

ATA - COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO ALTO SOLIMÕES - CIR/ASOL/AM

Ata da Reunião 27ª (27ª Ordinária) para apreciação e pactuações de cogestão solidária quanto aos aspectos operacionais e administrativos entre os Gestores Municipais de Saúde da Regional do Alto Solimões e o Estado.

ABERTURA - Aos vinte e oito dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e quinze, às nove horas no Auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga, situado à Rua Marechal Mallet, nº 520, Centro, em Tabatinga/AM. O Coordenador da CIR/ASOL Roberto Maia Bezerra coordenou a reunião, cumprimentou os presentes e deu inicio a reunião. O Coordenador da CIR Roberto Maia Bezerra convidou os Secretários Municipais de Saúde e os Representantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) presentes para compor a mesa o Sr. Herton Augusto Pinheiro Dantas do município de Tabatinga, o Sr. Felipe de Araújo Bonifácio do município de Amaturá, a Sra Jossiteia Vanessa de Almeida do município de Atalaia do Norte, a Sra. Ane Rose Gomes de Oliveira do município de Fonte Boa, o Sr. Francisco Ferreira Azevedo do município de Santo Antônio do Iça, o Sr. André da Silva Alves do município de São Paulo de Olivença, o Sr. Wedyson Gossel Pereira do DSEI Alto Rio Solimões, o Sr. Heródoto Jean de Sales do DSEI Vale do Javari. Ficou sem representação o município de Benjamin Constant, Tonantins, Jutaí e DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes. ITEM I - Apreciação e Aprovação da ATA da 26ª Reunião 26ª Ordinária realizada no dia 8/11/2014 em Tabatinga - AM. A Ata foi aprovada por consenso pelo colegiado na forma apresentada. ITEM II - Comunicações: O Coordenador Roberto Maia Bezerra fala que é com satisfação que abre os trabalhos do ano de 2015, espera que os trabalhos sejam compensadores, e dá as boas vindas às todos. Informa que o SAMU (192) de Benjamin Constant está sendo inaugurado, por isso a ausência do secretário municipal de saúde do referido município. Registra a presença da Secretária Adjunta de Atenção Especializada à Saúde do Interior Maria Adriana Moreira, a Gerente da Região do Alto Solimões Jorgete da Cunha Gama, o Diretor do Departamento de Atenção Básica DABE/SUSAM Claudio Pontes Ferreira, a Gerente de Controle e Avaliação da SUSAM Jesuína de Jesus Figueiredo, a Coordenadora do PROVAB e do Programa Mais Médico Keila Figueira, a Coordenadora Estadual de Regulação Maria Artemisa Barbosa, a Gerente do Departamento de Planejamento/SUSAM Suziele Souza, a Apoiadora do Ministério da Saúde Nara Koide, a Secretária Executiva da CIB/AM Sandra Melo e Ângela Goia





1

2

3

4

5 6

7

8

9

10

11

12

13 14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

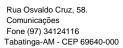
26

27

28



da Fundação CECON. O membro Francisco Azevedo comunica que em 13 de março é o aniversário do município de Santo Antônio do Iça, e inauguração de 1 (uma) Unidade Básica de Saúde, agradece ao governo do estado em nome da Sra Maria Adriana Moreira pelo apoio dado ao município, pois é difícil manter uma unidade básica de saúde funcionando com o recurso apenas do munícipio, fala que a parceria entre município e estado vai continuar. O membro André Alves comunica que em 30 de março a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo de Olivença vai reinaugurar as obras do Programa de Requalifica UBS; da Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, Unidade Básica de Saúde São João, a Unidade Básica de Saúde São Sebastião, fala que enfrentou algumas dificuldades técnicas, mas conseguiu cumprir o convênio. O Diretor do Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas DABE/SUSAM o Sr. Claudio Pontes menciona que o prazo para implantação do E-SUS é maio e para competência junho. Informa a situação do E-SUS nos municípios da Região do Alto Solimões: Amaturá E-SUS implantado; Atalaia do Norte E-SUS implantado; Benjamin Constant E-SUS implantado; Fonte Boa E-SUS implantado; São Paulo de Olivença E-SUS implantado; Santo Antônio do Iça E-SUS implantado; Tonantins E-SUS implantado; Tabatinga E-SUS intermediário, Jutaí é o único município da região que não tem informação. O Ministério da Saúde não vai prorrogar o prazo, quem estiver dando andamento no processo continue. Informa ainda que se alguma equipe não estiver informando a produção pelo o E-SUS, o médico do Programa Mais Médico é obrigado a entrar no Sistema com o seu CPF, Senha e informar sua produção, porque o Ministério da Saúde vai cortar os recursos do médico e do município. O membro André Alves pergunta se informando no sistema da secretaria de saúde a produção do Programa Mais Médico, ainda assim o médico precisa inserir a produção. O Sr. Claudio Pontes responde se for pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sim. A Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) passou informação sobre a cobertura vacinal, é algo preocupante, a cobertura vacinal em menor de 1 ano de idade, por tipo de vacina no ano de 2014, apenas 10 (dez) municípios no Estado do Amazonas tiveram uma homogeneidade, os demais, nenhum munícipio alcançou a cobertura vacinal adequada. Somente quem ficou acima de 70% foi Tabatinga e Amaturá, Santo Antônio de Iça ficou 57%, daí para baixo ficaram com 20%, 30% e 40%, e que a Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) vai passar formalmente as informações aos munícipios. O membro André Alves propõe que quando a área técnica detalhar essas informações e identificar os problemas venha explícito em documento, se a falha técnica que está acontecendo na vacina é por parte do munícipio ou da saúde indígena. A Sra Maria Adriana Moreira diz que o município deve fazer isso em nível local. O membro André Alves fala que o



30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58 59

60

61

62

63

64

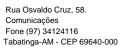
65







apurado vai encaminhar formalmente para que haja o registro na FVS, porque em nível local já foi discutido à questão de vacina, houve uma pactuação oficial, mas não conseguiu avançar nessa negociação, é preciso uma interferência maior. A Sra Maria Adriana Moreira menciona que em outros municípios, nas reuniões da CIR está sendo colocado em relação às metas não atingidas por conta da saúde indígena, diz ser importante formalizar ao Dr. Bernardino Albuquerque e a Enfermeira Isabel Cristina Hernandes, se os senhores têm os dados e têm como comprovar a cobertura, se é realmente a população indígena que está fazendo o indicador cair, o ministério público também tem que ser informado, depois que negociou com a equipe e não avançou. Ressalta ainda que é preciso formalizar também para o Secretário de Estado da Saúde o Dr. Wilson Duarte Alecrim. Menciona que em reunião da CIB/AM todos os secretários municipais de saúde foram chamados atenção, devido à cobertura não está sendo atingida, e acredita que o responsável é o secretário municipal de saúde, porque existe a queixa por parte dos municípios, mas não se vê nenhum documento. O Coordenador da CIR Roberto Maia Bezerra registra que a Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) levantou 7 (sete) vacinas que fazem parte do calendário anual de vacinação, dados de campanha, com exceção da BCG, inclusive a BCG foi à única que quase todos os munícipios da região alcançaram a cobertura. Mas a questão da homogeneidade que está sendo trabalhada é: dessas 7 (sete) vacinas quantos os municípios alcançaram a meta, com exceção da BCG, todas as vacinas têm que ter no mínimo 95% de cobertura, se estão abaixo da meta ela não entra como vacina alcançada, portanto homogeneidade conta o número de vacina alcançada dentro da meta. Dados da Região do Alto Solimões: O município de Jutaí teve 1 (uma) vacina alcançada; Atalaia do Norte teve 2 (duas) vacinas alcançadas; Fonte Boa 2 (duas) vacinas alcançadas; São Paulo de Olivença teve 2 (duas) vacinas alcançadas; Benjamin Constant teve 3 (três) vacinas alcançadas; Tonantins teve 3 (três) vacinas alcançadas; Santo Antônio do Iça teve 4 (quatro) vacinas alcançadas; Amaturá teve 5 (cinco) vacinas alcançadas; Tabatinga teve 5 (cinco) vacinas alcançadas. Essa é a nova modalidade de se trabalhar, isso foi apresentado na reunião da CIB/AM e ficou acordado que a FVS vai fazer uma nota técnica e encaminhar aos senhores para que tenham conhecimento, e que façam averiguação, por que essas metas não foram alcançadas. É como a Srª Maria Adriana Moreira colocou a importância da participação dos senhores, porque sempre surge que não se alcança meta por conta da saúde indígena. O Sr. Claudio Pontes fala sobre os instrumentos de planejamento e lembra que o Ministério da Saúde está bastante criterioso em relação aos sistemas de informações, reforça que os munícipios não atrasem nenhum sistema de informação, pois o Ministério da Saúde



67

68

69

70

71 72

73 74

75

76

77

78

79 80

81

82

83 84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95 96

97

98

99

100

101

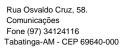
102







não está prorrogando prazo e está penalizando o município, mantenham os sistemas informações sempre em dia. Acrescenta Departamento que 0 de Planejamento/SUSAM atualizou os dados em relação aos instrumentos de planejamento em 20.2.2015. Situação dos munícipios da Região do Alto Solimões que não entregaram o Relatório Anual de Gestão (RAG) 2013: Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença e Tonantins; Situação do Plano Municipal de Saúde 2014/2017: Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Iça e Tonantins, somente Tabatinga e Jutaí entregaram. A Coordenadora de Atenção Básica de Tabatinga a Srª Viviane Loiola observa que teve dificuldade de encontrar os dados para inserir no Relatório Anual de Gestão. A Sra Suziele Souza menciona que em relação ao SISPACTO o que está definido pelo Ministério da Saúde é 2013 a 2015, em 2013 os munícipios elaboraram e fizeram as metas, 2014 é avaliação e revisão das metas, 2015 é a mesma coisa proposição de metas, então se foi feito 2013 o município tem esses dados em qualquer lugar, e é dentro do município que vai ser encontrado os resultados, o porquê alcançou, o porquê não aconteceu. O Sr. Claudio Pontes reforça que para o Relatório de Gestão é preciso ter uma equipe trabalhando, o sistema puxa 60% a 70% automático se tiver o Sistema de Informação sobre Orçamentos Público em Saúde (SIOPS), se não tiver, anexar a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e justificar para o conselho municipal de saúde, o que não pode é não fazer. Situação da Programação Anual de Saúde, município que não informou: Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Santo Antônio do Iça e Tonantins, então todos esses instrumentos o DEPLAN já enviou o modelo para os munícipios. Lembra também que a entrega do Relatório Anual de Gestão (RAG) o prazo é final de março, e o SIOPS que é o mais preocupante, a entrega é até 31 de março, a partir de abril o Fundo de Participação do Município (FPM) é cortado. Em relação ao Relatório Anual de Gestão (RAG): Amaturá está com problemas, Atalaia do Norte e Benjamin Constant está tudo informado, Fonte Boa está com problemas, Jutaí tem 2 (dois) períodos não informados, Santo Antônio do Iça e São Paulo de Olivença não tem informação. O membro André Alves acredita que o Sistema estava passando por atualização ou falha técnica, em janeiro do corrente esteve em Manaus para fechar a prestação de contas e informar o que estava atrasado e não conseguiu, porém está sendo resolvido. Os munícipios de Tabatinga e Tonantins estão com 3 (três) meses informados e 3 (três) meses não informados. Esses instrumentos são obrigatórios e está na Lei nº 141 e são passíveis de corte de recursos. A Sra Nara Koide menciona que em relação à questão do SIOPS, que os munícipios entrem em contato com o prefeito ou com o escritório de contabilidade, pois realmente o prazo não está



104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116117

118

119

120 121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132133

134

135

136

137

138

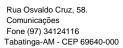
139







estendido. O Sistema do Tesouro Nacional (STN) vai rodar após o dia 28 de fevereiro e a partir de 2 de marco acontece o balaco nacional, dia 3 de marco o munícipio que não estiver com a informação do 6º bimestre, esse município cai no CAUC e o bloqueio começa no recurso da saúde, inclusive o FPM. Ressalta que o município de Atalaia do Norte passou por essa situação em 2014, e quando acontece é um transtorno para o município. Em relação aos instrumentos de planejamento o Ministério da Saúde tem uma preocupação, tanto na Lei nº 8.080 como na Lei nº 141, o Plano Municipal de Saúde como o Relatório Anual são requisitos para o repasse de recursos fundo a fundo para o munícipio, é preciso que esteja com o Plano de Saúde aprovado pelo conselho municipal de saúde, assim como o Relatório Anual de Gestão e a Programação Anual de Saúde. Se acontecer uma denúncia que o município não tem plano, vai receber averiguação por parte dos órgãos de controle, porque o município está recebendo recursos sem está legalizado, portanto não vão deixar isso acontecer. Os municípios podem contar com o apoio do DEPLAN, do COSEMS aquele que estiver com dificuldade na elaboração dos instrumentos. E se coloca a disposição para vir ao território, propõe ao Coordenador Roberto Maia Bezerra se achar pertinente realizar uma oficina na região. O membro Weydson Gossel menciona a importância do espaço da CIR, porque tem a interação do SUS com o subsistema. Informa que está acontecendo à capacitação de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no município de Santo Antônio do Iça, onde em dezembro de 2014, 2 (dois) enfermeiros foram capacitados em Pernambuco nas novas atualizações do AIDPI. Foi dado início a primeira etapa de capacitação desse ano em Santo Antônio do Iça, foram abertas 5 (cinco) vagas para funcionário do município e 15 (quinze) vagas para os polos base, é fundamental essa capacitação, por entender que a saúde indígena é atenção básica, e que os profissionais sejam qualificados. Os 2 (dois) multiplicadores estão à disposição dos munícipios, posteriormente será realizada uma capacitação em São Paulo de Olivença. Registra que em 23 de março do corrente será entregue 3.0000 (três) mil filtros de purificação de água, com capacidade de 10 (dez) litros e com 2 (dois) elementos filtrantes, em 50 residências nas aldeias indígenas de Tabatinga e parte das aldeias de São Paulo de Olivença. Essa ação é em parceria com a defesa civil da Tabatinga, Marinha do Brasil e a SESAI. O DSEI Rio Alto Solimões abrange uma aérea de 7 (sete) municípios da região, 11(onze) polos base e uma população de 57 (cinquenta e sete) mil indígenas, o DSEI tem equipes completas de profissionais em áreas, com um contingente de 1004 (mil e quatro) profissionais. Porém relata que está passando por alguns problemas em 2 (dois) munícipios da região, ou seja, a recusa de atendimento a população indígena, por parte de alguns médicos dos hospitais de São Paulo de



141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169170

171

172

173

174

175

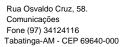
176







Olivença e Benjamin Constant, fala ser importante colocar essa pauta já que estão presentes, representantes do Estado, Ministério da Saúde e vários secretários municipais de saúde da região. Existem duas falas importantes nesse momento, à saúde indígena tem dinheiro e cadê o enfermeiro e o médico da saúde indígena? Reforça que a saúde indígena é atenção básica voltada para a prevenção, promoção, educação e por último a recuperação em saúde, quando o indígena é referenciado, o SUS é a retaguarda como diz a própria legislação, e o médico não atender simplesmente porque é indígena, o indígena é munícipe. A saúde indígena está tentando fazer a sua parte, são 189 (cento e oitenta e nove) aldeias, algumas mais próximas, outras de difícil acesso. Aconteceu uma conversa com o Secretário Municipal de Saúde de Benjamin Constant o Sr. Walmir Lima para tratar dessa situação, e vai procurar o Secretário Municipal de Saúde de São Paulo de Olivença o Sr. André Alves. Relata uma situação em que a área indígena estava sem o profissional médico e uma criança, com um corpo entranho no olho foi encaminhada para o hospital, e o médico desse hospital disse que não iria atendê-lo, porque era paciente indígena e na saúde indígena tem médico, a criança voltou para aldeia foi encaminhada novamente, dessa vez para a Unidade de Pronto Atendimento de Tabatinga (UPA), que não teve nada a fazer, foi referenciada para Manaus, hoje a criança corre o risco de ficar cega. A partir de 2010 a saúde indígena vem avançando com a interação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as parcerias com vários municípios. Ressalta que o município de Santo Antônio do Iça é um grande parceiro, que o município está construindo 1 (uma) unidade básica de saúde na área indígena. Diz que esses fatos que vêm acontecendo são prejudiciais, entende que a média complexidade é o SUS quem tem que dar o suporte. Informa que em 4.3.2015 acontece à inauguração da casa de apoio da saúde indígena no munícipio de Benjamin Constant, mais um benefício à população de 10 (dez) mil indígenas que são referenciados para o município. Em relação à vacina è importante apresentar dados das áreas que estão abaixando a cobertura vacinal, porque só a fala não comprova, é importante que sejam investigados quais os locais, porque dos 34 (trinta e quatro) DSEI's, o DSEI Alto Rio Solimões é único do Brasil que tem implantado sala de vacina em todos os polos bases com equipe capacitadas e treinadas, diz cometer erros, porém defende a cobertura vacinal, fala que no ano de 2014 atingiram 78% a 80% de cobertura vacinal em todos os polos base, portanto é preciso estratificar por munícipios, se esse extravasamento existe, e for avaliado e discutido com a equipe dos municípios. Solicita o acesso ao documento que vai ser encaminhado para os municípios pela Fundação de Vigilância em Saúde (FVS). Em relação ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascido Vivo



178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190 191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203204

205

206207

208

209

210

211

212

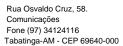
213







(SINASC), a saúde indígena não está enviando para o município alimentar, o próprio DSEI faz alimentação dos sistemas, fica para o município fazer a retroalimentação. considera um ganho, e dar mais qualidade na informação, não havendo duplicidade das mesmas. O Coordenador da CIR Roberto Maia Bezerra registra que em relação à recusa de atendimento de pacientes indígenas por parte dos médicos, é preciso que cheque essas informações formalizadas, com o nome do médico que recusou, nome do paciente e a data, para que sejam tomadas as providências. Ressalta que a SUSAM não incentiva esse tipo de ação por parte da direção das unidades hospitalares ou de qualquer profissional. Diz que a SUSAM sabe de sua responsabilidade e não é um profissional que vai tomar esse tipo de atitude e fazer a coisa se generalizar. Reforça que é preciso ter essas informações, principalmente do caso do munícipio de São Paulo de Olivença onde a SUSAM é gestora e gerente daquela unidade de saúde. A Coordenadora de Atenção Básica do município de Benjamim Constant Silene Kurant diz que não é uma relação de gerência, que a gestão municipal não compactua com a não assistência ao paciente indígena, existe sim, problemas com profissionais, os quais estão orientados a seguir a linha de gestão do SUS. O grande problema é o um histórico de não cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, e pouco apoio de esclarecer isso aos trabalhadores de saúde. Menciona que desde maio de 2014 vem trabalhando no munícipio, o que é atenção básica e o que é serviço de atenção básica e a direção da demanda. Acredita que a pergunta, cadê a equipe da saúde indígena? Deve sim acontecer, no sentido de perguntar a eficácia dessa atenção que é algo que precisa ser assumida e que precisa melhorar. No Polo Base de Filadélfia tem médico apenas em um turno, e que sabe do alto índice de desnutrição, e às vezes essa situação gera uma angustia grande em quem vai atender o paciente. Em relação à recusa de atendimento deve ser notificada ao ministério público, porque na hora que tiver um profissional punido por negar a assistência, não importa se o paciente é indígena ou não indígena, do contrário os profissionais serão os próprios violentadores dessa população por não cumprir com o papel de defender a mesma. Alude que a SESAI tem responsabilidade no território indígena e a casa de apoio deve ser um espaço de acolhimento, quer saber quais são as ações que irão ser ofertadas, porque tem que usar a estrutura do munícipio para dar sequência a esse atendimento, é preciso afinar o discurso e começar a trabalhar para implementar com firmeza conforme as diretrizes do SUS. O membro André Alves fala que em nenhum momento ficou sabendo dessa recusa de atendimento na unidade hospitalar de seu município, diz não defender essa postura, mas precisa observar qual atendimento foi direcionado para a unidade hospitalar. Coloca como exemplo, o munícipio de São Paulo de Olivença que havia 18 (dezoito)



215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227228

229

230

231232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243244

245

246

247

248

249

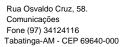
250







encaminhamentos a serem feitos para UPA/Tabatinga, e foram resolvidos 100% desses encaminhamentos, através de uma classificação superficial junto à equipe. Informa que vai ser instituída uma comissão para cuidar do Tratamento Fora do Munícipio (TFD) e também um manual do TFD municipal. É preciso observar o tipo de procedimento que a saúde indígena está encaminhando, que protocolos estão utilizando. Menciona que vai fazer um apurado do caso no município juntamente com a equipe da saúde indígena e direção do hospital. Cita ainda o descredenciamento do laboratório de prótese dentária no munícipio, o Ministério da Saúde através de portaria fez o descredenciamento alegando a falta de produção. Porém vai encaminhar o ofício e a produção completa feita e lançada no sistema para ser analisada pela equipe técnica do DABE/SUSAM. Comunica a Sra Keila Amorim que 2 (dois) profissionais médico do Programa Mais Médico se ausentaram do município e não retornaram, isso está causando uma indisposição com a saúde indígena, porque 1 (um) profissional vai para a comunidade Santa Rita do Véu, e quando fica sem médico a população procura atendimento na comunidade de Campo Alegre. O membro Heródoto Jean de Sales fala sobre a recusa do atendimento a paciente indígena, acredita que em alguns casos é desconhecimento da equipe, e que já marcou uma reunião no município de Atalaia do Norte com a secretária municipal de saúde e o diretor do hospital, alguns funcionários pensam assim, é saúde indígena é problema da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), teve caso que foi preciso dar alta ao paciente para poder fazer a SESAI removê-lo, mesmo sabendo que a continuidade do atendimento teria que ser do munícipio. Menciona também problemas em relação à falta de médico no município e essa situação precisa ser conversada. Alude que a saúde indígena faz atendimento na atenção básica dentro do território, quando o paciente é tirado da aldeia é porque já precisa de atendimento de média e alta complexidade e que já fugiu da esfera da atenção básica. Coloca que está acontecendo casos de coqueluche na população Matis, a notícia é de 41 (quarenta e um) casos, o estado já foi informado e tem uma equipe da vigilância de Manaus, médico da SESAI e bioquímico, Brasília também já está ciente. Primeiro os casos sugiram na etnia Maiuruna no Rio Curuçá e depois no Rio Branco na etnia Matis. Tem notícia que isso aconteceu quando alguns estudantes do município de Tabatinga e Benjamin Constant chegaram ao munícipio, isso é um alerta para saber o que está acontecendo também nos munícipios citados. A membro Vanessa Almeida acredita que o atendimento a saúde indígena está em lei e ninguém vai fugir disso, quando recebe reclamações sempre apura, e existe orientação para o profissional que acompanha o paciente indígena a unidade hospitalar, caso passe por algum tipo de situação, denuncie. ITEM III - Processo nº 001995/2015 - Referente ao



252

253

254

255

256257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

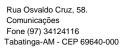
287







encaminhamento da Ordem de Serviço da Reforma e Ampliação da UBS Centro no munícipio de Santo Antônio do Ica/AM. Processo nº 001996/2015 - Referente ao encaminhamento da Ordem de Serviço da Construção da Unidade Básica de Saúde Vila Presidente Vargas; Unidade Básica de Saúde do Bairro São José; Unidade Básica de Saúde do Bairro Planalto; Unidade Básica de Saúde de Vila Betânia do munícipio de Santo Antônio do Ica/AM: Apresentação Coordenador da CIR Roberto Maia Bezerra faz uma proposta para sanar de vez as questões de encaminhamentos de propostas de ordem de serviço de ampliação, reforma e construção de Unidade Básica de Saúde (UBS). A CIB/AM fez uma proposição parecida, existe uma nota técnica escrita pelo DABE/SUSAM acerca de como deve se fazer para que tenha a aprovação junto a CIB/AM e a CIR's, essa nota técnica trás informações sobre as portarias, destaca itens que devem ser visualizados no processo como: proposta de reforma, ampliação, proposta de construção, assinatura da ordem e de início de serviço, atestado, SISMOB, academia de saúde e ratificação pela CIB e CIR, isso para evitar futuramente que cada proposta venha ser exaustivamente discutida, então cabe à secretaria executiva da CIR analisar se está dentro da nota técnica à documentação apresentada no processo. Assim faz uma única resolução aprovando todas as propostas que se enquadrarem nessa nota técnica, se não estiver completo vai ter que voltar para completar. Para constar os 2 (dois) processos encaminhados pelo munícipio de Santo Antônio do Iça se encontram dentro das normas, e o parecer favorável da coordenação da CIR que aprova o pleito dessas UBS's. O membro André Alves diz que inseriu ordem de serviço de construção de 4 (quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS's), o sistema sinalizou que estava tudo certo e liberou a 2ª parcela do recurso, certo disso passou o processo para o DABE, como houve muitas fraudes com o sistema em nível nacional, posteriormente o sistema solicitou o comprovante que o município encaminhou para a CIB/AM. O Sr. Claudio Pontes fala que o Ministério da Saúde tem agilizado esses processos, devido à burocracia e solicita para conhecimento da CIB/AM, o mais importante é anexar o ofício no sistema e não deixar de monitorar a obra a cada 15 (quinze) dias, tirar fotos e encaminhar, porque para o processo de construção a última parcela do recurso só vem quando a obra estiver concluída, quanto mais cedo informar e atualizar o Sistema de Monitoramentos de obras (SISMOB) melhor para o munícipio. O Coordenador da CIR Roberto Maia Bezerra registra que é preciso fazer uma resolução que aprove os encaminhamentos de ordem de serviço de reforma, ampliação e construção de UBS na região, que estiverem em conformidade com a nota técnica construída pelo Departamento de Atenção Básica (DABE/SUSAM), encaminhar a resolução juntamente com a nota técnica para todos os secretários



289

290

291

292

293294

295

296

297

298

299

300

301 302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317318

319

320

321

322

323

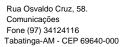
324







municipais de saúde da região e a partir disso todos os processos não vão mais precisar entrar em pauta, serão todos cobertos por essa resolução. ITEM IV -Processo nº 002204/2015 - Referente à Implantação de 1 (um) NASF tipo II no munícipio de Atalaia do Norte/AM: Apresentação Coordenador da CIR Roberto Maia Bezerra com relação ao Processo nº 002204/2015, que solicita o credenciamento de 1 (um) NASF tipo II no município de Atalaia do Norte e; Considerado a Portaria nº 2.488/GM de 21 de outubro de 2011 que aprova a Politica Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Considerando que os NASF (Núcleos de Apoio á Saúde da Família) – tem como objetivo "Ampliar a abrangência das ações da atenção básica, sua resolubilidade, apoiando a ESF na rede de serviços e o processo de territorialização (.)"; Considerando que o NASF tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde, a saber, a interdisciplinaridade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização; que sejam observados os pressupostos básicos para o NASF: O NASF não pode ser um lugar do discurso do saber; nem ser lugar de especialistas- Ele vai dar conta daquilo que atenção básica não consegue; não pode adotar a lógica de especialidades, fichas, agendas, ambulatórios e encaminhamentos. A área técnica se manifesta de forma favorável a implantação de 1 (um) NASF tipo II, na cidade de Atalaia do Norte. Item aprovado por consenso pelo colegiado. O Sr Claudio Pontes fala que desde 2014 o Ministério da Saúde está credenciando o NASF por etapa, em 2014 foi cortado o credenciamento de NASF, no final do ano fez um bloco dos munícipios que não tinham NASF e aprovou alguns. Quem já tinha NASF o Ministério da Saúde não aprovou. Orienta a Secretária Municipal de Saúde de Atalaia do Norte a Sra Vanessa Almeida esperar a portaria para poder realmente contratar a equipe e começar a trabalhar. A membro Vanessa Almeida responde que os profissionais inseridos no NASF já estão na atenção básica, faltando apenas o farmacêutico, então só falta oficializar essa equipe para poder dar o apoio. ITEM V - Processo nº 001125/2015 -Referente ao encaminhamento do Projeto Básico para Credenciamento de 1 (um) Laboratório Regional de Prótese Dentária no município de Santo Antônio do Iça/AM: Apresentação Coordenador da CIR Roberto Maia Bezerra considerando a Politica Nacional de Saúde Bucal-Brasil Sorridente tem promovido à reorganização das práticas e da rede de Atenção à Saúde, ampliação e qualificação do acesso aos serviços de Atenção Básica em Saúde Bucal, principalmente por meio das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e da Atenção Especializada em Saúde



326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338339

340

341

342343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

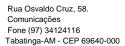
361







Bucal, através da implantação do Centro de Especialidade Odontológico (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentária (LRPD), pautando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); Os LPRD visam suprir uma grande necessidade da população brasileira, que é a reabilitação oral protética. Até 2003, nenhuma política de saúde pública havia proporcionado esse tipo de atendimento, porém, com a criação do Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma das principais metas da Politica Nacional de Atenção a Saúde Bucal; Considerado que o gestor municipal fez o credenciamento no sistema de Credenciamento de LRPD disponível no site da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) – Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Atenção à Saúde, e seguiu os passos conforme a Nota Técnica do DAB/MS. Fica para entendimento que todo o processo decorrente para habilitação de um serviço de referência baseia-se nas prerrogativas das diretrizes de portarias ministeriais. Leis que discriminam, além do espaço físico, o corpo técnico especializado e a criação de protocolo de atendimento. Do ponto de vista organizacional, todo e qualquer serviço que funcione pela Secretaria Municipal de Saúde, deverá estar devidamente habilitado junto ao Ministério da Saúde; Considerando o Decreto Municipal de nº 664/15 que institui o Laboratório Regional de Prótese Dentária no município de Santo Antônio do Iça; Considerando a Resolução do CMS nº 001/215 que aprova o Laboratório Regional de Prótese Dentária no munícipio de Santo Antônio do Iça; Considerando o termo de compromisso devidamente assinado pelo gestor municipal; Considerando o parecer favorável do Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas DABE/SUSAM ao Credenciamento do Laboratório Regional de Prótese Dentária no munícipio de Santo Antônio do Iça. O membro André Alves lembra que é importante informar a conta corretamente e considerar um atraso de pelo menos 6 (seis) meses para o primeiro recurso, e ter cuidado com o processo de contratação de serviço, porque o mesmo foi questionado pelo tribunal de contas, como se trata de uma remuneração individual na tabela do SUS é mais faço fazer a contratação do serviço de um profissional que irá prestar o serviço no laboratório. O membro Francisco Azevedo responde que pode ser contrato temporário de serviço. O Coordenador Roberto Maia Bezerra pergunta ao membro André Alves se o recuso do município de São Paulo de Olivença está caindo direto no Fundo Municipal de Saúde considerando que o município não está em situação de gestão plena. O membro André Alves diz que não, cai no Fundo Estadual de Saúde, isso atrasa ainda mais o processo, passando de 3 (três) a 4 (quatro) meses para o repasse de 1 (uma) parcela. O Coordenador Roberto Maia Bezerra diz que é preciso ter no laboratório a produção para que o Departamento de Controle e Avalição (DECAV) autorize o repasse, se não tiver produção no Sistema



363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

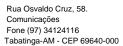
398







de Informação Ambulatorial (SAI) não autoriza. A Sra Maria Adriana Moreira diz que em reunião da CIB/AM o Secretário de Estado da Saúde o Dr. Wilson Duarte Alecrim deu ordem a Sra Geilane Evangelista de Oliveira que não atrasasse o repasse. Solicita aos secretários municipais de saúde da região que estão com a produção certa, que encaminhe todo o mês um documento para o Fundo Estadual de Saúde (FES) para que se lembre de fazer o repasse, porque o munícipio fica penalizado com esse atraso. O Sr. Claudio Pontes diz que essa situação é parecida com o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), acredita que o FES tem que criar mecanismo para fazer o repasse do recurso automático, o FES só vai intermediar. O membro Francisco Azevedo solicita apoio técnico ao Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas DABE/SUSAM por algo novo que está pleiteando. Acredita que esse fluxo do FES precisa ser modificado, o município vai ter que gerar um custo, vai ter um serviço contratado, e que não há necessidade do município mensalmente lembrar ao FES para fazer o repasse pontual desse recurso, se o município está produzindo tem que receber. O Coordenador Roberto Maia Bezerra em relação ao repasse do recurso do laboratório de prótese, esse faz parte do MAC, e não tem atraso, foi à primeira vez que aconteceu, caiu 1 (uma) parcela em dezembro de 2014 e outra em janeiro de 2015. O laboratório pode ser descredenciado por falta de informação da produção no sistema e ser desabilitado, os 3 (três) primeiros meses iniciais podem atrasar, porque precisa sair à portaria e encaminhar para o Fundo Nacional de Saúde, por exemplo, foi o que aconteceu no SAMU (192), saiu à portaria e 3 (três) meses depois saiu o recurso. Propõe que seja pleiteado junto à CIB/AM de como proceder para que o recurso referente à média e a alta complexidade de serviço como, Laboratório de Prótese Dentária, Centro Especializado de Odontologia (CEO), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) possa ser repassado o recurso direto para o município, independente de ser gestão plena ou não, pois o FES depende da SEFAZ, mesmo estando tudo certo às vezes não tem governabilidade sobre isso. A Sra Jesuína de Jesus Figueiredo em relação ao fluxo, quando é um município com gestão plena pede direto para o secretário, porque já tem um percentual de repasse, quem não é gestão plena faz a solicitação direta ao DECAV e esse encaminha para poder ver a questão do orçamento. O membro André Alves pergunta se quando aumenta a faixa de produção do laboratório se solicita direto para o DECAV ou para o DABE. A Sra Jesuína de Jesus Figueiredo responde que direto para o DECAV/Brasília e repactua. Item aprovado por consenso pelo colegiado. ITEM VI - Proposta de Calendário de Reuniões da CIR/ASOL/AM Ano 2015: Apresentação Coordenador da CIR Roberto Maia Bezerra diz que as reuniões da CIR tem acontecido mensalmente, dada às dificuldades tanto



400

401

402

403

404 405

406 407

408

409

410

411

412 413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

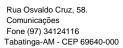
435







pela equipe do estado quanto para os munícipio, sugere que modifique o calendário e fique igual as demais regiões, ou seja, as reuniões sejam bimestral. O membro Francisco Azevedo menciona que existem pendências do Subprojeto QualiSUS-Rede e do SAMU (192) que ainda não foram resolvidas, e que posteriormente passe a ser bimestral. O membro Felipe de Araújo Bonifácio diz que se as reuniões sendo mensais os membros já estão com dificuldades, vai aumentar se passar a ser bimestral. O Coordenador da CIR Roberto Maia Bezerra a proposta é que até junho do corrente o calendário fique mensal e em julho revise a necessidade. A reunião de março está para o dia 13, como está muito próximo passará para 20 de março, em abril também vai ter que modificar a data, porque vai acontecer o congresso do COSEMS que deve ocorrer no período de 6 a 9 de abril em Rio Preto da Eva, e dentro do congresso será liberado o dia 8 para as reuniões das CIR's. Item aprovado por consenso pelo colegiado. O membro Francisco Azevedo pergunta se os diretores das unidades hospitalares irão participar do congresso. O Coordenador Roberto Maia Bezerra responde que sim. O Sr. Claudio Pontes informa que o DABE/SUSAM vai financiar as passagens dos coordenadores da atenção básica. O Coordenador Roberto Maia Bezerra diz que qualquer informação entre em contato com o COSEMS, porque esse não é um evento da SUSAM, essa é parceira na realização do evento, a SUSAM vai custear as passagens dos diretores das unidades hospitalares que são vinculadas, o DABE em relação aos coordenadores da atenção básica, a saúde indígena quem vai cuidar é a SESAI e o COSEMS dos secretários municipais de saúde. A membro Ane Rose Gomes diz que é subsecretária do munícipio de Fonte Boa e pergunta se vai poder participar, considerando que sempre representa o secretário municipal de saúde e que em 2014 custeou a sua ida ao encontro. O membro André Alves diz que vai solicitar ao COSEMS que abra essa exceção. A Sra Artemisa Barbosa considerando tudo que foi dito no item comunicação é muito difícil fazer análise de indicador, é recomendável pautar o assunto, analisar a cobertura vacinal, porque por trás desses indicadores podem estar várias explicações ou causalidades que vai ajudar a reconstruir o processo de cobertura vacinal. Em relação aos instrumentos de gestão também pode ser outra pauta para discutir sobre isso, é preciso ficar claro, todo mundo tem quer compreender o que é uma ação, o que é um objetivo, o que é uma diretriz, se vale apena programar, planejar cada coisa dessas, recomenda pauta para aprofundar essa discussão que está carecendo de aproximação com área temática. Apresentação do Relatório de Atividades do Complexo Regulador do Alto Solimões/2014: Apresentação Coordenadora Regional de Regulação do Alto Solimões Jaqueline Valim Cardoso. A Sra Artemisa Barbosa esclarece que havia



437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449 450

451

452

453

454 455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465 466

467

468

469

470

471

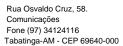
472







solicitado uma pauta de repactuação da referência e contra referência da região, foi acordado que repactuar em cima de alguma coisa que falta ser explicada é complicado. Solicita autorização do colegiado para alterar a pauta e apresentar o relatório de atividades de 2014, na próxima reunião da CIR pede pauta para repactuar a referência e diz que é nessa linha que vai ser trabalhado. A Sra Jaqueline Valim diz que o trabalho teve início em 2012, com oficina e usando o espaco da CIR para algumas discussões em relação à realidade da Região do Alto Solimões funciona e como gostaria que ela funcionasse. Oficina de trabalho para o funcionamento do Complexo Regulador Regional do Alto Solimões de 28/8 a 30/8/2012; Abriu sua primeira agenda a partir de 28/11/2012; Visita técnica aos municípios do Triângulo de 10 a 17/03/2013; Oficina de trabalho treinamento sobre Regulação de acesso de 9 a 14/2/2014; Inauguração da sede do Complexo Regulador Regional do Alto Solimões em 27/2/2014; Implantação da Central de Regulação Médica das Urgências; Funcionamento da Base Descentralizada de Tabatinga em 2/4/2014; Implantação da Central de Regulação de Internação em 29/5/2014; Funcionamento da Base Descentralizada de Santo Antônio do Iça em 18/8/2014; Funcionamento da Base Descentralizada de São Paulo de Olivença e Tonantins. Procedimentos executados pela Região do Alto Solimões. Centro de Saúde do Bairro São Francisco: Grupo -Exames Ultrassonográficos 239 (duzentos e trinta e nove) aprovados, 1 (um) cancelado, total 240 (duzentos e quarenta). Hospital Geral de Benjamin Constant Dr Melvino de Jesus: Consulta em Cirurgia Geral - 6 (seis), total 6 (seis). Hospital Regional de Fonte Boa: Consulta em Cardiologia Geral 73 (setenta e três) aprovados, 1 (um) cancelado, total 74 (setenta e quatro). Laboratório de Fronteira de Tabatinga: Grupo - Patologia Clínica (Exames de Laboratório) 23 (vinte e três) aprovados, total 23 (vinte e três). Policlínica Santa Tereza: Consulta em Cardiologia Geral 1 (um) aprovado, total 1 (um), Grupo - Exames Ultrassonográficos 13 (treze) aprovados, total 13 (treze). Hospital de Guarnição de Tabatinga: Consulta em Cirurgia Odontológica 16 (dezesseis) aprovados, total 16 (dezesseis), Consulta em Cirurgia Ortopédica 22 (vinte e duas) aprovados, 3 (três) cancelados, total 25 (vinte e cinco), Grupo -Radiodiagnóstico 96 (noventa e seis), total 96 (noventa e seis) total 134 (centro e trinta e quatro) aprovados, 3 (três) cancelados, total 137 (cento e trinta e sete). Unidade de Pronto Atendimento - UPA/Tabatinga: Consulta em Ortopedia - Geral, 36 (trinta e seis), 4 (quatro) cancelados, total 40 (quarenta). Total geral: 525 (quinhentos e vinte e cinco) aprovados, 9 (nove) cancelados. Total geral: 534 (quinhentos e trinta e quatro). Especialidades mais solicitadas: Consulta em Cardiologia Geral 386 (trezentos e oitenta e seis), Consulta em Ortopedia Geral 386 (trezentos e oitenta e seis), Consulta em Urologia 322 (trezentos e vinte e dois), Grupo Exames Ultra-



474

475

476

477

478 479

480

481

482

483

484

485

486 487

488

489

490

491 492

493

494

495

496

497

498

499 500

501

502

503

504

505

506

507

508

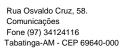
509







Sonográficos 308 (trezentos e oito), Consulta em Oftalmologia- Avaliação Cirúrgica 238 (duzentos e trinta e oito), Consulta em Otorrinolaringologia - Geral 263 (duzentos e sessenta e três), Consulta em Oftalmologia- Geral 247 (duzentos e quarenta e sete), Consulta em Neurologia- Geral 261 (duzentos e sessenta e um), Consulta em Endocrinologia e Metabologia-Geral 193 (cento e noventa e três), Consulta em Neurologia - Pediatria 175 (cento e setenta e cinco). Total geral: 2.665 (dois mil seiscentos e sessenta e cinco) solicitados, 358 (trezentos e cinquenta e oito) negados, 62 (sessenta e dois) devolvidos, 268 (duzentos e sessenta e oito) cancelados, 1.977 (mil novecentos e sessenta e sete) aprovados. Solicitações da Central de Internação Hospitalar de 2014. Central de Regulação Regional Alto Solimões 47 (quarenta e sete), Hospital de Guarnição de Tabatinga 442 (quatrocentos e quarenta e dois), Hospital Geral de Benjamin Constant 251 (duzentos e cinquenta e um), Maternidade Enfermeira Celina Vallacrez Ruiz de Tabatinga 1.125 (mil cento e vinte e cinco), Unidade e Pronto Atendimento – UPA/Tabatinga 449 (quatrocentos e quarenta e nove), Unidade Hospitalar de Amaturá 128 (cento e vinte e oito), Unidade Hospitalar de Atalaia do Norte 348 (trezentos e quarenta e oito), Unidade Hospitalar de Tonantins 564 (quinhentos e sessenta e quatro), Unidade Hospitalar Robert Paul Backsmann 547 (quinhentos e quarenta e sete), Unidade Hospitalar Santo Antônio do Iça 280 (duzentos e oitenta). Total geral: 4.181 (quatro mil cento e oitenta e uma) solicitações, 891 (oitocentos e noventa e uma) negadas, 40 (quarenta) devolvidas, 3.250 (três mil duzentos e cinquenta) aprovadas. Os 10 (dez) procedimentos que mais demandaram leitos da Região do Alto Solimões: Tratamentos de transtornos das vias biliares e pâncreas 62 (sessenta e dois), Tratamento de doenças infeciosas e intestinais 74 (setenta e quatro), Tratamento de estafilococcias 78 (setenta e oito), Apendicectomia 97 (noventa e sete), Tratamento da pielonefrite 98 (noventa e oito), Curetagem pós - abortamento/puerperal 169 (cento e sessenta e nove), Parto cesariano 243 (duzentos e quarenta e três), Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe) 285 (duzentos e oitenta e cinco), Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez 327 (trezentos e vinte e sete), Parto normal 1.245 (mil duzentos e quarenta e cinco). Os 10 (dez) tipos de ligações recebidas pela Central de Regulação das Urgências: Trote 12.465 (doze mil quatrocentos e sessenta e cinco), Queda de ligação 4.454 (quatro mil quatrocentos e cinquenta e quatro), Informação 2.727 (dois mil setecentos e vinte e sete), Atendimentos 2.477 (dois mil quatrocentos e setenta e sete), Engano 1.712 (mil setecentos e doze), Regulação 1.647 (mil seiscentos e quarenta e sete), Transporte 484 (quatrocentos e oitenta e quatro), Desistência 299 (duzentos e noventa e nove), Orientação 96 (noventa e seis), Transferência 68 (sessenta e oito), Serviço Social 27 (vinte e sete), Administrativo 23 (vinte e três),



511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523524

525

526

527 528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

539 540

541

542

543

544

545

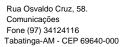
546







Particular 15 (quinze). Total geral: 26.494 (vinte e seis mil quatrocentos e noventa e quatro). Grupo de Causa dos Atendimentos: Gineco-Obstétrico - Trabalho de Parto 245 (duzentos e quarenta e cinco). Causas Externas – Ferimento 173 (cento e setenta e três), Clínico Adulto - Dor Abdominal 169 (cento e sessenta e nove), Causas Externas - Queda 164 (cento e sessenta e quatro), Causas Externas- Colisão 163 (cento e sessenta e três), Clínico Adulto - Sincope 135 (cento e trinta e cinco), Causas Externas - Atropelamento 87 (oitenta e sete), Técnico/Administrativo - Não Comunicado 84 (oitenta e quatro), Clínico Adulto - dispneia 79 (setenta e nove), Clínico Adulto – Dor Torácica 74 (setenta e quatro). Total geral: 1.373 (mil trezentos e setenta e três). Situação atual. Habilitada a Central de Regulação de Urgências e a Base Descentralizada de Tabatinga 13/11/2014. Aguardando publicação de portaria de habilitação, Santo Antônio do Iça, São Paulo de Olivença e Tonantins com parecer favorável desde 10/2014. E 05 (cinco) Bases Descentralizadas pendentes de funcionamento. Principais problemas detectados no ambulatório: Número expressivo de cancelamentos; Insuficiência de oferta em determinadas especializadas; Ineficiência de controle sobre a prestação de serviços de saúde do SUS; Falta de comunicação do estabelecimento solicitante com o usuário do SUS sobre o seu agendamento; Profissionais médicos não cadastrados no SCNES. Principais problemas detectados na internação: Portas de entrada sem resolutividade nas condições de urgências; Insuficiência de profissionais médicos nos estabelecimentos; Ineficiência de controle sobre a prestação de serviços de saúde do SUS; Ausência de monitoramento do trabalho assistencial; Financiamento insuficiente em relação ao transporte inter-hospitalar. Principais problemas detectados na Central de Regulação das Urgências: Número expressivo de trotes; Ausência de outros componentes da Rede de Urgências e Emergências implantado, sala de estabilização; Insuficiência de transporte inter-hospitalar; Falta de comunicação de alguns estabelecimentos solicitantes com o Complexo Regulador Regional guando necessidade de transferência. Trata tudo como vaga zero; Descumprimento das escalas executantes (principalmente médicos especialistas). Principais desafios: Promover a devida compreensão de que o processo de regulação assistencial é responsabilidade de todos, frente à qualidade de atendimento prestado ao usuário do SUS; Superação das dificuldades de comunicação e conectividade historicamente presentes na realidade do interior do estado; Valorização do SUS e comunicação ágil entre a rede de serviços de saúde e os usuários sobre seu agendamento e o compromisso destes em comparecer ao serviço ou informar da impossibilidade de seu comparecimento; Incorporação de nova cultura pelos profissionais quanto a utilizar instrumentos e mecanismos de controle (protocolos, etc.) e normatização de processos técnico-



548

549

550

551

552553

554

555

556

557

558

559

560 561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

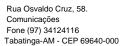
583







administrativos e de trabalho; Integração horizontal de serviços de apoio diagnóstico e de tratamento na rede assistencial; Habilitação das Bases em funcionamento; Funcionamento das bases que ainda se encontram pendentes. ITEM VIII - Extra pauta I - Alimentação dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde para o Alto Solimões/AM: Apresentação Gerente de Controle e Avaliação da SUSAM Jesuína de Jesus Figueiredo menciona que não tem boas notícias para a região. mas é preciso discutir onde é possível melhorar, porque quando o munícipio não alimenta puxa a região para baixo. % de alimentação do SCNES do total de unidades de saúde da região do Alto Solimões. Município ano 2012: Amaturá 96 (noventa e seis), Atalaia do Norte 91(noventa e um), Benjamin Constant 50 (cinquenta), Fonte Boa 92 (noventa e dois), Jutaí 100 (cem), Santo Antônio do Iça 100 (cem), São Paulo de Olivença 100 (cem), Tabatinga 75 (setenta e cinco), Tonantins 100 (cem), Total Regional: 804 (oitocentos e quatro). Município ano 2013: Amaturá 100 (cem), Atalaia do Norte 100 (cem), Benjamin Constant 100 (cem), Fonte Boa 50 (cinquenta), Jutaí 83 (oitenta e três), Santo Antônio do Iça 100 (cem), São Paulo de Olivença 91 (noventa e um), Tabatinga 96 (noventa e seis), Tonantins 100 (cem), Total Regional: 820 (oitocentos e vinte). Município ano 2014: Amaturá 83 (oitenta e três), Atalaia do Norte 75 (setenta e cinco), Benjamin Constant 100 (cem), Fonte Boa 58 (cinquenta e oito), Jutaí 83 (oitenta e três), Santo Antônio do Iça 91 (noventa e um), São Paulo de Olivença 96 (noventa e seis), Tabatinga 83 (oitenta e três), Tonantins 100 (cem), Total Regional: 769 (setecentos e sessenta e nove). % de alimentação do SIA PAB do total de unidades de saúde da Região do Alto Solimões: Município ano 2012: Amaturá 100 (cem), Atalaia do Norte 100 (cem), Benjamin Constant 100 (cem), Fonte Boa 100 (cem), Jutaí 100 (cem), Santo Antônio do Iça 92 (noventa e dois), São Paulo de Olivença 100 (cem), Tabatinga 100 (cem), Tonantins 100 (cem), Total Regional: 892 (oitocentos e noventa e dois). Município ano 2013: Amaturá 100 (cem), Atalaia do Norte 100 (cem), Benjamin Constant 100 (cem), Fonte Boa 100 (cem), Jutaí 100 (cem), Santo Antônio do Iça 100 (cem), São Paulo de Olivença 100 (cem), Tabatinga 100 (cem), Tonantins 83 (oitenta e três), Total Regional: 883 (oitocentos e oitenta e três). Município ano 2014: Amaturá 92 (noventa e dois), Atalaia do Norte 50 (cinquenta), Benjamin Constant 92 (noventa e dois), Fonte Boa 75 (setenta e cinco), Jutaí 100 (cem), Santo Antônio do Iça 100 (cem), São Paulo de Olivença 92 (noventa e dois), Tabatinga 33 (trinta e três), Tonantins 0 (zero), Total Regional: 634 (seiscentos e trinta e quatro). % de alimentação do SAI MAC do total de unidades de saúde da Região do Alto Solimões. Município ano 2012: Amaturá 0 (zero), Atalaia do Norte 25 (vinte e cinco), Benjamin Constant 92 (noventa e dois), Fonte Boa 25 (vinte e cinco), Jutaí 92 (noventa e dois), Santo Antônio do Iça 83 (oitenta e três), São Paulo



585

586

587

588

589 590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

602 603

604

605

606 607

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

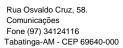
620







de Olivença 42 (quarenta e dois), Tabatinga 83 (oitenta e três), Tonantins 67 (sessenta e sete), Total Regional: 509 (quinhentos e nove). Município ano 2013: Amaturá 0 (zero), Atalaia do Norte 92 (noventa e dois), Benjamin Constant 92 (noventa e dois), Fonte Boa 100 (cem), Jutaí 92 (noventa e dois), Santo Antônio do Iça 75 (setenta e cinco), São Paulo de Olivença 25 (vinte e cinco), Tabatinga 83 (oitenta e três), Tonantins 0 (zero), Total Regional: 559 (quinhentos e cinquenta e nove). Município ano 2014: Amaturá 0 (zero), Atalaia do Norte 50 (cinquenta), Benjamin Constant 67 (sessenta e sete), Fonte Boa 75 (setenta e cinco), Jutaí 92 (noventa e dois), Santo Antônio do Iça 83 (oitenta e três), São Paulo de Olivença 67 (sessenta e sete), Tabatinga 83 (oitenta e três), Tonantins 0 (zero), Total Regional: 517 (quinhentos e dezessete).% de alimentação do SIHD do total de unidades de saúde da Região do Alto Solimões. Município ano 2012: Amaturá 100 (cem), Atalaia do Norte 100 (cem), Benjamin Constant 50 (cinquenta), Fonte Boa 0 (zero), Jutaí 100 (cem), Santo Antônio do Iça 67 (sessenta e sete), São Paulo de Olivença 58 (cinquenta e oito), Tabatinga 92 (noventa e dois), Tonantins 25 (vinte e cinco), Total Regional: 592 (quinhentos e noventa e dois). Município ano 2013: Amaturá 50 (cinquenta), Atalaia do Norte 50 (cinquenta), Benjamin Constant 100 (cem), Fonte Boa 58(cinquenta e oito) Jutaí 83 (oitenta e três), Santo Antônio do Iça 75 (setenta e cinco), São Paulo de Olivença 67 (sessenta e sete), Tabatinga 75 (setenta e cinco), Tonantins 25 (vinte e cinco), Total Regional: 583 (quinhentos e oitenta e três). Município ano 2014: Amaturá 67 (sessenta e sete), Atalaia do Norte 58 (cinquenta e oito), Benjamin Constant 67 (sessenta e sete), Fonte Boa 0 (zero), Jutaí 100 (cem), Santo Antônio do Iça 58 (cinquenta e oito), São Paulo de Olivença 67 (sessenta e sete), Tabatinga 83 (oitenta e três), Tonantins 8 (oito), Total Regional: 508 (quinhentos e oito). (Planilha em anexo). Considerações: Instabilidade da internet; Rotatividade de profissionais; Déficit de conhecimento técnico; Não regularidade na alimentação dos sistemas; Digitação de AIHS por terceiros em Manaus; Com a retirada do prontuário de seu local de guarda legal. Os principais motivos que levam a quantitativos e valores que deixam de ser registrados são: CBO não cadastrado no CNES; Serviço de classificação não cadastrado no CNES. A relação efetiva entre a alimentação dos SIS e a atualização destes, é fundamental, pois ainda que alimentado o sistema, mas se não for atualizado, o reflexo será evidente com o aumento das glosas e rejeições. Assim, a partir da análise, somente através das regiões de saúde, com o seu processo de planejamento integrado, com seu desenho de rede e com a organização da gestão, devem-se produzir mais respostas no cuidado da população e de forma mais organizada. Por isso, a importância da regulação, agora e mais do que nunca, a importância do processo de controle e



622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638 639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650 651

652

653

654

655

656

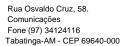
657







avaliação. Unidades que estão em descumprimento com a Portaria nº 134. Menciona que existe a portaria antiga de 2010, e que a mesma está sempre em contatos com os secretários municipais de saúde e com os diretores de unidade hospitalar, que têm profissionais enquadrados, quem está na Saúde da Família não pode ter mais de 2 (dois) vínculos, o profissional que estiver enquadrado nesta portaria o município perde e gera glosa ou rejeição em todas as unidades de saúde em que este profissional estiver. A quantidade de unidade de saúde não importa o que importa é o vínculo e a carga horária. Vínculo privado o sistema não rejeita desde que ele não tenha 3 (três) vínculos públicos, a maioria dos profissionais estão vindo de outros estados e isso dificulta. O art. 3º da portaria trata da questão da carga horária em que tinha uma carga horária de 68 (sessenta e oito) horas, a categoria foi junto ao Ministério da Saúde e reivindicou, foi liberada a questão da carga horária, mas não pode ultrapassar 160 (cento e sessenta) horas. O Coordenador Roberto Maia Bezerra fala que essa situação do CNES é complicada, em fevereiro do corrente fez o levantamento dos municípios com estabelecimento rejeitado, os municípios nesta situação perde tudo, inclusive do Programa Saúde da Família o recurso financeiro não vem e o munícipio fica sem o recurso para pagar os profissionais. No caso de Tabatinga estão todas as unidades de saúde enquadradas, da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ao Hospital de Guarnição de Tabatinga e ás Unidades Básicas de Saúde, então com certeza é profissional que trabalha em todo o lugar e também que l que vem pelo exército e não é desvinculado do estado de onde veio. Essa é uma situação que precisa ficar atento, quando o CNES é rejeitado cancela o CNES da unidade de saúde e não aparece. Diz está terminando todos os termos de doação dos equipamentos do QualiSUS-Rede e é preciso constar o nome da unidade de saúde no CNES. O munícipio de Fonte Boa está com uma situação crítica, não só em relação aos DSEIs, mas em relação à secretaria municipal de saúde que não tem cadastro no SCNES e está há 2 (dois) anos sem produção informada, tanto no SIA como SIHD, fala que não sabe como o município não teve todos os recursos cancelados, porque as portarias dizem que com mais de 3 (três) meses o recurso é cancelado. O município de Amaturá está há 3 (três) anos sem produção do SIA MAC, incluída também a unidade hospitalar, Tonantins não mandou nada, Atalaia do Norte mandou somente 6 (seis) meses de produção, quem está mais ou menos é o município de Jutaí que mandou 11 (onze) meses. O Coordenador Roberto Maia Bezerra menciona que foi pactuado mais cedo que vai tentar reverter que o recurso do MAC seja transferido direto para o fundo municipal de saúde, o pagamento desse serviço vem do MAC e está condicionado à produção, se os senhores não estão informando não estão com CNES atualizados como vão receber futuramente.



659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671672

673

674

675

676 677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687 688

689

690

691

692

693

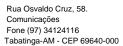
694







Começa pela atenção básica se não estão informando vão perde as equipes da saúde da família e vão arranjar dinheiro de onde para pagar os profissionais, os secretários municipais de saúde têm que ficar atentos, porque no final do mês o profissional quer receber e o prefeito quer dinheiro para pagar. A Sra Viviane Loiola diz que o município de Tabatinga está na retaguarda guerendo pleitear mais projetos, porém está com receio, não é só a questão da produção, mas também a chegada do recurso, como justificar o atraso de pagamento para o profissional. O Coordenador Roberto Maia Bezerra esclarece que o estado não trabalha com essa questão de repasse mediante produção, mas é uma possibilidade que pode ser estudada futuramente, se tem glosa é sinal que não estão fazendo o trabalho bem feito, principalmente quem manda a produção para ser digitada em Manaus, a questão da informação é importante na hora de pleitear mais recursos, é preciso justiçar para o Ministério da Saúde a necessidade de mais dinheiro. ITEM IX - Extra pauta II - Nova Modelagem e Financiamento para as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e Fluvial (ESFF): Apresentação Diretor do Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégias DABE/SUSAM Claudio Pontes Ferreira esse assunto vai ser mais bem discutido no congresso do COSEMS. Essa nova configuração para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas é um orçamento de R\$10.000,00 (dez mil) reais vai para quase R\$ 50.000,00 (cinquenta mil) reais, é bom para a área de Benjamin Constant que está com alguns problemas com a saúde indígena. É uma portaria importante, os senhores podem cadastrar como voadeira e receber por voadeira, cadastrar como grupo de apoio e receber como grupo de apoio, a portaria é flexível não precisa de um número mínimo de família. Nem um projeto do Amazonas foi contemplado, os projetos que têm mais parecido é o de Itacoatiara e Nova Olinda, fala que vai disponibilizar o modelo de projeto para todos. O Ministério da Saúde não aceita ad referendum, não aceita resolução simples, é preciso anexar a tabela de nº 03 a resolução. Nova modelagem e financiamento para as (ESFR) e Fluviais (ESFF), 2013 - Necessidade de um novo arranjo de equipe multiprofissional. Três adequações importantes antes ás demandas relacionadas à: 1- Necessidades de profissionais fixados no território disperso. Ampliação do número de profissionais (ACS, Microscopista e Auxiliar/Técnico de Enfermagem). 2- Ao fato do NASF que não pode atender mais uma equipe. Em vez de só 1 (um) Enfermeiro a mais, pode ter até 2 (dois) profissionais de saúde de nível superior. 3- Ante os gastos elevados com logística e transporte - Criação de incentivos de estrutura (UBS de apoio/ satélites) e de apoio ao transporte das equipes. 2014 - Novo arranjo da equipe multiprofissional. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), equipes que desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas



696

697

698

699

700 701

702703

704

705

706

707

708 709

710

711

712

713 714

715

716

717

718

719

720

721 722

723

724

725

726

727

728

729

730

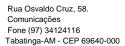
731







comunidades pertencentes á área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. A ESFR deve ser formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo, 1 (um) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 (um) auxiliar e técnico de enfermagem, podem contar com profissionais de saúde bucal, 1 (um) cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e 1 (um) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal. Fluxo de trabalho: As ESFR são vinculadas a uma unidade básica de saúde, que pode estar localizada na sede do município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada em área adscrita. As ESFR prestam atendimento á população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias, e 2 (dois) dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. Os Agentes Comunitários de Saúde, os Auxiliares/Técnicos de enfermagem extras e os Auxiliares/Técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação. Para as comunidades distantes das unidades de saúde de referência, as ESFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de atenção básica. Devido a grande dispersão populacional, as ESFR/ESFF podem contar com uma equipe ampliada. O valor do incentivo mensal de custeio referente a cada profissional acrescido á composição mínima da ESFR/ESFF. Os Municípios que solicitarem ampliação de equipe devem enviar plano de trabalho com justificativa da necessidade e programação de atendimento, número de comunidades e pessoas atendidas e localização/rio dessa comunidade para avaliação e homologação do DABE. As unidades de apoio deverão ter como nome de referência a comunidade que será assistida e ter associado a cada unidade pelo menos 1 (um) profissional da equipe ampliada (técnico/auxiliar de enfermagem ou enfermeiro) com carga horária de 40 horas. Cada unidade de apoio deverá estar vinculada a apenas 1 (uma) equipe. Atualmente, existem 97 (noventa e sete) ESFR credenciadas em 46 (quarenta e seis) municípios e somente 65 (sessenta e cinco) implantadas em 26 (vinte e seis) municípios de 3 (três) estados do Norte. Das 6 (seis) UBSF credenciadas, somente 4 (quatro) receberam custeio do Ministério da Saúde. Desafios: Apoiar os municípios para implantar as equipes considerando o novo arranjo de equipe e da logística; Sinalizar a necessidade de readequação das equipes antigas credenciadas com base na portaria anterior; Sugerir informações padrões nas resoluções enviadas pelo o estado; Promover oficinas, seminários e



733

734

735

736

737 738

739 740

741

742

743

744

745

746

747

748

749750

751

752

753

754 755

756

757

758 759

760

761 762

763

764

765

766

767

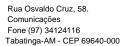
768







outros para qualificar o processo de trabalho. ITEM X - Extra pauta III -Fortalecimento da Regionalização no Amazonas: Apresentação Apoiadora do Ministério da Saúde Nara Koide o COSEMS vai apresentar uma proposta de oficina de regionalização para debater de forma mais ampla o que foi debatido na oficina do HCOR e agora na reunião da CIR, a qual se constitui em um espaço de discussão voltada para problemas de acesso dentro das regiões de saúde. No congresso do COSEMS que vai acontecer no período de 6 a 9 de abril de 2015, uma das atividades vai ser essa oficina. O congresso vai acontecer em parceria com a SUSAM, a qual vai levar os diretores das unidades hospitalares, o DABE/SUSAM vai levar os coordenadores de atenção básica, e o COSEMS os secretários municipais de saúde, com o apoio do Ministério da Saúde através da Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). A SGEP está focando esse apoio para fortalecer a questão de regionalização no estado e por conta disso o COSEMS vai trazer para a pauta essa oficina no congresso. Vai ser enviado para os senhores via e-mail um questionário até 15 de março para ser preenchido e devolvido ao COSEMS, porque com este questionário o COSEMS vai fazer um apanhado e transformar em uma matriz diagnóstica da região, pontuando os problemas de cada município para que figue visível. Hoje no Alto Solimões existe um problema em relação ao acesso, situação comum para todos os municípios e essa discussão vai ser feita por regional junto com o Coordenador de cada CIR e com a SEA/Interior, tendo como objetivo fomentar encaminhamentos das problemáticas que hoje se tem do acesso aos serviços de saúde. Fortalecimento da Regionalização no Amazonas. Tema: Planejamento regionalização como dispositivos de qualificação da gestão para organização e oferta do acesso da atenção à saúde. A Regionalização é um princípio organizacional do SUS que orienta a identificação e a construção das regiões de saúde que devem ser organizadas para garantir o direito da população á saúde e para potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores. No Estado do Amazonas, o processo de regionalização definiu 9 (nove) regiões de saúde e implantou as Comissões Integestores Regionais - CIR em cada uma delas, sendo que algumas funcionam regularmente. Porém, poucos avanços têm ocorrido no escopo da regionalização enquanto eixo estruturante e orientador dos processos de descentralização, planejamento e pactuações na gestão do SUS. Dessa forma é notório que no Amazonas, o processo de regionalização precisa avançar na perspectiva de tornar as regiões de saúde em espaços de acesso em tempo hábil aos serviços e ações de saúde que contribuam para que a população viva mais e melhor. E para promover avanços da regionalização, é fundamental a participação dos munícipios como protagonistas de um processo que requer mobilização coletiva dos 3



770

771

772

773

774775

776 777

778

779

780

781

782 783

784

785

786

787 788

789

790

791 792

793

794

795 796

797

798

799

800

801

802

803

804

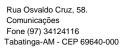
805







(três) entes federativos. E assim, o COSEMS/AM com o apoio do Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e da SUSAM, propõe a realização de oficinas regionais para o fortalecimento da Regionalização, na perspectiva de apoiar os gestores municipais para discussões qualificadas e propositivas, que subsidiem a execução do processo de fortalecimento da Regionalização com o efetivo apoio interfederativo. Tem como objetivo Geral: Fortalecer o processo de Regionalização no Estado do Amazonas, na perspectiva da organização de recursos para facilitação do acesso em tempo oportuno no âmbito das regiões de saúde. Objetivos específicos: Alinhamento conceitual normativo e contextual do planejamento e regionalização; Reconhecer o papel da CIR na regionalização; Avaliar a configuração atual das regiões de saúde, a partir das percepções dos gestores; Fomentar a elaboração do mapa da saúde pelos munícipios. Resultados esperados: Potencializar os processos de pactuação e negociação entre gestores; Fortalecer o funcionamento das CIR's com participação efetiva dos gestores municipais de saúde; Fortalecer a governança regional; Apresentar para a SUSAM configuração atual das regiões de saúde, a partir das percepções dos gestores; Munícipios mobilizados para a elaboração do mapa da saúde para subsidiar a SUSAM na elaboração dos mapas regionais; Apresentar para a SUSAM proposta de agenda de implementação dos dispositivos do Decreto nº 7.508, na perspectiva de construção do COAP. O Coordenador Roberto Maia Bezerra menciona a importância de retomar a modalidade de reuniões que se tinha pela manhã, ou seja, o grupo se reunir para discutir assuntos referentes às Redes, outros assuntos e a tarde a reunião da CIR. A próxima reunião da CIR foi definida para 20 de março de 2015, em Tabatinga. A reunião foi encerrada às 14 horas. Esteve presente o Coordenador da CIR Roberto Maia Bezerra e os membros: Herton Augusto Pinheiro Dantas, Jossiteia Vanessa de Almeida, André da Silva Alves, Felipe de Araújo Bonifácio, Francisco Ferreira Azevedo, Ane Rose Gomes de Oliveira, Weydson Gossel Pereira, Heródoto Jean de Sales, Maria Adriana Moreira, Jorgete Gama, Keila Amorim, Jesuína de Jesus Figueiredo, Ângela Goia, Osminda Lôblein, Artemisa Barbosa, Sandra Melo, Suziele Souza, Pauline Azevedo Sá Campos, Marlene Monteiro, Nara Koide, Cláudio Pontes, Eliana Ramos da Silva, Samara Machado, Francisco Nery Furtado, Jaqueline Valim Cardoso, Valderice Mendes Leite. A presente ATA foi elaborada, digitada e revisada pela Secretária Executiva Maria de Deus de Souza e será arquivada para fins documentais, após ser submetida à apreciação da CIR/Alto Solimões, Auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga, situado à Rua Marechal Mallet, nº 520, Centro, Tabatinga/AM, 28 de fevereiro de 2015.



807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819 820

821

822

823

824 825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842



