

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**  
**ATA DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2022**

Ao vinte e quatro do mês de junho do ano de dois mil e vinte e dois, realizou-se a oitava Reunião Ordinária do ano de dois mil e vinte e dois da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único Saúde do Ceará, de modo virtual através do Link de Acesso, <https://conasems-br.zoom.us/j/87260470136>, ID da Reunião: 87260470136 com a participação dos membros Representantes do Componente Estadual: Luciene Alice da Silva, Secretária Executiva de Políticas de Saúde; Sarah Mendes D'Ângelo, Secretária Executiva de Vigilância em Saúde; Roberta de Paula Oliveira, Coordenadora de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador; Emília Alves de Castro, Coordenadora de Regulação e Controle do Sistema de Saúde; e Vera Maria Câmara Coêlho, Secretária Executiva da CIB. Representantes do Componente Municipal: Rilson Sousa de Andrade, Vice Presidente do COSEMS, Secretário de Saúde de Pindoretama, Helena Paula Guerra dos Santos, Gerente da Célula do Complexo Integrado de Regulação da SMS de Fortaleza; Francimones Rolim de Albuquerque, Secretária da Saúde de Juazeiro do Norte; Sheyla Martins Alves Francelino, Secretária da Saúde de Barbalha; Maria Luciana de Almeida Lima, Secretária da Saúde de Morada Nova; Ana Kelly Leitão de Castro, Secretária da Saúde de Russas; e Francisca Airlene Dantas e Silva, Secretária da Saúde de Jaguaratama. Participaram outros Secretários Municipais de Saúde e profissionais das Secretarias Municipais de Saúde, Superintendentes e Coordenadores Regionais e técnicos das Coordenadorias e Células da SESA e assessores e apoiadores do COSEMS/CE.

**1. Abertura dos Trabalhos: Secretária Executiva de Políticas de Saúde e Presidente do COSEMS.** Luciene Alice cumprimentou a todos e desejou uma boa reunião, em seguida Rilson Andrade deu boas vindas a todos os presentes. Vera Coêlho cumprimentou a todos e disse que a pauta dessa reunião não é extensa, mas que terão alguns assuntos de grande relevância, como a Atualização do Painel de Indicadores Estratégico de Vigilância para 2022, e a Segunda Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar.

**Item 2. Discussões e Pactuações. Item 2.1. Alteração na composição dos Membros da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, representação Municipal.** Vera Coêlho informou que a Dra. Ana Estela comunicou a substituição da Alessandra Pimentel, representante da Secretaria de Saúde de Fortaleza nessa Comissão por Helena Paula Guerra dos Santos que assumiu o cargo de Gerente da Célula do Complexo Integral de Regulação desta Secretaria.

**Item 2.2. 2ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, a partir de 1º de julho de 2022.** Israel Guimarães Peixoto, Coordenador de Políticas em Gestão do Cuidado- COGEC/SEPOS, apresentou os três pontos trabalhados nessa 2ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar:

**1º.** O valor do custeio das UTIs estabelecidos com base no reajuste do valor da diária dos leitos de UTI para R\$ 650,00, que foi pactuado na CIT, passando o valor do complemento do custeio mensal com recursos do Tesouro Estadual para R\$ 285.000,00 para um hospital que dispõe de 10 leitos de UTI habilitados. Destacou que o valor da complementação será calculado em função do número de leitos habilitados, e que o custeio da UTI do Hospital Regional de Itapipoca será no valor mensal de R\$ 480.000,00, pois o mesmo não conseguiu ser habilitado pelo Ministério da Saúde;

**2º.** Recomposição dos valores dos incentivos das Clínicas Anestesiológica e de Traumatologia-Ortopedia para os Hospitais Polos com essas Clínicas Contratualizadas e que apresentaram produção no 1º quadrimestre dessa Política (novembro de 2021 a fevereiro de 2022), não sendo beneficiados apenas os Hospitais: Santa Isabel (Aracoiaba), São Lucas (Juazeiro do Norte) e Eudásio Barroso (Quixadá) por não terem apresentado produção no período avaliado;

**3º.** As mudanças de clínicas dos Hospitais Estratégicos: Hospital Santo Antônio de Jardim (substituição da Clínica Gineco-Obstétrica pela Clínica Pediátrica), e Hospital São Vicente Férrer de Lavras da Mangabeira (substituição da Clínica Cirúrgica pela Clínica Pediátrica). Esse terceiro ponto não teve impacto financeiro, sendo mantidos os valores repassados aos hospitais.

Vera Coêlho esclareceu que essa revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar já estava prevista quando foi feita a discussão e pactuação da 1ª Revisão, e como foi falado pelo Israel, frente à tomada de decisão do MS de fazer novamente a atualização do valor das diárias de UTIs a partir de 1º de julho/2022. A outra alteração que está sendo colocada é no sentido de atender as solicitações dos diretores de hospitais e gestores municipais de que não fossem deduzidos dos valores dos incentivos das clínicas anestesiológica e de traumatologia-ortopedia os valores dos recursos federais que tinham sido alocados nos Limites

58 MAC dos municípios em 2007 para custeio da clínica de anestesia e em 2009 para a de  
59 traumato ortopedia dos municípios, tendo em vista que muitos municípios já tinham utilizado  
60 esses recursos para programação de outros procedimentos, fato que gerou uma dificuldade de  
61 utilização desses recursos na forma de incentivo para os hospitais. Foram feitas reuniões da  
62 Diretoria do COSEMS com a própria Direção da SESA e chegou-se ao consenso de contemplar  
63 os hospitais polos que tiveram no 1º quadrimestre produção de procedimentos cirúrgicos:  
64 obstétrico, geral, e de traumato ortopedia. Isso envolveu a maior necessidade de recursos para  
65 poder fazer jus a essa decisão. E destacou que a mudança em relação aos hospitais estratégicos  
66 não resultarão em alocação de recursos adicionais, é somente mudança de clínica de dois  
67 hospitais estratégicos. Finalizou esclarecendo que a CIB não é a única instância para discussão  
68 e pactuação dessa proposta, a mesma tem que ser remetida para apreciação e aprovação do  
69 CESAU. Francisca **Airlene** Dantas e Silva, Secretária da Saúde de Jaguaratama, indagou como  
70 irá se dá a relação entre os incentivos que estão sendo posto na nova Política para os  
71 hospitais polos com os outros recursos de PPI que está alocado dentro desses municípios. Pois  
72 informou que os gestores têm recebido demanda de diretores de hospital polo para aumentar o  
73 aporte de recurso da PPI para o hospital polo, sendo que, o hospital já está fazendo jus ao  
74 incentivo dessa Política para atendimento/produção, assim como a PPI que também é  
75 programada com base na produção, o que se tem alocado tem a produção. **Israel** comenta que  
76 essa fala da **Airlene** é recorrente, e muito cobrada com relação ao que tínhamos de discussão  
77 sobre a efetiva contraprestação da produção dos municípios que não tem recurso de MAC  
78 programado. Essa é uma discussão que precisa ser amadurecida, até para diminuir o nível de  
79 angústia que outros gestores têm de vê sua programação efetivada. **Mere** Benedita do  
80 Nascimento, Superintendente Regional do Litoral Leste/Jaguaribe, colocou que em relação à  
81 mudança de clínica dos hospitais estratégicos, não viu a inclusão de dois hospitais da sua  
82 Região, um de Jaguaruana e o outro de Iracema, o primeiro processo foi enviado para o nível  
83 central da SESA no mês de janeiro, e o segundo foi enviado no mês passado. Sobre as PPI, nos  
84 enquanto Região, estamos tendo o cuidado de fazer uma revisão das PPIs por ADS, com as  
85 unidades hospitalares. Foi detectado que existe produtividade, que estão contratualizados e que  
86 os municípios não estão utilizando. Estamos fazendo esse movimento geral por ADS e estamos  
87 levando para discussão para melhorar a utilização desses recursos. **Vera Coêlho** esclareceu que  
88 essa Proposta teve como subsídio as demandas autorizadas pelo Gabinete e que alguns itens  
89 foram acordados previamente com a Diretoria do COSEMS. Os casos que não implicam em  
90 acréscimos de recursos acha que é possível serem contemplados nessa revisão, como foi feito  
91 com os 2 hospitais da Região do Cariri. **Teresa Cristina Mota de Souza Alves (Teca)**,  
92 Superintendente Regional do Cariri, colocou que na realidade os recursos MAC do município é  
93 um pacote, a PPI é somente uma pequena parte e são poucos recursos. Relatou em seguida o  
94 exemplo da Região do Cariri onde foi feito um grande movimento de reprogramação que foi  
95 avaliado pela CORAC/SESA e em seguida enviado para o MS, e já lançado no SISMAC. É  
96 uma questão somente de reajuste, principalmente na questão das linhas prioritárias no  
97 componente do parto normal e da cesária; na questão das linhas prioritárias das  
98 cardiovasculares e oncologia que apesar de muitas delas serem de alta complexidade, tem o  
99 apoio da média, não tem alta sem média, é um exercício importante para os 45 municípios da  
100 Região devido a PPI ser uma ferramenta importante de planejamento, mas é uma delas, então  
101 isso foi uma das estratégias do planejamento do Cariri, é dinheiro pouco mesmo. Os custos  
102 dessas unidades estão bem elevados, as questões dos insumos dos hospitais de porte pequeno,  
103 médio e grande são custos elevados, e aumenta mais ainda quanto mais específico fica, como é  
104 o caso da traumato ortopedia que é bem diferente de uma clínica médica. As modificações das  
105 clínicas dos hospitais estratégicos da Região do Cariri inseridas nessa 2ª Revisão são frutos da  
106 Comissão Regional de Monitoramento e Avaliação dessa Política, e a CIR acatou. Finalizou  
107 agradecendo a participação dos membros dessa Comissão que é formada por 2 membros do  
108 COSEMS, 2 representantes do CESAU e 4 membros da Superintendência. **Airlene** colocou  
109 que entende que essa nova Política veio com o objetivo maior de ampliar o acesso da população  
110 dos municípios aos serviços de Média Complexidade. Como um município como Jaguaratama,  
111 que vai ampliar o acesso a serviços se o hospital polo está exigindo que seja alocado mais  
112 recursos na PPI para ampliar o acesso? Então, qual o intuito dessa política de atenção  
113 hospitalar, se em quanto município, para que eu possa ter acesso ao hospital polo preciso alocar  
114 recursos da PPI, tirar não sei de onde, não existe recurso de PPI para tirar nada, isso é fato.

115 Como a população vai ter acesso ao serviço se não tem de onde tirar dinheiro da PPI? **Vera**  
116 **Coelho** esclareceu que a política de incentivo hospitalar não é atrelada a uma programação de  
117 procedimentos, a mesma tem o propósito de possibilitar a qualificação da assistência prestada à  
118 população, com a perspectiva de que os hospitais com adesão possam dispor de condições  
119 adequadas para prestar uma assistência garantindo a presença do médico e uma estrutura  
120 tecnológica necessária ao desenvolvimento de suas atividades. Isso é o que leva muitas vezes a  
121 dificuldade de compreensão dos gestores que são parceiros desse município e que são  
122 beneficiados com a questão da adesão da política de achar de que o fato de estarem recebendo  
123 esses incentivos eles tem que atender todos os pacientes que são encaminhados, mesmo sem a  
124 questão de está vinculado a uma programação, que não é verdade a não ser que se modifique a  
125 Política de Incentivo Hospitalar e passe a utilizar o recurso do Tesouro do Estado como  
126 cofinanciamento, baseado numa estrutura de programação de procedimentos de todos os  
127 municípios, indicando previamente o que cada município teria de acesso. Essa Política de  
128 Incentivo Hospitalar, não está atrelada a questão de procedimentos, o que é necessário é que se  
129 tenha uma programação, onde se estabeleça uma estrutura de programação com participação de  
130 recursos federais para que o município de fato estruture essa oferta. Mas se o município tem um  
131 Ponto de Atenção da RUE, uma Porta de Entrada, o atendimento tem que ser dado para aquele  
132 território do qual ele assumiu responsabilidade. Mas, não há pela política a compreensão de que  
133 todos os municípios da área de abrangência de uma determinada região vai ter acesso a todos os  
134 procedimentos, que sua população tem necessidade em relação ao hospital polo. **Airlene** disse:  
135 então vou continuar com o que tenho programado para o hospital polo? **Vera Coelho**  
136 respondeu que o objetivo dessa política é de que a população tenha um atendimento resolutivo  
137 no hospital polo, mas a necessidade do financiamento municipal e federal ele permanece, a não  
138 ser que se mude essa Política. **Josete Malheiro Tavares**, Secretário de Saúde do Eusébio,  
139 destacou dois pontos: Primeiro que a revisão da política do incentivo hospitalar foi necessária,  
140 foi um ponto importante que a gestão estadual em articulação com o COSEMS conseguiu  
141 caminhar, levando em conta principalmente esse ganho mais recente com a incorporação do  
142 financiamento das salas de estabilização, melhorando as condições dos hospitais menores. O  
143 que precisamos melhorar é que os municípios ainda tem dificuldade de identificação da origem  
144 do repasse, o Estado repassa os recursos e nossos setores financeiros têm dificuldade de  
145 identificar a nomenclatura de que se destina o recurso, quem recebe mais de um recurso do  
146 Estado acaba gerando um pouco de conflito em relação a essa identificação. Se pudéssemos  
147 pensar junto com a SEFAZ um mecanismo simples de uma nomenclatura mais clara ajudaria na  
148 execução dos recursos. Essa dificuldade que temos, quando destaco a política de incentivo  
149 hospitalar na questão das UTIs de forma permanente, no Eusébio desde fevereiro e ainda não  
150 recebemos nenhum repasse dos recursos federais, quem tem nos dado suporte são os recursos  
151 estaduais e municipais; Segundo muitas vezes do que nós construímos como série histórica,  
152 temos como referência a PPI e desempenho de produção e acabamos ficando refém do modelo  
153 de produção de procedimento, inclusive quando vamos solicitar que a SESA colabore com o  
154 município, com vista a fazer uma análise de situação para solicitar a ampliação do teto MAC  
155 junto ao MS, o olhar que é dado na CORAC é da série histórica de produção do serviço.  
156 Gostaria de sugerir que a CIB, junto com o COSEMS/SESA a ideia de formar um grupo  
157 técnico, um GT de análise da evolução dos custos de Média e Alta Complexidade da rede  
158 hospitalar, com vista inclusive de pedir isso em revisão do teto MAC de uma forma coletiva do  
159 Estado inteiro do conjunto dos municípios, levando em conta não apenas a produção da série  
160 histórica de procedimentos informados do SIA/SIH/SUS, mas levando em conta os custos e a  
161 elevação dos custos de insumos, de medicamentos, energia e outros. Não é justo para nossa  
162 rede ser avaliada para efeito de desempenho a partir da produção de serviço com a Tabela  
163 SIGTAP, quando temos todas as outras variáveis de economia de saúde que estão impactando a  
164 elevação dos custos. Após as discussões e esclarecimentos a CIB/CE pactuou a 2ª Revisão da  
165 Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local  
166 de Pequeno Porte, a partir de 1º de julho de 2022 formalizada através da Resolução n.107/2022.  
167 **Item 2.3. Atualização do Painel de Indicadores Estratégicos da Vigilância em Saúde 2022.**  
168 **Kellyn** Cavalcante, técnica da Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEP), iniciou sua  
169 apresentação fazendo a contextualização sobre o processo de monitoramento e a avaliação de  
170 indicadores, como parte dos processos de trabalho da vigilância em saúde, representam  
171 importantes instrumentos de análise da execução das ações à luz dos resultados alcançados e do

172 cumprimento de metas; subsidiando, assim, a tomada de decisões e planejamento de ações por  
173 gestores e profissionais de saúde. Deu prosseguimento relatando a Linha do Tempo: 2015.  
174 Criação do Painel (22 indicadores) e monitoramento centralizado; **2017**. Aperfeiçoamento do  
175 Painel (44 indicadores); **2018**. Monitoramento descentralizado simultâneo e pactuação em CIB;  
176 **2019**. Monitoramento descentralizado simultâneo; **2020**. Criação do BI Monitoramento virtual;  
177 **2021**. Manutenção do monitoramento virtual; **2022**. Revisão do Painel (41 indicadores). A  
178 Proposta para 2022 propõe a inclusão de 3 indicadores, a exclusão de 6 indicadores e a  
179 manutenção de 38 indicadores. A proposta do novo indicador da Hepatite C tem a seguinte  
180 forma do cálculo: Numerador: Número de casos confirmados de Hepatite C em um  
181 determinado ano de notificação e local de residência. Denominador: População total no mesmo  
182 ano, residente no mesmo local. Fator de multiplicação: 100.000. Meta:  $\leq 4$ . Fonte: Sinan. Em  
183 relação a Cobertura Vacinal da Vacina Febre Amarela (VFA), é uma proposta pactuada no plano  
184 estadual de vacinação da implantação da vacina., que teve a implantação gradual da vacina FA  
185 no Calendário Nacional de Vacinação desde o ano de 2020, concluído em 2021. •Meta: 95%  
186 (gradativo), e estabelece uma meta para os próximos três anos até o alcance da meta de 95%.  
187 Público-alvo: crianças de 9 meses (1ª dose) e 4 anos (Reforço). **Vera Coêlho** informou que a  
188 **Kellyn** apresentou a proposta com as alterações que foram sugeridas pela Câmara Técnica de  
189 Vigilância em Saúde em duas reuniões que ocorreram com boa participação dos representantes  
190 dos municípios em relação a discussão dos indicadores que estavam sendo propostos para  
191 inclusão e exclusão. **Elton** Cleberton, Facilitador da Estratégia Apoiador COSEMS-CE, em  
192 relação a fonte do indicador 13. Febre Amarela, a Portaria 2.499 a Atenção Primária não utiliza  
193 mais o SI-PNI como instrumento de coleta e sim o e-SUS. Então vai permanecer essa fonte  
194 para análise de indicadores em nível de Estado? Não vai ser utilizado o e-SUS para fazer essa  
195 análise? Antonia **Naiara** Paula da Silva Batista, assessora técnica da Imunização  
196 (CEREM/COVEP/SESA), respondeu que o SI-PNI ira continuar porque a informação que se  
197 retira é apenas de movimentação e não de alimentação, e também para emissão do relatório de  
198 cobertura vacinal usamos o SI-PNI. **Daniele** Queiroz, assessora técnica da  
199 SEVIR/COTIC/SESA, colocou que o sistema de informação que a dose vai ser registrada será  
200 o e-SUS, tem uma comunicação entre o e-SUS e SI-PNI e de onde é emitido o relatório de  
201 cobertura vacinal pelo SI-PNI, o envio é feito via RNDS. **Ivonete** Pereira Cavalcante Vieira,  
202 Secretária Adjunta da Saúde de Russas expressou que a grande aflição dos municípios é porque  
203 não vão avaliar por um sistema que os municípios estão bem que é o e-SUS, e sim pelo SI-PNI  
204 que não está havendo a migração como deveria ocorrer, está muito lento, e os municípios ficam  
205 com o percentual lá em baixo. O grande receio dos municípios é ser penalizado por algo que  
206 não é culpa do município e sim do sistema que não está ágil. **Naiara** informou que tiveram  
207 reunião com a Equipe do PNI, MP e MS, sobre o atraso das informações, o DATASUS que é o  
208 responsável pela migração dos dados esta trabalhando para atualizar. A imunização ainda não  
209 faz análise do ano de 2022 por saber que o sistema não está trazendo dados reais, sendo assim  
210 estamos trabalhando com dados de 2021. Pedimos um pouco mais de paciência, que logo essas  
211 informações gradativamente deverão ser atualizadas. Hoje o sistema oficial para emissão de  
212 relatório de cobertura é SI-PNI, o e-SUS não faz emissão de relatório de cobertura. **Airlene**  
213 colocou que é um risco grande nós gestores pactuarmos um indicador, cujo problema vem se  
214 arrastando há anos. Já liguei para o MS, tanto para o setor do e-SUS, como para SI-PNI em  
215 (2021) e sempre falam que estão melhorando as versões e que serão superadas e isso não vem  
216 acontecendo. As coberturas dos municípios que são avaliadas pelo SI-PNI, estão lá embaixo,  
217 porque esses dados não estão migrando e isso prejudicará os municípios. Penso que não é o  
218 momento diante do problema que ainda não foi resolvido, pactuarmos um indicador desses que  
219 vai prejudicar os municípios. Quando o MS resolver o problema do sistema, ou então o Estado  
220 mudar a fonte de análise dos dados, ai sim pactuaremos. **Naiara** lembrou que esse indicador é  
221 pactuado há anos, inclusive ele é um indicador do PQAVS, ele não é um indicador novo,  
222 apenas queremos inserir uma vacina a mais, que é a vacina da Febre Amarela que foi  
223 incorporada no calendário de vacinação de rotina. É um indicador que a imunização já trabalha,  
224 apenas esse ano estamos tendo problema na atualização dos dados, mas é um importante  
225 indicador para traçar as estratégias de planejamento de alcance de cobertura. Ele só foi  
226 ajustado, ele não foi incluído e nem excluído, ele teve apenas esse ajuste da inclusão da Febre  
227 Amarela. **Sarah Mendes D'Ângelo**, Secretária Executiva de Vigilância em Saúde, colocou que  
228 a Vigilância em nenhum momento vai criar algum instrumento para prejudicar o andamento ou

229 outra coisa com relação aos municípios. A Vigilância está fazendo esse instrumento a mais para  
230 apoiar o monitoramento, até para os municípios no final do ano ver como está seu resultado,  
231 pensando no PQAVS que tem repasse de recurso. Lembrando a história do Painel no ano de  
232 2018 e 2019, onde conseguimos um maior alcance financeiro do PQAVS, por conta do  
233 monitoramento desse Painel. Ressaltou que o Painel é um instrumento de monitoramento, não é  
234 punitivo, então a proposta é que caminhemos juntos, pensando em criar estratégias para  
235 melhorar o alcance das metas dos indicadores. E que conhece a fragilidade do sistema de  
236 informação nacional é um problema do território brasileiro como um todo, por isso sempre é  
237 dado 30 dias para analisar o período anterior e não o período de agora, sempre respeitando a  
238 periodicidade do indicador. Finalizou dizendo que o Painel foi criado e é monitorado como  
239 instrumento importante para o monitoramento das situações de vigilância do território e os  
240 indicadores em sua grande maioria já estão pactuados em outros instrumentos, sejam eles:  
241 PQAVS, PPA, Plano Estadual de Saúde ou Acordo de Resultado da SESA. **Elton** colocou que o  
242 e-SUS fornece o dado bruto. **Daniele** Queiroz – SEVIR/COTIC, colocou que vale a pena  
243 estudar como buscar esses dados do centralizador, já estamos analisando o centralizador para  
244 obter informações sobre outros indicadores. Podemos dar essa resposta a vocês na próxima  
245 reunião. **Luciene Alice** se manifestou dizendo que o processo de melhoria independe do  
246 acréscimo de um indicador no Painel, o que está sendo propondo para pactuação são os  
247 quantitativos e os tipos de indicadores que vão ser alterados para integrar ao Painel. A forma de  
248 como melhor identificar esses dados, seja por um sistema ou outro é o que se vai se buscar, e  
249 uma coisa independe de outra, são processos de melhoria, é tecnologia e o outro é melhorar o  
250 adiantamento do Painel. **Vera Coêlho** apoiou a proposta da **Luciene Alice** de que se faça a  
251 apreciação em relação aos indicadores, já que o impasse se refere à fonte de verificação de  
252 apenas um indicador. A fonte de verificação foi colocada para dar conhecimento aos gestores,  
253 mas se está tendo essa dificuldade, que se possa vê isso durante o processo de monitoramento  
254 desse indicador. **Kellyn**, disse que o propósito dessa Proposta é a melhoria do monitoramento  
255 dos indicadores que integram o Painel e a atualização se refere à inclusão de 03 novos  
256 indicadores e a exclusão de 06 indicadores. E esclareceu que o indicador que está gerando essas  
257 discussões já existia, só foi sugerido o seu reajuste, e que foi discutido na Câmara Técnica de  
258 Vigilância, e pediu que fosse visto com carinho essa justificativa, sempre pensando que se  
259 excluir um indicador, isso não quer dizer que o município não ira mais continuar olhando para  
260 esse indicador, cada realidade no município vai ser vista nesse monitoramento. Falando no  
261 Estado do Ceará como um todo, através de discussões pelas áreas técnicas, com os gestores e  
262 na Câmara Técnica essa Proposta foi pensada sempre em melhorar cada vez mais o  
263 monitoramento, que irá ter impacto nos resultados dos indicadores do PQAVS, gerando  
264 possibilidades de recursos para os municípios. **Airlene** propôs que fossem aprovados esses  
265 indicadores, mas que houvesse a ressalva com relação à fonte de verificação do indicador  
266 Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da criança com coberturas vacinais  
267 alcançadas, para que não prejudicasse os municípios. Pois estamos constatando essa dificuldade  
268 em todos os municípios, apesar do indicador já existir e ser apenas a inclusão de mais um  
269 imunobiológico, mas quando você inclui é mais uma cobertura para se alcançar diante de um  
270 problema que já existe. Finalizou se posicionando a favor da aprovação da Atualização do  
271 Painel, pois o interesse é um ganho maior em relação ao que se está se propondo, mas que a  
272 Equipe da Vigilância Estadual analise essa fonte de verificação para que não prejudique os  
273 municípios. Após as discussões e esclarecimentos a CIB/CE pactuou a Atualização do Painel de  
274 Indicadores Estratégicos da Vigilância em Saúde 2022 formalizada através da Resolução nº  
275 117/2022 . Item 2.4. Homologação da Resolução da CIR Cariri Nº 12-A/2022, que trata da  
276 habilitação do Centro Especializado de Reabilitação – CER tipo II na Policlínica Dr.  
277 Sebastião Limeira Guedes – Consórcio Público de Saúde da Região de Saúde de Icó. Teca  
278 colocou que a CIR aprovou a habilitação do CER Tipo II da Policlínica do Icó, que está  
279 inserido no Plano de Ação Regional da Rede da Pessoa Com Deficiência, e no Plano Estadual.  
280 Informou que o CER Tipo IV da Policlínica do Crato se encontra com o Status de aprovado no  
281 SAIPS. Após os esclarecimentos a CIB/CE homologou a Resolução Nº 12A da CIR Cariri,  
282 datada de 24/02/2022, que trata da habilitação do Centro Especializado em Reabilitação (CER)  
283 tipo II nas modalidades: física e intelectual, na Policlínica Dr. Sebastião Limeira Guedes,  
284 CNES nº 7376928, localizado no município de Icó, com abrangência Regional, no âmbito do  
285 Sistema Único de Saúde. Item 2.5. Aquisição de 01 (uma) Ambulância Tipo A - Simples

286 **Remoção Tipo Picape 4X4 para o município de Jaguaratama.** Com base no parecer da  
287 Superintendência Regional do Litoral Leste Jaguaribe e a CIB/CE aprovou a Proposta de  
288 aquisição de 01 (uma) Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo Picape 4X4 para o  
289 município de Jaguaratama, no valor de R\$ 307.070,00 (trezentos e sete mil e setenta reais),  
290 recursos federais a serem creditados no Fundo Municipal de Saúde. **Item 2.6. Alterações na**  
291 **Composição da CIR Fortaleza.** **Maria Iracema Capistrano Bezerra**, Secretária Executiva  
292 da CIR Fortaleza informou que a presente solicitação tem como justificativa as alterações das  
293 secretárias municipais de saúde dos municípios de Paraipaba com a inclusão de Ademária  
294 Temóteo Rosa em substituição a Lóide Chrystine Peixoto Landim, de Itapipoca com a inclusão  
295 Vanessa Kelry Montenegro de Oliveira em substituição a Leila Carla da Cunha S. Magalhães,  
296 de Acarape com a inclusão de Viviane Beserra Holanda em substituição a Wanessa Angélica R.  
297 Maia Campelo, e de Tururu com a inclusão de Napoline Silva Melo em substituição a Yasline  
298 Nascimento Bonfim. **A CIB/CE aprovou a nova composição da CIR de Fortaleza através da**  
299 **Resolução nº 109/2022.** **Item 2.7. Homologações das Resoluções das CIR.** A CIB/CE  
300 homologou as resoluções constantes dos itens a seguir: **Item 2.7.1. CIR Cariri: Nº 16/2022,**  
301 **que trata da implantação de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde**  
302 **Mental (AMENT) 03 (três) Tipo 2 de Barbalha, 01 (uma) Tipo 2 de Cariús, 02 (duas) Tipo**  
303 **2 de Campos Sales e 04 (quatro) tipo 01 do Icó; e Item 2.7.2. CIR Sertão Central: Nº**  
304 **07/2022 que trata da implantação de CAPSi (Infanto-juvenil) do município de Quixadá.**  
305 **Item 2.8. Remanejamento dos 10 (dez) leitos de UTI previstos pela Portaria GM Nº 220,**  
306 **de 27/01/2022 para o Hospital Regional de Itapipoca para o Hospital Leonardo da Vinci.**  
307 **Ícaro Tavares Borges**, Superintendente Regional de Fortaleza informou que o Hospital  
308 Regional de Itapipoca não conseguiu habilitar os 10 leitos de UTI adulto tipo II junto ao  
309 Ministério da Saúde devido a estrutura hospitalar não está funcionando, esclareceu que o  
310 processo de desapropriação desse Hospital para o Estado do Ceará ainda se encontra judice. A  
311 proposta é de que esses 10 leitos sejam remanejados para o Hospital Leonardo da Vinci que  
312 possui 39 leitos de UTI em funcionamento. Esclareceu que essa solicitação respeita a Nota  
313 Técnica nº 67/2022 que orienta o remanejamento de leitos de uma unidade hospitalar para  
314 outra, sendo o mesmo objeto de apreciação da CIB com posterior envio para o MS. E que essa  
315 solicitação já foi inserida no SAIPS. **Vera Coêlho** lembrou que na reunião passada da CIB o  
316 Israel quando apresentou a segunda revisão da Política de Incentivo Hospitalar informou que  
317 pelo fato do MS não acatar a solicitação de habilitação dos leitos de UTI Adulto do Hospital  
318 Regional de Itapipoca o valor do incentivo de custeio desta UTI retornou ao valor de R\$480  
319 mil. Esclarecendo que a decisão do Estado é de manter em funcionamento os 10 leitos de UTI  
320 desse Hospital. **Sheila Martins** Alves Francelino, Secretária Municipal de Barbalha,  
321 aproveitou a oportunidade para lembrar que nessa última reunião da CIB tinha expressado a  
322 preocupação sobre as determinações sobre os procedimentos da cardiologia estabelecidos pelo  
323 MS através da Portaria GM/MS nº 3.963/2022, e tinha ficado decidido que seria feito uma  
324 convocação de reunião da Câmara Técnica para discussões e recomendações sobre esse  
325 assunto; e gostaria de saber como está a situação dessa convocação para realização de reunião  
326 desta Câmara Técnica. **Luciene Alice** colocou que tínhamos combinado isso mesmo, porém  
327 estive doente, mas se comprometeu que próxima semana se fará essa reunião. **Sheila Martins**  
328 destacou que outra situação pendente é o processo de regionalização do SVO de Barbalha e  
329 com a chegada da Dra. Sara, gostaria de saber como se encontra. **Ana Luiza** Rolim da Silva,  
330 Assessora da SERVIR informou que a intenção da Dra. Sara é dá continuidade aos processos  
331 que se encontra na SERVIR. **Após as discussões a CIB/CE aprovou a solicitação de**  
332 **Remanejamento dos 10 (dez) leitos de UTI previstos pela Portaria GM Nº 220, datada de**  
333 **27/01/2022 para o Hospital Regional de Itapipoca para o Hospital Leonardo da Vinci,**  
334 **formalizada através da Resolução n 116/2022.** **3. Informes. Item 3.1. Projeto Tele Nordeste –**  
335 **Assistência Médica na Região Nordeste do país por meio de telemedicina – Hospital Sírio-**  
336 **Libanês.** **Emília Alves de Castro**, Coordenadora da CORAC/SESA, informou que a SESA fez  
337 a adesão ao Projeto do Tele Nordeste em parceria PROADI e o Hospital Sírio-Libanês para  
338 desenvolvimento desse Projeto que conta com a participação do Telessaúde. **Luís Guilherme**  
339 **Pinheiro Costa**, Orientador da Célula de Regulação do Sistema de Saúde  
340 CERSI/CORAC/SERVIR/SESA esclareceu que o Telessaúde realiza atividades em duas  
341 Regiões/ADS do Estado do Ceará para incrementar o serviço do Telessaúde. E que dentre essas  
342 atividades destacou como atividade essencial o apoio aos profissionais da Atenção Básica dos

343 municípios, que atualmente dispõe de uma Equipe composta por 24 médicos especialistas que  
344 estão a disposição da Atenção Básica para discutir casos, definir conduta e prioridade, e avaliar  
345 caso a caso as solicitações de transferências. Manifestou a preocupação com o aumento de  
346 solicitação ambulatorial que no início do ano de 2021 era em torno de 3 mil solicitação/mês e  
347 encerramos o ano com 6 mil solicitações/mês, e agora mo ano de 2022 essa demanda continua  
348 aumentando, acredita que esse aumento é repercussão da pandemia, que afetou inclusive a  
349 Atenção Básica, as pessoas perderam a continuidade dos tratamentos e voltaram agora com  
350 uma demanda reprimida que tem se repercutido nas solicitações ambulatoriais, com isso  
351 fechamos o mês de maio/2022 com 16 mil solicitações/mês. O Programa Telessaúde não é  
352 recente, vem funcionando na SESA desde 2013, é um movimento nacional editado por portaria  
353 do MS de 2011. **Stephan Sperling**, Coordenador Assistencial vinculado ao Hospital Sírrio-  
354 Libanês informou que o Projeto Tele Nordeste é um projeto de apoio no contexto do Programa  
355 de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS- PROADI SUS desenvolvido pelo MS em  
356 parceria com o CONASEMS e o CONASS com atuação em todos os estados da Região  
357 Nordeste com um escopo já colocado pelo Luís, complementar as ações de saúde digital e as  
358 ações estratégicas em Telessaúde que já vem ocorrendo em diversos territórios nacionais. O  
359 Tele Nordeste convergente com essa ideia, atender o paciente certo no momento certo, receber  
360 a intervenção correta, e pretende promover à atenção as condições clínicas prevalentes na  
361 Atenção Primária, mas de uma forma diferente ou complementar aquilo que os Núcleos de  
362 Telessaúde já produzem. O objetivo do Projeto Tele Nordeste não é qualificar o  
363 encaminhamento, ou seja, produzir tele consultoria que qualifique o encaminhamento para a  
364 atenção ambulatorial especializada; o nosso objetivo é dá atenção aos pacientes de alto ou de  
365 muito alto risco que necessitam da atenção ambulatorial especializada e que possam receber no  
366 seu território a atenção que muitas vezes não é ofertada, ou pela dificuldade de fixação do  
367 profissional especialista ou pela alta rotatividade desses profissionais ou pela ausência dessa  
368 oferta especializada, ou seja, a ideia é que se possa validar uma tecnologia que fique inclusive  
369 na memória como estratégia de saúde digital para Núcleo de Telessaúde do Ceara que  
370 complementaria sim a prevenção, como exemplo: tenho um encaminhamento bem realizado,  
371 um paciente que necessita do contato com o especialista focal, com uma solução de uma  
372 teleconsulta poderia produzir estes desfechos junto ao paciente. **Vera Coêlho** colocou que a  
373 apresentação do Stephan nos deu possibilidade de apreensão do que trata esse Projeto, nas falas  
374 da Emília e do Luiz ficou clara a possibilidade de integração entre o Projeto desenvolvido no  
375 Estado e o Projeto Tele Nordeste, e que ele possa se estender para todas as Regiões do Estado  
376 como foi colocado pelo Stephan. Essa integração se dará inicialmente na Área Descentralizada  
377 de Tauá que fica na Região de Saúde do Sertão Central. **Airlene** destacou que os gestores  
378 municipais querem contribuir apresentando a nossa realidade. Jaguaratama é um município de  
379 18 mil habitantes, tem 9 equipes de saúde da família, todas completa, com 100% de cobertura e  
380 todas nossas unidades são informatizadas. E já vem trabalhando para fazer com que o  
381 Telessaúde funcione. Este sistema da telemedicina funciona na Atenção Primária, o maior  
382 obstáculo que temos para efetivar essa Proposta, são os médicos que ainda não conseguem  
383 trabalhar com essa ferramenta. Foram feitas 4 capacitações e neste ano fizemos 2 capacitações.  
384 Há 15 dias tivemos um retorno do FASTMEDIC de que na área de neurologia tem 173  
385 pacientes aguardando o atendimento no sistema de regulação do Estado, e 140 retornaram para  
386 que fosse realizado esse atendimento através do Telessaúde. Os médicos precisam dá uma  
387 resposta para esses encaminhamentos, esse é o maior obstáculo para que o Telessaúde decole de  
388 fato. **Rilson** colocou que está em dúvida de onde veio a indicação da ADS, de quem e de onde  
389 partiu essa indicação? Nada contra a nenhuma Região de Saúde. **Luiz Guilherme** em resposta  
390 a fala da **Airlene** disse que esse movimento, não é de agora, apenas ganhou uma relevância  
391 maior por conta da informatização. E a proposta é tentar aumentar a adesão do profissional  
392 médico da Atenção Básica. Esclareceu que, nenhum paciente é excluído, ele fica esperando  
393 uma resposta, mais contínua registrado no sistema. Esse movimento é justamente para a ponta  
394 entender como funciona a regulação, e como a regulação saber como aumentar a adesão desse  
395 profissional. **Airlene** colocou que o paciente não é excluído, mas ele nunca vai sair da fila se o  
396 médico que o encaminhou não olhar a condição dele. **Luiz Guilherme** o médico que  
397 encaminhou é o médico da Atenção Básica que precisa acompanhar e conduzir o paciente, é  
398 obrigação dele fazer isso. A proposta é nos unirmos e tentar fazer que ele realmente se aproprie  
399 das condições do paciente. **Stephan** em resposta a pergunta do Rilson, esclareceu que a

400 indicação das duas Regiões de Saúde e das duas ADS, a de Baturité e a de Tauá foram feitas  
401 pelo COSEMS e CONASEMS, porém o principal indicador, que nos levou a considerar esses  
402 territórios foram: 1º territórios que de alguma forma possuam processo de informatização para  
403 que o nosso aporte de tecnologia pudesse ser menor, e segundo o número de equipes vinculadas  
404 a essas ADS, porque nesse momento o Telenordeste ele está em processo de construção de sua  
405 rotina operativa. **Vera Coêlho** destacou a importância de que as escolhas dos territórios possam  
406 ser feitas com a participação de representantes do próprio Estado, pelo que foi colocado pelo  
407 Stephan foi feita uma avaliação pela Equipe do Projeto sobre quais Regiões apresentavam  
408 maior viabilidade em relação aos critérios para implantação desse projeto. Mas o que o Rilson  
409 está colocando procede, e espera que a escolha das próximas áreas para implantação do Projeto  
410 conte com a participação dos gestores com representação na Bipartite, na discussão desses  
411 critérios. E ressaltou que a sua apresentação aqui nos deu a possibilidade inclusive de contra  
412 argumentar com os gestores e também discutir junto ao CONASEMS e CONASS a  
413 necessidade de que o Estado na sua representação Bipartite esteja na mesa de discussão para  
414 indicação de que áreas iremos dá continuidade a esse projeto. **Teca** indagou se esse Projeto  
415 pode ser estendido depois para dispor uma segunda opinião dos especialistas da Policlínica.  
416 **Stephan** respondeu que essa é uma das perspectivas que nos temos de que possamos fazer essa  
417 inclusão junto ao especialista focal dos territórios, para que possamos construir esse círculo de  
418 atenção contínua. No momento o nosso foco, objetivo é ter uma discussão junto ao médico de  
419 família. **Item 3.2. Nota Técnica N°. 13, que apresenta o novo cálculo de cobertura de saúde**  
420 **bucal na Atenção Primária e as repercussões do resultado dos novos indicadores.** **Paola**  
421 **Gondim Calvasina**, Orientadora da Célula de Saúde Bucal/COASA/SESA informou que no  
422 mês de maio o Ministério da Saúde editou a Nota Técnica nº 13/2021 sobre a cobertura de  
423 Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde de equipes financiadas pelo MS. Esta Nota trata das  
424 informações detalhadas referentes ao método de calculo da meta do Plano Nacional de Saúde  
425 (PNS) 2020-2023, Meta: Ampliar para 40% a cobertura de Saúde Bucal na Atenção Bucal  
426 Primária à Saúde, relativa ao Objetivo Estratégico – OE1: Promover a ampliação e a  
427 resolutividade das ações e serviços da atenção primaria de forma integrada e planejada.  
428 Cobertura de SB na APS, mai-2022 = 60%; Fonte: MS (2022). Equipes de Saúde Bucais  
429 homologadas pelo MS em 2028, Número de Equipes irregulares: 165. **Item 3.3. Ofícios da**  
430 **Secretaria Municipal de Saúdes enviadas à Secretaria-Executiva da CIB/CE, para**  
431 **conhecimento, das solicitações de credenciamento para serviços e equipes de saúde,** de  
432 conformidade com a Portaria GM/MS N° 1.710, de 8 de Julho de 2019: 02 eSB em Assaré, 01  
433 eSF em Bela Cruz, 01 ACS e 01 eSF em Cruz, 03 eSB Mod. I em Campos Sales, 06 e CR na  
434 modalidade III em Fortaleza, 04 eSF em Guaraciaba do Norte, 03 eSB Mod I em Guaiúba, 01  
435 eSF em Independência, 01 eSB Mod. I em Milagres, 02 EAP, 04 Gerentes de USF, 07 ACS em  
436 Piquet Carneiro e 02 eAP e 38 ACS em Tianguá. **Luciene Alice** informou que se encontra  
437 disponível no site o portal da Assistência Farmacêutica com todos os protocolos e informações  
438 importantes, com o propósito de apoiar os municípios, gestores e farmacêuticos. **Vera Coêlho**  
439 **agradeceu** a participação de todos, nada mais havendo a tratar a plenária da Comissão  
440 Intergestores Bipartite deu por encerrada a 8ª Reunião Ordinária de 2022 do referido  
441 Colegiado, cuja Ata foi lavrada por mim, Vera Coêlho. Fortaleza, vinte e quatro do mês de  
442 junho ano de dois mil e vinte e dois.