

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO 2025

Aos vinte e quatro do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte e cinco, realizou-se a segunda Reunião Ordinária do ano de dois mil e vinte e cinco da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único Saúde do Ceará, de modo online, pelo link: <http://meet.google.com/vob-tfry-msu>, com a participação dos membros **Representantes do Componente Estadual**: Tânia Mara Silva Coêlho, Presidente da CIB/CE e Secretária da Saúde do Estado do Ceará; Lauro Vieira Perdigão Neto, Secretário-Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional; Rianna Nargilla Silva Nobre, Coordenadora das Redes de Atenção à Saúde; Luíz Otávio Sobreira Rocha Filho Secretário-Executivo Administrativo-Financeiro; Carla Cristina Fonteles Barroso, Secretária-Executiva de Planejamento e Gestão Interna; Thales Veras Martins Coordenador de Desenvolvimento Institucional e Planejamento; Breno Melo Novais Miranda, Coordenador de Regulação do Sistema de Saúde; Ítalo Lennon Sales de Almeida Coordenador de Monitoramento, Avaliação e Controle do Sistema de Saúde; Luciano Pamplona Góes Cavalcanti, Superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará; Suzyane Cortês Barcelos, Diretora da Diretoria de Educação Permanente e Profissional em Saúde da ESP/CE; **Representantes do Componente Municipal**: Rilson Sousa de Andrade, Presidente do COSEMS, Vice-Presidente da CIB e Secretário da Saúde de Quixadá; Islayne de Fátima Costa Ramos, Vice-Presidente do COSEMS, Secretária da Saúde de Ipu; **Maria do Perpétuo Socorro Martins Brackenfeld**, Secretária da Saúde de Fortaleza; Sheyla Martins Alves Francelino Secretária da Saúde de Crato; Ana Cláudia de França Moraes, Secretária da Saúde de Horizonte; Ana Kelly Leitão de Castro, Secretária da Saúde de Russas; Ana Paula Praciano Secretária da Saúde de Acaraú; Francisca Airlene Dantas e Silva, Secretária da Saúde de Jaguaratama; Pollyana Callou de Moraes Dantas, Secretária da Saúde de Potengi e Paula de Vasconcelos Pinheiro, Secretária da Saúde de Novo Oriente. 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. **Item 1. Abertura dos Trabalhos: Secretária de Saúde e Presidente do COSEMS/CE. Francisco José Cavalcante Lima Melo – (Franzé) Secretário-Executivo COSEMS** - Cumprimentou a todos e informou que, estão sem vice-presidente e que o cargo está em vacância e terá a posse somente no congresso e como suplente do Rilson, será nomeada Slayne que foi eleita vice-presidente e também deverá ser formalizado no congresso. Vera, enquanto ela não tiver a posse oficial, não poderá fazer parte da composição como suplente do Rilson. **Franzé**, não! Porque o suplente não obrigatoriamente será o vice, é uma indicação do presidente e ela como membro da diretoria, mesmo antes da posse ela será indicada. **Vera Coelho** - então, pelo regimento de vocês é possível? **Franzé**, sim, é possível. **Vera**, seja bem-vinda Islayne, na representação da suplência do vice-presidente da CIB. **Vera Coelho, Secretaria-Executiva da CIB**, cumprimentou os presentes e apresentou a pauta e também a solicitação de alguns itens extrapauta como: Atualização da Resolução Nº 53/2022 da CIB/CE, que trata sobre os medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas, alteração da CIR Fortaleza, Sertão Central e Sobral e ainda a questão da habilitação da sala de estabilização do município de Novo Oriente, para apreciação dos membros da CIB quanto a sua inclusão em pauta. A solicitação de inclusão dos itens extrapauta foi aceito por todos. **Item 2. Discussões e Pactuações: 2. 1. Alterações na Composição dos Membros da CIB – Vera Coelho**, Rilson Sousa de Andrade Presidente do COSEMS e Vice-Presidente da CIB/CE Secretário da Saúde de **Quixadá** e Islayne de Fátima Costa Ramos Vice-Presidente do COSEMS Secretária da Saúde de Ipu. **Vera** – A mudança foi somente a representação do Rilson e a identificação da Islayne como suplente do Rilson. **Item 2. 2. Plano de Ação do SUS Digital do Estado do Ceará. (SAIU DE PAUTA).** **Vera** – Foi solicitado como alteração a retirada do Plano de Ação do SUS Digital do Estado do Ceará, isso porque o MS ainda não editou a portaria determinando a questão dos recursos, o que fez com que o Estado não tenha condição de apresentar hoje esse plano para pactuação. Mesmo o plano estando bastante avançado, ainda não temos por parte do MS a definição dos recursos que deverão ser direcionados para a execução desse plano de ação e por isso foi pedido para ser retirado de pauta. **Item 2. 3. Remanejamento de Doses da Vacina Contra a Dengue no Estado. Karine – Imunização** – Em 09 de fevereiro de 2024 iniciou-se a vacinação no país, mediante avaliação da Câmara Técnica Assessora de Imunização (CTAI) e Organização Mundial de Saúde (OMS); • Definição do grupo alvo: 10 a 14 anos (perfil de hospitalização) • Critérios

de priorização dos municípios; Municípios de grande porte (população maior ou igual a 100 mil habitantes) com alta transmissão de dengue nos últimos 10 anos (incluindo os demais municípios das suas regiões de saúde de abrangência, independentemente do porte populacional), ordenados pela predominância do sorotipo DENV-2 (reemergência recente) e pelo maior número de casos no monitoramento 2023/2024 (SE-27/2023 à SE-02/2024). Inicialmente o Ceará não havia sido contemplado. Temos a comprovação da eficácia da vacina, onde temos a prevenção para se evitar o adoecimento entorno de 80% e conseguimos evitar a hospitalização entorno de 90%, desde que se consiga fazer a 2ª dose, mas temos algumas crianças e adolescentes que iniciaram o esquema e não completaram. O Estado do Ceará iniciou a operacionalização da vacinação da dengue após o início da vacinação no país e tudo foi fundamentado nos planos operacionais e no dia 13/05 iniciamos a vacinação da dengue nos 4 (quatro) municípios da região de Fortaleza e em julho essa ampliação aconteceu mediante a disponibilidade de doses de vacina da dengue e então os municípios da região do Crato e região do Iguatu passaram a ser contemplados. Temos hoje 75 mil doses que recebemos do MS e desse quantitativo temos 35 mil doses que foram aplicadas, sendo que a meta do MS é que se consiga atender entorno de 214 mil adolescentes desses municípios, atingindo uma cobertura de 100%, mas temos uma cobertura vacinal muito baixa, entorno de 12% para 1ª dose e mais baixa ainda para a 2ª dose. **Calculando em relação aos 25% da meta**, o MS inicialmente distribuiu o quantitativo de doses de vacina referente a 25%, mas irá realizar a distribuição para completar 100% dos adolescentes de 10 a 14 anos dos 27 municípios do Estado do Ceará. **Cenário da vacinação: Calculando em relação à 100% da meta**, em relação a 100% da meta, temos mais de 75% da população de 10 a 14 anos que ainda devem iniciar o esquema de vacinação. **Desafios:** sistema de informação, capacidade de armazenamento, supervisão da estratégia, vacinação apenas em unidade de saúde. Temos entorno de 5 mil doses de vacinas com prazo de validade para o mês de abril, sendo que este quantitativo pode ter sido atualizado, temos outras doses de vacinas em estoque nos municípios, mas para o mês de abril que seria o prazo em até 2 meses para que pudesse se aplicar a questão do remanejamento, seria essas as doses que teria que realizar a pactuação para realizar esse remanejamento. Essas 5 mil doses de vacina já havia sido distribuído e já estão dentro das salas de vacinação, o remanejamento seria para esse público de 6 a 16 anos. **DOSES DE VACINAS DENGUE PRÓXIMAS AO PRAZO DE VALIDADE – Nota Técnica Nº24/2025** Estratégia para otimizar as doses remanescentes com validade até dois meses. • Vacinas com validade em até dois meses: Ampliar a faixa etária da vacinação, contemplando pessoas de 6 a 16 anos de idade. • Vacinas com validade em até um mês: A estratégia poderá ser expandida até o limite etário especificado na bula da vacina dengue (atenuada), abrangendo a faixa de 4 a 59 anos, 11 meses e 29 dias de idade, conforme a disponibilidade de doses no município. **Karine** - A questão da pactuação para que possamos realizar esse remanejamento e o próprio MS traz a proposta para remanejamento para outros municípios, mas considerando que são apenas 5 mil doses de vacina com esse prazo de validade, não faz sentido remanejar para outros municípios, pois entendemos que precisaríamos treinar e capacitar esses municípios, pois é uma vacina que se precisa ter cautela, por ser uma vacina nova, ainda não é uma vacina para se realizar fora da unidade básica de saúde, não é recomendado se fazer vacinação dentro das escolas, então, seria importante intensificar a mobilização para se alcançar a cobertura vacinal nos 27 municípios contemplados, entendendo que a vacinação irá continuar e que precisamos alcançar a cobertura vacinal, tanto na 1ª como na 2ª dose do esquema de vacinação. Essa é a nossa proposta. **Ana Kelly – Secretária de Saúde de Russas - Duvida!** Essas vacinas foram enviadas para alguns municípios de acordo com os critérios epidemiológicos desses municípios e não conseguiram utilizar em tempo hábil, ou seja, elas não estão vencidas e estamos aqui hoje para pactuar para quais municípios? Não estou conseguindo entender. **Rilson** – Entendi que é para ficarem nos mesmos municípios, porém agora é para aplicar para um público alvo diferente. **Karine** – Sim, seria para ampliar de 6 a 16 anos, pois hoje estamos fazendo de 10 a 14 anos. Lembrando que nem todos os municípios têm estoque desse lote, que tem esse prazo de validade para o mês de abril, é uma estratégia e a unidade de saúde não deve perder essas vacinas. Todo esse processo será monitorado o registro, para que posteriormente possamos enviar a 2ª dose. **Nerilene – Beberibe** – Complementando a fala da Kelly, quais os municípios que possuem esse lote com vencimento para abril? **Karine – Sim**, Fortaleza, Euzébio, Iaitinga (10 doses), Cariús, Mombaça, Catarina, Acopiara, Crato, Farias Brito, Nova Olinda, Altaneira, Várzea Alegre, Araripe, Salitre e Antonina do Norte, mas

essas doses podem ter sido atualizadas. **Aline – SMS Fortaleza** – Sobre a atualização das vacinas da dengue, demos vazão nesse final de semana e estamos com poucas doses dessa vacina. **Nara Ribeiro – Pacoti** – Gostaria de saber se tem alguma previsão do MS que foi repassada previamente a cerca de mais doses para serem disponibilizadas para o Estado do Ceará e principalmente para aqueles municípios dos 184, tirando os 27 dos que não foram contemplados. A minha preocupação é que o município de Pacoti dentre as cidades vizinhas padece também da questão da febre do oropouche, que é outra arbovirose, e a probabilidade de internações hospitalares ou outras arboviroses, também já estão circulando no município de Pacoti e nos municípios vizinhos. **Karine** – No momento não temos previsão de incorporação de novos municípios, o MS já havia feito um processo de aquisição e em 2024 receberam 8 milhões e em 2025 9 milhões, o que se pretende é que iremos dá continuidade, pois temos muitos doses de vacinas para receber e a ideia é que possamos completar 100% desses municípios que foram classificados e elegíveis por ordem de critérios de risco de prioridade, então seguiremos esse ranqueamento conforme porte populacional e série histórica de adoecimento nos últimos 10 anos. **Obs.** Sobre a necessidade de outras medidas de controle de prevenção, além da questão da vacinação, pois sabemos a importância do controle vetorial e o Programa de Saúde na Escola – PSE, já está realizando essa mobilização dentro das escolas. A questão de ampliação no momento, não intensificaremos a vacinação nesses 27 municípios, sendo importante que posamos garantir a 2ª dose desses adolescentes que já iniciaram a vacinação, pois somente assim observaremos o impacto da vacinação na redução de hospitalização, que esperamos reduzir em 90% da hospitalização desses adolescentes, desde que recebam a 2ª dose. **Vera** – sobre a proposta que está sendo apresentada, de manter o estoque nos 27 municípios que já estão sendo contemplados, permitindo a ampliação da faixa etária de 10 a 14 anos, para 6 a 16 anos e a 2ª opção de 4 a 59 anos. Acatamos a recomendação da Câmara Técnica? **Rilson** – Uma observação! O ideal seria que pudéssemos ter essas doses para mais municípios, mas entendemos que é uma limitação do Estado ao receber as doses do MS, e nessa situação não temos outra opção, inclusive por conta da logística desses deslocamentos, não é simples e sendo assim, essa será a nossa melhor opção no momento. **Lauro** – Essa estratégia é para evitar desperdício das vacinas, em vez de ir para o lixo, permitindo a ampliação de público-alvo, desde que se garanta a segurança. Há uma priorização de risco limitado, que pode ser ampliada. **Vera** – Karine, precisamos comunicar aos municípios, para que eles possam de uma maneira ágil, se fazerem uma reprogramação para utilização dessas doses que já se encontram nas salas de vacinação desses municípios. A CIB/CE aprovou a proposta de Remanejamento de “Doses da Vacina Contra a Dengue” no Estado, através da Resolução nº 54/2025. **Item 2. 4. Homologação da Resolução Nº 02/2025 da CIR Cariri, que trata da aprovação do Termo de Compromisso de Funcionamento da UPA 24h, de abrangência municipal, do município de Icó, que atende aos requisitos para o recebimento do repasse mensal do Ministério da Saúde para o seu custeio na Modalidade III.** **Luciana – Icó** – estamos refazendo o termo de funcionamento da UPA que aderiu a retomada de obras, e no documento inicial da construção a UPA é de porte 1, mas que pode pleitear até a modalidade de custeio 3 e estamos fazendo essa nova solicitação e como hoje a UPA tem capacidade de modalidade 5, mas pela diligência do MS ele pede que se retorne a proposta inicial de modalidade 3. Passou na CIR do Cariri e precisa da aprovação da CIB para que se dê continuidade a diligência e já estamos em funcionamento desde a epidemia. **Vera** - É uma mudança na modalidade da UPA, que se encontra em funcionamento para atendimento de uma diligência do MS, pois ela está com uma modalidade acima do que está em condição operacional. **Luciana** – Sim, no nosso plano ela está como modalidade 5. **Eva – CERUE** - O processo da UPA de Icó é porte I de opção de custeio 3, e inicialmente o município solicitou para ser alterado para 5, mas o MS orienta que se faça o processo de habilitação da unidade no porte e na opção do que ela está em proposta, para que posteriormente possa vir a reanalisar e fazer as alterações que sejam necessárias de opção de custeio. **Vera** – Então, não altera o Plano de Ação da Região do Cariri, sobre a questão do custeio, ele vai permanecer como opção de custeio 5?. **Eva** – Não, opção de custeio 3 de porte 1. **Vera** – Então, vai ter que modificar. **Eva** – Não tem problema, faremos o aditivo e essa justificativa. **Vera** – O fato dele passar para opção de custeio 3, ele vai retornar para a modalidade 2 e consequentemente vai ter que alterar o Plano de Ação da Rede da Urgência do Cariri. **Eva** – Complementaremos com a questão do aditivo. A CIB/CE aprovou a homologação da Resolução Nº 02/2025 da CIR Cariri, que trata da aprovação do Termo de Compromisso de

Funcionamento da UPA 24h, de abrangência municipal, do município de Icó, que atende aos requisitos para o recebimento do repasse mensal do Ministério da Saúde para o seu custeio na Modalidade III, através da Resolução nº 52/2025. **Item 2. 5. Homologação da Resolução Nº 45 da CIR Sobral, datada de 11 de dezembro de 2024, que trata da habilitação de 1 (uma) Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP Reabilitação), junto ao Ministério da Saúde, para atendimento à população do município de Poranga.** Ione – Está em conformidade com a Portaria, por ser um município menor de 20 mil habitantes, foi dado esse parecer favorável. Atende todos os critérios da portaria com os profissionais cadastrados no CNES e estando a equipe em funcionamento. A CIB/CE aprovou a Homologação da Resolução Nº 45 da CIR Sobral, datada de 11 de dezembro de 2024, que trata da habilitação de 1 (uma) Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP Reabilitação), junto ao Ministério da Saúde, para atendimento à população do município de Poranga. através da Resolução nº 53/2025. **Item 2. 6. Formalização das Resoluções Nº 49 a 51/2025 da CIB/CE aprovadas por Ad Referendum. Ano 2024:** As Resoluções Nºs (49 a 51). Vera Coelho, informou que essas Resoluções foram emitidas para atendimento das solicitações dos municípios em relação aos recursos de incremento temporário de custeio de média e alta complexidade. A plenária da CIB/CE acatou as Resoluções que foram emitidas por Ad Referendum: **Resolução Nº 49. Granja** - Aprovar por Ad Referendum a solicitação da Secretaria Municipal de Saúde de Granja de recursos federais adicionais de Incremento Temporário de Custeio das Ações e Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade, junto ao Ministério da Saúde, no valor de R\$ 7.965.866,41; **Resolução Nº 50 Fortaleza, Juazeiro do Norte, Crato, Caucaia e Maracanaú-** Aprovar por Ad Referendum a indicação dos municípios, por ordem de prioridade, sendo o primeiro designado como município prioritário e os outros quatro seguem por ordem de prioridade, para participarem do Projeto “Relatório Nacional sobre a Demência no SUS: prevenir, reconhecer e cuidar” (ReNaDe2), uma parceria do Ministério da Saúde (MS) com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), que tem como objetivo aprimorar estratégias de identificação e cuidado para pessoas que vivem com demência e seus familiares e **Resolução Nº 51 Bela Cruz** - Aprovar por Ad Referendum a solicitação da Secretaria Municipal de Saúde de Bela Cruz de recursos federais adicionais de Incremento Temporário de Custeio das Ações e Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade, junto ao Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.200.000,00. Vera – Essa solicitação já veio com a identificação de 9 municípios para a questão da pesquisa, mas solicitando da parte da CIB a identificação do município prioritário e a partir de um estudo feito com a própria comissão que elaborou a política estadual da questão do alzheimer e outras demências, que foram favoráveis à escolha do município de Fortaleza para ser iniciado essa pesquisa. Essas são as três resoluções que foram editadas por Ad Referendum que precisa de formalização na reunião de hoje. Kelly – Quem são os nove municípios? Vera – São os nove com população acima de 100 mil hab, sendo que na relação Iguatu consta nessa relação, porém pelo censo de 2022, Iguatu não está com população igual ou acima de 100 mil. Pelo estudo tanto desta comissão aqui do Estado, como da própria equipe da OKI, só poderia ser um município e a prioridade recaiu para o município de Fortaleza. Socorro Martins – O tema é muito importante e precisamos nos organizar para um futuro próximo. Já coloquei e confirmei a presença do município de Fortaleza e estamos aguardando somente as orientações. Franzé – Complementando essa demanda, a Dra. Vera, falou conosco que eles tinham feito essa solicitação de priorização e que precisaria de aprovação em CIB, e nós informamos que não teríamos como priorizar um município ou outro sem esses critérios técnicos e foi solicitada uma reunião, onde a Luciene estava como representante do Estado e estava presente também Dr. Norberto que nos auxiliou e orientou nas discussões com relação ao plano que foi aprovado há pouco tempo atrás, sendo que o Dr. Norberto faz parte e eles estabeleceram esses critérios técnicos e foi apresentado e nessa sequência tivemos Fortaleza como indicação. **EXTRA-PAUTA - Item 2. 7. Atualização da Resolução Nº 53/2022 da CIB/CE, que trata sobre os medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas.** Fernanda Cabral – COPAF –Esse assunto foi discutido amplamente com duas secretarias executivas; Secretaria- Executiva de Atenção e Desenvolvimento Regional e a Secretaria de Vigilância em Saúde. Hoje nós temos em vigência uma Resolução de CIB nº 53/22, que trata da organização e acesso a medicamentos para pacientes com infecção oportunistas, com 4 anexos: Normatização do acesso a medicamentos para tratamentos de infecções oportunistas relacionadas a AIDS e infecções

sexualmente transmissíveis com abordagem medicamentosa de eventos adversos relacionados à terapia antirretroviral. **No anexo I** dessa resolução, ele traz os 21 medicamentos que já se encontram no elenco da PPI, compra centralizada de medicamentos, e esperávamos que os municípios conseguissem se programar a contento a essa demanda de acesso a pacientes que tivessem alguma infecção oportunista, onde consiste o maior alvo da nossa proposta. Sendo – Fluconazol, itraconazol e sulfato + trimetoprina, constituem os principais esquemas terapêuticos para o tratamento dessas infecções oportunistas, onde os pacientes não conseguem ter acesso por meio da Atenção Básica dos municípios; **Anexo II** – na Secundária temos três medicamentos que compõem o esquema, Ciprofibrato, gabapentina e paracetamol; **Anexo III** - diz respeito ao nosso elenco estadual, são os medicamentos que são de responsabilidade restrita da SESA de fazer a compra e distribuição. Lembrando que, essa compra é restrita as UDMs (unidades prestadoras de medicamentos), que estão presentes nos SAIS, que são esses 10 medicamentos – anfotericina, hidroxizina susp. hidroxizina comp., loperamida, ácido fólico, ivermectina, clindamicina, levofloxacino, vitamina B6 e secnidazol, onde tem se conseguido também em nível de compra como em nível de logística se atender de forma satisfatória, sendo que esses do Anexo I, não estão aqui, **Anexo IV** – São medicamentos onde o serviço de atendimento fazem diretamente o pedido da demanda para o MS e esses medicamentos são todos possíveis de serem colocados, tipo o serviço do São José, ele não passa por nós da SESA, ele faz o pedido diretamente ao MS e é atendido de acordo com a condição e o tratamento preconizado pelo MS. São 4 anexos nessa resolução nº 53, onde diz respeito ao fluxo de acesso a alguns medicamentos, sendo que no anexo IV, ele na resolução tinha apenas 3 medicamentos - Benzilpenicilina benzatina, Benzilpenicilina cristalizada e doxiciclina e desde o dia dessa resolução foi ampliada essa possibilidade desses medicamentos serem pedidos diretamente ao MS e deverão ser entregue as unidades de saúde solicitante que são – Itraconazol, anfotericina, complexo lipídico, flucitosina, anidulafungina, isavuconazol e voriconazol. De acordo com os critérios definidos pelo MS, temos essa porta aberta em relação ao acesso a esses medicamentos. E após vários cálculos e análise da programação da PPI de todos os municípios do Estado, e junto com a análise da CEVI e identificado dentro do cinco, o nº de pacientes com CD4<200, 1039 pacientes, onde eles estratificaram quais seriam os números de pacientes para cada uma dessas infecções oportunistas como: criptococose, histoplasmose e pneumocystis jirovecii e com isso o medicamento mais utilizado nos esquemas terapêuticos é a sulfametoxazol + trimetoprima e outros dois medicamentos eles compõem o esquema baseado e dependendo de que infecção oportunista o paciente estiver naquele momento. Com isso eles colocaram vários esquemas e tivemos a missão de resumir esse quantitativo por ano de cada um desses medicamentos e o resultado foi: fluconazol 150mg- 23 mil, itraconazol 100mg- 31 mil e sulfametoxazol + trimetoprima- 800 mil comp/ano. Lembrando que, a proposta é que continue no mesmo fluxo, ou seja, mandando esses medicamentos especificamente para as UDMs(unidades dispensadoras de medicamentos). **Financiamento:** Para ampliação do elenco de 10 para 13 itens – Necessário financeiro de R\$ 174.390,50/ano, recurso proveniente da Resolução CIB/CE nº 52/2022 – Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais, proveniente do Fundo Nacional de Saúde (FNS), sendo repassado por meio do grupo de recursos “Vigilância em Saúde” valor anual de R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) para aquisição de medicamentos para infecções oportunistas, saldo financeiro de R\$ 210.000,00. Para manutenção da compra dos 10 itens pactuados na Resolução CIB/CE nº 53/2022, recurso do Tesouro Estadual - R\$ 116.683,00. O nosso pleito é que seja atualizado a Resolução da CIB nº 52, aumentando aqueles itens do MS da pactuação até hoje e principalmente ampliando esses 10 itens, visto que melhorará o acesso aos tratamentos prescritos dos pacientes com infecções oportunistas. **Dr. Lauro** – esse é um processo de anos e os pacientes que vivem com HIV e AIDS tem um risco maior de ter uma infecção oportunista, que são doenças que levam a óbitos, tirando a tuberculose que é a principal causa, essas outras também são causas de óbitos. **Condução** – subpopulação que tem o CD4 < 200 e tem comprovado por exame que sua defesa está baixa, esse paciente precisa tomar bactrim até a sua imunidade subir com a medicação para HIV, para evitar pneumocistose e neurotoxoplasmose que são infecções frequentes que levam esses pacientes a hospitalização. Tem uma outra população, que é aquela que já teve infecção oportunista, ou uma meningite, esses pacientes que já tiveram eles mesmo após tratados, eles precisam está fazendo a profilaxia secundária até sua imunidade subir e esses pacientes não conseguem ter acesso a essas medicações, somente durante a hospitalização, pois da porta do

hospital para fora a dificuldade é muito grande. Esse é um assunto que tem impactado em mortalidade pela AIDS e essa é uma oportunidade que a Fernanda está trazendo, de mitigar essa programática, permitindo com que essas pessoas saiam e sigam sua proteção no ambiente extra-hospitalar. **Ana Kelly – Russas** - Como é importante a fala do Dr. Lauro com relação à assistência e a escuta de todos os atores dentro do processo. Estamos vendo a importância da inclusão desses medicamentos e nós como assistência farmacêutica, sabíamos que era importante, mas não tínhamos financiamento e hoje temos esse financiamento. Sabemos que não é fácil para o município programar esses itens, pois não são itens baratos, tem um valor a mais e vocês não tem noção da importância desse assunto para esse acesso, mas só conseguimos enxergar, porque temos pessoas fora da assistência que estão hoje na gestão e entendem essa importância. É necessária a continuidade do tratamento e não se faz o tratamento sem a medicação. **Vera Coelho – Informação Complementar** – Há uma necessidade de que qualquer mudança de responsável pela gestão municipal, ela resulta numa necessidade de revisão na composição da CIR, já que na CIR todos os secretários da região entregam essa comissão, e para que tenha legitimidade o processo de pactuação, é necessário que ela esteja com a composição pactuada em CIB e a partir de agora iremos ter várias demandas de apreciação na CIB, sobre a composição desses colegiados regionais. A CIB/CE aprovou a proposta de Remanejamento de Doses das Vacina Contra a Dengue no Estado, através da Resolução nº 54/2025. **Item 2. 8. Alterações na Representação da CIR Fortaleza.** **Iracema – Secretaria-Executiva da SRFOR** – Tivemos duas alterações na Região de Fortaleza, e estávamos aguardando desde dezembro da nova coordenação da COADS de Maracanaú, que foi atualizada agora em fevereiro: **Estadual/COADS Maracanaú - Inclusão - Cláudia Renata da Silva e Municipal/Beberibe - Inclusão - Nerilene da Silva Nery e Exclusão - Rilson Sousa de Andrade.** A CIB/CE aprovou Alterações na Representação da CIR Fortaleza através da Resolução nº 56/2025 **Item 2. 9. Alterações na Representação da CIR Sertão Central.** **Vera Coelho**, fala da alteração que ocorreu na representação do município de Aiuaba, onde assume a secretaria Raiane Braga Araújo e agradecemos a Angelliny Brito Bastos Feitosa e no município de Quixadá, assume Rilson Sousa de Andrade e agradecemos a Francimones Rolim de Albuquerque. A CIB/CE aprovou Alterações na Representação da CIR Sertão Central, através da Resolução nº 57/2025. **Item 2. 10. Alteração na Representação da CIR Sobral.** **Ione**, tivemos apenas uma alteração no município de Santa Quitéria, onde assume Ana Patrícia Ximenes e agradecemos Nerilene Nery por sua colaboração. A CIB/CE aprovou Alteração na Representação da CIR Sobral, através da Resolução nº 55/2025. **Item 2. 11. Homologação da Resolução Nº 02/2025 da CIR Sobral, que trata da habilitação e financiamento da Sala de Estabilização do Hospital e Maternidade Dr. José Maria Leitão, do município de Novo Oriente, componente estratégico para a Rede de Atenção à Urgência e Emergência.** **Mônica – Sobral** – No primeiro momento foram 32 salas com o pedido de solicitação que passou na CIB em 12/12, e Novo Oriente não estava com todos os equipamentos, ele estava aguardando os equipamentos e não conseguiu entrar no primeiro movimento, somente após ser montada a sala de estabilização, foi solicitado a visita técnica da COAD de Crateús, que realizou a aplicação do checklist e foi constatado que tanto a estrutura física de equipamentos, como de recursos humanos estavam de acordo com a portaria, e nos enviaram toda a documentação com parecer técnico e relatório com fotos e declaração, constando que ela está de acordo com a portaria, além do parecer técnico, realizamos avaliação enquanto CORAN e aprovamos, considerando o que a Adriana havia colocado e toda documentação que chegou e que estava em inconformidade e encaminhamos para uma nova solicitação. Lembrando que ela está dentro das 135 salas de estabilização, consta plano da RUE e SRNOR e está toda em conformidade. **Eva** – Essa sala apenas não foi inserida via SAIPS no período até o final do ano, como também das 135 salas, somente 86 inseriram no plano, essa inserção nós aprovamos, porém não somos nós que inserimos, quem irá inserir no SAIPS será o município. Gostaria de solicitar a todos os superintendentes e secretários que possam inserir as propostas no SAIPS, mesmo que tenham algumas adequações a serem feitas. **Paula** – Já foi inserido no SAIPS. **Eva** – Esclarecendo as visitas do monitoramento das duas regiões de saúde, Litoral Leste e Sertão Central. O MS esteve aqui para fazer o monitoramento, pois foi o primeiro plano da região, são duas regiões novas e estivemos nas regiões Litoral leste e Sertão Central e dentro desse contexto o MS selecionou duas salas de estabilização e dois pontos de atenção do SAMU para visitar, pois o ponto focal nesse monitoramento eram as portas de entrada, os leitos de retaguarda e leitos de UTI, mas

343 fizemos apenas uma sala, não conseguimos fazer as duas, era uma em cada região, o que o MS
344 tinha preconizado. Foi uma amostra, para que o MS pudesse vê como se encontra o cenário das
345 salas de estabilização no Estado do Ceará, e conseguimos visitar apenas o município de
346 Banabuiú e colocamos para o MS que a as salas de estabilização no Ceará estavam todas no
347 mesmo padrão. **Airlene** – Sobre as salas de estabilização – Você tem previsão quando irá ser
348 efetuado esse repasse federal de custeio para as primeiras salas que já foram habilitadas, que já
349 enviaram documentação e já está tudo certo, você tem alguma previsão por parte do MS, quando
350 será esse repasse? **Eva** – Não temos, o MS esteve no Ceará apenas para fazer o monitoramento
351 dos dois planos e foram selecionadas duas salas para que ele tivesse visão de como funciona as
352 salas de estabilização no Estado do Ceará e eles estão trabalhando na questão do orçamento e
353 financeiro. Mas não sabemos qual o percentual que o MS vai pactuar de inicial. A CIB/CE
354 aprovou a Homologação da Resolução Nº 02/2025 da CIR Sobral, que trata da habilitação e
355 financiamento da Sala de Estabilização do Hospital e Maternidade Dr. José Maria Leitão, do
356 município de Novo Oriente, componente estratégico para a Rede de Atenção à Urgência e
357 Emergência, através da Resolução nº 58/2025. **Item 3. Informes. Item 3.1. Coordenadoria de**
358 **Monitoramento, Avaliação e Controle do Sistema (CORAC): Mudanças das normas**
359 **operacionais definidas pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento do Componente**
360 **de Cirurgias 2025 – Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE).** **Ana Paula** – Assessora
361 **técnica da COREG** – A nova Portaria do MS nº 6636 de 19/02/25, onde o Ceará permanece
362 com os mesmos valores de R\$ 52.122.456,21. **Vera coelho** – A Portaria anterior estabelecia que
363 os R\$ 8 milhões, está sendo deduzindo do limite definido para o Estado, é importante que os
364 gestores tomem conhecimento dessa decisão do MS, pois tem muita gente que, por causa da
365 informação do secretário da SAES, achava que estava recebendo um prêmio, e não é, é
366 exatamente um fomento que eles alocaram, que é os R\$ 8 milhões, mas que está sendo deduzido
367 do valor do limite do Estado. **Ana Paula** – Informar que os municípios já podem começar a
368 execução, e a produção e a execução já está disponível no IntegraSUS, e o dashboards para
369 possam visualizar a execução dos municípios. **Vera Coelho** – Esclarecendo! Esses outros
370 municípios que receberam fomento de R\$ 8 milhões, está sendo deduzido dos R\$ 52 milhões,
371 que é o do limite do Estado, nós teremos a mais R\$ 43 milhões, porém esses R\$ 8 milhões, o MS
372 inclusive já alocou em nível de limite dos municípios. **Breno** – já houve a pactuação e o MS
373 lançou essa portaria e a programação que foi feita para o mês de janeiro, fica validade e
374 seguimos a programação que fizemos em janeiro. **Vera Coelho** – "O Breno explicou que a
375 programação financeira para 2025 foi mantida nos mesmos valores estabelecidos inicialmente. A
376 dúvida era se as alterações feitas pela portaria anterior se qualificavam como fomento. No
377 entanto, agora está claro que os recursos alocados pela portaria anterior são de fato considerados
378 fomento e estão dentro do limite orçamentário para 2025". **Cíntia** – Percebemos que o limite é
379 estadual e a divisão que fizemos foi pela população, nós ficamos preocupados como será esse
380 controle, pois se o limite é estadual, quem faturar primeiro, utiliza o limite, além de que, o MS
381 colocou por procedimentos e não por valor. Precisamos fazer um controle e monitoramento
382 muito rígido dessa utilização. **Vera** – seria bom se a Melissa estivesse aqui, pois ela já faria uma
383 abordagem de como se dará essa questão do monitoramento, para que se possa ter informação do
384 desenvolvimento desse componente nos vários municípios, frente ao que está em programação,
385 para poder ir ajustando à medida que for identificado alguma distorção, porém a programação
386 inicial se mantém. **Breno** – Mantém a programação inicial, pois avançamos em relação ao
387 monitoramento que são os dashboards que disponibilizaremos para os municípios, para que eles
388 possam acompanhar a execução dos seus executores. Então, é fortalecer como está sendo a
389 programação e todos fazendo o monitoramento em conjunto. Ano passado tivemos problemas
390 com alguns municípios, que faturaram além do que era. **Breno** – "Entendo, mas estamos
391 buscando uma forma de oferecer transparência no acompanhamento para todos, que será um
392 trabalho conjunto de monitoramento." **Franzé** – compreendendo essa preocupação, e como o
393 Breno falou da necessidade desse trabalho em conjunto, nos já poderíamos convocar uma
394 Câmara Técnica, para se discutir tudo isso e definir quais serão os passos de monitoramento que
395 iremos utilizar. **Vera** – Franzé, você já poderá solicitar a Câmara Técnica, veja a melhor data
396 com Breno e a Melissa e vocês nos comunicam que faremos a convocação. **Sayonara** – Estou
397 preocupada somente com esse início, pois o recurso está em conta, essa 1ª etapa dos 30% e eu
398 pensei que já se podia repassar. Nós precisamos aguardar uma nota, para poder repassar esse
399 recurso para os que fizeram a programação das OCIs, como foi que ficou decidido? **Vera** – Não

400 é OCI, é o recurso de componente de cirurgia. O MS editou uma portaria anterior a 6.494/2024,
401 é um recurso que estão agora classificando como fomento, e que está sendo deduzido do limite
402 que está estabelecido para o Estado, para a questão do componente cirurgia. **Sayonara** –
403 Lembrando que ele deduziria do MAC. **Vera** – Caso não seja utilizado, ele será deduzido do
404 limite MAC dos municípios, onde foi creditado. Pelo que Ana Paula está colocando aqui, foi de
405 que, como a programação está elaborada e está pactuada em CIB e foi feita no valor dos R\$ 52
406 milhões, dividido por vários municípios, é que já poderá ser iniciada a realização da
407 programação do componente cirurgia 2025. Porém o Franzé de maneira prudente está
408 solicitando uma Câmara Técnica, para que todas essas questões sejam expostas e que nós
409 possamos está contribuindo para definir o passo a passo para iniciar essa programação de 2025.
410 **Sayonara** – "Gostaríamos que você nos orientasse sobre esses 30%, precisamos ainda
411 aguardar?". **Vera** – Não é nem 30%, porque varia muito de município para município, foi que
412 classificaram como fomento, mas não são os 30% de OCI. **Rilson** – "Dra. Vera, o que Sayonara
413 está falando é sobre o recurso do PMAE"? **Sayonara** – "Eu sei que isso se refere a cirurgia, mas
414 gostaria de saber sobre os 30%, se posso repassar agora. Por isso peço sua ajuda com relação a
415 esse assunto". **Breno** – na última quinta-feira, tivemos uma oficina com a participação do MS, e
416 o Aristides também esteve presente, onde fizemos um esboço de como seria todo o fluxo desde a
417 regulação até o faturamento. Podemos aproveitar esse momento que será utilizado para discutir o
418 monitoramento das cirurgias eletivas, talvez seja oportuno se fazer essa apresentação para os
419 integrantes da Câmara Técnica da CIB, A nossa orientação Sayonara, é que espere esses 30%
420 para que seja pactuado, e paralelo a isso estamos propondo algumas mudanças junto ao Fast
421 Médico, que precisa da validação de todos, e é importante que todos participem da Câmara
422 Técnica, onde apresentaremos o fluxo e veremos quais são os beneficiários que estão sendo
423 expostos nesse próximo momento. Acredito que marcando essa Câmara Técnica, com essas duas
424 pautas, conseguiremos fazer as duas coisas, mas é preciso aguardar, estamos correndo com as
425 pactuações, 1º com a policlínica para começar o programa, mas para os demais é preciso que
426 estejamos alinhados com todo esse fluxo da regulação até o faturamento, pois é importante, pois
427 é verba federal e estamos propondo algumas mudanças junto com o sistema, para nos dá uma
428 transparência e uma maior segurança. **Sayonara** - então, ficam os dois temas para Câmara
429 Técnica? **Breno** – sim. **Rilson** – inclusive, essa é uma preocupação nossa, o recurso já está em
430 conta e foi creditado na conta de custeio, onde todos movimentam diariamente. Temos explicado
431 aos municípios, que esse recurso não pertence ao município e que esse é um recurso regional e
432 específico, mas precisamos fazer essa Câmara Técnica e convidar inclusive esses municípios a
433 participarem, e Franzé precisamos mapear esses municípios que receberam esse recurso para que
434 eles possam participar e todos nós juntos alinharmos essa questão. **Vera** – você está certo Rilson,
435 pois é recurso em caixa. **Rilson**- sem falar que entraram gestores e prefeitos novos e esse recurso
436 foi depositado na gestão anterior e pode gerar algo na cabeça desses novos que entraram. **Breno**
437 – são 32 ou 31. **Vera** - são 31, e Rilson você tem razão, pois senão esse recurso, que está em
438 caixa ele pode utilizar em qualquer programação, o que não deve ocorrer, mas está sujeito a essa
439 fragilidade. Fechamos com a convocação da Câmara Técnica. **Vera**, "Rilson, convocamos as
440 duas Câmaras Técnicas ou apenas uma: a de gestão e regulação ou somente a de regulação?"
441 **Rilson** - convocar as duas e fazer no auditório da SESA após o carnaval. **Vera** – sim concordo,
442 no auditório da SESA e após o carnaval. **Item 3.2.Vaga Zero - Discussões na Câmara Técnica**
443 **da CIB/CE ocorrida no dia 11 de fevereiro de 2024.** **Vera**, outro informe que nós trazemos
444 para vocês é sobre as discussões na Câmara Técnica da CIB, sobre a questão de vaga zero, foi
445 um momento de muita discussão e se chegou a uma finalização, pelo menos em ponto de acordo,
446 de que o documento e a portaria, ela em si no seu conteúdo não havia nada contraditório em
447 termo do seu texto, a grande reclamação dos gestores é em relação à própria operacionalização
448 da regulação assistencial do SAMU, são questões voltadas às dificuldades operacionais, do que o
449 próprio conteúdo que está exatamente nessa portaria. Foi acordado se manter o texto dessa
450 portaria, mas com a necessidade de reuniões sistemáticas com a coordenação do SAMU
451 estadual, na tentativa de evitar que os problemas operacionais, cheguem a se acumular e a
452 dificultar a questão da regulação assistencial da urgência. **Franzé** – Nas falas e na composição
453 da redação das portarias, vimos que não tem divergência, a questão é a regulação do SAMU, as
454 dificuldades que os gestores encontram quando tem a necessidade de fazerem essa regulação,
455 seja em vaga zero ou em outros momentos, mas ficou clara a necessidade de se ampliar essa
456 discussão. **Airlene** – de fato o texto da portaria não diverge em relação à portaria anterior, exceto

457 que o fato da anterior especificava as condições e deixava claro, quais os agravos, mas na
458 redação da portaria ela incorpora os agravos citados na portaria anterior. Faz-se necessário
459 ampliar as discussões a respeito dessa portaria, pois temos uma dificuldade muito grande em
460 relação à regulação de pacientes. Somos um hospital de pequeno porte, com sala de estabilização
461 equipada e temos uma paciente que está há mais de 24h intubada na sala de estabilização e a
462 central diz que não tem leito e não tem perfil e segundo o médico regulador do SAMU, ela não
463 está enquadrada na portaria de vaga zero e o que nos preocupa é quantos dias essa paciente vai
464 aguentar ficar lá, pois o que temos visto é que os pacientes passam de dois a três dias nas salas
465 de estabilização intubada e evolui a óbitos e nada de sair vaga e nem se enquadram na portaria
466 de vaga zero, há necessidade urgente de uma discussão. Outro caso que necessita ser revisto é
467 que temos um paciente com fibrose pulmonar, o paciente foi alocado para o hospital César Cals,
468 tinha vaga de leito de pneumologia no hospital, mas o médico regulador nos pediu uma
469 gasometria, pergunto a vocês, desde quando gasometria faz parte da estrutura mínima de uma
470 sala de estabilização em hospital de pequeno porte? E alegando de que o paciente estava em
471 alto fluxo, sendo que o paciente estava no cateter nasal de quatro litros, não sei o que ele acha o
472 que é alto fluxo, pois cateter nasal de quatro litros não é alto fluxo. É um problema que nós
473 vemos que extrapola os muros da regulação da SESA, a questão de gestão de leitos, envolve a
474 questão de gestão de leitos dentro dos hospitais do Estado, essa é a realidade. Trabalho em
475 hospital terciário e vemos que um dos grandes gargalos é a gestão dos leitos hospitalares, onde
476 os leitos não chegam até a central do Estado. Não sei qual a estratégia que a SESA vai utilizar
477 para melhorar essa questão dos leitos hospitalares, o fato é que existe esse problema e que
478 precisa ser adotado algumas estratégias junto a esses hospitais do Estado para melhorar isso, os
479 leitos são poucos, mas sabemos que tem leito, a questão é a gestão dos hospitais na oferta desses
480 leitos, pois como é que um médico pede uma gasometria de um hospital de pequeno porte de um
481 paciente que precisa ser transferido, ele não sabe que um hospital de pequeno porte não tem
482 gasometria, e a paciente está lá há mais de 24 h intubada na sala de estabilização, tudo isso é
483 muito angustiante. **Dr. Nilson Mendonça Filho- Superintendente do Samu 192 Ceará**, na fala
484 da Airlene foi colocado questões que são diferentes como: 1º a questão de ser realmente ou não
485 uma vaga zero, nós podemos evoluir nessa discussão, mas a grande dificuldade que temos é que
486 com a ausência de vaga de UTI, se busca muito que o SAMU consiga um leito para esse
487 paciente e infelizmente não temos como realizar esses processos, até buscamos ajuda, mas essa
488 busca final da vaga, cabe para a central de leitos. A questão de vaga zero existe em situações do
489 tipo: o paciente que é grave, que há risco eminente de morte, se não for resolvida sua situação ou
490 é um caso de UTI que não há tempo de resposta dependente, é aceitável e entendemos a angústia
491 de quem está no interior com esse paciente grave na sala de estabilização, mas é justamente por
492 isso, que precisamos que tenha uma sala de estabilização equipada, para que se consiga dar
493 suporte a esse paciente até que se consiga um leito de UTI. O SAMU está para ajudar e dialogar
494 e qualquer dificuldade que fure o fluxo correto desse processo pode entrar em contato com a
495 coordenação do SAMU, para poder tentar sanar qualquer tipo de erro ou vício que esteja
496 acontecendo, para corrigir e acabar com qualquer dificuldade que possa vir a acontecer.
497 “Lembrando que isso não é uma orientação que parte da gestão, nós queremos tornar o SAMU
498 mais acessível, sem dificuldades e qualquer tipo de situação que venha acontecer, pode
499 oficializar ao SAMU para que possamos conseguir tirar qualquer tipo de situação, e educar
500 melhor nossos profissionais”. **Lauro Vieira – Secretário-Executivo SESA**, quero validar a fala
501 da Airlene, concordamos com o que você falou, você também está validando o que nós
502 pensamos, são tantas variáveis, é uma cortina de fumaça, que até parece que estamos
503 alimentando essa cortina de fumaça, hoje temos uma problemática relacionado a vaga zero, que
504 não tem controle e fica a cargo de quem quer dizer o que é vaga zero e a portaria vem para sanar
505 e já estamos conseguindo responsabilizar o SAMU por eventuais situações, “é como o Nilson
506 falou”, se ele não ficar sabendo ele não consegue ter atuação. Lembrando que, há uma
507 necessidade de priorização e matriciamento que é o Breno que toma conta disso, e que varia
508 muito de plantão para plantão, tanto dentro da secretaria, onde tem equipes que priorizam esse
509 paciente que está na sala de estabilização com estresse e dentro dos hospitais também. Na sexta-
510 feira tivemos uma reunião com os diretores de unidades na SESA e colocamos a importância de
511 que os hospitais tenham uma padronização para aceitar esses pacientes, pois tem hospitais que
512 diz vou discutir o caso com o chefe de unidade, com a CCIH e tem outros hospitais que não, já
513 falam que esse paciente pode vir para o hospital, então, já estamos em movimento de

514 padronização e o 2º parceria com hospitais com os quais não contávamos até recentemente por
515 questões diversas e também o aumento da oferta de leitos, facilita abarcar esses pacientes graves.
516 Tivemos alguns exemplos recentes de situações envolvendo pacientes graves que eram vaga
517 zero, e não era vaga zero, e tivemos que dar tratativa. **Tânia**- colaborar com que o Lauro e o
518 Rilson falaram, e dizer que precisamos nos comunicar mais, pois existem situações que fogem
519 ao nosso controle, temos trabalhado muito para padronizar as ações da regulação, mas temos
520 algumas situações que são diferentes onde precisamos ligar para o chefe da regulação, pois se
521 abrir essa vaga e o paciente precisava e o médico pediu exame, que não temos no município,
522 pode ligar para o Breno da regulação para saber o que está acontecendo, pois estamos aqui para
523 ajudar. Temos trabalhado muito para a questão dos núcleos de regulação dentro dos nossos
524 hospitais, pois se não tivermos uma padronização, variará de pessoa para pessoa, até mesmo
525 dentro da nossa central de regulação, mas é preciso que esta situação, como a que a Airlene
526 colocou hoje aqui, chegue até nós, para pudermos tomar providência. A regulação é o coração da
527 SESA, entretanto são muitas demandas, as vagas são finitas, esperamos aumentar agora em
528 março, mais leitos com o hospital universitário e trabalhar mais redes com Fortaleza, além de
529 Fortalecer a regionalização para que o paciente fique na sua região, mas existe situações
530 pontuais que é necessário conversar e dialogar para se tentar resolver. **Vera** – “citando Dra.
531 Tânia”, na reunião da Câmara Técnica, a portaria foi aceita, desde que mantivesse o texto que já
532 estava contido e publicado e ficou claro de que precisamos ter um cronograma da própria
533 Câmara Técnica de Regulação, para poder tratar dessas questões operacionais da regulação
534 assistencial de urgência e também de regulação de rotina. **Eva** – discutimos muito essa portaria e
535 fico feliz que está tudo bem com o que consta na portaria, porém esses pontos de discussão são
536 importantes e nós termos um cronograma, tendo em vista que, enquanto urgência, tenho acento
537 nessa Câmara Técnica, que se façam essas pontuações, essa sensibilização sempre que
538 necessário, mas se puder ter um cronograma já fixo para todas as vezes que acontecer essas
539 discussões, principalmente com a questão da vaga zero, pois o intuito é sanar todas as dúvidas e
540 questionamento dessa portaria e que ela siga de acordo com a central de regulação de urgência
541 que é o nosso maior observatório de rede e também com as unidades, se conseguirmos alinhar
542 isso de um formato casado, já vamos evoluir muito e como Dra. Tânia pontuou, é sempre
543 estarmos em sintonia em relação a questão “com a central de leitos em alguma dificuldade”.
544 **Airlene** – complementando a fala da Dra. Tânia em relação aos núcleos internos de regulação,
545 os NIR que os hospitais terciários têm. Não entendo porque os NIR têm médicos, faz parte da
546 composição da equipe do NIR médico para regular e dentro dos hospitais existe a divisão de
547 setores tipo: a pneumologia tem quem manda nas vagas a bariátrica e a obstetrícia também tem
548 quem manda nas vagas, ou seja, o médico que está lá regulador do NIR do hospital, não tem
549 autonomia, ele vê o leito vago, tem o leito vago e ele não tem autonomia de disponibilizar o leito
550 para a central de regulação do Estado dentro da unidade, precisa pedir uma segunda autorização,
551 é muita dificuldade. Isso precisa ser revisto, para que está o médico dentro do núcleo interno de
552 regulação, se ele não tem nenhuma autonomia para disponibilizar nenhum leito dentro da
553 unidade hospitalar. **Rilson** - acho importante nós retornarmos as discussões dentro da regulação,
554 sei que foi complicado no ano de 2024, o período eleitoral, uma série de dificuldades que os
555 municípios tiveram e também a composição das equipes, mas agora já podemos retomar
556 mensalmente essa discussão dentro da Câmara Técnica de Regulação. Sugestão! Que no dia que
557 for agendar essa reunião para o período da manhã que no período da tarde já iniciar essa
558 discussão da regulação, e a sua participação Airlene nela é de fundamental importância, pois
559 você faz parte desse processo muito fortemente, por ser um profissional da saúde que convive e
560 conhece a problemática muito mais a fundo do que nós até que somos gestores que também
561 conhecemos, mas que não estamos inseridos dentro do contexto como você que está aí, na sua
562 profissão enquanto enfermeira plantonista. Então, podemos já agendar nesse mesmo dia que
563 fosse se fazer pela manhã essa questão das eletivas e no período da tarde tratar da regulação e
564 que fosse uma Câmara Técnica com mais frequência. Lembrando que, não foi a SESA que não
565 quis fazer e sim os municípios que tiveram dificuldades no de 2024, mas esse ano
566 conseguiremos nos organizar e que seja uma Câmara Técnica mais frequente, como a da
567 Assistência Farmacêutica que é um exemplo de Câmara Técnica para todos nós. **Jefferson**
568 **Oliveira Diretor Técnico – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência** - é produtivo alocar o
569 paciente do grupo de perfil que ele está, e não confundir ele com outro grupo de perfil, ou seja, é
570 vaga zero ou não é vaga zero, pois se diminui as variáveis e consegue dar uma plano de ação

571 para resolver a demanda do paciente de forma mais adequada e não distorcer o paciente, porque
572 ele precisa, um paciente de UTI ele vai ser vaga zero se ele não precisa estar em vaga zero, é
573 produtivo evoluirmos nesse sentido. **Vera** - sobre esse informe, nós temos a compreensão de
574 que a portaria de vaga zero se mantêm, mas há necessidade de que as questões operacionais,
575 possam ser tratadas de maneira regular, e para isso Rilson, o Franzé já assumiu o compromisso
576 de apresentar para nós, a primeira solicitação de reuniões sobre as questões das cirurgias e
577 também sobre as OCIs. **Rilson** – gostaria de sugerir uma data, acho que quarta-feira, dia 12/03,
578 poderá ser uma boa data. **Vera** – vamos fazer um cronograma e ele manda uma proposta e nós
579 analisamos com os pares. **Tânia** – estamos trabalhando em relação aos núcleos internos de
580 regulação, e sobre os pontos que Airlene colocou, ela tem razão, os médicos da regulação eles
581 tem autonomia sobre os leitos. Alguns pontos são questionados na regulação, pois não são uma,
582 duas ou três vezes, que o paciente vem com o diagnóstico e quando chega é outro diagnóstico
583 totalmente diferente, mas isso é algo que trabalharemos nas reuniões de regulação, para que se
584 chegue a um consenso. **Socorro** – a Airlene falou muito bem sobre os Núcleos Internos de
585 Regulação, encontramos no município de Fortaleza, nos nossos hospitais secundários com uma
586 grande quantidade de profissionais médicos no Núcleo Interno de Regulação, onde tínhamos um
587 hospital com 12 médicos na escala dos Núcleos Internos de Regulação. Nos reunimos e
588 discutimos, pois já tinha um manual do próprio município divulgado, onde dizia que não era
589 necessário ser médico, poderia ser uma enfermeira capacitada, que nos ajudaria no Núcleo
590 Interno de Regulação, pois entendemos que a regulação já é feita pela Central de Regulação,
591 onde o profissional que esteja no núcleo no momento, ele tem os procedimentos e as normas que
592 precisam ser cumpridas. A experiência que tive no hospital de Messejana, não era médico no
593 Núcleo Interno de Regulação era um grupo de enfermeiras, que era capacitada por nós e elas
594 tinham todo o conhecimento desses protocolos e acho que com isso agregou valores. Item **3.3.**
595 **Termo de Ciência sobre o Plano Operacional do município de Crateús sobre a Política**
596 **Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, junto ao MS.**
597 **Vera** – essa política não exige aprovação de CIB e sim que a presidência da CIB manifeste
598 conhecimento a respeito dessa solicitação do município e foi elaborado esse termo de ciência,
599 onde foi assinado pela presidente da CIB Dra. Tânia e pelo vice-presidente Rilson. **Fernanda** –
600 Atenção! A programação da PPI encontra-se aberta e será finalizada “no dia 5 às 11 h”, sendo
601 um pleito dos municípios, “mas precisamos fechar nessa data para não atrasar o cronograma”.
602 **Rilson** – como é importante a participação dos membros da CIB, para se discutir e debater com
603 o Estado. **Ana Kelly** – não foi retirado de pauta a questão do SUS Digital, porque o MS não
604 editou ainda a portaria de valores, não foi isso Dra. Vera? **Vera** – Sim, é isso mesmo, foi
605 solicitado pela Dra. Melissa. **Ana Kelly** – tinha entendido quando estava fazendo nosso plano
606 que tinha que enviar e pensei como vou planejar algo se não tenho o valor, fiz esse
607 questionamento! Então, vamos ficar parado ou passo nas nossas CIRs, pois temos uma CIR
608 extraordinário para aprovar o nosso plano, mas fizemos sem ser baseado em valores. **Vera** - o
609 MS está fazendo umas demandas e depois reconduz, não dá todos os subsídios. Pedirei a Dra.
610 Melissa para fazer uma nota orientadora para vocês em relação a esse processo. **Rilson** –
611 Lembrar aos nossos secretários de saúde, que as inscrições para o nosso congresso está aberta,
612 começará no sábado no site do COSEMS/CE para o congresso que terá início “no dia 23/03” e
613 os secretários são isentos. **Dra Vera Coêlho** agradeceu a participação de todos, nada mais
614 havendo a tratar a plenária da Comissão Intergestores Bipartite deu por encerrada a 2ª Reunião
615 Ordinária de 2025 do referido Colegiado, cuja Ata foi lavrada por mim, Vera Coêlho. Fortaleza,
616 vinte e quatro do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte e cinco.