



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Ata da 22ª Reunião (15ª Ordinária) para
Apreciação e Pactuações e cogestão solidária
quanto aos aspectos operacionais e
administrativos entre os Gestores Municipais de
Saúde da Regional do Entorno de Manaus e o
Estado.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL ENTORNO DE MANAUS -
CIR/ENMAO/AM

(17.11.2014 - 14h00min)

1 **ABERTURA** – No décimo sétimo dia do mês de novembro de dois mil e
2 quatorze, às quatorze horas no Auditório Maria Eglantina Nunes Rondon (Av.
3 André Araújo, nº 701 – Aleixo). O **Coordenador** da CIR/ENMAO/AM, o **Sr.**
4 **Cláudio Pontes Ferreira** cumprimentou a todos os presentes e iniciou a
5 Reunião da CIR ENTORNO DE MANAUS, convidando os 06 (seis) Secretários
6 mais o DSEI MANAUS para compor a mesa. Estamos aqui para a 22ª (Vigésima
7 Segunda) Reunião e 15ª (Décima Quinta) Ordinária da Comissão Intergestores
8 Regional do Entorno de Manaus. Deseja boas vindas a todos, inclusive à **Dra.**
9 **Luiza** e a **Sra. Nara** - Apoiadora do Ministério. A primeira pauta que nós temos é
10 para apreciação da 18ª, 19ª, 20ª e 21ª Atas e pergunta se alguém tem algo a
11 acrescentar. **Consensuado por Colegiado**. E passa a apresentar a nova
12 **Secretária Executiva** da CIR/ENMAO/AM a **Sra. Mary Anne Araújo Delgado**
13 aos Secretários e pergunta se ela conhece a todos, diante de uma negativa,
14 passa a apresentar a **Sra. Marcilene** do município de Manaquiri, a **Sra. Gigellis**
15 que está representando Nova Olinda do Norte, o **Sr. Adail Careiro** da Várzea, a
16 **Sra. Marivone** de Presidente Figueiredo, o **Sr. Ozias** Rio Preto da Eva, e a **Sra.**
17 **Paula** Representante do DSEI MANAUS. Então a pauta de nº 1, 2, 3, 4 e 5 a
18 apreciação das atas que já está consensuado, os processos 6, 7, 8, 9 e 10 são
19 Projetos de Credenciamentos das Equipes de Saúde da Família, só não consta
20 o município de Nova Olinda do Norte, na verdade tem o *Ad Referendum* faltando
21 apenas consensuar. Esse processo de construção será lida brevemente a Nota
22 Técnica porque como é do conhecimento de todos ela não precisa ser mais
23 ratificada pela **CIB** (Comissão Intergestores Bipatite) e nem pela **CIR** (Comissão
24 Intergestores Regional do Entorno de Manaus) apenas o processo que foi
25 protocolado na **SUSAM** (Secretaria de Estado da Saúde) precisa ser inserido na
26 Ordem de Início de Serviço juntamente com a Ordem de Serviço no sistema
27 **SISMOB** (Sistema de Monitoramento de Obras) todos tem que ter conhecimento
28 que as propostas habilitadas depois de 2009 deverão ser feitas pelo **FNS** (Fundo
29 Nacional de Saúde) e após 2009 tem que ser feito pelo **SISMOB** que é o
30 Sistema de Monitoramento de Obras do Governo Federal. Envia-se a Ordem de
31 Início de Serviço para conhecimento da **CIB** ou da **CIR** e depois esse mesmo
32 protocolo deverá ser anexado junto com a Ordem de Início de Serviço e a obra
33 tem que estar sendo monitorada constantemente de 15 em 15 dias e tem que
34 estar fotografando e monitorando o sistema, porque senão isso implica no



35 repasse financeiro, inclusive isso pode atrasar o pagamento das outras obras
36 que estão sendo monitoradas, então se você tem 05 (cinco) obras, você
37 monitorou 4 (quatro) e esqueceu 01 (uma), devido essa 01 (uma) que você
38 esqueceu vão ficar pendentes as outras. O **Sr. Ozias da Silva Batista**
39 (Secretário Municipal de Saúde de Rio Preto da Eva) explicou aos membros que
40 no caso do Rio Preto da Eva existe uma obra que está em reforma e que
41 segundo o construtor o recurso não vai dar o suficiente para a conclusão da
42 reforma, foi um objeto de reforma, mas na realidade foi praticamente uma
43 construção porque quando ele começou a mexer na obra algumas paredes não
44 aguentaram e tivemos que demolir tudo, então estamos junto ao Conselho
45 Municipal do município do Rio Preto da Eva trabalhando uma nova planilha com
46 aplicação do recurso e a verificação de aplicação que não estava constando no
47 contrato, nesse caso temos que mandar para a **CIB**? Indaga ao **Sr.**
48 **Coordenador** que responde dizendo que nesse caso o Governo Federal deixa
49 bem claro “reforma, ampliação e construção” assim tem de ser feita uma planilha
50 a parte e tem de ser puxado por recurso próprio, pois hoje não tem como aditivar
51 mais, o que pode ser feito é concluir a obra como “reforma” mesmo e aguardar
52 novamente o sistema abrir, como provavelmente deve abrir em 2015 e nem sei
53 se vai abrir novamente e solicitar a “ampliação”. E o membro **Sr. Ozias da Silva**
54 **Batista** informa que não vai concluir a obra, diante do que o **Sr. Coordenador**
55 afirma que então tem que ser feito com recurso próprio, porque o Governo
56 Federal infelizmente está fechado aquele valor, ainda foi aberto no início desse
57 ano (2014) para readequação e até o município de Manaquiri foi contemplado
58 com isso, mas o sistema já está fechado. O **Sr. Coordenador** pergunta a **Sra.**
59 **Nara Koide** (Apoiadora do Ministério da Saúde/Articulação Interfederativa) se
60 ela tem alguma informação quanto a se no ano de 2015 abrirá o **REQUALIFICA**
61 (Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde) novamente? A
62 Membro **Sra. Nara Koide** passa a responder que apartir do mês de março é
63 quando se inicia a abertura dos sistemas. Então o **Sr. Coordenador** passa a
64 fazer a leitura dos processos e relata que temos aqui de Nova Olinda do Norte,
65 Presidente Figueiredo e temos de Manaus também, são várias situações de
66 Ordem de Início de Serviços e eu não vou ler cada um para que não nos
67 prolonguemos muito, mas vamos pegar um exemplo de Manaus que
68 encaminhou para o **Dr. Wilson Alecrim**, protocolou juntamente com a Ordem de
69 Serviço assinada pelo Prefeito do Município de Manaus e pelo Engenheiro,
70 então é só anexar no sistema junto com o protocolo e assim estará pronto e isso
71 é o bastante e monitorar a obra como foi falado anteriormente. A Membro **Sra.**
72 **Marivone Nunes Barroso** (Secretária Municipal de Saúde de Presidente
73 Figueiredo) ressalta que geralmente eles colocam no sistema em forma de
74 diligência solicitando as fotos de acordo com o andamento da obra. **ITEM I – O**
75 **Sr. Coordenador** se refere ao outro projeto que nós temos que é de Nova
76 Olinda do Norte e se trata de um projeto de Credenciamento, eu vou ler apenas
77 uma que será válido para os demais e foi feito pela área técnica do **DABE**
78 (Departamento de Atenção Básica e Estratégia) na pessoa da **Sra. Maristela**
79 **Olazar Serejo Duarte Alecrim**, com relação ao Parecer Técnico do **Processo**
80 **nº 17101.028013/2014**, que trata do credenciamento de 01 (uma) Equipe de



81 Saúde da Família com Saúde Bucal modalidade I no município de Nova Olinda
82 do Norte/AM e considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de
83 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a
84 revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a
85 Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de
86 Saúde (PACS); considerando que o referido Projeto está em consonância com a
87 legislação vigente e atende as exigências da referida Portaria e que teve a
88 aprovação unânime pelo Conselho Municipal de Saúde local; considerando a
89 Portaria nº 2.355/GM/MS, de 10 de outubro de 2013, que define novo cálculo de
90 teto para Equipes de Saúde da Família; considerando que o município apresenta
91 disponibilidade de teto para o credenciamento de mais Equipes de Estratégia
92 Saúde da Família, e apresenta aqui um Teto de 16 (dezesesseis) tendo
93 Credenciadas 10 (dez) e Implantadas 05 (cinco), e Saúde Bucal com um Teto de
94 16 (dezesesseis), Credenciadas 07 (sete) e Implantadas 04 (quatro). Esta Área
95 Técnica se manifesta de forma favorável ao credenciamento de 01 (uma) Equipe
96 de Saúde da Família com Saúde Bucal modalidade I no município de Nova
97 Olinda do Norte/AM, e são mais 02 (dois) Projetos que eles tem de Equipes a
98 saber os seguintes **Processos nº 17101.028014/2014** e **17101.028015/2014**.
99 Após a leitura o **Sr. Coordenador** questiona se há alguma objeção, em nada
100 havendo. Consensuado por Colegiado. **ITEM II – Processo nº**
101 **17101.034420/2014** de Ordem de Início de Serviço da Unidade Básica de Saúde
102 – Porte I do município de Manaquiri. Consensuado por Colegiado. **ITEM III –**
103 **Processo nº 17101.036754/2014** de Credenciamento de 04 (quatro) Equipes de
104 Saúde Bucal Ribeirinha Modalidade I do município de Iranduba. Consensuado
105 por Colegiado.

106 **INFORMES**

107 Então alguns processos de Ordem de Início de Serviços todos são da SEMSA
108 MANAUS que estão aqui nos Informes, são as Ordens de Serviços nºs 01, 02,
109 03, 04, 05, 06 e 07 – **Processo nº 17101.035564/2014**, Ordens de Serviços nºs
110 08 e 09 – **Processo nº 17101.036451/2014** e a Ordem de Serviço nº 10 –
111 **Processo nº 17101.036937/2014**, em todos foram anexadas as Notas Técnicas
112 e existe uma Ordem de Início assinada pelo Engenheiro e pelo Prefeito e só é
113 inserir no sistema e monitorar a obra. Quanto aos processos de credenciamento
114 do município de Nova Olinda do Norte/AM o **Sr. Coordenador** pergunta a todos
115 se alguém tem alguma colocação ou comentário, e volta a afirmar que estão
116 consensuados. O **Sr. Coordenador** cita um pequeno imbróglio, mas que voltará
117 a se organizar e resume que sobre os processos a maioria se tratava de
118 credenciamento do município de Nova Olinda do Norte/AM de Estratégia de
119 Saúde da Família e as Ordens de Início de Serviço da Prefeitura de Manaus.
120 Teremos agora uma pauta com a **FIOCRUZ** com a **Dra. Luiza**, mas antes disso
121 vamos colocar e abrir os informes para todos os membros aqui reunidos. Sobre
122 o **RAG** (Relatório Anual de Gestão) 2013 temos municípios pendentes aqui da
123 Regional do Entorno de Manaus são eles: Barcelos, Careiro Castanho, Iranduba,
124 Manaquiri, Rio Preto da Eva, Santa Izabel do Rio Negro e São Gabriel da



125 Cachoeira estão pendentes. Não se esqueçam que é aprovado no Conselho e
126 em seguida tem que ser enviado aqui para o conhecimento do Conselho
127 Estadual ou para a própria **CIB** (Comissão Intergestores Bipartite) na pessoa da
128 **Sra. Sandra** para que ela dê baixa nos arquivos dela. Planos Municipais de
129 Saúde vigência 2014-2017, os pendentes são os seguintes: Autazes, Barcelos,
130 Careiro da Várzea, Manaquiri, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da
131 Cachoeira. Programação Anual de Saúde 2014, os pendentes são os seguintes:
132 Barcelos, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Manaquiri, Santa Isabel do Rio
133 Negro e São Gabriel da Cachoeira. Temos também informes sobre a Situação
134 de Entrega por Município no **SIOPS** (Sistema de Informações sobre Orçamentos
135 Públicos em Saúde) o qual vou passar uma cópia para cada um dos membros
136 vejam e não esqueçam que isto se trata de leis e de obrigações que se
137 encontram na Lei nº 141 principalmente, então por favor precisa ser cumprido,
138 agilizem os processos, apesar de estar terminando o ano de 2014 ainda há
139 tempo para que encaminhem para o Conselho, caso tenham as metas fechadas,
140 é só encaminhar para o Conselho para que possamos cumprir com essa
141 obrigatoriedade da Lei nº 141. O **Sr. Coordenador** passa a palavra para a
142 membro **Sra. Nara Koide** e ressalta que só para complementar lembra a todos
143 que a aprovação do **RAG** tem que ser feita pelo Conselho Municipal de Saúde e
144 todos devem enviar dentro do sistema que apresenta uma opção que será
145 enviada para o Conselho que por sua vez fará a aprovação também via sistema.
146 E lembrar que os órgãos de controle estão monitorando, tanto o **TCU** (Tribunal
147 de Contas da União) quanto a **CGU** (Controladoria Geral da União) estão
148 monitorando os Estados ambos tem um *link* de acesso aos municípios que estão
149 com pendências e quando o município está com pendência de algum
150 instrumento de planejamento ele já fica logo na linha de alvo de uma auditoria,
151 porque os instrumentos de planejamento são requisitos para o repasse de
152 recursos, então se o município está sem o plano, ou a programação ou o
153 relatório de gestão, o município encontra-se irregular no recebimento dos
154 recursos do Fundo Nacional, assim para evitar isto temos que tomar
155 providências, sabemos que a gestão é carregada de atribuições, mas isto é uma
156 prioridade. Porque quem nos financia, no caso é o Ministério da Saúde e ele tem
157 essa regra de ter os instrumentos de planejamento como requisito, então
158 precisamos cumprir para que o órgão de controle não venha a fazer uma
159 auditoria e depois o município ficar em uma situação difícil e caso precisem de
160 ajuda o **COSEMS** (Conselho de Secretários Municipais de Saúde), o **DEPLAN**
161 (Departamento de Planejamento-SUSAM) assim também a **Sra. Nara Koide** se
162 colocou a disposição de todos. O **Sr. Coordenador** frisou que o **DEPLAN**
163 encaminhou um modelo padrão e quanto às dúvidas temos a **Sra. Nara Koide**
164 que é uma apoiadora do Ministério, o **DABE** e o **COSEMS** disponíveis. Antes da
165 fala da Dra. Luisa gostaria de informar que o **Vice-Coordenador da Regional**
166 **Sr. Karan** saiu, não é mais Secretário devido a cassação do Prefeito, então nós
167 temos de fazer a eleição de um novo Vice-Coordenador, quanto a indecisão do
168 Colegiado naquele momento, ele ressalta que este assunto é de
169 responsabilidade dos Secretários e seus devidos Representantes para que
170 fiquem em aberto. O **Sr. Coordenador** explica que o papel do Vice-Coordenador



171 é que na ausência do Coordenador ele vai dirimir alguns assuntos da **CIR**, e
172 volta a perguntar se eles (os Secretários) querem decidir depois ou agora
173 deixando-os livres para conversar e fala que tem 02 (dois) municípios bons
174 disputando, mais uma vez diz que fica aberto para quem quiser conversar fora
175 da mesa ou reunir-se entre eles, **Sr. Adail**, **Sra. Marcilene** e **Sra. Gigellis**
176 fiquem à vontade para fazer indicações dos municípios, em seguida foram
177 unânimes em escolher o nome da **Sra. Marcilene Martins Rodrigues**
178 (Secretária de Municipal de Saúde de Manaquiri) como **Vice Coordenadora da**
179 **CIR/ENMAO/AM**, e dá as boas-vindas à nova Vice Coordenadora.
180 **Consensuado por Colegiado**. Na ausência dos 02 (dois) Coordenador e Vice
181 Coordenador fica como Representante o município de Manaus. Questiona se
182 alguém tem algum informe antes que passe a palavra para a Dra. Luisa, alguma
183 pauta para a próxima reunião ou algum questionamento, não havendo nenhuma
184 manifestação passa a palavra para a **Sra. Paula Francinete Azevedo** que
185 informa ser Apoiadora do DSEI/MANAUS e justifica a ausência da
186 Coordenadora, destacando que a Coordenadora é quem de fato estaria a
187 compor a mesa, mas que ela como Apoiadora estava apenas representando-a, e
188 gostaria que entrasse na próxima pauta uma questão sobre a Saúde Indígena
189 na questão de vacinação, acho que é um ponto muito importante, na sequência
190 o **Sr. Coordenador** pede que a **Sra. Paula Francinete Azevedo** mande esse
191 informe via e-mail para o endereço que ele irá passar para ela no final, que será
192 incluído na próxima pauta. E questiona mais uma vez se alguém tem alguma
193 pauta a sugerir, salienta que para a composição das pautas podem ser incluídas
194 pessoas de fora como a Regulação, Deplan ou o próprio Ministério, também a
195 Equipe do Mais Médicos, enfim a pauta fica em aberto para que todos possam
196 enviar por e-mail e entraremos em contato com as pessoas que for indicada e
197 ficamos à disposição. O **Sr. Ozias da Silva Batista** (Secretário de Saúde do Rio
198 Preto da Eva) diz que não sabe se é bem uma pauta, mas queria ver com o
199 pessoal do Mais Médicos, pois no Rio Preto da Eva os médicos estão de férias e
200 nós ficamos à mercê deles voltarem ou os perdemos caso não queiram retornar,
201 nesse caso como fica essa questão, porque a comunidade perguntou e então
202 respondi que eles estão de férias, viajaram para Cuba e pode ser que não
203 queiram voltar. O **Sr. Coordenador** friza que o **Sr. Ricardo** tem uma fala e vai
204 aproveitar para responder o questionamento do **Sr. Ozias**. O **Sr. Ricardo**
205 ressalta que está hoje na qualidade de Representante do Ministério da Saúde da
206 SEGEX como apoio estadual e destaca que em relação ao **CNES** (Cadastro
207 Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) estão ocorrendo dificuldades, não
208 cadastram os Médicos nas Equipes de Estratégia de Saúde da Família, assim
209 pedimos aos municípios, aproveitando esta reunião do colegiado para estar
210 reforçando e que todos possam monitorar junto ao Departamento de Sistema de
211 Informação para que esses médicos sejam incluídos nas Equipes de Estratégia
212 de Saúde da Família a fim de que não corram o risco de ter o recurso bloqueado
213 das equipes em relação ao não cadastramento do profissional. Outra coisa é a
214 produção no **e-SUS** (Portal da Saúde) dos médicos também, então em todas
215 estas situações o Ministério da Saúde no último semestre tem dado uma
216 apertada em relação ao corte de recursos e a não alimentação do sistema de



217 informação, temos nota técnica, portarias falando sobre isso e está sendo
218 cobrada esta questão, incluímos também o **PMAQ** (Programa Nacional de
219 Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) que não parou, pois é
220 contínuo e esperamos que os profissionais estejam utilizando com suas equipes
221 para estarem trabalhando seus indicadores para dar continuidade a este
222 trabalho. Quanto a questão do **Dr. Ozias** sobre o regresso dos médicos, creio
223 que seja muito difícil eles não voltarem, porque do primeiro ciclo dos que foram
224 todos voltaram, no segundo ciclo também dos que foram todos voltaram, exceto
225 aqueles que tiveram problemas particulares, se o médico não voltar em 30
226 (trinta) dias ele não é desligado do programa e tem até 60 (sessenta) dias para
227 voltar. Por exemplo, caso ele não volte em 30 (trinta) dias ele tem que dar uma
228 justificativa porque ele não voltou, se for por questões de cunho pessoal ele
229 volta, mas não para aquele município, pois se ele saiu do município para gozar o
230 recesso, que não se trata de férias e sim de recesso o Ministério da Saúde
231 automaticamente ele substitui este profissional, nós temos 02 (dois) exemplos
232 aqui dos municípios de Lábrea e Parintins, os médicos estão com mais de 60
233 (sessenta) dias, assim serão providenciados outros profissionais para cobrir o
234 município que não é penalizado se o médico se ausentou ou não voltou por
235 conta de algum problema de cunho pessoal ou particular, ele pode até voltar em
236 um segundo momento ao se apresentar e alegar que não teve como voltar e
237 quando o faz vem para outro município ou outro Estado, mas o município não
238 perde a vaga como tem até 60 (sessenta) dias e se com 30 (trinta) dias o médico
239 não voltou enviem um e-mail para a Comissão Estadual que é composta pelo
240 **COSEMS**, Ministério da Saúde e pela instituição supervisora que é a **SUSAM**
241 através dos tutores, com os apoiadores do **MEC** (Ministério da Educação e
242 Cultura) e também a Coordenação Estadual representada pela **Sra. Keyla**
243 **Figueira**, friza que a Comissão sempre se reúne quinzenalmente para discutir
244 algumas situações inclusive de alguns municípios que estavam deixando de
245 cumprir a questão da contrapartida municipal que vem ocasionando alguns
246 problemas, tanto que existem municípios correndo o risco de serem
247 descredenciados do programa por conta dessa situação ao sofrer notificações
248 por falta de regularização, com isso a população é que sofre. Às vezes a
249 contrapartida municipal é tão pouca que se formos colocar à bico de lápis o
250 custo-benefício é melhor o município ter 07 (sete), 08 (oito), 05 (cinco), 03 (três)
251 profissionais com o Ministério custeando, dando a bolsa do que o município não
252 ter nenhum, ou o município ter que fazer aquela manobra de alugar CRM, assim
253 o município ter um profissional efetivamente por 40 (quarenta) ou 32 (trinta e
254 duas) horas para Atenção Básica e 08 (oito) horas para fazer Especialização,
255 então isso é importante não podemos regredir, sabemos que às vezes foge da
256 responsabilidade do Secretário, embora tenhamos o Prefeito e o Secretário de
257 Finanças, mas precisamos fazer este exercício de interlocução com a gestão
258 para que não que município e estado não percam. O Membro (...) relatou que
259 está com problema desde o início com 02 (duas) médicas a Dra. Ildames e a
260 Dra. Dani que foi até embora, eles a substituíram em virtude de problemas que
261 ela teve. Quanto à Dra. Ildames ela ia para Parintins e acabou indo para
262 Manaquiri e não conseguimos credenciá-la na equipe, enviamos carta para o



263 Ministério e outros mais e continuamos sem conseguir o credenciamento. A **Sra.**
264 **Ângela Maria Matos do Nascimento** (Suplente do Secretário Municipal de
265 Saúde de Manaus) cita ao **Sr. Ricardo** que tocou no assunto de **PMAQ** e
266 pergunta qual a previsão para sair o resultado da última avaliação e se ele tem
267 alguma previsão? Alguns dos membros citaram que não há uma data prevista. O
268 **Sr. Coordenador** toma a palavra e fala em relação ao Mais Médicos que todos
269 que estiverem com problemas formalizassem igual o **Sr. Adail** fez, pois ele
270 passou quase 01 (um) ano com problemas, mas formalizem, ele tinha todos os
271 e-mails, tinha os ofícios, tinha os protocolos, então também façam isso e outra
272 coisa comuniquem tudo a Coordenação para que estejam cientes e depois
273 tentar resolver o problema que tem vários fatores envolvidos, então agora só
274 tem a pauta da **Sra. Paula**, provavelmente em dezembro não terá reunião será
275 mais um evento e aprovação do calendário de 2015, mas na 1ª (primeira)
276 reunião a partir do ano que vem (2015) já teremos uma pauta do DSEI MANAUS
277 e volta a repetir para que todos os membros sugiram pautas para que possamos
278 fortalecer a nossa CIR ENTORNO e discutir vários assuntos que temos
279 pendentes, problemas que existem entre municípios também tem que ser
280 resolvidos por aqui para que possamos chegar a um consenso. O **Sr.**
281 **Coordenador** passa a palavra agora para a **Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira**
282 (Vice Diretora de Ensino da FIOCRUZ) falar sobre um projeto de saúde intitulado
283 “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no
284 Brasil” e está sendo coordenado a nível nacional pela **Professora Dra. Ana**
285 **Luiza D’Ávila Viana** do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de
286 Medicina da Universidade de São Paulo – USP e aqui está sendo coordenado
287 pela **Dra. Luiza Garnelo** da **FIOCRUZ**. A **Dra. Luiza Garnelo** passa
288 primeiramente a cumprimentar os presentes e se apresenta dizendo que
289 trabalha na **FIOCRUZ**, mas é uma Sanitarista de longa data no Estado, é
290 amazonense e tem trabalhado sua vida inteira aqui, no nosso caso da **FIOCRUZ**
291 temos tido uma parceria bastante prolongada e colaborativa com o sistema de
292 saúde, com todas as entidades nesses processos que o Ministério da Saúde
293 tenha desencadeado de desenvolvimento de pesquisa avaliativa, nós tivemos
294 desenvolvido no **PROESP**, nós aplicamos o **PMAQ** Ciclo I e Ciclo II, eu trouxe ali
295 alguns livros e não sei se todos receberam, mandamos também para os
296 municípios, mas muitas vezes essas obras não chegam nas pessoas que estão
297 na Gerência da Atenção Básica e nem nas pessoas que estão no
298 monitoramento, então eu trouxe alguns exemplares que são nossas primeiras
299 avaliações do **PMAQ** que nós publicamos 01 (um) capítulo, assim como foi
300 publicado de vários estados nós publicamos do Amazonas que eu acho que são
301 ações muito práticas que estão relatadas das dificuldades que os municípios
302 enfrentam, porque esse processo de pesquisa avaliativa a ideia dele é que ele
303 sirva para subsidiar a melhoria do trabalho, então uma das coisas que eu penso
304 que nós poderíamos e deveríamos fazer a fim de desencadear isso para o
305 próximo planejamento de 2015 para gerar uma demanda para a **CEGeT** (Centro
306 de Estudos de Geografia do Trabalho) e para o Ministério da Saúde como um
307 todo de qualificação das pessoas, porque nós aplicamos os 02 (dois) **PMAQ** e
308 não temos resposta do 2º Ciclo ainda, mas assim é absolutamente perceptível o



309 sofrimento dos profissionais querendo fazer certas coisas e não estão
310 qualificados, a rotatividade da mão de obra é muito elevada no interior do Estado
311 pela ausência de quadro, fixo e tudo o mais, então de fato temos tido uma
312 conversa direta com a **CEGeT** em Brasília e com outras Secretarias, tem uma
313 professora que coordena nossa pós-graduação que é a **Professora Rosana** que
314 está na reunião do **UNA SUS** (Sistema Universidade Aberta do SUS) para ver se
315 geramos uma demanda de qualificação dessas equipes para melhorar os
316 processos de gestão, quer dizer muitos dos problemas que nós temos que
317 aparece nesse Capítulo I e estão citados são problemas de infra-estrutura, mas
318 nem todos, uma boa parte deles pode ser resolvido de fato por melhoria no
319 processo de gestão. Uma das dificuldades que nós achamos foi, estamos
320 abrindo esse preâmbulo porque eu acho que esse projeto que eu vou apresentar
321 ele para nós parece uma espécie de derivada dessas iniciativas de
322 monitoramento e avaliação. E uma das coisas que nós percebemos é que não
323 existe na verdade instrumentos muito claros, definidos para a gestão do plano
324 na unidade de saúde, assim não temos como responder algumas perguntas do
325 **PMAQ** como: Você tem o número de grávidas...? Você sabe dizer quantas
326 pessoas de risco...? percebemos assim que instrumentos não tem, nós não
327 temos isso. Então o **SUS** (Sistema Único de Saúde) pela história dele tem se
328 dedicado muito às macro questões, às grandes pactuações, os orçamentos, os
329 **PABs** (Programas de Atenção Básica) então possivelmente nós chegamos no
330 momento em que é chegada a hora de nos voltarmos para a gestão do micro
331 espaço, que é o espaço da unidade de saúde onde concretamente são feitas as
332 ações, então temos muitas pactuações feitas, os sistemas nacionais são
333 interessantes como o **CNES**, mas há uma grande lacuna no gerenciamento da
334 unidade de saúde onde você de fato vai gerar e analisar indicadores, então isso
335 para nós é um grande diagnóstico, não é feito monitoramento com base em
336 indicadores nas unidades de saúde, são exceções que são muito dependentes
337 da qualificação pessoal, da boa vontade da pessoa e dela saber como fazer.
338 Assim vimos que, ainda que não tenha saído o resultado oficial do Ciclo II do
339 **PMAQ**, mas a nossa experiência entre um ciclo e outro e mesmo vindo do
340 **PROESP** 2005, nós conseguimos perceber com clareza a dificuldade das
341 pessoas de gerar indicadores para orientar a tomada de decisão, reconhecer o
342 território e conseguir identificar ações de vulnerabilidade e planejar, ou seja, sair
343 daquela demanda de quem chega se queixando de doença na unidade, até
344 entendo que precisamos de pesquisa sempre para isso, identificar as
345 dificuldades e fazermos uma proposição consistente para a **CEGET** ou para o
346 Ministério da Saúde para desencadear um grande processo de
347 qualificação com vistas a este resultado do **PMAQ**. Deve acontecer uma reunião
348 na **FIOCRUZ NACIONAL** acho que ainda no mês de dezembro para que
349 façamos uma coisa sistemática e levar à proposição, mas achamos que no
350 âmbito do Estado, em reuniões do **COSEMS**, em reuniões em instâncias como
351 essa aqui e outras, nós levaríamos uma proposta para abriremos uma grande
352 frente, captar inclusive as demandas que talvez possamos não estar enxergando
353 de treinamento para os próximos anos, fazer um plano consistente de monitorar.
354 No momento estou exercendo a Vice Diretoria de Ensino da **FIOCRUZ**, cargo



355 que eu já havia exercido antes e saí e agora nessa gestão atual continuo a
356 exercê-lo. E um dos meus propósitos nessa Diretoria onde hoje eu tenho mais
357 ou menos 1 (um) ano e meio, onde tenho mais uns 3 (três) anos pela frente ou
358 menos talvez, é interiorizar os processos de capacitação temos muita oferta em
359 Manaus e a dificuldade das pessoas de virem do interior e se deslocarem para a
360 cidade é muito grande então de fato precisamos interiorizar com cursos curtos e
361 bem objetivos em cima das necessidades da unidade a fim de aprimorarmos
362 essa ideia em termos de **PMAQ**. Então porque que eu pedi participação nessa
363 reunião? Para apresentar esse projeto aqui e saber se vocês aceitariam dar um
364 Termo de Anuência para nós podermos passar no Comitê de Ética todos sabem
365 que só é possível desenvolver um processo se houver passagem pelo Comitê
366 de Ética e em um primeiro momento o que precisamos e vocês vão ver que o
367 projeto ainda está em construção e isso que estamos apresentando aqui trata-se
368 de um projeto bem mais completo, eu mandei para a Coordenação dessa **CIR** o
369 projeto como um todo e essa apresentação ainda tem muitas coisas em branco
370 que estamos construindo e sistematizando para depois poder passar, agora vou
371 falar rapidamente do projeto. Esse projeto chama-se " Política, Planejamento e
372 Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil", a Professora Ana
373 Luiza D'Ávila é Professora da USP, mas nem por ser da USP ela desconhece a
374 Amazônia, ela coordenou todos os grandes projetos que lidavam com a questão
375 de Política e Gestão de Saúde na Amazônia, ela é Coordenadora Nacional, esse
376 projeto é muito cêntrico veremos um mapa de todos os estados em que ele vai
377 atuar e no caso do Amazonas o ponto focal somos nós a **FIOCRUZ do**
378 **Amazonas** que vamos fazer a Coordenação no Estado do Amazonas. Nosso
379 estado é tão grande que sempre somente aceitamos fazer coordenação do
380 nosso e eles sempre querem que façamos da Amazônia e nunca aceitamos por
381 sabermos que não vamos dar conta e muitas vezes fica sem fazer por falta de
382 capacidade instalada nas instituições de pesquisa. Então essa é uma reunião
383 que tivemos aqui e teremos uma outra apresentação, mas essa para mim no
384 conjunto é melhor. Isso aqui era a equipe que nós tínhamos em um primeiro
385 momento, essa equipe conforme eu mandei para a Regional do Entorno uma
386 série de respostas, essa equipe cresceu bastante, porque nós estamos tentando
387 na **FIOCRUZ** o seguinte: sempre as pesquisas da **FIOCRUZ** elas são coladas na
388 necessidade de serviço, a **FIOCRUZ** é uma instituição que se constitui
389 particularmente do grupo da saúde coletiva como uma instituição que faz
390 pesquisa para subsidiar e aprimorar o funcionamento do SUS, assim nossas
391 pesquisas elas são sempre muito aplicadas e no caso do ensino estamos
392 tentando conjugar a geração de conhecimento sobre a realidade local, qualquer
393 um de vocês pode abrir "publicações sobre Manaus, sobre o Amazonas, sobre
394 município X, Y, Z do interior" pouquíssimas, ou seja, são poucas pessoas
395 investigando e produzindo conhecimento sobre aquela realidade para subsidiar
396 a tomada de decisão. Então temos tentado, temos feito esforços para unir
397 nossas ações de ensino que nós trabalhamos somente com pós-graduação,
398 **FIOCRUZ** não trabalha com Graduação para que nós possamos gerar
399 conhecimento, estou dizendo isso porque essa equipe inicial ela cresceu
400 bastante na lista com alunos de pós-graduação que nós selecionamos esse ano



401 para incluir no projeto para tentar ampliar o grupo de pessoas envolvidas com a
402 geração de conhecimento, mas sobretudo formar pessoas em pós-graduação
403 que estejam atuando no serviço, 80% (oitenta por cento) dos nossos pós-
404 graduandos são pessoas que vem da **SEMSA** (Secretaria Municipal de Saúde),
405 da **SUSAM** (Secretaria de Estado de Saúde) e outros vem da Universidade
406 Federal e Estadual. Portanto, estamos formando pessoas que estão na
407 realidade local gerando novas informações e multiplicando conhecimento e se
408 tudo correr bem nós teremos o nosso Doutorado aprovado para ampliar o leque
409 de pessoas estudando sobre saúde na região para dar retorno para as
410 instituições locais. Também acerca desse projeto na questão do financiamento
411 que foi uma pergunta que o Secretário nos fez, quem financia é a **CNPq**
412 (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), mas na
413 verdade é um recurso do **DECIT** (Departamento de Ciência e Tecnologia) que é
414 um órgão do Ministério da Saúde, um departamento que trabalha com
415 informação, tecnologia e desenvolvimento institucional, então houve essa linha
416 de pesquisa que foi uma chamada de 2013, esse grupo da USP coordena e eles
417 de fato tem mais expertise do que nós que estamos tentando formar um corpo
418 de pessoas aqui no Amazonas que tenha dedicação e produção científica em
419 Gestão Política e Organização da Atenção, nós não temos um grupo ainda
420 consistente então aprendemos com aqueles que são mais experientes do que
421 nós para que melhorem nossa capacidade instalada. Eu não vou me alongar
422 nesse objetivo porque ainda tem outro objetivo, mas o período é esse aqui que
423 começamos esse ano abrindo e fechando projetos esse ano (2014) para
424 submeter e começar a coleta em 2015. Isso foi avaliação, quando submetemos
425 e foi avaliado pelo **DCIT**, pela Comissão do **CNPq** mostrando a resposta dos
426 avaliadores como eles avaliaram e aceitaram a proposta, aceitaram o
427 financiamento e deram respostas como essas. Vejam agora todos os Estados
428 em que estão e observem que na Amazônia Ocidental só tem o Amazonas,
429 porque não tem outras instituições, outras universidades ou outras instituições
430 de ensino e pesquisa que respondessem a chamada, até porque nós fomos
431 convidados dissemos que estávamos com um projeto assim, vocês topariam
432 gerar dados informações, fazer processos de capacitação relativo a esse tema
433 da Regionalização em Saúde, nós topamos, então observem essa grande
434 lacuna da ausência de programa de pós-graduação, é a ausência de capacidade
435 instalada nas instituições é por isso que nós queremos formar doutores, porque
436 você forma doutores que monta programa, monta cursos de especialização,
437 responde a essas chamadas para que possamos melhorar o conhecimento da
438 Região Norte sobre os seus problemas de saúde, mas enfim o projeto atende a
439 tudo isso. Esses são os objetivos, então observem porque eu comecei falando
440 em **PMAQ**? Porque isso é mais uma iniciativa de avaliação e monitoramento a
441 diferença essencial do **PMAQ** para esse aqui é que o **PMAQ** ele estava voltado
442 para avaliar o trabalho de assistência feito na rede básica particularmente de
443 Estratégia de Saúde da Família. O que é que se tem de consenso hoje do salto
444 necessário a dar da Estratégia de Saúde da Família? Ela é concebida como uma
445 estratégia local, entretanto você tem um processo caminhando paralelamente
446 que é a região de saúde e nós não temos com clareza como é que você vai



447 articular essas estratégias de saúde da família, que elas são pensadas para um
448 território local para a humanidade com esse grande processo de regionalização,
449 então a essência desse projeto é avaliar como é que está sendo feita essa
450 conformação das redes de atenção à saúde das regiões, se elas melhoram, se
451 elas não estão melhorando, aonde a coisa está funcionando, aonde a coisa está
452 falhando e fazer essa correlação com a rede que está de fato na linha de frente
453 do cuidado que é responsável pela redução da desigualdade, há um consenso
454 em tudo o que se estudou sobre atenção primária no país nos últimos anos de
455 que a presença da estratégia de saúde da família tem de fato reduzido as
456 iniquidades sociais e acesso à saúde, o problema que está é que não temos
457 ainda uma boa política de encontro entre a política de regionalização e a política
458 de assistência na unidade de saúde. Então a ideia disso é nós entendermos
459 esse processo todo e tentar avaliar como é que na prática se dá, porque ainda
460 que os instrumentos de pactuação não estejam suficientemente consistentes em
461 relação a isso, na prática o paciente vai em busca de uma rede e como é que
462 está acontecendo isso? Como é que são esses fluxos concretos da
463 regionalização mediante a movimentação dos pacientes? Então isso é uma das
464 coisas que esse projeto se propõe a responder. Essas são perguntas que estão
465 orientando a pesquisa, são coisas com as quais nos preocupamos. Qual é o
466 limite, o que avançou, o que deu certo, o que não deu certo, como é que está
467 funcionando efetivamente? Então vejam o que é que está acontecendo com o
468 processo de regionalização? Ele está em curso há anos, ele se efetiva em
469 algumas coisas e em outras não, afinal de contas como é que está acontecendo
470 isso, teve mudança, não teve mudança, quais são as dificuldades? Em um
471 estado como o nosso nós sabemos o que significa regionalizar, na prática essas
472 regiões de saúde canalizam, não sei exatamente o percentual talvez nós
473 possamos dimensionar melhor isso, mas o percentual significativo da referência
474 para Manaus justamente pela falta de capacidade instalada em instâncias
475 regionais, então precisamos entender melhor como esse fluxo está
476 acontecendo. Essa é uma pergunta que perpassa todo o projeto “tem
477 contribuído para reduzir a desigualdade?”. No caso das desigualdades, além de
478 você melhorar o nível de saúde quando você reduz, você tem desigualdades de
479 acesso enorme, o **PMAQ** mostrou isso muito claramente para nós. A saúde no
480 nosso Estado está interiorizada até a sede municipal nós não temos conseguido
481 ver nos municípios várias razões para isso, vejam que isso não é uma acusação
482 aos municípios de forma alguma, os municípios atuam conforme as
483 possibilidades que eles tem, mas observamos aqui que a interiorização para na
484 sede do município, a ação interiorizada de fato para o ribeirinho ela não está
485 acontecendo, pois o paciente tem que vir até a sede municipal para fazer o
486 atendimento, salvo alguns municípios que tem conseguido manter as estratégias
487 volantes. Então esse é um debate, uma discussão que nós precisamos ter nos
488 nossos municípios para aprimorar como é que de fato consegue interiorizar a
489 ação de saúde para o ribeirinho, é uma forma de reduzir a desigualdade. Nós
490 temos alunos nossos que fizeram estudos em alguns municípios do interior e
491 eles verificaram, por exemplo, que para o ribeirinho estar fora da sede do
492 município X que foi estudado, ele vir fazer o monitoramento da hanseníase ou



493 da tuberculose se ele tiver que vir todos os meses, ele de fato vai gastar no
494 mínimo R\$ 180,00 (Cento e Oitenta Reais) para fazer o que tem que fazer, quer
495 dizer ele não tem condições de fazer isso, o resultado é que ele abandona o
496 tratamento. Ao mesmo tempo sabemos que para o município estender a equipe,
497 ficar levando e trazendo o barco é um custo muitas vezes proibitivo para o
498 município, então precisamos debater, discutir para chegar a um meio termo e
499 que consigamos melhorar o acesso e esse alcance das ações e a efetividade
500 delas para diminuir as despesas essa é a ideia mais ou menos embaixo disso.
501 Temos aqui um problema que realmente queremos saber, como é que na prática
502 está se dando isso, o nosso SUS eles tem muitas vantagens, mas um dos
503 problemas que o SUS tem, eu pelo menos tenho sempre uma sensação de que
504 eu estou sendo atropelada por uma política atrás da outra não sei se isso se
505 passa com vocês, mas é bem provável. Não você está organizando aqui a
506 estratégia, não mais agora tem esse, agora tem esse, agora tem esse, e agora
507 como isso se relaciona na prática porque é a mesma população, são os mesmos
508 profissionais, são as mesmas unidades de saúde, então é preciso que tenhamos
509 forma de articular isso, então vamos estudar os problemas que tem, as
510 dificuldades de encadeamento de uma coisa com outra porque as duas coisas
511 estão acontecendo, com formação das redes, rede cegonha e como é que estas
512 regionalizações estão de fato sendo feitas em um modelo que é o modelo da
513 estratégia e que é pensada como uma finalidade em si do ponto de vista de uma
514 ação local ele não está conformado com uma rede. Você imagina que o
515 profissional que tem mais acesso a informação ele fica atordoado, você imagina
516 o paciente, então de fato é muita velocidade que temos de programas novos,
517 metas novas, pactuações novas é preciso que entendamos até se for o caso
518 para organizar sistematicamente e dizer vejam se essa CIR não está
519 funcionando então vamos rever essas maneiras, o fato é que o nosso SUS na
520 Amazônia é um SUS muito à mercê e a reboque de políticas de estados que tem
521 menos problemas logísticos que o nosso e que tem maior capacidade instalada,
522 então precisamos de fato gerar informações consistentes sobre as nossas
523 condições operacionais efetivas para que consigamos dizer algumas coisas para
524 o Ministério da Saúde que frequentemente é preciso e que haja um retorno
525 daqui para eles sugerindo coisas e não apenas receber a política. Limites e
526 desafios que é o que estamos fazendo exatamente aqui agora nesse momento
527 falando e experiências exitosas possivelmente deve ter, não temos informação,
528 não temos o conhecimento, mas devem ter tido arranjos em que as pessoas
529 fizeram acertos e há uma coisa que eu acho muito perversa, o profissional de
530 saúde que está fazendo coisas novas com êxito, experiências bonitas e muitas
531 vezes essas experiências não tem um registro adequado elas desaparecem, até
532 onde eu sei o único local onde é possível registrar essas experiências e dar
533 publicidade a elas é o **EPSUS** as experiências exitosas do SUS, fora isso a
534 pessoa pode estar fazendo algo muito bom, nós vimos no **PMAQ** equipes
535 criando coisas de muita iniciativa e muito propositivas, mas ela não sai dali
536 porque justamente o profissional justamente não tem o espaço para circular,
537 para outros aprenderem com ele e tudo o mais. Assim essas são perguntas que
538 orientam a pesquisa. Estes são os componentes do estudo, então o que vai ter



539 que ser feito é um questionário padronizado, o que isso significa é que vai ser
540 feita a mesma pergunta para os gestores, sempre as pessoas perguntam porque
541 esse questionário é padronizado, vejam que o que nós temos de diferença é o
542 problema de acesso de infra estrutura e logística, mas a gestão do SUS é uma
543 só, ela é padrão, não importa se você está em Manaquiri, Autazes, São Gabriel
544 da Cachoeira, você tem que responder aqueles sistemas nacionais que são
545 iguais pode ser que um dia chegemos em um SUS customizado de acordo com
546 a região, tanto faz São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná é a mesma coisa, assim o
547 questionário precisa ser padronizado sim, porque o SUS ele é padronizado.
548 Outra coisa é a importância da padronização é porque você precisa comparar,
549 observem na história do **PMAQ** que eles instituíram alguns parâmetros, eles
550 fizeram aquela primeira classificação que deu errado quem acompanha **PMAQ**
551 sabe disso, e deu errado porque no SUS como um todo uma boa parte ou a
552 maioria absoluta das equipes estava com desempenho insuficiente, então se
553 você tem 70% (setenta por cento) ou 80% (oitenta por cento) de desempenho
554 insuficiente você não está conhecendo nada da tua realidade se está ruim
555 quanto está ruim, qual é a estratificação desse ruim, por isso que eles fizeram
556 aquela estratificação nova, desempenho suficiente, acima da média, abaixo da
557 média tentando discriminar porque o que se descobriu que o **PMAQ** trouxe de
558 bom para nós é que necessariamente não são os municípios mais ricos, ou com
559 mais pessoal ou mais bem qualificado que está atuando melhor, você tem muita
560 coisa que não está sendo feita que não depende de R\$ 0,01 (Um Centavo) de
561 investimento, basta apenas reordenar o processo de gestão e de organização, é
562 por isso que ele tem de ser de fato padronizado em certas coisas, tem uma parte
563 padronizada e outra parte que vai ser, digamos, customizada e específica para a
564 região. Agora falaremos sobre o sistema de governança regional, assim vai vir
565 um questionário lidando com esses temas de como está sendo feita a relação
566 das políticas de saúde no território, seja intersetorialmente, seja com outras
567 instituições, nós sabemos que no território nós temos SEMSAs, SUSAM, FVS,
568 você tem órgãos do Ministério da Saúde, tem os DSEI que são gestor federal,
569 você tem muitas entidades é preciso que entendamos como está se dando essa
570 relação, a atuação dos atores nós temos municípios em que você só tem
571 sistema público, mas existem municípios que tem sistema privado, credenciado,
572 por exemplo, recebendo dinheiro do Estado, então precisamos fazer um
573 mapeamento dessas coisas que não tem, o papel da CIR, então este vai ser o
574 questionário padrão deste componente. Fluxo de demanda, esse não vai ser
575 questionário padrão, sobre este vão vir uma série de pontos em que vamos
576 tentar empreender nos municípios justamente como é o desenho real dos
577 municípios nos fluxos para ofertar a consulta que ele não tem resolutividade
578 para fazer justamente porque não temos uma visão de conjunto consistente
579 como é que está se dando na prática a regionalização, nós temos é claro a
580 informação das secretarias dizendo a regionalização que é feita assim e tal, mas
581 na prática está dando para seguir esse modelo? É isso que vamos tentar fazer,
582 então aqui não vem um questionário padronizado, ele vai vir para as pessoas
583 construir conosco esses roteiros que os pacientes de fato percorrem.
584 Atenção para o que estamos chamando de itinerário, nós que somos da área



585 social estamos chamando de itinerário de cuidados porque não é só de
586 assistência, você tem itinerários que tem outras coisas que as pessoas fazem,
587 por exemplo, os itinerários da vigilância que são diferentes, os itinerários no
588 caso dos pacientes indígenas que eu vou falar no final sobre componente
589 indígena que é o que está menos pronto ainda, existem outras alternativas que
590 não são só o sistema oficial digamos assim, então estamos chamando de
591 itinerário de cuidados, então vamos tentar justamente fazer mapas com esses
592 fluxos em cima de situações, estudos de caso que nós vamos selecionar com os
593 municípios. Avaliação da rede, possivelmente também um questionário padrão,
594 a forma de entrada, a orientação para as necessidades, complexidade de
595 abordagem, longitudinalidade do cuidado que esse é um problema muito difícil
596 nas nossas unidades, nosso sistema de saúde pela formação dos profissionais
597 médicos de enfermagem e odontologia em uma escala menor, mas também, ele
598 está voltado para a queixa atual e isso funciona até bem quando você tem
599 doença infecciosa que o ciclo de existência dela é curto, então o cura ou mata,
600 são poucas as doenças infecciosas de longo curso que são crônicas, tem,
601 mas é minoria, ainda assim mesmo essas não estão bem dimensionadas no
602 sentido do cuidado para isso, só que nós temos uma predominância enorme de
603 doenças crônicas não-transmissíveis agora, então não vai ficar bom nunca mais,
604 hipertenso, diabético e tal e nós continuamos com um cuidado organizado para
605 a queixa atual e perguntamos “você está sentindo o quê mesmo, hoje? Já usou
606 remédio de todo tipo, não baixa peso entre outras coisas e o profissional
607 continua olhando para aquele dia em que o paciente vai à consulta, esse é um
608 problema grave do SUS inteiro, não é um problema da nossa região apenas, é
609 de todos. Assim a gestão clínica, os protocolos, as linhas de cuidado se tem, se
610 não tem, como é que está, bem o **PMAQ** nos mostrou que temos muita
611 deficiência em definir estas coisas, acho até que é um dos temas de capacitação
612 possivelmente no futuro, e monitoramento e avaliação como é que está sendo
613 feita, então possivelmente isso aqui vai vir um questionário padrão que são
614 certas rotinas de gestão do SUS. Recursos humanos nós temos muito no **PMAQ**
615 possivelmente nós vamos aproveitar o banco de dados, o **PMAQ** ele tem um
616 problema, o **PMAQ** ele é a resposta do entrevistado, por exemplo, quando ele
617 fala assim “você tem plano de carreira no seu município?”. E o profissional
618 responde “tem”, e eu como entrevistadora sabendo que naquele município não
619 tem, digo assim “tem certeza?”. Porque ele acha que tem, porque ele foi
620 contratado e ele não sabe o que é um plano de carreira e tem município que tem
621 e a pessoa está dizendo que não tem, aqui possivelmente nós vamos lidar com
622 o ponto de vista documental, tem ou não tem, foi aprovado na Câmara, enfim
623 uma série de coisas que vão ser feitas aqui para que nós possamos inclusive
624 contrapor, porque para nós que estamos no regime da avaliação a pessoa dizer
625 que tem um plano de carreira quando na verdade o município não tem é um
626 desconhecimento muito grande de seus próprios direitos inclusive, muito menos
627 qual é a legislação que rege ou deveria reger essa força de trabalho, então o
628 formato das equipes, as necessidades profissionais. Seguindo, esse está em
629 branco porque justamente estamos tentando fazer essa construção da
630 concepção não estou nem falando nem de questionário, de roteiro, de nada



631 ainda não, porque a questão da saúde indígena ela está tão distanciada dessa
632 discussão de jornal, de rede que é um esforço de fato para tentar entender como
633 é na prática essa interface porque mesmo que você não tenha **COAP** (Contrato
634 Organizativo de Ação Pública) você não tenha interface formalizada com os
635 sistemas municipais essa interação existe, um exemplo bem prático, os **DSEI**
636 (Distrito Sanitário Especial Indígena) não dão os diagnósticos de tuberculose
637 dentro da aldeia, a maioria, então para onde vai o diagnóstico de tuberculose?
638 Vai para o sistema municipal de saúde, tem algum protocolo que regulamenta
639 isso? Está previsto no orçamento do município anualmente? Possivelmente não,
640 na experiência que eu tenho não! Mas qual é o nosso problema com o DSEI? É
641 que não temos certeza se os DSEI vão dar anuência para nós, a **SESAI**
642 (Secretaria Especial de Saúde Indígena) está muito resistente a dar qualquer
643 tipo de anuência para qualquer tipo de pesquisa nós não chegamos lá ainda,
644 iremos correr separado, como estamos preocupados de não ter anuência para
645 fazer o componente indígena, nós iremos correr primeiro o CEP do não-indígena
646 do SUS como um todo e vai tentar fazer o esboço, eu estou trabalhado nesse
647 esboço da saúde indígena para correr com a SESAI e ver se eles dão anuência,
648 se eles derem anuência nós tocamos, se eles não derem anuência nós vamos
649 ter que amputar esse componente o que é ruim, porque eu tenho certeza
650 absoluta que a população indígena no nosso estado que é expressiva ela onera
651 os sistemas municipais de saúde de usos estaduais por que todos eles drenam
652 para cá, sem que haja de fato qualquer pactuação que acolha essas despesas
653 que não estão sendo dimensionadas nos sistemas municipais e estaduais ainda
654 que todo mundo esteja envolvido nos fundos de repasse, mas não é uma
655 despesa dimensionada, então estamos tentando ver e do ponto de vista do
656 paciente indígena estamos propondo um trabalho qualitativo de tipo
657 antropológico com doenças selecionadas para ver como é que o paciente
658 indígena está então vivenciando este périplo que ele tem que vir do município, e
659 vai para a Casa do Índio, e vai para o SUS enfim, então com o índio está
660 Tateando por um lado era importante fazer avaliação institucional para ver onde
661 estão essas lacunas na interface, por que essa interface se dá, mas de forma
662 não incorporada no processo de gestão e tem uma parte da anuência dos
663 indígenas que nós estamos achando mais fácil conseguir a anuência dos índios
664 para fazer do ponto de vista do paciente do que do sistema de gestão, então
665 para não correremos o risco de inviabilizar o processo como um todo nós estamos
666 fazendo essa etapa. Esse é um dos motivos dela estar presente nesta reunião
667 explicando a todos o que é o projeto para ver se todos concordariam em dar
668 anuência sendo também o motivo pelo qual ela está nesta Regional. Temos aqui
669 um desenho de estudo que contempla isso, perfil documental, entrevista,
670 questionários fechados e entrevistas abertas e todos estão vendo o rol, porque
671 esse é um projeto nacional, em alguns lugares não vai ter, na maior parte do
672 nosso Estado isso não é uma coisa relevante, mas temos as outras entidades
673 prestadoras, então vai absorver todos os prestadores possíveis para podermos
674 fechar. Fizemos uma série de critérios para as seleções das regiões de saúde,
675 são muitas regiões de saúde no país então tivemos que estabelecer critérios e
676 objetivos, porque em pesquisa você não pode dizer que vai pesquisar uma



677 região aleatoriamente, porque é a melhor, você tem que ter critérios científicos
678 para isso, então foram instituídos indicadores e foram variáveis complementares
679 estudadas e utilizadas, desenvolvimento sócio-econômico, tivemos que fazer
680 extratos dos municípios com desenvolvimento sócio-econômico alto, médio e
681 baixo, então você faz uma primeira classificação dos municípios nesses três
682 extratos. Na sequência os que têm a oferta de saúde em termos de alta, média e
683 baixa complexidade, tem municípios que tem os 03 (três), tem municípios que só
684 tem os 02 (dois) e tem municípios que tem só 01 (um). Então você teve que
685 enquadrar os municípios em um segundo lote, terceiro que tenha prestador de
686 serviço público, privado e misto e pertencentes ao **QualiSUS** era um critério do
687 **DECIT**, não era dos cientistas, dos pesquisadores, e outro, municípios em faixa
688 de fronteira com articulação intermediária, com articulação local e com taxa de
689 crescimento especificado para esses períodos, então fizemos um grande cálculo
690 desses municípios e isto não fizemos sozinhos, somos aprendizes de pessoas
691 que tem mais experiência do que nós nessa parte de instituir esses indicadores
692 e daí você inclui os municípios e depois as regionais, esse segundo lote foi mais
693 para você poder selecionar as regionais e no nosso Estado a regional sorteada
694 que obedecia todos os requisitos era Manaus que tem todas essas condições,
695 que na verdade é uma regional um pouco estranha, porque ela tem realidades
696 muito díspares que gera muita distorção, por exemplo, quando fomos enquadrar
697 a questão do desenvolvimento econômico essa regional tem um
698 desenvolvimento econômico de médio para alto, mas qual é o problema dessa
699 regional? É porque você está lidando com médias, quando você lida com médias
700 o **PIB** (Produto Interno Bruto) de Manaus joga a regional para cima, mas
701 sabemos que tem municípios com o **PIB** muito baixo, dentro dessa regional, mas
702 você está lidando com médias, os indicadores dos país funcionam assim, mas é
703 a regional que existe e que obedecia todos os requisitos e é por isso que estou
704 aqui. No sorteio foi Manaus, se Manaus não aceitar a fazer parte do projeto,
705 vamos rever e fazer nova seleção e procurar outra regional, é assim que
706 funciona. E porque é importante que vocês tenham a anuência? Não é só
707 porque a legislação do **CEP/CONEP** (Comissão Nacional de Ética e Pesquisa)
708 fala, mas sim porque vocês serão entrevistados, vocês que eu falo são os
709 municípios que estão nessa regional serão entrevistados e se a pessoa não
710 quiser ou não der anuência fica difícil de fazer. Dando seguimento ela pede para
711 voltar onde estão os gráficos *Top Down*, diz que isso são coisas dos bacanas,
712 os que são os politicólogos, é dentro da unidade da análise de estudos vão ser
713 feitos 02 (dois) tipos de análises, isso é terminologia dos ingleses, *Top Down*, o
714 nome *Top* significa e vem de quem está em cima dando ordem para baixo,
715 então temos que entrevistar gestores que tem atividades decisórias, isso implica
716 inclusive em um lote de entrevistas que vão ser feitas no **CONASEMS** (Coselho
717 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) com os Secretários das políticas
718 de Ministério da Saúde e os dirigentes das regiões onde você se selecionou
719 para pesquisa e uma das coisas que é importante dentro disso é a questão dos
720 limites da instituição federal, porque nós que estamos aqui na periferia do
721 sistema decisório nacional, todos sabemos de que a decisão de, por exemplo,
722 vamos implementar política de regionalização ou vamos implementar uma



723 política de rede de assistência, se a decisão foi nossa, nós chegamos e
724 recebemos um comunicado afirmando que a partir de determinada data vamos
725 implantar a Rede Cegonha, então é uma história conhecida que tem seus
726 méritos também. O Ministério da Saúde induz certas coisas que ele quer que
727 aconteça, isso tem méritos e deméritos, tem méritos porque tem certas coisas
728 que não iam passar pelas nossas cabeças justamente por que nós não temos
729 capacidade instalada para se preocupar com isso, pois ainda não chegamos
730 nesse ponto, as pessoas estão pensando que no conjunto elas podem pensar
731 certas coisas. Tem deméritos porque se o Ministério da Saúde prioriza uma
732 coisa que não é importante para a nossa realidade e nós temos que responder,
733 não responderemos tão bem e tem deméritos porque eles priorizam coisas que
734 são importantes mais nós não temos capacidade instalada para responder,
735 então o que se quer avaliar nesse tal de *Top Down* é isso, é a visão do gestor e
736 os limites dessa política que é a política nacional do SUS induzir a partir do
737 gestor federal. E o *Botton Up* é de baixo para cima, as pessoas que estão aqui
738 no ponto local ou das redes ou das regiões tomando decisões que vão
739 influenciar o sistema como um todo então são 02 (dois) tipos de atores que
740 estão contemplados na pesquisa. Há dirigentes maiores, dirigentes
741 intermediários e dirigentes locais, entre esses que estamos chamando de
742 dirigentes, na verdade estamos chamando de atores, entra o paciente que
743 também tem sua capacidade de decisão inclusive nas questões das redes e das
744 regiões de saúde o paciente tem uma voz ativa muito grande inclusive nessa
745 situação. Isso aqui eles já fizeram e eu não participei, pois entrei no grupo um
746 pouco depois, eles fizeram um estudo pela *web* e já mandaram para os
747 secretários pedindo que respondessem, essa parte eu não acompanhei. Isso
748 aqui eles mandaram uma carta acho que tem um modelo de carta e pergunta de
749 um membro se foi recebido por ele, uma carta que ela mandou e confirma que a
750 carta que ele recebeu foi a de pedido de adesão, eles mandaram uma carta em
751 uma grande reunião do **CONASEMS** eles aplicaram esse *Delfi*, faz parte do *Top*
752 *Down* onde estavam entrevistando os grandes. Outro tópico mostrado é uma
753 coisa interna nossa que nós estamos trabalhando com a construção do
754 questionário coisas que deve ter e o que não deve ter no questionário ou algo do
755 tipo, isto são técnicas de como elaborar um questionário, outra coisa mostra
756 como o estudo está organizado e tem um conselho de monitoramento de dados,
757 o comitê guia que são as pessoas que estão coordenando estados e temas,
758 então no nosso caso aqui eu estou exercendo uma função dupla, eu sou do
759 comitê guia do estudo geral do Amazonas e do estudo do índio, por que nós
760 pleiteamos e colocamos esse componente indígena que não estava previsto no
761 projeto original, mostra a página de acesso livre que todos podem entrar para
762 conferir e tem saído muita coisa boa, artigos interessantes sobre regionalização,
763 sobre os rumos do SUS tem sempre coisas novas e é bastante interessante a
764 página e é possível se cadastrar e ter acesso a textos muito interessantes, é só
765 procurar regiões e redes e abre direto no link. Algo que estamos fazendo são
766 disciplinas, então no nosso programa no dia 22 (vinte e dois) começaremos um
767 programa de disciplina de regiões e redes para os nossos alunos e queremos
768 ver se no próximo ano de 2015 nós programamos cursos de atualização para as



769 secretarias sobre o tema da regionalização, das redes, por que temos que fazer
770 muita coisa que está chegando, mas será que os profissionais estão de fato por
771 dentro do que é rede, do que é região com um debate sobre como está sendo
772 feito, então estamos programando para o próximo ano (2015) um curso de
773 atualização sobre o tema. Cita que sobre o cronograma estão atrasados como
774 sempre. Afirma para todos que era isso que tinha para falar, ou seja, dar uma
775 ideia de conjunto para todos, recebi vários questionamentos da Secretaria de
776 Saúde a respeito se a Secretaria iria somente doar dados, na verdade a nossa
777 ideia não é essa, as pesquisas de avaliação que desenvolvemos, fizemos
778 reuniões com a Secretaria na hora de propor, durante o desenvolvimento, temos
779 trabalhado com eles, tentamos dar retorno, então dentro desses livros que eu
780 trouxe um deles é o relatório do seminário que foi o retorno do **PMAQ** quando
781 fizemos a primeira fase nós chamamos os municípios, então temos tentado de
782 fato, tem outras iniciativas como curso dos Gestores do SUS que não são
783 derivados do **PMAQ**, mas que nós inserimos o tema do **PMAQ**, então temos de
784 fato tentado fazer uma espécie de acompanhamento de interface longitudinal
785 com as instituições por que entendemos que pesquisas tem que ser para isso
786 mesmo. Ela encerra com seu agradecimento a todos. O **Sr. Coordenador** deixa
787 em aberto para algum questionamento, se alguém tem alguma pergunta para a
788 **Dra. Luiza**, se o **COSEMS** tem algum questionamento. A Membro **Sra. Ângela**
789 **Maria Matos do Nascimento** faz um comentário da relevância de um estudo
790 como esse para a nossa região, obviamente que vai a fundo e descortina nossas
791 fragilidades, mas o que é mais importante é a contribuição e a
792 instrumentalização que pode ser um estudo como esse para os gestores, porque
793 desde o momento da participação de discussões como essas, momentos como
794 esses de conhecimento do projeto e momentos de entrevistas, certamente
795 levarão a uma reflexão sempre de onde estamos, o que podemos melhorar e
796 certamente ao final do projeto com as conclusões e os resultados isso vai ser
797 muito rico para orientar melhor, para ajudar, auxiliar e é como eu falei
798 instrumentalizar melhor a gestão municipal e seus vários aspectos então é de
799 uma riqueza e eu espero que dê tudo certo **Dra. Luiza** para que esse projeto se
800 concretize. O **Sr. Coordenador** passa a palavra para a **Sra. Ana Caroline**
801 **Carvalho** (Assessora Técnica do COSEMS) que passa a dizer que, na verdade
802 acho que o COSEMS como representante dos municípios realmente só apoia
803 todas as iniciativas que venham a trazer mais ideias, mais avaliação para
804 encaminhar às melhorias e também outra coisa que eu queria perguntar é que
805 também está acontecendo junto a **FIOCRUZ** uma do **Sr. Merhy**, uma avaliação
806 das redes, vai chegar ou são duas coisas bem distintas, porque só para
807 entender que está tendo outra pesquisa também envolvendo o **Sr. Emerson**
808 **Merhy** (Doutor em Saúde Coletiva) e que também envolve análises das redes
809 de atenção a saúde e aqui no Amazonas foi pactuado para avaliar Rede
810 Cegonha, então eles estão começando a fazer junto com a Secretaria de
811 Estado - SUSAM e a coordenação das redes essa avaliação também para ser
812 trabalhada, eu não sei ainda todos os detalhes, mas acho que quando
813 soubermos de mais detalhes estaremos divulgando junto a SUSAM também. O
814 **Sr. Coordenador** passa a palavra para a **Sra. Nara Koide** e dá início querendo



815 só registrar a relevância da pesquisa, tanto a relevância da pesquisa quanto a
816 preocupação em ter o trabalho de qualificar a gestão para trabalhar a Atenção
817 Básica, o **PMAQ** tem realmente essa contribuição de mostrar, de identificar
818 fragilidades que evidencia de fato uma grande dificuldade que temos de fazer
819 gestão, nós sabemos que toda Equipes de Saúde da Família, o Enfermeiro, o
820 Médico, o Dentista todos os membros, mas principalmente o enfermeiro é quem
821 conduz esse trabalho da equipe e na verdade ele tem que ter um perfil de gestor
822 e de Gerência e muitas vezes talvez ele não seja aquele profissional que tenha
823 esse perfil de gestor e de Gerência, ele vai para para fazer o atendimento, para
824 atender a demanda mesmo muito focado na doença e juntamente com isso toda
825 a equipe então embora a Política Nacional de Atenção Básica ela coloca as
826 diretrizes das atribuições da equipe e no tocante a questão da prevenção e
827 promoção da saúde que seria o alicerce, mas sabemos que na prática há uma
828 dificuldade de se executar, de fazer essa execução daquilo que a política
829 determina e já coloca e aí a **PMAQ** vem como um instrumentalizador, inclusive
830 eu sempre falo para os municípios com as pessoas quem eu dialogo que nós
831 não devemos ver a **PMAQ** como trabalho a mais, por que a primeira coisa que
832 se tem a impressão é essa, vem um trabalho a mais para a equipe, mas na
833 verdade isso veio para nos ajudar a instrumentalizar o processo de condução de
834 fazer a sistematização daquilo que temos de fazer e que ainda não fazemos e
835 que quando fizermos com certeza o resultado, os impactos de produção de
836 saúde realmente serão menores e quando todos aqui que estão na frente dessa
837 pesquisa estão com olhar, com essa preocupação eu confesso que fico contente
838 com isso e espera que isso possa ser materializado e nós temos evidenciado
839 isso, eu já estive na gestão e atualmente estou como apoiadora, então estamos
840 sempre próximo dos municípios e vem sempre acompanhando isso e espero
841 que isto seja concretizado o mais rápido possível, assim como também em
842 relação dessa pesquisa que quando você vai identificar dificuldades e essas
843 dificuldades identificadas podem se traduzir em respostas que se precisa isto
844 também é relevante para o nosso Estado, porque a nossa condição hoje nos
845 aspectos das regiões de saúde elas ainda estão muito na parte mesmo inicial,
846 ainda estão muito no desenho das regiões, não saímos muito disso, nós temos
847 as CIR implantadas e já funcionando, mas a região de saúde funcionando
848 efetivamente como ela deveria funcionar nós ainda estamos caminhando para
849 isso. Tanto que tem uma pergunta na pesquisa que eu estava questionando que
850 é a seguinte: Como a região impactou no resultado? No nosso caso ainda não
851 conseguimos responder essa pergunta porque ainda não estamos de fato
852 efetivado o funcionamento das regiões de saúde, mas tenho certeza que essa
853 pesquisa pode contribuir muito para aquilo que precisamos de informações para
854 estar avançando na execução das regiões. A **Sra. Paula Francinete Azevedo**
855 passa a dizer que essa é uma pesquisa fundamental e quando você volta sua
856 pesquisa para a questão da população indígena é mais ainda e existe uma
857 necessidade muito grande sim de se ter realmente um conhecimento melhor
858 dessa realidade e até mesmo uma forma de fazer com que esses acessos,
859 principalmente essa relação com o município de ser o município e que o próprio
860 indígena entre nessa rede de atenção, então a pesquisa ela é fundamental para



861 apontar de que forma isso realmente pode acontecer e eu estou torcendo que
862 realmente a SESAI conceda para que essa pesquisa de fato aconteça na nossa
863 região, nós precisamos muito disso. A **Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira**
864 ressalta que as falas ajudaram muito a situar pontos fundamentais porque eu
865 posso ter feito uma mistura muito grande aqui do **PMAQ**, com essa pesquisa
866 nova, mas é porque na minha cabeça todas são iniciativas que podem ter
867 origens e até finalidades distintas, mas que para nós elas representam
868 conhecimento e experiência institucional acumulada para auxiliar nos processos
869 de gestão do SUS, por isso eu falei bastante do **PMAQ** que para mim foi uma
870 escola de aprendizado fundamental, eu fiz o PROESP, o **PMAQ I** e o **PMAQ II**,
871 assim para nós que temos uma carência, quer dizer não são só as pessoas no
872 SUS que tem carência com processos de gestão, as nossas instituições nada
873 sabem de gestão, nós não temos suficientes mestres e doutores fazendo
874 pesquisa de gestão aqui, nós não temos cursos. Anos atrás o **Dr. Alecrim** me
875 chamou dentro da **FIOCRUZ** e disse: Vamos fazer um Mestrado em Política e
876 Gestão, então eu disse a ele que quando conseguisse os Doutores com
877 produção acadêmica nessa área que nós possamos atender o requisito da (...)
878 nós faremos, eu entrei na FIOCRUZ em 2002, até hoje estamos batalhando para
879 formar pessoas que possam formar um programa, as demandas são enormes
880 das pessoas que estão vindo das secretarias, porque elas querem aprender
881 isso, mas há requisitos legais nós abrimos apenas uma linha de pesquisa esse
882 ano com apenas 07 (sete) vagas deu 260 (duzentos e sessenta) candidatos
883 interessados em Gestão e Política, abrimos porque eram pessoas que
884 acumularam experiências com o **PMAQ**, estudaram e tem condições de orientar.
885 Então de fato é uma demanda muito grande e uma grande necessidade do SUS,
886 então vejam o **PMAQ** ele é uma pesquisa própria aqui foi tocada por nós do
887 Ministério da Saúde com uma finalidade X, Y e Z, com o que aprendemos no
888 **PMAQ** nós nos classificamos, portanto, para tentar fazer essa que já tem outro
889 objeto e outra finalidade que é bem a pergunta do COSEMS. Sobre a do **Sr.**
890 **Emerson Merhy** eu nem sabia na verdade, conversando com o Júlio a poucos
891 dias foi que ele me falou, porque assim como nós temos muitas políticas se
892 superpondo, nós também temos muitas iniciativas de pesquisa se superpondo e
893 possivelmente nós possamos trocar figurinhas que são objetos distintos,
894 diferentes que nós vamos aprender coisas e acho que tudo isso serve de fato
895 para desencadear, e eu acho que a parceria com o COSEMS é fundamental,
896 para nós gerarmos uma agenda de capacitações para atender os municípios,
897 principalmente vocês que estão aqui presentes nesse fórum são justamente as
898 pessoas que sofrem as dificuldades que a equipe tem de fazer gestão inclusive
899 com as secretarias para poder responder, aí o município perde dinheiro, o
900 município deixa de fazer relatório, o município enfrenta uma série de dificuldades
901 justamente por essa lacuna na formação de quadros e isso é uma coisa
902 importante, e conforme ela falou aqui os profissionais de saúde não tem
903 informação prévia para isso, particularmente os Enfermeiros são empurrados
904 pela necessidade do sistema de saúde a fazer a gestão, as pessoas se
905 desdobram, mas tem pouco domínio das ferramentas. Em relação a saúde
906 indígena eu escrevi 02 (dois) capítulos de livro, um está saindo agora (2014) e o



907 outro vai sair no começo do próximo ano (2015) mostrando justamente a
908 ausência dessas pactuações do sub-sistema de saúde indígena com o SUS,
909 parece que é outro SUS que não tem nenhum diálogo, nenhuma conversa, não
910 tem portarias, não tem regulamentações, não tem uma definição do fluxo da
911 vigilância, não tem nada, então estamos trabalhando no projeto, na verdade na
912 questão indígena no Amazonas seria São Gabriel da Cachoeira estudo de caso,
913 na verdade não temos pernas para cobrir tudo, pois temos uma grande
914 população, mas a nossa proposta era estudo de caso em Nova Olinda do Norte
915 e Borba, em Mundurucú e Rio Negro (São Gabriel), mas nós temos outro grupo
916 que vai fazer na Baixada Cuiabana que tem uma população indígena enorme e
917 outro no Sul para que nós tenhamos 03 (três) regiões diferentes para podermos
918 comparar, não vai ser estudo de caso porque realmente não temos pernas para
919 fazer uma coisa estruturada como está sendo feita para o SUS como um todo e
920 no nosso caso vamos acumular, vamos aplicar a pesquisa para o SUS como um
921 todo e mais a do índio, então será uma sobrecarga para nós, assim vamos
922 torcer para dar certo e que nós consigamos a anuência deles para tocar a
923 pesquisa. O **Sr. Coordenador** passa a citar sobre a importância dessa pesquisa
924 e se dirige a **Sra. Paula** do DSEI Manaus, **Sra. Ana** do COSEMS e a **Sra. Nara**
925 como Apoiadora do Ministério essa questão de região, para dizer que em algum
926 momento vão precisar se reunir para discutir um pouco essa questão, que
927 algumas regiões não se enxergam como região ainda, então são coisas pontuais
928 que a própria **Sra. Radija** do **DEPLAN** estamos conversando, ele é limitado ao
929 Entorno de Manaus, mas essa pesquisa vem fortalecer e mostrar, agora 03
930 (três) pontos da apresentação que eu achei realmente muito importante e eu
931 gostaria de citar é a interiorização dos cursos, eu tenho falado bastante sobre
932 isso aqui na SUSAM, você fazer uma capacitação aqui e fazer *in loco* é bem
933 diferente, infelizmente eu estava aqui semana passada na Saúde do
934 Adolescente teve uma capacitação e foi posto claramente que quando o
935 profissional volta ele não consegue disseminar isso para os demais
936 profissionais, são raras exceções, então ficou para ele praticamente aquele
937 aprendizado, que não é feito monitoramento com base em indicadores isso é
938 fato, por isso sempre falamos da importância dos planejamentos em saúde, de
939 socializar isso com toda a equipe realmente no município, então a maioria
940 desses instrumentos de gestão é feito na gestão ou pelo Secretário ou
941 Coordenador da Atenção Básica, os próprios profissionais não sabem realmente
942 que existe uma programação anual, não sabem que existe um plano municipal
943 onde ele vai chegar, então essa é realmente a importância dos cursos de
944 capacitação para os gestores e os outros são experiências exitosas, é incrível
945 as coisas que vemos que os municípios fazem e sempre digo a eles se
946 inscrevam, tem vários eventos nacionais o último que teve foi o da **EXPOEPI** e
947 vemos poucos, são as coisas simples que dão resultado e insisto para que
948 inscrevam o seu trabalho mais é difícil, só tenho a parabenizar esse projeto da
949 USP juntamente com a **FIOCRUZ** e como o Dr. Wilson falou que os resultados
950 realmente venham para que possamos produzir algo para lermos e entendermos
951 a fim de ajudar essa complexidade da nossa região. Essa Regional do Entorno
952 eu falo para todos que eles pensam que é fácil, mas não é, apesar de estarmos



953 todos próximos também temos nossos problemas e precisamos nos fortalecer,
954 tenho falado constantemente, tenho pedido apoio do COSEMS, vamos
955 conversar, vamos fortalecer a Regional, vamos trazer demanda, vamos entender
956 como é esse complexo todo de saúde, já falei que várias pessoas disponíveis
957 para vir até aqui expor situações, falar sobre planejamento, falar até sobre o
958 papel da CIR, falar do que realmente precisa essa região, tem vários municípios
959 aqui que ainda tem dinheiro da saúde indígena desde 2012, aquela transição
960 para a SESAI que ainda está com dinheiro em caixa, a cidade de Manaus tem
961 aproximadamente R\$ 1.000.000,00 (Hum Milhão de Reais) que até hoje não foi
962 pactuado e o próprio Ministério Público Federal fica pressionando os municípios,
963 então é assim vários municípios que ainda tem o recurso até hoje, aqui era o
964 local adequado para nós deliberarmos, mas tragam a demanda, vamos sentar,
965 vamos pactuar a fim de fortalecer a nossa regional. A **Sra. Paula Francinete**
966 **Azevedo** volta a se manifestar e
967 diz que já que o **Sr. Coordenador** tocou na questão da pactuação do **IAB-PI**
968 (Incentivo de Atenção Básica dos Povos Indígenas) , no caso de Manaus,
969 somente para esclarecer que já foram inclusive pactuados projetos no Conselho
970 Municipal de Saúde e no **CONDISI** (Conselho Distrital de Saúde Indígena), e
971 foram 04 (quatro) projetos já foram para Brasília para o **Dr. Antonio Alves** dar o
972 parecer dele e nós estamos aguardando, para que que vocês tenham
973 conhecimento desse recurso que está aí, mas em 2012 na gestão do **Sr.**
974 **Amazonino Mendes** houve também a pactuação no Conselho, já usado uma
975 parte inclusive foi com capacitação para os Agentes Indígenas de Saúde, então
976 houve todo um trabalho nisso, o que foi pactuado foi o que está aí que não foi o
977 total, mas isso já está sendo trabalhado. Os outros municípios que tem recurso,
978 por exemplo, Itacoatiara tem um saldo de R\$ 17.000,00 (Dezessete Mil Reais), o
979 que nós pacutamos foi a reforma da Casa de Apoio do Índio de Itacoatiara,
980 então nós fizemos essa pactuação e assim também Borba e Manicoré também
981 pactuou compra de medicamentos, então aos poucos estamos avançando nessa
982 questão. O **Sr. Coordenador** coloca para aprovação dos membros a pesquisa.
983 **Consensuado por Colegiado.** O **Sr. Coordenador** pergunta à **Dra. Maria**
984 **Luiza** se o papel timbrado vem da SUSAM e ela dá sinal positivo. A **Dra. Maria**
985 **Luiza** passa a dizer que tem uma carta padrão que mandou o modelo para o **Sr.**
986 **Coordenador** que é o padrão do projeto como um todo, pode fazer com o papel
987 da SUSAM já que a Comissão ela é adstrita. Para anexarmos toda essa
988 documentação para enviarmos ao Comitê de Ética, então temos que pegar de
989 todas as regionais selecionadas. Uma última informação sobre esse material
990 que todos receberam esse mais grosso é um livro em que fizemos uma primeira
991 apreciação das observações que o **PMAQ** nos propiciou, então esse traz todos
992 os Estados que forma avaliados pela **FIOCRUZ** os capítulos que estão no livro
993 são das vivências das equipes nos estados, na verdade estão saindo mais
994 alguns artigos, vai sair um sobre Cuidado Materno-Infantil que já está aprovado
995 depois nós estamos fazendo um sobre Saúde Bucal, mas infelizmente os dados
996 do II Ciclo não saiu para podermos comparar inclusive. E esse mais fininho é
997 porque depois que tivemos essa vivência de várias avaliações nacionais, nós
998 achamos que haviam muitos pontos em comum de problemas da Amazônia



999 então nós convidamos o pessoal dos outros estados e que teve **PMAQ** fosse ou
1000 não feito pela **FIOCRUZ** e fizemos uma discussão a respeito dos problemas do
1001 SUS na Amazônia e deu então esse relatório que é da Amazônia que
1002 chamamos do Acre, Amapá todos que fazem parte da Amazônia Legal para
1003 podermos refletir sobre os nossos problemas que temos em comum que
1004 entendemos nós da região que não são contemplados pelas políticas nacionais.
1005 E a última coisa é esse convite para fazermos o momento de geração de
1006 demandas de capacitação seja com orçamento da **FIOCRUZ**, seja contratação
1007 das suas instituições, seja a **UNA SUS**, porque nós temos pessoas concorrendo
1008 na reunião do **UNA SUS** que nós queremos submeter a Edital e na minha
1009 opinião o melhor seria que nós fizessemos um esforço institucional para fazer
1010 cursos voltados para a gestão, porque nós recebemos muita demanda de
1011 doença, teríamos que qualificar as equipes para melhorar esses indicadores
1012 inclusive melhorar a avaliação no próximo ciclo do **PMAQ**, então essa é a
1013 sugestão. Nas falas de vocês me ocorreu uma coisa que talvez fosse bastante
1014 interessante, se a pesquisa for aprovada antes de irmos para campo
1015 poderíamos organizar uma Oficina de Debates sobre o processo de
1016 Regionalização no Amazonas, para nós que vamos fazer pesquisa seria
1017 importantíssimo ouvir dos Secretários as dificuldades, das pessoas que não
1018 estão só nessa Regional mais em outras, podíamos organizar um pequeno
1019 evento para refletirmos sobre a situação da regionalização no Amazonas, se
1020 todos concordarem nós podemos fazer isso em 2015, primeiro eu vou
1021 desembaraçar toda essa burocracia da aprovação da pesquisa. O **Sr.**
1022 **Coordenador** fala que o COSEMS no ano que vem (2015) ele vai fazer uma
1023 pesquisa e passa a palavra para a **Sra. Ana Caroline** que diz que na verdade
1024 não é uma pesquisa em si, mas o COSEMS vem junto com o Ministério da
1025 Saúde e a **CEGEP** (Centro Especializado em Gestão Pública) para fazer
1026 Oficinas Regionais em cada regional para fazer junto com a SUSAM uma
1027 análise de fatores, se o Secretário se enxerga, se o município se enxerga
1028 naquela regional, se atende a necessidade da gestão, isso é o que vai iniciar e
1029 vão vir lógico várias demandas pensando em redes, pensando em **COAP**
1030 (Contrato Organizativo da Ação Pública), nós estamos vindo de reuniões agora
1031 com o Ministério, então 2015 eles estão apostando como o ano “D”, até
1032 brincamos dizendo que era o ano de lua de mel na questão política, é um ano
1033 que vão ter conferências de saúde, vamos ter que trabalhar plano estadual,
1034 nada mais do que buscarmos essas informações nas regionais para discutirmos
1035 *in loco* com vocês e sair demandas e encaminhamentos do que realmente temos
1036 que contemplar, ou melhorar, ou revisar, ou rever alguns processos de trabalho,
1037 então o deles é a questão da regionalização, e pensar em COAP nós temos que
1038 organizar a casa para podermos trabalhar essas pactuações não podemos
1039 pactuar com os municípios ou de forma regional e organizar as redes sem nós
1040 discutirmos e então vem o fortalecimento das CIR, eu sei que a de vocês está
1041 acontecendo, mas temos regionais que realmente estão com esse problema e
1042 trabalhar desde a governança mesmo da CIR, eu acho que 2015 é um ano para
1043 fazermos uma agenda bem conjunta e quanto mais parceiros melhor. A **Sra.**
1044 **Angela** diz que talvez essa oficina que a **Dra. Luiza** propõe uma coisa mais



1045 rápida, considerando que vai ser a luz de todo o desenho da pesquisa com
1046 esses componentes, talvez seja preparatório para que essa outra que virá
1047 posteriormente possa ter mais elementos para discutir, ou trabalhar de forma
1048 conjunta para potencializar esses elementos que achei tão bem distribuídos por
1049 categoria e enfim, acho que pode ajudar muito, quero aproveitar a sua fala sobre
1050 demandas, de cursos mais focados na área de gestão, mas nós tínhamos
1051 trabalhado aquele projeto que era voltado para a UNA SUS tem algum retorno
1052 até porque eu acho que é do interesse de todos aqui os cursos que iriam para o
1053 interior do estado não só para nós aqui em Manaus tem alguma possibilidade de
1054 acontecer? **Dra. Maria Luiza** responde que esse foi um ano de eleição, de copa,
1055 então atrasou tudo a **Sra. Rosana** está hoje e amanhã em uma reunião em
1056 Fortaleza na UNA SUS porque daquilo que nós fizemos nós tínhamos
1057 representantes da SUSAM, da SEMSA, de várias secretarias e não aconteceu
1058 nada, a única etapa que aconteceu foi o credenciamento das instituições que
1059 estavam se propondo a ser parceiros para receber financiamento do UNA SUS,
1060 então **UEA** (Universidade do Estado do Amazonas) e nós fomos credenciados a
1061 **UFAM** (Universidade Federal do Estado do Amazonas) não foi credenciada
1062 porque não conseguiu mandar todos os documentos que eles pediram, por
1063 alguma razão eles não credenciaram a **UFAM**, então permanecemos naquela
1064 parceria com a **UEA** porque eles tem a maquinaria que nós não temos, temos
1065 apenas boa vontade e nosso *know-how* de saúde pública. Estão todos lá e
1066 imaginamos que daí saia o sinal verde para por em prática o planejamento que
1067 nós fizemos, então voltando o sinal verde eu disparo um e-mail para todos
1068 dizendo que vamos rever o que planejamos, independente disso eu de fato
1069 entendo que temos de jogar para o **DABE** uma agenda de prioridades em
1070 função do que conseguimos no **PMAQ** e creio que eles estão receptivos, tem
1071 agora uma outra secretaria que tem um nome curioso que é das Florestas, dos
1072 Povos, das Águas, do Ar, dos Ventos e tal que tem tudo a ver com a nossa
1073 população do interior, eu estive em um evento em Belo Horizonte e eles estão
1074 muito querendo fazer coisas com ribeirinhos, esse é o momento de acionar e
1075 coordenar localmente os esforços para não gerar superposições, mas tem outra
1076 fonte de apoio que são essas iniciativas. O **Sr. Coordenador** aproveita para
1077 falar das propostas da Estratégia da Saúde da Família Ribeirinha o CNES ainda
1078 não está apto para receber, conforme nova portaria, então vamos analisar
1079 bastante o projeto que segundo a **Sra. Mônica** do Ministério, a CGU
1080 principalmente está de olho nessa Equipe Ribeirinha porque é um aumento
1081 significativo de quase R\$ 10.000,00 (Dez Mil Reais) para quase R\$ 50.000,00
1082 (Cinquenta Mil Reais) para não pontuar algo não factível, pois o órgão de
1083 controle vai cair em cima. Dada o encerramento da Reunião, o **Sr. Coordenador**
1084 agradece a presença de todos e dá boas vindas a nova **Secretária Executiva**
1085 **da CIR/ENMAO/AM Sra. Mary Anne Araújo Delgado** A presente ATA foi
1086 elaborada e digitada pelo **Estagiário Rubens Moraes de Matos** e revisada pela
1087 **Secretária Executiva da CIR/ENMAO/AM Mary Anne Araújo Delgado** e será
1088 arquivada para fins documentais, após ser submetida à apreciação da
1089 CIR/ENMAO/AM, Auditório Maria Eglantina Rondon, Manaus, 17 de novembro
1090 de 2014.