



Série Gestão e Inovação em Tempos de Pandemia

Um relato da experiência à frente da SES-GO



2022



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde





Ficha Técnica

Série Gestão e Inovação em tempos de pandemia 2022

Elaboração, distribuição e informações:
Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, Rua 26. 521
Jardim Santo Antônio Goiânia - Goiás
Site: www.saude.go.gov.br

Organização

Luciana Vieira

Coordenação

Número 1
Túlio Magalhães da Veiga Jardim
Número 2
Simone Camilo Aquino Botelho
Número 3
Viviane Leonel Cassimiro Meireles
Número 4
Fabiana Sousa Lemos
Número 5
Alessandra Rodrigues de Almeida Lima

Revisão textual

Alessandra Marques Cardoso
Célia Regina Marcelino da Silva
Joana Darc Vaz da Silva Fernandes
Kemil Rocha Sousa
Larissa Rezende Borges Dourado
Matilde Ferreira dos Santos Silva
Noêmia Rodrigues de Novais Neves
Sônia de Sousa Barbosa
Wusula Francisca de Sousa Pitarelli

Revisão Técnica

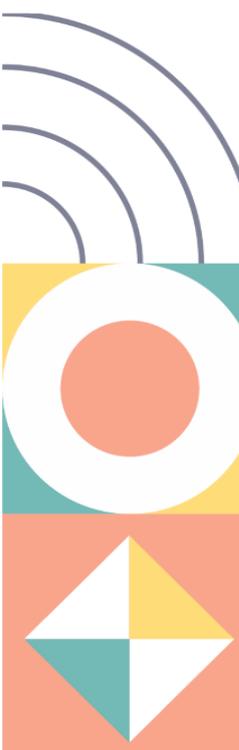
Coordenadores da série

Design gráfico e capa

Angélica Araújo Martins dos Santos Abadia

Diagramação

Angélica Araújo Martins dos Santos Abadia
Anielle Gonzaga Pimentel de Araújo
Clébia Borges Sales
Cristiane Silva Rabelo Ávila Baioneta
Juliana Conceição de Oliveira
Maria Osória de Oliveira Silva
Ricardo Dantas Cavalcanti



O conteúdo desta obra é de responsabilidade dos respectivos autores



Gestão em Foco 1

Atenção, Regulação e Vigilância 2

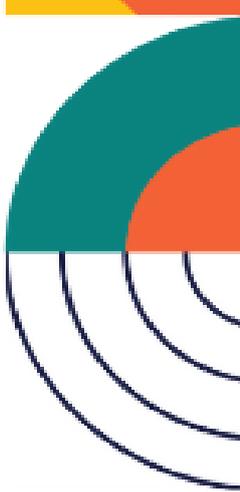
A Nova Escola de Saúde de Goiás 3

As Regionais que queremos 4



**Aprendizados no enfrentamento à
pandemia de COVID-19 5**



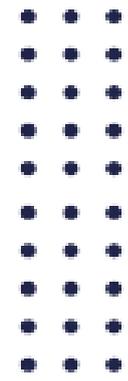


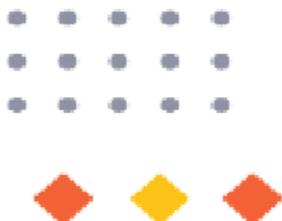
Atenção, Regulação e Vigilância



Série
Gestão e Inovação em
Tempos de Pandemia

N.2

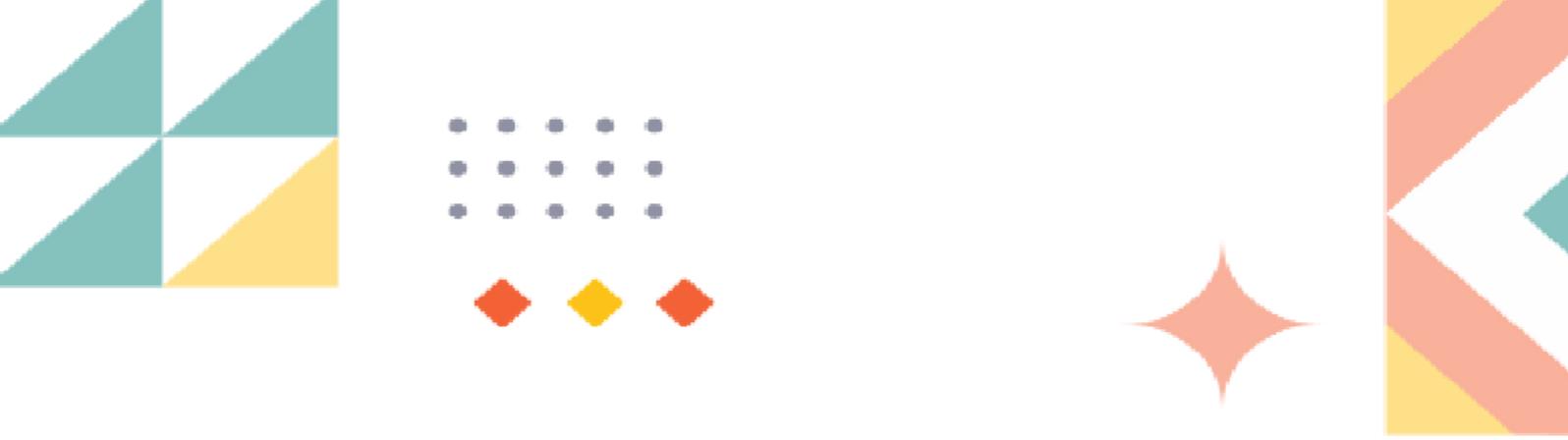




Autores do Número 2

Camila da Cruz Brum e Alencar
Candice Rezende Castro e Macedo
Cárita Cristina Margarida Figueiredo de Castro
Danielle Jaques Modesto
Eliane Rodrigues da Cruz
Elma Batista Aniceto
Fernanda Barbosa de Oliveira
Flúvia Pereira Amorim da Silva
Helisiane Fernandes Moreira Figueiredo
Jackeline Lemes Borges
Juliana Rodrigues Marcilio
Milca de Freitas Queiroz Prado
Milena Sales Costa Bemfica
Morgana Souto de Souza Pedrosa
Neiva Fernanda Chinvelski Duarte
Neusilma Rodrigues
Edinalva Rodrigues Batista Gonçalves
Paula dos Santos Pereira
Rosilene Martins da Silva
Sandro Rogério Rodrigues Batista
Simone Camilo Aquino Botelho
Suely Pereira de Faria
Suzana Cristina Xavier
Ticiane Peixoto Nakae da Silva





Catálogo na Publicação

Atenção, Regulação e Vigilância. [recurso eletrônico] / Luciana Vieira (org.) – Goiânia, 2022.

95 p.: il. - (Série Gestão e Inovação em Tempos de Pandemia, 2)

Inclui referências

1. Atenção primária à saúde 2. Regulação 3. Vigilância em saúde pública I. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás II. Título III. Série

ISBN: 978-65-999234-0-1

CDU: 614 (817.3)

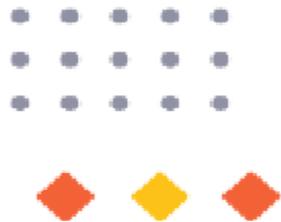
Catálogo na publicação: Biblioteca Profª Ena Galvão

Títulos para indexação

Em inglês: Attention, Regulation and Surveillance

Em espanhol: Atención, Regulación y Vigilancia





Agradecimentos

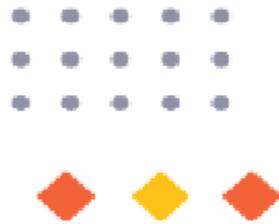
Ao Dr. Ronaldo Ramos Caiado, Governador do Estado de Goiás, inspiração no enfrentamento à pandemia e no cuidado aos goianos, e um firme incentivador da Regionalização da Saúde;

Ao Dr Ismael Alexandrino, que com leveza e obstinação conduziu a Secretaria de Estado de Saúde por 3 anos, 3 meses e 31 dias;

À Veronica Savattin, e em seu nome a toda a Diretoria da COSEMS-GO e a cada um dos 246 Secretários Municipais de Saúde, parceiros na formulação das diretrizes e na condução da Saúde no Estado de Goiás, mesmo em meio às salutares discordâncias características da Democracia e do SUS;

A cada um dos 6.852 servidores da SES, por compartilharem dos nossos propósitos e nos ensinarem tanto.





Prefácio

**"O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria, aperta
e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem."
Guimarães Rosa**

Gerir uma Secretaria de Estado de Saúde é missão das mais desafiadoras. Fazer a engrenagem rodar, com respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde - universalidade, equidade e integralidade - e da Administração Pública - legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência -, é tarefa extenuante e, por vezes, contraditória. Agora imagina em meio à maior pandemia que nossa geração enfrentou! Quando chegamos a Goiás, em janeiro de 2019, o tripé era muito claro: regionalização, regulação das unidades estaduais pelo Estado, e eficiência operacional e financeira. Concentramos esforços em uma estrutura administrativa enxuta, com processos redesenhados, competências identificadas e servidores valorizados. Pautamos todas as decisões em evidências científicas e em análises qualificadas das informações em saúde. Planejamos e replanejamos, sonhamos, ousamos. Por vezes desafiamos o relógio e quiçá, mudamos o eixo de rotação da Terra! Mas todas as propostas apresentadas no Plano de Governo foram cumpridas, sem nunca perder de vista o senso de Legado. Transparência, empatia e diálogo foram mais que palavras bonitas ao vento - foram o norte e o objetivo diário em cada uma de nossas ações. O que apresentamos nos cinco números da Série "Gestão e Inovação em Tempos de Pandemia - um relato da experiência à frente da SES-GO" representa um esforço em preservar essa memória e contar um pouco da história pela voz - e palavras - dos que a viveram e construíram. Reger essa orquestra com músicos brilhantes e comprometidos foi, para nós, um privilégio e uma dádiva. Muito mais foi feito do que aqui tivemos a possibilidade de explicitar, e as boas sementes plantadas certamente germinarão. Somos felizes e gratos pela oportunidade de semear. Que cada cidadão goiano, usuário do nosso SUS, possa colher os frutos.

Luciana Vieira



SUMÁRIO E-BOOK N.2

Apresentação	10
Capítulo 1	12
REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	12
Capítulo 2	21
NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	21
Capítulo 3	30
POLICLÍNICAS ESTADUAIS	30
Capítulo 4	40
DESOSPITALIZAÇÃO	40
Capítulo 5	49
AVANÇOS NA SAÚDE MENTAL	49
Capítulo 6	58
EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL (E-MAESM)	58
Capítulo 7	64
PLANO ESTADUAL DE REGULAÇÃO	64
Capítulo 8	74
REGULAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS – REGNET, TRANSPARÊNCIA E CRITÉRIO SWALIS.....	74
Capítulo 9	84
RESSIGNIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	84



Apresentação

Simone Camilo Aquino Botelho
Luciana Vieira

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”
Madre Teresa de Calcutá



Como realizar assistência integral a saúde promovendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade considerando o contexto histórico, político, familiar e ambiental que a pandemia nos trouxe?

A resposta esta pergunta está nos valores definidos no referencial estratégico definido por esta gestão. Enfrentamos tudo com espírito de transparência, empatia e inovação. **Implantamos um novo modelo de financiamento da atenção primária** aumentando o acesso da população aos serviços e melhorando o vínculo com as equipes da atenção primária.

As policlínicas vieram para suprir um vazio assistencial na atenção ambulatorial especializada, realizando a interligação das principais redes de atenção a saúde nas macrorregiões.

Com o projeto de desospitalização temos o objetivo de aproximar as redes de atenção em domicílio garantindo uma transição mais efetiva.

Na Saúde Mental destacamos as equipes multiprofissionais de atenção especializada que permite o acesso ao serviço especializado e fortalece a atenção integral às pessoas com transtornos mentais.

Na regulação do acesso destacamos a oferta assistencial adequada à necessidade do cidadão estabelecendo referências entre as unidades de diversos níveis atenção e trazendo transparência nas ações.

Dessa forma, ressignificamos as ações sanitárias com o objetivo de promover uma mudança no curso dos acontecimentos, com um olhar voltado à valorização do trabalho em equipe, transparência nas ações, qualidade dos serviços prestados com

a implantação gradativa do Sistema de Gestão da Qualidade Total para todos os processos de trabalho da VISA Goiás.

Enfim, este e-book nos mostra que trabalhamos muito além das demandas que a pandemia nos impôs. Implantamos projetos, regionalizamos a saúde, regulamos o acesso com transparência e eficiência sempre com foco na maior satisfação e melhorias da saúde da população.

Indubitavelmente foi uma tarefa desafiadora elaborar esse Número 2 do E-book. De forma dinâmica, apresentamos a seguir uma coletânea compreendendo os temas: regionalização, finalização, policlínicas, desospitalização, saúde mental, equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental, plano estadual de regulação, regulação de cirurgias eletivas e ressignificação das ações de vigilância sanitária. Seja nosso convidado nessa leitura instigante pela “Atenção, Regulação e Vigilância” em Goiás!



Capítulo 1

REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Sandro Rogério Rodrigues Batista
Danielle Jaques
Milena Sales Costa Bemfica
Paula dos Santos Pereira

Palavras-chave: Integração; Regionalização; Redes; Acesso a Serviços de Saúde.

Você sabia?



Que o estado de Goiás conta com uma rede própria de serviços de saúde sob a sua gerência, na capital e em cidades do interior? Isto mesmo! Esta rede, constitui-se de unidades de média e alta complexidade, dentre eles hospitais gerais, especializados e de urgência, laboratórios, hemocentro e policlínicas.

A mudança na concepção saúde-doença, deixando esta de ser concebida de acordo com o paradigma biomédico e passando a ser baseada no processo de bem-estar biopsicossocial, trouxe mudanças também na organização da assistência fornecida. Tomar o sujeito como ser integral com especificidades, leva a uma nova forma de fazer saúde, partindo de uma concepção integral e hierarquizada, refletindo na forma como a saúde é organizada nos territórios^{1,2}.

A partir dessa nova concepção do adoecer tornou-se fundamental implementar serviços de saúde de forma articulada e conectada, em que um ponto de atenção complementa o outro, além de compartilhar seus cuidados e conhecimentos. A partir desse cenário constituem-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS), arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que atuam de forma integrada e articulada, visando resolutividade e acesso³.

Implementada pelo Ministério de Saúde (MS), através da Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010³, as RAS passam a ser as principais formas de organização da saúde no território nacional. A referida portaria estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando sua organização de acordo com as necessidades do território, respeitando suas

especificidades, distribuindo os pontos de atenção conforme a necessidade, sempre priorizando a Atenção Primária à Saúde, como eixo organizador do cuidado e descentralizando a assistência de forma a permitir o acesso de todos de forma igualitária e equânime³.

Diante dessa concepção, os estados têm passado por diversas mudanças em suas organizações no âmbito da saúde, a fim de levá-la em tempo hábil a quem precisa, com foco na prevenção e promoção, permitindo o acesso a serviços pertinentes e resolutivos¹. No estado de Goiás esse processo vem acontecendo nos últimos anos e as mudanças organizativas têm sido cada vez mais enfáticas.

Iniciando pela organização do território, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SES-GO), visa a atender as diretrizes estabelecidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01⁴, que preconiza o ordenamento do processo de regionalização da saúde nos estados, ampliando a descentralização e municipalização, estabelecendo mecanismos de referência e contrarreferência intermunicipais, que possibilitem garantir a integralidade da assistência e o acesso universal da população aos serviços de saúde, o mais próximo possível do seu local de residência.

Organizar o território é uma das premissas para se pensar na organização das RAS, visto que o acesso à saúde se dá no local onde a população está e de acordo com as suas necessidades. Dividir o território e levantar suas necessidades é o primeiro ponto para se organizar serviços e suas articulações.

Caracterização demográfica



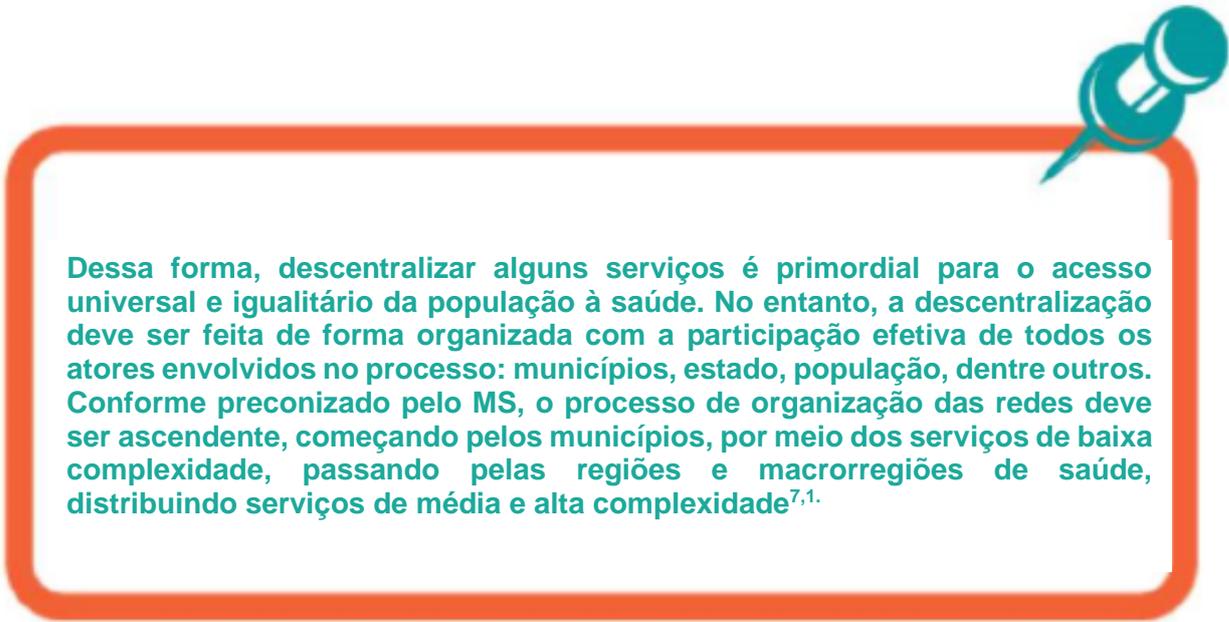
O estado de Goiás está localizado no Planalto Central do Brasil, ocupando uma área de 340.242,854 km², o que representa 3,99% da área do país. É composto por 246 municípios, possuindo uma população estimada em 7.206.589 de habitantes (3,37% da população brasileira) e densidade demográfica de 17,65 habitantes/km², abaixo da média brasileira, que é de 22,43 habitantes/km² ⁵.

A capital do estado, Goiânia, fica localizada acerca de 200 Km da capital federal, Brasília. Atualmente, conta com uma população de 1.555.626 pessoas e densidade demográfica de 1.776,74 habitantes/km² ⁵. Quanto ao desenho regional da saúde do estado de Goiás, apresenta a seguinte configuração: municípios distribuídos em 05

macrorregiões, 18 regiões de saúde, com 18 sedes administrativas estaduais, com as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) implantadas.

O estado de Goiás tem como determinantes da saúde e doença de sua população vários fatores. Dentre eles, podemos citar o crescimento populacional predominantemente urbano, em algumas regiões de forma desordenada, sofrendo grandes influências de pólos importantes, com peculiaridades socioeconômicas e políticas diferenciadas dos demais estados brasileiros, como é o caso dos municípios que fazem parte do entorno do Distrito Federal.

Toda essa complexidade gera necessidades diferenciadas para cada região do estado, devendo haver uma organização para atender às demandas e não acumular serviços em apenas algumas regiões^{6,2}. Assim como na maioria dos estados brasileiros onde há uma tendência de concentração de serviços de alta complexidade nos grandes centros urbanos, já que existe nessas localidades uma maior concentração populacional, maior contingente de profissionais, maior aporte financeiro e uma demanda mais significativa. Entretanto, tal concentração inviabiliza o acesso de diversas regiões e populações mais distantes, além de onerar municípios no transporte de pacientes.



Dessa forma, descentralizar alguns serviços é primordial para o acesso universal e igualitário da população à saúde. No entanto, a descentralização deve ser feita de forma organizada com a participação efetiva de todos os atores envolvidos no processo: municípios, estado, população, dentre outros. Conforme preconizado pelo MS, o processo de organização das redes deve ser ascendente, começando pelos municípios, por meio dos serviços de baixa complexidade, passando pelas regiões e macrorregiões de saúde, distribuindo serviços de média e alta complexidade^{7,1}.

Nesse contexto, a SES-GO, através do estabelecimento de políticas públicas, tem procurado aprimorar seu sistema de saúde, garantindo no seu plano de governo o

acesso aos serviços de saúde pública, com foco na qualidade, humanização e excelência da promoção e prevenção das condições de saúde.

A Constituição Federal de 1988⁸ preceitua que:

Art. 198. As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

(...) (grifamos)

Com base nesse dispositivo, a Lei 8.080/1990⁹, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, elenca princípios, dos quais se destacam:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

(...) (grifamos)

Nesse sentido, a descentralização, ou melhor, a regionalização dos serviços de saúde, pode ser vista como a busca da instrumentalização da melhor distribuição técnica e territorial dos serviços de saúde, visando a melhoria da cobertura e acesso da população aos serviços.

Por outro lado, a regionalização tem a capacidade de aproximar os diversos níveis de atenção à saúde. Este processo possibilita a definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde.

“Entende-se por regionalização em saúde a busca ou a instrumentalização da melhor disposição e distribuição técnica e espacial dos serviços, visando à cobertura e acesso da população às ações de saúde, com máxima eficiência institucional e social.” (CONASEMS)¹⁰.

Gestão do SUS em Goiás

O estado de Goiás conta com uma rede própria de serviços sob sua gerência, na capital e em cidades do interior. Esta rede constitui-se de unidades de média e alta complexidade, dentre eles hospitais gerais, especializados e de urgência, laboratórios, hemocentro e policlínicas, conforme relação a seguir:

UNIDADES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Nº	MUNICÍPIO	UNIDADE
1	Goiânia	1.1. HUGO-Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdomiro Cruz;
		1.2. HGG- Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi
		1.3 . HDT- Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad
		1.4. HUGOL- Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira
		1.5. CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
		1.6. HDS - Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta
		1.7. CEAP-SOL - Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidarietà
		1.8. HMI - Hospital Estadual Materno-Infantil Dr. Jurandir do Nascimento
		1.9. HEMNSL - Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
		1.10. Gerência de Transplantes
		1.11. CEMAC JB – Central Estadual de Medicamentos de Alto Custo Juarez Barbosa
		1.12. COEG – Central de Odontologia do Estado de Goiás Sebastião Alves Ribeiro
		1.13. Rede Estadual de Hemocentros - Rede Hemo
		1.14. CARA – Centro Estadual de Assistência aos Radioacidentados Leide das Neves
		1.15. LACEN-GO – Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros
		1.16. CAPSI – Centro Estadual de Atenção Psicossocial e Infanto-Juvenil
		1.17. CREMIC – Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar
		1.18. CORI - Centro Estadual de Orientações e Informações em Saúde
2	Trindade	2.1. HETRIN - Hospital Estadual de Trindade Walda Ferreira dos Santos
3	Goiás	3.1. Policlínica Estadual da Região Rio Vermelho
4	São Luiz de Montes Belos	4.1. Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó
		4.2. Policlínica Estadual da Região Oeste II
5	Uruaçu	5.1. HCN - Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano
6	Anápolis	6.1. HEANA - Hospital Estadual de Anápolis Dr. Henrique Santillo
7	Pirenópolis	7.1. HEELJ - Hospital Estadual de Pirenópolis Ernestina Lopes Jaime
8	Goianésia	8.1. Policlínica Estadual da Região São Patrício
9	Jaraguá	9.1. HEJA - Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim
10	Formosa	10.1. Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Fayad
		10.2. Policlínica Estadual da Região do Entorno
11	Luziânia	11.1. Hospital Estadual de Luziânia
12	Posse	12.1. Policlínica Estadual da Região Nordeste II
13	Quirinópolis	13.1. Policlínica Estadual da Região Sudoeste II

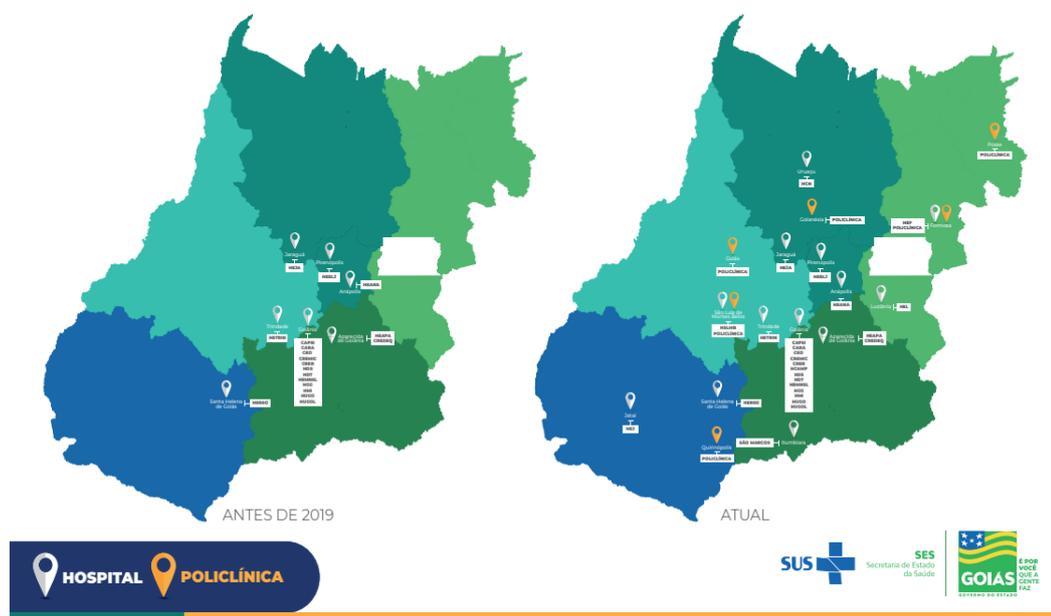
14	Santa Helena	14.1. HERSO - Hospital Estadual de Santa Helena Dr. Albanir Faleiros Machado
15	Jataí	15.1. Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho
16	Aparecida de Goiânia	16.1. HEAPA - Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia Cairo Louzada
		16.2. CREDEQ Prof. Jamil Issy – Centro Estadual de Referência e Excelência em Dependência Química de Aparecida de Goiânia
		16.2. CREDEQ Prof. Jamil Issy – Centro Estadual de Referência e Excelência em Dependência Química de Aparecida de Goiânia
17	Itumbiara	17.1. Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

O processo de descentralização deve enfatizar a regionalização e a equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais que envolvam todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob a responsabilidade da SES-GO.



O modelo atual de regionalização do território estadual contempla 05 macrorregiões, que abrangem 18 regiões de saúde, buscando contemplar a lógica do planejamento integrado, com ênfase nas noções de territorialidade e hierarquização dos serviços de saúde, maior equidade no acesso dos cidadãos aos serviços necessários para solucionar seus problemas de saúde. A figura abaixo apresenta o processo de descentralização assistencial das unidades sob gestão estadual, representando como esse processo tem ocorrido dentro do território.

Unidades estaduais de assistência à saúde



Como mostra a figura acima, o estado é dividido de forma regionalizada, a região de saúde é a base territorial do planejamento da atenção à saúde, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relação entre municípios, entre outras⁵ (NOAS-SUS 01/2001).

Cada região de saúde possui um município polo que, por definição, é o município que apresenta papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção, a saber:

Macrorregião	Região	Município Polo	Quantitativo de Municípios
Centro Oeste	Central	Goiânia	26
	Rio Vermelho	Goiás	17
	Oeste I	Iporá	16
	Oeste II	São Luís de Montes Belos	13
Total de Municípios Centro Oeste			
Centro Norte	Norte	Porangatu	13
	Serra da Mesa	Uruaçu	09
	Pireneus	Anápolis	10
	São Patrício I	Ceres	20
	São Patrício II	Goianésia	08

Nordeste	Entorno Norte	Formosa	08
	Entorno Sul	Luziânia	07
	Nordeste I	Campos Belos	05
	Nordeste II	Posse	11
Sudoeste	Sudoeste I	Rio Verde	18
	Sudoeste II	Jataí	10
Centro Sudeste	Centro Sul	Aparecida de Goiânia	25
	Estrada de Ferro	Catalão	18
	Sul	Itumbiara	12

Considerações Finais



A descentralização, a regionalização e a hierarquização são princípios norteadores do SUS, preceituados pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis que a regulamentam, devendo figurar no foco da ação estatal de organização das ações e serviços de saúde. Descentralizar esses serviços é primordial para o acesso universal e igualitário da população, o que deve ser feito de forma organizada, com a participação efetiva de todos os atores envolvidos no processo: municípios, estado, população, dentre outros.

Assim sendo, o processo de organização das redes deve ser ascendente, iniciando pelos municípios por meio dos serviços de baixa complexidade, passando pelas regiões, para implantar os serviços de média complexidade, chegando nas macrorregiões de saúde, que deverão organizar os serviços de alta complexidade.

O grande desafio está em concretizar, através da ação estatal e da participação dos entes políticos envolvidos, o que preconiza a Constituição Federal e todo o aparato legal até aqui suscitado, de modo que cumpram sua função social e atendam de forma efetiva às necessidades de saúde da população.

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: OPAS; 2011 [Acesso em 2022 Mar 03]. p. 549. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
2. Tofani LF, Furtado LA, Guimarães CF, Feliciano DA, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Ciência & Saúde Coletiva. 2021 out 25 [Acesso 2022 Mar 03];26:4769-4782. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/caos-organizacao-e-criatividade-revisao-integrativa-sobre-as-redes-de-atencao-a-saude/17769?id=17769&id=17769>.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
4. Ministério da Saúde (BR). Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Série A. Normas e Manuais Técnicos [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 Mai [Acesso 2022 Mar 25]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>.
5. IBGE 2021. Dados Demográficos do estado de Goiás e do município de Goiânia. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go/goiania.html>
<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go.html>
6. Carmo RF, Santos DN, Oliveira JF, Modena CM, Firmo JO, Luz ZM. Acesso aos serviços de saúde na rede de atenção: compreendendo a narrativa de profissionais de saúde [Internet]. Cadernos Saúde Coletiva. 2021 Mar [Acesso em 2022 Mar 03];29(1):77-85. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/YLfpqC4pwb9SKFSvdphmZTG/>.
7. Cerqueira RS, Anjos EF, Prado NM. [Resenha]. In: Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado. Santos AM. Saúde em Debate. 2021 Jan-Mar [Acesso 2022 Mar 03];45(128):249-251. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HcPXff3v89Jbp6VMhTtDFFB/?lang=pt>.
8. Assembleia Nacional Constituinte (BR). Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União. 5 out. 1988;126(191-A):1.
9. Presidência da república (BR). Casa Civil; Subchefia para assuntos jurídicos. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União [Internet], 1990 Nov 20 [Acesso 2022 Mar 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
10. Conasems. Regionalização da Saúde - Posicionamento e orientações. Brasília 2019 p.28 Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-2.pdf>

Capítulo 2

NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Sandro Rogério Rodrigues Batista
Jackeline Lemes Borges
Ticiane Peixoto Nakae da Silva

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

Contextualização



Você sabia que o novo modelo de financiamento da atenção primária tem como foco aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, valorizando a responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem?

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, vem apresentando importantes avanços desde sua criação pela Constituição Federal de 1988. Dentre eles, encontram-se a expansão e a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS), organizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que compõe parte do conjunto de prioridades políticas do Ministério da Saúde (MS).



A Atenção Básica em Saúde (AB) no Brasil é organizada de forma descentralizada e capilarizada, devendo estar inserida o mais próximo da comunidade. Ela deve ser o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, sendo a porta de entrada preferencial e a comunicação com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹. A atenção básica é orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social².

A atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza uma AB focada em acolhimento, resolutividade, coordenação do cuidado, intersetorialidade e promoção à saúde. “A atenção básica deve se constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede”¹.

Para garantir o cuidado integral da pessoa, o atendimento nas Unidades Básicas em Saúde é realizado através das equipes multiprofissionais, composta por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, delimitado em um território adscrito, onde atuam com ações de assistência, promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde desta comunidade¹.



De acordo com a PNAB, o financiamento da APS deve ser tripartite e deve estar garantido nos planos nacional, estadual e municipal de gestão do SUS. As transferências são realizadas fundo a fundo, e os recursos financeiros destinados à viabilização de ações de APS compõem os blocos de financiamento de Saúde. O repasse federal se dava por meio do PAB, o Piso da Atenção Básica, que tinha dois componentes: o PAB fixo, pago a todos os municípios brasileiros com base na população estimada pelo censo do IBGE; e o PAB variável, condicionado a implementação, pelos gestores municipais, da ESF¹.

O número de equipes ESF cadastradas, completas, e em exercício, influenciava diretamente nos valores recebidos pelos municípios. Especialmente porque, no âmbito estadual, o cofinanciamento era baseado no cálculo do PAB variável do MS, realizando o repasse de 25% sobre este, mensalmente³.

Desenvolvimento: evolução do financiamento da atenção primária em saúde em goiás durante a pandemia de covid-19

Em novembro de 2019, o MS instituiu o Programa Previne Brasil, que alterou a forma de repasse financeiro para a APS, a partir de 2020. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas⁴.



Por capitação ponderada entende-se a remuneração baseada no cálculo com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de ESF ou equipes de Atenção Primária. São considerados ainda fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, perfil de idade e classificação rural-urbana do município, de acordo com o IBGE 4.

Para o pagamento por desempenho são considerados a análise de um conjunto de indicadores, conforme o quadro 01.

Quadro 01. Indicadores por desempenho do Previne Brasil

Indicadores para pagamento em 2020:

- I. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação.
- II. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
- III. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
- IV. Cobertura de exame citopatológico.
- V. Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente.
- VI. Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.
- VII. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Indicadores para pagamento em 2021 e 2022:

- I. Ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde;
- II. Ações no cuidado puerperal;
- III. Ações de puericultura (crianças até 12 meses);
- IV. Ações relacionadas ao HIV;
- V. Ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose;
- VI. Ações odontológicas;
- VII. Ações relacionadas às hepatites;
- VIII. Ações em saúde mental;
- IX. Ações relacionadas ao câncer de mama;
- X. Indicadores Globais

Fonte: BRASIL, 2020⁵

Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas do município ou território, de acordo com a necessidade de cada um. Esses incentivos

contemplam a implementação de programas, estratégias (descritos no Quadro 02) e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e conseqüentemente, na Rede de Atenção à Saúde. Os repasses financeiros referentes a cada uma dessas ações observarão as regras dos respectivos programas, estratégias e ações. Os indicadores previstos para 2021 e 2022 não foram inseridos em 2021 devido a pandemia da COVID-19.

Quadro 02. Bloco Financiamento por Ações Estratégicas

- Programa Saúde na Hora;
- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Microscopista;
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade;
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Programa Academia da Saúde;
- Programas de apoio à informatização da APS;
- Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Fonte: BRASIL, 2020⁵

O princípio desse modelo é a estruturação de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, valorizando a responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previner Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes da ESF, com o grau de desempenho assistencial das equipes, somado a incentivos específicos, tais como

ampliação do horário de atendimento, equipes de saúde bucal, informatização da APS, equipes de Consultório na Rua, equipes que são campo de prática para formação de residências multiprofissionais, entre outros tantos programas⁴.

A partir da publicação do novo modelo de financiamento pelo MS, a SES-GO iniciou a discussão com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), representante dos municípios do Estado, com objetivo de construir coletivamente uma nova portaria de contrapartida Estadual, enfocando os processos de resultado para fortalecimento da APS nos territórios.

Esse processo foi atropelado pela Pandemia de COVID-19 que assolou o mundo, e nesse período pactuou-se na Comissão Intergestora Bipartite – CIB a manutenção do repasse aos municípios o maior valor repassado em 2019, essa prorrogação seguiu-se nos anos de 2020 e 2021. Em 2021 foi retomado, de forma virtual, as discussões com o COSEMS para construção da portaria, e em junho de 2021 foi pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a proposta da portaria do Cofinanciamento Estadual da Atenção Primária, e já passa a vigorar a partir de janeiro de 2022. Assim como o modelo federal, a contrapartida estadual passa a ser distribuída com base em três critérios: bloco expansão/ manutenção; processos e resultados e avaliação⁶. O repasse é composto pela estrutura apresentada no quadro 03.

Quadro 03. Recurso Cofinanciamento Estadual da APS

Recurso	Modalidade	Instrumento de Avaliação	Metodologia
60%	Bloco de Expansão e Manutenção	Incentivo para credenciamento de novas equipes de Estratégia Saúde da Família e aumento de cobertura	Vai avaliar a cobertura da APS nos municípios, onde leva em consideração a população do município e a cobertura, sendo essa de 60 a 80%.
40%	Processos e resultados	Indicadores estaduais	Serão nove indicadores: ampliação de consultas de enfermeiros, avaliação da efetividade do pré natal, acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e diabetes melitus, exames de rastreamento de câncer de mama e colo de útero, carteira de serviço ofertada na APS, e encaminhamentos para atendimento ambulatorial especializado.

Fonte: GOIÁS, 2021⁶.

O monitoramento será realizado mensalmente, e publicado em painel pela SES-GO, e a avaliação para pagamento será quadrimestral.

Além do cofinanciamento estadual, foi publicado em 2021, outro projeto que prevê repasse financeiro aos municípios para qualificar a APS. O projeto Qualifica APS vem para fortalecer a atenção primária no estado de Goiás, e apoiar financeiramente os municípios. Prevê a implantação de equipes multiprofissionais regionais de apoio, com psicólogos, nutricionista, profissional de educação física, fisioterapeuta e farmacêutico, com objetivo de aumentar a resolutividade do atendimento ao usuário, com avaliação multidisciplinar, fortalecendo a dinâmica da atenção integral na APS. Esses profissionais serão integrados às equipes de estratégia saúde da família⁷.



O programa estabelece três formatos de equipe multiprofissional, de acordo com o número de ESF do município, sendo o repasse organizado pela estrutura apresentada no quadro 04.

Quadro 04. Recurso Qualifica APS

Modalidade de Adesão	Contrapartida Estadual	Equipe Multiprofissional
Para municípios que possui de 1 a 4 ESF	R\$ 4.000,00	Inclusão de dois dos profissionais descritos acima;
Para municípios que possui de 5 a 9 ESF	R\$ 6.000,00	Inclusão de três dos profissionais descritos acima;
Para municípios que possui mais de 10 ESF	R\$ 10.000,00	Inclusão dos cinco profissionais para 10 ESF.

Fonte: GOIÁS, 2021⁷.

Os municípios que fizerem a adesão ao Programa receberão a Contrapartida Estadual de acordo com a modalidade de vinculação, repassado mensalmente após comprovarem a execução das atividades da equipe multiprofissional.

Considerações Finais

O novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), o Previne Brasil, enfrenta o desafio de ampliar o acesso, melhorar a qualidade da atenção e trazer mais equidade para APS no país. Tem como princípio fundamental a reestruturação de modelo de financiamento focado no cuidado, e mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que

assistem. **O Previne Brasil busca equilibrar os princípios da APS com a modernização organizacional, mudanças sociais e culturais dos tempos atuais.**

Uma atenção primária forte se faz com princípios e atributos sólidos e coerentes, com financiamento potente que prioriza a equidade, com transparência. O Previne Brasil é a estratégia mais potente da Reforma da APS do Brasil, e o Brasil, enfim, construirá o equilíbrio necessário entre clínica e saúde coletiva, reconstruindo assim uma atenção primária forte, coordenadora do cuidado e resolutiva⁸.

No mesmo sentido, o estado de Goiás adotou um modelo misto de financiamento, reforçando o foco nos processos e resultados para fortalecimento da APS nos territórios, ao distribuir a contrapartida em blocos de expansão/manutenção; processos e resultados e avaliação. Além de melhorar a qualidade da atenção primária no estado de Goiás, essa nova metodologia de cofinanciamento, ainda fortalece o papel de apoiador dos estados para os municípios⁶.

Ainda, a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, no anseio de cooperação entre municípios e estado, com foco na atenção básica, dispõe de importante investimento financeiro para o projeto Qualifica APS, com edital publicado em novembro de 2021, que prevê a implantação da equipe multiprofissional, que fortalecerá a atenção primária nos municípios⁷.

Estimamos que após seis meses da implementação do cofinanciamento e do Qualifica APS, em julho de 2022, será possível fazer uma avaliação da evolução dos principais indicadores de qualidade da APS, e assim avaliar quanti-qualitativamente o impacto da implementação das contrapartidas financeiras.



Referências

1. Ministério da saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [Acesso 2022 Mar 29]. 108 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Unesco, Ministério da Saúde. 2002.
3. Goiás. Portaria nº 078/2012 GAB/SES-GO, de 23 de abril de 2012. Institui como contrapartida estadual o repasse correspondente a 25% da fração do Piso de Atenção Básica (PAB) – das equipes de Saúde da Família, (eSF), equipes de Saúde Bucal (eSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – repassado pelo Ministério da Saúde aos Municípios. Secretaria de Estado da Saúde. 2012.
4. Brasil. Nota Técnica nº 122/2021-CGFAP/DESF/SAPS/MS: Apresentação do detalhamento da metodologia de cálculo do incentivo financeiro de fator de correção, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021 [Internet] 2021. [acesso 23 de março de 2022] 01(04). Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210303_N_NT122FatorCorrecaoPrevin e_3778539336242475907.pdf
5. Brasil. Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde [Internet] 2021. [acesso 23 de março de 2022] 01(57). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_financiamento_ap s.pdf
6. Goiás. Resolução nº 090/2021-CIB: aprova elaboração da nova portaria de contrapartida estadual para repasse aos municípios para Atenção Primária em Saúde [Internet] 2021. [acesso 23 de março de 2022] 01(02). Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2021/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20090.2021%20-%20Aprova%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20da%20nova%20Portaria%20de%20contrapar%F4%80%86%9Fda%20Estadual%20para%20repasse%20aos%20munic%C3%ADpios%20para%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20em%20Sa%C3%BAde_.pdf
7. Goiás. Resolução nº 220/2021-CIB: aprova contrapartida estadual para a implantação/implementação de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à

Saúde, especificamente na Estratégia Saúde da Família, nos municípios goianos, por meio do Programa QUALIFICA APS GOIÁS [Internet] 2021. [acesso 23 de março de 2022] 01(02). Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2021/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20220.2021%20-%20Aprova%20contrapartida%20estadual%20para%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o,implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20equipes%20multiprofissionais%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde..pdf>

8. Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Apr. 2020; 25;1189-96.

Capítulo 3

POLICLÍNICAS ESTADUAIS

Sandro Rodrigues Batista
Camila da Cruz Brum e Alencar
Milena Sales Costa Bemfica
Rosilene Martins da Silva

Palavras-chave: Policlínicas; Universalidade; Serviços de Saúde.

Contextualização

Você sabia?



A Rede Estadual de Policlínicas do estado de Goiás vem suprir uma carência e um vazio assistencial na atenção ambulatorial especializada (AAE). As policlínicas foram organizadas de forma a realizarem a interligação das principais Redes de Atenção à Saúde (RAS) no estado de Goiás, “distribuídas” dentro do estado de forma a abranger todas as Macrorregiões de seu território.

As necessidades em saúde devem ser avaliadas a partir de métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população, a fim de permitir não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas, principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para destinação de recursos.

Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos configurados conforme as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a atenção primária à saúde, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde¹.

O debate em torno da organização da assistência à saúde, ocupou-se até o momento, principalmente da discussão em torno do equipamento hospitalar, pela flagrante hegemonia



do hospital na história da formação do modelo assistencial e, de outro lado, a atenção básica surgiu como um projeto contra hegemônico, ao qual se dedica grande parte dos estudos e da literatura disponível. Entre estes dois polos, a atenção secundária não teve o mesmo tratamento por parte dos formuladores das políticas de saúde, tendo as formulações para gestão deste nível de cuidado centrado sua atenção na questão da oferta e demanda, sem, no entanto, avançar para imaginar um cenário de construção de um modelo mais interativo com os outros equipamentos. A integralidade pressupõe e, portanto, exige um esforço em entender este outro conjunto de saberes e práticas no cuidado à saúde. Ao mesmo tempo estes serviços têm sido um “nó crítico” para gestores e usuários, onde esses têm o seu “caminhar na rede” dificultado por falta de integração destes recursos assistenciais²

O Decreto 7.508³, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei n.º 8.080/1990, estabelece como um dos dispositivos organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Ela divide a Atenção Especializada em três subcomponentes: Atenção Ambulatorial Especializada, Odontologia Especializada e Atenção Hospitalar.



A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) pode ser compreendida como um conjunto de ações e serviços de saúde caracterizada pela incorporação de tecnologias especializadas, englobando processos de trabalho de densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar.

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis e seus impactos na qualidade de vida e nos gastos com saúde têm preocupado os gestores em saúde pública. Nesse sentido, é necessário realizar a mudança no modelo de atenção à saúde para as condições crônicas no SUS. E, ainda, qualificar os profissionais de saúde a adotarem práticas de cuidado contínuo e compartilhado entre os profissionais especializados e equipes da atenção primária, com ênfase na mudança de hábitos que afetam a saúde e a qualidade de vida da população.

De acordo com o perfil epidemiológico, os serviços de saúde devem ser organizados em redes de atenção à saúde, na qual a AAE faz o enfrentamento de condições crônicas não agudizadas, estratificadas pelas equipes de saúde da família nas linhas de cuidado prioritárias, que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde.

As Policlínicas Estaduais

Segundo Mendes¹ a AAE é o segundo nível de acesso dos cidadãos à atenção à saúde que atua como referência e consultora da atenção primária à saúde (APS). Apresenta-se como uma proposta inovadora: um novo modelo organizativo da AAE chamado organização em rede ou modelo PASA (ponto de atenção secundária ambulatorial) que se sustenta em dois pilares fundamentais: a coordenação do cuidado entre a AAE e a APS, a forma mais efetiva deste modelo, se concretiza no cuidado por generalistas e especialistas, sob a coordenação da atenção primária. No SUS, ela é conhecida por diversas denominações: centros especializados de odontologia (CEO), policlínicas, centro especializado de reabilitação (CER) e centro de atenção psicossocial (CAPS).

O estado de Goiás, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, vem implantando as policlínicas estaduais, serviço que pode ser definido como uma unidade ambulatorial de especialidades multiprofissionais, para cuidado em saúde de forma integrada, interdisciplinar e com estímulo ao autocuidado e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, com a atenção centrada no paciente.

O atendimento ambulatorial das policlínicas oferece especialidades médicas e multiprofissionais além da oferta de exames de apoio diagnóstico ampliando a resolubilidade das consultas. Oferece também a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, configurando-se como espaços de cuidado especializado e de apoio à educação permanente, com equipes multidisciplinares e diferentes abordagens, possibilitando a oferta do cuidado integral.





Esse serviço visa fornecer diagnóstico precoce e tratamento oportuno, melhorando o prognóstico, reduzindo os custos da assistência médica hospitalar, ampliando os serviços ambulatoriais de forma regionalizada, absorvendo os serviços de maior complexidade para os quais as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não estão habilitadas.

Em regra, não possuem “porta aberta”, ou seja, recebem os pacientes encaminhados de forma referenciada pelas UBS dos municípios, por meio do Complexo Regulador Estadual (CRE), com dia e horário agendados.

O modelo de policlínicas estaduais oferece um conjunto de ações e serviços de alta resolutividade para cada especialidade ofertada, conforme os processos clínicos ou problemas de saúde mais relevantes e/ou prevalentes em cada região.

O perfil assistencial das policlínicas estaduais foram definidos em conjunto com os diferentes gestores de serviços em saúde. Neste contexto foram consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em: consultas médicas, exames e serviços especializados nos municípios de abrangência, a partir de interações com as equipes técnicas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO).

Para este perfil procedeu-se à análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da policlínica e dos parâmetros de necessidades previstas na Portaria MS/GS n.º 1.631, de 1º de outubro de 2015⁴ e outros estudos técnicos pertinentes. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação das policlínicas foram avaliados para definir as especialidades médicas e o quantitativo das consultas, exames e serviços especializados.

Para a estruturação das policlínicas, consideraram-se as seguintes linhas de serviços: consultas especializadas dos profissionais médicos e da equipe multidisciplinar, serviço de apoio diagnóstico, pequenos procedimentos cirúrgicos, serviço de terapia renal substitutiva, além dos serviços especiais.

O objetivo da policlínica é oferecer qualidade e eficácia na assistência por meio de titulação apropriada do profissional, abordagem integral do processo saúde-doença, tempo médio de consulta adequado, atuação multiprofissional e interdisciplinar, ênfase nas ações educativas e no autocuidado, projeto terapêutico individualizado,

estratificação do risco do paciente, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.

Desta forma a policlínica trabalha tendo como eixo assistencial principal as linhas de cuidados, que têm como conceito estruturante: **“o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos⁵”**.

Com isso, a equipe multiprofissional e equipe médica especializada, que compõem o quadro clínico da policlínica têm abrangência ampla, percorrendo todas as linhas de cuidados estruturantes, bem como permite uma assistência adequada durante todo ciclo de vida.

A equipe multiprofissional atua, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, integrando seus conhecimentos através da discussão de casos e compartilhando o cuidado do paciente entre todos os componentes da equipe.

O trabalho em equipe, nessa perspectiva, não deve ser entendido apenas como vários profissionais juntos no mesmo espaço, como esclarece Peduzzi⁶:



O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação⁶.

A equipe médica e multiprofissional realiza interconsultas no serviço, ou seja, realizam atendimentos dos casos encaminhados pela própria equipe da unidade. Esses profissionais apresentam condutas específicas de suas áreas de atuação, mas com interlocuções de seus conhecimentos, preconizando uma atenção holística, integral e resolutive.

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) é ofertado para os pacientes nas policlínicas e também disponibilizado para a Rede de Saúde. Os pacientes que foram atendidos em outras unidades de saúde e que possuem a necessidade da realização de exames serão devidamente regulados pelo CRE. Desse modo, a

unidade visa a atender todos os municípios que integram a região de abrangência da policlínica.

Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)

A insuficiência renal crônica é uma doença progressiva e irreversível dos rins. É causada por uma lesão provocada habitualmente por anos de agressão contínua aos rins, como nos casos de pacientes com Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou Glomerulonefrites.

A terapia de substituição renal ou terapia renal substitutiva (TRS) é um termo usado para abranger os tratamentos para a insuficiência renal, que inclui: a hemodiálise, diálise peritoneal, hemofiltração e transplante renal. A TRS na policlínica conta com atendimento técnico especializado em todas as áreas de saúde e apoio diagnóstico. Além do acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento conservador, retardando a inserção do indivíduo na TRS, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente renal crônico.



As policlínicas estaduais oferecem além da atenção aos pacientes ambulatoriais, que são os estágios de riscos de lesões renais leves, moderados e pré-dialíticos, também, assistência aos pacientes com lesões renais crônicas que requerem tratamentos dialíticos: diálise peritoneal e hemodiálise e apoio dos múltiplos setores da atenção e apoio diagnóstico.

Nas unidades que já têm implantado o serviço de hemodiálise é disponibilizado 2 (dois) veículos automotores tipo micro-ônibus, na versão rodoviária, com elevador rodoviário Dispositivo Móvel de Poltrona (DPM), com no mínimo 28 poltronas, equipados com ar-condicionado e rede *wifi*, que circulam pelas cidades da macrorregião de abrangência e levam os pacientes até a policlínica estadual para as sessões de tratamento em hemodiálise.

Unidade Móvel

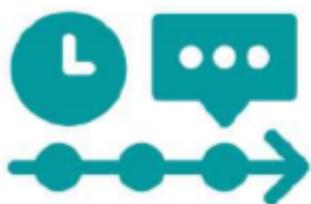
A unidade móvel de atendimento é uma estratégia de acesso às ações de atendimento especializado, que presta assistência à população das Regiões de Saúde de abrangência das policlínicas. A unidade será utilizada principalmente para o rastreamento e diagnóstico de diversas patologias.

A unidade possibilitará o desenvolvimento de ações de controle e assistência em saúde para a população, objetivando solucionar situações especiais e excepcionais, tais como: vazios assistenciais, localidades de difícil acesso, localidades rurais, populações que nunca realizaram exames, entre outros, viabilizando o diagnóstico precoce de diversas patologias.

A unidade móvel é uma verdadeira clínica móvel com todo o cuidado, tecnologia e segurança. O ambiente interno é climatizado, com acessibilidade, banheiro, sala de espera, tudo feito para proporcionar conforto e bem-estar aos pacientes.

A unidade móvel poderá ofertar atendimento nas seguintes áreas: saúde da mulher (mamografia, ultrassonografia, papanicolau); saúde do homem (urologia); saúde do idoso; nas especialidades de Pediatria, Ginecologia, Oftalmologia, Cardiologia, Radiologia e Otorrinolaringologia; laboratório de análises clínicas, dentre outras.

Serviços Especiais



Um conjunto de ações e serviços estruturados, organizados e com fluxos bem estabelecidos nos pontos de atenção das redes é fundamental para se obter ganho de eficiência, melhoria contínua do acesso e definição de uma carteira de serviços que atenda às necessidades de saúde da população.

A carteira de serviços é uma ferramenta importante para a gestão do cuidado, devendo esta ser revisada de forma regular, no intuito de contemplar as reais necessidades percebidas para os usuários do serviço. Para isso, a unidade deverá ter infraestrutura física adequada, garantia de aquisição de insumos e equipamentos para os novos serviços.

Neste sentido, as policlínicas estaduais foram preparadas para implantar e implementar serviços de saúde, fundamentais e essenciais para garantir uma

assistência que venha a atender às demandas em saúde da população do estado de Goiás. Diante disso destaca-se alguns serviços:

- Práticas Integrativas e Complementares (PIC)
- Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I
- Serviço de Assistência Especializada (SAE) - Grupo 12
- Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT/EMAESM - Tipo 2)
- Centro Especializado em Odontologia (CEO)
- Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

Considerando a estrutura e organização das policlínicas estaduais, esses serviços de saúde visam a fornecer ampliação de serviços essenciais e de interligação às Redes de Saúde, melhorando a oferta do serviço de saúde, o prognóstico, tratamento e reduzindo os custos da assistência médica hospitalar, além de ampliar os serviços ambulatoriais de forma regionalizada, absorvendo os serviços de maior complexidade.

Considerações Finais

A atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária.

A atenção secundária, em especial a AAE, desempenha papel imprescindível na resolubilidade e integralidade do cuidado, com ampliação do acesso às consultas e procedimentos especializados, articulando os pontos de Rede de Atenção à Saúde (RAS) que tradicionalmente encontravam-se distantes.

Desse modo, ressalta-se que a Rede Estadual de Policlínicas do estado de Goiás vem suprir uma carência e um vazio assistencial na AAE. As policlínicas foram organizadas de forma a realizarem a interligação das principais RAS no estado de Goiás, sendo “distribuídas” dentro do estado de forma a abranger todas as Macrorregiões de seu território.

Dessa forma, hoje o estado de Goiás possui 06 unidades de policlínicas estaduais, sendo: 02 na macrorregião Nordeste (Posse e Formosa), 01 na macrorregião Centro Norte (Goianésia), 01 na macrorregião Sudoeste (Quirinópolis), 02 na macrorregião



Centro Oeste (São Luís de Montes Belos); e a sétima unidade, da macrorregião Centro Sudeste, está em fase de definição do município sede.



Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde em Debate [Internet]. 2003;(27):316-23.
3. Brasil. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2011 [cited 2021 Dec 18]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.631/MS/GS de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 3.390/MS/GS de 30 de dezembro de 2013. Institua Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. Brasília, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
6. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2001;35(1)103-9. [cited 2021 Dec 19]. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzi/?format=pdf&lang=pt>

Capítulo 4

DESOSPITALIZAÇÃO

Danielle Jaques Modesto
Neiva Fernanda Chinvelski Duarte
Sandro Rogério Rodrigues Batista

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Atenção Domiciliar à Saúde.

Contextualização

Você sabia?



A desospitalização, requer iniciativas que busquem proporcionar a alta com mais segurança para os profissionais, usuários e seus familiares. A esse respeito, a transição do cuidado da atenção hospitalar busca aproximar as redes de atenção e domicílio, demandando um referenciamento adequado, garantindo uma transição mais efetiva.

As mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais que vêm se intensificando em âmbito mundial nas últimas décadas têm levado diversos países a repensar seu modelo de Atenção à Saúde (AS) e as modalidades de cuidados oferecidos¹.

A desospitalização passou a ser um conceito a ser dividido com os demais serviços, para a construção de uma conexão positiva e propositora de cultura a favor da saúde e da cidadania do sujeito. Deixou de ser o simples ato de transferir o cuidado do hospital para o domicílio e passou a se organizar de maneira integrada, multidisciplinar e coordenada em rede, do momento da admissão hospitalar até os cuidados de fim da vida².

Sendo um dos caminhos para a evolução da saúde no Brasil e no mundo, a desospitalização possibilita aliviar a carência de leitos hospitalares e melhorar a qualidade de atendimento por meio da personalização e humanização do atendimento. Essa tendência propõe a redução de custos nas despesas dos hospitais e no sistema público, sem prejuízo para os pacientes³. A desospitalização está

associada à humanização e oferece aos usuários a recuperação no domicílio⁴. De acordo com Vasconcelos⁵ nota-se uma tendência mundial para a assistência domiciliar que vem sendo implementada nos hospitais por meio do processo de desospitalização.

O aumento da expectativa de vida dos brasileiros e o conseqüente aumento da incidência de doenças crônicas vêm ao encontro desta tendência e reforçam a necessidade do estabelecimento de políticas e estratégias que contemplem a desospitalização¹. Dentre os benefícios apresentados, alguns podem ser destacados: Confira a seguir!

- Humanização da atenção;
- Maior conforto para o usuário e sua família;
- Redução das intercorrências clínicas;
- Não exposição do usuário à infecção hospitalar;
- Disponibilização de leitos para os usuários que necessitam de internação hospitalar;
- Tendência a menor utilização de exames/medicamentos de forma desnecessária;
- Aumento da oferta dos leitos de retaguarda às urgências/emergências;
- Otimização de recursos;
- Promoção da autonomia dos usuários e familiares, através da capacitação de familiares, cuidadores e o próprio usuário para o cuidado dentro de seu próprio

A desospitalização requer iniciativas que busquem proporcionar a alta com mais segurança para os profissionais, usuários e seus familiares. A esse respeito, a transição do cuidado da atenção hospitalar busca aproximar as redes de atenção e domicílio. Também requer um referenciamento adequado, garantindo uma transição mais efetiva⁶. Ademais, o planejamento da alta hospitalar responsável favorece a continuidade do cuidado no domicílio por meio da elaboração de critérios pré-estabelecidos⁷.



Um dos grandes desafios para o cuidado domiciliar refere-se às alterações no cotidiano de vida e trabalho que são impostas aos familiares quando se assume essa modalidade de cuidado. Pode ocorrer a necessidade do abandono do emprego, a necessidade de conciliar as tarefas de casa com o cuidado, as modificações nos horários e no ambiente domiciliar e as dificuldades relacionadas ao lazer⁸.

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria n.º 825/2016⁹, redefine a Atenção Domiciliar (AD), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como sendo a modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde prestadas em domicílio, com a garantia da continuidade de cuidados. A AD é classificada em:

- Modalidade AD 1:



Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira atenção com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes da atenção básica, por meio do acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.

- Modalidade AD 2:

Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD e com o fim de abreviar ou evitar a hospitalização, apresente:



- Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento domiciliar no mínimo semanal;
- Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o objetivo de controlar a dor e sofrimento do usuário;
- Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

- Modalidade AD 3:

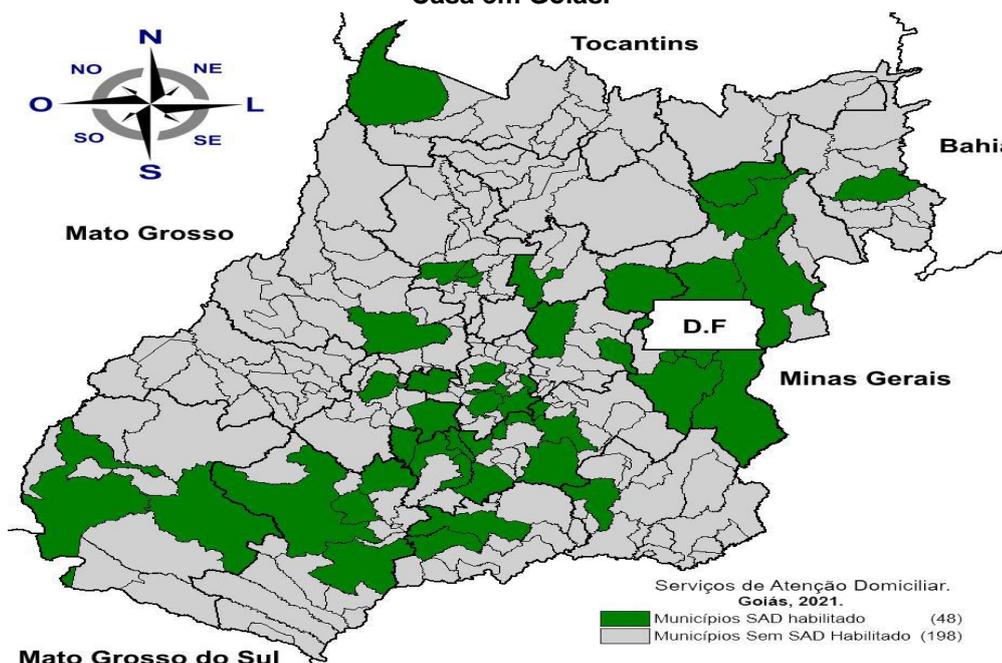


Considera-se elegível, na modalidade AD 3, o usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral, transfusão sanguínea, etc), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Você sabia que em Goiás, existem 42 Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) habilitados no “Programa Melhor em Casa”?

Confira no mapa, figura 1, onde esses serviços estão distribuídos.

Figura 1. Distribuição de Serviços de Atenção Domiciliar habilitados no Programa Melhor em Casa em Goiás.



Fonte: Ministério da Saúde/Setembro de 2021

Nestes serviços estão vinculados 31 equipes multiprofissionais de atenção domiciliar tipo 1 (EMAD 1), 21 equipes multiprofissionais de atenção domiciliar tipo 2 (EMAD 2) e 41 equipes multiprofissionais de Apoio (EMAP), conforme representado na figura 1.

Diante do estado de emergência de saúde pública de importância internacional, decorrente do Coronavírus (COVID-19), o MS publicou a Nota Técnica n.º 09/2020¹⁰, onde as equipes de atenção domiciliar dos municípios, articuladas aos demais serviços de saúde, devem estar atentas e cooperadas, contribuindo para o aprimoramento da capacidade de resposta da RAS.

Ainda em relação à pandemia pela COVID-19, observa-se que esta realidade trouxe a necessidade de reflexões e mudanças em vários pontos nas RAS, inclusive no atendimento prestado pelos SADs. A importância dos SADs durante a pandemia é notável, sendo possível destacar três pontos fundamentais que justificam tal afirmação:

Primeiramente nos deparamos com um dos objetivos principais do programa, que é a desospitalização, onde o paciente consegue um atendimento de qualidade e humanizado no seu domicílio, evitando, assim, possíveis infecções hospitalares



(inclusive pela COVID-19) e promovendo maior rotatividade de leitos, o que contribui para o atendimento hospitalar aos pacientes com COVID-19.

Destaca-se, ainda, as comorbidades pré-existentes dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, que aumentam o risco para uma evolução desfavorável caso venham a adquirir uma infecção. E por último, o atendimento aos pacientes que retornam de internações prolongadas com sequelas, sendo estas na maioria das vezes psicológicas, nutricionais e musculares. Nesses casos as equipes multiprofissionais poderão contribuir com a recuperação dos pacientes atendidos.

Fica evidente a necessidade crescente da ampliação do atendimento dos pacientes acompanhados pelos SADs, sendo esta ampliação efetivada de maneira segura, seguindo critérios, protocolos e fluxos pré-estabelecidos pelos serviços, e como contribuição para a reorganização destes serviços em tempo de COVID-19.

Voce sabia que no estado de Goiás, no que tange à desospitalização, em meados do ano de 2020, foi criado o projeto “Desospitaliza Goiás”? Isso mesmo! Esse projeto está vinculado ao programa estratégico estadual “Cuida Mais

Goiás”, e visa à ampliação das ações e serviços relacionados à desospitalização, principalmente em hospitais da rede estadual!

Vejamos os três principais pilares a seguir:

I - Fortalecimento e ampliação dos Serviços de Atenção Domiciliar habilitados no Programa Melhor em Casa;

II - Implantação de serviços intra-hospitalares de apoio à desospitalização em hospitais da rede estadual de saúde;

III - E a criação de Serviços de Atenção Domiciliar estadual.

O fortalecimento e ampliação dos Serviços de Atenção Domiciliar vêm sendo realizados por meio da promoção e aprimoramento dos processos de trabalho nos SADs goianos e articulação de atividades estratégicas que viabilizem a expansão dos SADs e os processos de desospitalização para aqueles pacientes com condições clínicas para a alta hospitalar, onde destacamos as seguintes ações:

- Aprovação da contrapartida estadual do Programa Desospitaliza Goiás, aos municípios com SAD, por meio da Resolução n.º 210/2021 – CIB, correspondente a 25% repasse do Ministério da Saúde;
- Promoção e realização de encontros anuais de SADs em Goiás;
- Distribuição de recursos financeiros destinados ao custeio de ações e serviços decorrentes do coronavírus-COVID19, nos SADs em Goiás, no valor de 6 parcelas do custeio federal mensal, totalizando um valor de R\$13.764.000,00, conforme especificações contidas na Portaria n.º 1781/2020-SES¹¹;
- Realização de reuniões com gestores de municípios que não possuam SAD para divulgação, sensibilização e orientações quanto a habilitação no programa federal “Melhor em Casa”;
- Elaboração e divulgação de boletim anual para SAD;
- Assessoria, monitoramento e visitas técnicas aos SAD;
- E participação no Projeto PROADI (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde) sobre o programa de cuidados paliativos no SUS, atenção hospitalar, ambulatorial especializada e atenção domiciliar.

Com o objetivo de otimizar a desospitalização para pacientes que possuam critérios clínicos, está sendo implementada a criação de equipes específicas de serviços intra-hospitalares de apoio à desospitalização em hospitais da rede estadual de saúde, trazendo inúmeros benefícios, principalmente relacionados à qualidade e

humanização do atendimento, assim como o gerenciamento e aumento da rotatividade de leitos.

Ainda pensando na ampliação de pontos de atenção domiciliar no estado está sendo implementada a criação de SADs estadual.

A desospitalização é um processo que deve ocorrer durante todo o processo da internação, tendo como referência a importância dos mecanismos de articulação e o apoio entre o hospital, as RAS, os pacientes e seus familiares, trazendo benefícios incalculáveis para a vida destes².



Em suma, entender a desospitalização como direito do ser humano é zelar pela cidadania e, conseqüentemente, pela justiça, a partir da compreensão de justiça social como construção moral e política baseada na igualdade dos direitos e na solidariedade coletiva².

Referências

1. Brasil. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 184 p.
2. Brasil. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2020. 170 p.
3. Jesus GM. Desospitalização no âmbito público: análise da desospitalização no hospital Pronto Socorro João XXIII. [undergraduate thesis]. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2017. 67 p.
4. Secretaria de Atenção à Saúde (BR); Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [Acesso 2022 Dez 23]: 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_2_vol_%201_diretrizes_para_a_ad_na_ab_final.pdf.
5. Vasconcelos JF, Ferreira CN, Santana CE, Souza CR, Valente ML. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolid. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*. 2015;7(2);110-5.
6. Figueiredo TP, Carmo NM Junior, Groia RC, Pereira RC, Silveira RR, Malta JS, et al. Análise das intervenções realizadas na alta hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e referenciamento farmacoterapêutico. *Revista de APS*. 2016;19(3):376-83.
7. Thieme RD, Pinto LM, Macedo DS, Palm RC, Schieferdecker ME. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. *Demetra*. 2014;9(Supl. 1):269-86.
8. Nishimoto CL, Duarte ED. A organização familiar para o cuidado à criança em condição egressa da unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enfermagem*. 2014;23(2):318-327.
9. Brasil. Portaria MS n.º 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União*. 2016; 26(153 seção 1): 33-8.

10. Brasil. Nota Técnica n.º 9/2020-CGAHD/DAHU/SAES/MS. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 8p. [cited 2021 Nov 16]. Available from: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/03/SAD-NOTA-T%C3%89CNICA-N%C2%BA-9_2020-CGAHD_DAHU_SAES-1.pdf

11. Secretaria Estadual de Saúde (GO). Portaria 1.781/ 2020. Diário Oficial [do] Estado de Goiás [Internet]. 2020 Dez 21 [Acesso 2022 Fev 23]; 184(2.3453) Disponível em: <https://files.aredacao.com.br/upload/portaria-14--milho-es.pdf>.

Capítulo 5

AVANÇOS NA SAÚDE MENTAL

Candice Rezende Castro e Macedo
Elma Batista Aniceto
Helisiane Fernandes Moreira Figueiredo
Suely Pereira de Faria

Palavras-chave: Crescimento e Desenvolvimento Co-financiamento; Leitos.



Você sabia que um dos temas da Luta Antimanicomial no Brasil é “Para que não se esqueça, para que nunca mais aconteça: por uma sociedade sem manicômios”?

Inicialmente o cuidado em saúde mental ocorreu de forma centralizada nos hospitais psiquiátricos. Foi a partir das Reformas Sanitária e Psiquiátrica que o território brasileiro sancionou em 6 de abril de 2001, a Lei n.º 10.216¹. Conseqüentemente, iniciou-se um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011², veio garantir às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, o acesso a um cuidado integral, contínuo, longitudinal e equânime, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado em rede, denominada RAPS.

Este é um marco que referenda o que se constituirá nos pontos de atenção e políticas públicas em saúde mental de acordo com o que dispõe a legislação brasileira sobre o conceito de federalismo brasileiro, que estabelece a descentralização, a autonomia e a competência dos municípios para construir, gerir e efetivar as políticas de saúde^{3,4}.

Os serviços hospitalares de referência (SHR), segundo preconiza a Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de Setembro de 2017⁵, oferecem retaguarda clínica por meio de internações de curta duração, acolhendo os usuários em articulação com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços da RAPS para construção do Projeto Terapêutico Singular.

O hospital geral, dispositivo da RAPS, constitui um ponto estratégico para a efetivação desse novo modelo assistencial, proporcionado por meio do matriciamento e do cuidado biopsicossocial ao usuário de base territorial .

A implantação dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais tem se mostrado uma experiência bem sucedida e eficaz na melhoria do cuidado integral aos usuários. O estado de Goiás conta atualmente com 29 leitos qualificados como SHR: 04 em Ceres, 04 Piracanjuba, 09 em Rio Verde, 04 em São Simão e 08 em Jataí.

Em articulação com os demais serviços da RAPS, o SHR serve como retaguarda clínica oferecendo tratamento para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas.

O cofinanciamento estadual para leitos em saúde mental promoverá o fortalecimento da RAPS nos territórios, possibilitará os fluxos assistenciais e, conseqüentemente, a qualificação do cuidado.

Contextualização



Considerando a Portaria n.º 4.279/2010⁶, que trata das relações intergovernamentais no SUS e requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, em que cada esfera de governo é corresponsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas.

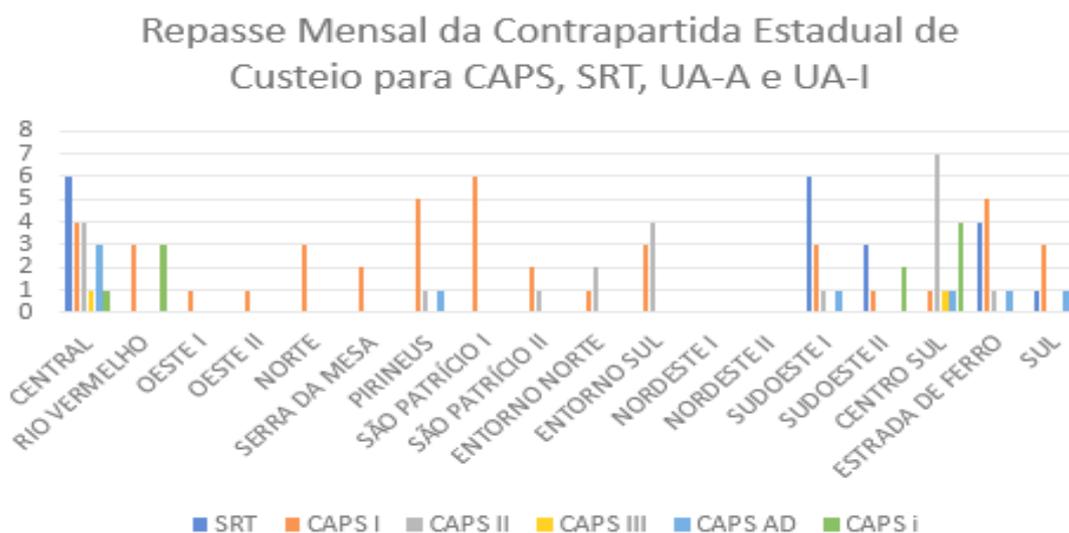
O Plano Diretor de Regionalização (PDR) no estado de Goiás apresenta, na estratificação de seu território, uma demarcação instituinte de 05 macrorregiões que se subdividem em 18 regiões de saúde, constituído de 246 municípios. Cada região abarca um conjunto de municípios e uma sede administrativa que fica corresponsável pelo gerenciamento dos processos de implantação e implementação das políticas públicas de saúde dentro daquele conjunto territorial. “A discussão do financiamento, surge mais incisivamente no momento de pactuação para distribuição dos recursos destinados à área, mas não garante a entrada de novos recursos. Esta é uma questão para os estados e para o gestor federal, que também enfrenta dificuldades para garantir recursos para o setor”⁷.

Neste sentido, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) coordenou o processo de implementação da RAPS, bem como o planejamento conjunto das ações tripartites necessárias para efetivação da rede, baseado nas necessidades das

regiões de saúde, participando do desenho, conformação e pactuação da RAPS, de forma regionalizada, no apoio técnico aos gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Na época em que o plano de ação da RAPS, no estado de Goiás, foi apresentado e pactuado (Resoluções CIB n.º 240 e 286/2014)^{8;9}, o plano contemplou uma proposta bastante ampliada no que se refere à implantação dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais, possibilitando o fortalecimento da RAPS em cada uma das 18 regiões de saúde que compõem o PDR em Goiás. O caráter dinâmico da organização socioeconômica do estado impacta na política distributiva e de investimento. Deste modo, a Resolução CIB 050 de 2021¹⁰, atende de modo amplo as necessidades da RAPS, por meio da antecipação do repasse de contrapartida estadual referente ao custeio visando aos diferentes dispositivos da rede. No gráfico 1, são apresentadas as regiões contempladas com a antecipação do repasse e os dispositivos da RAPS.

Gráfico 1



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde SES-GO

As regiões Nordeste I e II apresentam uma carência estrutural na implantação e implementação da RAPS o que confirma os principais estudos sobre a política de saúde mental. O desenvolvimento econômico, social e político impacta na percepção das necessidades de saúde integral, e portanto, as demandas da saúde mental tornam-se secundárias.

O estado de Goiás, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, reforçando a importância da antecipação de recursos para efetivação do plano de ação da RAPS,

visa à manutenção dos serviços já implantados e viabiliza a instituição de outros dispositivos, fortalecendo a rede, conforme gráfico 2. Apesar do estado incrementar o recurso financeiro em 180 dispositivos da RAPS, cabe destacar que os CAPS ainda permanecem como dispositivo prioritário. A sensibilização dos gestores, quanto a modalidades de melhor custo-benefício para seu território, estão na pauta atual da GSM.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde - SES-GO

A SES-GO sempre apoiou e continua apoiando, técnica e financeiramente, os municípios nesse árduo processo de implantação e implementação dos serviços de saúde. O cuidado em saúde mental é complexo, pois necessita de articulação e conexão com os diversos pontos de atenção da RAPS. Com isso, ampliar a rede, mediante o aumento da capacidade instalada dos leitos em saúde mental, bem como a qualificação e integração dos serviços já em funcionamento, fica cada vez mais evidente e a disponibilização de recursos financeiros por parte do governo estadual certamente viabiliza e acelera esse fortalecimento.



A SES-GO vem buscando uma adequação dos critérios exigidos pelo Ministério da Saúde (MS) para habilitação dos leitos de saúde mental adequando-os à realidade local-regional do estado. No que se refere aos valores de investimento e de custeio a serem repassados pela SES aos municípios que manifestarem interesse em implantar os referidos leitos, a sugestão é que o repasse estadual seja o mesmo proposto pelo MS na Portaria de Consolidação n.º 06/2017¹¹, favorecendo, assim, com que um número maior de municípios possa ampliar o acesso e o cuidado à saúde mental por meio da ampliação do número de leitos nas regiões de saúde.

Com isso, as discussões são realizadas junto ao Grupo Condutor e, a partir das deliberações deste, a SES-GO possa efetuar as devidas alterações relativas aos critérios e aos valores dos repasses financeiros da Portaria SES-GO n.º 56/2013¹², que dispõe de contrapartida estadual para a RAPS, contemplando, também, leitos em saúde mental, exercendo, assim, a sua autonomia na esfera da gestão estadual.

Considerações Finais

Nota-se que, a liberação dos incentivos financeiros previstos pelo MS para a implantação dos componentes da RAPS ocorre de forma tardia. E isso torna-se um dos principais entraves para a implantação e fortalecimento da rede no estado de Goiás.

A função de financiamento é a mais frágil de todas, comprometendo qualquer projeto de mudança mais contundente no desenho do modelo assistencial. A saúde mental encontra dificuldades importantes para garantir incentivos e recursos novos no contexto do SUS. O papel dos estados permite inferir que a superação dos desafios relacionados ao processo de condução estadual da política de saúde mental depende da articulação entre governo federal, estados e municípios na elaboração de políticas que atendam a especificidade de cada região. Macro e micro da promoção de um planejamento ascendente e participativo⁷.

Por exemplo, a explícita escassez de leitos habilitados até o presente momento mostra uma necessidade urgente de incentivar o seu aumento, por meio da implantação do SHR em um maior número de municípios. Certamente uma inclusão de outros serviços na lista descritiva dos componentes da RAPS, contemplados a receberem de forma antecipada o repasse financeiro de contrapartida estadual, referente ao custeio para a RAPS, conforme dispõe a Resolução CIB n.º 050/202111, agilizaria o processo de implantação do serviço no estado de Goiás e, conseqüentemente, a prática do matriciamento em saúde mental. Prática indispensável para garantir qualidade na assistência prestada à população.



Referências

1. Brasil. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Goiânia: Diário Oficial do Estado (GO), 2021 Abr 9. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria 3.088, de 23 de dezembro. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021 Dez 23 [Acesso 2022 Mar 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
3. Nunes JM, Guimarães JM, Sampaio JJ. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2016 [Acesso 2021 Dez 28]:26(4).1213-1232. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>. Epub Oct-Dec 2016. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>.
4. Ouverney AM. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. *Administração em Diálogo*. 2005;7:91-106.
5. Ministério da saúde (BR). Portaria de Consolidação n.º 3 GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Estabelece as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/13297-consolidacao-n-3-saude-mental-1/file>.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
7. Simon AG, Baptista TW. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27:2227-2241.
8. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Resolução CIB 240/ 2014. Aprova os Planos de Ação das Macrorregiões Centro Oeste e Centro Norte da Rede de Atenção
Ebook N.2 – Atenção, Regulação e Vigilância

Psicossocial no Estado de Goiás. Goiânia: CIB, 2014 Jul 24 [Acesso 2022 Mar 25]. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2014/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20240.2014-Aprova%20os%20Planos%20de%20A%C3%A7%C3%A3o%20das%20Macrorregi%C3%B5es%20Centro-Oeste%20e%20Centro%20Norte%20da%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20no%20Estado%20de%20Goi%C3%A1s.pdf>.

9. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Resolução CIB 286/ 2014. Aprova os Planos de Ação das Macrorregiões Nordeste, Sudoeste e Centro Sudeste da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de Goiás. Goiânia: CIB, 2014 Out 16 [Acesso 2022 Mar 23]. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2014/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20286.2014-Aprova%20os%20Planos%20de%20A%C3%A7%C3%A3o%20das%20Macrorregi%C3%B5es%20Nordeste,%20Sudoeste%20e%20Centro%20Sudeste%20da%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20no%20Estado%20de%20Goi%C3%A1s.pdf>

10. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Resolução nº 050/2021 de 15 de abril de 2021. Aprova a antecipação do repasse financeiro de contrapartida Estadual referente ao custeio para a Rede de Atenção Psicossocial. Goiânia: CIB, 2021 Abr 15 [Acesso 2022 Mar 25]. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2021/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20050.2021%20-%20Aprova%20a%20antecipa%C3%A7%C3%A3o%20do%20repasse%20financeiro%20de%20contrapartida%20Estadual%20referente%20ao%20custeio%20para%20a%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicoss.pdf>

11. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação n.º 06, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União [Acesso 2022 Mar 25]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html

12. Goiás. Portaria nº 056/2013 GAB/SES/GO. Institui a contrapartida estadual aos municípios para implantação dos Centros de Atenção Psicossocial, serviços, Residenciais terapêuticos, leitos em hospitais gerais e unidades de acolhimento previstos nas Redes de Atenção Psicossocial.

Capítulo 6

EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL (E-MAESM)

Candice Rezende Castro Macedo
Helisiane Fernandes Moreira Figueiredo
Suely Pereira de Faria
Milca de Freitas Queiroz Prado

Palavras-chave: Equipes de Saúde, Saúde Mental; Fortalecimento Organizacional.

Contextualização

Você sabia?



Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada (e-MAESM) são dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial que permitem o acesso ao serviço especializado fortalecendo a atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados, objetivando maior efetividade do tratamento de base territorial; por não ter parametrização populacional a implantação deste dispositivo vem cobrir os vazios assistenciais em municípios de pequeno porte?

O tema saúde mental é pauta de discussões científicas, sociais e políticas, que desafiam a diversidade de contextos institucionais, sejam públicos ou privados. A estrutura que suporta as ações públicas em saúde mental está consolidada na Lei 10.216/2001 e amparada na Lei 8.080/1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) ordenando três eixos: a assistência integral, a gestão de equipes profissionais e o desenvolvimento de políticas públicas. **A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) engloba esta tríade e, deste modo, realiza o escopo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Neste sentido, o desenvolvimento da RAPS atua no fortalecimento do SUS como política de Estado^{1,2,3,4}.**

O campo da saúde mental evidencia as contradições e os tensionamentos sociais, expondo os determinantes sociais de saúde e as vulnerabilidades implicadas no

sofrimento psíquico. Em situações de crises como a pandemia da COVID-19, o sofrimento psíquico se insere nas discussões cotidianas. Numa perspectiva democrática, trazer o viés saúde mental em tempos de exceção na saúde pública exige esforço técnico, científico e social. Não cabe tratar as alterações biopsicossociais somente do ponto de vista da organização dos serviços: **“As políticas de saúde mental descrevem os valores, objetivos e estratégias implementados pelos governos para reduzir o fardo das doenças mentais e melhorar a saúde mental”¹.**



A articulação entre níveis diferentes da gestão pública se afigura uma estratégia que otimiza as competências administrativas e potencializa a precisão no atendimento às demandas de complexidades diversas⁴. A comunidade científica tem destacado a importância em abordar a saúde mental de modo amplo, estabelecendo uma correlação entre os determinantes sociais, considerando-os como a chave na compreensão e no tratamento de doenças mentais. Fatores associados à acessibilidade, equidade, às adversidades na infância e violência são os principais fatores de risco para os transtornos mentais^{1,8}. “A pandemia COVID-19 chamou ainda mais a atenção sobre a importância dos determinantes sociais em causar doenças mentais e físicas”⁸.

A gestão em seu aspecto macro, enquanto política de saúde pública, as equipes de trabalhadores do SUS, enquanto coletivo, e a sociedade, representando a diversidade dos indivíduos, necessitam selar um movimento síncrono que possibilite a implementação de novos dispositivos na RAPS, visando ao aprimoramento das linhas de cuidado em saúde mental. Os desdobramentos se apresentam no bem-estar psicossocial, no protagonismo dos usuários e de sua rede de apoio, na implementação do processo de cuidado integral e democrático, no fortalecimento da diretriz brasileira na atenção psicossocial, que envolvem a articulação intersetorial no âmbito da oferta, regulação e monitoramento da assistência prestada à comunidade^{4,5}.



A partir da publicação da Portaria n.º 3.588/2017⁵, percebe-se a movimentação da RAPS na direção da ampliação e qualificação de seus dispositivos, associado a indicadores técnicos, sociais, econômicos e culturais que margeiam a atuação dos profissionais de saúde no contexto da saúde mental. A Equipe Multiprofissional de

Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM), representa mais um passo na construção de uma rede que se sustenta e opta por repensar o cuidado integral do usuário. Como finalidade faz a articulação da atenção primária e atenção de maior complexidade ou cuidado específico⁵. Ao promover ações de matriciamento, chama a atenção para a prática cotidiana do cuidado integral e reforça a característica relacional e dialógica do funcionamento em rede com o compartilhamento do cuidado^{2,3,6}. **O objetivo deste capítulo é apresentar a expansão da RAPS do estado de Goiás por meio da e-MAESM e discutir o fortalecimento da rede como política pública em saúde mental.**

Desenvolvimento

A construção de uma rede de cuidado de base territorial significa disposição para articular e integrar diferentes pontos de atenção de acordo com suas complexidades. No contexto da saúde mental, os centros de atenção psicossocial (CAPS) são referências territoriais importantíssimas na promoção do protagonismo do usuário. Por meio do reconhecimento de sua demanda e da organização do fluxo contínuo de atendimento, desconstrói a abordagem tradicional em transtornos mentais, a hierarquização e a fragmentação do cuidado^{3,6}. No entanto, critérios técnicos e administrativos inviabilizam a implantação e habilitação destes dispositivos em todos os municípios. Sabendo das recomendações da comunidade científica internacional, no contexto pandêmico, em que as inúmeras mudanças nas atividades de vida diária, impactaram hábitos, restrições nas trocas sociais e a incerteza sobre o amanhã, promover ações de enfrentamento à pandemia, seja na prevenção como na promoção em saúde mental, constitui uma estratégia vital para minimizar a agudização do sofrimento mental^{7,8}.

Nesta perspectiva, as e-MAESM, devido a sua estrutura e função, ancoram e dinamizam a gestão dos recursos financeiros e técnicos, destacando a gestão plena dos municípios, otimizando a assistência no território, uma vez que sua implantação não depende de parametrização populacional. A e-MAESM têm um perfil de abordagem entre a atenção básica (AB) e o CAPS, permitindo a ampliação do acesso à assistência especializada em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias e possibilitando o fortalecimento dos atendimentos de base comunitária. Destaca-se, também, que a articulação com a AB favorece a planificação da atenção à saúde

contribuindo para identificar lacunas assistenciais, entraves da pactuação entre municípios e o estado e no gerenciamento dos dados epidemiológicos.

De acordo com levantamentos da Gerência de Saúde Mental (GSM), através do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), o estado de Goiás tem ampliado significativamente o quantitativo de e-MAESM pactuadas. Em 2018 foram aprovadas pelo Ministério da Saúde (MS) 04 equipes, sendo 03 na Região Sudoeste I e 01 na Região Sudoeste II. Em 2019 as Regiões Centro-Sul e Estrada de Ferro habilitaram mais 02 equipes e a Região Sudoeste II mais 01 equipe.

A lacuna verificada nesta expansão coincide com o período crítico da pandemia pela COVID-19, que canalizou recursos no gerenciamento da situação de crise que atingiu a saúde pública. O cenário atual revela o compromisso dos gestores em fortalecer a RAPS articulando a AB e a especializada por meio do matriciamento com os dispositivos de maior complexidade e a habilitação de novas e-MAESM. Conforme levantamento atualizado, são mais 28 novas equipes nas regiões Pirineus, São Patrício II, Nordeste I, Oeste I, Oeste II, Sul, Central e Sudoeste I. Ao total 06 equipes já foram aprovadas nestas regiões e o município de Goiânia encontra-se em diligência para habilitar 06 equipes. A seguir apresentamos a evolução do número de e-MAESM no estado de Goiás numa série histórica de 2018 a 2021.



Fonte: SAIPS: SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

Considerações Finais

O desenho das redes de atenção em saúde pública é orgânico e dinâmico devido aos condicionantes e determinantes sociais de saúde. A saúde mental em sua especificidade requer atenção técnica, política e de gestão. A gestão do cuidado integral às pessoas com transtornos mentais, a partir da ampliação dos pontos de atenção da RAPS, em específico das e-MAESM, é crucial para a articulação intersetorial. A aproximação e a integração com a AB destaca que o cuidado especializado em saúde mental, alcança aí seus objetivos, isto é, a promoção de saúde.

No que tange à RAPS, para a expansão das e-MAESM, o apoio técnico da GSM tem sido fundamental, na sensibilização de gestores e na orientação às equipes constituídas. Do ponto de vista da política de saúde mental, estas equipes focalizam a integralidade e a transversalidade do cuidado. Nesse sentido a equipe técnica da GSM elaborou a Nota de Recomendação n.º08/2021 - GSM - 18351, que trata da orientação acerca do fluxo processual para implantação/habilitação de e-MAESM, visando a subsidiar os apoiadores regionais de saúde mental e populações específicas, bem como os gestores municipais. Com as e-MAESM a gestão do cuidado e o fortalecimento da RAPS se consolidam e oportunizam o manejo de situações críticas e atípicas em saúde pública.

A Gerência de Saúde Mental tem realizado um trabalho importante no processo de expansão das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada (e-MAESM) no Estado, principalmente quanto à sensibilização de gestores, orientação técnica e apoio institucional às equipes constituídas. Nesse sentido a equipe técnica da GSM elaborou a NOTA DE RECOMENDAÇÃO N.º: 8/2021 - GSM- 18351, que trata da orientação acerca do fluxo processual para implantação/habilitação de e-MAESM, visando subsidiar os apoiadores regionais de saúde mental e populações específicas, bem como os gestores municipais. Do ponto de vista da política de saúde mental, estas equipes focalizam a integralidade e a transversalidade do cuidado. Com as equipes e-EMAESM, a gestão do cuidado e o fortalecimento da RAPS se consolidam, e oportunizam o manejo de situações críticas e atípicas em saúde pública.



Referências

1. Leal EM, Ferrari IF. A realidade social brasileira e o retrocesso na Saúde Mental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]. 2019[Acesso 2021 Nov 28];22(3):421-438. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2019v22n3p421.1>.
2. Lemos PZ, Loiva SL, Cadoná E. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health [Internet]. Florianópolis: 2017 Dez 9 [Acesso 2021 Nov 28];9(4):1-27. Disponível em: <http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4983>.
3. Lopez A. Chapitre 10- La politique de santé mentale. In: Réguler la Santé [Internet]. Paris: Anné, 2013:237-243.
4. World Health Organization (WHO). Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization, 2021 Oct 8. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2018 Jan 22 [Acesso 2022 Mar 25]. Seção 1. 46 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
6. Secretaria Estadual de Saúde (GO). Nota de Recomendação nº: 8/2021 - GSM-18351 - <https://www.saude.go.gov.br/files/susmep/notas-tecnicas-e-informativas//2021/Nota%20de%20Recomenda%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%208.2021-SUSMEP%20-%20Fluxo%20processual%20para%20implanta%C3%A7%C3%A3o-habilita%C3%A7%C3%A3o%20de%20EMAESM.pdf>
7. Tausch A, Souza RO e, Viciano CM, Cayetano C, Barbosa J, Hennis AJ. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. The Lancet Regional Health-Americas. 2022;5:100118.
8. Science Direct (Site). The Lancet (Internet). 2021;398(10305):1021-1104.

Capítulo 7

PLANO ESTADUAL DE REGULAÇÃO

Cárita Cristina Margarida Figueiredo de Castro
Edinalva Rodrigues Batista Gonçalves
Juliana Rodrigues Marcilio
Neusilma Rodrigues
Suzana Cristina Xavier

Palavras-chave: Organização; Regulação; Protocolo

Você sabia?



Atualmente, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) regula em todo o território 35 unidades de saúde para serviços ambulatoriais; 25 unidades executantes de cirurgias eletivas; 30 unidades referência para internação e urgência. Todo este trabalho, desenvolvido dentro das prerrogativas definidas em protocolos, é realizado 100% através de sistema informatizado, viabilizando, assim, a transparência, como deve ser.

Contextualização

O desenvolvimento de estratégias e a implementação de ações de racionalização do uso dos recursos de saúde, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a Universalidade, a Equidade e a Integralidade, aliados à implantação de sistemas informatizados, com a estruturação das redes assistenciais permitem organizar um efetivo e transparente sistema de regulação. Este é o desafio da SES-GO.

O acesso à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) é um dos maiores problemas do SUS, em decorrência tanto da insuficiente oferta de ações diagnósticas e terapêuticas (dependendo da especialidade e da localização geográfica), quanto dos modos de financiamento, organização e funcionamento da atenção especializada (AE) e de outros elementos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como por exemplo a

qualidade de encaminhamentos e solicitações (exames, consultas, procedimentos)^{1,2,3}.



A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 20024 define a regulação assistencial como o principal instrumento na busca da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma organizada, qualificada, oportuna e equânime. Apresenta-se o termo médico regulador e a qualificação de autoridade sanitária dada a este ator, além de se atribuir à atenção primária à saúde (APS) a responsabilidade na garantia de acesso a consultas e exames complementares, inerentes ao tratamento de algumas condições de saúde.



O Pacto pela Saúde⁵ descreve a regulação como uma das diretrizes para a gestão do SUS e define a regulação do acesso à assistência (ou regulação assistencial) como um “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes”. Reforça a organização e funcionamento da rede a partir das necessidades apresentadas pela APS, bem como a integração desta com o conjunto do sistema.

Publicada em 2008, a Política Nacional de Regulação⁶ apresenta-se formalmente, em resposta à necessidade de estruturação das ações de regulação, fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS e do processo de regionalização, incluindo a integração de ações e serviços de saúde, com o objetivo de garantir a organização das redes e fluxos assistenciais. Organiza três dimensões da regulação, sendo elas: **Regulação de Sistemas de Saúde**, que define as macrodiretrizes para a **Regulação da Atenção à Saúde**. Esta, por sua vez, tem como foco a organização da rede de serviços. Por último, a regulação do acesso à assistência, também chamada de **Regulação Assistencial**, tem como cerne a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos



assistenciais, no âmbito do SUS, tendo os gestores públicos seu ator central e a regulação médica como autoridade sanitária.

O documento intitulado Custeio dos Núcleos de Telessaúde Brasília⁷ - Manual instrutivo de 2015 - considera a regulação como tecnologia de gestão, com função de ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, para um atendimento com indicação e no tempo certo, priorizando casos a partir de fatores como risco, necessidade e vulnerabilidade. Há também a noção da organização da atenção em saúde, a partir de linhas de cuidado, de maneira a qualificar a atenção e servir de referência para o processo de regulação, assim como os protocolos de encaminhamento.



A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017⁸, por sua vez, valoriza a regulação para defender o uso racional dos recursos em saúde, de maneira a impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

Considerando sua importância, a regulação do acesso constitui um dos principais eixos da atual gestão da SES-GO. Neste contexto, o Plano Estadual de Regulação (PER) objetiva dar suporte à reestruturação do processo quanto às funções operacionais de execução, informação, transparência e gerenciamento, superando métodos e instrumentos de regulação que apresentam pouca resolubilidade, em consonância com o plano diretor de regionalização da assistência à saúde no estado de Goiás e demais instrumentos de planejamento.

Neste sentido, o PER implica não só em um instrumento prático no processo de operacionalização das funções de regulação, mas, também, na elaboração de novos métodos e conceitos que avancem para o efetivo impacto de otimização do acesso às ações e serviços em saúde da população, privilegiando sobretudo a necessidade do usuário.

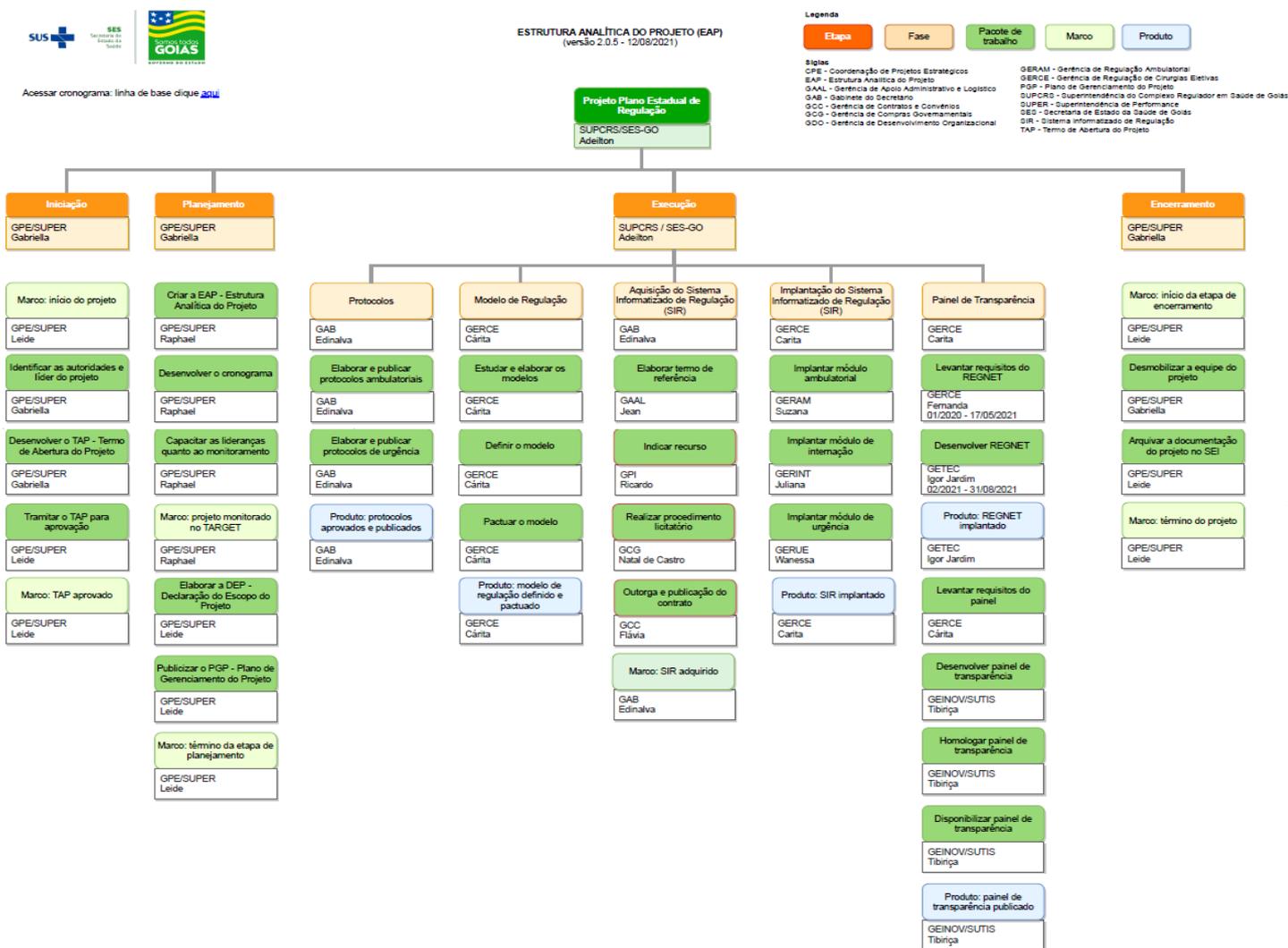
Em consonância com a Política Nacional de Regulação⁶ o PER trata-se de uma proposta para a definição e pactuação de um modelo estadual único, com fluxos e critérios de estratificação. Há, ainda, outras ferramentas de regulação assistencial, padronizadas para viabilizar a reorganização da regulação do acesso às ações e serviços em saúde pública no estado de Goiás, segundo o grau de complexidade dos serviços, com grande enfoque na regionalização, para qualificar o acesso à assistência de forma padronizada em todo território goiano.

O Projeto

Em agosto de 2020, a gestão da SES-GO apontou, como um dos seus projetos estratégicos, a pactuação do PER. O projeto foi dividido em 4 etapas: **Protocolo**, **Modelo**, **Sistema Informatizado** e **Painel de Transparência**, como pode ser observado na Figura I - Estrutura Analítica do Projeto (EAP).

O Projeto foi elaborado com foco na estruturação interna dos processos regulatórios das unidades sob gestão/regulação estadual, estabelecendo e institucionalizando os processos de trabalho, bem como o foco na pactuação de um modelo de regulação, padronizado em todo o território, abrangendo também a regulação intermunicipal ambulatorial e de urgência.

Figura I - Estrutura Analítica do Projeto - Plano Estadual de Regulação



Fonte: GPE/GDO/SUPER/SUB/SES-GO(2021).

Protocolos

Foram institucionalizados os protocolos de regulação do acesso, os quais encontram-se disponíveis no site da SES-GO, atualizados periodicamente, dando publicidade ao perfil assistencial de cada unidade de saúde, sob regulação estadual, explicitando a carteira de serviços e os critérios que subsidiam todo o processo regulatório (<https://www.saude.go.gov.br/complexo-regulador/protocolos-e-fluxos>)

Modelo de Regulação

O modelo de regulação, a ser adotado por pactuação na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), para implantação em todo território goiano, está sendo elaborado em Comitê de Assessoramento, criado por meio da Resolução CIB n.º 197/2021, de 19 de agosto de 2021⁹, com a participação representativa de todos os municípios do estado de Goiás, através do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Goiás (COSEMS) e representantes, indicados pelos municípios pólos de macrorregiões de saúde, bem como representantes da SES-GO e do CES.

O modelo de regulação, proposto no PER deverá obedecer às seguintes prerrogativas: processos regulatórios 100% informatizados por sistema de regulação; 100% subsidiado por protocolos de regulação do acesso com fluxos (referências) e protocolos clínicos (com critérios de priorização), definidos de forma padrão em todo estado; viabilizar fila única (interoperabilidade) e transparência; critérios de transparência que respeite a lei geral de proteção aos dados.

Sistema Informatizado de Regulação

Considerando os avanços tecnológicos, o projeto PER preocupa-se, também, em disponibilizar a todos os atores envolvidos no processo de regulação do acesso uma ferramenta que permita que o processo seja realizado com resolubilidade e eficiência, bem como viabilize interoperabilidade para qualificar relatórios de gestão e transparência.



Portanto, o sistema informatizado de regulação adotado pela SES-GO atualmente encontra-se 100% implantado em todo território do estado de Goiás, no que diz respeito à regulação das unidades sob gestão estadual. Assim, todos os municípios do estado têm acesso para realizar solicitação aos serviços sob regulação estadual.

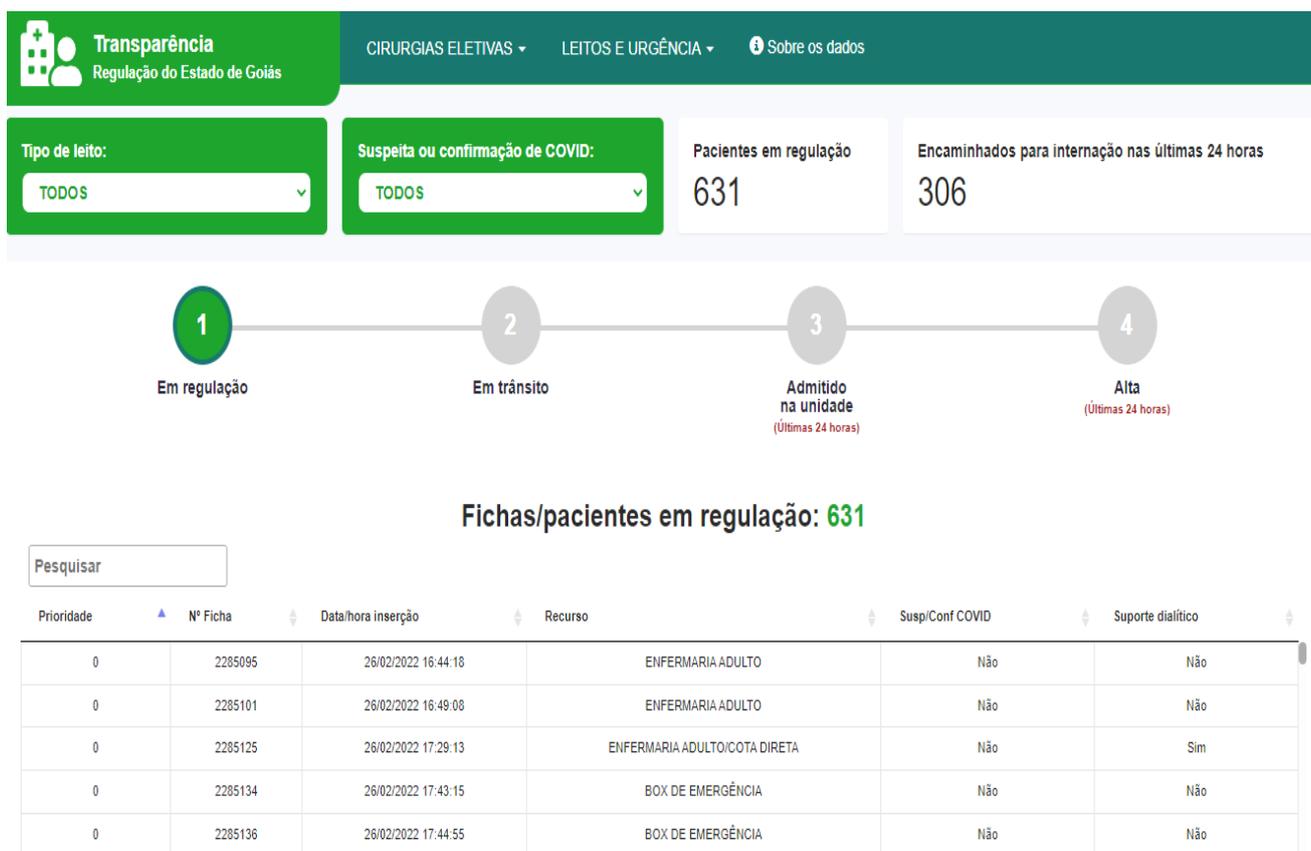
A SES-GO também já está preparada para disponibilização de sistema informatizado, para que os demais municípios possam utilizá-lo, realizando, assim, a regulação dos serviços sob gestão municipal, caso o gestor municipal solicite.

Painel de Transparência das Listas de Espera

O painel de transparência das listas de espera dos serviços, sob gestão estadual, está, também, público e acessível no site da SES-GO (https://indicadores.saude.go.gov.br/public/transparencia_regulacao.html).

A publicação do módulo de leitos de internação de urgência (Figura II) e de cirurgias eletivas (Figura III) foi um dos produtos que o projeto PER já entregou para a população goiana, e está em fase de conclusão a transparência do módulo ambulatorial (consultas e exames).

Figura II - Painel de Transparência das Listas de Espera por Leitos e Urgência



Fonte: https://indicadores.saude.go.gov.br/public/transparencia_regulacao.html

Figura III - Painel de transparência das listas de espera por cirurgias eletivas

Deseja saber a situação de sua solicitação por cirurgia eletiva ?

CPF: 000.000.000-00 Data de nascimento: 00/00/0000

CNS: 000 0000 0000 0000

Li e concordo com o termo, leia o termo clicando [aqui](#).

Consultar

Fonte: https://indicadores.saude.go.gov.br/public/transparencia_regulacao.html

Considerações Finais



Do ponto de vista da organização interna, a regulação estadual deu um salto de qualidade, desde o início do projeto. Atualmente, a SES-GO regula 35 unidades de saúde, em todo território para serviços ambulatoriais - com cerca de 30.000 solicitações avaliadas por mês; 25 unidades executantes de cirurgias eletivas - com cerca de 5.000 procedimentos cirúrgicos regulados por mês; 30 unidades referência para internação e urgência, com aproximadamente 600 solicitações diárias. Todo este trabalho sendo desenvolvido dentro das prerrogativas definidas em protocolos é realizado 100% através de sistema informatizado, viabilizando, assim, a transparência como deve ser.

Em termos de conceitos e noções, relacionados à regulação do acesso, é perceptível que desde a NOAS há uma concepção abrangente, na qual elementos como acesso

adequado e oportuno são evidentes, além de equidade, detalhando-se ainda mais com o Pacto pela Saúde.

A Política Estadual de Regulação do acesso, no âmbito do estado de Goiás, expresso pelo Projeto Estratégico Plano Estadual de Regulação, tem nuances e alcance ainda inexplorado. Ainda há um caminho a ser trilhado, no sentido de pactuar e implantar o modelo estadual padrão, para que haja uniformidade, previsibilidade e transparência do processo regulatório de todos os serviços prestados pelo SUS no território goiano, a fim de garantir que seus princípios basilares prevaleçam na prática operacional diária, em cada canto do estado de Goiás.



Referências

1. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008:627-673.
2. Rocha DC. Gestão do Cuidado na Atenção Especializada: elementos para pensar uma política [Dissertação]. Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações [Internet]. 2014. 237 p.
3. Tesser CD, Poli NP. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciênc saúde colet. 2017;22(3): 941-951.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a norma operacional da Assistência à saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM n.º 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html#:~:text=de%20sa%C3%BAde%2C%20resolve%3A-,Art.,assumidas%20pelas%20esferas%20de%20governo.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Custeio dos Núcleos de Telessaúde: manual instrutivo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/custeio_nucleos_telessaude.pdf.

8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

9. Resolução CIB n.º 197/2021. Aprova a instituição do Comitê Executivo e o Comitê de Assessoramento do Plano Estadual de Regulação.

<https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2021/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20197.2021-%20Aprova%20a%20instiui%C3%A7%C3%A3o%20do%20Comit%C3%AA%20Execu%F4%80%86%9Fvo%20e%20o%20Comit%C3%AA%20de%20Assessoramento%20do%20Plano%20Estadual%20de%20Regula%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Capítulo 8

REGULAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS – REGNET, TRANSPARÊNCIA E CRITÉRIO SWALIS

Cárita Cristina Margarida Figueiredo de Castro
Fernanda Barbosa de Oliveira
Neusilma Rodrigues

Palavras-chave: Organização; Sistemas de Assistência à Saúde; Regulação.

Você sabia?



Para disponibilizar a oferta assistencial mais adequada à necessidade de saúde do cidadão contamos com mecanismos, como a regulação médica da atenção ambulatorial especializada, hospitalar, controle de leitos, padronização de solicitações e estabelecimento de referências entre unidades de diversos níveis de atenção à saúde.

Contextualização

A busca da equidade, no acesso aos serviços de saúde, é um objetivo explícito de muitos sistemas de saúde, no entanto estes deparam-se com muitas barreiras. A utilização do processo regulatório, como instrumento de gestão, pode se tornar um potente equalizador social do sistema de saúde, para amortizar a desigualdade relacional entre os entes público e privado, além de atenuar a relação necessidade, demanda e oferta, tornando-a coerente, compatível e sem grandes distorções¹.

Publicada em 2008, a **Política Nacional de Regulação apresenta-se formalmente em resposta à necessidade de estruturação das ações de regulação, fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e do processo de regionalização**. Isso inclui a integração de ações e serviços de saúde, com o objetivo de garantir a organização das redes e fluxos assistenciais. Organiza-se três dimensões da regulação, sendo elas: Regulação de Sistemas de Saúde, que define as macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde. Esta, por sua vez, tem como foco a organização da rede de serviços. Por último, a regulação

do acesso à assistência (também chamada de regulação assistencial) tem como cerne **a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos** assistenciais, no âmbito do SUS, tendo os gestores públicos seu ator central e a regulação médica como autoridade sanitária, assim como normativas anteriores^{2,3} ratificam o processo de regulação do acesso a partir da atenção primária à saúde (APS), a fim de disponibilizar a oferta assistencial mais adequada à necessidade de saúde do cidadão. Isso ocorre através de mecanismos, como a regulação médica da atenção ambulatorial especializada, hospitalar, controle de leitos, padronização de solicitações e estabelecimento de referências entre unidades de diversos níveis de atenção à saúde.

No manual *Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores*⁴, a importância da regulação é descrita pela **necessidade de qualificação do acesso, otimização dos recursos e reforço das funções de gestão**. Segundo este documento:



“na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, levando em conta a classificação de risco, o cumprimento de protocolos de regulação estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada”⁴.

No manual indica-se, também, que a regulação deve enfrentar a questão da demanda real e da demanda artificial, considerando a oferta potencial e a oferta existente.

A Política Nacional de Regulação⁵ estabelece, ainda, que o Complexo Regulador deve ser organizado, entre outros, em Central de Regulação de consultas e exames, regulando o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais e a Central de Regulação de internações hospitalares, regulando o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

Sendo assim, a Central de Regulação Ambulatorial estabelecerá o fluxo de acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos ambulatoriais e a Central de Regulação de internações hospitalares estabelecerá o fluxo de acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos hospitalares.

Considerando que as listas de espera por serviços públicos de saúde são conjuntos dinâmicos, afetados por interação complexa de muitos fatores, esta é uma das questões mais debatidas dentro da gestão de saúde pública em muitos países. Podendo ser definida como uma fila de pacientes, aguardando acesso a um serviço, que surge quando a oferta de recursos está abaixo do nível de recursos necessários para atender à demanda⁶.

Ficou evidenciado, portanto, que neste modelo adotado na política nacional deixava-se uma lacuna a ser preenchida entre os processos de regulação ambulatorial e de internações hospitalares, pois a Central de Regulação ambulatorial e Central de Regulação de internações hospitalares não conseguiriam, em si mesmas, estabelecer um gerenciamento efetivo das diversas listas de espera por procedimentos cirúrgicos devido à complexidade, dinamicidade e ao volume de pacientes em fila.

Esta problemática foi evidenciada em vários momentos no país, e também no estado de Goiás, quando o Ministério da Saúde (MS) tentava estabelecer uma estratégia de enfrentamento para a redução do tempo de espera pelos procedimentos cirúrgicos eletivos e nunca lograva êxito, na etapa de diagnóstico situacional. Nem o estado de Goiás, nem as outras unidades federativas do país, cada um com seus modelos de regulação em vigência, conseguiram apresentar uma lista de espera por procedimentos eletivos que retratasse a realidade. Isto porque o gerenciamento das listas de espera por cirurgias eletivas encontrava-se fragmentado e descentralizado. Sempre eram apresentadas listas “poluídas”, com duplicidades ou com pacientes que aguardavam há quase uma década, dentre eles, aqueles que não possuíam diagnóstico cirúrgico e aguardavam, na verdade, algum serviço ambulatorial, como uma consulta especializada ou exame complementar.



Na oficina realizada pelo MS, em julho de 2019, com todos os estados do país, diante da precariedade de informações com relação às demandas para cirurgias eletivas, ficou evidenciado que era necessário uma política estadual que centralizasse o gerenciamento das filas de espera por procedimentos cirúrgicos e viabilizasse a qualificação (higienização) destas filas, de maneira a garantir que estejam presentes na fila pacientes que realmente encontram-se aptos a aguardarem pela intervenção cirúrgica e, ainda, uma política que viabilize o gerenciamento de uma lista de espera

de maneira resolutiva, assegurando, assim, o cumprimento dos princípios universais do SUS, definindo critérios de priorização explícitos e objetivos.

Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas

No estado de Goiás, a reforma administrativa ocorrida em 2019 estabeleceu a Superintendência do Complexo Regulador em Saúde com uma estrutura administrativa própria para assumir o desafio de gerenciar as mais variadas filas de espera por cirurgias eletivas junto às unidades de saúde que estivessem sob a gestão/regulação estadual. A Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas foi estruturada a partir de então, estabelecendo nela a Central Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas.

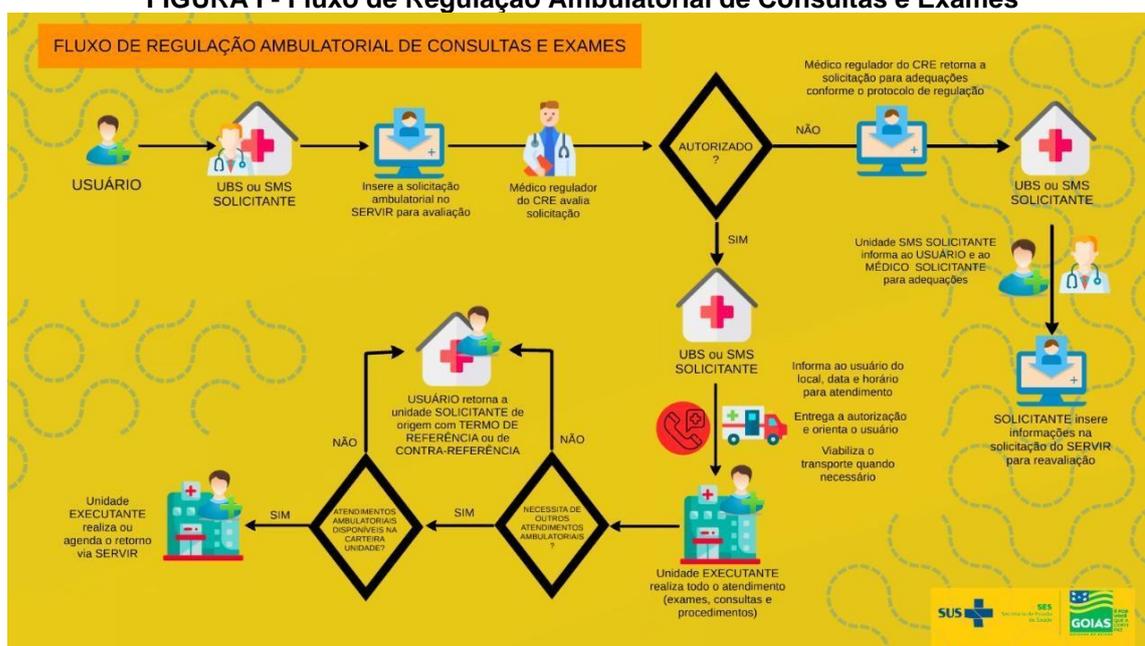


O primeiro modelo de regulação de cirurgias eletivas, foi estabelecido pela Central de Regulação de Cirurgias Eletivas em agosto de 2019, trazendo para a responsabilidade desta o gerenciamento da lista de espera e do monitoramento da execução dos procedimentos eletivos cirúrgicos demandados.

O Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas (versão 1) foi implementado e operacionalizado de maneira manual, através de planilhas em *excel* e trocas de informações via e-mail. O modelo regulatório proposto neste protocolo (Figura I e Figura II) estabeleceu condições que assegurem o acesso universal e igualitário aos serviços de cirurgias eletivas existentes nas unidades hospitalares sob regulação estadual. Ficou estabelecido que a data de ingresso na fila de espera seria a data da inserção da solicitação no Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas (REGNET), que somente poderá ocorrer após a conclusão da avaliação pré-operatória. Também ficou estabelecido critérios de inclusão e exclusão na lista de espera.

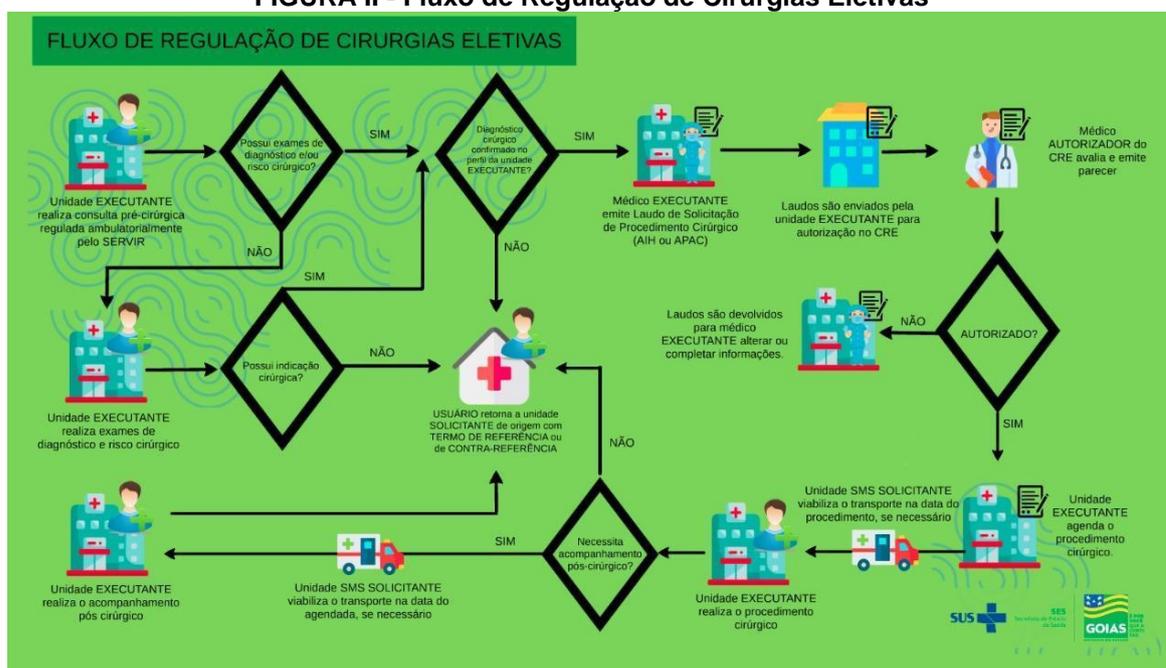
Estas medidas foram tomadas, visando à garantia do acesso em tempo oportuno, otimizando a utilização dos recursos disponíveis e respeitando a hierarquia regionalizada.

FIGURA I - Fluxo de Regulação Ambulatorial de Consultas e Exames



Fonte: <https://www.saude.go.gov.br/images/regulacao/consulta-exames.jpeg>

FIGURA II - Fluxo de Regulação de Cirurgias Eletivas



Fonte: <https://www.saude.go.gov.br/images/regulacao/cirurgia-eletiva.jpeg>

Sistema Informatizado de Regulação de Cirurgias Eletivas - regnet e transparência das listas de espera

Em agosto de 2021 foi implantado o Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas (REGNET), um sistema informatizado que foi desenvolvido pela equipe de tecnologia da SES-GO, com o objetivo de viabilizar que o processo regulatório de cirurgias eletivas em vigência pudesse ocorrer de maneira digital, agilizando o processo de trabalho e permitindo a emissão de relatórios gerenciais e em tempo oportuno.

Com esta implementação tecnológica foi possível, ainda, atualizar o Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas (versão 2), pactuada via Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), n.º 111/2021, de 15/07/2021⁷. Com a atualização do protocolo foi adotado o critério de priorização SWALIS e também possibilitou a publicação do portal de transparência das listas de espera por cirurgias eletivas das unidades de saúde sob regulação estadual: https://indicadores.saude.go.gov.br/public/transparencia_regulacao.html.

Critério de Priorização Swalis

Considerando que o gerenciamento de listas de espera é fragilizado quando estas não estão sujeitas à priorização - política de primeiro a entrar, primeiro a sair e critérios subjetivos⁶, a **Central Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas adotou a mesma estratégia dos pesquisadores italianos criadores do projeto intitulado: SWALIS – Surgical Waiting List Info System, em português: Sistema Informatizado de Lista de Espera para Cirurgia.**

O projeto SWALIS envolve um sistema de gerenciamento de lista de espera com base em um algoritmo de priorização que atribui pontuações de critérios de prioridade de acordo com a gravidade do estado clínico do paciente e o máximo de tempo de espera aceitável⁶.

No modelo SWALIS os cirurgiões atribuem urgência a cada encaminhamento de admissão, avaliando as condições clínicas no momento da fase pré-operatória. A definição clínica de urgência é então baseada em uma modificação parcial dos critérios do Estado de Victoria. Cada UGR está associada a um tempo máximo aceitável para tratamento (TMAT), Maximum Time Before Treatment (MTBT) - (Tabela

1) e a um coeficiente de urgência p , que determina a velocidade na qual a pontuação de prioridade aumenta para cada URG p , onde $p = A1, A2, B, C, D$ (Fato et al, 2008).

Tabela 1. Os grupos relacionados à urgência são derivados de sugestões do governo italiano, inspiradas nas experiências da Nova Zelândia, Austrália e Canadá

URG	Avaliação Clínica	TMAT (dias)
A1	Evolução rápida e evidente da doença	8
A2	Potencial evolução rápida da doença	30
B	Dor intensa e / ou disfunção e / ou incapacidade, mas não há progressão rápida da doença	60
C	Dor leve e / ou disfunção e / ou incapacidade, mas não há progressão rápida da doença	180
D	Sem disfunção e / ou incapacidade dolorosa e sem progressão rápida da doença	360

FONTE: Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas.

Nesse modelo, as palavras “urgência” e “prioridade” abrangem significados importantes e diferentes. A urgência deve ser considerada como o número máximo de dias que um único paciente pode esperar, com base na situação patológica ou na necessidade terapêutica. Os critérios referentes ao tempo de espera máximo estão vinculados à classificação feita pelo Conferenza Stato-Regioni (CSR), comitê diretor italiano como representante nacional e regional da saúde pública, que propôs quatro classes diferentes (A, B, C, D) com base em critérios clínicos chave (expectativa de risco, dor). Por causa das necessidades clínicas, a classe A é dividida em duas classes com dois tempos de espera diferentes. A nova classe A1 é caracterizada por um tempo de espera máximo de oito dias, enquanto a classe A2 tem um tempo de espera de 30 dias⁶.

O produto do tempo de espera ($t-t_0$) e o coeficiente de urgência (p) resultam em uma pontuação de prioridade $P(t)$ que é calculada dia a dia automaticamente pelo sistema. Os pacientes prosseguem na lista de acordo com a urgência e ganham diferentes prioridades relativas, dado o mesmo tempo gasto na lista. Formalmente, a função de prioridade dinâmica de cada paciente é definida da seguinte forma: $P(t) = (t-t_0) \cdot p^6$.

O valor $P(t)$ define também um estágio identificado por uma cor. A cor vermelha mostra que a referência expirou (TMAT atingido), enquanto a cor verde indica que é o

momento ideal para agendar a internação hospitalar. Podemos afirmar que o *software* fornece uma ferramenta de agendamento para sugerir a internação de pacientes com maior pontuação de prioridade, considerando o tempo de espera proporcionalmente ao tempo máximo de espera pelo tratamento (Tabela 2)⁶.

Tabela 2. A sugestão de agendamento é derivada de uma comparação entre o tempo máximo de espera para a classe de urgência e o tempo real de espera para encaminhamento específico.

Cor	Tempo de Espera / TMat	Sugestão de agendamento
Vermelho	> 80%	Tempo excedido
Amarelo	> 60%, ≤ 80%	Pendente, expirando
Verde	> 30% , ≤ 60%	Pendente, ótimo
Branco	≤30%	Pendente, prematuro

Fonte: Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas.

Vários estudos concluíram, depois de um tempo de aplicação do modelo, que o SWALIS alcançou o objetivo de fornecer dados úteis para gerenciar adequadamente as listas de espera. O modelo SWALIS permitiu a priorização homogênea e padronizada, aumentando a transparência, a eficiência e a equidade. Devido a sua aplicabilidade tem se mostrado uma abordagem pragmática em relação às listas de espera cirúrgicas, úteis na prática clínica e no gerenciamento estratégico de recursos⁸.

Considerações Finais

Diferente da realidade vivenciada até meados de 2019, o estado de Goiás agora conhece a demanda real por cirurgias eletivas e, com isso, pode elaborar estratégias efetivas de enfrentamento às demandas reprimidas. Além disso, pode se orgulhar da transparência disponibilizada ao usuário do SUS, informando em tempo real sua posição na lista de espera e a situação do processo regulatório de cada caso.



Após a experiência desafiadora da gestão de listas de espera, com protocolo definido, fluxos padronizados, sistema informatizado, critério de priorização e transparência, a Central Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas inicia 2022, após aproximadamente 02 anos de suspensão dos serviços eletivos devido à pandemia pela COVID-19, enfrentando uma realidade de grandes demandas reprimidas, com a

expectativa real de alcançar resultados positivos em termos de redução do tempo de espera.

Referências

1. Vilarins GC, Shimizu HE, Gutierrez MM. A Regulação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*. 2012;36(95):640-647.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a norma operacional da Assistência à saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2.ed. Brasília- DF: Ministério da Saúde; 2010 (Série Pactos pela Saúde 2006):(6).
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM n.º 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html#:~:text=de%20sa%C3%BAde%2C%20resolve%3A%20Art.,assumidas%20pelas%20esferas%20de%20governo.
6. Fato M, Tanfani E, Testi A, Valente R. SWALIS: A Web-based System to Manage and Audit Elective Surgery Waiting Lists. *Research Gate [Internet]*. 2008 Jan [Acesso 2022 Mar 04]. Disponível em: file:///C:/Users/kemilsousa/Downloads/MEDNET-369_PorrolvanA_e.pdf

7. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Resolução CIB 111 de 05 de novembro de 2009. Aprova incentivo ao Programa PSF e Saúde bucal. Goiânia: CIB, 2009 Nov 05 [Acesso 2022 Mar 25]. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2009/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20111.2009%20-%20Aprova%20AD%20REFERENDUM%20a%20IMPLEMENTA%C3%87%C3%83O%20de%20Incentivo%20PSF,%20PACS%20e%20do%20Incentivo%20SA%C3%9ADE%20BUCAL%20do%20PSF.pdf>
8. Valente R, Testi A, Tanfani E, Fato M, Porro I, Santo M, et al. A model to prioritize access to elective surgery on the basis of clinical urgency and waiting time. BMC Health Serv Res. 2009 Jan;9:1. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-1>.

Capítulo 9

RESSIGNIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Eliane Rodrigues da Cruz
Flúvia Pereira Amorim da Silva
Morgana Souto de Souza Pedrosa

Palavras-chave: Qualidade dos Serviços de Saúde; Gerenciamento; Gestão da Qualidade.

Contextualização

A vigilância sanitária (VISA) é um componente do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos processos de trabalho têm por objetivo a proteção, promoção e defesa da saúde da população. O conceito incorporado à Lei Orgânica da Saúde (LOS) define bem estas competências:

[...] um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde¹.

No SUS a vigilância sanitária é, com certeza, a área que cotidianamente mais se faz presente na vida das pessoas. Isso porque suas ações estão voltadas para o monitoramento da qualidade, segurança e eficácia da cadeia produtiva e da distribuição de uma série de produtos comercializados e oferecidos à população, como água potável e mineral, alimentos, cosméticos, produtos de higiene e limpeza, medicamentos, vacinas e demais produtos para a saúde. Atua, também, na fiscalização e monitoramento de prestadores de serviços à saúde, sempre com foco na garantia da segurança do paciente, como nos hospitais, clínicas médicas, laboratórios clínicos, bancos de sangue, agências transfusionais, serviços de diálise, serviços de odontologia, serviços de diagnóstico e radiodiagnóstico, além de serviços



de interesse à saúde, como nos salões de beleza, serviços de estética e tatuagem, instituições de longa permanência para idosos, comunidades terapêuticas, Instituto Médico Legal, serviços funerários, cemitérios, bem como nos ambientes coletivos, a exemplo das escolas, creches, orfanatos, clubes de lazer e todos os ambientes de trabalho, de uma forma geral, como escopo de atuação da vigilância em saúde do trabalhador.



As ações de vigilância sanitária estão diretamente ligadas à qualidade de vida da população, na medida em que promovem ações que impactam na saúde preventiva, de forma coletiva, por meio da orientação/educação sanitária e do monitoramento e fiscalização de produtos e serviços utilizados pelas pessoas. Essas ações são estruturadas e executadas por uma rede descentralizada no SUS, cujos componentes são os serviços estaduais e municipais de vigilância sanitária, coordenados na esfera federal pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Os três níveis de governo estruturam o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) com responsabilidades e financiamento compartilhados² (BRASIL, 1999).

Costa e Souza³ (2010), faz a reflexão que o trabalho da VISA apresenta especificidades devido à natureza dos objetos de intervenção e do caráter exclusivamente estatal e disciplinador de suas ações. Os seus objetos de intervenção podem ser entendidos como objetos complexos, que se situam no espaço de relações entre a ciência, a saúde e o mercado. As especificidades dos processos de trabalho da VISA a distinguem do trabalho em saúde em geral e a insere no espaço regulatório do Estado, com atribuições indelegáveis de controle sanitário de processos, de ambientes e da produção e consumo de bens e serviços de interesse da saúde.

Ao longo dos anos a estrutura administrativa da Vigilância Sanitária no estado de Goiás sofreu alterações significativas, no entanto, os processos de trabalho dos diversos segmentos de atuação sempre estiveram alinhados aos mais altos padrões regulatórios nacionais, estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde (MS).

Desenvolvimento

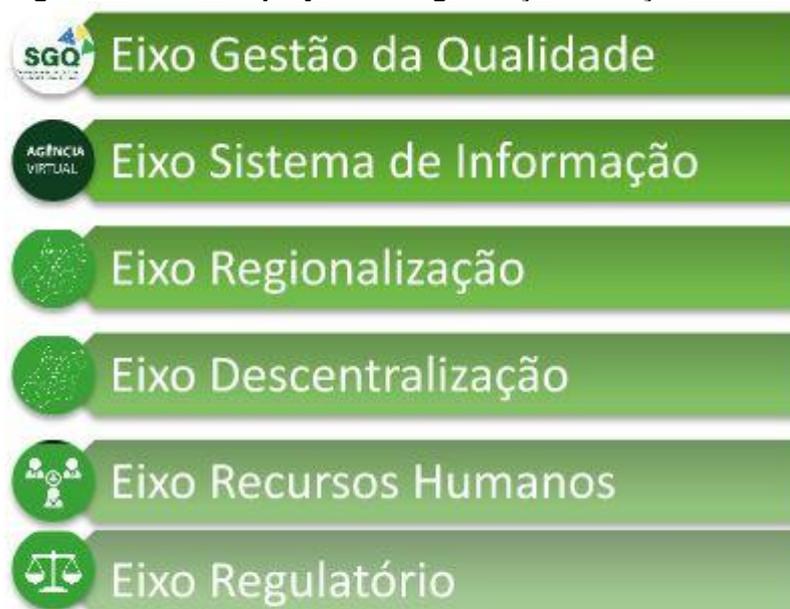
O projeto “Ressignificação das Ações de Vigilância Sanitária” está sendo desenvolvido como projeto estratégico para o gerenciamento dos processos de trabalho na Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Saúde/SUVISA/SES-GO, cujo objetivo é **trabalhar ativamente com todos os atores deste processo, seja ele os servidores do estado, seja os usuários/consumidores de produtos e serviços, bem como os proprietários/empresários/gestores dos estabelecimentos representado o setor regulado.** Essa iniciativa tem um significado histórico, com a proposta de humanização do serviço na VISA, na medida que lança um novo olhar sobre as situações já conhecidas e vivenciadas nesta área, concentrando os esforços gerenciais na resolução dos problemas, buscando soluções por meio de uma visão ampliada e baseada no gerenciamento de riscos e na metodologia de análise do risco potencial (MARF) para os serviços de saúde e de interesse à saúde.

Ressignificar as ações sanitárias tem o objetivo de promover uma mudança no curso dos acontecimentos, com um olhar voltado à valorização do trabalho em equipe, transparência nas ações, qualidade dos serviços prestados, satisfação dos clientes externos e internos por meio de entregas qualificadas e uma implantação gradativa do Sistema de Gestão da Qualidade Total para todos os processos de trabalho da VISA Goiás.



Com seis eixos prioritários, conforme ilustrado na Figura 1, o projeto foi desenhado de forma a contemplar processos estruturantes para o perene desenvolvimento da VISA.

Figura 1 – Eixos do projeto Resignificação das ações de VISA



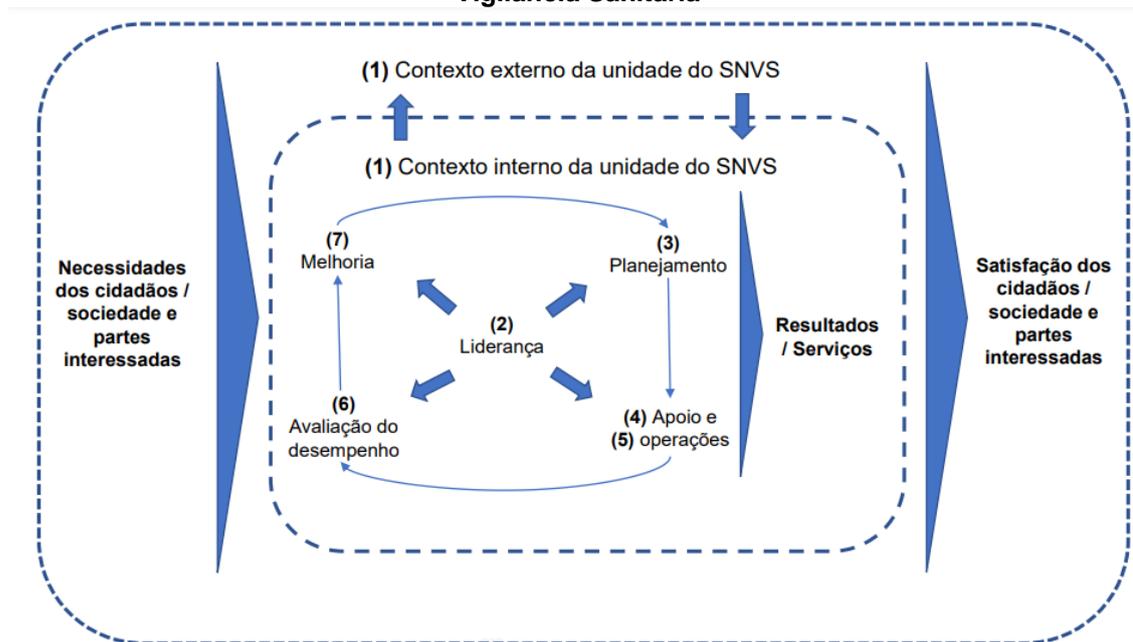
(Elaborado pelo autor)

Gestão da Qualidade

A implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade funciona como um guarda-chuva do projeto de resignificação, porque qualifica as ações de vigilância sanitária, com foco no aprimoramento dos processos de trabalho, garantindo harmonização e padronização das inspeções sanitárias, valorizando o trabalho dos servidores, na medida que preconiza gestão por competências e investimento constante em capacitação e qualificação dos servidores envolvidos, de forma sustentável contribuindo para maior eficiência, eficácia e efetividade das ações sanitárias, em um modelo articulado ilustrado na Figura 2.

Sob os pilares de **7 princípios de Gestão da Qualidade: foco no cliente, liderança, engajamento das pessoas, abordagem por processos, melhoria, tomada de decisão baseada em evidências e gestão de relacionamento**, conforme Figura 3.

Figura 2 - Modelo de Sistema de Gestão da Qualidade para Unidades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária



Elaborado baseado em ANVISA, 2020⁴.

Figura 3 – Pilares dos 7 princípios de Gestão da Qualidade.



Extraído de ANVISA, 2020⁴

Dentro do Sistema de Gestão da Qualidade foi desenvolvida a identidade estratégica da VISA Goiás, que reflete a razão de existir da vigilância sanitária na SUVISA. Desta forma, foi definida como:

Visão

- Ser modelo de excelência em vigilância sanitária até 2023, propiciando sua evolução dentro de um sistema integrado, ágil, transparente e harmônico na promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos.

Missão

- Servir ao cidadão do estado de Goiás no mais alto padrão de excelência de vigilância sanitária, sendo agente ativo na promoção de ações de saúde e de prevenção de riscos e agravos, por meio do envolvimento de todos os parceiros e integração de suas áreas, visando à melhoria da qualidade de vida, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Valores

- Conhecimento como fonte da ação, responsabilização, transparência, compromisso com os resultados, cooperação, apreço a graduados padrões de ética.

Após o mapeamento dos processos de trabalho, foi estabelecida nossa cadeia de valor ilustrada na Figura 4.

Figura 4 - Cadeia de valor GVSPSS/SUVISA-GO.



Fonte: Elaborado pelo autor.

A SUVISA passou por um ciclo de auditorias da ANVISA, nos quais todos os 78 critérios de qualidade do processo de inspeção foram atendidos, estabelecidos pela RDC n.º 560, de 30 de agosto de 2021, e na Instrução normativa n.º 32, de 12 de abril de 2019, requisitos estes alinhados ao PIC's (*Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme*). Após este processo houve a publicação da Portaria n.º 538, de 15 de outubro de 2021, na qual a ANVISA delega competência para a realização das inspeções para verificação do cumprimento das boas práticas de fabricação em estabelecimentos fabricantes de medicamentos e de produtos para saúde, classe de risco III e IV, para fins de emissão de autorização de funcionamento de empresas (AFE) e do certificado de boas práticas de fabricação (CBPF), refletindo o comprometimento do Sistema de Gestão da Qualidade da SUVISA no processo de inspeção destas categorias de estabelecimentos.

Eixo Sistema de Informação

A existência de um Sistema de Informação robusto que atenda aos requisitos normativos e que organize sistematicamente os processos de trabalho é item primordial para o bom funcionamento da VISA. No estado de Goiás foi desenvolvido na Secretaria de Saúde o Sistema Informatizado em Vigilância Sanitária (SINAVISA), instrumento de trabalho que garante acesso rápido ao cadastro de estabelecimentos e situação de regularidade dos estabelecimentos, possibilitando, ainda, o gerenciamento do sistema de pactuação bipartite com os 246 municípios.



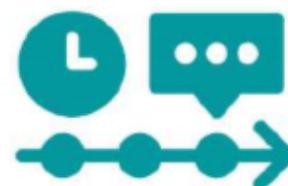
A Agência Virtual é um instrumento para acesso aos serviços oferecidos pela SUVISA por meio do sistema SINAVISA na plataforma Web <https://extranet.saude.go.net/sinavisa-publico/> o qual possibilita acesso a serviços de forma remota como a solicitação de análise e consulta de projetos arquitetônicos, consulta de documentos, upload de defesa aos autos de infração, quitação de multas pendentes, solicitação de renovação, impressão, validação e pendências para emissão de alvará sanitário, solicitação de alteração de responsável técnico e consulta da pactuação bipartite das ações de VISA com os 246 municípios.

O acesso na Agência Virtual é realizado após cadastro do CPF/CNPJ e do e-mail do estabelecimento com liberação de senha de acesso individual e intransferível. Estes serviços podem ser realizados também por meio do Portal Expresso facilitando ainda mais o acesso ao cidadão.

Os investimentos na melhoria constante de um sistema de informação em VISA demonstram o compromisso da Secretaria de Estado da Saúde com o desenvolvimento econômico do estado, buscando facilitar o acesso do setor regulado às informações e desburocratizando o processo de regularização das empresas.

Eixo Regionalização

Com o objetivo de estabelecer fluxos e procedimentos a serem atendidos para a programação, execução e avaliação das ações de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador foi publicado em novembro de 2020, o documento Qualificação das Ações de Fiscalização Sanitária das Regionais de Saúde e SUVISA/GO, atendimento de denúncias, planejamento de ações pela regional, inspeção de abertura de atividades econômicas (inspeções de verificação da condição técnico-operacional), fluxo de trabalho regionalizado com a elaboração do documento Qualificação das ações de fiscalização sanitária das Regionais de Saúde e SUVISA/GO disponível no link:



<https://www.saude.go.gov.br/files/vigilancia/ProgramadeQualificacaodaAcoesdeFiscalizacaoSanitaria.pdf>

As equipes de fiscalização sanitária ainda não estão completas nas 18 regionais de saúde, devido às dificuldades locais de lotação de pessoal com este perfil. No entanto, o desenvolvimento de capacitação por meio de inspeções, em conjunto com as equipes da SUVISA, e os deslocamentos de equipes entre as regionais de saúde buscam suprir as necessidades emergenciais de todas as regiões do estado.

Eixo Descentralização

A descentralização das ações da VISA é, além de um princípio norteador, uma estratégia de seu fortalecimento nas três esferas de governo. Para ser efetiva, deve ser acompanhada dos recursos financeiros, apoio técnico e instrumentos de gestão que se façam necessários ao fortalecimento dos entes federados, conforme as diretrizes e princípios do SUS; descentralização com responsabilidade institucional e não apenas como apoio extemporâneo às demandas, em atividades pontuais, face à proximidade política e geográfica de estados e municípios aos *loci* dos problemas identificados⁵.

Um novo processo de pactuação das ações da VISA foi desenhado para os 246 municípios do estado, e estabelecido pela Resolução CIB n.º 023/2021, de 18 de março de 2021, que aprova os critérios de Pactuação das Ações de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador, e preconiza a mesma seja pelo período de gestão municipal (2021-2024). Para orientar os gestores municipais quanto a este processo foi elaborado o **Manual para Pactuação das Ações de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador 2021-2024**, o documento traz também a **classificação de risco sanitário das atividades econômicas sujeitas à VISA**.

Eixo Recursos Humanos

Estabelecer relações solidárias com outras organizações perpassa a formação de servidores conscientes de seu papel na VISA, solidários na solução de problemas do seu agir, promovendo o envolvimento de setores da sociedade em torno dos mais diversos objetos, na busca de soluções conjuntas para problemas complexos por meio da educação sanitária, estabelece a formação de elos em comum com o setor regulado, população, outras instituições dentro e fora da saúde, agindo intersetorialmente e de forma interdisciplinar⁶.

A necessidade de organização do trabalho em vigilância sanitária se dá de forma mais ou menos complexa e está relacionada ao grau de desenvolvimento tecnológico do segmento produtivo de bens e serviços presente no território. Significa dizer que quanto maior o desenvolvimento, mais se espera do trabalho da VISA, com elevado



grau de conhecimento nos diversos processos de trabalho que a conformam³.

Devido a densidade tecnológica dos segmentos econômicos determina que a força de trabalho na VISA necessita de qualificação diferenciada com constante atualização por meio de capacitações periódicas. Apesar do déficit de servidores em diversas áreas de fiscalização, o trabalho neste eixo do projeto está direcionado na implantação de uma carreira dos profissionais da fiscalização sanitária no estado de Goiás.

Eixo Regulatório

O Eixo Regulatório foi estruturado levando em consideração a constante necessidade de avaliação, atualização e/ou elaboração de atos normativos complementares no nível estadual. Atualmente estamos no processo de avaliação e revisão do Código Sanitário Estadual estabelecido na Lei nº 16.140/2007, e já no processo de regulamentação foram publicadas legislações sanitárias complementares como a Resolução Estadual nº 37/GAB/SES/GO que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o licenciamento, cadastramento e funcionamento dos serviços de vacinação humana no Estado de Goiás, e a Resolução Estadual nº. 20/GAB/SES/GO que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para comercialização de produtos cárneos no comércio varejista do Estado de Goiás, e a Portaria nº. 170/2019 - SES que aprova o Código de Ética dos Servidores que exercem a função de fiscal de vigilância sanitária, uma necessidade histórica da VISA Goiás que foi alinhada ao Programa de Compliance Público do Poder Executivo do Estado de Goiás, lançado em 2019, com o objetivo de assegurar mais entregas aos cidadãos, por meio da otimização dos gastos da máquina pública e do combate à corrupção, a ética no serviço público está entre os princípios centrais desta proposta.

Em um trabalho conjunto com a JUCEG por meio da participação ativa no Subcomitê Estadual para a Gestão da Rede Nacional para a simplificação do Registro e Legalização de empresas e negócios no Estado de Goiás (SCGSIM/GO), houve a publicação da Resolução nº. 1 de 30 de setembro de 2021 que Institui a



Classificação de risco atividades econômicas para fins de análise e dispensa de atos públicos de liberação e dá outras providências, processo histórico no estado que visa harmonizar os procedimentos de licenciamento pelos órgãos estaduais.

Considerações Finais

Uma mudança no cenário da gestão em saúde, devido à pandemia por Covid-19, que vem afetando o mundo desde o final do ano de 2019, ocorreu durante a execução do projeto Ressignificação da vigilância sanitária. Este novo cenário trouxe grandes novos desafios para as ações da VISA, exigindo intervenção direta do estado no modo de agir das pessoas individuais bem como das atividades econômicas, por meio da adoção de protocolos de medidas sanitárias emergenciais na tentativa de conter a disseminação da doença e minimizar os impactos na sociedade.

Os desafios permanecem no cenário atual e os enfrentamentos ainda são diários para que as medidas sanitárias continuem sendo atualizadas, consistentemente divulgadas e devidamente adotadas pela sociedade.

A VISA Goiás vivenciou durante os anos de 2020 e 2021, dias desafiadores, face a necessidade de manutenção da força de trabalho da fiscalização sanitária durante a pandemia, principalmente no atendimento das situações de Inspeção para verificação de condições técnico operacionais com a finalidade de abertura de empresas ou linhas produtivas, bem como nas inspeções de verificação das boas práticas de fabricação para fins de Certificação de BPF e verificação de boas práticas de funcionamento em serviços de saúde. Uma nova forma de trabalho adaptada a este cenário como a utilização da metodologia de inspeção remota, foi um grande desafio para o setor regulado e para as equipes de vigilância sanitária, no entanto este redesenho das ações emergenciais tornou-se um excelente instrumento para otimizar e agilizar a condução das inspeções, principalmente, devido à exemplar estrutura organizacional das empresas que permitiu rápido e fácil acesso *on-line* a toda documentação necessária para avaliação.

Considerando o histórico de atuação da VISA Goiás junto à sociedade goiana, entendemos que a mesma vem contribuindo sobremaneira para o desenvolvimento, o sucesso e o permanente crescimento de diversos segmentos econômicos no estado de Goiás, bem como na melhoria contínua da assistência à saúde dos cidadãos goianos. Creditamos esta contribuição ao compromisso e desempenho das equipes envolvidas direta ou indiretamente na fiscalização sanitária, sempre atualizada, qualificada e comprometida com o exercício da vigilância e proteção da saúde. **O histórico da gestão da vigilância sanitária no estado de Goiás sempre foi pautada e alinhada às medidas sanitárias de padrões nacional e internacional, e sempre estruturadas no compromisso ético junto ao setor regulado e à sociedade goiana.** Desta forma a garantia da segurança sanitária de produtos e serviços é uma responsabilidade indelegável do Estado e um componente indissociável do SUS, que busca a proteção e a promoção da saúde coletiva da população.

Referências

1. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990 [Acesso 2021 Dez 08]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
2. Brasil. Lei nº 9782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1999 [Acesso 2021 Dez 06]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm.
3. Souza GS, Costa EA. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010 [Acesso 2021 Dez 12];15(supl 3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900008>.
4. Anvisa. Guia para Implantação de Sistema de Gestão da Qualidade em unidade do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa [Acesso 2021 Dez 06] Disponível em: https://guia-sgq.anvisa.gov.br/GuiaSGQ_LEVE.pdf.
5. Silva JA, Costa EA, Lucchese G. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018 [Acesso 2021 Dez 08];23(6):1953-1961. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>.
6. Leal CO, Teixeira CF. Solidariedade: uma perspectiva inovadora na gestão e organização das ações de Vigilância Sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017 [Acesso 2021 Dez 20];22(10):3161-3172. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18022017>.