



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

ATA -COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS - CIR/RNSOL/AM
(10.07.2012 -09:30H)

Ata da Reunião 1ª (1ª Ordinária) para
Implantação da Comissão Intergestores
Regional do Rio Negro e Solimões –
CIR-RNSOL/AM.

1 **ABERTURA** - Aos dez dias do mês de julho do ano de dois mil e doze, às nove
2 horas no Auditório do Evanstour Hotel e Turismo, localizado na Rua: Barroso, nº
3 1710, Bairro Liberdade, no município de Manacapuru/AM, realizou-se a primeira
4 reunião (primeira ordinária) da Comissão Intergestores Regional - CIR/Regional do
5 Negro e Solimões. O representante da Secretaria de Estado de Saúde,
6 responsável pela implantação da CIR do Rio Negro e Solimões o Sr. **Antonio**
7 **Evandro Melo de Oliveira** coordenou a reunião, cumprimentou os presentes e deu
8 início a reunião. **ITEM I – Posse dos Membros que irão Compor a**
9 **CIR/RNSOL/AM** - o representante da Secretaria de Saúde do Estado Sr. **Antonio**
10 **Evandro Melo de Oliveira** chamou para compor a mesa os representantes dos
11 Municípios, o Secretário Municipal de Saúde de Manacapuru o Sr. **Ricardo**
12 **Bezerra de Freitas**, o Secretário Municipal de Saúde de Anamá o Sr. **Oswaldo**
13 **Palhares**, o Secretário Municipal de Saúde de Anori o Sr. **Oswaldo Palhares**, a
14 Secretária Municipal de Beruri a Srª **Francione de Oliveira Videira**, o Secretária
15 Municipal de Codajás o Sr. **Freudman Oliveira Edwards**, Subsecretário Municipal
16 de Coari o Sr. **Dário Vicente da Silva**, o Secretário Municipal de Novo Airão, o Sr.
17 **Domingos Mariano Santana Neto**, a representante do DSEI Manaus Srª
18 **Adarcyline Magalhães**, o representante do DSEI/Médio Solimões o Sr. **Narciso**
19 **Cardoso Barbosa** e também chamou a Srª **Luciane T. Paz da Silva**, indicando-a
20 como Coordenadora da CIR Rio Negro e Solimões, representante da Secretaria de
21 Estado de Saúde e o Sr. **Felizardo Francisco de Almeida Monteiro** como seu
22 suplente. O representante do Estado Sr. **Antonio Evandro Melo de Oliveira**
23 expressou sua satisfação em nome da Secretaria de Estado de Saúde de estarem
24 implantando mais uma Comissão Intergestores Regional - CIR no estado, que é de
25 fundamental importância nas decisões regionais, onde todas as questões de
26 âmbito regionais são discutidas, pactuadas e consensuadas nesta instância, onde
27 o protagonismo do município é fundamental, para que se possa estar discutindo a
28 organização das redes e todo processo de construção do Sistema Único de Saúde
29 - SUS nesta região. O mesmo explicou que será escolhido entre os secretários
30 municipais um Subcoordenador da Comissão Intergestores Regional - CIR, que os
31 secretários se reunissem e escolhessem uma pessoa que irá substituir a Srª
32 **Luciane Tellechea Paz da Silva** no caso de impossibilidade da mesma e no caso
33 do seu não comparecimento à reunião da CIR, quem assume é o Subcoordenador
34 que será um dos secretários e o Sr. **Felizardo Monteiro** substituirá a Srª **Luciane**
35 **Tellechea Paz da Silva** como representante da Secretaria de Estado da Saúde do



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

36 Amazonas, mas, não como Coordenador. O mesmo passou a palavra a cada
 37 Secretário Municipal de Saúde, onde cada um agradeceu a oportunidade e
 38 externaram a satisfação da Implantação da CIR Rio Negro e Solimões. **ITEM II –**
 39 **Apresentação do funcionamento da CIB e CIR - A Sr^a Radija Mary Costa de**
 40 **Melo Lopes-** Chefe do DEPLAN fez a seguinte apresentação, fazendo uma
 41 pequena retrospectiva, do que vem sendo o SUS nessas últimas décadas, vem se
 42 aprimorando em relação a sua legislação estruturante, entre as décadas de 1990,
 43 2000 e 2012, tivemos alguns documentos, legislações importantes. Na década de
 44 1990 tivemos Norma Operacional Básica e de Norma Operacional de Assistência à
 45 Saúde que foram normas operacionais para orientação como o sistema iria
 46 funcionar. Em 2000/2006, marco importante foi o Pacto pela Saúde, em 2011
 47 houve um marco regulatório importante que foi a publicação da lei da assinatura
 48 do decreto nº 7.508, que trouxe uma série de regulamentação para a lei nº 8.080,
 49 que é a lei Orgânica de Saúde, tivemos a lei nº 12.466 no ano de 2011, que
 50 regulamentou o funcionamento das Comissões Intergestores e também a lei nº 141
 51 no ano de 2012, é uma lei muito importante porque ela detalha as questões sobre
 52 a aplicação dos recursos na saúde, todo gestor deve conhecer de perto essa lei,
 53 pois será exigido no processo de prestação de contas que se tenha pleno domínio
 54 de sua aplicabilidade, processo de instalação, também definir uma agenda de
 55 prioridade, objetivos, metas, indicadores e organizar as transferências federais. O
 56 Pacto pela Saúde não resolveu todos os problemas, permaneceram vários desafios
 57 para o SUS esses são os principais: a questão da necessidade de Aumentar o
 58 financiamento; Reduzir as desigualdades regionais e de grupos sociais; Aumentar
 59 a capacidade de produção e inovação tecnológica; Fortalecer Atenção Básica
 60 como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde como estratégia de garantia de
 61 acesso e do cuidado integral, reforçar a estruturação respostas de Urgência de
 62 Saúde Pública e formação e qualificação do profissional de saúde do SUS,
 63 aprimorar o Pacto Interfederativo para fortalecimento do SUS. O decreto foca
 64 capítulos que fala sobre a questão da articulação Interfederativa que nada mais é,
 65 que um movimento de comunicação entre as esferas do SUS. Observou-se que se
 66 precisa avançar nesse processo: ampliar a governabilidade para melhorar a
 67 governança do SUS que ainda hoje está num processo fragmentado e
 68 burocratizado, buscar aprofundamento e aprimoramento do Pacto, criar
 69 instrumentos mais sólidos e, principalmente, a questão de que foque no resultado
 70 contratualizado com o financiamento do sistema. Então, esta Comissão hoje
 71 instalada tem papel muito importante, porque vai discutir todo esse processo na
 72 regional; os gestores precisam entender e se apropriar das informações e a partir
 73 daí fazer o planejamento regional, e todo processo começa a partir da identificação
 74 de necessidades de saúde, e a partir desse estabelecimento, conhecendo o
 75 território e definindo quais são as necessidades de saúde da população. Então, é
 76 um sistema que não pode ser fragmentado, dizendo, achando, que o município se
 77 esgota na Atenção Básica e, indo o usuário para um nível de maior especialidade,
 78 maior complexidade, a responsabilidade é do Estado, é da União. Os desafios que



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

79 permanecem devem ser enfrentados, assegurar a integralidade significa que se
80 precisa conversar, dialogar, para entender que cada lugar tem sua especificidade,
81 necessidades diferenciadas, mesmo no Amazonas, cada regional de saúde tem
82 uma peculiaridade que precisa ter resposta. Então precisamos repensar a
83 governança do sistema e gestão compartilhada, e o que foi dito e o Ministério da
84 Saúde começou a fazer foi a discussão com o CONASEMS Conselho Nacional de
85 Secretarias Municipais de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários
86 da Saúde - estratégia para responder as questões e desafios, e uma delas foi a
87 regulamentação da lei nº 8.080 de 1990 que foi o decreto nº 7.508, nesse decreto
88 fala sobre o mapa da saúde que é simplesmente o retrato de tudo que tem na
89 região, várias informações que vão permitir fazer um planejamento, o mapa é uma
90 ferramenta *online* que o Ministério da Saúde está criando e também adotou a
91 questão do contrato organizativo com compromisso de financiamento único, enfoca
92 os resultados e também a adoção de indicadores de acesso, estamos trabalhando
93 a política de fixação de profissionais de saúde e reordenação na formação que é
94 um problema sério, o profissional de saúde é uma questão sempre importante
95 porque não temos profissionais suficientes, mas o Ministério da Saúde está
96 discutindo o decreto nº 7.508, fala sobre a organização do SUS, o planejamento da
97 saúde, assistência e articulação Interfederativa, é importante que os gestores
98 conheçam, porque será discutido muito isso na CIR - quais são os principais
99 tópicos que são abordados nesse decreto? Quais são as portas de entrada para o
100 SUS? O que é região de saúde? As redes de atenção a saúde? O mapa de saúde?
101 Planejamento RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços e RENAME -
102 Relação Nacional de Medicamentos? Contrato Organizativo da Ação Pública -
103 COAP? Articulações interfederativas? O decreto vem definindo uma série de coisas
104 sobre o sistema em relação a porta de entrada, estabelece como o cidadão vai
105 acessar o SUS, através dessas quatro entradas, que é Atenção Primária, Atenção
106 psicossocial, Atenção Urgências e Emergência e Serviços Especiais de acesso
107 aberto, basicamente isso significa para o ordenamento de sistema, não deixar que
108 o cidadão entre diretamente em determinados serviços, precisa ser referenciado
109 primeiramente, passar pelas portas de entrada para poder acessar outro serviço,
110 isso significa organização de sistema, então o Ministério da Saúde define pelo
111 decreto quais são as portas de entrada principais, fala também de regionais, que
112 regiões de saúde e o que são regiões de saúde e quais são os critérios que vão
113 nortear na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, diz que cada
114 município pertence apenas a uma região de saúde e não pode pertencer a duas,
115 aqui existe uma região de saúde conformada com outro município, nós temos
116 alguns problemas no decreto sobre a continuidade de território, todos tem
117 continuidade, mas delimitado a partir de identidade cultural, econômica e social,
118 comunicação e infra estrutura e seu objetivo é planejar a organização das ações de
119 serviço de saúde, para se transformar uma região de saúde, precisa ter algumas
120 coisas nela, o decreto regulamenta isso e diz que é considerado no limite
121 geográfico de população, usuário, serviços, rol de ação e serviços que serão



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

122 ofertados, respectivas responsabilidades, definição de critério de acessibilidade a
123 escala para conformação de serviços e também se fazendo uma proximidade com
124 municípios com identidades culturais, políticas, costumes, infraestrutura nos
125 determinantes sociais e basicamente na região de saúde tem que ter minimamente
126 Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção
127 Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância à Saúde, agora tem serviços
128 que sabemos que não tem na regional, quando diz Atenção Ambulatorial
129 Especializada até que nível vai a capacidade da região para serviços
130 especializados, tem determinados serviços que vão ser encontrados na macro
131 região que é Manaus, aqui temos um nível dentro da nossa atenção, mas
132 minimamente tem que ter aqui na regionais, são as nove Regiões do Estado do
133 Amazonas, foi definido junto com o COSEMS e gestores, o decreto fala sobre
134 modelo de atenção à saúde e observamos com base no estudo da teoria de
135 Eugenio Vilaça, estudioso do SUS, que trabalhou com experiência de outros
136 países, reforçou que para o Brasil, uma alternativa importante para dar saúde a
137 população é a organização de redes, porque se observou que no nosso SUS
138 existe incoerência entre o perfil epidemiológico e ação epidemiológica, onde se vê
139 tripla carga de doenças, as doenças infecciosas e parasitárias que são as
140 consideradas doenças já ultrapassadas em muitos países, ao lado disso vê-se as
141 doenças reprodutivas e crônicas, muitas dessas doenças crônicas consideradas
142 doenças do mundo moderno, como o Câncer, o aumento da AIDS, que há algum
143 tempo atrás não se via com tanta frequência e, se vê também importante
144 crescimento das causas externas, mortalidade por causas externas e se somar
145 isso, 75% das doenças são ligadas às condições crônicas, qual o problema que
146 acontece? O modelo como está organizado, o serviço de saúde é voltado para o
147 atendimento de condições agudas, deu um problema, vai-se rapidamente no pronto
148 socorro, resolve, mas os segmentos dos usuários, dos pacientes, como que fica?
149 Então o modelo está como que uma seta para um lado e uma seta para outro, onde
150 a situação da população se apresenta com um perfil de doenças crônicas que
151 requer um cuidado mais prolongado ao longo do tempo, acompanhamento e, no
152 entanto, o modelo é mais organizado para o atendimento imediato, o problema que
153 surge do agravo da urgência, há uma discrepância, nisso o sistema sofre porque
154 gasta-se muito e mal, porque o modelo voltado para condições agudas é muito
155 caro. Uma solução apontada pelos estudiosos para o problema apresentado seria
156 reestabelecer a coerência entre a Situação de Saúde e o Sistema Integrado de
157 Saúde voltado para o atendimento das condições, tanto agudas como crônicas, o
158 que exige implantação de Redes de Atenção à Saúde. Hoje basicamente, o
159 Sistema de Saúde está estruturado em forma de pirâmide, verticalizado, onde os
160 níveis não conversam muito, Atenção Básica não tem muita comunicação com a
161 Média Complexidade e a Alta Complexidade, e isso é perigoso no sistema porque
162 quem está em nível mais baixo não tem retorno do que acontece no nível mais alto,
163 pessoas indevidamente procuram o nível de Média Complexidade quando
164 poderiam ter seus problemas resolvidos em um nível mais básico, o que se quer é



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

165 migrar para um modelo chamado Redes Poliárquicas de Atenção à Saúde, onde o
 166 centro da comunicação é a Atenção Primária em Saúde, que vai fazer todo
 167 movimento em relação a outros pontos de Atenção à Saúde. Essa formação de
 168 Redes de Atenção não existe, se não tiver uma Atenção Primária em Saúde
 169 qualificada que entenda seu papel de ordenadora da rede, mas que também
 170 executa porque faz serviço de Atenção Primária e, tem que fazer esse serviço com
 171 qualidade e ordenamento da referência do seu usuário de outros níveis, também,
 172 deve-se olhar bastante para a questão da Promoção e Vigilância em Saúde. O
 173 decreto sobre Redes, no Art. 20, fala que a Integralidade da Assistência em Saúde
 174 se completa na Rede de Atenção mediante o referenciamento do usuário na Rede
 175 Regional e Interestadual conforme pactuado nas comissões, papel importante da
 176 CIR, onde os membros dessa comissão irão definir a questão do referenciamento.
 177 Qual é a capacidade de oferta da região? Até onde consegue atender? O que não
 178 consegue? Como pactuar para encaminhar? Então, a primeira tarefa é conhecer
 179 qual a situação de oferta. Tudo isso se conhece com o mapa de saúde. As regiões
 180 de saúde também são importantes, o Art. 6 diz que as regiões de saúde serão
 181 referência para transferência de recurso entre os entes federativos, isso significa
 182 que tem determinados recursos que precisa, ou provavelmente a CIB homologa,
 183 para região receber o recurso, tem que se organizar os projetos para aprovar, pode
 184 ser diretamente para a CIR, se tenha o hábito de conhecer as portarias para captar
 185 o recurso para a regional, as redes não podem se esgotar na região de saúde, as
 186 principais redes que definidas de saúde foram do Ministério da Saúde no primeiro
 187 momento, são: a Saúde da Mulher e das Crianças Materno Infantil, Atenção as
 188 Urgências Psicossocial e Atenção Oncológica, estando mais avançadas, no
 189 primeiro momento a Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência, pois já
 190 estão pactuados os planos para funcionamento e essas redes nada mais são do
 191 que o conjunto de ações para serviços articulados, a integralidade elas são
 192 definidas em quatro aspectos na portaria nº 2.479/2010, onde se fala sobre os
 193 pontos de atenção, quem são as linhas de cuidados, os aspectos logísticos e a
 194 governança, onde se fala que no SUS, rede de atenção a saúde ela é materializada
 195 nas Comissões Intergestoras, o plano federal na CIT, no âmbito do Estado a CIB e
 196 na regional a CIR. A CIR terá a responsabilidade de gerir a rede no seu aspecto
 197 regional em conformidade com os planos previamente pactuados, e a CIR, diz no
 198 decreto que está vinculada a Secretaria do Estado da Saúde, para efeito
 199 administrativo operacional observar as diretrizes de valor, então temos definição de
 200 termos de saúde, temos o planejamento integrado e isso se faz com base no mapa
 201 de saúde, temos também como apoio para essas redes RENASES e RENAMES, o
 202 que o Ministério da Saúde fez definiu uma relação nacional de serviço de saúde e a
 203 regional tem que fazer o que ela faz, o que ela pode ofertar. As redes de Atenção a
 204 Saúde e o que se pactuar para o aumento dessas redes vai ter que estar escrito e
 205 assinado pelos gestores da regional, pelo Estado e pelo Ministério da Saúde, esse
 206 documento chamado COAP só pode ser fechado a nível regional, não pode ser
 207 fechado individualmente, o Estado não assina sozinho o contrato, é chamado pela



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

208 Regional para assinar conjuntamente, então o contrato é assinado pelo Ministério
 209 da Saúde, representante do Estado, pelo Governador, pelo secretário no nível
 210 municipal da Regional, é um instrumento importante, tem valor jurídico, é diferente
 211 do Pacto que era um Termo de Compromisso, era uma coisa mais “light”, esse é
 212 um documento mais consistente e com mais dados importantes para se gerir o
 213 SUS - Sistema Único de Saúde e os fóruns de pactuação através de seus gestores,
 214 Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de
 215 Saúde, que vão estar representados nesses fóruns, Comissão Intergestores
 216 Tripartite, Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Regional, se
 217 quer com isso, cumprir o que está definido no Decreto nº 7.508 e buscar o
 218 aprimoramento do pacto entre os gestores do SUS, esse é o sistema de
 219 governança. O Art. 30 do Decreto diz que as Comissões Intergestores pactuarão a
 220 organização, funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Redes
 221 de Atenção à Saúde, em todos os níveis, as regiões de saúde estão com a
 222 responsabilidade da CIR, trabalhando, num âmbito também ligado ao Estado que
 223 vai estar representado na CIB, e o Estado dando as grandes diretrizes para
 224 conformação dessas Redes junto com o Ministério da Saúde. O decreto e Lei nº
 225 12.444, trazem as competências e o que pactuarão cada fórum desses, existe uma
 226 série de questões onde todas as três Comissões precisam pactuar, que são os
 227 aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão, de acordo com a
 228 definição da política de saúde dos entes, as diretrizes gerais sobre regiões de
 229 saúde e integração de limites geográficos, diretrizes de âmbito nacional, estadual,
 230 regional e interestadual a respeito da organização das Redes de Atenção à Saúde,
 231 principalmente no tocante a gestão institucional e integração de ações,
 232 responsabilidade dos entes federativos na Rede de Atenção a Saúde. Isso é
 233 comum a todas as comissões CIT, CIB e CIR, o que cabe a cada uma dessas
 234 comissões. A CIT, no item 32, cabe pactuar diretrizes nacionais para a organização
 235 das regiões de saúde no SU; Decidir sobre casos específicos, omissos e
 236 controversos relativos à instituição de regiões de saúde; e Pactuar as regras de
 237 continuidade do acesso para o atendimento da integralidade da assistência, às
 238 ações e serviços de saúde integrantes da rede de atenção à saúde, mediante
 239 referenciamento em regiões de saúde interestaduais. Então a CIT, interfere quando
 240 sai de uma região do Estado para outra região de outro Estado, ela não
 241 necessariamente, atua na questão interna de um Estado, essa discussão é tarefa
 242 da CIB e da CIR, a CIB, que é no nosso Estado ação do processo do
 243 funcionamento do órgão de Saúde de acordo com diretrizes previstas na resolução,
 244 informa a CIT, a mudança na conformação regional e diretrizes estaduais sobre
 245 região de saúde, demais aspectos vinculados a integração das ações de saúde dos
 246 entes federativos de acordo com as diretrizes nacionais, a conformação das
 247 regiões de saúde do Estado com posterior ciência a CIT, portanto se por algum
 248 motivo essa regional discutir e achar que deve mudar o seu desenho como hoje ele
 249 está, a mesma não tem autonomia para decidir sozinha, ela propõe, discute
 250 internamente, mas precisa ser homologada na CIB, que informará a CIT, as regras



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

251 de continuidade do acesso as ações de serviço de saúde à rede de atenção
 252 mediante o referenciamento a região de saúde interestadual para atendimento e
 253 integralidade de assistência, se essa regional de saúde vai referenciar para outra
 254 regional de saúde, dentro do estado, quem coordena esse processo é o Estado,
 255 não é a CIB. Cabe a CIR Pactuar sobre: rol de ações e serviços que serão
 256 ofertados na respectiva região de saúde, com base na Relação Nacional de Ações
 257 e Serviços de Saúde - RENASES; elenco de medicamentos que serão ofertados na
 258 respectiva região de saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos
 259 Essenciais - RENAME; critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos
 260 serviços; planejamento regional de acordo com a definição da política de saúde de
 261 cada ente federativo, consubstanciada em seus Planos de Saúde, aprovados pelos
 262 respectivos Conselhos de Saúde; diretrizes regionais a respeito da organização
 263 das redes de atenção à saúde, de acordo com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30
 264 de dezembro de 2010, principalmente no tocante à gestão institucional e à
 265 integração das ações e serviços dos entes federativos na região de saúde;
 266 responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na região de
 267 saúde, definidas a partir da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte
 268 demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, que deverão estar
 269 expressas no COAP; diretrizes complementares às nacionais e estaduais para o
 270 fortalecimento da co-gestão regional; monitorar e avaliar a execução do COAP e
 271 em particular o acesso às ações e aos serviços de saúde; incentivar a participação
 272 da comunidade, em atenção ao disposto no art. 37 do Decreto nº 7.508, de 2011;
 273 elaborar seu regimento interno; e criar câmaras técnicas permanentes para
 274 assessoramento, apoio e análise técnica dos temas da pauta da CIR. A CIT
 275 funciona em um nível Federal, tem uma composição paritária, por representantes
 276 do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde -
 277 CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde -
 278 CONASEMS, sendo formada por 21 membros: 7 (sete) indicados pelo MS, 7 (sete)
 279 pelo CONASS e outros 7 (sete) pelo CONASEMS. A CIB, no âmbito estadual, hoje
 280 está com uma composição de 22 membros, da Secretaria de Estado da Saúde, no
 281 caso 11 membros de áreas técnicas do Estado mais o Gestor e 11 membros de
 282 representatividade dos municípios, sendo COSEMS, Secretaria de Saúde de
 283 Manaus e as Regionais de Saúde, cada regional representada. Essa é a CIR mais
 284 recente instalada que é a Rio Negro e Solimões, temos a CIR do Entorno de
 285 Manaus e Alto Rio Negro, em maio foi instalada a CIR do Médio Amazonas, que é
 286 composta por 06 municípios e mais o Estado, temos a Regional Alto Solimões, é a
 287 mais antiga que é mais atuante, por causa de vários projetos que estão
 288 funcionando. Estamos com problema em relação aos relatórios de gestão de
 289 muitos municípios, agora o Ministério da Saúde colocou que é há uma ferramenta
 290 obrigatória, fazer relatório de gestão que é o SARGSUS - Sistema de Apoio à
 291 Construção do Relatório de Gestão do Sistema Único de Saúde. O que acontece
 292 com o SARGSUS? Existem duas portarias regulamentando principalmente o
 293 SARGSUS, a nº 756/2012 e nº 1239/2012 que prorrogou o prazo. O SARGSUS



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

294 deveria ter sido aprovado 31 de Março 2012, data que está no decreto, onde os
 295 relatórios de gestão de todas as secretarias teriam que estar pronto e aprovado no
 296 conselho, com a resolução enviada a CIB, é obrigatório, esse ano
 297 excepcionalmente, foi o primeiro ano que o SARGSUS foi prorrogado até 31 de
 298 julho de 2012, excepcionalmente, hoje são 10 de julho, tem algumas etapas que
 299 tem que ter cadastro do técnico na operacionalização SARGSUS, cadastro dos
 300 conselheiros municipais para acompanhamento e aprovação, e o que está
 301 acontecendo? Muitos municípios cadastraram seu técnico, mas não cadastraram o
 302 conselheiro, o que não vale, porque o relatório não vai ser validado, não adianta
 303 nada fazer o RAG no SARGSUS se não tem o parecer do conselho aprovado
 304 registrado no SARGSUS, se o conselheiro não esta cadastrado, não vai ser
 305 considerado e provavelmente a ferramenta fecha a partir do dia 31 de julho de
 306 2012, que foi prorrogado e uma vez que fecha, não tem mais como abrir a
 307 ferramenta é do Ministério da Saúde. Então estamos alertando para quem não
 308 cadastrou seus conselheiros, a Sr^a **Priscilla Soares Lacerda Carvalho** – Gerente
 309 do DEPLAN está aqui, favor procura-la para orientações. O DEPLAN fará uma
 310 capacitação nos dias 18 19 de Julho de 2012, para orientar todo o processo e o
 311 fluxo, estão todos convidados e alguns municípios não confirmaram estamos dando
 312 a passagem, o prazo encerra dia 31, mas esse é o relatório de 2011 não estamos
 313 falando dos relatórios anteriores que estão pendentes, até porque o Ministério da
 314 Saúde já fechou o banco de dados, e não aceita mais, agora para alimentar, pode
 315 até mandar, mas não entra no *site* deles, então mandem os atrasados para a CIB,
 316 a resolução, ano que vem, após um processo eleitoral há troca de equipe gestora,
 317 prefeito, secretário, não sei qual a situação da regional, se quiser deixar uma cópia
 318 com o planejamento que não tem nenhum segredo, porque o relatório depois será
 319 de domínio público, qualquer cidadão vai acessar, por garantia sabemos que ano
 320 que vem muitos vão ter dificuldades para acessar o sistema, porque a senha se
 321 extraviou de alguma forma, então quem quiser por garantia passar para o
 322 planejamento a senha, não é obrigado, mas sugerimos para ter um controle
 323 importante para o SARGSUS. Os municípios de Anamá, Caapiranga, Codajás,
 324 Manacapuru, Novo Airão não cadastraram seus conselheiros, a Sr^a **Priscilla**
 325 **Soares Lacerda Carvalho** – Gerente do DEPLAN está com a ficha, e quem quiser
 326 preenche pode preencher agora. Finalizando sua apresentação a Sr^a **Radija Mary**
 327 **Costa de Melo Lopes** se coloca a disposição para esclarecimentos de qualquer
 328 duvida dos presentes. **ITEM III – Apresentação da Rede de Urgência e**
 329 **Emergência** - O Sr. **Felizardo Francisco de Almeida Monteiro** inicia sua
 330 apresentação com os planos realizados nas oficinas Municipais, mais tarde na
 331 regional surgiu um plano da região e migrou para fazer um Plano Estadual, esse
 332 plano foi elaborado pelo Estado e depois foi discutido com o Ministério da Saúde,
 333 os secretários municipais foram a Brasília discutir esse plano, qual era a grande
 334 dificuldade do Amazonas para incluir na rede de atenção as urgências? Se formos
 335 seguir ao pé da letra as portarias da RUE - Rede de Urgência e Emergência, o
 336 Estado do Amazonas não se encaixa em uma série de publicações que existem,



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

337 então o trabalho dos secretários municipais foi junto ao Ministério da Saúde, de
338 apresentação da nossa realidade, em alguns momentos trouxemos os apoiadores
339 do Ministério da Saúde, levamos para o interior do Estado, percorremos as
340 distâncias em lanchas para que eles vissem de perto como era a necessidade e
341 nossas especificidades regionais, então o Ministério da Saúde abriu algumas
342 exceções para o Amazonas, desta forma, foi possível nós implementarmos o Plano
343 Estadual, porque na escolha dessas regiões são prioritárias a rede metropolitana
344 ampliada, essas três regiões que vocês vão ver que é o, Médio Amazonas, Rio
345 Negro e Solimões e Manaus e Entorno, representam aproximadamente 70% da
346 população do Estado, inclui as três regionais e possibilidade de acesso em Manaus
347 por possuir o maior aparato tecnológico, também existe uma grande quantidade de
348 população Indígena que é no Alto Rio Negro, um pouco da situação epidemiológica
349 do Amazonas, a alta violência por acidente de trânsito e doenças do aparelho
350 circulatório, por isso a necessidade desta Rede de Urgência e Emergência, 30%
351 dos atendimentos de urgência e emergência são por trauma, a mortalidade do
352 amazonas em 2010, tem como primeira causa, as doenças do aparelho circulatório,
353 segunda causas externas de morbidade e mortalidade e a terceira as neoplasias.
354 Então esse plano de urgência vem contemplar essas três linhas de cuidado que é
355 acidente vascular, trauma e cardiovascular isso é um cenário nacional, os
356 componentes desta rede são: Promoção e Prevenção de Vigilância em Saúde, que
357 foi discutido nas oficinas, Atenção Básica de Saúde; Sala de Estabilização;
358 Unidade de Pronto Atendimento, que foi contemplado em Manaus e uma em
359 Itacoatiara e outra em Tabatinga, Componente Hospitalar e o SAMU 192, que foi
360 uma grande batalha do Estado. Foram realizadas as oficinas das regionais das
361 redes de janeiro a abril de 2012, foram elaborados três planos regionais de
362 Atenção as Urgências. Tudo foi aproveitado no Plano Estadual, cada município
363 dessas regionais vão ter sala de estabilização, municípios com população até 50
364 mil habitantes esses 22 municípios contemplados com a sala 84,62% tem
365 população inferior a 50 mil habitantes, com densidade demográfica inferior a 10 mil
366 habitantes por km², o Brasil possui 22 habitantes por km², Novo Airão tem 0,39
367 habitantes menos de meio habitantes por km², a média da região é de 0,28
368 habitantes aliás, a média do Alto Rio Negro é 0,28 habitantes e precisamos dar
369 acesso a todo esse povo que está disperso nessa região, na região Rio Negro e
370 Solimões, o valor de custeio de cada sala será de R\$ 35.000,00 (Trinta e cinco mil
371 reais) e o valor de investimento R\$ 100,00 (Cem mil reais), a programação a
372 prioridade, o Ministério da Saúde exigiu que fosse priorizados os Municípios da
373 região metropolitana, até então só ia ser beneficiados os Municípios da região
374 metropolitana, então com a negociação do Estado ficou acordado que 2013 e 2014
375 seriam distribuídos na região as outras salas, este ano de 2012, vamos trabalhar
376 em Novo Airão, será implantada uma nova sala de estabilização, serviço de
377 atenção domiciliar porque foi implantado isso a sobre carga nos hospitais e prontos
378 socorros a taxa de ocupação hospitalar é superior a 200% então os prontos
379 socorros estão abarrotados de pacientes de Manaus, muitos doentes crônicos



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

380 poderiam estar nas suas casas sendo acompanhados por uma equipe, então o
 381 governo federal abriu esse serviço, no entanto, no Amazonas foi contemplado a
 382 princípio para Manaus, o serviço domiciliar que contempla Manaus para os
 383 Municípios com população acima de 50mil ainda está em negociação com o
 384 Ministério provavelmente nos próximos anos seja estendido para o interior do
 385 Estado, o nosso grande problema é o perfil populacional dos Municípios, vão ser
 386 implantadas 18 equipes multidisciplinares que vão ser distribuídas nos territórios
 387 que vão apoiar esses doentes crônicos, indo nas residências, com isso, sobrarão
 388 mais leitos para as pessoas que necessitam realmente, daqueles pacientes
 389 agudos. Unidade de Pronto Atendimento UPA 24 horas, na década de 90 foi
 390 implantada Serviço de Pronto Atendimento – SPA, que vocês conhecem em
 391 Manaus, foram 9 SPA's em 4 Distritos Sanitários da capital e existe uma demanda
 392 crescente nesse serviço de urgência e esses SPA's, tem de ser reformulados para
 393 atender as necessidades, primeiro que vai desafogar os grandes prontos socorros
 394 de Manaus, os próprios Municípios que encaminham para os prontos socorros
 395 vão ter facilidade de acesso porque os SPA's vão estar reformulados, essa
 396 demanda de adequação física e tecnológica e a implantação do acolhimento com
 397 classificação de risco. O Ministério da Saúde aceitou que o Estado reformule esses
 398 08 SPA's em UPA's, isso irá melhorar o atendimento da capital e dos municípios
 399 além da construção de 05 UPA's, sendo 01 em Itacoatiara e em 01 Tabatinga.
 400 Componente hospitalar foi direcionado para a capital porque há concentração de
 401 100% de serviços de alta complexidade, então todos os municípios já encaminham
 402 para capital o município já sofre com o problema do financiamento ele não tem
 403 condições de manter uma complexidade, não tem jeito é aproveitar o aparelho que
 404 tem que Manaus e todo seu recurso tecnológico então, foram habilitadas 07 portas
 405 de entradas, 05 na capital e 02 no interior, essa que foi uma briga maior porque
 406 quando o Ministério da Saúde, lançou a portaria nº 1.600 da Urgência Emergência,
 407 contemplava que no Amazonas tem 03 portas de entrada de Urgência e
 408 Emergência, seria o Hospital e Pronto Socorro João Lucio, HPS 28 de Agosto e o
 409 Hospital de Itacoatiara, o Estado viu a necessidade de ter mais portas de entrada,
 410 principalmente na Regional Rio Negro e Solimões e alguns Hospitais Pediátricos e
 411 lá nesse embate com o Ministério da Saúde, os Secretários conseguiram que o
 412 Ministério da Saúde aceitasse o hospital de Manacapuru como porta de entrada e
 413 o Hospital Zona Oeste e o HPS Platão Araújo, portanto vamos ter essas 07 portas
 414 de entrada e com a possibilidade de ter a oitava no Alto Solimões. Pronto Socorro
 415 Infantil Zona Leste, Zona Oeste, Manacapuru a regional vai receber um
 416 investimento de R\$ 3.000.000,00 (Três milhões de reais) para reformular essa
 417 porta de entrada, reformas, aparatos tecnológicos, enfim, tudo o que for necessário
 418 para atender a regional como porta de entrada e terá um custeio de R\$ 100.000,00
 419 (Cem mil reais) mensal para manter essa porta funcionando, ele será referência
 420 para a regional, portanto, o município que encaminhava para Manaus, algumas
 421 situações, será encaminhado para Manacapuru que dará suporte para isso. Por
 422 isso, o Ministério da Saúde está fazendo investimento para esse Hospital de



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

423 Manacapuru ser uma porta de entrada com toda regulação que será necessário.
 424 Mas, para Urgência só através do SAMU. Componente hospitalar, esses leitos,
 425 cinco unidades: Hospital Adriano Jorge, Zona Sul, Platão Araújo, ICAM, 28 de
 426 Agosto, com 129 leitos de retaguarda, ou seja, são aqueles leitos que irão dar
 427 retaguarda aos grandes prontos-socorros, quando não tiver leito no pronto-socorro,
 428 essas unidades terão esses leitos reservados para essa retaguarda para acabar
 429 com o problema de falta de leito. Será dado um *upgrade* nos leitos dessa maneira,
 430 com as unidades tendo leitos como retaguarda. Essas unidades terão 58 novos
 431 leitos e mais 30 leitos de longa permanência que é o Hospital Chapot Prevost, que
 432 são os pacientes que estão dois, três anos internados no pronto socorro e estão
 433 impedindo que outros pacientes façam a rotatividade do leito. A construção de 64
 434 novos leitos de UTI sendo 10 no Pronto Socorro da Criança, 20 no HPS 28 de
 435 Agosto, 17 no HPS Platão Araújo, 17 no ICAM, isso são leitos novos de UTI,
 436 qualificar 13 leitos de unidades como CECON, Hospital de Medicina Tropical,
 437 HEMOAM, Fundação Adriano Jorge. Com 54 leitos de UTI, então vão ser
 438 classificados 13 essa foi outra briga do estado com o Ministério da Saúde para criar
 439 e qualificar esses novos leitos, foi preciso uma negociação. O fluxo da rede como
 440 vai funcionar APS – Atenção Primária em Saúde, ordenando o fluxo com apoio
 441 diagnóstico, a central regulando tudo isso, unidades mistas dos municípios
 442 podendo encaminhar para o hospital daqui, para as policlínicas reencaminhando
 443 para o hospital daqui e a APS sendo referência e contra referência, o transporte de
 444 pacientes de acidentes graves será feito pelo SAMU, sanando aquele problema do
 445 diretor ou gerente de enfermagem, médico, assistente social, pendurado no
 446 telefone querendo uma vaga, um leito de hospital, isso deixará de existir, porque a
 447 Central de Regulação fará tudo isso, O paciente cardiovascular terá os hospitais de
 448 referências, se for preciso remover, a Central de Regulação aciona o SAMU do
 449 município, que levará para onde foi encaminhado, para as referências da linha de
 450 cuidado de cardiovascular. O Sr. **Antônio Evandro de Melo** fez um adendo para
 451 informar que o Estado, dentro dessa linha de cuidado, está iniciando um processo
 452 de descentralização do protocolo de aplicação junto ao trombolítico, será realizado
 453 nos dias 19, 20 e 21, um curso para equipes dos polos e Manacapuru mandou sua
 454 equipe e após ser treinada, vai receber um kit para aplicação do protocolo deste
 455 trombolítico. Tabatinga, Tefé, Itacoatiara, Humaitá, Lábrea e Tefé, esperamos no
 456 mês de Agosto, e estarmos aplicando este novo protocolo e com isso dando
 457 acesso a população do interior, com que há de mais moderno nestes tratamentos
 458 da linha de cuidado cardiovascular. O Sr. **Felizardo Monteiro** prossegue sua
 459 apresentação, explicando que a principio, começaremos a fazer isso com a linha
 460 de cuidado do infarto agudo miocárdio, nas regionais, isso irá encurtar muito o
 461 tempo de início do tratamento, ou seja, muitos ficam com sequelas, ou morre por
 462 infarto, por causa do tempo que leva até o primeiro atendimento, os pacientes terão
 463 acesso a uma medicação que reverte o quadro inicial do infarto. No HPS João
 464 Lucio e Platão Araújo, terá a sala de telessaúde, para dar as orientações aos
 465 profissionais que estão lá na ponta, melhorando substancialmente a recuperação



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

466 desses pacientes. No trauma tem a mesma situação, essa linha de cuidado no
467 Município de Manacapuru existe excesso de acidente de motocicleta, então toda
468 semana seguramente estes pacientes são encaminhados Manaus, isso será feito
469 em tempo hábil com a regulação do SAMU, para as Unidades de Referências,
470 então baseados na portaria da Urgência e Emergência será implantado o SAMU
471 Regional. Todos os municípios terão que obedecer a esse fluxo através da
472 Regulação de uma Central. Existe uma discussão muito grande entre o Estado e o
473 Município sobre a inclusão de Manaus na Rede, no entanto existe resistência por
474 parte de Manaus, pois, lá um SAMU é municipal e eles se veem independente.
475 Estrutura o SAMU 192 em 25 Municípios da região metropolitana inicialmente eram
476 26 e Manaus no último momento deixou claro que não iria integrar o plano regional.
477 Manaus foi deixado de lado e o plano vai prosseguir sem Manaus. O Ministério da
478 Saúde já deixou claro que só vai habilitar o serviço, se trabalhar em rede. Manaus
479 não pode ser rede independente, ele em algum momento vai se integrar à rede. O
480 Ministério da Saúde aceitou a proposta do Estado e vai continuar o planejamento
481 da implantação do SAMU regional. Então vai ser implantada uma central de
482 regulação das urgências regulando os 25 Municípios que faz parte dessa rede
483 implantando 26 unidades de suporte básicos terrestre e 26 unidades básicas fluvial
484 3 unidades aéromédico incluindo um avião de asa dura e o de asa rotativa que é
485 um helicóptero. O Subsecretário de Coari Sr. **Dário Vicente da Silva** colocou que
486 em relação a Coari em dezembro de 2010 fomos contemplados com uma UPA, no
487 pacto hoje, devido à mudança do local da UPA, houve um atraso na licitação.
488 Sabe-se que só existe UPA onde existe SAMU, por isso o município de Coari deve
489 ser contemplado com o SAMU e, só para avisar aos colegas, que imediatamente
490 devem estar entrando com o processo de organização, credenciamento do SAMU.
491 O Sr. Felizardo retoma a apresentação explicando como funcionará a regulação? A
492 regulação funcionará por telefonia celular e satelital. O Sr. **Antônio Evandro Melo**
493 **de Oliveira** colocou qual é a ideia de funcionamento do SAMU. Vamos ter uma
494 Central de Regulação em Manaus e as ambulâncias, nós propomos que elas
495 tenham um radio para se comunicar, a sua abrangência é de 30km, então nos
496 vamos comprar para a ambulância um telefone via satélite, esse telefone via
497 satélite ele se comunicará somente para o SAMU e para os hospitais, será feito um
498 contrato com a empresa limitando aquele para onde tem que ligar no exercício de
499 trabalho, isso que dizer que as ambulâncias só poderão se comunicar de qualquer
500 local e vai poder comunicar com a regulação, para ser orientado o que fazer em
501 relação aquele paciente, durante o deslocamento, o regulador orienta os
502 procedimentos o que ele tem que fazer, recebe informação daquele paciente para
503 informar o hospital e ao SAMU terrestre, quando esse paciente chegar como será a
504 abordagem, de modo que esse paciente tenha um pre-atendimento, durante o
505 deslocamento e tenha o acesso garantido privilegiado dependendo do grau de
506 gravidade, isso quem vai definir é a Central de Regulação, então as nossas
507 ambulâncias vão ter um telefone celular e as ambulâncias um telefone via satélite,
508 isso é um arranjo tecnológico, por exemplo nós sabemos que no deslocamento de



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

509 Novo Airão para Manaus vai ter espaço onde não tem cobertura de telefone celular,
 510 estou falando no caso de Novo Airão e Manacapuru também e da implementação
 511 nós vamos ver se nesses casos vai ser necessário o satelital também na
 512 ambulância, teremos que trabalhar essa questão, é algo inovador que se está
 513 propondo, uma outra coisa que foi uma grande luta do Estado do Amazonas, na
 514 secretaria do COSEMS e, hoje, conseguimos, primeiro o reconhecimento do
 515 Ministério da Saúde em relação as Ambulanchas, segundo foi o reconhecimento do
 516 custeio da Ambulância diferenciado em relação, aqui para nos conseguimos mas
 517 do que devíamos com certeza o recurso da Ambulância vai da para cobrir os da
 518 Ambulanchas. O Sr. **Felizardo Monteiro Evandro Melo** falava, com os respectivos
 519 municípios que fazem parte, onde entram, mostrou a região metropolitana ampliada
 520 que de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, mas, se
 521 eles estão a cima da “cabeça do cachorro” por que entraram na rede? A questão é
 522 o processo, isso é que vai ver a portaria, o município só tem acesso à Manaus, não
 523 encaminham para outro lugar, não tem para onde encaminhar. Então fizeram parte
 524 da região metropolitana ampliada também e foi aceita pelo Ministério da Saúde.
 525 Transferência intra-hospitalar, o Ministério está assumindo, o SAMU/Manaus vai se
 526 legalizar, esperamos que o próximo gestor tenha consciência que eles precisam
 527 participar da rede. É essa a proposta, habilitar as USAS (Unidade de Suporte
 528 Avançado). O SAMU/Amazonas irá regular só os pacientes da rede estadual e
 529 Manaus não vai participar, mas a conversa está para que Manaus ceda e use a
 530 estrutura que já tem, e faça parte da rede, é mais para Manaus e mais econômico
 531 para o Estado. Essa é a rede que foi discutida exaustivamente pelos municípios e
 532 foi visto que algumas situações nós só conseguimos, porque nas oficinas
 533 municipais dizíamos que enquanto não começássemos a gritar aqui em cima eles
 534 não ouvirão lá embaixo, e agora eles já estão ouvindo. Voltando às oficinas,
 535 quando começamos a falar das redes parecia ser uma coisa ilusória, um sonho; a
 536 coisa está se concretizando, já tem um plano aprovado pelo Ministério da Saúde,
 537 daqui a pouco vai começar os aparelhos, as ambulâncias, as ambulanchas e, será
 538 palpável aquele nosso sonho. Isso vai fortalecer essas regionais e fazer com que
 539 esses encontros que estamos aqui, esses poucos técnicos, esses poucos gestores,
 540 mais tarde uma sala vai estar lotada, todo mundo opinando; isso tende a fazer a
 541 saúde crescer no Estado. **ITEM IV – Apresentação Rede Cegonha – Mônica**
 542 **Lima de Melo e Melo** - Grupo Condutor da Rede Cegonha do Estado do
 543 Amazonas, apresentado o material tanto na etapa Municipal, quanto na etapa
 544 Regional desta Região Rio Negro e Solimões. Dentro deste contexto ao afinal
 545 iremos mostrar a planilha para vocês sobre o que conseguimos pactuar no
 546 Ministério da Saúde, o Ministério Saúde ele entende que unidade mista não é
 547 Unidade Hospitalar, então eles haviam engavetado nossas propostas de
 548 investimentos (Obras), na segunda feira dia 11 e 12 de Julho, estivemos no
 549 Ministério da Saúde, o Coordenador da Rede Cegonha o Sr. **Jani Kenta**, e o Sr.
 550 **Antônio Evandro de Melo** para garantimos as nossas solicitações, junto ao
 551 Ministério da Saúde. A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

552 que visa organizar uma rede de cuidados que assegure a defesa dos direitos
 553 humanos da mulher e da criança, nesse contexto, visamos garantir respeito à
 554 diversidade cultural étnica e racial, quando falamos de etnias e raças incluimos os
 555 indígenas nesse contexto, trabalha se também a participação e a mobilização
 556 social garantindo os direitos sexuais os direitos reprodutivos da mulher, a atenção
 557 humanizada a gravidez, parto, abortamento e puerpério. A Rede Cegonha tem
 558 objetivos e diretrizes: três objetivo que é um novo modelo de atenção ao parto ao
 559 nascimento, da saúde da criança que é uma rede de atenção que garante acesso,
 560 acolhimento, resolutividade, e o principal objetivo dela é reduzir mortalidade infantil
 561 e materna, ela vem com diretrizes de garantir o acolhimento com avaliação e
 562 classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação e melhoria do acesso a
 563 qualidade do pré-natal, garantia de vinculação com o transporte sanitário,
 564 transporte seguro, boas práticas na atenção ao parto nascimento, garantia de
 565 atenção a criança de 0 a 24 meses, que é de 0 a 2 anos com qualidade e
 566 resolutividade e garantia de acesso as ações do planejamento reprodutivo, então
 567 dentro de todas as organizações que temos que pensar, para Rede Cegonha,
 568 precisamos garantir também a laqueadura, que precisa ser um processo de
 569 organizado junto ao Ministério da Saúde para que possamos implementar a da
 570 laqueadura e vasectomia dentro do serviço de saúde. Como a Sr^a **Radija Mary**
 571 **Costa de Melo Lopes** falou sobre o pacto da saúde, dentro dos Objetivos do
 572 Desenvolvimento do Milênio que é ODM, entrou no pacto pela saúde, essas oito
 573 questões: acabar com a fome e a miséria, educação básica de qualidade para
 574 todos, igualdade entre os sexos e valorização da mulher, reduzir a mortalidade
 575 infantil, melhorar a saúde das gestantes, combater a AIDS, a malária e outras
 576 doenças, aumentar a qualidade de vida, respeito ao meio ambiente e todo mundo
 577 trabalhando pelo desenvolvimento, são considerados oito jeitos de mudar segundo
 578 os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. O foco no nosso caso são a redução
 579 da mortalidade infantil, que a meta é reduzir em dois terços entre 1990 e 2015 a
 580 mortalidade de crianças com menos de 5 anos de idade, que tem como principais
 581 políticas intervenções a Rede Cegonha é ciclo da vida por liberar o leite, recuperar
 582 a saúde da criança e a Rede Cegonha também entra com a redução da
 583 mortalidade infantil, vigilância do óbito infantil e fetal, pacto pela redução da
 584 mortalidade infantil no Nordeste e na Amazônia legal, políticas e ações voltadas
 585 para atenção à saúde da criança, saúde pré-natal, método canguru, Rede
 586 Amamenta Brasil, Iniciativas Hospital Amigo da Criança, Rede Brasileira Banco de
 587 Leite Humano. O fortalecimento do Programa Nacional de Humanização e
 588 expansão e qualificação e estratégia e saúde da família, então essas são as
 589 principais políticas, outro objetivo do Milênio é reduzir e melhorar a saúde materna
 590 e tem três metas, a primeira, reduzir em 3/4 até 2015, a razão de mortalidade
 591 materna, promover o sistema da rede do SUS, a cobertura universal para saúde
 592 sexual e reprodutiva até 2015 e também ter detido o crescimento da mortalidade
 593 por câncer de Mama e de colo de útero invertendo a tendência atual. Foi das
 594 quatro redes prioritárias: Rede Cegonha, Urgências, Psicossocial e Oncológica



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

595 apesar da oncológica não aparecer ainda, mas está em estado avançado,
596 passamos pela CIB, não temos portaria do Ministério ainda, mas elaboramos todo
597 o Plano de Ação para o Amazonas e estamos em fase de organização, para poder
598 sentar com as regionais e pactuar, dentre as intervenções para melhorar a saúde
599 materna estão a Rede Cegonha, Vigilância do Óbito Materno, pacto pala Redução
600 da Mortalidade Infantil no Nordeste, na Amazônia Legal, política de Atenção
601 Integral e Saúde da Mulher, Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna
602 Neonatal, Política Nacional do Direito Sexual e Reprodutivos, e o SAMU (Serviço
603 de Atendimento Móvel de Urgência) que entra como um componente primordial,
604 por causa dos transportes das Urgências. A portaria da Rede Cegonha vem com
605 quatro componentes, o primeiro Pré-Natal, segundo Parto e nascimento, terceiro
606 Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e o quarto Sistema Logístico:
607 Transporte Sanitário e Regulação. Nós enquanto Regionais prioritárias fizemos
608 dentro do Plano de Ação, naquele exercício todas as etapas, vocês entraram no
609 SISPART – Sistema de Acompanhamento das Redes de Atenção à Saúde, todos
610 cadastraram seu Plano de Ação, fizeram suas referências com Manacapuru,
611 porque é sede da regional, Manaus não aparece na tela para vocês como
612 referência, na coleta de sangue para o teste do pezinho por exemplo, vocês não
613 tem Manaus na tela, aparece apenas a sede da regional que é Manacapuru. No
614 Amazonas a operacionalização acontecerá em cinco fases, a primeira fase foi
615 fizemos o diagnóstico de todo o Amazonas dos Municípios e das Regionais, e
616 fizemos aquele exercício que nós viemos para Manacapuru e tudo aconteceu aqui,
617 fizemos o desenho regional da rede cegonha e estamos nesse exercício para
618 passar para terceira fase que é a contratualização Municipal, a qualificação dos
619 componentes vai começar a acontecer a partir de agora, quem vai receber
620 Ambiência, Centro de Parto Normal, Casa da Gestante Bebê e Puérpera. Precisam
621 começar a trabalhar o ACCR (Acolhimento Com Classificação de Risco)
622 semelhante, como a unidade de vocês é uma unidade mista, não é separado
623 maternidade como acontece em Manaus, então com ACCR vai servir para as
624 duas redes tanto para o atendimento da urgência propriamente dita como para
625 urgência materna, e depois nós passamos para certificação ao final, componente
626 pré-natal na qualificação vai dar variação da vulnerabilidade de risco das mulheres,
627 trabalha com práticas educativas que deve ser quatro durante o pré-natal, novos
628 exames de pré-natal o teste rápido de gravidez ,sífilis e HIV, eletroforese de
629 hemoglobina, proteína de fita, ultra som, exame de Pinar para auscultar o bebê,
630 exames em tempo oportuno, kit's para UBS's, kit gestante que a maternidade
631 recebe para disponibilizar para suas puérperas, capacitação das equipes,
632 promoção da vinculação do local do parto e o SISPRENATAL WEB que estamos
633 com algumas dificuldades com o Ministério da Saúde, porque? O Ministério diz que
634 na hora que a mulher chega para o atendimento, se entra no sistema, cadastra a
635 mulher *online* e sai o número do pré-natal dela, nós sabemos que isso não é nossa
636 realidade e não é realidade de Manaus, como era que nós fazíamos antes?
637 Recebíamos todos os números disponíveis, atendíamos, colocávamos o número



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

638 depois entregava na secretaria, ou para coordenadora do programa, com o nome
639 da adesão e diagnóstico que já passamos por ela, mulher todos os dados e o
640 número do pré-natal e ela posteriormente cadastrava, então estamos nessa
641 discussão com o Ministério, o que nós sabemos é que o SISPRENATAL WEB está
642 disponível para todas as unidades, todos os municípios e nos trabalhamos ainda
643 com o anterior, com aquela metodologia, mas que em pouco tempo, o
644 SISPRENATAL anterior deixe de existir e somente seja utilizado o WEB, então
645 depois vocês precisam ver na secretaria a questão do acesso ao SISPRENATAL
646 WEB, ele já pode começar acontecer. Dentro da qualidade da assistência parto
647 nascimento nós temos o fortalecimento das ações de prevenção e vigilância do
648 óbito materno, esse fortalecimento é necessário porque ele dará respostas as
649 nossas ações, por exemplo, no mês passado, participamos de uma vídeo
650 conferência com o Ministro da Saúde onde informou que já havia resultado de
651 redução da razão da mortalidade materna, por conta do início das ações da Rede
652 Cegonha, a questão da vigilância ela importante no exercício redução as
653 circunstancias prestado também inclusive nas maternidades que já começaram
654 como a qualificação que foi anterior como a maternidade Ana Braga e Balbina
655 Mestrinho já tem resultado inclusive em relação a isso a redução da mortalidade
656 materna e aumento de partos normais e redução de parto Cesário o Ministério da
657 Saúde informou que em função das novas organizações com a Rede Cegonha, as
658 novas diretrizes da Rede Cegonha sendo implantada e utilizada, já á resultado
659 palpável para redução da mortalidade materna e infantil, então, para que se tenha
660 esses dados, precisa fortalecer a vigilância óbito materno, isso acontece como?
661 Principalmente com registro correto dessas informações, nós podemos pegar
662 prontuário para mandar avaliar e não tem nada registrado de forma organizada e
663 correta, então nas unidades de vocês, nós podemos começar orientando os nossos
664 parceiros nos registros corretos das informações, o colega estava falando que os
665 bebês nasceram hoje sem DNV (Declaração de Nascimento Vivo) e depois vão
666 voltar para fazer, ou então, sai com o DNV não faz a declaração de nascimento e
667 perde DNV (Declaração de Nascimento Vivo) volta pega outra DNV, então são dois
668 números gerados e começam vários problemas que encontramos e nós
669 precisamos reforçar as ações dos nossos serviços, a criação de comitê de
670 acompanhamento das urgências maternas e o comitê de morte materna, vocês
671 lembram que o exercício municipal, foi a demanda também para vocês formarem
672 um grupo gestor da Rede Cegonha, não só o Estado tem que ter grupo gestor, mas
673 os Municípios também precisam ter grupo gestor para fazer o controle dessas
674 ações, todo dinheiro que vai ser repassado ele vem com indicador a serem
675 cumpridos, se esses indicadores não forem cumpridos penalidades acontecerão e
676 teremos que devolver dinheiro, então, vai ficar muito ruim para o gestor e para o
677 Município, se chegarmos nessa situação, nós precisamos está mais organizados e
678 estruturado para as coisas acontecerem corretamente. Em relação ao
679 SISPRENATAL WEB tem a plataforma web, onde vai acontecer o registro e
680 monitoramento do caminhar dessa mulher, desde o inicio da gravidez, captação



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

681 precoce dessa mulher, todos os exames, as consultas registradas e esse pré-natal
682 que acaba ao final no puerpério. Onde é que estamos dentro do Estado do
683 Amazonas Manaus e com alguns Municípios nesse exercício começamos trabalhar
684 com complemento e classificação de risco, nas principais maternidades. A
685 ambiência começa, também um exercício de solicitação dessa ambiência, a única
686 coisa em Manaus que aconteceu, foi a compra de cama, mas não a ambiência
687 propriamente dito e dentro do sistema de convenio que nós solicitamos, tanto para
688 Manaus como para dois Municípios da Regional de vocês. Direito dos usuários e
689 visita aberta, clínica ampliada, planejamento, monitoramento e avaliação cogestão
690 e apoio institucional, fortalecimento do comitê de investigação de mortalidade
691 materna e infantil do Estado, boas práticas do parto e nascimento, fórum cari natal
692 e fórum distritais que já acontece em Manaus é um exercício que vocês podem
693 começar a fazer também. O que é um fórum? É um espaço colegiado dos gestores
694 e dos profissionais de saúde para discutir as ações da Rede Cegonha, por
695 exemplo: Temos que fazer a vinculação da UBS (Unidade Básica de Saúde) F nº 5
696 de Manacapuru com Hospital de Manacapuru, o local para a conversa vai ser lá na
697 Secretaria de Saúde, a enfermeira o médico da casinha e o Secretario de Saúde?
698 Não, o local deve ser no fórum que vocês criarão em Manacapuru, mas cada
699 Município pode fazer seu fórum perinatal onde a gente discute essas questões do
700 parto nascimento e do pré-natal no fórum que se pactua em conjunto, com os
701 colegas, nós temos visto as coisas funcionarem nesta construção coletiva, não é o
702 secretário que determina, nem o médico, e nem o diretor quem determina, mas
703 todos os atores se reúnem e nós trazemos o problema para a roda, onde se discute
704 a solução e define o que vamos fazer, então, não é, mais responsabilidade só
705 minha enquanto secretário, ou do colega, enquanto coordenador da atenção básica
706 a responsabilidade é todo o grupo que trabalha com essa mulher, ou com essa
707 criança, então o fórum perinatal é essa alternativa. Dentro do fórum nós podemos
708 trabalhar a questão da grade de referencia contra referencia e pactuar com a Sede
709 Regional Manacapuru e com Manaus, por exemplo, para Anamã quem é que vai
710 ser a maternidade de alto risco a maternidade Ana Braga ou Balbina Mestrinho?
711 Então o fórum ele serve para isso, para vocês Anamã sentarem e definirem. Nós
712 queremos, precisamos e solicitamos que vocês avaliem a nossa maternidade de
713 alto risco, seja Maternidade Ana Braga, porque as outras nós organizamos são 61
714 Municípios, então 30 vão para capital e 30 para outra maternidade, o fórum, mas
715 uma vez, é o espaço para vocês discutirem isso e mandarem essa demanda para o
716 fórum perinatal que acontece na capital, para nós fecharmos na grade de
717 referencia e contrarreferência, qual vai ser a maternidade de alto risco de
718 referencia para vocês, ou ate aquela de risco habitual, que a mulher não que ter o
719 bebê no Município de Anamã, por exemplo, então qual vai ser a minha referencia
720 para Anamã de maternidade de risco habitual, porque a mulher prefere ter bebê em
721 Manaus, é claro que nós devemos concentrar aqui, mas se ela precisar ir para
722 Manaus, porque não tem família aqui, e tem lá, então qual vai ser a maternidade
723 risco habitual será no fórum perinatal que a gente fecha essas informações.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

724 Fortalecimento da equipe de multiprofissional interdisciplinar com serviço de apoio,
 725 fortalecimento da triagem neonatal, a triagem neonatal ela acontece para o Estado
 726 em Manaus, na Maternidade Balbina Mestrinho, então, as crianças que fazem teste
 727 do pezinho e que tem alteração, hoje não necessariamente os Municípios precisam
 728 avisar o Secretário da Saúde, porque como a leitura do filme é feita no HEMOAM
 729 (Hematologia Hemoterapia do Amazonas), em Manaus então o próprio HEMOAM
 730 faz a triagem dessa criança, esse contato acontece pelo HEMOAM, mas a triagem
 731 neonatal acontece em Manaus, a triagem auditiva é programação do Estado para
 732 os Municípios, que nos temos o fonoaudiólogo nas regionais e os aparelhos para a
 733 realização do teste da orelhinha triagem auditiva, a primeira etapa da triagem
 734 auditiva, encontrou alteração essa criança precisa ser referenciada para Manaus,
 735 porque nos já temos organizados o serviço de triagem auditiva, que é o implante do
 736 aparelho que põe dentro do ouvido para criança que não tem perda auditiva
 737 completa e poder escutar e acontece na clínica ORTOCLIM. Já fechamos o
 738 contrato e já temos recurso do Ministério para isso, e o fortalecimento do teste do
 739 olhinho, o que é o teste do olhinho? Quando o bebê nasce, qualquer pediatra que
 740 tenha treinamento ele pega o oftalmoscópio e coloca no olho do bebê se houver
 741 reflexo da luz vermelha, a visão relativamente é boa, se não houver reflexo,
 742 cristalino opaco, essa criança precisa de uma segunda avaliação, no caso a
 743 referencia, o exercício é fortalecemos a Sede da Regional Manacapuru para que
 744 vocês do em torno de Manacapuru mandem esses bebês que precisam de uma
 745 segunda avaliação para o oftalmologista, e a elaboração do protocolo de
 746 imunização do vírus sem sinal respiratório, que já esta acontecendo o exercício
 747 dentro da CEMA (Central de Medicamentos do Amazonas) em Manaus com o uso
 748 de uma medicação que sendo necessário depois vai haver treinamento nos
 749 hospitais do Município, para as crianças que precisem da vacina sejam
 750 encaminhada para Manaus, para fazer, ou o fortalecimento da regional isso ainda
 751 não ficou definido, porque estamos na fase de elaboração do protocolo, então essa
 752 é a Rede Cegonha. Planilha financeira, nós fomos à Brasília para ter algumas
 753 discussões, quando nos chegamos lá que fomos ver o projeto, que tínhamos
 754 lançado no sistema de Ambiência para todos os Hospitais do interior para os 61
 755 Municípios, nos pedimos ambiência, pedimos Casa Gestante, bebê e puérpera.
 756 Centro de Parto normal para as sedes das regionais com exceção de Coari, isso
 757 por causa do fluxo do acesso á Manacapuru, então Centro de parto normal fica ali,
 758 o que nos pedimos, conseguimos pactuar com o Ministério da Saúde, para Coari
 759 Manacapuru ambiência para os dois hospitais parto e nascimento, o que é
 760 ambiência para parto nascimento? É organizar a sala de parto normal, receber
 761 cama, pré-parto, parto, puerpério e organizar o espaço físico para esse bebê
 762 nascer, que é o espaço, onde tem um banheiro para dois leitos, onde tem a bola
 763 para exercício, a medicação, analgesia para o parto, mas o objetivo é que isso não
 764 aconteça que seja um parto sem medicação, a escadinha para o exercício, os
 765 equipamentos utilizados para pratica do parto normal com menor dor possível e
 766 garantir a privacidade dessa mulher, porque para ela ter o acompanhante com ela



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

767 e preciso garantir privacidade e um local para ele, não adianta dar cadeira de
 768 plástico, o objetivo e o valor que vem para a ambiência é para isso. Leitos
 769 gestantes de alto risco, o que é gestante de alto risco? É aquela mulher que está
 770 com infecção urinaria, mas não está em trabalho de parto, mas esta com 5 meses
 771 de gravidez e fazendo a segunda infecção urinaria, por exemplo, ela é considerada
 772 uma grávida de alto risco, então nos sabemos que vocês já fazem esse tipo de
 773 atendimento nas unidades, então nós colocamos dois leitos do hospital de Coari e
 774 seis leitos na unidade de Manacapuru, destinados para esta mulher de alto risco,
 775 nos consideramos dessa forma para vocês receberem custeio desses leitos, então
 776 o valor para esses dois leitos ele é diferenciado, se antes o tratamento clinico se
 777 recebia na IAH e o tratamento clinico R\$600,00 por exemplo, agora estando
 778 qualificado eu vou receber R\$ 750,00, então o valor vem a mais para este leito
 779 qualificado como alto risco, nos solicitamos os três leitos de (Neonatal) para
 780 Manacapuru, e o leito de UTI adulto não entra aqui no UTI materna, porque a UTI
 781 materna no Ministério é considerada leito de Urgência, ele é leito de UTI adulto, por
 782 exemplo lá em Manaus dentro da maternidade Ana Braga ele é considerado no
 783 nome leito materno mas ele é um leito de UTI geral, se na Rede um homem precisa
 784 de um leito porque ele esta com trauma crânio encefálico por exemplo e precisa de
 785 leito e não tem disponível, ele pode utilizar o leito da maternidade também, porque
 786 é um leito de tratamento intensivo, então com esses leitos não entram para a Rede
 787 Cegonha que eles são leitos gerais e também não entra na nossa planilha, eles
 788 entram na planilha da urgência e emergência, o leito de UTI adulto para nos só
 789 entrou a UTI NEO e o UCI (Cuidado Intensivo) a ultima portaria que regulamenta
 790 o UTI e o UCI, ela diz que para cada leito de UTI, tem que ter dois de UCI(
 791 Cuidados Intensivos) e um de UCI canguru, então, nos fizemos nessa proporção
 792 junto ao Ministério da Saúde, para cada leito de UTI dois de UCI e um de UCI
 793 canguru, então ficou três leitos de UTI para seis de UCI, faltou o Canguru, para três
 794 de canguru que nos pedimos habilitação, como o leito de canguru não existe no
 795 DATASUS e também no CNES,mas acabamos fazendo se for necessário, aquele
 796 bebê que nasceu com 36 semanas e nasceu respirando bem, mas não pode ter
 797 alta ainda, fica na enfermaria com a mãe até ganhar o peso ideal, isso é um leito de
 798 canguru, que antes não havia incentivo financeiro para isso, e agora já tem, então
 799 para Manacapuru e Coari nos pedimos proporção de um de UTI (Unidade de
 800 Terapia Intensiva) para dois de UCI e um de canguru, para os dois Municípios,
 801 como são Sede de Regional e de facilidade de acesso, nós pedimos a Casa
 802 Gestante Bebê, Centro de Parto Normal, e a Casa Gestante Bebê e Puérpera ,o
 803 que é o centro de parto normal? É uma casa com espaço físico adequado para
 804 receber as mulheres que vão ter bebê de parto normal, eu tenho que ter médico lá?
 805 Não, mas eu tenho que ter enfermeiro naquele espaço físico, enfermeiro obstetra e
 806 garantir o acesso para o hospital, se essa mulher complicar e garantir no tempo
 807 oportuno ela vai esta no hospital, na unidade mista para o parto Cesário, se for
 808 necessário, ou, intervenção medica nesse parto, tem ate quantos leitos lá? Cinco
 809 leitos de PPP, essa no certo essa mulher entraria para ter o bebê e ficaria, mas



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

810 alguma hora que no máximo é 48 horas, então ela vai para casa com seu bebê e
 811 sua família, e o que é a casa bebê e puérpera? Sabe aquele bebê que nasce e fica
 812 com icterícia, e tem que ficar na luz azul, mas tempo ao invés dele ficar no leito
 813 obstétrico ele fica nessa casa, e aquela mulher que veio do interior de Anori e ela
 814 precisa ficar porque é uma grávida de alto risco, e esta com infecção urinária, ela
 815 vai ficar ocupando leito obstétrico no hospital da unidade mista? Não, ela vai para
 816 essa casa Gestante Bebê, e ela ganhou bebê ele precisou ficar na UTI ela vai ficar
 817 hospedada na Casa Gestante Bebê e Puérpera, esperar seu filho ter alta, então
 818 esse é o principal objetivo da casa Gestante Bebê e Puérpera, esta ligado a esses
 819 serviços na unidade mista do parto e nascimento e nós estamos esperando a
 820 resposta do Ministério da Saúde, porque isso foi o que nós conseguimos pactuar lá,
 821 conseguimos para esses, como sede de Regional prioridade e para os demais
 822 Municípios até 2015, dentro do cronograma igual à urgência mostrou que 2013,
 823 tantas unidades a mais foi sala de estabilização, no cronograma semelhante a sala
 824 de estabilização, nós programamos a Ambiência para os demais Municípios, as
 825 unidades mistas dos Municípios todas essas Ambiência, quando nós chegamos lá,
 826 já estava tudo negado no sistema de convenio do Ministério da Saúde, não pode
 827 porque unidade mista não é unidade hospitalar é atenção básica e atenção básica
 828 não é unidade mista, chamamos a coordenadora e entramos no DATASUS no
 829 município de Codajás que nós abrimos, veja aqui quantos leitos cirúrgicos, é
 830 unidade hospitalar. Então o próprio Ministério da Saúde, não noção de que a
 831 unidade mista do Amazonas é uma unidade hospitalar. Então a responsável pelo
 832 convenio não queria procurar a caixa, onde estavam os processos já arquivados,
 833 nos viemos com essa demanda, que precisa ser mudado, tem que transformar em
 834 HPP, porque para o Ministério da Saúde a Unidade Mista é uma unidade de
 835 Atenção Básica e não uma Unidade Hospitalar, ela tem que adscrita, pode ser do
 836 mesmo terreno, mas é outro prédio a separação entre elas seria um anexo, tem
 837 que ter médico, e ter acesso e no caso da Casa Gestante Bebê Puérpera tem que
 838 ter a garantia de que o médico irá prescrever, porque por exemplo o bebê e uma
 839 mulher com infecção urinária, precisa de prescrição médica, se é o bebê na
 840 fototerapia precisa do cuidado do pediatra, então nós precisamos garantir o acesso
 841 do profissional, que é o profissional que faz o hospital, porque a diferença é o
 842 espaço físico, ao invés do bebê estar lá, ela vai estar nesse prédio ao lado, mas é
 843 um anexo só, mas temos que garantir o acesso, porque esse espaço pode complicar
 844 e eu preciso do acesso hospitalar. Então todas essas solicitações para o Ministério
 845 da Saúde elas ficam em R\$ 2.515,630, para Coari R\$ 4.454,730 para Manacapuru.
 846 a qualificação dos leitos de alto riscos, leito canguru, que nos pedimos uma
 847 ampliação para isso e habilitação do leito e os leitos de UTI e UCI que não existem a
 848 Casa Gestante Bebê e o Centro de Parto Normal. O representante Secretaria da
 849 Saúde Dr. **Antônio Evandro de Melo** colocou que em relação a Rede Cegonha o
 850 plano Regional está aprovado, agora o plano Municipal aquele que você vai
 851 garantir o aporte e a transferência de recurso para o Município diretamente para
 852 garantir o pré-natal, tem uma fase Municipal do pré-natal, somente o município de



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

853 Novo Airão deu entrada, então os demais Municípios tem que da entrada no plano
 854 Municipal da Rede Cegonha, que é do pré-natal que vocês construíram e não
 855 deram entrada para ser aprovado e para sair a resolução, aquele fez parte do plano
 856 de ação Regional, esse esta aprovado, agora cada Município separadamente tem
 857 que encaminhar, e Novo Airão fez e tem a sua resolução, então vocês tem que dá
 858 entrada aqui na CIB, aprovado da CIR, a CIB manda para o Ministério para vocês
 859 comecem receber o recurso para os exames pré-nata. **ITEM V - Aprovação do**
 860 **Regimento Interno da CIR/RNSOL/AM** – O representante da Secretaria de Saúde
 861 do Estado o Sr. **Antonio Evandro Melo de Oliveira** fez a leitura da Proposta do
 862 Regimento Interno da CIR/RNSOL/AM. Da Natureza e Finalidade. Art. 1º - A
 863 Comissão Intergestores Regional (CIR) do Rio Negro e Solimões no Amazonas é
 864 órgão de instância colegiada, não paritário, de natureza permanente, cujas
 865 decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições
 866 estabelecidas pelo Pacto pela Saúde (Portaria nº 399/2006/GM/MS, de 22 de
 867 fevereiro de 2006), e o disposto no Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e Lei
 868 Nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 e a ainda as recomendações da Deliberação
 869 CIB constantes da Resolução Nº 138/2011, constituindo-se em um espaço de
 870 planejamento, pactuação e cogestão solidária quanto aos aspectos operacionais e
 871 administrativos entre os gestores municipais e estadual de saúde da Região do Rio
 872 Negro e Solimões do Amazonas. Parágrafo Único - A Região de Saúde do Rio
 873 Negro e Solimões do Amazonas é compreendida como um espaço geográfico com
 874 território contíguo ou com acessibilidade entre si, identificada pelos gestores
 875 municipais e estadual a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de
 876 redes de comunicação e de infraestrutura de transporte compartilhadas no
 877 território, sendo constituída pelos seguintes municípios: Anamá, Anori, Beruri,
 878 Caapiranga, Coari, Codajás, Manacapuru e Novo Airão. Art. 2º - A Comissão
 879 Intergestores Regional do Rio Negro e Solimões do Amazonas é responsável pela
 880 pactuação das estratégias de condução e operacionalização do SUS em âmbito
 881 regional e tem por finalidade qualificar o processo de regionalização e
 882 descentralização da gestão, ações e serviços de saúde, garantindo: I - A
 883 organização do sistema regional de saúde a partir dos princípios doutrinários e de
 884 organização do SUS, favorecendo a ação cooperativa e solidária entre os gestores;
 885 II - O acesso, resolubilidade, humanização e qualidade das ações e serviços de
 886 saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local;
 887 III - A integralidade na atenção à saúde; IV - A potencialização do processo de
 888 descentralização para que as demandas dos diferentes interesses “*in loco*” -
 889 regionais possam ser organizadas e expressas na região de saúde; V - A
 890 racionalização dos gastos e otimização dos recursos, possibilitando ganhos em
 891 escala nas ações e serviços de abrangência regional; VI - O estabelecimento de
 892 ações que permitam superar o enfoque centrado na assistência, direcionando-o
 893 para a integralidade por meio de estratégias dirigidas a indivíduos e a coletividade,
 894 promovendo a articulação dos níveis de atenção à saúde e ações de promoção à
 895 saúde; VII - O fortalecimento do controle social. VIII - A instituição de processo de



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

896 planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as
 897 prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de
 898 planejamento local, conforme as responsabilidades pactuadas e os Planos de
 899 Saúde dos entes federados participantes. CAPÍTULO II. Das Atribuições. Art. 3º -
 900 São atribuições do CIR do Rio Negro e Solimões do Amazonas. I - Promover a
 901 articulação, de forma integrada e solidária, entre os gestores do SUS em âmbito
 902 regional; II - Estimular a participação dos gestores de saúde dos municípios que
 903 compõem a Região de Saúde e da representação estadual no processo de
 904 planejamento regional de saúde, na identificação de necessidades, definição de
 905 prioridades e no estabelecimento de soluções, inclusive nos seus aspectos
 906 administrativo, operacional, econômicos e financeiros no que couber a este nível. III
 907 - Identificar e reconhecer a Região de Saúde, propondo as modificações
 908 necessárias no desenho territorial; IV - Propor diretrizes a serem observadas na
 909 elaboração de planos de saúde, em consonância com as diretrizes nacionais e
 910 estaduais e de acordo com as características epidemiológicas e da organização
 911 dos serviços em cada esfera administrativa, em conformidade com o Art. 37º da Lei
 912 8.080/90, regulamentada pelo Decreto 7.508 de 28.6.2011 visando à constituição
 913 de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde que garanta a
 914 universalidade, a integralidade, a resolubilidade e a integração dos serviços de
 915 saúde, considerando ainda a equação entre equidade no acesso e economia de
 916 escala, definidas a partir de parâmetros técnicos; V - Estabelecer as
 917 responsabilidades dos gestores com a saúde da população da Região de Saúde e
 918 o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da
 919 integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas
 920 regionalmente refletir-se no plano de saúde de cada município, no plano regional e
 921 estadual de saúde e nos Contratos Organizativos de Ação Pública em Saúde
 922 respectiva; VI - Pactuar o Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde
 923 (COAPS) regional e encaminhar a CIB/AM para homologação, cumprindo as
 924 normas e fluxos definidos conforme legislação estabelecida. VII - Construir e
 925 pactuar estratégias para que sejam alcançadas as metas prioritárias definidas no
 926 Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP's); VIII - Analisar e propor
 927 medidas que visem a qualificação do modelo técnico-assistencial e de gestão dos
 928 serviços de saúde da região de saúde abrangida pela CIR; IX - Elaborar, avaliar e
 929 atualizar, em âmbito regional periodicamente a programação geral das ações e
 930 serviços de saúde e o Mapa de Saúde; X - Contribuir na elaboração do desenho do
 931 processo regulatório Intra e Inter-regional de saúde, construindo fluxos e protocolos
 932 de abrangência regional; XI - Participar do processo de planejamento, programação
 933 e integração inter-regional com outras CIR's nas questões que ultrapassem o
 934 território da região de saúde, buscando garantir a integralidade e garantindo a
 935 atenção de média e alta complexidade em serviços que reclamem arranjos inter-
 936 regionais ou macrorregionais, observando as diretrizes nacionais e estaduais,
 937 pactuadas na CIT e CIB; XII - Analisar e opinar sobre a movimentação e aplicação
 938 dos recursos financeiros do SUS oriundos das distintas esferas de governo; XIII -



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

939 Definir linhas prioritárias para alocação de investimentos e estabelecer o Plano
 940 Diretor de Investimento, no âmbito regional; XIV - Criar, coordenar e supervisionar
 941 Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho para subsidiar as discussões da CIR; XV
 942 - Definir estratégias de fortalecimento do Controle Social; XVI - Participar do
 943 estabelecimento e implementação de normas, critérios, parâmetros e métodos para
 944 o controle da qualidade e avaliação da assistência à saúde em âmbito regional;
 945 XVII - Participar da elaboração, implantação e implementação de normas,
 946 instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do Sistema Único
 947 de Saúde - SUS, em âmbito regional e municipal em consonância com os
 948 princípios, diretrizes e normatizações estaduais e nacionais que regem o SUS;
 949 XVIII - Fornecer subsídios técnicos no tocante à política regional de saúde
 950 favorecendo a participação de forma integrada com outras secretarias, órgãos
 951 públicos e a sociedade civil na formulação e implementação de políticas Inter
 952 setoriais; XIX - Participar da elaboração, implantação e implementação da política
 953 de formação e educação permanente para os trabalhadores do SUS em âmbito
 954 regional; a) São atribuições da CIR, no âmbito da Educação Permanente em
 955 Saúde: - Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação
 956 Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e
 957 municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos
 958 de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na
 959 Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e
 960 desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; II - Submeter o Plano Regional de
 961 Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para
 962 homologação; III - Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional,
 963 que poderá ser realizada pelo Estado, e/ou um ou mais municípios de sua área de
 964 abrangência; IV - Incentivar e promover a participação nas Comissões de
 965 Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições
 966 que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde,
 967 dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da
 968 sua área de abrangência; V - Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e
 969 estratégias de educação em saúde implementadas na região; e VI - Avaliar
 970 periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de
 971 Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário. b) As atribuições,
 972 a estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração
 973 Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer ao estabelecimento da
 974 legislação pertinente. As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
 975 (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde estadual e municipais, e
 976 ainda, conforme as especificidades de cada região, por: I - Gestores estaduais e
 977 municipais de educação e/ou seus representantes; II - Trabalhadores do SUS e/ou
 978 suas entidades representativas; III - Instituições de ensino com cursos na área da
 979 Saúde, por meio de seus distintos segmentos; e IV - Movimentos sociais ligados à
 980 gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. XX - Promover
 981 a articulação com instituições de ensino e pesquisa visando à produção de



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

982 conhecimentos científicos a partir das necessidades e prioridades do SUS em
 983 âmbito regional; XXI - Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação
 984 científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos,
 985 a racionalização dos gastos e a otimização dos recursos; XXII - Divulgar suas
 986 ações através dos diversos mecanismos de comunicação social; XXIII - Pactuar
 987 estratégias de apoio para o planejamento local; XXIV - Fortalecer iniciativas do
 988 Pacto pela Saúde; XXV - Permitir o intercâmbio de experiências entre os diversos
 989 municípios, visando à disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à
 990 melhoria do sistema regional de saúde; XXVI - Manifestar-se sobre todos os
 991 assuntos de sua competência. CAPÍTULO III. Organização. Art. 4º - A CIR do Rio
 992 Negro e Solimões terá a seguinte organização: I - Plenário; II - Secretaria
 993 Executiva; III - Câmara Técnica; IV - Grupos de Trabalho; Seção I. Plenário. Art. 5º -
 994 O Plenário da CIR do Rio Negro e Solimões é o fórum de pactuação, configurado
 995 por Reuniões Ordinárias e Extraordinárias, de acordo com requisitos de
 996 funcionamento estabelecidos neste Regimento. Subseção 1. Composição. Art. 6º -
 997 A composição do plenário da CIR do Rio Negro e Solimões no Amazonas será a da
 998 totalidade dos Gestores Municipais de Saúde dos municípios que integram a região
 999 de saúde, de acordo com o parágrafo Único do Artigo 1º e por Gestores e/ou
 1000 técnicos indicados pela Secretaria de Estado da Saúde. Terá assento no Colegiado
 1001 também 1 representante dos Distritos Especiais Indígena - DSEI/Secretaria
 1002 Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS, onde houver população indígena. O Sr.
 1003 **Antonio Evandro Melo** explicou que como temos população indígena de dois
 1004 DSEI's, quando a Tripartite homologar este nosso Regimento, os DSEI's terão
 1005 assento com voz e voto, tendo hoje assento com voz devido mudança do
 1006 Regimento da própria Tripartite. Art. 7º - A representação de cada membro da CIR
 1007 incluirá um titular e um suplente. § 1º - Os membros titulares e suplentes deverão
 1008 ser indicados por meio de ofício a Secretaria Executiva da CIR/AM. § 2º - No caso
 1009 de afastamento temporário ou definitivo de um dos membros titulares, o suplente
 1010 assumirá até a indicação de outro titular. Subseção II. Funcionamento. Art. 8º - A
 1011 CIR da Regional de Saúde do Rio Negro e Solimões no Amazonas, reunir-se-á,
 1012 ordinariamente conforme calendário aprovado em plenária, e/ou
 1013 extraordinariamente, por requerimento do Titular da Regional de Saúde e/ou
 1014 convocação formal de no mínimo 1/3 (um terço) dos membros titulares, e/ou por
 1015 solicitação da CIB/AM. § 1º - O Plenário definirá anualmente calendário fixo de
 1016 reuniões ordinárias, convocadas com 07 (sete) dias de antecedência; § 2º - As
 1017 reuniões ordinárias serão realizadas nas dependências da estrutura regional do
 1018 estado no município onde estiver instalado, ou em local consensuado pelos
 1019 membros da CIR; § 3º - As reuniões extraordinárias serão realizadas
 1020 preferencialmente em dependências que lhe forem destinadas com antecedência
 1021 mínima de 48 (quarenta e oito) horas. Art. 9º - As reuniões ordinárias e
 1022 extraordinárias da CIR serão realizadas com a presença, no mínimo, de metade
 1023 mais um de seus integrantes. O Sr. **Antonio Evandro Melo**, enfatizou que como
 1024 ainda não foi homologado, para efeito de quorum os DSEI's não contam, até a



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

1025 tripartite homologar. § 1º - Será contado como presença efetiva, quando o membro
 1026 da CIR estiver participando através de sistema de videoconferência, observando-se
 1027 que o mesmo deverá estar “on line” durante os momentos de deliberação dos itens
 1028 de pauta. Art. 10º - As decisões da CIR do Rio Negro e Solimões, observado o
 1029 quórum estabelecido, serão tomadas por consenso. § 1º - As recomendações e
 1030 deliberações serão identificadas pelo seu tipo e numeradas correlativamente; § 2º -
 1031 Quando não for possível estabelecer consenso sobre temas que exijam
 1032 deliberação e que não tenham interface com as outras regiões de saúde, quando
 1033 esgotadas as possibilidades de consenso, a questão deverá ser remetida à
 1034 CIB/AM, para apreciação e deliberação. Art. 11º - A coordenação da CIR será
 1035 exercida pelo Titular da Regional de Saúde definido pelo estado e funcionará em
 1036 sistema de cogestão com os municípios. § 1º - O Coordenador terá as seguintes
 1037 atribuições: I - Convocar as reuniões ordinárias de acordo com o cronograma
 1038 anual, estabelecido em comum acordo com os demais membros da CIR; II -
 1039 Convocar as reuniões extraordinárias da CIR, de acordo com o disposto neste
 1040 regimento; III - Coordenar as Reuniões Plenárias; IV - Encaminhar para efeitos de
 1041 divulgação as Análises, Recomendações e Deliberações emanadas do Plenário; V
 1042 - Supervisionar o funcionamento da Câmara Técnica e dos Grupos de Trabalho da
 1043 CIR; VI - Receber o relatório conclusivo da Câmara Técnica e dos Grupos de
 1044 Trabalho, providenciando a remessa de cópias para ciência dos membros do
 1045 Plenário da CIR; VII - Enviar em tempo hábil ao coordenador da Câmara Técnica, a
 1046 pauta da Ordem do Dia e os documentos pertinentes, bem como ao coordenador
 1047 dos Grupos de Trabalhos, os assuntos a serem elaborados; VIII - Enviar cópia das
 1048 atas das reuniões a todos os integrantes da CIR; IX - Assinar correspondências
 1049 dirigidas aos integrantes da CIR, às autoridades do SUS e aos dirigentes de órgãos
 1050 públicos e privados, naquilo que se refere à finalidade e competências e for
 1051 aprovado pelo Plenário. § 2º - O Coordenador será substituído em caso de
 1052 ausência pelo Vice-coordenador; § 3º - Na ausência dos membros citados, o
 1053 Plenário fará a indicação, entre seus membros, de um substituto para coordenação
 1054 da reunião. Art. 12º - Cabe ao Coordenador à prerrogativa de deliberar em casos
 1055 de extrema urgência “Ad Referendum” do Plenário, mediante prévia consulta aos
 1056 demais membros da CIR efetuado por ofício ou meio eletrônico, submetendo o seu
 1057 ato à ratificação deste na reunião subsequente. Art. 13º - A pauta da reunião
 1058 ordinária constará de: a) Discussão e aprovação da ata da reunião anterior; b)
 1059 Informes dos integrantes do Colegiado e apresentação de temas relevantes para o
 1060 conhecimento da plenária; c) Ordem do dia constando dos temas previamente
 1061 definidos e preparados; d) Deliberações e recomendações; e) Definição da pauta
 1062 da reunião seguinte construída de forma conjunta; f) Encerramento. § 1º - Os
 1063 informes e apresentação de temas não comportam discussão e votação, somente
 1064 breves esclarecimentos. Os membros que desejarem apresentar informes devem
 1065 inscrever-se logo após a leitura e aprovação da ata anterior; § 2º - Para
 1066 apresentação do seu informe cada integrante do Colegiado inscrito disporá de 5
 1067 (cinco) minutos improrrogáveis. Em caso de polêmica ou necessidade de



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

1068 deliberação, o assunto deverá passar a constar da ordem do dia da reunião ou ser
 1069 pautado para a próxima reunião, sempre a critério do Plenário; § 3º - A definição da
 1070 ordem do dia será efetuada sempre de forma conjunta a partir da relação de temas
 1071 indicados pela Câmara Técnica e Grupos de Trabalho ou propostos pelos
 1072 integrantes da CIR ou por demanda da CIB/AM ao final de cada Reunião Ordinária
 1073 e; § 4º - Excepcionalmente poderão ser incluídos temas para discussão na ordem
 1074 do dia não previstos nos termos do parágrafo anterior, desde que haja consenso
 1075 entre os membros da CIR. Art. 14º - As Reuniões da CIR terão as seguintes rotinas
 1076 para ordenamento de seus trabalhos: I - As matérias pautadas, após o processo de
 1077 exame preparatório pela Câmara Técnica serão apresentadas preferencialmente
 1078 por escrito, destacando-se os pontos essenciais, seguindo-se a discussão; II - O
 1079 consenso deve ser aferido mediante manifestação expressa de cada integrante da
 1080 CIR. Art. 15º - Das reuniões da CIR do Rio Negro e Solimões I - Relação dos
 1081 participantes seguida do nome de cada membro com a menção da titularidade
 1082 (titular ou suplente) e do órgão ou entidade que representa; II - Resumo de cada
 1083 informe, onde conste de forma sucinta o nome do integrante do Colegiado e o
 1084 assunto ou sugestão apresentada; III - Relação dos temas abordados na ordem do
 1085 dia com indicação do(s) responsável(is) pela apresentação e a inclusão de
 1086 alguma observação quando expressamente solicitada por integrante do Colegiado;
 1087 IV - As deliberações e recomendações tomadas, inclusive quanto à aprovação da
 1088 ata da reunião anterior e os temas a serem incluídos na pauta da reunião seguinte.
 1089 § 1º - O teor integral das matérias tratadas nas reuniões da CIR deverá ficar
 1090 arquivada junto à estrutura regional de saúde do estado e disponíveis para consulta
 1091 da CIR, incluindo-se os documentos apresentados; § 2º - A elaboração das atas
 1092 deverá ser de responsabilidade da Secretaria Executiva da CIR. Art. 16º - Os
 1093 pleitos de consenso da CIR serão encaminhados pela Secretaria Executiva da CIR
 1094 à CIB/AM quando se referirem a questões regionais. Art. 17º - As questões que
 1095 demandarem pactuações entre distintas regiões de saúde deverão ser
 1096 encaminhadas à CIB/AM. Art. 18º - A CIR poderá organizar mesas-redondas,
 1097 oficinas de trabalho e outros eventos visando subsidiar o exercício das suas
 1098 competências. Subseção III. Atribuições dos Representantes da Comissão. Art. 19º
 1099 - Aos integrantes da CIR incumbe: I – Zelar pelo pleno e total desenvolvimento das
 1100 atribuições da CIR; II - Estudar e relatar matérias que lhes forem distribuídas,
 1101 podendo valer-se de assessoramento técnico e administrativo; III - Apreciar e
 1102 deliberar sobre matérias submetidas para consenso; IV - Apresentar proposições
 1103 sobre assuntos de interesse da saúde; V - Requerer apreciação e consenso de
 1104 matéria em regime de urgência; VI - Representá-la quando designado pelo Plenário
 1105 ou por seu coordenador; VII - Desempenhar outras atividades necessárias ao
 1106 cumprimento do seu papel e ao funcionamento. Art. 20º - Aos integrantes da CIR é
 1107 vedado: I - Alterar ou deturpar o teor de documentos que deva encaminhar para
 1108 providências; II - Realizar atividade de natureza político-partidária nos locais de
 1109 reunião, ou utilizar o nome da CIR para os mesmos fins; III - Dar curso a notícias
 1110 falsas ou alarmantes que envolvam o nome do CIR. Seção II. Secretaria Executiva



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

1111 Art. 21º - A Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Regional CIR,
 1112 compete: I - Receber, analisar e dar encaminhamento às correspondências
 1113 dirigidas ao Coordenador, e demais membros titulares da CIR; II - Providenciar a
 1114 convocação das reuniões e a divulgação das respectivas pautas; III - Organizar e
 1115 secretariar as reuniões da CIR; IV - Providenciar os encaminhamentos
 1116 administrativos decorrentes das reuniões da CIR; V - Propiciar o apoio
 1117 administrativo necessário ao funcionamento da Câmara Técnica e dos Grupos de
 1118 Trabalho; VI - Receber os documentos enviados pelos municípios e proceder ao
 1119 encaminhamento para análise das Câmaras Técnicas e apreciação e aprovação do
 1120 plenário da CIR, bem como garantindo a sua guarda e arquivamento adequado; VII
 1121 - Assessorar o Coordenador da CIR; VIII - Acompanhar as reuniões da Câmara
 1122 Técnica e Grupos de Trabalho; IX - Articular-se com os setores envolvidos quanto
 1123 às proposições em questão, cabendo-lhe convocar representantes quando
 1124 necessário. Seção II. Câmara Técnica. Art. 22º - A CIR contará com uma Câmara
 1125 Técnica, de caráter permanente, que subsidiará as discussões da Plenária. § 1º
 1126 Compete a Câmara Técnica preparar previamente os temas da pauta da ordem do
 1127 dia, com documentos e informações disponíveis, inclusive destaques aos pontos
 1128 recomendados para deliberação, a serem distribuídos pelo menos uma semana
 1129 antes da reunião, sem o que, salvo a critério da Plenária, não poderá ser objeto de
 1130 deliberação; § 2º A Câmara Técnica será formada por representantes do Estado e
 1131 por no mínimo 2 (dois) representantes dos municípios que compõe a CIR; § 3º A
 1132 Câmara Técnica reunir-se-á antes da reunião da CIR para analisar os pleitos
 1133 apresentados e os temas da reunião e preparar subsídios técnicos para a decisão
 1134 da comissão sobre os temas da pauta, inclusive aqueles produzidos pelos Grupos
 1135 de Trabalho; § 4º O Titular da Regional de Saúde designado pelo estado indicará o
 1136 membro coordenador da Câmara Técnica. Seção IV. Grupos de Trabalho Art. 23º -
 1137 A CIR poderá criar Grupos de Trabalho permanentes ou transitórios, com a
 1138 finalidade de efetuar estudos técnicos sobre políticas e programas de interesse
 1139 para a saúde, cujos produtos irão colaborar e subsidiar as decisões do Plenário da
 1140 CIR. Parágrafo Único - Em função das suas finalidades, os Grupos de Trabalho
 1141 têm como clientela exclusiva o Plenário da CIR que lhes encomenda objetivos,
 1142 planos de trabalho e produtos e que poderá delegar-lhes a faculdade para trabalhar
 1143 com outras entidades. Art. 24º - Os Grupos de Trabalho serão constituídos por
 1144 técnicos indicados pelos entes integrantes da Comissão. Parágrafo Único - Os
 1145 Grupos de Trabalho serão dirigidos por um Coordenador designado pelo Plenário
 1146 do Colegiado e deverão contar com no máximo de 6 (seis) membros efetivos; Art.
 1147 25º - A constituição e funcionamento de cada Grupo de Trabalho serão
 1148 estabelecidos em Deliberação específica e deverá estar embasada na explicitação
 1149 de suas finalidades, objetivos, produtos, prazos e demais aspectos que
 1150 identifiquem claramente a sua natureza. Parágrafo único - Os locais de reunião
 1151 dos Grupos de Trabalho serão escolhidos segundo critérios Art. 26º - Aos
 1152 coordenadores dos Grupos de Trabalho incumbe: I - Coordenar os trabalhos; II -
 1153 Promover as condições necessárias para que o Grupo de Trabalho atinja a sua



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

1154 finalidade, incluindo a articulação com os órgãos e entidades geradores de
 1155 estudos, propostas, normas e tecnologias; III - Designar secretário “ad hoc” para
 1156 cada reunião; IV - Apresentar relatório conclusivo sobre matéria submetida a
 1157 estudo à Câmara Técnica, para posterior encaminhamento ao Plenário da CIR; V -
 1158 Assinar as atas das reuniões e as recomendações elaboradas pelo Grupo de
 1159 Trabalho. Art. 27º - Aos membros dos Grupos de Trabalho incumbe: I - Realizar
 1160 estudos, apresentar proposições, apreciar e relatar as matérias que lhes forem
 1161 distribuídas; II - Requerer esclarecimentos que lhes forem úteis para melhor
 1162 apreciação da matéria; Parágrafo Único: Após 3 (três) faltas consecutivas nas
 1163 reuniões sem justificativa antecipada de 5 (cinco) dias úteis ocorrerá substituição
 1164 imediata na próxima reunião do Colegiado. Art. 28º - Os Grupos de Trabalho
 1165 poderão convidar pessoas ou representantes de órgãos públicos, empresas
 1166 privadas, sindicatos ou entidades civis para comparecer às Reuniões e prestar
 1167 esclarecimentos, desde que aprovado pela Plenária. CAPÍTULO IV. Disposições
 1168 Gerais. Art. 29º - As decisões da Comissão Intergestores Regional que versarem
 1169 sobre matéria de competência do Conselho Estadual/Municipal de Saúde deverão
 1170 ser submetidas à apreciação do mesmo. § 1º - As decisões relativas à
 1171 operacionalização do Sistema Único de Saúde no nível regional, serão
 1172 consensuadas na CIR e encaminhadas para ciência do Conselho de Saúde
 1173 Municipal; § 2º - As decisões que tratarem das questões de elaboração e condução
 1174 das Políticas de Saúde no âmbito regional deverão obrigatoriamente ser analisadas
 1175 e aprovadas no Conselho de Saúde respectivo. Art. 30º - As decisões pactuadas
 1176 na Comissão Intergestores Regional serão formalizadas em ato próprio do gestor
 1177 respectivo. Art. 31º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do
 1178 presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Plenário da CIR. Art. 32º - O
 1179 presente Regimento Interno entrará em vigor na data da sua publicação, só
 1180 podendo ser modificado por quórum qualificado de 2/3 (dois terços) de seus
 1181 membros. Parágrafo Único: As propostas de alteração parcial ou total deste
 1182 regimento interno deverão ser apreciadas em reunião extraordinária, convocada
 1183 por escrito e especificamente para este fim, com antecedência mínima de 15
 1184 (quinze) dias devendo ser aprovadas por maioria qualificada. Art. 33º - Ficam
 1185 revogadas as disposições em contrário. Manaus (AM), 10 de julho de 2012.
 1186 Aprovado por consenso do o colegiado. **ITEM VI - Proposta de Calendário Oficial**
 1187 **Reuniões Ordinárias.** O representante da Secretaria de Saúde do Estado o Sr.
 1188 **Antonio Evandro Melo de Oliveira** informou que antes de colocar a proposta do
 1189 calendário, a maioria das nossas CIR's tem como proposta de calendário uma
 1190 reunião mensal, colocou que está encontrando dificuldade de manter uma reunião
 1191 mensal nos municípios, agora mesmo fomos a Tabatinga para reunião da CIR do
 1192 Alto Solimões e não teve quórum, e todos nós sabemos que nesse segundo
 1193 semestre, tem as questões da eleição, todos tem dificuldade de saírem de seus
 1194 municípios, e sugeriu que a reunião seja bimestral, na primeira semana do mês,
 1195 para que as decisões da CIR, entre na da pauta da CIB, para não perder tempo, e
 1196 se tiver alguma coisa extraordinária, o coordenador fará um *Ad referendum* para



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

1197 se aprovar na próxima reunião, e diz solicita que o colegiado se manifeste sobre a
1198 questão do calendário para que possam ser consensuado. Os membros discutem e
1199 decidem por consenso que as reuniões serão bimestrais, na primeira terça feira do
1200 mês. Portanto, a próxima reunião será na primeira terça-feira de Setembro
1201 (04/09/2012) às 14h (quatorze horas) em Manacapuru. Aprovado e consensuado
1202 pelo colegiado. Em seguida, abre espaço para os secretários escolherem o vice-
1203 coordenador; ressaltando que já tem duas propostas de indicação a do secretário
1204 de Coari e do Secretário de Anori, para que o secretário de Manacapuru seja o
1205 vice-coordenador, e pergunta se há consenso quanto à indicação, ou se há outra
1206 indicação. Aprovado por consenso. A reunião foi encerrada às doze horas. Esteve
1207 presente o representante do Estado **Sr. Antonio Evandro Melo de Oliveira**, A
1208 coordenadora **Luciane T. Paz da Silva** e os membros **Ricardo Bezerra de**
1209 **Freitas, Oswaldo Palhares, Maria Rita Pantoja Batista, Francione de Oliveira**
1210 **Videira, Freudman Oliveira Edwards, Dário Vicente da Silva**, o Sr. **Domingos**
1211 **Mariano Santana Neto, Adarcyline Magalhães, Narciso Cardoso Barbosa, e**
1212 **Felizardo Francisco de Almeida Monteiro**. A presente ATA foi elaborada e
1213 digitada e revisada pela Coordenadora da CIR do Rio Negro e Solimões,- **Luciane**
1214 **T. Paz da Silva** que será arquivada para fins documentais, após ser submetida à
1215 apreciação da CIR/Regional do Rio Negro e Solimões, Auditório do Evanstour Hotel
1216 e Turismo, em Manacapuru, 10 de julho de 2012.