

ATA DA 5ª ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA DO COSEMS/PB DE 2019

1 Aos dias nove do mês de setembro de dois mil e dezanove, às nove horas, no Auditório de Reuniões
2 da Sede do COSEMS/PB, situado na Av. Nego, nº 574 – Bairro: Tambaú – João Pessoa/PB, CEP:
3 58.039-101- Telefone: (83) 3024-0247, foi realizada a 5ª Assembleia Geral Ordinária do COSEMS-
4 PB para o ano de 2019 que contou com a presença de gestores municipais de saúde da Paraíba,
5 técnicos municipais de saúde, convidados da Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB e demais
6 participantes que firmam a lista de presença em anexo, a qual é parte integrante da presente Ata. A
7 convocação teve como ponto de **pauta: ITEM 1. APRESENTAÇÃO/PACTUAÇÃO: a)**
8 **Aprovação da Ata da 4ª Assembleia do COSEMS-PB/2019 – Sra. Dáfia Vicente Izidoro**
9 **(secretária do COSEMS-PB); b) Apresentação sobre o 1º Fórum de Telemedicina e Telesaúde**
10 **na Paraíba – Sr. André Valentim; c) Apresentação do Projeto FortaleCIR – Sra. Soraya**
11 **Galdino (presidente do COSEMS-PB); d) Monitoramento das Cirurgias Eletivas - Sra.**
12 **Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena (GERAV/SES-PB); e) Situação dos exames de**
13 **mamografia na Paraíba – Sra. Fátima Moraes (Coordenação Saúde da Mulher/SES-PB); f)**
14 **Apresentação da Carta da Paraíba 2019 como encaminhamento do III Congresso Paraibano do**
15 **COSEMS-PB e IV Seminário Gilson Carvalho 2019 - Sra. Soraya Galdino(presidente do**
16 **COSEM/PB); g) Minuta da nota técnica conjunta COSEMS/PB e SES/PB que estabelece**
17 **critérios para aquisição de câmaras refrigeradas para a sala de imunização nos municípios –**
18 **Sra. Talita Tavares – Gerente Executiva da Vigilância em Saúde/ SES-PB; h) Situação do**
19 **Sarampo na Paraíba – Sra. Talita Tavares - Gerente Executiva da Vigilância em Saúde/ SES-**
20 **PB e INFORMES: 1) Grupo Condutor da Pessoa com Deficiência; 2) Curso de Especialização**
21 **em Saúde Pública; 3) Cadastro dos gestores no ProgramaSUS – GEPLAG/SES-PB. A Sra.**
22 **Soraya Galdino de Araújo Lucena, gestora de Itabaiana e Presidente do COSEMS-PB, abriu**
23 **oficialmente a assembleia, agradecendo a presença dos gestores, técnicos municipais de saúde e**
24 **convidados. A Sra. Soraya solicitou aos gestores que estavam presente e que compõem a Diretoria**
25 **do COSEMS/PB que se apresentassem na assembleia. A Sra. Ceciliana Chumacero gestora do**
26 **Município de Santa Luzia cumprimentou a todos, falou um pouco sobre seu trabalho a frente da**
27 **comissão do Plano de Educação Permanente que foi finalizado no ano de 2018 e que deverá ser posto**
28 **em execução, como também a sua participação na Comissão de Cuidados à Pessoa com Deficiência,**
29 **ressaltando a responsabilidade de fazer parte da diretoria do COSEMS/PB representando os 223**
30 **municípios paraibanos e das Comissões de Trabalho Estadual a qual faz parte como representante**
31 **deste Conselho, após a fala da gestora foi passada a palavra ao Sr. Onofre Ferraz Júnior gestor do**
32 **Município de Princesa Isabel que cumprimentou a todos, corroborando com a fala da colega**
33 **Ceciliana, expressou gratidão por fazer parte da diretoria e ressaltou a importância da presença mais**
34 **assídua dos gestores municipais nas Assembleias e eventos do COSEMS onde é importante a**
35 **participação de todos nas discussões pertinentes a saúde nos municípios paraibanos. Ao término dos**
36 **cumprimentos a palavra foi passada a Sra. Soraya Galdino que após as boas vindas e agradecer a**
37 **presença de todos, iniciou a assembleia pelo **Item 1. letra a) Aprovação da Ata da 4ª Assembleia****
38 **do COSEMS-PB / 2019; a qual confirmou que todos os gestores receberam a referida ata por e-mail**

39 e leram, e sendo assim, aprovada sem retificação nem observações por unanimidade. A Sra. Dáfia
40 Izidoro secretária do COSEMS/PB, fez uma fala solicitando a todos que ao se pronunciarem na
41 assembleia que usem o microfone e se identifique através do nome, município e tema que está
42 discutindo para que conste neste documento a identificação dos participantes. **Item 1. letra b)**
43 **Apresentação sobre o 1º Fórum de Telemedicina e Telesaúde na Paraíba – Sr. André Valentim;**
44 como o responsável pela empresa que faria a apresentação ainda não estava presente na assembleia a
45 Sra. Soraya deu andamento aos trabalhos. Nesse momento a Sra. Soraya inverteu a ordem da pauta
46 para dar prioridade aos convidados da SES/PB tendo em vista os mesmos terem que retornar a
47 SES/PB para dar andamento os preparativos da reunião da CIB que seria logo mais à tarde, de forma
48 que foram iniciadas as discussões pela letra **d) Monitoramento das Cirurgias Eletivas - Sra.**
49 **Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena (GERAV/SES-PB);** iniciou sua fala apresentando a
50 Proposta para Cirurgias Eletivas 2º Semestre, através da Portaria GM nº 1.996, de 26 de Julho de
51 2019 que prorrogou a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no
52 âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), onde em seu Art. 1º explica que: “Fica prorrogada, até a
53 competência dezembro de 2019, a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos
54 Eletivos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. No caso da Paraíba, com uma população
55 absoluta de 4.025.558 e população relativa de 1,94% o valor foi de (R\$) 1.938.524,51, esse valor. Na
56 última CIB nº 95 de 08 de agosto 2019 foi apresentado o rateio desses Recursos Financeiros que no
57 primeiro semestre tinham outros executores, mais por falta de apresentação de produção, foi
58 deliberado na última CIB o repasse dos recursos que iriam para outros gestores, ir para gestão
59 estadual. A gestão estadual ficou com o recurso para o segundo semestres de 1.086.552,64. Os
60 recursos foram divididos da seguinte forma: Gestor Executante: Campina Grande; Recurso
61 Financeiro: 282.071,50 – Percentual: 14,55%. Gestor Executante: João Pessoa; Recurso Financeiro:
62 569.900,29 – Percentual: 29,40%. Gestor Executante: Gestão Estadual; Recurso Financeiro:
63 1.086.552,64 - Percentual: 56,05%. Total: 1.938.524,51 – Percentual: 100%. A Sra. Carolina
64 apresentou a proposta/execução do recurso da gestão estadual para 12 hospitais regionais para
65 executar esses procedimentos. Hospitais Executantes: Hospital Regional de Guarabira –
66 Guarabira/PB (2ª RS); Hospital Regional Dr. Felipe Thiago Gomes – Picuí/PB (4ª RS); Hospital
67 Regional Santa Filomena – Monteiro/PB (5ª RS); Hospital Sinhá Carneiro – Santa Luzia/PB (6ª RS);
68 Hospital Distrital de Itaporanga Dr. José Gomes Da Silva – Itaporanga (7ª RS); Hospital Regional
69 Dr. Américo Maia de Vasconcelos – Catolé do Rocha/PB (8ª RS); Hospital Regional Deputado José
70 De Sousa Maciel – Cajazeiras/PB (9ª RS); Hospital Regional Deputado Manoel Gonçalves de
71 Abrantes – Sousa/PB (10ª RS); Hospital Regional Sebastião Rodrigues de Melo – Itabaiana/PB (12ª
72 RS); Hospital Senador Rui Carneiro – Pombal/PB (13ª RS); Hospital Geral Dr. Patrício Leal Melo –
73 Queimadas/PB (15ª RS); Hospital Geral Antônio Hilário de Gouveia – Taperoá/PB (16ª RS). Após
74 apresentação da lista dos hospitais, o tema mais importante discutido foi à questão da lista a ser
75 considerada de cirurgia eletiva, a Sra. Carolina explicou que foi considerada a lista que os municípios
76 enviaram recentemente, a qual foi solicitada pelo setor da GERAV/SES-PB através de ofício para
77 serem enviadas até agosto/2019 tendo esse prazo já ter sido prorrogado por solicitação em CIB. Essa
78 lista será considerada para cirurgias eletivas do segundo semestre/19. Foram feitas reuniões com

79 todos os gerentes regionais e com os hospitais executantes, onde foram apresentados aos presentes os
80 nomes dos municípios que não tinham enviado a lista com os pacientes, e alguns gerentes
81 questionaram que entre os municípios que constam como não enviado, eles estavam reconhecendo
82 que alguns tinham enviado sim, sendo explicado que nesse caso alguns municípios que não contavam
83 como enviado, teriam encaminhado a lista para o COSEMS e não para o setor de regulação da SES
84 que é o setor competente. Por esse motivo, houve mudança na lista, sendo a mesma atualizada após
85 esses questionamentos. Foi informado que no momento temos 192 municípios que enviaram, estando
86 no momento 31 municípios sem o envio, podendo haver mudanças no quantitativo tendo em vista
87 alguns terem enviado posteriormente e possivelmente esses dados mudem um pouco, a Sra. Carolina
88 disse que levaria a informação completa com os dados mais recentes na reunião da CIB á tarde. No
89 caso, quem não enviou a lista, estará fora da estratégia desse semestre que foi consolidada a partir das
90 enviadas pelas Secretarias Municipais de Saúde – SMS, no mês de agosto ao Complexo de Regulação
91 Estadual. O perfil da lista, nós tivemos 50% da lista de cirurgias da visão, em sua maioria catarata, o
92 que foi solicitado aos municípios a demanda reprimida, vários municípios enviaram apenas cirurgias
93 de catarata, que não era essa a proposta, era mandar a demanda toda para saber qual a necessidade
94 dos municípios e do Estado. O perfil é 50% das cirurgias eletivas são do aparelho da visão e as outras
95 que em média são cinco mil cirurgias, prioritariamente: cirurgias gerais, ortopedia, otorrino, são esses
96 os maiores solicitantes maiores grupos de cirurgias da nossa lista. A palestrante informou que os
97 responsáveis pelos hospitais foram convidados para uma reunião onde foi tratada qual a meta que
98 cada hospital teria para cumprir esse segundo semestre de acordo com a capacidade que eles têm, dos
99 cinco mil, aproximadamente, dos procedimentos que foi recebido, a nossa rede/capacidade
100 operacional é de mil e quatrocentas cirurgias para o segundo semestre de 2019. A Sra. Carolina disse
101 que mediante essa capacidade está sendo pensada uma estratégia no Estado para ampliar o acesso dos
102 usuários as cirurgias no semestre, tendo em vista chegar apenas a 28% da demanda recebida dos
103 municípios. Foi informada pela palestrante que mediante relato na última CIB, inclusive havendo
104 questionamento da presidente do COSEMS/PB Sra. Soraya Galdino sobre a troca da lista dos
105 usuários, ficou definido para no segundo semestre o setor da GERAV/SES-PB encaminhar aos
106 Hospitais/Gerências Regionais com cópia aos secretários municipais de saúde, o quantitativo e lista
107 de pacientes com programação das cirurgias para providências e organização do pré-operatório e
108 transporte. Será permitida a troca de usuários da lista única desde que tenha o manifesto do respectivo
109 gestor municipal através de ofício endereçado à GEROREG/GERAV/SES-PB, solicitando a troca
110 desse usuário, a GERAV quando tiver informações de quantas cirurgias serão feitas na semana, será
111 enviado para os hospitais executantes, gerentes regionais com cópia para os gestores de saúde via e-
112 mail o quantitativo e a lista dos pacientes com a programação das cirurgias para que os mesmos
113 possam providenciar o pré-operatório e programe o transporte desse usuário ao hospital, de forma
114 que a contrapartida dos municípios será a realização dos exames pré-operatórios e o transporte dos
115 usuários até o hospital executante. Para a estratégia do segundo semestre de 2019, as cirurgias do
116 aparelho da visão da gestão estadual serão realizadas apenas onde não fora atendido na estratégia
117 anterior: Pombal, Queimadas, Picuí, Cajazeiras e Cabedelo. Edital de credenciamento já está na etapa
118 final e breves será disponibilizado. Em cima da capacidade desses credenciados pode ser que sejam

119 ampliados os municípios, se houver também tempo possível tendo em vista que o prazo é até
120 dezembro de 2019 para execução do recurso. Após a apresentação a Sra. Soraya abriu oportunidade
121 para que os gestores presentes se pronunciassem no caso de dúvidas. A Sra. Ana Paula Barbosa
122 Oliveira Morato, gestora do município de Monteiro, da quinta região de saúde, com 17 municípios,
123 relatou que o município de Monteiro foi contemplado na portaria 2017 na segunda etapa com 418
124 procedimentos, onde desses, 350 são cirurgias de catarata, porém o hospital que iria executar
125 informou que quem foi contemplado na primeira etapa não vai poder fazer os procedimentos agora,
126 sendo que essa não é apenas a realidade do município de Monteiro, acreditando a mesma que o
127 COSEMS vai assegurar para os municípios. Porém, de todos, iremos sair muito prejudicado, porque
128 de mais de 1.200 procedimentos da região supomos que 800 procedimentos sejam de catarata, de
129 forma que não executaremos quase nada, tendo em vista não executarmos ortopedia e quase nunca
130 somos contemplados em Campina Grande e João Pessoa, desta forma Monteiro será muito
131 prejudicado, de forma que solicito se tem a possibilidade de rever essa situação, completou a gestora.
132 Em resposta a questão da gestora, a Sra. Carolina informou que essa pauta já tinha sido deliberada na
133 ultima CIB e não tinha no momento outra visibilidade quanto à questão levantada pela gestora, porém
134 provavelmente o Estado vai conseguir ampliar a parte de oftalmologia, mais no momento não, e aí a
135 ideia é atender a todos da região ou onde não tenha hospital executante, mas que perpassam a região,
136 os usuários da região serão atendidos no hospital mais próximo. Dando continuidade aos
137 questionamentos, Sra. Eliane Conceição Lima de Andrade, gestora de Alagoa Nova, fez uso da
138 palavra perguntado se o seu município estava na lista. A Sra. Carolina disse que no momento não tem
139 essa informação, mais que poderia informar na reunião da CIB que seria logo mais as 14:00 horas os
140 nomes dos municípios que não constam na lista. A Sra. Soraya questionou a Sra. Carolina sobre os
141 pontos apresentados pela gestora de Monteiro: Nesse caso, os procedimentos não seriam executados
142 no hospital em Monteiro? A Sra. Carolina respondeu que a parte de Oftalmologia era o que não estava
143 previsto para ser executado no hospital daquele município. A parte oftalmológica está prevista para
144 Piancó, Cabedelo, etc., ou seja, os municípios que ainda não fizeram os procedimentos. A Sra. Soraya
145 relatou que tinha sido falado que os municípios que não pudessem fazer ortopedia continuariam com
146 a parte de oftalmologia, por que no caso de Monteiro não haverá benefício quanto ao procedimento
147 em ortopedia. A Sra. Carolina explicou que no caso levantado não há nenhuma demanda de otorrino,
148 de cirurgia geral. Mas que a lista enviada pelos gestores/região será analisada como a região foi
149 estruturada. A Sra. Soraya ressaltou que ultimamente faziam-se procedimentos de oftalmologia, não
150 estava tendo um olhar diferenciado para outros tipos de cirurgia, de forma que as cirurgias eletivas
151 nesse caso estavam parecendo como se fosse um “mutirão da catarata” e não outros procedimentos,
152 foram os gestores mesmos que pediram esse olhar diferenciado neste restante de meses do ano para
153 poder visualizar outros procedimentos, tais como os de otorrino, cirurgia geral que já não estavam
154 conseguindo fazer, a partir da finalização nós veremos no próximo ano, o próximo recurso à
155 possibilidade de voltar a dar mais ênfase aos procedimentos de catarata novamente. Eu aconselho a
156 todos os gestores que enviem a lista de substituição e já prepare esses pacientes que estão na lista,
157 pois tem casos que o paciente só é avisado 08 dias antes do procedimento e, nesse caso, muitas vezes
158 não dá tempo do paciente fazer todos os exames pré-operatórios necessários. Enviou a lista com a

159 relação, já deixem o paciente avisado para que ele possa fazer todos os exames e assim fazer a cirurgia
160 na data agendada, pois corre o risco do município perder a vaga, porque não deu tempo do paciente
161 ficar pronto para o procedimento. A Sra. Carolina se colocou à disposição para ouvir dos gestores
162 qual tempo eles levam para preparar um paciente, no caso de cirurgia geral, com os exames, para que
163 possa enviar com antecedência necessária, tendo em vista a lista já está consolidada. A Sra. Márcia
164 Lúcia de Souza Lima, gestora do município de Várzea/PB e presidente da CIR de Patos, fez uso da
165 palavra, relatando o seguinte: Que naquela região, muitos municípios tiveram problemas e
166 reclamaram que tinham enviado a lista e não estavam sendo contemplados, e outras queixas são em
167 relação à demanda, a gestora deu um exemplo: “se eu tenho uma demanda de 26 cirurgias de catarata
168 e para o meu município só são disponibilizadas 05 vagas”, esse problema aconteceu também. E
169 continuou: Uma terceira questão diz respeito às cirurgias gerais que não estão contempladas na rede,
170 como por exemplo: no caso da ortopedia, temos demanda de ortopedia desde a primeira etapa e não
171 vem sendo contemplado, a questão de otorrino também e até de oftalmologia com a questão do
172 *Pterígio* ocular que desde a primeira etapa que os municípios têm essa demanda, porém não estão
173 sendo contemplados (ciente de que não consta na portaria), e não temos como tirar essa questão das
174 discussões. Em resposta a Sra. Carolina explicou que no primeiro semestre ela não foi contactada
175 pessoalmente, porque não estava trabalhando a frente da GERAV, mas de toda forma enquanto
176 SES/PB ela estava na responsabilidade de dar uma resposta. Ela disse que ouviu dos gestores relato
177 de algumas dificuldades, em relação ao número por município, temos pactuado 1.400 procedimentos
178 com os hospitais e gerentes para ser cumprido, são 1.400 em todo o Estado e, nesse caso, quando vai
179 regionalizar e dividir por municípios, realmente essa cota não se pode intervir por se tratar de uma
180 decisão que deve acontecer em CIR, o que os gestores podem estar fazendo é na reunião da CIR
181 alegar qual município tem uma demanda grande de um procedimento, o outro município não tem
182 tanta aquela demanda. Nesse caso, para esse procedimento vamos priorizar o município mais
183 necessitado. Essa articulação deve ser feita em CIR. Em relação ao segundo apontamento, a portaria
184 ministerial tem aproximadamente 280 procedimentos que podem ser feitos como estratégia de
185 cirurgias eletivas, o que nós vimos é que na reunião que participamos inclusive a Sra. Soraya estava
186 presente em Brasília, que é até uma crítica do Ministério da Saúde, porque quando nós pegamos a
187 produção no primeiro semestre a produção da Paraíba, 70% das cirurgias são de cataratas, ouvimos e
188 vemos nos hospitais que a demanda maior é de: ortopedia, cirurgia geral, otorrino. Por esse motivo
189 tivemos essa estratégia de solicitar toda demanda dos municípios, por que quando solicitamos o envio
190 das demandas de cirurgias eletivas os municípios só enviam a demanda da catarata, porque muitos
191 acham que cirurgia eletiva é só catarata. Ela citou como exemplo uma conversa com um médico
192 ortopedista do Estado em relação a um procedimento em ortopedia denominado de “reparo de
193 manguito”, onde foi constatado que em relação a esse problema, só recebemos 04 casos em todo o
194 Estado na nossa demanda e o médico disse que só na lista de um mês ele tem mais de 50 casos de
195 “reparo de manguito”. Nesse momento a Sra. Soraya fez uso da palavra, dizendo que na verdade está
196 sendo cumprido esse ano para não perder, mas que essa situação já vem de anos anteriores onde foi
197 perdido recursos em cima das cirurgias eletivas e, que em apenas um ano, foi perdido quase 50%,
198 porque exatamente tanto a SES/PB, quanto os municípios não se prepararam para as cirurgias eletivas,

199 à medida que o Estado não executa elas. O que sobra de recursos financeiros, é repassado a outros
200 Estados que executam o seu teto financeiro de 100% e pega de quem não executou. Então estamos
201 tentando fazer agora, faltando 03 meses para acabar o ano de 2019, o que estamos tentando fazer é
202 que, nós façamos a maior parte, e tem a questão de municípios que podem ser executores, mas que
203 não estão na lista dos executores, porque não cumpriram os critérios para entrar como executor, todas
204 essas questões dificultam em nosso Estado, nós temos o exemplo de Campina Grande que no
205 momento não está podendo executar, porque está com problemas de pendências no Ministério da
206 Saúde e está tentando resolver. É como se a produção dela MAC, onde não era MAC, então Campina
207 Grande fez FAEC e colocou a produção MAC, por conta desses equívoco, o Ministério está avaliando
208 essa questão, o que ocasionou uma queda muito grande. Nós estamos tentando uma melhor maneira
209 de executar esse valor inteiro de 100% para não perder para 2020. Agora, para o ano de 2020, nós
210 teremos que nos reunirmos no máximo até novembro 2019 para fazer o planejamento correto dentro
211 das cirurgias eletivas para uma melhor organização e programação para o ano que vem. Porém, agora
212 no momento nós também temos que apresentar produção de outros procedimentos que não seja
213 apenas cirurgias oftálmicas, pois essas cirurgias têm o custo menor, pois se continuarmos
214 apresentando apenas esse procedimento corre o risco dos recursos para Paraíba diminuïrem, porque
215 não estão sendo apresentados outros procedimentos como: ortopedia, vascular, etc. Porque toda às
216 vezes os municípios estão enviando apenas a lista de oftalmo e, esse procedimento, nós temos até
217 como resolver de outra forma, como por exemplo, consórcio. De forma que, convido todos os gestores
218 a fazerem uma revisão na lista, vamos nos reunir em novembro para uma melhor organizar as
219 demandas para 2020. A Sr. Maria Dilma Anízio da Silva, gestora do município de Matinhas 3ª Macro,
220 pediu a palavra. Ela fez um questionamento em relação a Campina Grande o qual seu município tem
221 como referência, ela gostaria de saber se no segundo semestre de 2019, Campina Grande estaria sendo
222 contemplada ou não? Outro questionamento diz respeito, por exemplo: quem conseguiu no primeiro
223 semestre concluir a lista da demanda reprimida, se vai haver uma possibilidade de no segundo
224 semestre estar colocando alguns procedimentos que não estavam na demanda reprimida? Em
225 resposta, a Sra. Carolina disse que referente à primeira pergunta ela não tinha como afirmar, e
226 perguntou aos presentes se tinham algum representante de Campina para dar maiores informações, tendo
227 em vista se tratar de outra gestão. Nesse momento a Sra. Carolina lembrou que foi pactuado na última
228 CIB a retirada alguns gestores executantes, onde 02 deles não cumpriram nada de produção (zero de
229 produção), FAEC do primeiro semestre. De 2015 a 2017, o Estado da Paraíba perdeu quase 50% de
230 recursos (quase dois milhões de reais) das cirurgias eletivas, porque quando o Ministério da Saúde
231 avalia o rateio do recurso disponível para a estratégia das cirurgias eletivas, ele leva em conta a
232 execução anterior, de forma que nós não cumpríamos, não usávamos o recurso na sua totalidade, o
233 Ministério reduziu o recurso. De forma que desde a última CIB que estamos falando acerca desse
234 problema, de forma que o Estado da Paraíba e os usuários não fiquem prejudicados, por isso nós
235 passamos os recursos de 03 gestores para gestão estadual na última CIB. Sob o segundo
236 questionamento sobre a demanda reprimida, ela respondeu: Que se o responsável não enviou, era para
237 ter enviado a real, a atual, e não a passada. Nós solicitamos uma nova lista atual que é a que está
238 sendo considerada, a que foi encaminhada para o Complexo Estadual, obviamente se tinham usuários



239 que não foram atendidos ainda, poderia colocar esses e acrescentar os novos. A Sra. Amanda Pereira
240 Albuquerque gestora do município de Caaporã, fez o seguinte questionamento: Como seria resolvida
241 a questão dos municípios que não enviaram a lista de pacientes? Porque esses ainda não tinham
242 passado pelo cirurgião, que era o caso do município de Sobrado que foi relatado em reunião de CIR,
243 que sabia que tinha um caso de hérnia, mas como não tinha passado pelo cirurgião não existia lista
244 ainda. Como também, a questão de valores de cirurgia geral, nesse caso falando pela 1ª CIR, onde
245 essa questão também foi levantada e o Sr. Adalberto Fulgêncio, gestor de João Pessoa, relatou que a
246 dificuldade em realizar cirurgia geral e de ortopedia era por conta do valor pago pela cirurgia geral,
247 que ele não encontra prestador que queira fazer esse tipo de procedimento pelo baixo valor pago, e
248 ortopedia a questão também é o material utilizado nesse tipo de cirurgia. A gestora relatou que no
249 caso do material, em sua cidade 95% dos casos não estão contemplados na lista de materiais do SUS,
250 todos são extra SUS. Ela deu um exemplo de que tinha pagado mais de R\$10.000,00 só de material
251 e eram naquele ponto que deveria ser tratado essas questões, pois no caso de Caaporã, desde o ano de
252 2017 que fazemos listas e mais listas e quando analisamos nem 20% dos pacientes são atendidos, ela
253 afirmou que consta em suas listas pacientes de otorrino, ortopedia, cirurgia geral e não são
254 contemplados. O que não é o caso de catarata, pois não há problemas com esse procedimento, ele
255 disse que não tem lista de catarata no município de Caaporã. Ela disse que tem a impressão de estarem
256 em uma roda gigante que só faz rodar e não resolve as questões, ou seja, não sai do lugar. A Sra.
257 Carolina respondendo as questões da gestora, explicou que para lista em si, foi solicitado as seguintes
258 informações: cartão nacional, nome do procedimento, data de nascimento do paciente, porém de toda
259 forma tem que passar por um profissional para emitir a solicitação, e nesse caso o município tem que
260 desenvolver uma estratégia que consiga levar esse usuário para avaliação. Tem que ter a solicitação
261 do médico para que possamos saber o que será necessário fazer para esse usuário. Em relação aos
262 valores dos procedimentos, o Estado está estudando uma forma de diminuir a demanda reprimida,
263 como falada anteriormente, nós estamos com mais de cinco mil procedimentos de cirurgia geral,
264 otorrino, ortopedia, retirando as cataratas. Nossa capacidade operacional da gestão estadual para o
265 segundo semestre é de 1.400 procedimentos cirúrgicos, ficando 3.600 aproximadamente no “limbo”.
266 A Sra. Soraya retomou a palavra. Nós estamos tratando de cirurgias eletivas, mais na fala de Amanda,
267 nós vemos que a angústia dos gestores passam dos procedimentos de eletivas, porque as eletivas é
268 algo que foi criado para tentar tirar um pouco a demanda reprimida que não temos para onde
269 encaminhar, onde nos casos habituais nós conseguimos. Porém em nosso Estado o que está difícil de
270 conseguir é a questão de ortopedia, pois o que está existindo é uma máfia grande de ortopedia, onde
271 os materiais que os médicos pedem, não são certos para ser usado em uma cirurgia, eu sei disso e sei
272 com toda certeza. Então, muitos materiais que são solicitados é como se fossem uma forma de pagar
273 a eles pela cirurgia que o médico irá executar, porque ele fica com o crédito, muitas vezes para fazer
274 cirurgia em outro paciente que não seja pelo SUS, recebendo assim de forma particular, isso é o que
275 acontece claramente na verdade é essa. Os municípios que detém o poder com maiores referências
276 dentro das cirurgias e o Estado tem que negociar com a classe de ortopedistas, chamar para dialogar,
277 fazer auditoria e entender, não adianta gestor A, B ou C dizer que o seu valor é pequeno e eu não
278 consigo falar. Eu fico angustiada, porque eu vejo em outros Estados que com esse mesmo valor, os



279 estados fazem os procedimentos, os municípios que tem referência conseguem fazer, exemplo: Goiás,
280 Pernambuco, etc. fazem! E porque não conseguimos fazer? Tem que ter a determinação do gestor de
281 chegar junto e negociar essa demanda, porque se não ocorrer essa negociação iremos ficar como disse
282 a gestora Amanda, rodando sem termos uma solução e por essas falhas nossa o Ministério reduziu os
283 recursos em 50% e se continuarmos dessa forma irá reduzir cada vez mais, porque o Ministério
284 entende que não precisamos dos recursos, por não haver encaminhamento de produção. Um exemplo
285 está sendo o município de Campina Grande, que foi uma queda grande, para o Ministério o município
286 de Campina Grande não precisa dos recursos MAC, não precisa das eletivas. Faz-se necessário olhar
287 para a produção de cada município e o Estado como já conversei com Carolina tem que chegar junto
288 e acompanhar essa produção. A produção do Estado todo (SES e Municípios) para que possamos
289 mostrar ao Ministério da Saúde que nossa produção está estourada que não temos mais recursos para
290 executar. Quando chegamos ao DERAC no MS consta que no Estado da Paraíba está sobrando
291 dinheiro, de que forma iremos resolver essas questões? É preciso que a SES convoque esses gestores
292 dos municípios maiores e chamar essa bancada de ortopedia e vê uma melhor solução para execução
293 desses procedimentos, porque é com a gestora explanou, eu recebo no meu município de 30 mil
294 habitantes, eu recebo semanalmente lista com procedimentos de ortopedia (ombros, etc.), que o
295 material no mínimo é de dez mil reais, eu já recebi até de cinquenta mil reais, sendo que nós sabemos
296 que não existe isso. Eu já estive conversando com médicos que não fazem parte desse esquema e eles
297 confirmaram que existe esse tipo de procedimento. O gestor compra o material a um representante
298 específico indicado e ele diz que o material estará na sala de cirurgia aguardando o seu paciente, paga-
299 se a nota fiscal e dessa forma o gestor não sabe o que o médico usou, falando claramente, ou o Estado
300 assume essa questão junto com os gestores ou teremos que levar a questão para o Ministério Público
301 Federal – MPF. Por que é necessária uma atuação muito maior, pois se eu sei que isso está
302 acontecendo, muitas pessoas também sabem. Nós temos que fazer algo para resolver essas questões.
303 A Sra. Carolina, em resposta as questões levantadas pela Sra. Soraya sobre a ortopedia, informou que
304 já houve pauta no Ministério Público, essa questão já está sendo conversada e pautada junto ao MPF.
305 A Sra. Soraya falou que já estamos em setembro, mas informo que a portaria foi prorrogada, eu já
306 falei para os municípios e os gerentes para repassar para todos os gestores, os quais devem repassar
307 para a equipe de controle e avaliação dos seus municípios, essas cirurgias eletivas elas podem ter
308 apresentação desde agosto/2019, de forma que quem teve procedimentos que entram no rol das
309 cirurgias a partir de agosto, pode apresentar após ultrapassar o MAC a produção FAEC. Desde agosto,
310 como agora está sendo apresentado o mês de agosto, para não perder cirurgias que poderiam ser
311 apresentadas por FAEC, para que a gente possa garantir a execução desse recurso novamente. Soraya
312 falou essa questão do monitoramento do Estado, informo que nós fizemos, tanto é que quem descobriu
313 esse problema de Campina Grande fomos nós, entramos em contato com o município, mas como já
314 estava no final da estratégia do primeiro semestre, ficaram de resolver com o Ministério a
315 possibilidade de reprocessar as bases, porque Campina Grande enviou toda produção em FAEC sem
316 apresentar nada de MAC, e nesse caso está a produção FAEC e o recurso não foi enviado, porque o
317 Ministério entendeu que eles não tinham nada de MAC e sim FAEC. Eles alegaram em defesa, erro
318 no processamento, e teriam que reprocessar a base para poder mudar, até hoje não tivemos retorno se

319 realmente foi reprocessada, o que provavelmente não foi, porque não vimos no sistema, não sabemos
320 com está no Ministério da Saúde. Nesse momento foi passada a palavra para Sra. Fabiana dos Santos
321 Lins gestora de Pombal/PB, que questionou como primeiro ponto, se existe um cronograma para os
322 procedimentos de catarata para 13ª região tendo em vista o município de Pombal aparecer para o
323 segundo semestre. Ela explicou que tratada na última reunião de CIR nós estávamos com todos os
324 pacientes prontos para os procedimentos desde maio/19 com todos os exames realizados e os
325 municípios da região tiveram despesas, bem como os pacientes estarem em espera, em Pombal estou
326 enfrentado um situação onde os pacientes estão indo denunciar no Ministério Público, eu solicitei via
327 ofício protocolado ao Estado, solicitando uma resposta do Estado sobre essa questão que o Promotor
328 nos solicitou, eu expliquei oralmente, mas ele pediu um documento por escrito. Em Pombal tem 213
329 pacientes já prontos, mas pelo tempo pode ser que os exames não sirvam mais, e eu preciso saber
330 como será o procedimento na região. Segundo ponto, a questão das cirurgias geral, sem ser catarata,
331 todas as listas, como é de costume e rotina há muitos anos em Pombal a demanda de cirurgia geral
332 vai direto para o Hospital Regional, a própria regulação e marcação é feita no hospital não passa pela
333 Secretaria de Saúde. Todas as listas que nos são solicitadas eu solicito junto ao Hospital Regional
334 para nos enviar para consolidar essa lista, mas até hoje eu não recebi nenhuma, passa direto para
335 SES/PB e eu como gestora municipal não tenho ciência das cirurgias e da demanda reprimida
336 existente hoje de cirurgia geral. Aconteceu-me um caso de neurocirurgia que foi para um particular
337 eu quis fazer via SUS, passei pela regulação, marquei no neurocirurgião, o particular tinha cobrado
338 ao paciente o valor de dez mil reais, quando foi via SUS o material custava cinquenta mil reais, eu
339 tive que voltar atrás e fazer particular que saia mais em conta para o município do que pagar o material
340 via SUS, mediante esses problemas eu queria que Caroline orientasse sobre essas cirurgias da 13ª
341 região. Antes da resposta da Sra. Carolina aos questionamentos da Sra. Fabiana, a Sra. Shênia da
342 Silva Soares Bronzeado, gestora de Alagoinha, pediu a palavra explanado que: Primeiramente o
343 município de Alagoinha não constava na lista, eu entrei em contato com Luciana da SES e foi
344 resolvido. Minha pergunta é também em relação ao cronograma para que possamos nos preparar e os
345 pacientes também, e quais os critérios para divisão dessas cirurgias por município? A Sra. Rosilda
346 Carvalho de Souza, gestora do Município de Olho D'Água, fez uso da palavra e perguntou sobre
347 dúvidas que ela tinha desde a lista passada, onde foram contempladas as cirurgias ortopédicas e
348 otorrinos (garganta). A mesma disse: No meu município eu tive 03 pacientes que precisou de cirurgia
349 ortopédica e foram regulados e liberados para o Hospital Regional de Piancó, onde nós sabemos que
350 não faz cirurgia de garganta e nem ortopedia naquele hospital, eu queria saber uma posição do Estado,
351 como será feito esse remanejamento desses pacientes para que eles possam fazer essas cirurgias? Pois
352 se tornou rotina receber lista de solicitação de materiais feita pelos ortopedistas para comprarmos. Em
353 resposta, a Sra. Caroline explicou que neste caso se o hospital não tem que ver na reunião de CIR,
354 nos hospitais executantes se a demanda for de ortopedia e esta não fizer o procedimento, temos que
355 encaminhar para o hospital executante de ortopedia mais próximo para realizar o procedimento, esse
356 fluxo nós temos que ver. No caso de Patos, ele não é executante, por ser porta de urgência, ele não
357 tem capacidade de entrar nas cirurgias eletivas. Em relação às eletivas se tiver a demanda, nós vamos
358 encaminhar para o hospital executante mais próximo a cirurgia em questão. Em relação ao

359 cronograma não temos definido ainda para catarata, porque o edital ainda está em ritos finais, está na
360 PGE para ser analisado e depois irá para publicação. Em relação às outras cirurgias de demanda que
361 os gestores enviaram, já foi apresentado o fluxo, nós enviamos a lista consolidada para os hospitais,
362 gerentes e secretários de saúde. Ex: No caso de Pombal vai ter dez usuários para ser preparado, então
363 vai enviar para o hospital programar que tal dia vai ser realizado a cirurgia e guardar o leito. Os
364 gerentes para organizar a questão na rede da sua gerência, e os gestores para acompanhar as cirurgias
365 dos seus usuários. Todas as demandas seguirão esse fluxo. A questão da catarata, o que nós
366 conversamos, é que iremos ver dependendo de quando foi feito o exame, ver a possibilidade se os
367 hospitais aceitam exames para o procedimento de catarata realizado em maio/19, os médicos é que
368 dirão se poderá ou não, esse é um critério deles. Quanto aos critérios de divisão, deverão ser pactuados
369 em CIR, a SES não se envolve nessa pactuação, vocês devem pactuar na CIR de vocês. Se um
370 município tem uma demanda maior de determinada cirurgia e outro tem menos, o que deve ser
371 pactuado? Vocês na CIR irão dividir entre os municípios de vocês. Nós temos 1.400 cirurgias para
372 definir com os gestores na gestão estadual nos hospitais, nós já pactuamos qual a capacidade
373 operacional que esse hospital pode fazer e essa pactuação de divisão será em CIR, vocês
374 encaminharão para nós para que possamos nos organizar e enviar para vocês. Neste momento, para
375 melhor organização nas Assembleias do COSEMS, a Sra. Soraya abriu um parêntese e determinou
376 que a entrada de convidados no auditório do COSEMS se dará da seguinte forma: “o gestor ou
377 convidado só poderá entrar no auditório, após o término do ponto de pauta que está sendo explanado,
378 ou seja, no intervalo de um ponto de pauta para o outro, se a apresentação do ponto de pauta já tiver
379 iniciado não poderá os gestores ficar entrando e saindo da sala pra não atrapalhar a apresentação”.

380 Retomando as discussões sobre as cirurgias eletivas, a Sra. Soraya explanou: O fluxo foi uma das
381 exigências do COSEMS, que os secretários municipais recebam sua lista de cirurgias, o gestor vai
382 receber a informação de quem está apto e vai fazer a cirurgia, de forma que se a direção do hospital
383 não estiver enviando a lista, o gestor terá como saber quem é que irá fazer o procedimento do seu
384 município, a Sra. Carolina atendeu a esse pedido do COSEMS, e irá ficar encaminhando essa lista.
385 Para o recurso de 2020, iremos nos preparar melhor, colocando várias falhas que foram identificadas
386 este ano de 2019, como a entrada da Sra. Carolina na SES as discussões estão avançando. Porém,
387 teremos que negociar com os municípios que detêm as referências, aquele que não está tendo, nós do
388 COSEMS temos repetido o tempo todo que o Conselho precisa ter essas informações de forma oficial,
389 encaminhada e protocolado no COSEMS, para que possamos tomar providências indo à busca desses
390 municípios. Ex: Campina Grande que fez a produção inteira FAEC e não usou a MAC, então se
391 subtende que a MAC desse município está livre, não foi usado a MAC dele, de forma que tem como
392 ver o que fazer com esse recurso. Mas o COSEMS só pode tomar uma atitude perante outro
393 município, se houver a reclamação de forma oficial a instituição COSEMS, para poder comprovar
394 que existe esse problema e que o município de Patos, Sousa, Campina Grande e João Pessoa tome
395 uma atitude, tendo em vista esses 04 municípios, deterem as maiores referências em nosso Estado. A
396 Sra. Soraya ressaltou que o COSEMS só poderá tomar uma atitude se o município provocá-lo de
397 forma oficial. Dando continuidade à pauta, a Sra. Soraya passou a palavra para a Sra. Fátima Moraes
398 tratar do tema: **e) Situação dos exames de mamografia na Paraíba – Sra. Fátima Moraes**

399 **(Coordenação Saúde da Mulher/SES-PB);** A Sra. Fátima cumprimentou a todos os presentes e
400 passou a fazer sua apresentação. **Situação dos Exames de Mamografia na Paraíba.** Exame Clínico
401 das Mamas e Mamografia. O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, excetuando-se os
402 casos de pele não melanoma. É a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres no Brasil. É
403 relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária, sua incidência cresce
404 rápida e progressivamente. A faixa etária de rastreamento é de 50 aos 69 anos de idade, mas a
405 sociedade de mastologia defende que essa faixa etária seja a partir dos 40 anos de idade, aqui em João
406 Pessoa (capital), inclusive, já se trabalha com essa faixa etária de 40 anos, mas em nível de Ministério
407 e Estado, nós continuamos trabalhando com a faixa dos 50 aos 69 anos. Os fatores que Aumentam o
408 Risco do Câncer de mama: Fatores ambientais; Obesidade, principalmente após a menopausa;
409 Sedentarismo; Sobrepeso; Consumo de bebida alcoólica; Tabagismo; Exposição frequente a
410 radiações ionizantes (raios-X). Fatores hormonais: primeira menstruação (menarca) antes de 12 anos;
411 não ter tido filhos; primeira gravidez após os 30 anos; não ter amamentado; parar de menstruar
412 (menopausa) após os 55 anos; ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais
413 de cinco anos. Fatores genéticos: história familiar de câncer de mama e ovário, principalmente em
414 parentes de primeiro grau, (mãe / irmã), antes dos 50 anos. Grupos populacionais com risco elevado
415 para e desenvolver câncer de mama: mulheres com história familiar de pelo menos um parente de
416 primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário,
417 em qualquer faixa etária; mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; mulheres
418 com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in
419 situ. A amamentação, prática de atividade física e alimentação saudável com a manutenção do peso
420 corporal são fatores de proteção e estão associados a um menor risco de desenvolver a doença.
421 Rastreamento do câncer de mama: o exame clínico das mamas é parte do exame físico e ginecológico,
422 hoje nós vemos que é cada vez mais rara a questão de fazer o exame clínico, quando a mulher está
423 abaixo dessa faixa etária de rastreamento é importante que o exame de apalpação das mamas ele seja
424 realizado. Quando realizado por um médico ou enfermeira treinada, pode detectar tumor de até 01
425 (um) centímetro, se superficial, às vezes até a própria mulher quando faz sua alto- exame que é
426 indicado há fazer 08 dias após a menstruação, e muitas mulheres ao detectar algo desconhecido
427 procura o serviço de saúde. A mamografia de rastreamento é o exame radiográfico dos tecidos moles
428 das mamas e, é considerado um dos exames mais importantes para o rastreio do câncer ainda não
429 palpável. Detecção Precoce: nós não temos como prevenir o câncer de mama, muita gente acha que
430 pode prevenir, porém não pode. Na verdade, o trabalho que temos que fazer é detectar o mais precoce
431 possível para que se possa ter tempo de agir. Ao ser detectado precocemente, até 90% dos casos,
432 podemos evitar que essa mulher venha a óbito. O rastreamento por meio do exame clínico da mama,
433 para as todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente, deve ser realizado em
434 todas as consultas clínicas, independente da faixa etária; mamografia de rastreamento, para as
435 mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com intervalo máximo de dois anos entre os exames; exame
436 clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos
437 populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama; garantia de acesso ao diagnóstico,
438 tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados, esse tem sido

439 um dos grandes desafios nosso. A mamografia de rastreamento é realizada de rotina em mulheres
440 sem sintomas para identificar o câncer antes de aparecer qualquer sintoma. A mamografia
441 diagnóstica, é realizada para avaliar uma alteração suspeita na mama e pode ser feita em qualquer
442 idade. A mamografia e o exame clínico das mamas identificam alterações suspeitas, mas a
443 confirmação de câncer de mama é feita através do exame histopatológico, que analisa uma pequena
444 parte retirada da lesão (biópsia). A mamografia de rastreamento não é indicada para mulheres com
445 menos de 50 anos, pois antes dessa idade as mamas são mais firmes e com menos gordura (densas),
446 o que torna o exame limitado para identificar as alterações, gerando muitos resultados incorretos.
447 Devido a isto e ao fato de a radiação ionizante (utilizada na mamografia) ser considerado um fator de
448 risco para o câncer de mama, a mamografia não deve ser feita em mulheres muito jovens e nem
449 praticada de forma indiscriminada. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que para cada ano
450 do biênio 2018/2019, seja diagnosticado 59.700 mil novos caso de câncer de mama no Brasil, com
451 um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Na Paraíba, estima-se que para esse
452 mesmo período, teremos 880 novos casos e, desses, 240 ocorrerá na capital. Capacidade Instalada –
453 Mamógrafos. Até 2018 esteve disponível para atender a rede SUS, 18 serviços, destes 05(cinco)
454 privados conveniados SUS e 13 (treze) públicos. O Estado conta com 20 mamógrafos distribuídos
455 em nove municípios do Estado (João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita, Catolé do Rocha, Princesa
456 Isabel, Cajazeiras, Patos, Monteiro, Cuité e Guarabira). Entretanto, apenas doze equipamentos
457 apresentaram produção satisfatória para a população, 07(Sete) destes estão sendo subutilizados ou
458 quebrados e 01 (um) encontra-se em fase de habilitação. Desafios: Melhorar o Acesso das Mulheres
459 a mamografia; melhorar o seguimento da mulher na rede especializada; ofertar o tratamento em tempo
460 oportuno às mulheres com diagnóstico positivo. Nesse momento, a Sra. Soraya interrompeu a
461 apresentação e, para otimizar o tempo, solicitou a Sra. Fátima Moraes que explicasse como está sendo
462 o fluxo, a oferta, o monitoramento dessas mamografias em nosso Estado. A Sra. Fátima retomou a
463 fala e explanou sobre um dos problemas que tem hoje no Estado da Paraíba, como por exempla a
464 oferta de mamografias, principalmente agora que temos uma unidade móvel, onde as mulheres estão
465 indo e não se tem muito controle dessa prática, e muitas vezes as mulheres estão recebendo muita
466 radiação desnecessária, inclusive têm mulheres que fazem mais de uma vez o exame de mamografia
467 no ano, o que não é indicado. A Sra. Soraya questionou a Sra. Fátima: Por que esse mamógrafo móvel
468 está tendo tanto sucesso em nosso Estado? Deve estar havendo uma falha no sentido de não termos
469 onde fazer essas mamografias que são obrigatórias. Eu, enquanto gestora, que estou a 05 gestões,
470 nunca quis nos municípios que passei o mamógrafo móvel, pois é difícil de registrar e eu não confio
471 muito nesses exames feitos de “caminhão” de uma vez só, e um diagnóstico errado é pior do que não
472 ter um diagnóstico. A Sra. Fátima explicou que o número de mamografias que temos independente
473 da entrada desse carro mamógrafo móvel ou não no nosso Estado, ele não tem aumentado. Nós
474 observamos de 2014 até agora, o ano que teve maior quantidade de exames realizados foi em 2014,
475 onde foram feitos 49.943 exames. Esse ano nós tínhamos pactuado uma meta de cobertura de 0,20
476 que seria 20% da população, e nós atingimos 36%, não tínhamos ainda a unidade móvel circulando
477 no Estado, nós mantivemos essa média 2015/2016/2017 e em 2018 caiu muito, que foi o ano que
478 inclusive circulou mais essa unidade móvel nos municípios. O que acontece é que, desde o início, o

479 Estado da Paraíba nunca indicou a utilização ou acesso através dessa unidade móvel, porque esse
480 carro não é credenciado pelo Ministério da Saúde, nunca foi e, na época nós informamos aos gestores
481 de saúde, esse carro é de Pernambuco, entramos em contato com o Estado de Pernambuco, que nos
482 informou que inclusive poucos municípios aceitaram essa unidade atuando dentro daquele Estado.
483 Nós temos recebido várias denúncias de médicas mastologistas, principalmente do Hospital Napoleão
484 Laureano que é a nossa maior referência, questionando a qualidade da película desses exames e que
485 o laudo tem sido dado através de telefone celular. O Ministério Público Federal vai convocar o
486 Conselho Regional de Medicina e a Sociedade de Mastologia para fazer uma avaliação, porque como
487 Estado nós que somos técnicos da gestão não temos como avaliar a qualidade de exames. Mas o que
488 temos observado, além disso, os óbitos por câncer de mama, não tem diminuído em nosso Estado, e
489 se não tem diminuído, como é que esse exame, esse diagnóstico está sendo dado de forma adequada?
490 O que observamos é que tem muito **“Bi-Rads1”** (*A sigla se refere à Breast Imaging Reporting and Data*
491 *System, sistema adotado para estimar qual a chance de determinada imagem da mamografia ser câncer. Variando de*
492 *0 a 6, o Birads ajudar a orientar a conduta médica*). Fonte: <https://www.einstein.br/noticias/noticia/o-que-e-birads>. É
493 o Bi-Rads 1, precisa ser repetido ele não é conclusivo. Não é repassado nenhum relatório para o
494 Estado desses exames não entra no sistema de informação, então se os municípios acham que vão
495 atingir meta por conta da unidade móvel, não entra, porque o SISCAN que é o sistema de informação
496 vigente desde 2013. Todas as unidades que fizerem exames em um prestador, essas unidades têm que
497 está vinculada dentro do sistema, de forma que não adianta ele chegar em seu município utilizar o
498 CNES, mas sua pactuação não está para o seu município. Então suas unidades só podem ser
499 vinculadas para onde está pactuada a sua PPI (Programação Pactuada Integrada), uma vez que não
500 está vinculada a nível do seu município o sistema não pode vincular, inclusive as suas unidades e
501 neste caso as informações desses exames não entram no sistema de informação. De forma que, como
502 essa mulher está tendo acesso? E como está sendo efetivo, se a mortalidade não caiu, será que de fato
503 está sendo detectado? Essa mulher está no segmento? A razão das mamografias. Foi apresentado um
504 resultado com uma boa cobertura em 2014, 2015 caiu um pouco, em 2016 se manteve, mais em 2018
505 caiu muito, porque não temos nenhum registro, e aí o que acontece, os nossos mamógrafos móveis
506 que estão atendendo, alguns estão sendo subutilizados, não está tendo demanda e a mulher que faz,
507 nós não temos como acompanhar o segmento dessa mulher e se de fato ela está sendo diagnosticada,
508 porque não é registrado e não temos como vê esse laudo dentro do sistema de informação, de forma
509 que como não conseguimos visualizar, ficamos sem essa informação. O sistema não pode ser
510 alimentado pela unidade móvel. Exemplo em nível de suposição: no caso da Sra. Soraya que é gestora
511 de Itabaiana, a PPI é referenciada para João Pessoa, se Soraya leva a unidade móvel para o seu
512 município, e ela pegar um CNES de uma unidade e fazer o registro, quando ela for jogar no sistema
513 não tem nenhuma unidade de saúde habilitado/vinculada dentro do sistema para fazer a mamografia.
514 Os mamógrafos móveis irão para ter o alvará da ANVISA, porém tem vários carros circulando, a
515 ANVISA dá o alvará se estiver tudo de acordo com a avaliação feita no dia. Só que o mamógrafo é
516 um equipamento extremamente sensível, ele precisa ser calibrado constantemente, de forma que ao
517 chegar em um município e fazer 100 mamografias, que é muito além da capacidade de um
518 mamógrafo, sendo a capacidade 30 exames/dia, de acordo com a literatura médica e os parâmetros

519 do Ministério da Saúde, o mamógrafo chega a outro município para fazer exames sem ser calibrado.
520 Temos o SESC, que tem uma unidade móvel,, que um dos pontos dele é passar no mínimo 30 dias, o
521 SESC tentou credenciar no Ministério da Saúde essa unidade móvel que é muito boa, porém eles não
522 podem faturar esses exames, porque eles não podem cobrar e, nesse caso, para dentro do sistema não
523 tem como liberar esse laudo, de forma que eles fazem, mas avisam que não vai ser registrado. Quando
524 eles chegam em um município, eles procuram um local com uma plataforma para ficar fixo, inclusive
525 eles calibram sempre o equipamento. A Sra. Fátima deu continuidade falando sobra capacidade
526 instalada. Em relação à capacidade instalada até o ano de 2018, nós tínhamos 18 serviços que ofertava
527 o serviço de mamografia, nesse serviço tinha 20 mamógrafos. No Hospital São Vicente de Paula tem
528 02 e no Hospital Napoleão Laureano também tem 02 mamógrafos. Eles estão distribuídos em 09
529 municípios do Estado, João Pessoa, Cajazeiras, Patos, Monteiro, Campina Grande, Santa Rita, Catolé
530 do Rocha, Princesa Isabel, Cuité e Guarabira (10). Entretanto, apenas 12 equipamentos apresentam
531 produção satisfatória para população, esses aparelhos fixos, não estão produzindo o quanto eles
532 necessitariam, porque a demanda não está chegando para eles, tem um que está quebrado em
533 Guarabira, mas tem um serviço em Guarabira que é credenciado ao SUS também, e encontra-se em
534 fase da habilitação, um no HU em João Pessoa, que está fazendo mamografia. Nós solicitamos do
535 Hospital Napoleão Laureano informações que tem um teto de mil exames mês, e quase sempre não
536 bate o teto, tem mês de fazer apenas 220 exames com um teto de mil, tem mês que faz 800, ou 400.
537 Atingindo o teto apenas nos meses de outubro, novembro e dezembro. Exceto esses meses, ele não
538 atinge o teto de exames de mamografia, ou seja, está sobrando vaga, inclusive no Hospital São
539 Vicente de Paula e, ainda temos clínicas credenciadas pelo SUS que João Pessoa que faz o exame.
540 Temos o CDC que agora está atendendo toda a sua demanda. Nós trouxemos hoje os municípios que
541 tem mamógrafos fixos e a categoria, se é privado, credenciado ao SUS, ou público estadual ou público
542 municipal. A Sra. Fátima apresentou o parâmetro de acordo com a portaria 1.631, aduzindo: “temos
543 que ter uma demanda de 10% das mulheres”, por exemplo, quantas mulheres têm entre 10 a 49 anos
544 no Estado, 43.354 mil mulheres, e de 50 a 69 anos que é a faixa etária de rastreamento, nós temos
545 304.415 mil mulheres. Segundo os parâmetros do Ministério, temos que cobrir 50% dessa população,
546 que não é nem o que nós pactuamos, inclusive, a própria meta Brasil a razão é 0,32% dessa faixa
547 etária. Foi pactuado para o Estado 30% esse ano, para cobrirmos 50%, seria ofertar exames para
548 152.208 mil mulheres, mais 08,09% para outras indicações de diagnóstico. No caso da faixa etária de
549 40 a 49 anos, a portaria traz que temos que cobrir 10% que são exames diagnósticos que dá 24.335mil
550 e 10% também para outras indicações, ou seja, através de alguns achados que vai ser visto no
551 autoexame ou então em ultrassonografia. A partir da revisão da literatura, considera-se a
552 produtividade do equipamento de realização de 6.758 mil exames ao ano, ou seja, um mamógrafo ele
553 deve produzir esse quantitativo, se dividirmos por dia dará uma média de 28 a 30 exames, 15 pela
554 manhã e 15 à tarde, por equipamento de mamógrafo. Nós temos uma unidade móvel que produz 80
555 exames por dia chegando até em alguns municípios a 100 exames, porque os próprios gestores nos
556 procuram e relatam que já chegaram a fazer essa quantidade. Temos hoje 20 mamógrafos, 13 são
557 públicos no Estado, 07 subutilizados que estão produzindo abaixo da capacidade, porque não tem
558 demanda, quebrado temos dois. Mesmo assim está abaixo da nossa necessidade, mas o que temos 07,

559 estão subutilizados. Por esse parâmetro da portaria, teríamos que produzir 227.970, para essa
560 demanda precisaria de 34 mamógrafos, E hoje temos 20, com 07 atendendo abaixo da sua capacidade.
561 Os gestores podem utilizar o que quiserem, mas devemos sempre pensar na usuária, se mortalidade
562 no Estado não cai e se está tendo tanto acesso ao exame, mesmo os que não aparecem no sistema de
563 informação, já que não estão sendo informados de forma que não temos como monitorar. Temos
564 acompanhamento dos 223 municípios, onde temos o total de exames realizados mensalmente, temos
565 a meta pactuada pelos Srs.(as), quanto exames cada município deve realizar para atingir a meta.
566 Quando está muito abaixo da meta, entramos em contato com o gestor para dar essa informação.
567 Outra preocupação em relação a essas unidades móveis, é que elas começaram a fazer exames
568 citológicos, porque eu acho um absurdo, porque o exame citológico tem em todas as unidades de
569 saúde com pessoas habilitadas para fazerem, e já recebemos algumas demandas em relação a essa
570 questão. O desafio é melhorarmos o acesso dessas mulheres a mamografia, temos um mamógrafo no
571 município de Araruna que nunca foi utilizado, esse equipamento foi para o município em 2010, é
572 público, e nunca foi instalado nem utilizado, temos em Catolé do Rocha um equipamento doado, mas
573 como no município já tem um em uso público, e a pessoa que fez a doação enfatizou que só poderia
574 ser utilizado no município de Catolé do Rocha, pedimos orientações ao setor jurídico para que seja
575 revista a cláusula de doação, para que pudéssemos colocar esse equipamento em outro município. O
576 município de Areia, também recebeu a doação de um mamógrafo e irá começar a fazer os exames.
577 Temos que melhorar não apenas o acesso da mulher, mas também o seguimento, número de punções
578 muito baixo de citologias. O INCA, ele estimou que 880 novos casos para 2018/2019, foram
579 confirmados no ano de 2018, novos 540 casos de câncer de mama por exames de citologia na CDC,
580 que é o serviço de referência para essa parte, 340 não chegou ao serviço. A oferta do tratamento das
581 mulheres em tempo oportuno, porque se o diagnostico não for fechado, essa mulher não tem acesso
582 ao tratamento em tempo oportuno, de forma que quando essa paciente chega à referência, o caso já
583 está avançado e mesmo com o tratamento de quimioterapia e radioterapia as chances de cura são
584 muito pequenas. Esse é o grande desafio não apenas do Estado, mas Nacional. A Paraíba é um Estado
585 que detecta muitos casos, por exemplo, o DF chegou a 0,2% apenas, nós conseguimos melhorar, mas
586 precisamos melhorar ainda mais. O mamógrafo que está no município de Araruna, foi tentado através
587 da justiça tirar ele daquela cidade, porém com a mudança de gestão na Prefeitura, o hospital foi
588 fechado e continua o mamógrafo parado, nunca foi utilizado, e um antes desse, estragou na caixa e
589 nunca foi instalado. São questões que precisamos ver a melhor maneira de resolver, alocando esses
590 equipamentos em locais que de fato eles funcionem. A Sra. Fátima Moraes finalizou sua apresentação
591 e passou a palavra pra Sra. Soraya que explanou: que é necessário elaborar uma nota técnica
592 mostrando esse fluxo e vendo como podemos estar atendendo, porque na apresentação de Fátima foi
593 mostrada que o município vai à busca da unidade móvel, porque tem para onde encaminhar os
594 pacientes, e por não ter para onde encaminhar, fica o vazio assistencial e tem que procurar fazer em
595 algum momento, não é só pela informação, mas também para detectar mais cedo o gestor está
596 pensando na própria paciente, e que muitas vezes não tenha uma segurança, mas o gestor está
597 pensando sempre pelo lado bom. A nota técnica que será elaborada pela Sra. Fátima Moraes, junto
598 com a assessoria do COSEMS/PB de forma a orientar os gestores para que sejam utilizados melhor

599 os mamógrafos, como também irmos à busca de resolver a questão dos mamógrafos que não estão
600 sendo utilizados. Porque não adianta identificar um problema e dizer aos gestores não façam os
601 exames nos mamógrafos móveis, sem oferecer a possibilidade de fazer esses exames em outro local.
602 Não adianta termos um diagnóstico verdadeiro, se não temos onde encaminhar essa paciente,
603 inclusive têm muitas dificuldades em relação a fazer pulsão pelo SUS, temos que rever esse fluxo e
604 após o diagnóstico da pulsão encaminhar para a cirurgia. Não podemos apenas discutir acerca de
605 mamógrafos, deixando toda responsabilidade sobre os gestores, se não temos esses segmento nem a
606 garantia dentro do nosso Estado, nem para pulsão nem para cirurgia. A Sra. Fátima em resposta aos
607 questionamentos falou sobre os agendamentos e deu como exemplo o município de João Pessoa que
608 é referência para vários municípios, principalmente da primeira Macro. João Pessoa o ano passado
609 foi liberado, as mulheres da capital hoje não precisam ser agendadas, quando elas estão com a
610 solicitação do exame, elas vão direto aos serviços que realizam mamografia e faz o exame. Mesmo
611 assim, na mesma CIR, sobra muita vaga para população própria. Precisamos saber quais as
612 dificuldades dos municípios de estar agendando exames para esses serviços, esse é um ponto que
613 precisamos analisar, até para discutir inclusive com os técnicos da regulação de João Pessoa, porque
614 observamos que não é falta de vaga, pelo menos para a primeira Macro. Quanto aos outros
615 mamógrafos distribuídos pelo Estado, precisamos saber se eles estão produzindo dentro da sua
616 capacidade estipulada e de acordo com a pactuação. Também é necessário ser vista a PPI, porque esse
617 é um dos pontos também, porque para o sistema de informação é importante dentro o SISCAN, que
618 é o sistema de informação de câncer, se o gestor mudou sua referência, por exemplo: um município
619 se manifestou no Congresso do COSEMS dizendo que estava retirando a referência de Cajazeiras e
620 que estava pagando em outra clínica. É importante que essa clínica esteja credenciada no SUS, e que
621 também essa clínica saiba que, como prestador tem que alimentar o sistema de informação, de forma
622 que, quem está contratando o serviço que vai orientar e colocar no contrato, até para saber a
623 vinculação evitando problemas futuros. O importante é o usuário ter o acesso ao exame, mas para o
624 gestor é muito importante ter o registro dessas informações. A nota técnica é importante fazer em
625 conjunto com o COSEMS e o Ministério Público Federal, essa é uma demanda que já vínhamos
626 discutindo a mais de um ano, sugerimos exatamente construir a nota técnica em conjunto, e enviar
627 para todos os municípios. A Sra. Soraya explicou que o COSEMS estava ciente dessas questões e que
628 o objetivo da provocação do tema era de levar adiante, para dirimir esses problemas para termos um
629 melhor acesso, pois a própria SES junto com o COSEMS já identificaram esses problemas, e tentarão
630 resolver. Continuou dizendo: não é uma questão nova que nasceu na fala da Sra. Fátima, essa fala
631 veio para dentro da pauta, porque já foi identificado antes esse problema, só para deixar todos os
632 presentes cientes, iremos tentar encontrar uma maneira de diminuir e ofertar melhor essas
633 mamografias e, por enquanto vocês têm os critérios para esses. O gestor é autônomo e sabe o que faz,
634 nem eu, nem a SES/PB, pode chegar e dizer para não fazer mais, mas o gestor tem que ter critérios
635 para isso e ficar sabendo o que é válido e o que não é, agora a decisão é de cada gestor. Foi concedida
636 a palavra para Sra. Isabel da GEAS/SES-PB, que acrescentou: estou trabalhando no setor da GEAS
637 desde janeiro de 2019, e estamos fazendo junto com a equipe, um diagnóstico entre as áreas que elas
638 coordenam, e a questão do colo também é uma preocupação, assim como a questão das mamografias,

639 nós nos preocupamos com a qualidade também dos citológicos realizados, e temos identificado vários
640 problemas, temos uma equipe qualificada, uma vez que eu sou enfermeira e defendo também o
641 citológico feito a partir do enfermeiro, e nós sabemos que qualificação existe, mas é contínuo e
642 precisamos fazer. Infelizmente a qualificação é algo mais delicado, pois não podemos fazer uma
643 qualificação sem antes pensar na parte prática, só fazer uma orientação contextual e de imagem não
644 é tão importante quanto fazermos a prática, mas temos uma preocupação em relação aos prestadores,
645 da qualidade dessas lâminas, como têm sido avaliadas as lâminas? E pensando nisso enquanto CEDC,
646 estamos realizando a estrutura do laboratório para o acompanhamento dessas lâminas, o laboratório
647 de qualidade externa está sendo equipado e organizado e, logo estaremos fazendo a inauguração
648 pensando também na melhoria da qualidade dessas lâminas, e isso enquanto gestores, precisamos ter
649 um olhar, não enquanto secretaria estadual, mas os gestores enquanto secretários municipais saúde.
650 O que os nossos prestadores têm pensado para nossas mulheres? Tem feito com qualidade? E isso é
651 algo que precisamos fazer, essa provocação, se não estiver a contento, nós precisamos chamar esse
652 prestador conversar e exigir, pois utilizamos os recursos públicos para ofertar o serviço e que esse
653 serviço seja de qualidade para população. A Sra. Amanda, gestora de Caaporã, fez uso da palavra
654 dizendo: eu fiz o ano passado exames com o “amigo do peito”, nós vamos à busca, porque temos
655 entraves de marcação, eu acho que ninguém que tem seu município pactuado com tal referência vai
656 pagar extra, porque até o ano passado, recebíamos FAEC e agora não mais, no final do ano não foi
657 mais FAEC, estamos entrando com recurso próprio para pagar, que antes caía como produção e
658 recebíamos como FAEC e depois pagava, agora não é mais assim. Então todo gestor que vai a busca,
659 eu creio que não é só para dar mídia política, é porque ele tem uma preocupação de que se trata de
660 um rastreamento, temos na cabeça que aquilo é um rastreamento, se der algum resultado inconclusivo
661 o exame será repetido como todo ele. O que me preocupa na fala de Fátima é que o ideal era termos
662 34 mamógrafos e só temos 20, a Paraíba tem um déficit de 14 mamógrafos, desta forma eu acho que
663 justifica talvez a busca dos gestores aos serviços do amigo do peito. Quando falamos na questão da
664 qualidade da mamografia, eu digo que nunca avaliei essa qualidade, então eu Amanda, me preocupo
665 em dizer que a qualidade dos exames feitos pelas unidades móveis são bons ou não, sendo que eu
666 nunca avaliei essa qualidade. Neste contexto eu questiono, esses serviços não poderiam ser avaliados?
667 Eles poderiam tentar ser habilitados e cumprirem os critérios? Porque eu acredito que seria um reforço
668 a mais, pois seria muito mais fácil eu levar a unidade para o município as mulheres quererem fazer,
669 pois estão próximas das suas casas. A Sra. Fátima, em resposta a Sra. Amanda, informou que a
670 questão da qualidade dos exames, quem questionou foram as médicas mastologista da nossa maior
671 referência em câncer de mama, que são as do Hospital Napoleão Laureano, elas reclamaram da
672 qualidade dos exames, inclusive elas tiveram a responsabilidade de saber qual origem desses exames
673 de mamografia para só assim virem falar conosco. Como já temos essa pauta no Ministério Público
674 Federal, essa denúncia também foi feita nesse órgão. Eu acho que deveria sim ser credenciado como,
675 por exemplo, em Barretos/SP tem uma carreta móvel que oferta esse serviço, inclusive a do SESC,
676 os profissionais do SESC foram treinados pela equipe que trabalha em Barretos e depois eles foram
677 para o Ministério da Saúde para que fosse credenciado, o único empecilho de não ter sido liberado o
678 credenciamento do SESC, foi a questão do faturamento, que eles não poderiam estar faturando para

679 receber, se eles forem para os municípios não se paga nada ao SESC, o município não tem nenhum
680 custo, porque eles tem uma outra forma de receber e não pode faturar BPA. Eu também concordo que
681 o acesso deve estar mais próximo ao usuário possível, mas de forma que não prejudique o paciente
682 nem quem está fazendo utilização desses serviços. A Sra. Soraya pediu a palavra e questionou a Sra.
683 Fátima dizendo: Mesmo sendo colocando esses quatro mamógrafos que estão pendentes, ainda
684 ficamos com déficit de dez aparelhos, então não seria o caso de estar revendo tanto o do SESC, quanto
685 do Amigo do Peito, para estarmos suprindo essa lacuna até conseguirmos esses dez mamógrafos que
686 está faltando? Porque o nos importa é oferecer o exame de mamografia, não adiante eu dizer que o
687 Amigo do Peito está errado, não tem uma qualidade se não apresentarmos outra opção, não podemos
688 retirar por retirar, sem oferecer os exames por outros meios? Mesmo intensificando os mamógrafos
689 que estão subutilizados colocando a demanda total, nós ainda teremos déficit de 10 aparelhos. Na sua
690 fala você diz que o mamógrafo só pode fazer de acordo com a literatura, 30 exames por dia, eu
691 desconheço qual aparelho no Estado da Paraíba que só faça esse quantitativo de exames. A literatura
692 diz uma coisa, mas na prática não é assim, o fato desse aparelho está fazendo 80 exames ao dia, isso
693 não se subteende que esses exames são de má qualidade, porque vários mamógrafos de referência
694 nossa faz 80 exames dia, o que me preocupa é o laudo dessa mamografia quem são as pessoas que
695 estão dando esse laudo se são capacitadas se tiveram um treinamento eficiente. É motivo do Estado
696 não recauchutar e jogar pra lá e dizer que não irá fazer. O Estado tem que ir a busca e vê como
697 funciona, chamar para se fazer um treinamento eficaz, tanto o SESC, o Estado junto com o COSEMS
698 rever essa situação perante o Ministério da Saúde e não dizer que não quer mais e jogar pra lá sem
699 uma solução, porque existem alguns Estados que fazem através de caminhões e tem um bom
700 resultado. Nós ouvimos muita fala desde o ano de 2018, dizendo que não é para fazer, eu concordo
701 que não é para fazer, mas vamos deixar essa situação resolvida e adequada para se fazer, até haver o
702 suprimento desses mamógrafos que estão faltando. O que não podemos fazer é “escantear” um
703 programa que tem mamógrafo em nosso Estado se está faltando 10 aparelhos, precisamos dentro do
704 nosso Grupo de Trabalho (GT), rever isso e encontrar uma solução. Vamos discutir em nosso GT e
705 iremos encontrar uma solução para esse problema. A Sra. Soraya informou a todos os presentes que
706 as letras **b) e f)** sofreram alterações. **Letra b) Apresentação sobre o 1º Fórum de Telemedicina e**
707 **Telesaúde na Paraíba – Sr. André Valentim;** foi cancelada, porque o Sr. Valentim não compareceu
708 a Assembleia. **Letra f) Apresentação da Carta da Paraíba 2019 como encaminhamento do III**
709 **Congresso Paraibano do COSEMS-PB e IV Seminário Gilson Carvalho 2019 - Sra. Soraya**
710 **Galdino (presidente do COSEM/PB);** A Sra. Soraya informou que o COSEMS estaria enviando
711 para o e-mail de todos os gestores a Carta da Paraíba para que, se os Srs. (as) quisessem acrescentar
712 ou questionar algum ponto do documento, podiam estar encaminhando esses questionamento por e-
713 mail para o COSEMS, que poderia reavaliar o documento. Quanto ao item **c) Apresentação do**
714 **Projeto FortaleCIR;** a Sra. Soraya explicou que já tinha apresentado esse projeto no Congresso do
715 COSEMS e que iria deixar para apresentá-lo novamente na reunião da CIB como ponto de pauta extra
716 para pedir a colaboração da SES nesse projeto. Passando assim a palavra para Sra. Talita Tavares
717 apresentar a letra, **g) Minuta da nota técnica conjunta COSEMS/PB e SES/PB que estabelece**
718 **critérios para aquisição de câmaras refrigeradas para a sala de imunização nos municípios –**

719 **Sra. Talita Tavares – Gerente Executiva da Vigilância em Saúde/ SES-PB;** A Sra. Talita
720 apresentou-se, cumprimentou a todos e iniciou sua fala tratando dos critérios elencados junto à
721 Câmara Técnica e discutido com o COSEMS para podermos elencar um recurso financeiro que será
722 repassado pelo Ministério da Saúde para aquisição de Câmaras Frias para alguns municípios, o valor
723 desse recurso para a Paraíba é de R\$925.925,00, esse valor nós poderíamos estar fazendo uma
724 estratificação pelos critérios que o CONASEMS já colocou, ficamos com uma lista imensa de
725 municípios e o valor é pequeno, dos Estados do Nordeste a Paraíba ficou valor reduzido, e tivemos
726 que colocar outros critérios adicionais para poder chegar à lista. Foi apresentada uma minuta que
727 passou pela Câmara Técnica e no anexo I, foi colocado quais foram os critérios. Critérios elencados
728 pelo Ministério da Saúde: salas de vacinas localizadas em municípios com até 100 mil habitantes;
729 (ficando os municípios menores), mesmo assim quando foi feito o filtro, municípios com menos de
730 100 mil habitantes, sistema de informação oficial do MS implantado e que não está equipado com
731 câmara refrigerada não chegamos ao valor que poderia ficar de 200, 300 ou maior capacidade de
732 litros, optamos pelas câmaras com 200 litros, porque o valor de R\$ 925.925,00 dividido pelo valor
733 que seria cada câmara, uma média de preço de 20.000,00 (os valores variam de acordo com a marca).
734 Nossa intenção é colocar um valor de registro de preço, a proposta é que o recurso venha para o
735 Estado, faremos item de registro de preços para cair, pois quanto mais o volume, mais a concorrência
736 tende a diminuir o preço e abrange assim, mais municípios. Nós adicionamos critérios em reunião
737 com a participação da SES/PB, COSEMS/PB, por região de saúde, colocamos: região de saúde com
738 até 10 municípios 02 câmaras refrigeradas, 02 municípios com duas câmaras; região de saúde de 11
739 a 19 municípios, 03 câmaras; e regiões com mais de 20 municípios 05 câmaras refrigeradas,
740 lembrando que essa decisão é para fazer o corte de municípios, não é que esse município ou aquela
741 região será 05 câmaras por município, cada município irá receber uma câmara. Os outros critérios
742 adicionais para chegarmos aos municípios que receberam até 09 mil doses de vacina por mês,
743 municípios que atingiram os indicadores 03 e 04 do PQA VS resultado de 2018 e municípios com
744 melhor homogeneidade de cobertura vacinal nas demais vacinas de calendário criança menor de 01
745 ano, BCG, Rota Vírus, Meningocócica. Todos esses critérios e filtros, foi tentando valorizar e
746 bonificar aqueles municípios que alcança os indicadores, que trabalham homogeneidade, que
747 gerenciam bem esse insumo já que a câmara vai gerar qualidade, dessa forma nós chegamos ao filtro
748 de municípios contemplados por atender os critérios estabelecidos no anexo I e a Resolução que foi
749 apresentada aos presentes que descrevia: por região, município e a região a qual ele pertence a
750 regional-região e o nome do município. Temos 48 municípios contemplados. São municípios de
751 pequeno porte, com até 09 mil doses que possam está recebendo que já recebem mês, que utilizam o
752 sistema, que tiveram os indicadores PQA VS atingidos em 2018 e os que tiveram boas coberturas nos
753 imunes apresentado acima. O Secretário de Estado da Saúde, Dr. Geraldo Medeiros, em discussão
754 com a área técnica da SES/PB e já em conversa com a Sra. Soraya, presidente do COSEMS, vai
755 ampliar os R\$ 925.925,00 com mais R\$ 230.000,00 como contrapartida do Estado pela fonte 110
756 através do anexo I que estabelece os critérios, se houver saldo de recurso financeiro do Ministério, se
757 cair o preço da câmara e com o adicional de R\$ 230.000,00 nós ampliaremos para um número maior
758 de municípios de acordo com o saldo o que sobrar do registro de preço. O único critério será atender

759 os critérios que já estavam elencados e os indicadores 03 e 04 PQA VS 2019, que já vem monitorando
760 seu indicador de PQA VS 2019 até o mês de agosto ainda têm os outros meses que o sistema fica em
761 aberto para fazer um bom monitoramento desses dois indicadores para o ano que vem junto com os
762 que já foram elencados também participar do filtro e poder receber uma câmara fria. Pelo adicional
763 de R\$230.000,00 do Estado e o que sobrar de saldo do MS. A média de preço nós tentaremos registrar
764 a câmara para 200 litros e para 120 litros, porque municípios pequenos não precisam de 200 litros, a
765 de 120 atende à demanda e o custo dela é menor, de forma que podemos comprar mais com recurso
766 de R\$230.000,00 e poder beneficiar mais municípios. Essas informações são para que os gestores
767 saibam como foi feito os filtros que foram resultados de discussão junto com o COSEMS e que hoje
768 à tarde na reunião da CIB será posto para deliberação. O Estado da Paraíba foi um dos que menos
769 teve recurso federal, e toda essa discussão tem que ser levados sempre às reuniões de CIT,
770 CONASEMS para que possa ser discutida nessas instâncias, quando chega para nós ratearmos
771 enquanto área técnica já chega fechado, essa lista será deliberado e aprovado na reunião da CIB que
772 acontece hoje à tarde no CEFOR/PB. Dando continuidade à pauta, a Sra. Talita Tavares apresentou
773 a letra **h) Situação do Sarampo na Paraíba – Sra. Talita Tavares - Gerente Executiva da**
774 **Vigilância em Saúde/ SES-PB (Apresentação letra h) Situação do Sarampo na Paraíba.** A Sra.
775 Talita explicou que por conta do adiantado da hora, iria aos pontos principais que precisaria alinhar
776 não apenas com os gestores presentes, mas também com o apoio do COSEMS para juntos termos
777 uma melhor otimização da vacina mediante o cenário atual de doença sarampo a nível nacional e um
778 recorte do Estado da Paraíba. O Sarampo é uma doença viral aguda similar a uma infecção do trato
779 respiratório superior. As manchas de *Koplik* ocorrem em 70% dos casos sendo um sinal
780 patognomônico, com risco de complicações e óbitos em: bebês, desnutridos, gestantes e
781 imunodeprimidos, a vacina é efetiva: <12m (84%), após 01 ano 93% uma dose e duas 95-99%. Na
782 Paraíba o Sarampo vem sendo combatido através de campanhas ostensivas de orientação e vacinação,
783 com recursos investidos na imunização para aquisição de materiais permanentes e unidades móveis
784 destinados a Central Estadual e 12 Centrais Regionais de Imunizações: Equipamentos para garantir
785 armazenamento adequado - Câmaras de conservação de vacina (63), Câmara Fria (01), Freezers (50),
786 Termômetros digitais (5.000), Termômetros a laser/Caixas Térmicas, Condicionadores de ar (140),
787 Geradores (13); Investimento de R\$ 3.051.399,02. Equipamentos de Informática - Conjunto de
788 Computadores (210), notebooks (16) e equipamentos de videoconferência (04); Investimento de R\$
789 2.079.563,68. Mobiliário investimento de 693.655,00. Veículos tipo Furgão (10) investimento de R\$
790 1.878,000,00. Caminhões Baú (02) investimento de R\$ 300.000,00. Seringas, investimento de R\$
791 275.960,00. Carrinhos de transporte de material e carrinho de limpeza, investimento de R\$ 15.693,00.
792 Estante e mesa de preparo aço inox, investimento de R\$ 62.154,00. Total dos investimentos R\$
793 7.662,769, 70. Ações no Estado: Reunião com os gestores, Coordenadores de AP e VS por CIR;
794 Publicação do Boletim epidemiológico – toda quinta-feira; Reunião presencial com Gerentes
795 Regionais e Coordenadores de Imunização das GRS por vídeo; Contato telefônico com os gestores
796 dos municípios com casos com primeiro IgM positivo; Participação na Assembleia Legislativa;
797 Participação de agendas no CRM-PB e evento no Município de João Pessoa; Apresentação no
798 Conselho Estadual de Saúde; Apresentação na Comissão Integestores Bipartite – CIB; Reunião com

799 município de João Pessoa e Campina Grande; Disponibilização de material de mídia nos canais de
800 comunicação do Governo do Estado; Disponibilização de número de telefone 0800 durante a semana
801 para Notificação de Casos suspeitos e escala de plantão nos fins de semana e feriados com equipe de
802 sobreaviso; Pactuação na CIB de setembro com ampliação da aquisição de Câmaras de vacina através
803 de contra partida Estadual; (passando de 48 municípios – recurso Federal - para 60 municípios em
804 2020) – Total de R\$ 1.125.000,00. Pactuação de Incentivo Estadual como contra partida aos
805 municípios com população menor que 100mil habitantes, com cálculo per capita (população menor
806 de 05 anos), objetivando fortalecer a estratégia nacional de Campanha de Vacinação contra Sarampo
807 para esse público que acontecerá do dia 07 a 25 de Outubro de 2019 – Total de R\$ 141.373,44. De
808 acordo com o Programa Nacional de Imunizações a Paraíba está com um total de 86,17 de cobertura
809 vacinal no Estado (Data da Atualização dos dados: 02/09/2019). A Sra. Talita apresentou em slides a
810 situação do sarampo na Paraíba e explicou as estratégias e as ações de combate à doença. Ela relatou
811 que haverá um evento no dia 20/09/19 junto com a GEAS/SES/PB, estarão otimizando uma
812 qualificação de fluxo dentro de UPAs e hospitais estaduais, a UPA municipal que tiver um
813 profissional, um diretor, alguém que organize dentro do estabelecimento de acordo com o cenário
814 epidemiológico que temos hoje nós poderemos estar convidando esse profissional para esse evento.
815 Nesse espaço iremos discutir o que é o sarampo, a fase de incubação, qual é a necessidade de gerar
816 um atendimento na classificação de risco para que o paciente não fique esperando e possivelmente
817 contaminando outros pacientes, como eu vou acompanhar esse paciente nessa porta de entrada na
818 classificação dentro da assistência médica que não deve ser feita a medicação junto com outros
819 pacientes, gerar a notificação em 24 horas, gerar o bloqueio de interlocução desse equipamento
820 assistencial com a vigilância do município. Esses fluxos nós já estamos dialogando com os municípios
821 que tem notificação, inclusive com os gestores aqui presente e vai fortalecer e outros equipamentos
822 do Estado. A alta transmissão de sarampo onde um paciente pode infectar de 18 a 20 pessoas
823 próximas, por isso a importância dessa classificação de risco e do bloqueio oportuno. As
824 complicações do sarampo são prioritariamente em bebês, crianças com deficiência de vitamina A (o
825 Estado ainda não recebeu as doses de vitamina A que o MS vai disponibilizar), essa vitamina será
826 para suplementar as crianças menores de 01 ano. Quando recebermos através da GEAS/SES/PB
827 estará disponibilizando e orientando com será essa utilização, os desnutridos, gestantes,
828 imunodeprimidos, adultos jovens com idade entre 20 e 29 anos. O nosso cenário hoje de recorte das
829 notificações são crianças menores de 05 anos, e adultos entre 20 e 29 anos. O cenário que vemos
830 apresentado na literatura quando vamos à realidade pelo menos na questão do agravo está se
831 caracterizando conforme. Os dados apresentados são de quarta-feira da semana que passou, a Sra.
832 Talita informou que todas as quartas-feiras vêm participando de uma ou duas videoconferências com
833 o MS e o COI, eles passam as avaliações nacional, fazem uma atualização do cenário e dão as
834 liberações de imunização e de vigilância, os últimos dados do boletim apresentado traz as informações
835 confirmadas pelo MS de 04 óbitos, 03 em São Paulo e 01 em Pernambuco que é bem próximo da
836 Paraíba, em Taquaritinga do Norte/PE, confirmados a nível nacional 2.753 casos. Pernambuco com
837 12 casos confirmados, nesse caso quando Pernambuco coloca 12 casos confirmados é porque ele tem
838 uma faixa de 200 casos em investigação, ele tem um tempo de confirmar, mas ele tem um tempo

839 imediato a partir da suspeita e essa ação também tem que ser feito conosco, quando você tem um caso
840 suspeito a ação é imediata, por isso muitas vezes nós ligamos, fazemos reuniões porque a ação é do
841 município, ação de bloqueio, de sala da vacina, é do município. Nós estamos falando de uma doença
842 imunoprevenível então é vacina que vamos trabalhar. Nós não temos ainda casos confirmados ainda,
843 temos casos suspeitos com cadeias já identificados se assim se confirmar. Durante a apresentação a
844 Sra. Talita apresentou um dado recente que ainda iria ser divulgado onde constam mais de 100
845 notificações no Estado, esses dados serão semanais, o MS libera na quarta-feira, nós alinhamos os
846 dados da Paraíba, na quinta-feira os Senhores (as) serão informados através das mídias sociais, toda
847 quinta-feira tem dados atualizado da situação na Paraíba. Na última quinta-feira nós tínhamos: 83
848 notificações, 29 casos descartados, 20 IGM positivo ou indeterminado. IGM (*Diagnóstico laboratorial
849 para sarampo. A presença de anticorpos da classe IGM indica infecção recente pelo vírus do sarampo*). (fonte:
850 <https://www.labnetwork.com.br/noticias/diagnostico-laboratorial-para-sarampo>). Ao termino da sua apresentação e explanação
851 a Sra. Talita Tavares agradeceu a oportunidade e passou a palavra para Sra. Soraya concluir a
852 assembleia com a apresentação dos Informes. **INFORMES: 1) Grupo Condutor da Pessoa com**
853 **Deficiência;** A Sra. Maria Izabel Ferreira Sarmento – GEAS/SES-PB, informou aos presentes que por
854 meio da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa / SES-PB, realizará uma Qualificação da Atenção à
855 Saúde da Pessoa Idosa, nas Redes de Atenção à Saúde, via PROADI-SUS, em parceria com o HCOR-
856 SP e a Coordenação Nacional de Saúde da Pessoa Idosa do MS (COSAPI-MS). Esta atividade tem
857 como objetivo incluir a discussão sobre o envelhecimento da população brasileira nas agendas
858 estratégicas das políticas públicas do Estado. Informou que foi enviado aos municípios, a Planilha
859 Participante Paraíba, que deve ser preenchida com os nomes dos participantes dos municípios para o
860 e-mail: peossoaidosasespb@gmail.com até a data 20/09/2019. Enviou também cópia do Ofício
861 Circular nº 18/201, para o COSEMS-PB para auxiliar na divulgação com os municípios, o que foi
862 feito pelo Conselho. **2) Curso de Especialização em Saúde Pública;** Em relação a esse item, a Sra.
863 Soraya Galdino, informou que estará sendo encaminhado por e-mail aos gestores todas as
864 informações sobre o Curso de Especialização em Saúde Pública; **3) Cadastro dos gestores no**
865 **ProgramaSUS – GEPLAG/SES-PB.** A Sra. Eliane técnica da GEPLAG/SES-PB, apresentou uma
866 planilha (*anexo I*) com a situação dos municípios/gestores sem solicitação de cadastro para o acesso
867 ao ProgramaSUS atualizados até o dia 06/09/2019. **4) Anexo I. Finalizando a Assembleia,** a Sra.
868 Soraya Galdino facultou a palavra aos presentes e, como nenhum presente se manifestou. Sem mais,
869 foram feitos os agradecimentos, reforçado o convite para a reunião da CIB-PB no turno da tarde
870 (14:00h), no auditório de Reuniões do CEFOR situado dentro do Complexo Psiquiátrico Juliano
871 Moreira, na Av. Dom Pedro II no bairro da Torre. E nada mais havendo a tratar, determinou a Sra.
872 Presidente da Assembleia que se encerrasse a assembleia às 13:20h. Eu, Dáfia Vicente Izidoro, lavrei
873 a presente ata. João Pessoa/PB, 09 de setembro de 2019.

874 Dáfia Vicente Izidoro - Secretária do COSEMS/PB

875

876 Soraya Galdino de Araújo Lucena - Presidente do COSEMS/PB

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

891

892

893

894

895

896

ANEXO I

**Informes: 4) Anexo I da Ata da 5ª Assembleia Geral do COSEMS/PB
Cadastro dos gestores no ProgramaSUS - Sra. Eliane técnica – GEPLAG/SES-PB.**

Situação dos gestores sem solicitação de cadastro para o acesso ao ProgramaSUS

| RS | 1ª Região 10 municípios | |
|-----------|--------------------------------|--|
| 1 | Alhandra | ALBARINA KELLY DE LIMA PEREIRA |
| 1 | Cruz do Espírito Santo | AMANDA MOREIRA DE SOUSA LINS |
| 1 | Caaporã | AMANDA PEREIRA FREIRE DE ALBUQUERQUE |
| 1 | Mari | EMANUELLE DA COSTA CHAVES TRINDADE |
| 1 | Riachão do Poço | FABIANA DINIZ DE CARVALHO |
| 1 | Sapé | GLÁUCIO LEAL DE SANTANA JÚNIOR |
| 1 | Bayeux | JOSÉ GILLIARD ABRANTES PEREIRA |
| 1 | Santa Rita | MARIA DO DESTERRO FERNANDES DINIZ CATÃO |

| | | |
|---|--------|---|
| 1 | Lucena | MARIA ELEIDIANE SOARES MAMEDE COUTINHO |
| 1 | Conde | RENATA MARTINS DOMINGOS |

897

| RS | 2ª Região | |
|----|------------------------------|---|
| 2 | Araruna | AMERICA LOUDAL FLORENTINO T. DA COSTA |
| 2 | Pilões | ANA SIMPLÍCIO DA GLÓRIA BORGES DE BRITO |
| 2 | Pilõezinhos | ANTÔNIO MARCOS FERNANDES DA SILVA |
| 2 | Borborema | AYSDESLANNE TALITTA DE FARIAS SANTOS |
| 2 | Lagoa de Dentro | ELLIANE VICENTE SANTIAGO |
| 2 | Duas Estradas | GEVERALDA FARIAS DE LIMA |
| 2 | Logradouro | HELIVANDO DA SILVA LEMOS |
| 2 | Tacima (Campo de Santana) | JACKIELE BEZERRA DE ALBUQUERQUE |
| 2 | Riachão | JOSÉ HERMANO DOMINGOS DA SILVA |
| 2 | Pirpirituba | KALINE VIEGAS CANTALICE |
| 2 | Araçagi | KATIANE PIRES QUEIROGA |
| 2 | Sertãozinho | MARIA FRASCINETE PONTES SOARES |
| 2 | Bananeiras | MARYJANNE MACEDO LUCENA DE MEDEIROS |
| 2 | Cacimba de Dentro | RAYANNE COSTA SOUZA HENRIQUE |
| 2 | Mulungu | RAFAELA MARQUES AGUIAR E NASCIMENTO |
| 2 | Dona Inês | TARCIANA LUCENA NUNES CARVALHO |
| 2 | Guarabira | WELLINGTON ANTÔNIO RODRIGUES DE OLIVEIRA |
| 2 | Casserengue | WILLIAN SANTOS BASÍLIO |

898

| RS | 3ª Região | |
|----|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 3 | Algodão de Jandaíra | ADRIANA KARLA MEDEIROS DOS SANTOS |
| 3 | Alagoa Grande | ANDRÉ FERNANDES DA SILVA |
| 3 | Areial | CAMILLA BENJAMIM ALVES |
| 3 | Alagoa Nova | ELIANE CONCEIÇÃO LIMA DE ANDRADE |
| 3 | Esperança | ELIETE SILVA NUNES ALMEIDA |
| 3 | São Sebastião de Lagoa de Roça | ÍTALO RAFAEL COURA DE ALCÂNTARA |
| 3 | Arara | JOSINELMA LÁZARO DA SILVA COSTA |
| 3 | Matinhas | MARIA DILMA ANIZIO DA SILVA |

899

| RS | 4ª Região | |
|----|-----------|--|
|----|-----------|--|

| | | |
|---|---------------------|--------------------------------------|
| 4 | Cuité | ADRIANA SELIS DE SOUSA |
| 4 | Pedra Lavrada | ELISÂNGELA MARTINS RODRIGUES DE MELO |
| 4 | Barra de Santa Rosa | GABRIELLA SANTOS NEPOMUCENO |
| 4 | Damião | MARIA DE FÁTIMA RIBEIRO MENDES |
| 4 | Nova Floresta | THEANY DE ANDRADE AZEVEDO |

900

| RS | 5ª Região | |
|----|------------------------|--|
| 5 | Coxixola | ADEILSA SALVADOR DE SOUSA |
| 5 | São João do Cariri | ELIAN CARLA ANTONINO DE ASSIS SOUSA |
| 5 | Congo | JUCILEIDE FIRMINO DE SOUSA OLIVEIRA |
| 5 | Caraúbas | LEONARDO ENÉAS ALMEIDA |
| 5 | Serra Branca | MÁRCIA DANTAS LIMA |
| 5 | Camalaú | MÁRCIA LENITA CHAVES VENTURA |
| 5 | Prata | MARIA APARECIDA DE SOUSA COSTA NÓBREGA |
| 5 | São João do Tigre | MARIA JOSÉ OLIVEIRA E SILVA |
| 5 | Parari | MARLUCE DE QUEIROZ MANGUINHOS |
| 5 | São José dos Cordeiros | PETRUSHKA BEZERRA DOS SANTOS |

901

| RS | 6ª Região | |
|----|--------------------|---|
| 6 | Vista Serrana | ALAN JERSON RODRIGUES ALVES |
| 6 | Maturéia | BRUNO WANDERLEY RAMOS MONTEIRO |
| 6 | Santa Luzia | CECILIANA MEDEIROS VANDERLEI DE CHUMACERO |
| 6 | Areia de Baraúnas | ELAYSE DE KÁSCIA M. DA NÓBREGA |
| 6 | Emas | JOSÉ ROMUALDO BORGES DE LIMA |
| 6 | São José do Bonfim | JOSEMILA MARIA CANDEIA DA NÓBREGA |
| 6 | Várzea | MÁRCIA LÚCIA DE SOUZA LIMA |
| 6 | Passagem | ROZÂNGELA FERREIRA SILVA |
| 6 | Mãe d'Água | SANDRA DE LOURDES SERRANO PAIVA TEIXEIRA |

902

| RS | 7ª Região | |
|----|----------------------|----------------------------------|
| 7 | Piancó | ANTÔNIO LEITE NETO |
| 7 | Igaracy | GILMAR MIGUEL QUIRINO |
| 7 | Conceição | MAGNADY LAVOR FURTADO DE LACERDA |
| 7 | Santa Inês | MARIA DE LOURDES RODRIGUES |
| 7 | Ibiara | MARIA DO SOCORRO RAMALHO NUNES |
| 7 | Santana de Mangueira | MARIA JOSÉ INÁCIO |

903

| RS | 8ª região | |
|----|---------------------------|---|
| 8 | Brejo dos Santos | ANDRESSA LOURRAINE SOUSA LOPES |
| 8 | Belém do Brejo do Cruz | ISRAEL MARTINS DE ANDRADE |
| 8 | Mato Grosso | ISRAELA GOHUAMA ANDRADE NASCIMENTO ALMEIDA |
| 8 | São José do Brejo do Cruz | KLEDYANNE CRISTINA DA SILVA GOMES |
| 8 | São Bento | LINDINALVA DANTAS DOS SANTOS |
| 8 | Catolé do Rocha | PAULINA MARIA ALVES DE ASSIS MAIA |

904

| RS | 9ª região | |
|----|----------------------|--|
| 9 | São José de Piranhas | ANA PAULA CAVALCANTI L. DO NASCIMENTO |
| 9 | Bonito de Santa Fé | JOSÉ ANDSON BARBOSA OLIVEIRA |

905

| RS | 10ª região | |
|----|---------------|-------------------------------------|
| 10 | São Francisco | CARLISA PIRES XAVIER GOMES RIBEIRO |
| 10 | Lastro | GERLANIA FERREIRA DOS SANTOS |
| 10 | Aparecida | RICARDO PETER GONÇALVES SARMENTO |
| 10 | Nazarezinho | THAYANNE RODRIGUES PONCE LEON |

906

| RS | 11ª região | |
|----|------------|---------------------------------|
| 11 | Juru | MARIA DAS DORES LAUREANO GALVÃO |

907

| RS | 12ª região | |
|----|----------------------|--|
| 12 | Juripiranga | DALVACI MARIA PEREIRA ALVES |
| 12 | Pedras de Fogo | GERLANE PEREIRA MARINHO |
| 12 | Mogéiro | GRACIELE DO CARMO SILVEIRO MONTEIRO |
| 12 | Juarez Távora | JOÃO BATISTA ALMEIDA DA CUNHA |
| 12 | Itatuba | MARIA GLAUDENICE DE MELO ANDRADE |
| 12 | Riachão do Bacamarte | SARAH DANNIELY SOARES AMARAL TRINDADE |
| 12 | Itabaiana | SORAYA GALDINO DE ARAÚJO LUCENA |
| 12 | São José dos Ramos | VITAL LEOPOLDINO DE OLIVEIRA NETO |

908

| RS | 13ª região | |
|----|------------|----------------------------------|
| 13 | Pombal | FABIANA DOS SANTOS LINS |
| 13 | Lagoa | JANIERY PEREIRA E SILVA LOPES |
| 13 | Paulista | JULYANA CRISTINA SILVEIRA SOARES |

909

| RS | 14ª região | |
|----|------------|--|
|----|------------|--|



| | | |
|----|---------------------|---------------------------------|
| 14 | Mamanguape | ANTÔNIO MAXIMO DA SILVA NETO |
| 14 | Pedro Régis | IVANILDO MARTINS DA SILVA |
| 14 | Jacaraú | JOSE HERMANO DIAS DA CRUZ FILHO |
| 14 | Cuité de Mamanguape | LEANDRO SILVA DA COSTA |
| 14 | Marcação | MARIA EDFRÂNIA DOS SANTOS SILVA |

910

| RS | 15ª Região | |
|----|-------------------------|-----------------------------------|
| 15 | Aroeiras | ÂNGELA DOROTHEA DE AGUIAR MARQUES |
| 15 | Gado Bravo | ANNA FRANCIELLY BARBOSA |
| 15 | Natuba | ELIZEU VIEIRA DE MELO |
| 15 | Barra de Santana | FRANCISCA EUDÉZIA DAMACENO NUNES |
| 15 | Boqueirão | MARA RÚBIA DE FREITAS BRANDÃO |
| 15 | Caturité | MARIA JOSÉ DA SILVA |
| 15 | Cabaceiras | RICARDO JORGE DE FARIAS AYRES |
| 15 | Riacho de Santo Antônio | ROSINEIDE DE BRITO BARBOSA |
| 15 | Barra de São Miguel | SUÊNIA BESERRA COSTA |

911

912

| RS | 16ª Região | |
|----|----------------|---------------------------------|
| 16 | Massaranduba | CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA |
| 16 | Soledade | LARISSA CORREIA MOURA RAMOS |
| 16 | Campina Grande | LUZIA MARIA MARINHO LEITE PINTO |

913

914

915

Atualizado em 06/09/2019