



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

Ata da 50ª Reunião (41ª Ordinária) para
Apreciação e Pactuações e cogestão solidária
quanto aos aspectos operacionais e
administrativos entre os Gestores Municipais
de Saúde da Regional de Manaus, Entorno e
Alto Rio Negro e o Estado.

**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DE MANAUS, ENTORNO E ALTO RIO NEGRO
CIR/MEARN/AM**

(24.04.2018 - 08h30min)

1 **ABERTURA** – No vigésimo quarto dia do mês de abril do ano de dois mil e dezoito às oito
2 horas e trinta minutos no **Centro de Convenções do Amazonas Vasco Vasques – Av.**
3 **Constantino Nery, nº 5001.** Iniciamos a 50ª (Quinquagésima) Reunião e 41ª
4 (Quadragésima Primeira) Ordinária da Comissão Intergestores Regional de Manaus, Entorno
5 e Alto Rio Negro no Estado do Amazonas. O rito regimental foi cumprido pelo
6 **Coordenador** da CIR/MEARN/AM **Sr. Jani Kenta Iwata** convidando os Secretários e/ou
7 Suplentes presentes para comporem à mesa, a qual fez a primeira chamada às 11h15min e a
8 segunda chamada às 11h30min. A **Sra. Edylene Maria dos Santos Pereira** (Secretária
9 Executiva Adjunto da Atenção Especializada do Interior) inicia a apresentação da
10 **Pactuação Interfederativa 2018** que apresenta como **OBJETIVO** – Pactuar com os
11 municípios a metodologia e cronograma do Processo de Pactuação das Metas e Indicadores
12 de 2018 nas etapas: Municipal, Regional e Estadual. **PARTICIPANTES:** SEA Interior, SEA
13 Capital, DEPLAN, DABE, FVS, FUAM, FCECON, FMT/HVD, CIB, CIR, COSEMS, Conselhos
14 de Saúde e Núcleo do MS. **BASE LEGAL:** **Lei Complementar nº 141**, de 13/01/2012, que
15 dispõe sobre a necessidade de construção ascendente e de compatibilização sistêmica dos
16 instrumentos de planejamento da saúde; **Decreto 7.508**, de 28/06/ 2011, que regulamenta
17 a Lei nº 8080, de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o
18 planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras
19 providências; **Resolução CIT nº 2**, de 17/01/2012, dispõe sobre as diretrizes nacionais para
20 a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do
21 Sistema Único de Saúde (SUS); **Resolução CIT nº 8**, de 24/11/2016, dispõe sobre o
22 processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados
23 a prioridades nacionais em saúde. **PACTO PELA SAÚDE:** Pacto Interfederativo; Respeita
24 as diferenças loco-regionais (A diversidade como constitutiva do processo de pactuação e não
25 exceção para modelos pré-definidos); Tentativa de superar a fragmentação das políticas e
26 programas de saúde (Organização de uma rede regionalizada de ações e serviços de saúde,
27 Nenhum município é autossuficiente e Qualificação da gestão). **DESAFIOS ATUAIS DA**
28 **SAÚDE:** Aumentar o financiamento da saúde e a eficiência no gasto, Aprimorar o pacto
29 interfederativo para o fortalecimento do SUS, Qualificar a formação e fixação dos
30 Profissionais de Saúde no SUS, Reduzir desigualdades geográficas e de grupos sociais,
31 Aumentar a capacidade de produção de IES, bem como a produção de inovações tecnológicas
32 para dar sustentabilidade ao país, Fortalecer Atenção Básica como Base ordenadora das
33 Redes regionalizadas de atenção à saúde, como estratégia de garantia do acesso e do cuidado
34 integral, Reforçar a estruturação das respostas às urgências em saúde pública. **Ano 1999** -
35 Indicadores da atenção básica; **Ano 2000** - 14 indicadores; **Ano 2001** - 19 indicadores para



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

36 estados, 17 para municípios: +/- 80.000 hab.; **Ano 2002** - 47 indicadores: 25 principais e 22
37 complementares: +/- 80.000 hab.; **Anos 2003, 2004, 2005** - 34 indicadores: 20
38 principais e 14 complementares: +/-80.000 hab.; **Ano 2006** - 33 indicadores: 20 principais
39 e 13 complementares: +/-80.000 hab.; **Ano 2007** - 38 indicadores principais: 5 para mun. -
40 80.000 hab. e 11 complementares; **Anos 2008 e 2009** - 53 indicadores: 37 principais e 16
41 complementares; **Anos 2010 e 2011** - 42 indicadores; **Ano 2012** - 101 indicadores para
42 estados que aderiram ao COAP e 31 para os que não aderiram. Dos 101, 17 foram alterados e
43 27 excluídos; **Anos 2013 a 2015** - Rol único de indicadores para estados que aderiram ou
44 não ao COAP. 67 indicadores (33 universais e 34 específicos); **Ano 2016** - 29 indicadores;
45 **Anos de 2017 a 2021** - 23 indicadores. **CICLO DAS FUNÇÕES INTEGRADAS DA**
46 **GESTÃO PÚBLICA** – Planejamento (PPA, PS, PAS, LDO), Orçamento (LOA compatível
47 com Planejamento), Execução Orçamentária (Fundo de Saúde - cumprimento das metas
48 e ações do PPA/LDO), Acompanhamento (Controle Interno, Prestação de Contas TCE),
49 Controle Público (Conselho de Saúde/Sociedade), Avaliação (Relatório de Gestão/SIOPS).
50 **CONSOLIDAÇÃO DO SUS** - Lei 8080/90 - art. 8º - As ações e serviços de saúde,
51 executados pelo SUS, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de
52 complexidade crescente, Decreto 7.508/11 (Organização do SUS, Planejamento, Assistência à
53 saúde e Articulação Interfederativa). **O QUE SE QUER COM O DECRETO 7.508/2011?**
54 * Garantir à população o direito à saúde, com acesso resolutivo e de qualidade e em tempo
55 oportuno; * Organizar o SUS regionalmente para conformação de uma Rede de Atenção à
56 Saúde visando a integralidade da assistência e a Equidade (Efetivar um planejamento
57 regional integrado e Definir claramente as responsabilidades sanitárias entre os entes
58 federativos); * Garantir maior segurança jurídica, transparência, controle social e resultados
59 efetivos (gestão por resultados); **ARTICULAR UM NOVO PACTO FEDERATIVO QUE**
60 **FORTALEÇA OS VÍNCULOS INTERFEDERATIVOS NECESSÁRIOS À**
61 **CONSOLIDAÇÃO DO SUS** - Decreto 7.508/11 - Regulamenta a Lei nº 8.080, para dispor
62 sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação
63 interfederativa. Capítulo I – das disposições preliminares; Capítulo II – da Organização do
64 SUS; Seção I – das Regiões de Saúde; Seção II – da hierarquização; Capítulo III - do
65 Planejamento da Saúde; Capítulo IV – da Assistência à Saúde; Seção I – da RENASES; Seção
66 II – da RENAME; Capítulo V – da Articulação Interfederativa; Seção I – das Comissões
67 Intergestores; Seção II – do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde; Capítulo VI –
68 das disposições finais. **CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE**
69 - Implementado em cada Região de Saúde e assinado pelos três entes federados (União,
70 Estados e Municípios) tem a finalidade de assegurar a gestão compartilhada, de modo a
71 garantir o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde, em tempo oportuno e com
72 qualidade e estabelece metas e compromissos, incentivos e sanções com o objetivo de
73 produzir resultados para o Sistema de Saúde. **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE** - Redes de
74 Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes
75 densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de
76 gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Portaria nº 4.279 de 30/12/2010:
77 Estabelece diretrizes para organização da RAS no âmbito do SUS. As RAS constituem-se em
78 arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações
79 tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

80 territorial e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como
81 primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema. **DO SISTEMA**
82 **FRAGMENTADO PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE** - ORGANIZAÇÃO
83 HIERÁRQUICA (Alta Complexidade, Média Complexidade e Atenção Básica);
84 ORGANIZAÇÃO POLIÁRQUICA (REDES) (ABS). **GESTÃO DO CUIDADO** – Resolutivo,
85 Integralidade do cuidado, Acolhimento, Humanização, Linhas de Cuidado, Protocolo Clínico
86 e de Acesso, Projeto Terapêutico Singular, Apoio Matricial, Clínica Ampliada e Núcleos de
87 Apoio às Saúde da Família. **GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE** –
88 Processo de trabalho, Trabalhador como ser crítico, ator e autor do processo. **EDUCAÇÃO**
89 **EM SAÚDE** – Formação profissional (Lógica das necessidades da população e não somente
90 de mercado, Graduação, Residência Médica, Educação Permanente de forma articulada e
91 integrada). **TRABALHO EM EQUIPE** – Multiprofissional Interdisciplinar e
92 Transdisciplinar. **CIÊNCIA E TECNOLOGIA** – Insumos, Equipamentos e Gestão.
93 **TECNOLOGIA** – Dura, Leve-Dura e Leve (Consiste em grande complexidade). As várias
94 dimensões do cuidado em saúde são: Individual, Familiar, Profissional, Organizacional,
95 Sistêmica e Societária. **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE** – Rede Cegonha, Rede de
96 Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às
97 Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. **OBJETIVOS**
98 **DA REGIÕES DE SAÚDE** – DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DAS REGIÕES DE
99 SAÚDE PELA RESOLUÇÃO CIT Nº 01/2011 – Garantir o acesso resolutivo, em tempo
100 oportuno e com qualidade, às ações e serviços de saúde de promoção, proteção e recuperação,
101 organizados em rede de atenção à saúde, assegurando um padrão de integralidade
102 (ATENÇÃO BÁSICA, VIGILÂNCIA EM SAÚDE, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, URGÊNCIA-
103 EMERGÊNCIA, ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR). Efetivar
104 o processo de descentralização de ações e serviços de um ente da Federação para outro, com
105 responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os
106 gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades (COMISSÃO
107 INTERGESTORES REGIONAL). Buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos
108 e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos
109 financeiros entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais
110 (DESENVOLVIMENTO REGIONAL). **TERRITORIALIZAÇÃO** - Respeito às realidades
111 locais – critérios para o desenho dos territórios (*Contexto socioeconômico e cultural; *
112 Território vivo; * Fatores de risco e de proteção; * Vulnerabilidades; * Dados
113 epidemiológicos; * Distribuição de equipamentos de saúde; * Protagonistas no processo).
114 **DESAFIOS DA REGIONALIZAÇÃO do SUS** - * Garantir o direito à saúde, promovendo
115 a equidade e contribuindo para a redução de desigualdades sociais; * Diminuir vazios
116 assistenciais - Direcionar investimentos; * Garantir o acesso resolutivo - Organizar ações e
117 serviços de saúde em rede de atenção; * Permitir uma gestão solidária e cooperativa, com
118 compartilhamento de responsabilidades - Fortalecer o processo de descentralização : discutir
119 o papel do estado e dos municípios , na organização regional do sistema, intensificando a
120 negociação e pactuação entre gestores. **REGIONALIZAÇÃO VIVA** - Regionalização
121 solidária e cooperativa, como eixo estruturante do processo de descentralização
122 (*Constituição de espaços de cogestão regional; * Processo compartilhado e solidário).
123 **COLEGIADO INTERGESTORES REGIONAL (CIR) – COMPETÊNCIAS DA CIR** -



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

124 Planejar regionalmente – a partir dos Planos de Saúde (* Identificar necessidades de saúde e
125 seus determinantes e condicionantes; *Identificar vazios assistenciais, de acordo com a
126 RENASES e RENAME e discutir investimentos necessários para a região, a partir de critérios
127 de acessibilidade e escala (qualidade e eficiência) para a conformação dos serviços de maior
128 densidade tecnológica); Organizar a rede de ações e serviços de saúde, de acordo com a PT
129 4279/10 (*Identificar portas de entrada; *Implantar as redes temáticas, organizando os
130 serviços em ordem crescente de complexidade – elaborar a Programação Geral de Ações e
131 Serviços de Saúde (PGASS); *Implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de acesso;
132 *Fortalecer a AB, como ordenadora da Rede e do Cuidado; *Implantar/implementar centrais
133 de regulação e monitorar o acesso); Definir responsabilidades individuais e solidárias de cada
134 ente federativo (*Implantar o COAP; *Incentivar a participação da comunidade). **DESAFIOS**
135 – Superar a fragmentação (*Ter abertura para a dimensão regional, superando os interesses
136 estritos de cada município; *Somatória de sistemas municipais não resulta num sistema
137 regional). **RESPEITO À DIVERSIDADE BRASILEIRA: PROJETO DE GESTÃO**
138 **SINGULAR** - A complexidade do país associada à autonomia federativa das três esferas
139 impõe a criação e implementação de mecanismos de articulação e cooperação
140 intergovernamental solidários e efetivos. **DESAFIO** - Transformar o colegiado constituído
141 num espaço de cogestão (*Romper condicionamentos historicamente estabelecidos para
142 todos os atores; * Romper a cultura de relação hierarquizada; * Buscar uma relação de
143 solidariedade entre os entes federados e entre os municípios; *Construir uma
144 responsabilização coletiva pelo funcionamento da CIR; * Espaço técnico e político). **A**
145 **ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS EM CADA REGIÃO DE SAÚDE –**
146 **SISTEMA DE APOIO** (Apoio diagnóstico e terapêutico, Assistência farmacêutica,
147 Informática e Informação em Saúde); **CIR** (Planejamento, Programação, Gestão do Trabalho
148 e Educação na Saúde, Financiamento, Participação e Controle Social); **SISTEMA**
149 **LOGÍSTICO** (Prontuário Clínico, Cartão SUS, Sistema de Regulação do Acesso, Transporte
150 Sanitário). **DECRETO 7.508/11 – DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE (CAP. IV) -**
151 **PLANEJAMENTO DA SAÚDE** - Obrigatório para os entes públicos e indutor de políticas
152 para a iniciativa privada, orientado pelas diretrizes nacionais estabelecidas pelo Conselho
153 Nacional de Saúde, deve, em âmbito estadual, ser realizado de maneira regionalizada, em
154 razão da gestão compartilhada do sistema, a partir das necessidades dos municípios,
155 considerando o estabelecimento de metas de saúde. **PLANEJAMENTO REGIONAL –**
156 **MAPA DA SAÚDE** (*Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e
157 serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada; * Apoio na identificação das
158 necessidades de saúde e orienta o planejamento regional integrado; * Descrição geográfica da
159 distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela
160 iniciativa privada; *Apoio na identificação das necessidades de saúde e orienta o
161 planejamento regional integrado). **PLANEJAMENTO DA SAÚDE** - O processo de
162 planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os
163 respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde
164 com a disponibilidade de recursos financeiros (Decreto 7.508/11); Os conselhos de saúde
165 deliberarão sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades (Art.30, LC 141).
166 **CICLO DE PLANEJAMENTO** - DA GESTÃO INDIVIDUAL (Plano de Saúde, Programação
167 Anual de Saúde e Relatório de Gestão); DA GESTÃO COMPARTILHADA – parte II do COAP



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

168 (COAP, PGASS, DESEMPENHO DO COAP). **PLANEJAMENTO REGIONAL**
169 **INTEGRADO** - Portaria GM 2135 de 25/09/2-13 - Art. 8º - § 3º A produção resultante do
170 processo de planejamento regional integrado realizado no âmbito da Região de Saúde
171 expressará: I - a identificação da situação de saúde no território e das necessidades de saúde
172 da população da Região de Saúde; II - as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais
173 para a Região de Saúde, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos
174 entes federados; III - a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde. § 4º A produção
175 referida no § 3º comporá o COAP. § 5º Os atuais planos de ação regional das redes de atenção
176 à saúde, bem como os planos de ação e de aplicação de recursos de promoção e vigilância à
177 saúde, de assistência farmacêutica, da gestão do trabalho e da educação na saúde dos três
178 entes federados comporão e integrarão os produtos do planejamento regional.
179 **ELABORADO NO ÂMBITO DA REGIÃO DE SAÚDE** (Baseado nas necessidades de
180 saúde expressas no plano municipal; pactuado, monitorado e avaliado no âmbito da CIR);
181 **COORDENADO PELA GESTÃO ESTADUAL** (*Com envolvimento dos três entes
182 federados (União, Estado e municípios da Região de Saúde); * Expressará as
183 responsabilidades dos gestores (das três esferas) em relação a população do território);
184 **RESULTADO DA PRODUÇÃO DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO**
185 (*Diretrizes, objetivos plurianuais e as metas anuais para a Região de Saúde; * Programação
186 Geral das Ações e Serviços de Saúde; * O resultado desta produção comporá o COAP). **A**
187 **IMPLEMENTAÇÃO DO DECRETO Nº 7.508/11 E A CONSTITUIÇÃO DE REDES**
188 **INTER FEDERATIVAS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE** - A participação efetiva dos
189 Prefeitos e Prefeitas, do Governo do Estado, bem como a mobilização das equipes estaduais,
190 municipais e do Ministério da Saúde, dos membros dos Conselhos de Saúde, movimentos
191 sociais, iniciativa privada e da sociedade civil são fundamentais na implementação do
192 processo de governança regional, para que se alcancem os resultados desejados. **OUTROS**
193 **ITENS DA AGENDA ESTRATÉGICA** - * Implementar o Decreto 7508/11: (Planejamento
194 Regional Integrado Financiamento, CIR, COAP, Cultura Solidária); * Qualificar os Pactos
195 Inter federativos; * Requalificar o papel dos HPP de forma integrada na Rede de Atenção; *
196 Regular o provimento, a fixação e a formação de profissionais de saúde; * Organizar o esforço
197 tripartite frente aos processos da judicialização; * Relação Público-Privada; * Promoção e
198 proteção da saúde. **PRIORIDADES DE ESTADO** - Capacidade de o Estado formular,
199 produzir e gerenciar transformações sociais e econômicas (São compromissos do Estado:
200 EQUIDADE, MELHORIA DA INFRAESTRUTURA, DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E
201 SOCIAL, DIREITOS HUMANOS E DE CIDADANIA); Saúde na agenda central do governo.
202 **DESENVOLVIMENTO** - METODOLOGIA, FLUXO E CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE
203 PACTUAÇÃO MUNICIPAL 2018 (1. Avaliação dos resultados das metas e indicadores 2014 a
204 2017 por município; 2. Consulta as ficha de qualificação dos indicadores 2017-2021
205 (INSTRUTIVO); 3. O município estabelecerá as metas da pactuação 2018 juntamente com as
206 áreas técnicas; 4. O município terá até o dia 07/05/2018 para encaminhar ao Grupo Técnico
207 (GT) sua proposta de pactuação 2018, através do e-mail susam.dabe@gmail.com; 5. O GT
208 consolidará todas as metas 2018 e enviará para análise das áreas técnicas do estado até o dia
209 11/05/2018; 6. As áreas técnicas do estado terão até o dia 18/05/2018 para devolver suas
210 observações ao GT; 7. O GT enviará dia 21/05/2018 aos municípios as observações feitas pelo
211 estado; 8. Os municípios deverão encaminhar a CIR de sua regional sua proposta de



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

212 pactuação 2018, até o dia 23/05/2018 para subsidiar a pactuação regional; 9. Os municípios
213 deveram registrar, salvar e enviar no sistema DigiSUS - Módulo Planejamento, a pactuação
214 2018, através do site: xxxx, até dia 31/05/2018; 10. O conselho municipal aprovará a
215 pactuação 2018 no DigiSUS - Módulo Planejamento; 11. O estado homologará a pactuação
216 2018, enviadas pelos municípios e aprovados pelos conselhos, através do sistema DigiSUS).
217 **METODOLOGIA, FLUXO E CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE PACTUAÇÃO REGIONAL**
218 (1. Avaliação dos resultados das metas e indicadores 2014 a 2017 por regional; 2. Consulta as
219 Ficha de Qualificação dos indicadores 2017-2021 (INSTRUTIVO); 3. O GT Irá propor as
220 metas regionais conforme parâmetros assistenciais nacionais e conforme as pactuações
221 municipais, até o dia 08/06/2018; 4. Os coordenadores de CIR terão até o dia 29/06/2018
222 para consensuar na CIR as metas regionais 2018 e encaminhar ao GT; 5. O GT consolidará
223 todas as pactuações regionais 2018 e enviará para análise das áreas técnicas do estado até o
224 dia 04/07/2018; 6. As áreas técnicas do estado terão até o dia 11/07/2018 para devolver suas
225 observações ao GT; 7. O GT enviará dia 18/07/2018 aos Coordenadores de CIR as
226 observações feitas pelo estado; 8. Os coordenadores de CIR deverão registrar, salvar e enviar
227 no sistema DigiSUS - Módulo Planejamento, a pactuação das metas regionais 2018, através
228 do site: xxxx, até dia 20/07/2018; 9. O estado homologará a pactuação 2018, enviadas pelas
229 regionais, através do sistema DigiSUS). **METODOLOGIA E CRONOGRAMA DA PROPOSTA**
230 **DE PACTUAÇÃO ESTADUAL** (1. Avaliação dos resultados das metas e indicadores 2014 a
231 2017 do estado; 2. Consulta as Ficha de Qualificação dos indicadores 2017-2021
232 (INSTRUTIVO); 3. As áreas técnicas estabelecerão as metas da pactuação 2018 estadual, até
233 o dia 27/07/2018 e encaminharão ao GT suas propostas de pactuação 2018, através do e-mail
234 susam.dabe@gmail.com; 4. O estado deverá pautar na CIB sua proposta de pactuação 2018,
235 até o dia 27/07/2018; 5. O estado deverá registrar, salvar e enviar no sistema DigiSUS -
236 Módulo Planejamento a pactuação das metas 2018, através do site: xxxx, até dia 31/07/2018;
237 6. O conselho estadual aprovará a pactuação 2018 no DigiSUS - Módulo Planejamento; 7. O
238 MS homologará a pactuação 2018, enviada pelo estado, através do sistema DigiSUS. **O**
239 **GRANDE DESAFIO** - * O SUS como movimento social; * Promoção do desenvolvimento
240 econômico e do capital humano; * Políticas Públicas como meio poderoso para a efetiva
241 defesa da vida (Gastão W. S. Campos, 2007). **SAÚDE NÃO É BEM DE CONSUMO, É**
242 **DIREITO DE CIDADANIA.** A **Sra. Edylene Maria dos Santos Pereira** (Secretária
243 Executiva Adjunto da Atenção Especializada do Interior) inicia a apresentação da
244 **PROPOSTA DE ESTRUTURA DO PLANO OPERATIVO ANUAL PARA AS UNIDADES**
245 **HOSPITALARES DO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS.** Sumário - Plano Operativo
246 Anual (POA) (*Apresentação do instrumento *Identificação do município *Introdução
247 *Caracterização da rede assistencial *Panorama sócio demográfico *Morbimortalidade
248 *Atenção especializada *Estabelecimentos de saúde *Estruturas física da unidade hospitalar
249 *Recursos humanos *Oferta de serviços *Produção assistencial – ambulatorial e hospitalar
250 *Qualificação/ ampliação da oferta de serviços de saúde *Habilitações e serviços
251 credenciados *Grade de referência *Assistência farmacêutica e produtos para a saúde
252 *Financiamento *Recursos da média e alta complexidade *Recursos: Federal; Estadual; e
253 Municipal *Despesas administrativas *Metas assistenciais / orçamentárias; Indicadores
254 *Outras metas qualitativas e quantitativas *Responsável pela equipe de
255 elaboração/implementação do POA *Referencias *Anexos. **O PLANO OPERATIVO**



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

256 **ANUAL – POA** é um instrumento que integra todos os acordos entre os entes Federal,
257 Estadual e Municipal de Saúde, e instituição privada, se houver, apresenta elementos que
258 demonstram a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do
259 contrato/ prestação de serviço de cada unidade de saúde. POA é parte integrante do Termo
260 de Compromisso firmado entre o Governo do Estado do Amazonas, por meio da Secretaria de
261 Estado da Saúde – SUSAM e as Prefeituras Municipais que visa definir objetivos, metas e
262 recursos relativos ao funcionamento dos Hospitais Municipais, na prestação de ações e
263 serviços de saúde. **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE** (*Nome do Município, * População
264 (IBGE 2017), * Unidade Hospitalar, * Tipo Gestão, * Unidade Executora, * Código do
265 Estabelecimento, * Período de Execução do POA, * Definir as suas áreas de atuação, * Definir
266 metas quantitativas e qualitativas a serem atingidas, * Subsidiar o acompanhamento e a
267 avaliação da efetividade das ações e serviços entre as partes, visando: a) a prestação de
268 assistência integral, b) o aprimoramento dos processos de gestão). **MISSÃO DA UNIDADE**
269 **NA RAS** (Qual é a missão da Unidade Hospitalar); **OBJETIVO** (Aprimorar o modelo
270 assistencial hospitalar); **PÚBLICO-ALVO** (População da RAS local e referenciada).
271 **CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE** (*Situação socioeconômica; *
272 Dados de Morbidade/Mortalidade; * Rede Assistencial: Atenção Básica, Atenção
273 Especializada, Outros pontos de Atenção). **MORBIMORTALIDADE - MORBIDADE:**
274 Definida pelas condições de vida, do processo saúde-doença. Fonte de Busca: Ministério da
275 Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) E SISTEMA DE
276 INFORMAÇÃO DO DATASUS / SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS E
277 NOTIFICAÇÕES – SINAM. **MORTALIDADE:** Do que as pessoas morrem. Fonte de Busca:
278 Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) , SISTEMA
279 DE INFORMAÇÃO DO DATASUS / SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE –
280 SIM. **CARACTERIZAÇÃO DA REDE** - Consultar e atualizar os dados cadastrados no
281 Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde SCNES- e verificar a sua capacidade
282 instalada em estrutura (nº de salas) equipamentos, materiais e pessoal (devendo constar
283 quadro de despesas da folha de pagamento Recurso federal se houver, Estadual e Municipal).
284 Após serem identificadas todas estas necessidades, o gestor terá o desenho da Rede de
285 serviços. **ESTRUTURA DA REDE SERVIÇOS E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA** –
286 (*Núcleo Ampliado de Saúde da Família da AB/NASF; *Centro de Atenção
287 Psicossocial/CAPS; *Centro Especializado de Reabilitação/CER tipo II; *Centro
288 Especializado de Odontologia/CEO; *Laboratório Regional de Prótese Dentária/LRPD;
289 *Centro de Referência Estadual a Saúde do Trabalhador/CEREST; *Estratégia de Saúde da
290 Família /ESF; *Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal/ESFSB; *Programa Agentes
291 Comunitários de Saúde/PACS). FONTE DE BUSCA: DAB/MS – SISTEMA DE NOTAS
292 TÉCNICAS. **PRODUÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL E HOSPITALAR DA**
293 **UNIDADE HOSPITALAR** - Serie Histórica de pelo menos 5 anos 2013 a 2017 - ONDE
294 BUSCAR INFORMAÇÃO - DATASUS: Ministério da Saúde Sistema de Informações
295 Ambulatorial e Hospitalar do SUS (SIA/SIH/SUS); DATASUS/TABWIN; e SIGTAP –
296 Sistema de Gerenciamento de Tabelas. CAPACIDADE INSTALADA - **GRADE DE**
297 **REFERÊNCIA** – (*Na própria região de saúde; * Outras regiões; * Interestadual) –
298 **NECESSIDADES** - Problemas de Saúde Priorizados - Instrumentos - Política Social,
299 Alternativa de Intervenção e Medicina baseada em evidências. **NECESSIDADE DE**




GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

300 **SERVIÇOS** (*Necessidade da população, *Tempo de resposta, Morbimortalidade)
301 **INSTRUMENTOS E SERVIÇOS** (*RENASES, RENAME, Portaria 1.631, SIGTAP,
302 conforme os PMS, *Portarias de Habilitação/ Credenciamento de serviços). A Constituição
303 Federal de 1988 – Diz que : O financiamento do SUS será Tripartite - **FINANCIAMENTO**
304 **FEDERAL** (*Destinar pelo menos 13,2% das receitas com impostos); **FINANCIAMENTO**
305 **ESTADUAL** (*Destinar 12% de seus impostos e recursos vindo de transferências);
306 **FINANCIAMENTO MUNICIPAL** (*Aplicar 15% dos impostos e transferências) - Os
307 percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos
308 atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção
309 presidencial da Emenda Constitucional 29. **Financiamento/Fonte - Fonte 230/430 (ou**
310 **equivalente no sistema municipal)** - *Repasse de recursos na modalidade fundo a
311 fundo, oriundos do Orçamento Geral da União, por meio do Fundo Nacional de Saúde em
312 favor dos Fundos Municipais de Saúde. **Fonte 100 (ou equivalente no sistema**
313 **municipal)** - *Recursos oriundos da arrecadação de impostos do Município, em especial
314 aqueles considerados no computo do percentual mínimo regulamentado pela Lei
315 Complementar Federal nº 141/2012, tais como ISS, IPTU e ITBI, ICMS (25%), IPVA (50%),
316 Quota-parte FPM, Quota-parte IPI - exportação (25%), Quota-parte ITR, Transferência LC
317 87/96 - Lei Kandir (25%), Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, juros de mora e
318 correção monetária, sobre cuja base de cálculo o Município deve obrigatoriamente aplicar
319 15% em ações e serviços públicos de saúde. **Outras Fontes** - *Recursos oriundos da
320 exploração patrimonial, tais como, aluguéis, arrendamentos, taxas pelo exercício do poder de
321 polícia, etc. **CUSTEIO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE - Como executar o**
322 **recurso** (1. Qualificação/ Ampliação da oferta de serviços de saúde; 2. Pessoal: Gratificação
323 Diárias; 3. Material de Consumo: Medicamentos, Material radiológico, laboratório,
324 expediente, limpeza, gêneros alimentício, roupa de cama e mesa, oxigênio, combustíveis, gás;
325 4. Serviços de Terceiros; 5. Outros serviços e encargos). **DESPESAS ADMINISTRATIVAS**
326 - A Secretaria de Estado da Saúde atualmente custeia o serviço de energia elétrica para as
327 unidades hospitalares. Conforme o TCG, cláusula terceira, item B, o Município destinará
328 recursos do Tesouro Municipal para manutenção e financiamento das Unidades Hospitalares
329 do Município, ficando a partir deste Termo responsável pelas despesas administrativas/
330 contas públicas existentes nas unidades hospitalares. **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E**
331 **PRODUTOS PARA A SAÚDE** - O Estado conforme Clausula Terceira, Item C, manterá o
332 abastecimento de produtos para a saúde, material médico-hospitalar e medicamentos,
333 incluindo o abastecimento dos cilindros de gases medicinais. A Secretaria de Estado de Saúde
334 estará qualificando a distribuição de medicamento conforme a necessidade hospitalar. Fonte
335 de Busca: RENAME, CEMA, POPULAÇÃO. **METAS ASSISTENCIAIS**
336 **(QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS) E INDICADORES** (*Da necessidade à
337 definição das ações e serviços; *Quadro de Ações/ Meta Quantitativa Ambulatorial e
338 Hospitalar; *Como Programar a Meta) - Para cálculo desta meta, deverá ser considerando o
339 Rol de procedimentos por Grupo e Subgrupo de produção e relacionar o quantitativo de cada
340 procedimento, considerando a necessidade da população. **EIXO: ATENÇÃO**
341 **ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE** - OBJETIVO: Ampliar e
342 qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização,
343 equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

344 especializada, ambulatorial, hospitalar e domiciliar, integrando os Programas de Telessaúde,
345 Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e as Ações das Fundações de Saúde assistenciais
346 vinculadas a SUSAM. **INDICADOR** (*Taxa de ocupação hospitalar); **MÉTODO DE**
347 **CÁLCULO** (*Número de pacientes-dia no período x 100
348 Número de leitos-dia ativos no período); **META DO INDICADOR 2018** (*); **META DE**
349 **REFERÊNCIA** (*70 - 85%); **RESULTADO ESPERADO** (*Manter a taxa de ocupação
350 entre 70% - 85%). Fonte: Censo hospitalar. **EXEMPLO DE META ORÇAMENTÁRIA –**
351 **AÇÃO** (*Manter atualizado o pagamento das despesas administrativas da unidade
352 hospitalar); **META** (*Mensal); **META ORÇAMENTÁRIA** (*R\$). **METAS**
353 **QUALITATIVAS – AÇÃO** (*Realizar Censo Hospitalar Diário, *Manter Registro atualizado
354 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); **META FÍSICA** (*Realizar 01
355 Censo diário; *Manter cadastro atualizado mensalmente). **RENASES** (*Elaborada a partir
356 do Decreto 7.508 de Junho de 2011, *Estruturada pela Resolução nº 2 da CIT de Janeiro de
357 2012, *Publicada pela Portaria 841 de Maio de 2012, *Estabelece a Relação Nacional de Ações
358 e Serviços de Saúde – RENASES). **PROGRAMAÇÃO DA META** (*Necessidade, *Carteira
359 de Serviços, *Acesso: Econômico; Geográfico; Assistencial, *Inclusão/Exclusão, *Informação,
360 *Avaliação, *Resultados: Acesso efetivo, acesso não efetivo, resultados assistenciais,
361 indicadores de saúde, gerais e específicos). **RESULTADO - RENASES** – À prestação
362 efetiva de Oferta assistencial e Plano de Serviços (*Atenção Primária, *Atenção de Urgência e
363 Emergência, *Atenção Psicossocial, *Hospitais, *Especialidades de acesso, *Vigilância em
364 saúde). Estiveram **PRESENTES: Sra. Andreia Rejane Rodrigues Ferreira** (Suplente
365 do Coordenador); **Sra. Alcirley Sales de França** (Secretária Municipal de Saúde de
366 Autazes/AM); **Sra. Aldineia Pascoal da Silveira** (Secretária Municipal de Saúde de
367 Careiro Castanho/AM); **Sra. Gissele Sheila dos P. Machado** (Suplente do Secretário
368 Municipal de Saúde de Careiro da Várzea/AM); **Sra. Rosecler Guaraldi Ebling**
369 (Secretária Municipal de Saúde de Iranduba/AM); **Sra. Angela Maria M. do Nascimento**
370 (Suplente do Secretário Municipal de Saúde de Manaus/AM); **Sra. Liliane Sales Girão**
371 (Suplente da Secretária Municipal de Saúde de Presidente Figueiredo/AM); **Sra. Aila Carla**
372 **da Costa Bernardino** (Secretária Municipal de Saúde de Rio Preto da Eva/AM); **Sra.**
373 **Luzinete dos Santos Rubem** (Suplente do DSEI Manaus/AM). **AUSENTES: Sra.**
374 **Maria dos Santos Leite Rocha** (Secretária Municipal de Saúde de Barcelos/AM); **Sr.**
375 **Januário Carneiro da Cunha Neto** (Secretário Municipal de Saúde de Manaquiri/AM);
376 **Sra. Romina Brito** (Secretária Municipal de Saúde de Nova Olinda do Norte/AM); **Sr.**
377 **Fábio Lobato Sampaio** (Secretário Municipal de Saúde de Santa Isabel do Rio
378 Negro/AM); **Sra. Eufelia Lima Gonçalves** (Secretária Municipal de Saúde de São Gabriel
379 da Cachoeira/AM) e a **Sra. Lys Firmo Rodrigues** (Coordenadora do DSEI Alto Rio
380 Negro/AM). O Coordenador **Sr. Jani Kenta Iwata** agradece a presença de todos. A
381 presente ATA foi elaborada, digitada e revisada pela **Secretária Executiva da**
382 **CIR/MEARN/AM Sra. Mary Anne Araújo Delgado** e será arquivada para fins
383 documentais, após ser submetida à apreciação da **CIR/MEARN/AM**. Centro de Convenções
384 do Amazonas Vasco Vasques – Av. Constantino Nery, nº 5001. Manaus, 24 de abril de 2018.


Alcirley Sales de França
Vice Coordenadora da CIR/MEARN/AM


Jani Kenta Iwata
Coordenador da CIR/MEARN/AM