **Item 2.8. Habilitação de 4 (quatro) leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e 2 (dois) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Tipo II, para o Hospital Geral de Fortaleza (HGF).** Com base no parecer da CORAC/SESA a CIB/CE aprovou a habilitação/credenciamento, junto ao SUS, de 04 (quatro) leitos para Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 02 (dois) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Geral de Fortaleza - HGF, estabelecimento público estadual, registrado no CNES sob o número 2497654, com vistas à assistir pacientes do Estado do Ceará, segundo os critérios da Portaria GM/MS Nº 3.389, de 30 de dezembro de 2013, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). E a solicitação junto ao Ministério da Saúde dos recursos correspondentes ao impacto financeiro anual com as diárias dos 04 (quatro) leitos para Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) no valor máximo anual o total de R$ 367.920,00 (trezentos e sessenta e sete mil, novecentos e vinte reais) e dos 02 (dois) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no valor máximo anual o total de R$ 526.600,00 (quinhentos e vinte e seis mil e seiscentos reais). **3. INFORMES: Item 3.1. O Ofício Nº 200/2019/CGPA/DRAC/SAES/MS do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAS/MS.** Em resposta ao Ofício nº 26/2018 da CIB, informa que o Ministério da Saúde encontra-se impossibilitado de atender a solicitação de aumento do Limite Financeiro da MAC do município de Caucaia, em decorrência da atual restrição orçamentária e sugere que o Estado reveja os pactos intergestores dos recursos já alocados no Estado. **Item 3.2. Ofícios das Secretarias Municipais de Saúde enviados à Secretaria Executiva da CIB/CE, para conhecimento, das solicitações de credenciamento para serviços e equipes de saúde, de conformidade com a Portaria GM/MS Nº 1.710, de 8 de Julho de 2019**. **Estratégia Saúde da Família(eSF)**: Eusébio (01 Equipe Modalidade I) e Martinópole (02 Equipes, Modalidade I); **Agente Comunitário de Saúde (ACS)**: Marco (01 Agente) e Reriutaba (11 Agentes); **Equipe de Saúde Bucal (eSB):** Eusébio (01 Equipe Modalidade I), Martinópole (04 Equipes Modalidade I) e Reriutaba (02 Equipes Modalidade I); **Unidade Odontológica Móvel (UOM):** Marco (01 Unidade), Reriutaba (01 Unidade) e Várzea Alegre (02 Unidades). **Habilitação dos Gerentes de Atenção Básica:** Marco (02 Gerentes), Reriutaba (04 Gerentes) e Banabuiú (02 Gerentes). **Item 3.3. Ordens de Serviços e Atestados de Conclusão de Edificações encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, para conhecimento, conforme estabelecido na Portaria GM/MS Nº. 1.401, de 15 de junho de 2011 e nas Portarias GM/MS Nº. 339, 340 e 341 de 04 de março de 2013**: Atestado de Conclusão de Construção de UBS: Guaiúba (01 UBS) e Quixelô (01 UBS). **Vera** encerrou a reunião agradecendo a participação de todos. Nada mais havendo a tratar, a plenária da Comissão Intergestores Bipartite deu por encerrada a 12ª reunião de 2019 do referido Colegiado, cuja Ata foi lavrada por mim, Vera Coêlho e assinada em folha de frequência pelos membros titulares e suplentes que compareceram. Fortaleza vinte e nove do mês de novembro do ano de dois mil e dezenove.

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

12ª. REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB		
Data: 29/11/2019	**Horário: 14 ás 17h**	**Local: Auditório Waldir Arcoverde.**

NOME	ASSINATURA	REPRESENTAÇÃO
Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho		**Presidente da CIB/CE** **Secretário da Saúde**
Marcos Antônio Gadelha Maia		**Secretário Executivo de Vigilância e Regulação de Saúde** **Secretário da Saúde em Exercício**
Cláudio Vasconcelos Frota		Secretário Executivo de Planejamento e Gestão Interna da Saúde
Lisiane Cysne de Medeiros Vasconcelos e Rego		**Secretária Executiva de Políticas Sobre Drogas da Secretaria da Saúde**
Magda Moura de Almeida		**Coordenadora de Políticas e Atenção à Saúde,**
Luciene Alice da Silva		Supervisora do Núcleo de Atenção Especializada
Roberta de Paula Oliveira		**Coordenadora de Vigilância em Saúde(Respondendo)**
Ricristhi Gonçalves de Aguiar Gomes		Supervisora do Núcleo de Controle de Vetores - NUVET
Marcelo Alcântara Holanda		**Superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará.**
Vera Maria Câmara Coêlho		Assessora Técnica da Secretaria Executiva SESA/Secretária Executiva da CIB
Sayonara Moura de Oliveira Cidade		**Presidente do COSEMS;** **Vice – Presidente da CIB/CE; Secretária da Saúde de Capistrano**
Rilson Sousa de Andrade		Vice Presidente do COSEMS; Secretário da Saúde de Quixelô
Joana Angélica Paiva Maciel		**Secretária da Saúde de Fortaleza**
Alessandra Pimentel de Sousa		Coordenadora de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da SMS Fortaleza
Francimones Rolim de Albuquerque		**Secretária da Saúde de Juazeiro do Norte**
Gerardo Cristino Filho		Secretário da Saúde de Sobral
Maria Zuleide Amorim Muniz		**Secretária da Saúde de Jaguaribe**
Antonio Williams Vieira Vaz		Secretário da Saúde de Boa Viagem
Fernando Wilson Fernandes Silva		**Secretário da Saúde de Camocim**
Pollyana Callou de Morais Dantas		Secretário da Saúde de Barbalha
Rayney Lima Martins		**Secretário da Saúde de Tamboril**
Napoline Silva Melo		Secretária da Saúde de Cariré
Evaldo Eufrásio Vasconcelos		**Secretária da Saúde de Cruz**
Sharliane Monteiro da Rocha		Secretário da Saúde de Pindoretama

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

12ª. REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB		
Data: 29/11/2019	Horário: 14 ás 17h	Local: Auditório Waldir Arcoverde.

Folha de Presença – SECRETÁRIOS / CONVIDADOS

NOME	ASSINATURA	REPRESENTAÇÃO
Anakelly de Costa	[assinatura]	COASF/SESA
Norilene dos S. Neves	[assinatura]	Sec. Aquiraz
Cláudia Alves Leite	[assinatura]	SMS Brejo Santo
Cícera Robeavanha Januário	[assinatura]	SMS Santana do Cariri
Camille Araújo F. [illegible]	[assinatura]	COASF/Sesa
Emanuel Martins Martins [illegible]	[assinatura]	COSEMS/Apoiador
Mª do Carmo		
Marilene Quadrado [illegible]	[assinatura]	Apoiadora/COSEMS
[illegible]	[assinatura]	CORAC/SMSF.
Fco José C. Lima Melo	[assinatura]	COSEMS-CE
Elisabeth Morais Machado	[assinatura]	SEC. MUNICIPAL CRATEÚS
Solange de Andrade Braga	[assinatura]	CIB/SESA
[illegible]	[assinatura]	CIB/SESA
Josete M. Tavares	[assinatura]	CEC[illegible]
[illegible]	[assinatura]	COSEMS-CE
Martha Oveline [illegible] Farias	[assinatura]	Saúde Mental Caucaia
APARECIDA MARLEUDA GONÇALVES	[assinatura]	HRI - IGUATU - CE
Silvia Lorena Girão Barreto Barros	[assinatura]	SASDR - SESA
Maria [illegible] Santos [illegible]	[assinatura]	CORAC - Telessaúde
ANA MÁRCIA MC A. R. DAVIS	[assinatura]	COPAS/SESA
Ana Carla de C. Magalhães	[assinatura]	Ministério da Saúde
LIVIA CAHERINO LIMA	[assinatura]	SEC. SAÚDE CANINDÉ
Juliana Capistrano Câmara	[assinatura]	Sec. Saúde Quixadá
Camille Nayane Ochoa	[assinatura]	SMS - Canindé
Marta M. Menezes Barreira	[assinatura]	SMS Pacajus
[illegible] Vieira de Melo Bezerra	[assinatura]	1ª CRES
[illegible] M. A. Gomes	[assinatura]	SEVIR
[illegible]	[assinatura]	SRU/SESA
Isabella Costa Martins	[assinatura]	SESA/NUEJA
Fco Noélio F. [illegible]	[assinatura]	Sec. de Saúde Coreaú
EVERARDO C. DOMINGOS	[assinatura]	SAUDE@HORIZONTE.CE.GOV.BR
Margareth Telles	[assinatura]	margarethtelesqueiroz@gm[illegible]
PEDRO DOS SANTOS BARBOSA	[assinatura]	PEDRODOSBARBOSA[illegible]
Mayla F. Queiroz	[assinatura]	SMS Beberibe
ANT. EDIR CORDEIRO		INDEPENDÊNCIA
[illegible]	[assinatura]	UGP/SESA
Helena Moreira de Sousa	[assinatura]	10ª CRES - LIMOEIRO
DANIEL MENEZES VARELA		2ª CRES
Francisco Lourenço de Sousa	Conselheiro CESAU	ASSEINMESC
Benedita de Oliveira	[assinatura]	Sesa.Ce - 3ª CRES - Maracanaú