

**ATA DA 2ª REUNIÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL / ANO DE 2025**

Ata da 2ª Reunião Ordinária Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul, realizada no dia 01 de abril de 2025, terça-feira, excepcionalmente às 13:30hs, no Auditório da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG). Situada na Rua 26, 513-561 – Jardim Santo Antônio, Goiânia – GO, CEP: 74853-040.

**PARTICIPANTES DA PLENÁRIA CIR:**

**COORDENAÇÃO CIR CENTRO SUL:** Verônica Savatin Wottrich

**VICE-COORDENAÇÃO CIR CENTRO SUL:** Luzimar Pereira da Silva – Coordenadora Geral da Regional de Saúde Centro Sul.

**SECRETARIA EXECUTIVA DA CIR:** Joana Marchese Vieira – Secretária Executiva da CIR Centro Sul.

**REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL:** Gestores Municipais de Saúde da Região Centro-Sul

**REPRESENTAÇÃO ESTADUAL:**

Coord. Geral Regional - Luzimar Pereira da Silva - centrosul.coordenacao@gmail.com;

Secretaria Executiva da CIR - Joana Marchese Vieira – centrosul.cir@gmail.com;

Coord. Reg. de Políticas e Atenção Integral à Saúde – Adênio Barbosa Ramalho – adenio.ramalho@goias.gov.br

Subcoord. Reg. de Atenção Primária – Luciene Rodrigues Bento – luciene.bento@goias.gov.br

Subcoord. Reg. de Atenção Especializada – Karolina Renata Magalhães – karolina.santos@goias.gov.br

Coord. Reg. de Vigilância em Saúde – centrosul.epidemiologia@goias.gov.br

Subcoord. Reg. de Vigilância Sanitária e Ambiental - Giselle Pereira Martins de Souza - centrosul.epidemiologia@goias.gov.br

Subcoord. Reg. de Vigilância Epidemiológica e Imunização – Renata Silva Rocha Moraes - centrosul.epidemiologia@goias.gov.br

Coord. Reg. de Regulação, Controle, Avaliação e Monitoramento – Márcia de Macedo Campos Silva – marcia.msilva@goias.gov.br

Subcoord. Reg. de Regulação, Controle, Avaliação e Monitoramento – Hélio Freitas Moraes -

Coord. Reg. de Educação Permanente – Maria Celina P. Carvalho – crepcentrosul.saude@goias.gov.br

Coord. Reg. de Tecnologia, Inovação e Saúde Digital – Reilton Cardoso Xavier – crtiscentrosul.saude@goias.gov.br

Coord. Reg. de Planejamento e Infraestrutura – Lucimar Rosa da Silva Santana - crpcentrosul.saude@goias.gov.br

Subcoord. Reg. de Acomp. de Ouvidoria e Compliance - Lafaiete Cotinguiba Araujo – ouvidoriacentrosul@goias.gov.br

Subcoord. Reg. de Gestão Integrada – Gleydson Alves Silva – crgicentrosul.saude@goias.gov.br

**1 ABERTURA DOS TRABALHOS**

A abertura foi realizada pela Sra. Verônica Savatin Wottrich, Coordenadora de CIR, dentro do prazo previsto na convocação.

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR,** boa tarde, pessoal. Tudo bem? Queria saber dos gestores que estão aqui para levantar a mão, só para a gente saber dos secretários. Lá na lista tem mais gente. Sejam bem-vindos os nossos colegas secretários, técnicos dos municípios, Secretaria de Estado, da Regional de Saúde, de outras superintendências. Vamos dar início à nossa segunda CIR ordinária do ano de 2025. Nós vamos ter uma inversão de pauta, porque as técnicas precisarão se ausentar. Mas, antes disso, eu já queria conversar uma coisa com vocês. A gente deixaria para o final. Mas, às vezes, um outro precisa sair. Então, alguns informes a gente vai dar no início. Já tem uns 40 dias que eu e o doutor Alessandro, secretário de Aparecida, estamos conversando sobre a

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

questão da PPI na Região e em todo o Estado. Nós tínhamos uma reunião do COSEMS no mês passado, onde nós colocamos, mais uma vez, a necessidade de voltarmos. Na verdade, nem de voltar, porque foi feito em 2012 e ninguém nunca mais conversou sobre isso. E aí, alguns municípios que são pactuados comigo em Senador Canedo estão procurando, diversos que são pactuados, como o Alessandro também está procurando. E a gente precisa entender que a PPI foi uma forma de distribuição de recursos, de divisão de recursos. Nós temos serviços lá que são pactuados. Vou dar um exemplo. O município de Caldazinha é pactuado comigo com consulta para alergista. Eu não tenho alergista. Então, foi na distribuição dos recursos que foram colocando alguns procedimentos. E são procedimentos que não existem dentro do município, não existem até mesmo no Estado. Então, a gente precisa pegar a responsabilidade, sentar em cima da PPI, não em cima dela para a gente não ver, mas sentar na PPI e começar a discutir e ver, de fato, quanto custa o serviço na nossa Região de Saúde, quanto eu pago, quanto Aparecida de Goiânia paga, quanto Piracanjuba paga, que atende outros municípios. E a gente faria a distribuição dos recursos que estão na PPI, conforme os serviços que são alocados, conforme a necessidade do município. E aquilo que faltar, a gente decide como é que nós vamos pagar a tabela complementar. Se vai ser com consórcio, se vai ser com encontro de contas, se vai ser com termos simplificados de convênio. E, durante o mês de janeiro e fevereiro, essa pauta tomou conta do grupo de gestores. E aí eu falei, não dá mais para jogar para frente, porque aí o paciente fica desassistido, contando com uma PPI que não existe, porque eu não tenho serviço no município, ou, quando eu tenho serviço no município, ele custa dez vezes o valor que está alocado na PPI. Então, na próxima CIR, e aí eu já peço que vocês coloquem na agenda, talvez vai ser até uma CIR um pouquinho mais comprida, ou a gente tira um ou outro, dependendo dos assuntos de pauta, porque é hora de nós começarmos, de fato, a discutir a organização e a forma como os pacientes acessam os serviços, para que a gente possa falar assim, não, na Região Centro Sul tem esses serviços que são habilitados e pactuados e custam tanto e são financiados com esse recurso. A diferença disso é habilitada, pactuada e financiada de outra forma, porque a gente não deixa a nossa população desassistida, o município pólo não assume a responsabilidade do custeio por pacientes que não são dele e isso é ilegal, eu não posso usar recursos do Tesouro para pagar por serviços que não são de moradores do meu município. E aí todo mundo é atendido, o dinheiro é bem alocado e nós temos uma prestação de contas real e fidedigna, de fato, daquilo que está sendo alocado, aquele dinheiro que já está caindo na minha conta, que é dinheiro pactuado e eu não estou atendendo. Então, por que não é justo? Nem com o município que pactuou, nem com o município que executa. Porque, às vezes, eu falo, não, eu não pago R\$10,00 na consulta de reumatologista, eu pago R\$ 180,00. Só que aí eu também não libero nem a de R\$10,00 nem a de R\$180,00. Aí o dinheiro fica lá e as coisas vão. A gente precisa, então, sentar, ter maturidade suficiente para discutir e ver como é que nós vamos estar organizando isso na nossa Região. Então, para o mês de março, a pauta prioritária que nós teremos, já na Câmara Técnica e depois na CIR, acredito que nós não vamos esgotar essa discussão em uma única reunião, mesmo porque nós vamos ter que ver caso a caso, cada gestor vai precisar ver aquilo que é pactuado com o município e ver o que vai querer fazer e como vai fazer a forma de pagamento do que faltar, se quiser continuar pactuado. Então, acredito que serão discussões para dois, três, até quatro meses, mas nós precisamos, de fato, começar a discutir isso na nossa Região. E a CIR será em Senador Canedo, que a Keila me lembrou ali agora. Aí voltamos para o horário normal às 8h30 da manhã, vai ser lá no auditório do Paço. Então, partindo para os pontos de pauta.

## **2 APRESENTAÇÃO PARA APROVAÇÃO DA ATA DA REUNIÃO DA CIR CENTRO**

## SUL

A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR, em consulta aos presentes Gestores, informou a Ata da 1ª Reunião Ordinária da CIR Centro Sul, do dia 04 de fevereiro de 2025, encaminhada por e-mail para todos. Colocada em votação, não foram apresentadas objeções, seguiu aprovada por unanimidade.

## 3 INFORMES

### 3.1 INFORMES SES/GO.

#### 3.1.1 Subcoord. Reg. de Acomp. de Ouvidoria e Compliance.

\* Adesão ao novo sistema OuvidorSUS.

*Responsável e Apresentação:* Lafaiete Cotinguiba Araújo - Subcoord. Reg. de Acomp. de Ouvidoria e Compliance

O Sr. Lafaiete, Subcoord. Reg. de Acomp. de Ouvidoria e Compliance, olá pessoal, tudo bem? Sou Lafaiete, da subcoordenação de ouvidoria e compliance da Regional Saúde do Centro Sul. A minha pauta aqui hoje é sobre a ouvidoria, sobre o novo sistema ouvidor SUS. Esse sistema, ele foi desenvolvido e implementado desde 2023, final de 2023, e ele vem substituindo um outro sistema, que é o sistema ouvidor SUS 2, esse é uma nova versão, versão 3, e nós estamos enfrentando, desde o ano passado, alguma dificuldade de adesão ao novo sistema e de acesso a esse novo sistema. Então, as demandas de ouvidoria chegam na ouvidoria da Regional, eu sou ouvidor, e como os municípios, grande parte dos municípios que compõem a nossa região, não fizeram a adesão, nós ficamos numa dificuldade muito grande de fazer o encaminhamento das manifestações de ouvidoria. Eu tenho que enviar essas manifestações, muitas vezes, por e-mail, e essa não é a maneira mais adequada de lidar com as manifestações, manifestações precisam ser encaminhadas via sistema. Então, eu tenho aqui, pode abrir o sistema aqui para mim. Esse é o sistema, é a manifestação, o que eu queria mostrar aqui para vocês, era que existe um conjunto de manifestações que chegam para mim e, a partir do sistema ouvidor SUS da Regional que eu tenho acesso, eu encaminho para os municípios que têm sua ouvidoria própria. O que acontece? Os municípios que não têm ouvidoria, eu fico impossibilitado de encaminhar as manifestações. Eu vou mostrar aqui para vocês o quadro dos municípios que têm ouvidoria, os que não têm ainda e os que estão na planilha. Aqui na planilha, que assinou o termo de adesão, eu tenho todos esses municípios aqui, mas assinou o termo de adesão, às vezes, o município não implementou a ouvidoria. A Aparecida de Goiânia, por exemplo, assinou o termo de adesão e implementou, está funcionando. Quando chega a manifestação na Regional, eu encaminho para a ouvidoria de Aparecida. Senador Canedo ainda falta implementar, não está usando o sistema, mas já assinou o termo de adesão e falta, parece que só fazer o curso, é uma coisa muito elementar. Indiara já usa, Bela Vista está usando agora, a atual ouvidora que foi indicada tem uma disposição muito grande, está terminando de fazer o curso. Vianópolis também está tudo ok. Pontalina, falta um detalhe do curso, Sr. Evo, mas também já está bem encaminhado. Hidrolândia está tudo ok, Cezarina também. Edealina, houve uma troca, mas agora ela vai fazer o curso, a indicação da nova ouvidora. Silvânia também já está bem encaminhando para resolver. Bonfinópolis e Varjão são municípios que indicaram o ouvidor, mas ainda não assinou o termo de adesão, então não adianta, tem que assinar o termo de adesão ao novo sistema para poder ter acesso ao sistema Ouvidor SUS 3. Deixa eu mostrar uma outra questão aqui para vocês. Aqui, nesse endereço, o IC, aquela pessoa que for responder pela ouvidoria no município, ele tem todos os caminhos, todos os passos necessários para implementar a ouvidoria, inclusive o termo de

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

adesão. Aqui, nós temos a adesão ao novo sistema, tem um formulário que precisa ser preenchido. Após preencher o formulário com os dados da ouvidoria do município e os dados de quem vai ser o ouvidor, tem o termo de adesão. Eu vou chamar atenção para o termo de adesão. O termo de adesão, a pessoa vem aqui e imprime o termo de adesão, o secretário preenche esse campo, o secretário assina, esse termo precisa ser enviado para o Ministério, e isso pode ser via a plataforma Gov.br. É super simples, envia o protocolo para a Regional e, após isso, faz o curso e cadastra no SCPA, é preciso estar cadastrado no SCPA, ter acesso ao sistema, a esse sistema, e faz o curso. Se tiver dúvidas, se não estiver tendo alguma dificuldade de compreensão, pode falar comigo na Regional, ou eu indico a Carla, lá da ouvidoria setorial para tirar todas as dúvidas. Mas o passo necessário para que a gente tenha ouvidoria no município é a assinatura do termo de adesão e envio ao Ministério. Sem isso, o município não vai ter uma ouvidoria, não vai ter acesso ao novo sistema ouvidor SUS. E a ouvidoria, às vezes a gente tem uma certa indisposição, mas eu estive no Congresso, no encontro nacional agora, no dia 19, 20, 21, e lá se falou muito sobre o papel da ouvidoria como dispositivo ou como instrumento de gestão. A ouvidoria ajuda muito o gestor e é direito do cidadão ter uma ouvidoria para ele levar as suas manifestações, se forem reclamações, ou elogios, enfim, qualquer coisa que possa ser encaminhada via o sistema de ouvidoria. Então é necessário e importante a gente abrir esse espaço no nosso território para o cidadão poder ter acesso ou reclamar, às vezes o serviço não atendeu ele da forma como deveria atender e ele tem uma reclamação para fazer, tem uma denúncia para fazer, tem um elogio para fazer. É importante abrir esse espaço. Eu acho que é fundamental porque é um direito do cidadão. Então é isso, eu quero contar aí com a colaboração de vocês para que a gente possa ter um serviço de ouvidoria em todos os municípios aqui da nossa Região. Qualquer dúvida, fale comigo.

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR,** alguém quer fazer algum questionamento, algum comentário? Difícil tirar o povo do Instagram, para falar de falar mal da gente no Instagram para falar na ouvidoria, mas é uma alternativa. O povo prefere ir para o Instagram debaixo da publicação que a gente faz, da campanha de vacinação. Você posta o Card Influenza começa hoje, vão lá e falam assim, a maternidade não está prestando, não tem insulina, mas a gente precisa dar novas formas de fazer ouvidoria. Tem sim, tem bastante, mas é importante mesmo essa questão da ouvidoria, é bastante importante. Eu acho que o mais difícil, Sr. Lafaiete, nisso daí, eu falo assim, até lá pelo município, a servidora que a gente está fazendo uma mudança agora, porque a técnica eu coloquei para fazer outra coisa, é ter profissional com perfil para a ouvidoria, porque a ouvidoria ela é um indicador para a gente, até para algumas tomadas de decisão. Então, assim, não é qualquer profissional que você coloca lá, às vezes a gente pensa em colocar, não, aquele lá está me dando um trabalho, não tem onde enfiar essa peça rara, vamos colocar ele ali, e aí a gente traz um outro problema muito maior. Então, assim, no processo de organização, até para os municípios que vão iniciar, é colocar pessoas com perfil de ouvidor mesmo, que consiga receber a demanda, interpretar aquilo que está sendo colocado ali, encaminhar para o local correto, para que a gente dê a devolutiva para o cidadão, muitas vezes não é nem só a resposta, às vezes até é uma mudança na forma como o serviço está organizado, que a gente precisa fazer.

**O Sr. Adênio, Coordenador Regional da Atenção Integral,** essa avaliação do usuário também vai dizer muito a respeito ao cofinanciamento da atenção primária, aí que está o Ministério, isso, vai ser isso, mas estou falando o seguinte, que tem muito a dizer, e vai contribuir nesse feedback da população, justamente, também para o cofinanciamento da atenção básica.



**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR,** são formas de fazer avaliação. Eu sempre falo o seguinte, e a gente tem que começar a pegar isso até, inclusive, nas pautas de CIR, que vem conversando com toda a rede de apoio do país sobre voltar ao significado que a CIR tem que ter, que é de discutir política pública, discutir organização de território. O que significa cada pauta dessas? E, às vezes, a gente não dá tanta bola para informe, tanto que foi um pedido que nós fizemos assim, inverte, informe, informe é informação, não é só, é o final. Então, o que significa essa pauta para a organização do serviço de saúde dentro de um território? E a mesma coisa que a gente fala, e talvez vai ser uma proposta para o próximo questionário, quando a gente recebe, pelo menos até o ano passado, esse ano ainda não tivemos nenhum, mas até o ano passado, a enxurrada de formulários que nós recebemos para preencher. Quem entrou na gestão só esse ano não viveu a avalanche de formulários para responder. Só que formulário também é educação permanente, é educação em saúde. Quando você responde formulário para saber o perfil do seu município, para saber o que tem e o que não tem, você faz uma avaliação daquilo que você tem dentro do seu território. E, aí, quando a gente responde assim, não, não tenho, não tenho por quê que eu não tenho? Porque não é perfil, porque não é o porte ou porque falta alguma coisa? Então, assim, é uma coisa que eu venho pensando desde que a gente optou por colocar o nome para ser coordenador de CIR é, o que significa cada pauta dessa que a gente discute? Porque não é só a gente sair do município para ficar meio período em uma reunião. É, de fato, o que isso vai representar para a saúde do meu município? Ah, não tem nenhuma pauta de Senador Canedo aqui, mas eu estou fazendo campanha da Influenza. Os meus pacientes precisam de transfusão de sangue. Então, não é porque eu não tenho uma pauta de pactuação, não tenho uma pauta disso, daquilo, daquilo outro, que não deixa de ser importante. Eu sempre falo, desde a época que eu estava lá em Jataí, que você participar de uma reunião, às vezes, você não ganha algum dinheiro com aquilo, mas você deixa de perder quando você consegue organizar. E deixar de perder no cenário que a gente está hoje é muito mais importante do que ganhar um recurso novo. Porque o recurso novo vem atrelado a tantos indicadores, tantas coisas. Isso é outra pauta, que eu já tive uma conversa sobre financiamento com as equipes da Regional, semana retrasada, porque até para receber recurso novo, a gente tem que ter responsabilidade sanitária com recurso que é público. Não é porque ele está disponível que eu vou fazer adesão, se eu não tenho como executar. Ah, não, mas aí são R\$16 mil, mas eu não vou executar de qualquer jeito. E o recurso é público. Se é público, ele é finito. Então, a gente tem que ter responsabilidade com isso.

### **3.1.2 Coord. Reg. de Pol. e Atenção Integral à Saúde.**

**\* Projeto Respira Goiás**

*Responsável e Apresentação:* Adênio B. Ramalho - Coord. Reg. de Pol. e Atenção Integral à Saúde

**A Sra. Lígia, Gerente da Atenção Primária,** estou como gerente de atenção primária da Secretaria de Estado da Saúde. E, na verdade, é um breve informe, até que o Adênio bem colocou aqui para nós, porque nós tratamos no último GT, a doutora Ana, que é pneumologista, falou um pouquinho do Projeto Respira Goiás. Acredito que alguns ouviram, aqueles que estavam presentes. Depois, nós encaminhamos um SEI também para as Regionais de saúde, para falar como vai funcionar esse trabalho. Mas, nessa oportunidade, aqui na CIR, eu gostaria de reforçar com vocês como que vai funcionar esse projeto. Esse é um projeto, na verdade, foi realizado um piloto em duas Regionais aqui do Estado. E é um projeto voltado para o diagnóstico precoce, para a triagem precoce de algumas doenças respiratórias. Especificamente, DPOC, asma e tuberculose. Então, é um trabalho feito em parceria com a UFG, com alguns profissionais de lá. Dois pneumos, mais especificamente, doutora Ana e doutor Marcelo, que são referências no assunto.

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

E, depois desse projeto-piloto, que foi realizado nessas duas Regionais, nós decidimos expandir para todo o Estado. Essas ações de capacitação para atenção primária em saúde. Então, primeiro ponto. É um projeto que é voltado para todos os pontos de atenção, mas, mais fortemente, para a atenção primária. Para colocar, realmente, a atenção primária nessa posição de ordenadora, de coordenadora do cuidado. Então, o que nós vamos fazer? Nós separamos dois meses para trabalhar em cada macro. Nós poderíamos até realizar, nós temos um momento de capacitação online, um outro momento de capacitação presencial, até realizar isso mais rápido. Realizar os momentos online em todas as macros, e, depois, os momentos presenciais todos em um mês só. Mas a nossa ideia é trabalhar dentro daquela macro durante um certo tempo e nos aprofundar um pouco nessas ações. Então, agora, no mês de abril e maio, nós vamos começar pela macro sudoeste. Então, vai ser a primeira vez que nós vamos trabalhar essa temática dessa forma. Então, vai ser um piloto nessa macro. Primeiro foi trabalhado na Regional, agora nós vamos trabalhar na macro, ver aquilo que funciona, aquilo que não funciona, e, depois, expandir para as demais. Então, no dia 30 de abril, isso a macro sudoeste. Estou falando para vocês, para vocês entenderem como vai chegar na de vocês. Então, no dia 30 de abril, nós vamos realizar um momento online. Pela manhã, vai ser com médicos, enfermeiros, equipe multi, e, no período da tarde, com os ACSs, para falar desses três agravos. A gente decidiu separar os ACSs em um período só, porque a gente sabe que é importante ter uma linguagem específica para eles, naquilo que realmente interessa dentro da atuação deles, que é muito importante nesse processo de detecção desses casos ali dentro das casas, junto às comunidades. E vamos fechar essa semana, mas muito possivelmente no dia 8 de maio, vai ser o momento presencial. E esse momento presencial vai ser lá em Rio Verde, o pessoal das Regionais vai nos ajudar nesse sentido, e aí que as Regionais vão entrar muito fortemente para nos ajudar com o local, a mobilização, organizar todo o momento para que a gente vá com os profissionais e realize as capacitações. Então, eu dei exemplo do que vai acontecer com a Macro Sudoeste, mas isso vai acontecer em todas. Já foi um SEI para as Regionais, que tem as datas, os meses, onde vai acontecer cada uma. Você tem fácil aí, Adênio? É setembro e outubro? A Centro Sul, aí a gente vai seguir nessa lógica. Setembro e outubro nós vamos realizar essas duas capacitações e vamos realizar um diagnóstico situacional ali desses agravos, na macro de vocês, e também tem previsto na ação uma espécie de matriciamento. Então, os médicos, os enfermeiros, quem apresentar dúvidas, quiser discutir casos, vai ter um médico, que é a doutora Ana, no momento, mas a gente pretende expandir isso para as policlínicas, de acordo com a demanda, que vai discutir casos uma vez por semana com esses profissionais, tirar as principais dúvidas. O pessoal da regulação está conosco, então, nessa capacitação, nós vamos falar dos fluxos que esses pacientes devem seguir na rede, quais serviços devem procurar, e a gente sabe que isso muda de uma macro para outra. Por isso que a gente não quer fazer uma capacitação de uma maneira geral, porque a gente entende que cada macro tem as suas especificidades. Algumas têm um serviço para realizar algum exame, a outra já tem mais dificuldade, uma já tem uma oferta boa de RAIO-X, a outra não tem, espirometria, a outra não tem. Então, por isso que nós vamos gastar dois meses ali, em cada uma dessas macro, para que a gente possa entender a especificidade de cada uma e até ajustar, ajustar os fluxos, ouvir de vocês aquilo que a gente precisa fazer e ter tempo para isso, ter um tempo para resolver essas questões. Então, isso. Centro Sudeste, agosto e setembro, é isso mesmo. Que eu mandei o SEI para vocês, até corriji, que de início tinha ido um nome errado. Então, agosto e setembro vai ser realizado com vocês. Nós vamos reforçar também isso no próximo grupo, no próximo GT, no dia 11, mas só para que todos fiquem cientes que essa ação está começando nessa macro, mas vai expandir para as demais e que a ideia é adaptar a necessidade de cada uma. Então, a vigilância está conosco, a regulação. Logo nós vamos mandar o material da comunicação também para que

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

vocês possam divulgar nas unidades. Vão ter cartazes, folders, todo o material tem sido preparado. Tem, a gente tem uma apresentação, foi o que foi passado no último GT, mas a gente até encaminhou para as Regionais, vou pedir para espalharem novamente para todo mundo. Todas as Regionais já têm essa apresentação do projeto Respira Goiás, mas agora a gente está desenvolvendo identidade visual, cartazes, folder, é bom que a gente até manda tudo junto para vocês, ou seja, fazem essa divulgação e nos ajudam nesse sentido. Então, se ouvirem falar, não chegou aqui na minha região, não chegou na minha macro, é porque nós estamos seguindo esse cronograma e vamos encerrar todo o Estado de Goiás em janeiro de 2026.

**O Sr. Adênio, Coordenador Regional de Atenção Integral**, então será um dia de educação permanente, na qual de manhã será para equipes de curso superior, os médicos, enfermeiros e equipe multi e, a tarde, os ACSs. É importante para que eles organizem justamente também que o nosso território está no processo de planificação e sabendo que vai ter um dia destinado.

**A Sra. Lígia, Gerente da Atenção Primária**, isso, a gente tem olhado toda a agenda de planificação, CIR, Câmara Técnica, GT, CIB, para não bater. Então, tem sido um trabalho árduo nesse sentido. Mas, por exemplo, para a próxima macro que nós vamos fazer, que é a Centro Norte, em junho e julho, possivelmente, em maio, a gente já vai se reunir com as Regionais, já vai definir essas datas, um mês, um mês e meio antes, que é o que nós fizemos agora com a Macro Sudoeste.

**O Sr. Adênio, Coordenador Regional de Atenção Integral**, é só para que eles se localizem também. Eu não enviei ainda essa demanda para eles, até pelo fato de estar um pouco longe, e também eu esperava esse momento aqui. Após esse momento aqui que eu vou disparar para os municípios.

**A Sra. Lígia, Gerente da Atenção Primária**, está em tempo, a gente entrou no mês de abril agora, a ideia é começar a disparar nesse momento, até porque a gente está definindo, vamos definir na quinta-feira agora, que é o dia do nosso ponto de controle, qual vai ser o local, a gente já sabe que vai ser em Rio Verde, mas onde vai ser, horário, tudo certinho. Já falaram para a gente que, para o momento presencial, não funciona tão bem um público de manhã e outra tarde, por conta do transporte. Então, muito possivelmente, esse momento presencial, nós vamos para a UNIRV, onde um público vai se reunir em uma sala, outro grupo em outro auditório. Tudo isso a gente tem trabalhado muito de perto, então, quando estiver ali há um mês, um mês e meio de acontecer na sua macro, a gente vai fazer todo esse trabalho, reunir com as Regionais, fazer a divulgação, porque não adianta a gente fazer agora para quem está lá em dezembro, não vão lembrar, só para que vocês tenham essa ideia. Não vão nem lembrar mais do projeto. Então, a gente vai indo devagarzinho para dar certo. Aí vai chegar esse SEI para vocês, com todas as datas, tudo certinho.

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR**, às vezes não é nem mais secretário nesse meio tempo. Muda tanta coisa. Enquanto você falava, eu sei que uma coisa pode ser só associada à outra, mas a gente, quando vem de Senador Canedo, vem para Goiânia, ano passado eu estava até falando com a Flúvia, naquele período de queimada. Falou, Flúvia, vamos voltar a discutir o vigiar, a gente fala do respira, vinculado ao ar. Vocês já prestaram atenção? Quando vocês pegam a 020, descem ali a baixada, ali um pouquinho antes do autódromo, e olham para Goiânia, nos meses de julho e agosto, é tenebroso, você não enxerga nenhum prédio.

E o ano passado foi muito pior, ainda por conta das queimadas. Aí eu falo, a gente trabalha a questão do respira, o respira é vinculado à qualidade do ar, e aí vai. Não tem nem jeito. Então, vamos passar para aos outros informes.

### **3.1.3 Coord. Reg. de Vigilância em Saúde.**

- \* Alerta Epidemiológico - Circulação do Sorotipo DENV-3
- \* Campanha Influenza 2025
- \* Monitoramento das notificações de Violências: Indicador PQA VS
- \* Situação epidemiológica da Tuberculose e a Campanha Estadual de Tuberculose 2025
- \* Simpósio Goiano de Imunização
- \* Estratégia de resgate dos adolescentes de 15 a 19 anos não vacinados contra o HPV – 246 municípios do Estado
- \* Conexão Saúde – Reuniões estratégicas em Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis

\* Visita de Sensibilização Gestores quanto as arboviroses

*Responsável e Apresentação:* Subcoord. Reg. de Vigilância Epidemiológica e Imunização – Renata Silva Rocha Moraes e Subcoord. Reg. de Vigilância Sanitária e Ambiental - Giselle Pereira Martins de Souza

**A Sra. Renata, Subcoordenadora Regional de Vigilância,** boa tarde a todos. Meu nome é Renata. Eu estou na Subcoordenação de Vigilância Epidemiológica e Imunização. Vou trazer a pauta do GT de vigilância. Nós trouxemos aqui o cenário epidemiológico da nossa Região de Saúde. É uma solicitação da sala de situação de arbovirose, com que a gente traga como pauta permanente em todas as CIRs, como é que está essa situação das arboviroses na nossa Região. Então, esse boletim traz até a semana epidemiológica 13. A gente finalizou a semana epidemiológica 13 ontem. Nós temos na nossa Região de Saúde 8.918 casos notificados. Desses, 6.056 são confirmados para Dengue. E nós temos três óbitos em investigação. Dois em Aparecida de Goiânia, um em Caldazinha. Esses aqui são os municípios que estão na classificação de alto risco. Então, a gente tem hoje Caldazinha, Edealina, Edeia, Indiara, Leopoldo de Bulhões, Pontalina, Professor Jamil, Varjão, Vianópolis e Vicentinópolis identificados como alto risco. Só lembrando que essa identificação de alto risco vem do número de casos confirmados e notificados, dividido pela população. Aqui é a classificação de Dengue entre as semanas. Não ficou muito visível, mas a gente tem aqui esses que são os casos de Dengue confirmados. Aqui Dengue com sinais de alarme e Dengue grave. Representa aqui um pouco mais de 7% dos casos notificados. E aqui a gente tem os casos que são inconclusivos, que ainda estão aguardando encerramento de casos. E aqui é onde eu chamo a atenção para a proporção de sorotipos da nossa Região. Porque até então, na última CIR, a gente apresentou que a gente tinha prevalecendo na nossa Região o sorotipo 2. E a gente teve a identificação do sorotipo 3 no município de Vicentinópolis, recentemente. E agora também do sorotipo 1. Então, a gente tem os três sorotipos circulando aqui na nossa Região. E a gente faz um alerta em relação à vigilância laboratorial. Então, peçam para que as equipes colham as amostras, encaminhem para o LACEN, porque a gente só vai saber, de fato, o que é que a gente tem circulando uma vez que a gente encaminha para esse isolamento viral lá no LACEN. Além de fazer o painel estendido para as arboviroses, a gente ainda vai ter a identificação. Ainda é muito baixo o número de amostras que a gente tem da nossa Região enviada para o LACEN. E aqui os casos de Chikungunya, 38 casos notificados e 8 casos confirmados. Nenhum óbito. E Zika. 14 casos notificados, nenhum caso confirmado e nenhum óbito. Esses



*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

casos de Zika aqui, pode ver que a gente tem casos notificados. Foi pela clínica, mas nenhum foi confirmado ainda. Então, são casos que ficam dependentes no nosso banco. A importância de finalização dos mesmos. E agora eu vou trazer aqui rapidamente a respeito da campanha de Influenza de 2025. A campanha no Estado começou a partir de hoje, dia 1 de abril de 2025. Nacionalmente ela começa a partir do dia 7 de abril. Mas o Estado preferiu antecipar uma vez que a gente tem casos graves das doenças, das síndromes respiratórias no Estado. E já tem a vacina disponível. Então, o Estado de Goiás antecipou. O dia D nacional vai acontecer no dia 10 de maio. Então, é um dia que tem intensificação, que tem mídia. Então, os municípios se optarem também pode fazer essa intensificação no dia D nacional. Mas a partir do momento que os municípios receberam a vacina, eles já podem instituir as medidas de campanha da forma como eles queiram. A orientação da gerência de imunização, uma vez que tem a vacina no município, não precisa ficar aguardando a abertura nem do Estado e nem a abertura nacional para iniciar a vacinação. A vacina já foi disponibilizada, a primeira remessa para todos os municípios. A gente tem município que já iniciou na semana passada a campanha. E a partir de amanhã a gente inicia a rota com a entrega da segunda remessa para a campanha de Influenza. Então, os municípios já vão receber essa segunda remessa. A meta de vacinação é vacinar pelo menos 90% de cada um dos grupos prioritários para vacinação na rotina. Então, a gente precisa de atingir 90% de crianças, gestantes e idosos com mais de 60 anos de idade. Esse aqui é o público-alvo, idosos, crianças de 6 meses a menores de 6 anos de idade, gestantes puérperas até 45 dias após o parto e a população especial. Então, entram trabalhadores da saúde, trabalhadores da educação. A orientação do Ministério da Saúde é que se vacinem professores. Então, lá no guia do Ministério, eles colocaram como público-alvo professores. Mas, devido à baixa cobertura vacinal, o Estado de Goiás ampliou para todos os trabalhadores da saúde. Então, eles precisam de comprovar vínculo. Então, todo mundo que trabalha, merendeira, vigilante, porteiro, todo mundo vai ser contemplado nessa vacinação, inclusive quem trabalha no transporte vinculado com a educação. Não os transportes os particulares, mas quem for vinculado com a educação também tem direito a receber vacina. Pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente, trabalhadores do transporte coletivo, quilombolas, profissionais de forças armadas, funcionários do sistema privado de liberdade, a população privada de liberdade de 18 anos e mais, e também os adolescentes com medidas socioeducativas, profissionais das forças armadas de segurança, população em situação de rua, caminhoneiros, trabalhadores de correios. E ainda os grupos de risco. Então, quem tiver doenças respiratórias crônicas, tem a lista de todas as doenças cardíacas, pacientes renais crônicos, doenças hepáticas, doenças neurológicas, diabetes, imunossuprimidos, obesos, transplantados e portadores de trissomias. Essas pessoas precisam de relatório médico, precisa do CID, porque no momento de lançar essa dose registrada, precisa de colocar um CID lá no sistema de registro. E a gente pede atenção em relação às equipes, tanto na administração, quanto no registro dessas doses. Eu tenho falado que o Ministério da Saúde tem cobrado cada vez mais, eles fizeram isso com a vacina da Dengue, ele está lá exigindo que a gente tenha essa vacina registrada nos sistemas de informação e, da mesma forma, essa vacina da Influenza. Aqui é uma outra estratégia que está acontecendo nesse momento, de resgate de adolescentes não vacinados com a vacina HPV. A vacina HPV, ela é a vacina contra o papiloma vírus humanos e ela está disponível na rotina para criança de 9 meses a 14 anos, os menores de 15 anos, 14 anos, 11 meses e 29 dias. Então, o Ministério da Saúde disponibilizou doses para os estados. Aqui no Estado de Goiás, a princípio seriam destinados só alguns municípios, mas o Estado conseguiu doses para fazer para todos os seus municípios e essa estratégia vai durar 3 meses e vai fazer o resgate desses adolescentes que não receberam a vacina em tempo oportuno. Então, os adolescentes de 15 a 19 anos que não foram vacinados no tempo oportuno vão ter oportunidade de serem vacinados. O Estado, através da

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

ferramenta do Imuniza Goiás, disponibilizou até lista desses adolescentes com nome, contato, está na plataforma Imuniza, tem uma população alvo. Então, os municípios precisam de se articular para fazer a busca desses adolescentes. Para que eles tenham oportunidade de se vacinar. O outro informe é sobre o primeiro Simpósio Goiano de Imunização. Ele vai acontecer no dia 15/04. É um simpósio que está sendo promovido pela gerência de imunização. Então, vai ter um representante de cada Regional, um representante de cada município. Então, eles vão trazer autoridades para discutir temas atuais e no momento do simpósio, também vai ser o lançamento do curso de vacinação. Então, vai ser um curso disponibilizado pela gerência de imunização e pela Escola de Saúde Pública. Um curso online que vai estar disponível para todos os profissionais do Estado. Falar também a respeito do monitoramento das notificações de violências e do indicador do PQ-AVS. A coordenação VIVA, a coordenação de violência, trouxe para a gente a respeito do plano que está acontecendo. São praticamente 10 anos que o Brasil tem para poder atingir algumas metas. E a meta é um aumento de 40% nesses 10 anos de notificações de violências e acidentes. E também, reforçar a respeito do indicador 14 do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância e Saúde, que é o PQ-AVS. O Estado de Goiás conseguiu atingir a meta preconizada, que é de 95% das notificações com campo raça-cor preenchido de forma válida. No ano passado, nós tínhamos municípios que não tinham conseguido atingir o indicador. E a gente fez todo um trabalho de buscar, junto com os núcleos de vigilância, sensibilizar gestores e a gente conseguiu atingir esse indicador. Então a gente fechou o ano com todos os municípios recebendo a verba específica. E a gente quer que nos próximos anos continue da mesma forma. Trazer também a respeito da situação epidemiológica da tuberculose e sobre a campanha estadual de tuberculose no ano de 2025. Esse aqui é um coeficiente de incidência da tuberculose no Estado de Goiás. Então, existe uma média já de números de casos novos no Estado. No ano de 2020, por conta da pandemia, teve uma diminuição desse coeficiente, desse indicador. E depois a gente viu que ele volta ali com o aumento do número de casos. Em 2024, a gente volta ali perto do que já se conhecia, do que estava estabilizado ali. Então, 14.6 é o nosso coeficiente estadual. Esse mapa aqui traz os municípios que não registraram casos no ano de 2023 para o ano de 2024. Então, em 2023, a gente tinha 51 municípios não registrando nenhum caso de tuberculose. E no ano de 2024, 101 municípios não registrando nenhum caso. Então, o que parece ser bom, também tem que servir de alerta. Será que não registrou porque não buscou? Ou será que não registrou porque realmente não tem? Porque a gente teve uma diminuição desse número de casos. E aí, também faz um alerta em relação a busca dos sintomáticos respiratórios, que também foi uma pauta do GT nesse ano de 2024. 23%, ou seja, 57% dos municípios não informaram nenhum sintomático respiratório no ano de 2024. Essa busca de sintomático respiratório, ela é uma meta, ela é um indicador do PQA-VS. Então, o município que não pontua, não atinge, ele não vai receber verba específica no indicador PQA-VS. E na nossa Região nós tivemos municípios que ficou zerado o ano todo. Edealina, São Miguel do Passa Quatro, Varjão, Vicentinópolis. Esses municípios aqui não fizeram, trouxe até uma tabela. Eles não pontuaram e não fizeram busca de nenhum sintomático respiratório. Já é disponibilizado para todos os municípios um levantamento da população. 1% dessa população do município precisa, no decorrer do ano, ser examinado para sintomático respiratório. Então, já existe uma tabela que também não está tão legível. Mas, por exemplo, Aparecida de Goiânia tem 6.018 pacientes para buscar no decorrer do ano. No ano de 2024, eles conseguiram examinar somente 25% desses 1% da população. E o indicador, ele precisa de pontuar 70% da população para ele receber verba. Então, a gente tem aqui Cezarina, que conseguiu passar da meta. E todos os outros municípios ninguém teve alcance aqui nesse sentido. A nossa orientação é de que os núcleos se mobilizem para fracionar essa população no decorrer dos 12 meses por cada unidade de saúde que vocês tenham e sensibilizar os profissionais com a ajuda dos agentes comunitários de

saúde também para fazer a busca desse sintomático respiratório. Quem busca o sintomático respiratório, coleta o exame, ele não precisa de estar positivo. É uma busca, é uma sensibilização. Então, ele vai preencher como foi feita a busca, foi feito o exame. E aí, ele vai pontuando para esse indicador. Então, esse aqui foi o nosso alcance do ano passado. Em relação à campanha mundial da luta contra a tuberculose. O mês de março, ele é um mês de luta contra a tuberculose. O dia 24 foi o dia D. O tema estadual desse ano é tuberculose, tem prevenção, tem tratamento e tem cura. Não tem desculpa para não se cuidar. Então, foi promovido mídia aqui no Estado. Foram disponibilizados materiais gráficos. Foram encaminhados para o município e para o município também desenvolverem as ações. E aqui segue as recomendações da intensificação da busca ativa por esses sintomáticos respiratórios na população. Estabelecer parcerias entre setores para apoiar a população em situação de vulnerabilidade social. Divulgar os boletins com dados atualizados sobre a doença no município. Porque isso traz um alerta, deixa a população também mais sensível. Realização de campanhas educativas através de mídias, de TV, de carros, de redes sociais. E atividade de treinamento junto com as equipes de saúde local. Isso visa capacitação nas atividades de vigilância epidemiológica, prevenção, diagnóstico e tratamento. Um próximo informe a respeito da conexão saúde. Foram reuniões que foram realizadas pela Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Essas reuniões aconteceram em cinco momentos. Foram cinco encontros distribuídos no decorrer da semana. Eram reuniões online. Auxiliou demais, principalmente os municípios que tiveram trocas de profissionais. Então, foram discutidos temas, tirados dúvidas. A Região Centro Sul teve uma participação muito expressiva. De todo mundo que participou, 20% era da nossa Região. Então, a gente viu que teve uma adesão. E essas aulas, elas ficam gravadas e disponibilizadas para que vocês possam repassar para os demais profissionais que não puderam participar naquele momento. A apresentação a gente disponibiliza para vocês. E é isso, gente. Alguém tem alguma dúvida do que foi falado? Sem mais.

**A Sra. Gisele, Subcoordenação de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador da Regional Centro Sul,** boa tarde a todos. Então, dando continuidade aos informes, trazer para vocês que nós estamos realizando. Nós começamos, a partir do mês de fevereiro, as visitas técnicas. As visitas técnicas nos municípios de sensibilização dos gestores quanto às arboviroses. Então, nós já visitamos 11 municípios. E a nossa meta é visitar todos os municípios da nossa Região. Então, os municípios que ainda não foram visitados, a gente vai entrar em contato e agendaremos essa visita. Ela é feita pelos representantes da Regional Centro Sul, tanto de Controle Vetorial da Vigilância Ambiental, como representante da Vigilância Epidemiológica e da Atenção à Saúde. Então, nós vamos às diversas áreas, também para promover a integração no município. Então, a gente faz essa apresentação para os municípios da situação das arboviroses no país, no estado e no município. E aí, é importante, então, a aproximação nesse momento das áreas para trabalhar nesse combate dessas arboviroses, para que a gente consiga reduzir os números de casos, de casos graves e de óbitos pelas arboviroses, especialmente por Dengue, que são doenças totalmente evitáveis. Então, o objetivo é fortalecer essas ações, fortalecer as notificações de casos suspeitos e confirmados das arboviroses. Então, a gente traz esse alerta, a gente está nesse trabalho de sensibilização mesmo. Fortalecer a vigilância laboratorial. Então, os municípios na nossa Região ainda é baixa, o envio das amostras para o LACEN, para a identificação viral ali do que está circulando no município. Então, a gente tem trabalhado com os municípios, inclusive um dos municípios que ainda não havia enviado amostra esse ano, nós fizemos a visita, logo ele fez a coleta e foi identificado o sorotipo 3 ali, que foi em Vicentinópolis, o primeiro sorotipo 3 identificado na nossa Região. Então, é importantíssimo esse trabalho. Então, a intensificação das ações de combate vetorial também, a gente tem apresentado nessa sensibilização. Para a gente

reduzir casos de arbovirose, a gente precisa trabalhar no combate vetorial. Então, a gente tem reforçado esse trabalho também e o manejo clínico adequado dos pacientes que estão ali procurando as unidades de saúde. É importantíssimo esse manejo. Então, a gente traz aqui, nós temos já 16 óbitos confirmados no Estado por Dengue, e sendo que na última semana nós tivemos 10 casos que foram confirmados. Então, a gente está vendo que está aumentando os casos de óbito por Dengue e é importante esse manejo adequado. E para facilitar esse manejo adequado, para dar apoio para os profissionais que estão na ponta, tem a sala de matriciamento que está disponível para atender todos os profissionais que estão em atendimento, atendendo essas pessoas, os pacientes que estão procurando as unidades, caso ele tenha alguma dúvida, essas salas funcionam de segunda a sexta-feira por escala e aí nós já compartilhamos com os municípios e divulgaremos mais ainda nos grupos essa escala de matriciamento para que o profissional tire as dúvidas, para que consiga fazer esse manejo adequado e que a gente não venha perder nenhum paciente. Então era esse o informe. Obrigada.

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR,** alguém quer fazer algum comentário sobre alguma das pautas, dos informes que foram colocados? Não? A gente fala, enquanto as técnicas estavam falando, às vezes trabalhamos tão pouco a Vigilância dentro do município, em 90%, o GT de Vigilância é o GT que vai mais longe, a pauta na CIB, que toma mais conta do tempo, é a pauta da Vigilância, na pauta da CIR, que toma mais tempo é a pauta da Vigilância, tempo assim que eu digo, que tem o maior número de pautas é a Vigilância, e às vezes, passa batido. Se parar para pensar, todas as coisas que você colocou aqui, indicador de monitoramento de doença crônica não transmissível, a colega colocou da questão do Respira Goiás, a gente não trabalha, vai ser com as questões de atenção básica e tudo mais, mas tudo um tema interligado ao outro e a gente não consegue fazer, muitas vezes, no dia a dia, a associação entre a assistência, aquilo que é desenvolvido dentro de unidades de saúde, com os indicadores e com os eixos da vigilância. Eu acho que talvez é tempo de a gente começar a pegar nos informes, vou dar um exemplo aqui, um alerta epidemiológico, ter como se fosse uma miniaula, começar a desenvolver outras estratégias, até para que a gente consiga compreender o que significa cada uma dessas coisas que foram citadas aqui, não só dessa pauta, mas tantas outras, tudo aquilo que a gente vem discutindo. Eu falo que é tempo mesmo de a gente começar a repensar a forma como a gente debate cada assunto. Mas a Keila não tem informes do COSEMS, ela falará com todos os gestores individualmente, porque o informe que o COSEMS teria é relacionado às obras do PAC, que tem seu prazo encerrando agora, dia 15 de abril, então nós receberemos uma planilha atualizada do cenário, de como está cada município que foi contemplado com obras no ano passado, e então ela entrará em contato com cada um dos municípios para falar a real situação, se vai perder ou se não vai perder a UBS ou o CAPS. Nós estamos em uma corrida contra o tempo lá em Senador Canedo, que é só pela misericórdia. A hora que foi colocar a planta do CAPS em cima do terreno, não cabia. Porque saiu o projeto padrão só dia 29 de janeiro. E aí até então colocou, faltou oito metros de frente. Aí teve que correr atrás de outra área.

### **3.2 INFORMES COSEMS**

*Responsável e Apresentação:* Apoiadora do COSEMS - Keila Moreira  
Sem informes.

## **4 APRESENTAÇÕES E DISCUSSÕES**

### **4.1 Hemorrede na Região de Saúde Centro-Sul.**

*Responsável:* Adênio B. Ramalho - Coord. Reg. de Pol. e Atenção Integral à Saúde



*Apresentação:* Ana Paula Guimarães - Téc. da Hemorredes

**O Sr. Kellington, técnico da SPAIS**, bom, meu nome é Kellington, Então, eu sou da Coordenação da Hemorrede, Gerência de Atenção Especializada da SPAIS, Secretaria de Estado da Saúde. A gente recebeu uma demanda para conversar um pouco aqui com vocês a respeito da assistência hemoterápica na Região Centro Sul. Já comentei com a Verônica que ela já antecipou um pouquinho o trecho que eu ia dizer a respeito de PPI, mas daqui a pouco a gente fala um pouquinho sobre essa questão de PPI aqui na apresentação. Então, a apresentação é breve, e eu busquei resumir as coisas de forma a trazer as informações mais básicas para vocês, porque eu imagino que as dúvidas, se tiverem, serão respondidas a partir do questionamento de vocês. Então, pactuação e assistência. Só para efeito de um entendimento prévio, alinhamento, nós temos serviços produtores de hemocomponentes. Nesses serviços acontece captação de doadores, coleta de sangue total, processamento desse sangue total, a produção dos hemocomponentes. Então, tem todo aquele grupo de procedimentos a exemplo, triagens, coleta, processamento, testes laboratoriais, etc. E tudo isso está dentro do contexto do SIA, essa produção de hemocomponentes, faturado via BPA, e os recursos para esse financiamento, digamos assim, a parte que vem do governo federal, vem pactuado dentro da PPI. Os hemocomponentes produzidos, eles são utilizados de que forma? Basicamente, um resumo, para a gente alinhar aqui o contexto. Eles são utilizados, ou em ambiente ambulatorial, para a realização de transfusões, e no ambiente ambulatorial, essa produção é faturada, ou por BPA através do SIA, ou em AIH se ocupou leito, aquele leito dia, etc. Tem alguns que vão via AIH, mesmo sendo procedimento ambulatorial. E no uso hospitalar, as transfusões, obviamente, a produção, a realização do procedimento faturada dentro da AIH, que é do SIA. Para que a gente entenda, vocês percebam o seguinte, a hemoterapia tem a produção de hemocomponentes financiada no módulo ambulatorial, e o uso de hemocomponentes, tanto no módulo ambulatorial, quanto no hospitalar. O que acontece? Para ter sangue no hospitalar, tem que ter financiado no ambulatório, porque o módulo hospitalar não financia a produção, só financia o procedimento transfusional. Explicar o que é SIA, é o Sistema de Informação Ambulatorial dentro do SUS. E o SIH é o Sistema de Informações Hospitalares. São dois grandes grupos dentro do SUS, grupos de realização, de alocação de recursos e, conseqüentemente, de produção naquilo a que eles se propõem. E a AIH é a autorização de internação hospitalar. Bom, o serviço produtor de hemocomponentes, no caso, em Goiás, todos os serviços públicos produtores de hemocomponentes são da rede da SES/GO, são estaduais. Então, nós temos o Hemocentro Coordenador em Goiânia, nós temos quatro hemocentros regionais no interior do Estado, mais quatro unidades de coleta e transfusão no interior do estado, mais uma unidade de coleta e transfusão também em Goiânia. Esses serviços são estaduais, produtores de hemocomponentes. A partir desses serviços é que o sangue chega nas unidades que ele tem que atender ao paciente. Então, o serviço produtor de hemocomponentes, com o hemocomponente produzido, ele vai distribuir esse hemocomponente e ele distribui ou para uma agência transfusional, o que é uma agência transfusional? É um ambiente dentro do hospital, intra-hospitalar, que recebe o sangue de um serviço produtor, ou seja, ele não produz hemocomponentes, ele recebe o sangue liberado para uso de um serviço produtor, armazena, vamos colocar assim bem no popular, coloca na geladeira, se for concentrado de hemácias, ou coloca no freezer, se for plasma e utiliza. Utiliza como? Mediante prescrição médica, necessidade de paciente, prescrição médica. Essa é uma situação, mas o serviço produtor também pode distribuir hemocomponentes para serviços de saúde que não tem uma agência transfusional. Ele não tem agência transfusional e a gente chama isso de uma solicitação ou distribuição uso eventual de hemocomponentes. Como é que funciona

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

isso? O serviço de saúde, o hospital tem que ter um termo de compromisso, um contrato, entre aspas, com o serviço fornecedor, com o Hemocentro, por exemplo, e quando tem uma demanda de necessidade de transfusão, mediante prescrição médica, coleta de amostra, esse serviço se dirige ao serviço fornecedor para retirar o hemocomponente e instalar transfusão no seu paciente lá na sua unidade. Só que para isso acontecer precisa atender alguns critérios, algumas condições. A unidade precisa ter estrutura adequada para a realização de transfusão e aí eu vou abrir um parêntese aqui, instalar transfusão de sangue não é o mesmo que instalar soro. A bolsinha é bem parecida, mas não é a mesma coisa. Eu estou dizendo isso porque eu já escutei gente falar isso no Estado, no passado. Ah, manda o sangue pra cá a mesma coisa de por soro, põe soro, põe sangue. Não. Então precisa ter estrutura adequada na unidade, tanto para instalar, quanto de suporte, porque a instalação e a transfusão pode gerar reações transfusionais leves moderadas ou graves. Se não tiver suporte o paciente morre, mesmo tendo sangue. Então tem que atender uma série de critérios para receber esse sangue. A própria unidade tem que ter esses critérios e o centro produtor tem que ter condição de atender também, porque para ter sangue disponível eu preciso ter produzido sangue, eu preciso ter doador atender essa demanda. Como é que está a PPI feita lá em 2012? A PPI de hemoterapia também está no contexto de 2012 e em alguns pontos dela ela foi revista nesse intervalo de tempo. Mas mesmo tendo sido revista para alguns municípios nesse intervalo de tempo, ela não está atualizada como deveria estar, como deveria ser. Nesse ponto da PPI, só para complementar aqui o que a Verônica trouxe, e é muito importante que vocês se apropriem dessa discussão, discutam, tragam isso para CIR mesmo, tem um grupo condutor que está tendo as reuniões para a revisão da PPI de todo o Estado. Esse grupo condutor foi formado a partir de uma reunião da CIB, tem uma resolução da CIB, o grupo condutor foi criado, tem vários entes com assentos nesse grupo condutor e ele está sendo conduzido pela Superintendência de Planejamento da SES, lá pela Gerência de Planejamento Institucional, lá pela GEPI com a Andressa, vocês devem conhecer a Andressa na Secretaria. Então, esse grupo condutor está tendo várias reuniões, revisando parâmetros, as áreas técnicas da Secretaria de Estado estão contribuindo com essa revisão de parâmetros para rever a PPI como um todo, não só de hemoterapia, mas de todos os outros itens. Então, de acordo com a pergunta que o Adênio nos trouxe, o que acontece? Olha só, hemoterapia na Região Centro Sul, esses municípios da esquerda estão pactuados com os que estão à direita. Estão pactuados, lembra, PPI, pactuação dentro do SIA. Vamos fazer essa diferença, porque dentro do SIA está pactuado, é ali onde está financiada a produção de hemocomponentes, a execução de procedimentos hemoterápicos e até de procedimentos transfusionais ambulatoriais. Só que se não tiver aí, o sangue não chega no hospital para atender o que o paciente precisa na internação, lá na AIH, que é o outro sistema, que é a SIH. Então, a própria cidade, município de Aparecida, Aragoiânia, Cezarina, Hidrolândia, Indiara, Jandaia, Leopoldo de Bulhões, Professor Jamil, São Miguel do Passa Quatro, Silvânia, Varjão e Vianópolis estão pactuados com Aparecida de Goiânia. Bela Vista, Bonfinópolis, Caldazinha, Cristianópolis, Edeia, Senador Canedo, estão pactuados com Goiânia. E Orizona com Aparecida e Catalão. Por que Aparecida e Catalão? Quem fornece o hemocomponente para ser usado no hospital de Orizona, vocês vão ver o nome dos hospitais agora na próxima tela, é o Hemocentro Regional de Catalão, que aí na revisão da PPI vai entrar aquela história, só para vocês entenderem, o que a Verônica trouxe, quando foi feito, foi pensado na distribuição de recursos, às vezes tem uma coisa que está lá, que eu não faço, mas na época, então não dá para olhar com olhos de hoje o que foi feito no passado, no passado foi feito o que melhor atendia aquele momento, mas é só para vocês entenderem. O Hemocentro Regional de Catalão é gestão e gerenciamento da SES/GO, mas o recurso para produzir, coletar hemocomponentes, coleta de hemocomponentes, está alocado no município, só para vocês entenderem, isso tudo vai ser

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

revisto, mas é só como foi solicitado isso, então está lá, Aparecida e Catalão, Pontalina, é o próprio município de Pontalina e Goiânia, Piracanjuba, Vicentinópolis, Cromínia, Edeia e Mairipotaba, Caldas Novas e Goiânia, é assim que está pactuada a assistência hemoterápica dentro da PPI para esses municípios da Centro Sul. A segunda pergunta que o Adênio nos trouxe, com quem está pactuado, e aí vem uma pergunta mais ou menos assim, não sei se foi exatamente essa que você fez, Adênio, que eu vou falar aqui, é porque normalmente os municípios perguntam assim, eu busco sangue aonde? Então tem que ter um cuidado para responder essa pergunta. Provavelmente, quem está fazendo essa pergunta, na maioria das vezes, a resposta vai ser você não busca em lugar nenhum, em boa parte das vezes. Por quê? Porque para buscar sangue em algum lugar, você tem que atender a alguns critérios técnicos, estruturais, operacionais, para poder pegar legislação, para poder buscar esse sangue, e nem todas as unidades hospitalares ou serviços de saúde nos municípios têm condição de receber hemocomponentes para fazer transfusão. Então o que eu vou fazer se o meu paciente precisa de transfusão de sangue? Então ele tem que ser regulado e transferido. Então serviço que dê suporte a ele, que dê condição dele ter a assistência que ele precisa. Certo? Como é que está o fornecimento de hemocomponentes pela Hemorrede estadual para esses municípios da Região Centro Sul? Esses municípios aí, com esses hospitais, os nomes das unidades de saúde estão nessa tela, eles têm como fornecedor de hemocomponentes aquele serviço estadual que está na última coluna lá da direita. Em quase todos eles, é o Hemocentro aqui de Goiânia que fornece para quase todos eles. A exceção, como eu já tinha falado antes, de Orizona, que é o fornecimento via Hemocentro Regional de Catalão. Entende? Tem que lembrar, a gente busca colocar as coisas dentro obviamente do planejamento do Plano Diretor de Regionalização da Saúde, privilegiando as questões das Regiões, das Macrorregiões, mas às vezes nem sempre com hemocomponentes você vai conseguir ter um serviço produtor de hemocomponentes que atenda dentro da Região. Então, às vezes, o sangue vem da região vizinha ou da macro vizinha, isso pode acontecer. O importante de tudo isso é que o sangue esteja disponível para quem precisa, mas no local adequado. Então nós temos lá em Bela Vista o Hospital Municipal, todos eles são hospitais municipais. Está destacado ali a Aparecida de Goiânia porque a unidade para a qual o Hemocentro fornece sangue em Aparecida de Goiânia é o Hospital Estadual, que é o HEAPA, e o Município de Aparecida de Goiânia tem contratação com serviço privado de hemoterapia que fornece hemocomponentes aos seus leitos próprios ou contratados, por exemplo, o HMAP tem uma agência transfusional e o abastecimento dessa agência transfusional no HMAP é feito por meio de um serviço privado contratado pelo Município de Aparecida de Goiânia. Então são esses aí os serviços dentro da Centro Sul, para onde é possível que a unidade solicite e busque hemocomponentes no serviço fornecedor, no Hemocentro ou no caso de Orizona, lá em Catalão, e é sempre o serviço que busca o hemocomponente, o Hemocentro ou a unidade produtora de hemocomponentes da SES/GO não entrega o hemocomponente em nenhum serviço, nem nos estaduais, para vocês terem ideia, para o Hugo usar sangue, é o Hemocentro que fornece, é o HUGO que busca sangue do Hemocentro, o Hemocentro não entrega hemocomponentes em nenhum serviço, nem nos próprios da SES/GO e nem para nenhum serviço de Saúde. Então é assim, Bela Vista precisa de sangue, ele não tem agência transfusional, desses que estão na lista, o único que tem agência transfusional é o HEAPA. Então todos os outros não tem agência, eles se enquadram naquele serviço, como eu disse nos slides anteriores, que pegam sangue, eventualmente. Então, quando ele tem necessidade, pedido médico, olha a amostra do paciente, já tem o contrato que o Hemocentro já visitou, já fez todo o procedimento anterior de validação para fornecer para esse serviço, então ele vai buscar o hemocomponente no Hemocentro com as provas transfusionais realizadas, o Hemocentro realiza as provas transfusionais a partir da

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

amostra de sangue que a unidade levou. Então, para todos eles, funciona assim, nesse momento, o fornecimento de hemocomponentes, a exceção do HEAPA, que como tem agência transfusional, ele tem estoque, o Hemocentro fornece o sangue, fornece assim, distribui, ele busca o sangue do Hemocentro para estocar na agência e poder usar. Então o mapa, fica meio distante para vocês verem, mas o mapa funciona mais ou menos assim, tem lá um serviço fornecedor aqui à esquerda que é o Hemocentro Coordenador e na pontinha da seta, cada um dos municípios. São os mesmos que estão na tabela anterior, é só para a gente ter uma ideia do mapa da Região Centro Sul, na pontinha de cada uma das setas vermelhas, onde está chegando, onde pode chegar o hemocomponente, mediante solicitação, porque esses serviços tem contrato com o Hemocentro por fornecimento. Então está ali o Hemocentro fornecendo para todos aqueles que estão na ponta da seta e Catalão, o Hemocentro Regional de Catalão fornecendo lá para a Orizona, lá no cantinho direito do mapa. Nós temos agências transfusionais públicas, uma no HEAPA, como eu já mencionei, e uma no HMAP, como eu também já mencionei, com a diferença de que a do HMAP é serviço privado que fornece. E todos os outros, na pontinha da seta, são unidades sem agência transfusional, distribuição eventual de hemocomponentes. Não sei se atendi à demanda, à necessidade, ou parcialmente a ela, mas se precisarem, estou à disposição.

**Participante de Silvânia**, boa tarde. Nós somos de Silvânia, Silvânia é um município onde passa três GOs, nós temos pacientes lá, temos hemofílico, nós temos pacientes com anemia, a maioria das vezes a gente regula nossos pacientes e ele tem que andar 270 quilômetros para receber uma transfusão de sangue. Antigamente, a gente transfundia o sangue lá no próprio hospital, que a gente buscava o Hemolabor, que disponibilizava o sangue para a gente. A gente passava o sangue lá, porque lá nós temos sala vermelha, nós temos vários especialistas, nós temos equipe multidisciplinar e qual que é o processo que eu tenho que fazer para eu voltar a buscar o sangue para ser passado em Silvânia? Porque, assim, a maioria dos nossos pacientes são pacientes carentes e a gente necessita do SUS e é muito sofrido eu colocar, às vezes, um paciente debilitado dentro de uma ambulância e rodar muitos quilômetros ou, às vezes, ter que esperar por dias para a gente conseguir essa bolsa de sangue na nossa cidade. O que é que eu preciso fazer para eu conseguir levar essa bolsa de sangue para Silvânia?

**O Sr. Lucas, município de Orizona**, boa tarde, meu nome é Lucas, sou gestor do município de Arizona, o senhor citou bastante o município de Orizona, o meu caso é um pouco mais simples, eu acho que fácil de resolver. Hoje, atualmente, a gente busca o sangue em Catalão e em Catalão dá em torno de 120 quilômetros de Orizona. E a gente tem Pires do Rio, que também às vezes cede sangue para a gente lá, em algum caso excepcional e é só 35 quilômetros de Arizona. Então eu queria ver essa possibilidade, o que a gente tem que fazer para estar buscando esse sangue em Pires do Rio. Semana passada mesmo, vou citar um caso inusitado, a gente buscou sangue em Catalão, quando foi fazer a transfusão no paciente, o paciente se evadiu do hospital, aí a gente tinha que fazer o quê? Retornar com o sangue para Catalão, a sorte que a gente solicitou o transporte, o hospital solicitou o transporte, nesse intervalo o paciente voltou mais tarde no hospital e foi realizada a transfusão, senão a gente tinha que voltar em Catalão para poder entregar o sangue de novo.

**O Sr. Kellington, técnico da SPAIS**, já vou responder as duas, aí se tiver mais a gente responde as outras. Então, em relação à Silvânia, qual é o procedimento para você solicitar, digamos assim, a retomada, como você está dizendo que no passado já pegou sangue, primeiro vamos lá. Hemolabor, não sei se foi isso mesmo que você quis dizer, Hemolabor é um serviço privado,



*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

então eu não sei em quais foram os termos que isso foi fornecido no passado, como é que eram as condições, não tenho conhecimento. Em relação ao Hemocentro, a unidade estadual que pode fornecer hemocomponentes a depender dos critérios a serem analisados. Precisa solicitar essa formalização, a gente chama de termo de compromisso, a legislação diz assim, termo de compromisso, contrato ou convênio do serviço produtor com quem vai usar, então a gente em Goiás chama termo de compromisso, então tem que solicitar junto ao Hemocentro de Goiás, a formalização do termo de compromisso para fornecimento eventual de hemocomponentes, certo? Então vamos lá, fez a solicitação, o Hemocentro vai te responder a princípio, uma das primeiras respostas, dizendo o que você precisa ter em especial em relação a documentação, primeiro ponto, segundo, que você precisa encaminhar profissionais para serem treinados no Hemocentro. “Ah, mas meu pessoal já tem experiência porque trabalhou, não sei o que”. Tem que treinar de novo. “Ah, meu pessoal acabou de sair, ele trabalha comigo aqui, mas ele também trabalha num serviço privado de hemoterapia”. Tem que ser treinado no Hemocentro Coordenador, está na lei estadual, certo? Já vou respondendo assim porque, às vezes, esse tipo de questionamento chega lá para a gente, “ah, meu pessoal aqui faz transfusão há 50 anos, já está quase aposentando e faz transfusão todo dia”. Tem o certificado de treinamento do Hemocentro? Não, então tem que treinar, parte desse treinamento é EaD, a parte teórica é online, você faz de casa, do trabalho, de onde quiser, na hora que quiser, terminou a parte EaD, aí vem a parte presencial em Goiânia, aí já fica antenado com isso, porque dependendo da solicitação e do tipo de treinamento que o técnico tem que receber, aí ele tem que vir, às vezes tem que passar mais de um dia, aí tem diárias, aquelas coisas todas que aí é o município que responde por isso, mas a solicitação é essa. E além disso, o Hemocentro, a equipe do Hemocentro vai fazer uma visita no serviço, para verificar se aquelas condições que eu falei para vocês, brevemente, de suporte para a realização de transfusão, estrutura e etc e tal, equipamentos, se a unidade possui, certo? Essencialmente é isso. O Hemocentro vai responder para você, ela perguntou o termo de compromisso, onde é que ela consegue? A hora que você fizer a solicitação para o Hemocentro de formalização do termo, ele vai te responder as coisas que você precisa mandar, ele vai te mandar uma ficha chamada ficha cadastral. A ficha cadastral não é o termo, a ficha cadastral é simplesmente para iniciar o processo, pegar informações da unidade, e aí vai dizer quais são os documentos, agendar a visita e etc, entendeu? Você pode até mandar nesse e-mail aí, mas é assim, anotem aí, é Hemocentro, [hemocentro.coordenador@idtech.org.br](mailto:hemocentro.coordenador@idtech.org.br).

**O Sr. Adênio, Coordenador Regional de Atenção,** que fique claro que essa articulação tem que ser com o Hemocentro, porque, para não chegar na Regional, solicitação, e de certa forma, demorar no processo, no envio.

**O Sr. Kellington, técnico da SPAIS,** isso, boa colocação, Adênio. E aí o que que acontece? O que que a gente pede? Manda para o Hemocentro e copia a gente, mas o pedido do município é para o Hemocentro. Aí vocês copiem a gente, que aí a gente monitora. O Hemocentro é subordinado dentro da Secretaria à Coordenação da Hemorrede. Então a gente monitora, entendeu? Já respondeu Silvânia, já respondeu Orizona, entendeu? Copia a gente, que a gente vai monitorando. Até porque quando vocês falarem assim, “olha, eu mandei uma mensagem lá para o Hemocentro, tem 60 dias e não respondeu”, mas aí você os avisaram, 60 dias depois que mandaram. Mandem copiado. Em relação a Orizona e Pires do Rio, Lucas, gestor atual? A gestão passada você estava lá? Do final do ano para cá, então, essa situação de Orizona com Pires do Rio e Catalão é uma situação interessante, eu estou te perguntando se você estava no passado, é porque eu já trilho uma história na hemoterapia do Estado há 22 anos, entendeu? Então, eu fui do

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

Hemocentro e sou da SES, dessa Coordenação da Hemorrede, desde 2019. Então, o que que acontece com Orizona e Pires do Rio? Nós já articulamos esse abastecimento de Pires do Rio para Orizona. Eu, pessoalmente, já articulei. O que que aconteceu no passado, da última vez que eu articulei isso? O gestor municipal de Pires do Rio negou, entendeu? Kellington, por que que ele negou? Eu não sei, não ficou claro, eu não sei por que que ele negou, porque o hemocomponente é distribuído de Catalão para Pires do Rio, como você sabe, você viu lá, você está lá próximo. Pires do Rio tem uma agência transfusional, ou seja, ele estoca hemocomponentes para usar no seu serviço e ele pode, guardadas algumas condições, ele pode distribuir hemocomponentes para outro serviço que não tem agência, como seria o caso de Orizona. Ele pode distribuir, certo? Só que a gestão do hospital é do município, o hospital é municipal, e na época lá atrás, eu não lembro mais o nome do gestor, já tem um tempo, isso foi tratado numa reunião, se eu não estou enganado até da CIR, e o gestor pôs obstáculo, falando que não quer distribuir hemocomponente para lugar nenhum, entendeu? Aí tem essa questão dessa conversa, que a gente sempre traz os atores, quando tem uma solicitação, para essa conversa, o gestor do município que está solicitando, o gestor do município que vai fazer a distribuição lá do hospital, a gente traz, “gente, olha, funciona assim, assim, assim e tal”, eu não sei te dizer porque, se havia alguma razão, aos meus olhos não tem problema nenhum fazer essa distribuição a partir de Pires do Rio para Orizona, aos meus olhos não tem problema, desde que a Orizona tenha as condições adequadas, como tem, porque já pega em Catalão, não vejo problema. E não sei, um dos detalhes sobre isso pode ser, “ah, eu vou buscar o sangue a tantos quilômetros de distância, chego aqui, distribuo para você, quem que contribui comigo para custear, buscar esse sangue toda semana, porque a unidade busca sangue toda semana”. Pires do Rio vai em Catalão toda semana para abastecer sua geladeira, vamos falar no popular assim, ele vai lá toda semana, o município tem uma despesa com isso, estou falando por hipótese, não estou dizendo que foi isso que aconteceu, mas o gestor municipal da época pôs obstáculo. Então, essa é uma das razões. Podemos retomar a conversa agora? Claro que pode, pode retomar a qualquer tempo, entendeu?

**O Sr. Lucas, SMS de Orizona,** hoje, assim, eu também não participei, também não sei quem que era no momento, mas, assim, hoje até tenho um contato com a atual gestora de lá, conversam bastante, podem retomar isso aí, que eu creio que não teria empecilho, mas, assim, até me deu uma dúvida aqui, se Pires do Rio, ele pode buscar, estocar, Orizona também pode?

**O Sr. Kellington, técnico da SPAIS,** você só pode se tiver agência transfusional, você não pode estocar se não tem agência, Pires do Rio busca e estoca porque ele tem uma agência transfusional. Agência transfusional é um ambiente dentro do hospital, um ambiente, uma sala dentro do hospital, que tem equipamentos, materiais, insumo, pessoal treinado e adequado para execução dos procedimentos pré-transfusionais e transfusionais. Então, a Orizona não pode pegar para estocar por isso. Aí a Orizona se enquadra naqueles exemplos que eu dei para vocês, daqueles todos os outros serviços da Centro Sul, exceto o HEAPA, que buscam hemocomponentes, eventual, fornecimento eventual. Por que que é eventual? Eu só busco a hora que eu preciso e busco um paciente específico. Pires do Rio, ele tem uma agência transfusional, então ele estoca, não é para um paciente específico, ele estoca, ele usa quando o médico prescreve, dentro do serviço dele.

**O Sr. Lucas, SMS de Orizona,** então, onde que a gente começa? Eu converso com ela primeiro, ou parte daqui, essa conversa, como que funciona?

**A Sra. Verônica, Coordenadora de CIR,** eu acho que o que nós podemos colocar, estava até

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

comentando com a sua assessoria, acredita que a gente pode pautar na próxima CIM, considerando que até outros municípios também já podem ter perfil para ter agência transfusional, às vezes municípios fizeram adequação de hospital, de outros estabelecimentos, vou dar um exemplo aqui, o município de Senador Canedo, o hospital privado de lá, ele transfunde para os pacientes que são regulados do Estado, porque o Estado tem plano de fortalecimento lá e não está aqui, não apareceu, e eles estão construindo agência transfusional, dentro do próprio hospital, mas é porque eu falo assim, porque eu recebo pacientes do Estado inteiro lá. Então, querendo ou não, e ele recebe, e ele busca sangue no Hemocentro, todos os direitos de lá são comprados do Estado, tenho certeza absoluta do que eu estou te falando, porque sou eu que busco, com o meu transporte. Então, assim, a gente precisa fazer uma avaliação, e aí precisa, eu acho que podia ser pauta na próxima CIR, e aí os gestores que tenham interesse, inclusive, em ter uma agência transfusional ou mudar a pactuação, eu acho que é um lugar onde a gente pode dar o pontapé para isso, nada impede de você já começar as tratativas com a gestora do município de Pires do Rio, aí formaliza a alteração de PPI, segue aquele mesmo fluxo de alteração de PPI, mas eu acho que a gente podia pautar na próxima CIR, porque se outros municípios da nossa macrorregião também tem interesse, a gente já faz uma mudança completa no desenho da nossa macrorregião.

**O Sr. Lucas, SMS de Orizona,** que o mais importante e rápido seria essa mudança de buscar de Catalão para Pires do Rio no momento. Nosso hospital agora vai passar por algumas adaptações, reformas, então acho que às vezes para esse armazenamento seria mais a longo prazo, mas, às vezes, do entendimento nosso lá, se já puder ter um início desse acordo diretamente, tem a possibilidade?

**O Sr. Kellington, técnico da SPAIS,** tem que mudar a PPI com a gestora, e aí alterar o termo de compromisso, porque você vai deixar de ter termo de compromisso com Catalão para ter com Pires do Rio. Na verdade, a gente nem recomenda que você deixe de ter com Catalão, você passe a ter também com Pires do Rio, porque o Hemocentro Regional de Catalão, ele é sempre a retaguarda, porque ele é o produtor. Se você precisar de um sangue e Pires do Rio não tiver no estoque, você vai ter que buscar em Catalão. Então assim, essa articulação que a Verônica traz com o gestor municipal é importante para entender que estão dispostos, o senhor, quanto o gestor ou a gestora de Pires do Rio, estão dispostos a fazer isso, e aí tem que envolver a gente, a coordenação da Hemorrede, porque a gente estará nesse processo orientando. E a análise técnica do parecer de alteração da PPI também é dada por nós, entende? Aí, se tiver todo mundo já envolvido, a gente já está, digamos assim, está tudo combinado, as coisas fluem melhor. Em relação à macrorregião, a gente está com indicativo na Secretaria. No semestre passado, nós apresentamos a proposta do Plano Diretor de Regionalização do Sangue no Estado. A gente vai retomar agora, a pedido da diretoria do COSEMS, no final do semestre passado, por conta das mudanças de gestões municipais que deveriam acontecer em função das eleições, como aconteceram. Então, a direção do COSEMS solicitou que a gente parasse um pouquinho, estava lá no mês de outubro, mais ou menos, essa questão de discutir com os municípios, continuar o andamento com os municípios sobre o Plano Diretor do Sangue e retomasse agora. Então, a gente está retomando agora. Essa semana tem uma reunião do COSEMS conosco e alguns dos municípios que estão contemplados na proposta do Plano Diretor do Sangue. O Plano Diretor saiu da Câmara Técnica do Sangue, mapeou o Estado e propõe a estruturação de agências transfusionais em diversos municípios do Estado. E aí, a gente está com a indicação agora, em função dessa mudança de gestores, de apresentar esse quadro de, igual apresentei aqui para o

Centro Sul, mas já trazendo as questões da proposta do Plano Diretor nas próximas CIMs, todas as CIMs, entendeu? A gente atendeu, só para vocês terem ideia, a gente atendeu a apresentação dessa reunião de hoje e a gente declinou da apresentação da reunião da Central com o mesmo assunto. Por quê? Porque a gente vai levar tudo para a CIM, porque o sangue tem que ser pensado na macro, não adianta eu ficar em todas as CIRs apresentando. Então, a gente vai apresentar na CIM de novo, a gente apresentou ano passado, a gente vai apresentar na CIM de novo, para que todo mundo se enxergue na sua macrorregião e, consequentemente, na sua região. Está certo? Então, é uma demanda que a gente já vai fazer para apresentar isso nas CIMs. E a gente, assim, vamos dizer, a gente só não cancelou a apresentação aqui de hoje, porque a gente já tinha assumido o compromisso com vocês. Mas vocês entenderam o raciocínio, vocês dois? Tem mais alguma pergunta aí. Então, é isso, gente. Agradeço a atenção. Verônica, muito obrigado.

**A Sra. Verônica, Coordenadora de CIR,** obrigada, é isso. Aí a Keila vai te passar, porque tem um calendário de alteração de PPI, certo? Mas aí, nesse meio tempo, se eu não me engano, é agora em maio. É maio, que altera a PPI de novo? Ah, eu não lembro também. Mas é o tempo que tem para poder negociar com a gestora lá, e aí fica tranquilo, certo?

#### **4.2 Processo de Planificação na Região de Saúde Centro-Sul.**

*Responsável e Apresentação:* Adênio B. Ramalho - Coord. Reg. de Pol. e Atenção Integral à Saúde

**O Sr. Adênio, Coordenador Regional de Atenção Integral,** é interessante, quando você colocou essas questões, secretária, na qual muitos delas, provavelmente indicadores, organização do sistema de saúde dos municípios, nós temos uma metodologia que pode ajudar muito, que é a metodologia da planificação da atenção básica. Nós estamos hoje com 16 municípios aderidos a esse processo, em alguns municípios é preciso conversar com o secretário e também com o prefeito, porque é uma decisão de gestão e precisa também, de fato, do apoio do executivo. Como é de praxe, todo mês, todas as CIRs, após a nossa oficina de planificação, eu faço aqui um *feedback* do que foi tratado. É justo, não é? Uma vez que funcionários, sai lá do seu município, o coordenador, outros tutores também, então é justo que dê um *feedback* do que eles vieram fazer aqui, se realmente é relevante ou não. Nós reunimos lá em Senador Canedo, no qual é o nosso polo, e foi trabalhado as oficinas, sobre uma revisão dos macro e micro processos da APS, com foco no macro processo da atenção aos eventos agudos. Também as arboviroses foram tratadas nesse momento. Quando a gente reuniu lá em Senador Canedo, pessoas, coordenadores, representantes da Vigilância Municipal estiveram lá presentes. Então, essa foi a nossa reunião. Como eu falei, é um *feedback* do que aconteceu. Foi o dia 11, lá em Senador Canedo, na qual nós tivemos um dia de educação permanente, juntamente com a Beneficência Portuguesa, os consultores da Beneficência Portuguesa, a Jaqueline e a Gabriela. Inclusive, a Gabriela teve que desligar, ela foi para outra Região. Então, dia 11, nós reunimos, macro processo e micro processo da atenção básica. Quando nós falamos isso, nós temos uma escalada de macros processos de trabalho, de oficinas a serem trabalhadas com vocês. Nós vamos trabalhar o macro processo da atenção básica, o primeiro item lá, na qual corresponde cada passagem, cada cômodo dessa casa, é uma metáfora na qual representa essa construção. O macro processo da atenção básica está ali no piso. O que nós trabalhamos, então? É bom deixar claro, porque nós falamos esses termos, esses jargões, e esquecemos, às vezes, de explicar o que é isso. Então, o macro processo, foi trabalhado, nesse dia, uma revisão, justamente porque tinha coordenadores e representantes dos municípios novos, também gestores, e também pelo fato do território ser dinâmico, muda todos os dias. Então,



foi trabalhado sobre territorialização, foi trabalhado sobre cadastro das famílias e indivíduos, estratificação do risco familiar, levando em consideração a escala de Coelho e Savassi, que, após a oficina, tivemos um momento online, que faz parte da metodologia da planificação, na qual chamou-se os municípios e foi apresentado o instrumento de estratificação de risco familiar, que chama Escala de Coelho e Savassi. Escuta inicial, a demanda do dia, fluxo de atendimento, agenda, programas de monitoramento, contratualização. Os microprocessos, novamente, para a gente diferenciar, são aqueles que acontecem no interior da unidade, como a recepção, no acolhimento e preparo, na vacinação, no curativo, farmácia, coleta de exames, procedimentos terapêuticos, higienização das mãos, higienização e esterilização, gerenciamento de resíduos. Então, esse foi o tema trabalhado. E também essa metodologia agora da planificação é mais aberta, não é engessada. O município que tem a necessidade de trabalhar uma temática dessa, pode se manifestar para nós, que vamos trabalhar junto a Beneficência Portuguesa e também os tutores da Regional. Municípios que aderiram à planificação, como Vicentinópolis e Cromínia, nós fizemos uma visita in loco, justamente para fortalecer isso com a gestão e a equipe, justamente nesse propósito tão necessário agora, justamente com os indicadores da contrapartida que nós temos que estar bem organizados, nesse processo de trabalho, para responder à exigência dos indicadores. Eu coloquei o que se espera da tutoria, da planificação, lá no município. Eu coloquei aqui uma ressalva, justamente porque tem município que pode ter esse problema, como ter um horário protegido para a tutoria. Educação permanente, além de ser direito, é necessário. Então, tem que ter um momento de estudo mesmo, nesse momento resguardado, que pode fechar a unidade e estudar o que foi passado pela Beneficência Portuguesa e a Regional sobre a planificação. Ser um bom facilitador para a implementação dos macro e microprocessos, ser capaz de estabelecer uma relação de parceria com a equipe, uma pessoa proativa que agrega à equipe e à gestão, promover a curiosidade e a criatividade da equipe. Então, é uma pessoa hábil em educação e saúde, e também, de preferência, que domine a metodologia ativa. Uma boa notícia. A utilização foi apresentada no GT da Atenção e pactuado na CIB, a utilização do recurso remanescente do cofinanciamento da atenção primária a município que esteja aderido à planificação. É um valor um pouco baixo de R\$ 7 mil, na qual será destinado à equipe do município que esteja realmente engajado no processo da planificação da atenção básica. Então, essa foi a sua apresentação, um feedback do processo da planificação. Agradece a todos.

**A Sra. Lígia**, só reforçando a fala do Adênio em relação a esse recurso remanescente do cofinanciamento da atenção primária. Então, ele vai ser repassado aos municípios de acordo com a quantidade de equipes que aderiram à planificação. Então, esse recurso já foi repassado no SEI, tudo assinado, concretizado, passamos em GT, esse recurso vai chegar para os municípios envolvidos, nessas ações até 2024.

**O Sr. Adênio, Coordenador Regional de Atenção Integral**, eu sou um defensor da organização do serviço de saúde. E a planificação é a qual oferece a melhor metodologia até então. E porque muitos municípios disseram não aderir porque não tinham financiamento. Claro, pois financiamento, é um cofinanciamento, uma contrapartida, que vai, de certa forma, ajudar muitos municípios.

#### **4.3 Cofinanciamento APS.**

*Responsável:* Adênio B. Ramalho - Coord. Reg. de Pol. e Atenção Integral à Saúde

*Apresentação:* Eliana Fernandes – GERAP/SPAIS/SES.

**A Sra. Eliana Fernandes**, planificação não é nada de novo, é o que a gente faz na rotina do nosso

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

dia a dia. Só que a gente faz de maneira tão descontrolada, desordenada, que a gente não se encontra. Então, a planificação, ela vem justamente para organizar o processo de trabalho dentro da unidade básica de saúde. Não é mais trabalho, é fazer o que a gente faz, e faz muito, trabalha muito. Mas se a gente não coloca no sistema de produção, no sistema de informação, o Kellington falou sobre o SIA e o SIH. Atenção primária utiliza o eSUS. Se você não utiliza o eSUS, você utiliza um sistema próprio terceiro, que conversa e integra com o eSUS. Então, planificação é a gente organizar o que a gente faz, para fazer com mais qualidade e ver resultados. Quando a gente não planeja, quando a gente não se enxerga, quando a gente não identifica o nosso território, a gente não se conhece. Então, eu tenho que ofertar para o meu território, para a minha população descrita, aquilo que ela precisa, não o que eu quero dar. Então, meu território é formado por quem? Por pessoas com condições crônicas, na sua maioria? Hipertensão, pessoas com diabetes, obesidade, hanseníase, problemas respiratórios. Existe uma gama de condições. Quem é meu território? Quem são minhas pessoas? Do que elas sofrem? E o que eu vou ofertar para diminuir isso, para que isso não se complique, e eu precisar de fazer uma regulação, de precisar de um tratamento especializado, ou de uma internação. Então, nós vamos evitar internações por condições sensíveis à atenção primária, que é o nosso ICSAP, o nosso indicador. Muito importante. Ele está lá no mapa da saúde, e ele é um indicador bom para o município acompanhar, para ver por que eu estou internando. Quem eu estou internando? Certo? São meus idosos? São minhas crianças? O Ministério da Saúde paga a mais por essa população, correto? Crianças até 5 anos, idosos acima de 60 anos, são considerados mais vulneráveis. Quem está internando mais? Gastroenterites, pneumonia, sífilis congênita, rubéola, que eu poderia ter prevenido lá no meu pré-natal. A minha gestante está sendo acompanhada, está fazendo consulta de puerpério, isso tudo é atenção primária. A atenção primária não é primária, ela é muito complexa, porque não basta eu ir lá fazer um raio-x, faço o laudo do meu exame e pronto, acabou o meu serviço. Não é? Não é assim. Eu vou ter vínculo com aquela pessoa que está no meu território. Ela vai ser internada, mas ela vai voltar pra mim. A manutenção da saúde dela é na atenção primária. Então, eu preciso identificar as pessoas. Através de quem que eu identifico as pessoas? Cadastro, cadastro bem feito, completude. Completude quer dizer, eu tenho todos os campos marcados no meu cadastro. Completo, porque agora o Ministério não vai mais aceitar o cadastro rápido. Aquele cadastro que eu faço lá no serviço, no PEC, ele não vai mais aceitar. Ele vai aceitar a ficha de cadastro individual completo e a ficha do cadastro domiciliar e territorial. Os dois juntos valem 1,5, um só vale 0,75. Tá certo? Então, como é que está lá o relatório dos seus cadastros vinculados? Você já olhou? Seus cadastros estão vinculados ao seu município por meio de que ficha? É ficha de procedimento? Não vale. É ficha de atendimento individual? Não vale. É cadastro rápido? Não vale. Então, vale o quê? Cadastro individual completo e/ou domiciliar e territorial. Mas eu não vim aqui para falar disso. Aí eu tenho que divulgar o curso no qual eu sou coordenadora técnico-pedagógica e estou muito chateada, porque tem pouquíssimas inscrições e eu achava que vocês precisavam muito, porque é o curso de saúde bucal. Então, a gente está com baixas inscrições. A gente achava que seria uma necessidade do território. A gente quase nunca tem um curso de saúde bucal. Então, ele é para técnicos e auxiliares em saúde bucal. É o edital número 7 da escola. Vamos fazer as inscrições. Ele vai ajudar muito na planificação, porque ele trata de determinantes sociais. Ele trata de biossegurança. Então, é uma atualização em biossegurança. Trabalho em equipe e, vou lembrar o outro. Então, é muito importante para a planificação. São 40 horas, 5 semanas, passa rápido e aí você vai ter um profissional mais capacitado, mais qualificado, mais ativo, que questiona, que conversa, que põe a equipe para frente, que integra saúde bucal e saúde da família. Façam lá a inscrição edital número 7 até dia 13 de abril as inscrições. E aí, a gente tem recebido muitos relatos, a gente da atenção primária, de que a atenção primária não está sendo

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

atenção primária. Que a atenção primária não está fazendo consultas agendadas. Que está atendendo só a demanda espontânea. Como é que isso está acontecendo lá no seu território? Está acontecendo isso também com vocês? A demanda programada é um serviço essencial da atenção primária. Como é que eu vou acompanhar a minha gestante se eu não programa ela para retornar? Como é que eu vou acompanhar meu hipertenso se eu não coloco o retorno para ele? Como é que eu vou ter aquele relatório lá do PEC de absenteísmos se eu não tenho agenda? Então, a gente tem que ter essas demandas programadas. A gente tem que ter um espaço para as urgências também. Mas a vocação inicial da atenção primária é acompanhar esses crônicos. Até falei para a Verônica. A atenção primária é vida. Eu não vou trabalhar com uma pessoa que já está precisando de uma transfusão. Vamos trabalhar com vida. A gente só vai trabalhar com doença? A atenção primária tem promoção da saúde, prevenção. Ela tem cuidados paliativos também. Ela tem vigilância também. Mas a maior parte da nossa população precisa de quê? De promoção e prevenção. Então, a atenção primária tem que retornar para a raiz dela, para a vocação da atenção primária, que é o acompanhamento das pessoas do território. Por que a gente fala monitoramento e avaliação na atenção primária? Esse monitoramento e avaliação, agora ele já está instituído. Quem que é gestor novato? Levanta a mão para mim. Três, quatro. Então, para os novatos, vocês já ouviram falar do Previne Brasil? Era o nosso cofinanciamento anterior. Então, agora, no final de abril, a gente vai para a próxima etapa do nosso novo cofinanciamento federal. É a portaria 3493 de 2024, de 10 de abril de 2024. Então, a gente vai mudar a nossa forma de cofinanciar. A Gerência de Atenção Primária, em conjunto com a Regional de Saúde, fez ofícios aos senhores, no nome do prefeito, porque a gente não sabia ainda quem era o secretário de saúde. E ele traz todos os seis componentes do cofinanciamento na realidade do seu município. Por quê? Porque a gente pesquisou esses relatórios aí. Então, quando a gente pesquisa, abre esses relatórios, diariamente, semanalmente, quinzenalmente, a gente tem a ideia de como está o financiamento, de como está a produção, de como está a validação das suas fichas de produção do eSUS. Não pensem que todas as fichas que o seu profissional faz, produz, ela é aprovada, ela pode, sim, ser reprovada. Por isso que a gente tem relatório de validação. Onde está esse relatório de validação? Lá no meu SISAB. E agora vocês têm à disposição o SISAB versão 2.0. Essa versão é só para o gestor municipal. A gente, enquanto Estado, não tem essa granularidade que vocês têm. Por quê? Porque ele vem para acompanhar o componente 2 de vínculo e acompanhamento, juntamente com o painel da APS. O painel da APS é um software que você vai acompanhar esse componente 2. Vocês receberam o folder do componente 2? Ele é novidade agora e você pode acompanhar por esse painel da PS e o SISAB versão 2.0. O ex-gestor da APS me traz programa mais médicos, ele me traz solicitações de credenciamento, ele me traz meu pagamento, ele me traz por que o meu acesso está suspenso, por que a minha equipe está suspensa, por que a minha equipe está incompleta, ela recebeu só proporcionalmente. Então, tudo isso eu vou ter lá no gestor APS. Ele é público. Tá bom, gente? Para quem tem eSUS, o PEC traz relatório de produção da equipe. O perfil de gerente de serviço de saúde vai ver todas as equipes. Ele não vai ver prontuário, porque ele é gerente, mas o enfermeiro vê a equipe dele, o dentista vê a equipe dele, o técnico auxiliar também vê a equipe dele. Esses são relatórios dentro do próprio PEC. Eles ainda não sofreram essa validação que o centralizador nacional faz nessas fichas. Então, lá eu vou ver todas as fichas. Mas eu tenho que ir lá no meu relatório de validação para ver se a minha ficha subiu. Tá certo? Então, esses indicadores PREVINE são sete indicadores. Eles foram revogados pela portaria 3493. Eles não valem mais para o financiamento, mas o Ministério ainda libera resultados. E esses resultados para a gente é importante por quê? Porque a gente olha numa série histórica e a gente vê que a gente no final de 2024 perdemos força. Por que a gente perdeu força? Porque trocou a gestão, porque a unidade não funcionou, porque trocou o profissional, ou o profissional não estava, ou foi problema

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

no SCNES. Se a gente não tiver um SCNES, minha produção não sobe, não vira indicador. A gente fala indicador, mas a gente trabalha com pessoas. Indicador é o mínimo que a gente pede. Então, se eu tenho um indicador, uma consulta odontológica no pré-natal, eu preciso só de uma consulta? Preciso só de uma consulta, vai depender da necessidade daquela pessoa, da gestante. Mas o indicador só quer uma. O indicador de coleta de citopatológicos é a cada três anos. Eu vou fazer só a cada três anos? Não, mas o indicador é a cada três anos. Então, se é um indicador que ainda é um desafio grande para os municípios, o que está acontecendo? A gente está fazendo sempre o citopatológico nas mesmas mulheres porque ela só vai repetir, daí, três anos novamente. Se você fizer ela todo ano, ela não vai aparecer. Todos os anos. Então, a gente tem que fazer uma leitura dos indicadores e ver no processo de trabalho onde nós precisamos melhorar. Para a gente ofertar o serviço que a população precisa. Então, aqui eu fiz esse primeiro. Esse primeiro é sobre o Estado. Então, a gente vinha subindo, nos últimos dois quadrimestres, a gente teve uma queda. O valor do Estado repercute o que os municípios realizam. Então, aqui eu fiz o recorte da Centro Sul. Então, no primeiro quadrimestre de 2022, eu tinha 16 municípios com ISF menor do que 6. Agora, eu cheguei até zero. Em 3Q23 e 1Q24 e 2Q24. 16 para zero. Mas depois eu já tive dois municípios que diminuíram a nota novamente. É claro que a gente melhorou ao longo do tempo. Está vendo as notas? Nós não chegamos até ISF igual a 10, mas Varjão, Mairipotaba, Jandaia tiveram notas 9.8, 9.9. Notas grandes. Mas isso aqui mostra para a gente o quê? Que a gente não pode perder de vista o progresso que a gente já teve. Nós não podemos regredir naquilo que a gente já progrediu. Porque indicadores são quadrimestrais. Todo quadrimestre eu tenho que dar o resultado. Esse é o nosso cofinanciamento estadual. Aqui a gente aplicou critérios. O que não foi executado 100% é o que vai para as unidades que aderiram à planificação. E aqui a gente tem um recorte diferente. Esse aqui é o nosso painel, é disponível para ser mesmo transparente os nove indicadores que seus municípios atingiram. O nosso cofinanciamento é dado, 60% cobertura. Essa cobertura eu busco aonde? Lá no eGestor APS, ele é oficial do Ministério da Saúde. Qual foi a última cobertura que o Ministério da Saúde liberou? Qual foi a última cobertura de atenção primária que o Ministério da Saúde liberou? Quando foi? Abril de 2024. Então, nós estamos defasadíssimos. A gente utiliza janeiro, fevereiro, março e abril de 2024 ainda. Mas a gente não tem mais. A gente tem, é isso e é isso que a gente utiliza. 60% cobertura, 40% resultado de nove indicadores. Aqui a gente tem indicador. Consulta de enfermeiro pela de médico. Enfermeiro tá na unidade não é pra fazer papel, é para fazer atendimentos. Atendimento da gestante, do hipertenso, da pessoa com diabetes, de todo mundo ele pode fazer. Ele pode fazer coleta de citopatológico. O que mais que ele pode fazer? Pré-natal. Então, eu vou ficar tudo em cima do médico? Se o médico aquele dia não foi, parou a unidade, eu estou esperando o médico chegar? Porque o enfermeiro está fazendo papel? Vocês fazem agenda programada para o enfermeiro? Fazem? Qual que é o seu município? Orizona? Vou pesquisar. Você faz também? Silvânia? Vamos fazer consulta agendada. Por favor, não quero mais ouvir falar que em Goiás não faz consulta agendada. E aí, no último quadrimestre, o município ficou abaixo de 80. Ficou com 79 para baixo. A maioria ficou entre 89 e 80. E 10 municípios atingiram de 90 a 100. Mostra onde baixar a carteira de serviços no sistema. Pede ver lá se tem lá consulta agendada. O Qualifica APS Goiás. O que é isso? Qualifica APS Goiás. É equipe eMulti estadual. Então, o seu município, de acordo com o número de equipes que ele tinha em 2021, ele tem uma equipe eMulti de dois profissionais, de três profissionais ou cinco profissionais. Grupos A, B e C. Então, no nosso Qualifica APS são cinco categorias profissionais. Fisio, Nutri, Psicólogo, Profissional de Educação Física na Saúde, não é Educador Físico, e Farmacêutico. Então, na Região Centro Sul hoje nós temos 54 profissionais nessas equipes. Nós temos 22 municípios com adesão. Nenhum está suspenso. São 14 do Grupo A, sete do Grupo B e dois do Grupo C. O Grupo C tem o quê? Cinco profissionais, recebem R\$ 10 mil. Grupo B, três



*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

profissionais, recebem R\$ 6 mil. Grupo A, dois profissionais, recebem R\$ 4 mil. E tem um município do Grupo A e dois municípios do Grupo C que não fizeram adesão. Se quiserem fazê-lo, estão abertas, por termo de compromisso. Dá para ver aí quem não fez adesão? Sim, precisam ser profissionais diferentes da eMulti Federal. A eMulti Federal está no código... Qual o código que está a eMulti Federal? Código 72. O Qualifica APS está dentro da equipe, dentro do INE da equipe. A gente pesquisa os SCNES dentro daquela equipe. Então, são profissionais diferentes. Agora, como tem o profissional de Educação Física, não tem o IAF, vocês podem aproveitar, vocês recebem dois recursos. Nós somos da SPAIS, a Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde, Gerência de Atenção Primária. Coordenação Geral de Gestão e Monitoramento da Atenção Primária. Deixa seus contatos, pede ligar no 7000. A Regional de Saúde está mais próxima de vocês. Ela sabe e é capaz de ajudá-los. Caso contrário, estamos às ordens, à disposição. Um bom trabalho a todos.

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR,** só algumas considerações, não sobre o que foi falado, mas é sempre uma questão que eu sempre costumo falar, inclusive com os técnicos da SMS de Senador Canedo, sobre o que a gente pensa e entende sobre atenção primária. E quando fala muito de cobertura, eu sempre falo para eles, quando eu assumi Senador Canedo, tinham 112% de cobertura lá. E aí eu falo, existe uma cobertura qualitativa e uma quantitativa. Porque de nada adianta nós termos uma cobertura, um município com cobertura de 100%, se as internações por condições sensíveis continuam batendo os 70-75% nas unidades, dentro dos hospitais. Eu nem falo por procura de unidade de urgência. Porque enquanto a gente não conseguir investir em tecnologia dentro das unidades básicas de saúde, a gente nunca vai conseguir concorrer com a UPA. Porque o paciente com uma infecção de urina, ele não vai deixar de ir para a UPA, que ele vai fazer o EAS e o hemograma na hora, do que ir para a unidade básica de saúde para fazer o exame, nem que for em 48 horas ou 24 horas. Ele vai fazer no momento em que ele está com dor. Não é? Ele vai fazer no momento em que ele está com dor. Então, a fala que a gente vem tendo, inclusive no CONASEMS, agora discutindo os novos indicadores para a mudança de financiamento, que a gente fala assim, acabou o PREVINE. Não, mudou o financiamento. PREVINE era só o nome. Só que continua nas mesmas linhas. São cerca de 20 indicadores, que a gente não entrou em um consenso ainda, a gente não pactuou, mas que está vinculado à saúde da mulher, saúde da criança, monitoramento de doença crônica, imunização. Então, quando a Eliana fala que a gente precisa continuar monitorando os indicadores do PREVINE Brasil, mesmo que eles já não são mais parâmetros para pagamento, é a mesma coisa, porque mudou a forma. Nós vamos ter agora consultas vinculadas, além da vacinação para a criança até cinco anos, nós vamos ter o monitoramento de quantas consultas a criança fez até cinco anos. E algumas das coisas que a gente não está entrando em acordo é porque tem um indicador que a gente é como monitoramento, e outros indicadores que eles querem como financiamento. E aí não entramos em acordo até agora por conta disso. Porque você vai monitorar e vai financiar como? Você não tem nenhum sistema que monitora isso. E se o dado histórico daquele indicador trouxe o que de relevância para o país? Se a gente fala em discutir financiamento, em discutir qualificação da atenção primária, o indicador tem que refletir algum dado de mortalidade, de morbidade ao longo dos anos. Quando a gente discute o cuidado da mulher, a gente está falando de um dos objetivos do milênio, dos ODS, que é a redução de mortalidade materna e infantil. E que não diminui. Então, se não diminuiu até hoje, se nós estamos com diversas frentes de serviço, onde é que está errado? Onde é que nós estamos errando? Eu lembro uma vez, quando nós estávamos discutindo planificação aqui, nesse auditório há um tempo atrás, porque a planificação no Estado tem diversos fatores, diversos perfis. E aí eu sempre fala onde eu vou, eu reconheço isso. O trabalho que é realizado na Centro Sul é

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

completamente diferente da Região onde eu vim, no Chapadão eu falei que eu ia desaderir, se existe essa palavra. Porque não muda a realidade. Planificação é um processo que te traz uma organização do processo de trabalho. Você consegue estruturar aquilo que vem sendo feito. Mas tem que se adaptar à realidade do seu município. Como a colega colocou, na hora em que estávamos falando da Hemocentro, da questão da Hemorrede, a gente precisa fazer uma atenção básica de acordo com a realidade que a população precisa. Igual lá em Senador Canedo, eu estou investindo pesado agora em monitoramento de paciente da questão cardiovascular para ver se a gente consegue diminuir algumas coisas. Vou gastar um dinheiro nas UBS que talvez não precisava? Vou, mas é uma tentativa. Nós estamos colocando a partir de semana que vem. Na verdade já está instalando. Vai só fazer o lançamento mesmo com o treinamento de aparelho de eletro em todas as unidades básicas de saúde. Eu até estava conversando com o pessoal do CONASEMS e com o pessoal do Estado. Talvez, em 2021, quando nós discutimos, eu era presidente do COSEMS quando nós pactuamos esse financiamento. Era uma realidade. Agora, será que a gente consegue competir colocando profissional. E eu não falo que tem que usar o recurso para pagar o mesmo profissional mesmo, não. Mas na qualificação da equipe multi. Como é que eu vou concorrer? Eu não tenho dois nutricionistas. Eu não tenho a necessidade de ter dois nutricionistas. Eu sei que existem outros. Estou dando exemplos. Mas será que já que tem uma linha de financiamento do governo federal e, teoricamente, eles estão falando, e eu acredito que isso vai concretizar mesmo, que eles vão habilitar todas as equipes multi, que nós temos com solicitação de credenciamento e habilitação, será que não é hora de pegar o financiamento estadual e investir em tecnologia leve dentro das UBSs? Estou dando exemplos. Estou falando para vocês porque a gente já falou e a gente vem discutindo isso inclusive junto com o CONASS. Outros estados agora estão começando o investimento de atenção primária. É momento, talvez, de a gente sentar na mesa e discutir. A gente estava discutindo o financiamento de assistência farmacêutica há um tempo. Semana retrasada, a gente fez um colóquio aqui nesse auditório, discutindo a questão da assistência farmacêutica. Então, é começar a pensar nos financiamentos de acordo com aquilo que vai atender a necessidade. E fazer um comparativo, como vocês estão fazendo. Como estava antes de 2021? Como está agora com esses financiamentos? O que melhorou? O que não melhorou? Aonde não melhorou? Será que a gente não tira um pouquinho daqui e coloca um pouco aqui? Você fala, mas você está conseguindo, são 75 mil/mes que a gente vai investir nessa parte de eletrocardiograma nas unidades. Só que aí também deixa ele ter nos prestadores. Ficam só dentro das UBSs. Aí você fala, mas você colocou recurso novo? Não, eu tirei da urgência e emergência da atenção especializada. Eu não tenho dinheiro novo. Então, eu diminuí contrato de prestador. E aí eu falo a mesma coisa para a gente. Por que eu estou colocando isso aqui? Você fala, mas o financiamento a gente discute lá. Mas o financiamento a gente tem que começar a discutir nas regiões. O que é de interesse e o que é importante para cada região de saúde. Perfil epidemiológico. Eu estou criando um Telessaúde em Canedo, com a minha equipe especializada. O laudo vai ser por Telessaúde. A equipe especializada, os cardiologistas que vão laudar porque eles vão estar com matriciamento com os médicos da atenção primária. Exatamente. Não está na planificação, mas fez. A gente vai montar outras estruturas lá dentro. Não usou um centavo a mais. Eu diminuí um médico no plantão da UPA. Eu tirei um médico do plantão da UPA. Eu vou diminuir a minha especializada. Eu tirei do contrato de dentro dos prestadores. Eu diminuí ambulatório de cardiologista. Porque se eu estou falando que dentro da atenção primária, tem que saber fazer a leitura do eletro, isso quer dizer que eu tenho que diminuir pelo menos 30% das consultas de cardiologia, porque o médico na atenção primária vai ter que dar conta desse paciente.

**Participante da CIR,** você está pensando em resolver a questão dos medicamentos, porque você

sabe. Porque lá nós identificamos que tem paciente que é hipertensão tipo 3, que ele precisa de medicamentos mais robustos, com tecnologia melhor. E é o nosso gargalo hoje. Então já conseguimos identificar isso. Você tem alguma coisa em mente de aderir ou levar. Por quê? Hoje o que o Ministério fornece para distribuição, são os medicamentos básicos. Aí o paciente volta seis vezes por mês na UPA porque ele está com a pressão 18. Identifica-se como Erika de Aparecida de Goiânia.

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR,** é a mesma coisa com insulina de ação rápida. É isso. E foi de propósito que acabou o material para a produção de NPH irregular. Eu tive só duas conversas com a nossa coordenadora da CAF sobre essas questões, porque ela trouxe isso daí para a gente. E eu falo assim, o meu pai é diabético. Como é que chama aquele medicamento caro de diabetes? Forxiga? Forxiga. Então assim, não podia na época. Eu lembro que quando começou era cerca de cento e oitenta reais. Até hoje ele não toma insulina por conta disso. Se ele tivesse continuado com o outro, ele teria ido para a insulina. É uma discussão. Para dentro do Senador Canedo, a gente está fazendo levantamento de acordo com dispensação. A gente não tem nada pronto ainda. O que nós começamos, voltamos a discutir de forma mais efetiva, foi a questão de insulinas, Ozempic mesmo, para tratamento de obesidade. Nós começamos um período, e achamos que voltar atrás por conta de questão financeira, de entrega, e porque o próprio Ministério Público não entendeu a proposta do projeto. Mas aí as técnicas da CAF, elas estão fazendo um levantamento da dispensação, e vai ser vinculado ao fornecimento de medicamento por ordem judicial. Eu não parei para pensar nisso que você falou da procura na UPA. Agora que você falou, deu o alerta. Então, vamos colocar também, porque até hoje o que eu conversei com a Morgana, que é a gerente, é faz o levantamento dos pacientes que estão procurando as unidades com receitas diferentes. E aí eu conversei só com um cardiologista sobre essa questão, da questão da hipertensão mesmo, mas ainda não tem nada estruturado. O que a gente só pensou em algumas coisas foi dessa parte de eletrocardiograma, para que o paciente tenha o acompanhamento dentro da atenção primária e ele seja monitorado pelo médico da atenção especializada. A proposta agora é fazer isso com a pediatria, cita o médico RT da atenção primária, eles já me passaram um roll de exames laboratoriais para serem também de livre demanda de acordo com o perfil do paciente. Porque esse paciente às vezes ele agudiza e vai para a UPA porque faltou, porque ele está esperando há 45 dias uma hemoglobina glicada.

**A Sra. Erika, técnica de Aparecida de Goiânia,** em Aparecida nós temos um protocolo já de hipertensão, aí nós fizemos um plano terapêutico para os três níveis de hipertensão, a primeira, a segunda e a terceira, por um cardiologista. Capacitamos a equipe, não pensamos nessa forma que você pensou do eletro, mas é uma ideia realmente que você consegue abordar esse paciente na atenção primária e consegue diminuir vários tipos de acidentes, vascular, hemodinâmica, tudo. Perfeito.

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR,** o dia que eu falei, que eu surtei, eu estava fazendo uma visita numa UBS com o prefeito, fomos fazer o lançamento de um programa que está usando algumas salas nessa UBS. Enquanto o prefeito deu a mão para meio mundo lá fora, a paciente saiu da UBS e foi parar na UPA, fomos fazer visita na UPA depois. No que nós chegamos lá, a paciente veio para falar oi, também já estou aqui. Feliz. E ela estava muito feliz, porque o médico tinha encaminhado ela. Tipo assim, olha a preocupação dele comigo. Eu liguei de dentro da UPA para o Keniel, passei o nome da senhora e falei, entra no prontuário dela e veja o que é. Ela estava com uma pressão arterial descompensada, descontrolada, nas linguagens que tem aí. E falou, não,

mas vai que acontece alguma coisa. Gente, ela andou três, quatro quadras, sol quente das dez horas da manhã. Ela chegou lá na UPA, ela estava muito bem, faceira, dando orientação para todas as pessoas que estavam no corredor do lado dela. Mas ele estava com medo dela infartar. E aí ela foi para a UPA, ela fez eletro, ela fez outros exames, ela fez um monte de coisa e ela é uma paciente hipertensa. Então, se o risco era só do infarto, se eu deixei, eu ainda falei, se ela estava correndo de infartar, então por que não chamou a ambulância para levar ela, mandou ela ir a pé? Ela podia infartar na esquina, a pressão dela não ia diminuir andando. Então, aí foi quando nós falamos assim, sendo necessário ou não sendo necessário em todas, nós vamos colocar em todas. Porque no risco, faz avaliação. Às vezes tem aquele negócio de que se o infarto é para o lado de baixo do coração, eu não sei falar muito dessas coisas, não. Se o infarto é para o lado de baixo, não pega, só pega se for para o lado de cima, mas é um indicador. Uma pressão arterial alterada, com um eletro feito na hora, que deu alguma coisa, porque se o médico não sabe fazer a leitura do traçado, eu não sei. Mas ele tem que saber, minimamente, ver um traçado. Ele não precisa laudar, mas o traçado ele precisa saber. E aí ele liga para o médico cardiologista e fala, estou com ele desse jeito. E aí, com a rotina, o médico vai se adaptando e vai pegando mão dos outros pacientes. Mas, assim, eu não tinha parado para pensar no perfil do paciente que está indo para UPA. A assistência farmacêutica, a gente começou a conversar. Como tem a proposta de discutir uma nova proposta de financiamento para a assistência farmacêutica na SES/GO, foi quando a gente começou a conversar sobre isso. Então, a atenção básica é isso, é a gente ver de fato o que o nosso paciente adoece, o que ele morre, aonde agrava, e traçar linha de cuidado, organizar plano de cuidado terapêutico. Você tem que fazer um plano para cada paciente, mas existem as linhas de cuidado que são comuns. O básico tem que ter para cada um. Aí você aperfeiçoa ela de acordo com o paciente. Se o paciente vive em uma casa de dois cômodos, com 12 pessoas, você não vai mandar ele comprar um Whey da Topmax, ele não vai ter dinheiro para isso. Então, quais são as outras formas? Como ele vai aderir ao tratamento dele? E a planificação vem para organizar esses processos de trabalho de acordo com a realidade de cada um. Mas eu falo que a gente precisa ter uma evolução. Eu brinco que se eu fizesse outro mestrado, que eu não vou fazer, e nem doutorado, a minha linha de pesquisa, porque a minha linha de pesquisa é atenção primária, atenção básica. Seria a diferença de uma atenção primária quali e quantitativa, porque está muito distante. A cobertura de atenção básica, uma cobertura 100% de ter uma atenção básica com qualidade mesmo, que é o que a gente vê aí no dia a dia da gestão. A próxima pauta da atenção especializada.

#### **4.2 PMAE (Programa Mais Acesso a Especialista).**

*Responsável e Apresentação:* Márcia de Macedo Campos Silva - Coord. Reg. de Regulação, Controle, Avaliação e Monitoramento

**A Sra. Márcia de Macedo, Coord. Reg. de Regulação, Controle, Avaliação e Monitoramento,** que é só para atualizar a questão do PMAE. Nós temos aí os componentes, é um segmento dessa portaria. Então, nós primeiros pactuamos as cirurgias eletivas, agora nós estamos no segundo tempo, que são as OCIs. Elas são de dois municípios, Senador Canedo e Aparecida de Goiânia. Nós encaminhamos um SEI na sexta-feira, solicitando a lista das unidades executantes, solicitamos também os componentes dos grupos, são dois grupos que cada município vai ter que montar para acompanhamento dessas OCIs. E Aparecida de Goiânia é a nossa executante da Região de Saúde Centro Sul. Amanhã, para esses dois municípios, nós vamos ter uma reunião, somente para esses dois municípios que são executantes, na parte da tarde, às 15 horas. Então, eu já encaminhei, inclusive, o *link* para essa reunião. Obrigada.



**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR**, que eu lembrei, que em Senador Canedo, quando ela falou isso, a gente tem um componente especializado de assistência farmacêutica, que é custeado com recursos do município. E alguns foram pedidos médicos, outros foram por conta de demanda mesmo, até falei para ela, do Artrolive, que é da ortopedia, por conta de paciente com artrite, artrose, que faz parte, não está na RENAMI, não está em outros lugares, mas a gente está vinculado. Aparecida de Goiânia pediu uma inclusão de pauta. Como eles mandaram para a CIB, não mandou para a gente, e aí precisa ter uma indicação formalizada para podermos pactuar, nós vamos fazer a inclusão de pauta para que a colega faça, verbalize sobre o que é, eu estava falando com o doutor Alessandro, e aí na organização a gente, depois se for necessário, a gente faz a pactuação Ad Referendum.

**A Sra. Erika, Diretora de Regulação de Aparecida de Goiânia**, boa tarde a todos, estou como Diretora de Regulação de Aparecida, hoje nós vamos apresentar aqui a habilitação do Hospital HMAP para realizar cirurgia cardiovascular e cirurgia ortopédica. O objetivo é habilitar os dois serviços, tanto de alta complexidade de cirurgia cardiovascular, ortopedia e traumatologia. Traumatologia, ainda que é atendimento de emergência, ainda vai ficar com o Estado, mas o serviço de ortopedia já está pronto para ser pactuado com os municípios. Alta complexidade cardiovascular, o hospital atendeu todas as exigências, descrito na portaria 210 de 2004, os requisitos de estrutura, pessoas e processos, com time de especialistas. O serviço vai ser nível ambulatorial, internação, urgência e emergência. Serviço de alta complexidade em cirurgia cardiovascular, cirurgia cardiovascular, procedimentos de cardiologia intervencionista, serviço de assistência de alta complexidade e procedimentos endovasculares e extracardiovasculares. Nós já estamos fazendo cardio no nosso município, cirurgias de grande porte, já para o município. Os exames 24 horas, já tem a hemodinâmica, hemoterapia 24 horas e laboratório de eletrofisiologia. Sobre a cintilografia, porque a portaria também existe, nós já temos, mas temos uma pactuação com Goiânia. Então, quando o paciente vir, vai continuar o mesmo fluxo que a Aparecida faz. O serviço de ortopedia e traumatologia, da mesma forma, o hospital atendeu todas as exigências também de estrutura, processos e pessoas. Vão ser atendidos pacientes de 0 a 21 anos, criança na ala pediátrica e ortopedia geral a partir de 21 anos em diante. Os exames, equipamento de raio-X, tomografia e ressonância magnética. Todos os serviços também já estão em funcionamento para a Aparecida. Nós já fazemos uso do serviço e agora habilitar para os municípios que têm interesse e para o Estado. A regulação vai ser da mesma forma. A regulação ambulatorial vai ser regulada pela superintendência de regulação, com consultas e exames, vai ser disponibilizado pelo SISREG, como já é feito. E para o perfil 24 horas, vai ser pela mesa reguladora, da mesma forma. Se alguém quiser mais informações sobre a tabela.

**A Sra. Eneuda, SMS de Edeia**, boa tarde. Nós temos uma paciente aguardando esse atendimento vascular. Ela foi regulada para Itumbiara, atendida ficou em Itumbiara mais de 30 dias, retornou, olhei ontem, ela está na 15ª posição para ser atendida, em tempo de perder a perna. E aí? A regulação foi feita, a gente está aguardando, a gente tem pactuação, tanto com Aparecida quanto com a Goiânia. E o que está acontecendo com a demora?

**A Sra. Erika, Diretora de Regulação de Aparecida de Goiânia**, ela foi regulada pelo Estado, certo? Pelo GERCON?

**A Sra. Eneuda, SMS de Edeia**, sim, pelo GERCON.

**A Sra. Erika, Diretora de Regulação de Aparecida de Goiânia**, desde o final do ano, pela

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

mudança de gestão, foi paralisado o envio de pacientes do Estado para Aparecida. Porém, o Estado já está mandando, falando pelo Estado aqui, porque a gente já teve essa reunião, eles estão mandando para outros hospitais de referência. Então, Aparecida volta agora a atender o Estado a partir do dia 10 de abril, para abrir novas agendas.

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR,** existe serviço que é por referência e serviço que é por abrangência. Eu estou na mesma *vibe* que você. Eu tive três mandados de segurança de vascular nas últimas semanas. E aí, os serviços de abrangência no vascular, está só nas unidades estaduais do Estado e o HC, que é de Goiânia. Aparecida de Goiânia ainda não tem habilitação e não estava atendendo serviços de urgência. O que você tem na sua pactuação com Aparecida, vamos supor, é a consulta com cirurgião vascular a nível de ambulatório, que não é o caso do que a paciente precisa. Eu sei porque comigo aconteceu igual. Minha paciente também foi para Itumbiara, voltou, ficou na fila, esperando. Só que depois saiu a vaga dela para o HGG para ser atendida. Agora que Aparecida volta a fazer parte do tronco da Secretaria de Estado para esse tipo de procedimento.

**A Sra. Erika, Diretora de Regulação de Aparecida de Goiânia,** é isso. Mais alguma pergunta? Isso. Por enquanto, não. Só nível ambulatorial. Mas como vai estar habilitado, e vai ser já um diálogo do Estado com o município, mas vai estar apto para ser habilitado para também urgência e emergência. Vai estar aberto agora para pactuações entre os municípios que têm interesse e também para o Estado. Lembrando que a hemodinâmica nossa ficou uma tecnologia de ponta. Um time de especialistas, o tempo resposta nosso está um tempo muito bom. Melhor do que previsto em portaria. Conseguimos diminuir muito nossos índices de mortalidade por infarto e fazer cirurgias de grande porte. Cardiologia, sim.

**Participante da CIR,** boa tarde. No caso, a cardiologia vai entrar na urgência pelo SISREG ou pelo GERINT?

**A Sra. Erika, Diretora de Regulação de Aparecida de Goiânia,** pelos dois. Vai entrar pelos municípios para pactuarem pelo SISREG e para o Estado via GERCOM. Por referência para aquelas áreas que não são abrangência.

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR,** gente, só lembrar uma coisa aqui. Pegaram um detalhe na fala dela, para os municípios que pactuarem. Por isso que falo, tem que entrar com o Estado, com o cofinanciamento. Oi? Vou te dar um exemplo da hemodinâmica. Quando a hemodinâmica foi habilitada em Aparecida de Goiânia. Hoje, Aparecida de Goiânia tem um quantitativo de procedimentos de hemodinâmica que são realizados por abrangência. São realizados por abrangência que vão, outros pacientes já foram parar no HMAP. O que vai acontecer? Eles têm um serviço que é habilitado, que é de abrangência e tem um quantitativo. Vou dar um exemplo. Eu quero fazer pactuação com Aparecida de Goiânia e o meu paciente ir direto. Eu pactuo e falo, quanto custa esse serviço. E aí eu pago a diferença, eu pago por vias de termos de convênio. Mas também tem o quantitativo dos pacientes que são habilitados, dos pacientes que vão, por ser um serviço habilitado e que segue o fluxo do Estado. Que aí entra pela regulação estadual.

**Participante da CIR,** Verônica, essa coisa aí tem que deixar bem claro. O que os municípios pactuam é PPI. É média complexidade. É uma consulta de cardio, um CAT. Não, o CAT até é alta complexidade. É o Estado que é por abrangência. Então, ela lançou aqui a propaganda e não está mostrando para nós o caminho. O trem tem que ficar mais claro.

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR,** sim, é por isso que a gente só fez a apresentação hoje.

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

Como não tem a portaria dela como representante de Aparecida de Goiânia e os outros serviços. E precisa do Estado para falar será habilitado. Hoje é o que ela está apresentando. É um serviço que tem o perfil de habilitação via Ministério da Saúde. Ela tem a equipe, ela tem o espaço e ela tem os equipamentos. Habilitou. Como se dará? Qual que vai ser o quantitativo dentro da habilitação que será atendido? Isso. Como é feito com todo mundo. Todos os demais serviços. E vamos fazer de conta, igual o HC, igual a Santa Casa. O serviço da Santa Casa tem essa habilitação que ela tem aqui. Quantos marca-passos a Santa Casa coloca? Três. A partir de quando esse serviço vai ficar? Quando for habilitado. Por isso que eu falei. Ela fez uma apresentação prévia, mas como ela não tem a indicação para a gente poder pactuar, ela não pode responder. Ela não está habilitando. Ela fez uma apresentação. Hoje é só propaganda. Ela fez uma apresentação. Quando for habilitado e pactuado, habilitou o serviço. Ministério da Saúde habilitou, vem para a pactuação. Aí, quantos procedimentos serão realizados de acordo com o perfil do hospital e de acordo com aquilo que o município dá conta de atender? “Ah, o município fez 150”. O município dá conta de fazer 150 no valor que é habilitado, no valor que está lá. Não, mas a capacidade do hospital é de 280. Ele pode vender esse serviço, porque o serviço é dele, do excedente. O que passou da habilitação, ele pode vender. É o que eu faço dentro do Senador Canedo.

**Participante da CIR**, qual que é o tempo que vai levar para isso oferecer para os municípios?

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR**, aí é o Ministério da Saúde.

**Participante da CIR**, porque nós estamos com os pacientes morrendo aí na fila.

**A Sra. Verônica, Coordenadora da CIR**, mas aí é o Ministério da Saúde. É por isso que a gente fala, junto com essa discussão de Aparecida, a gente precisa discutir Santa Casa, Hospital das Clínicas, a quantidade de paciente que vai para o HUGO, a quantidade de paciente que vai para o HUGOL, porque nós temos um milhão de serviço aí habilitado em cardiovascular que não atende. Ruy Azeredo. É o maior gargalo o vascular. Mas aí é por isso que eu falo que a gente precisa trazer essas discussões para a Região. Grupo de *WhatsApp* e reclamação daqui para ali não formaliza nada. O que a gente pode fazer? E eu acho que tem que fazer. E aí os gestores que estão aqui e os que estão representados, a gente precisa fazer via isso, Secretários de Saúde solicitam quais são os serviços habilitados em cirurgia vascular que nós temos com o Estado. Qual que é a capacidade instalada? O que está sendo executado? Isso a gente precisa fazer? Quando eu trouxe aquilo que eu falei, faz parte da nossa responsabilidade sanitária com recurso público, entendeu? Quando a gente fez a autorização para que eles apresentassem a pauta, é porque é um serviço que é indispensável. Não tem mais como ficar sem. E a gente precisa de serviço novo. Mas apresenta, habilitou, a gente vê a forma como vai se regular. Quantos serviços são, quantos procedimentos são factíveis de ser feitos com a habilitação? Porque a gente também não adianta falar que o recurso que o Ministério da Saúde passa e o complemento da Secretaria de Estado paga. Vou dar um exemplo. O doutor Alessandro fez o ano retrasado para mim. Eu estava com uma ordem judicial. Como é que chama aquele outro marcapasso sem ser o comum? E, D, E, T. Como é que é? Tem uma sigla. Que é só o HUGOL que faz. CDI. Marcapasso com CDI. Aparecida de Goiânia faz para os pacientes dele. Porque a parte de hemodinâmica que é habilitada não entra esse daí. Hoje no Estado é só a Santa Casa e o HUGOL. E eu tinha uma ordem judicial para cumprir. Falei com ele, faz pra mim? Faz, mas você tem que pagar o marcapasso. Negociei direto com a organização social que administra o hospital. Eu paguei porque era a ordem judicial. Eu paguei pelo serviço. Ficou mais barato lá com ele do que na Santa Casa. Aí eu fiz via termo simplificado

*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

de convênio. Quando a gente fala de pactuar, e quando eu falei no início, por isso que eu fiz a fala no início, que a gente vai discutir PPI, é isso. Porque não adianta a gente falar que o serviço que é habilitado paga o que é, o que custa o serviço, porque não custa. Quem tem serviço especializado aqui? A senhora é de Edeia? Que as técnicas falaram. Você tem serviço especializado lá, consulta? Responde que “Tem consulta, tem exame”. Você lembra uma consulta de pediatra? É R\$10,00 pela tabela SIGTAP. Responde que “Eu pago R\$150,00. Para pediatra, para pediatra, para ortopedista, ginecologista”. Então, o marcapasso com CDI, que foi esse que eu paguei. A organização me cobrou R\$36.000,00 pelo marcapasso. Eu paguei. Sabe quanto que ele está na tabela SIGTAP? R\$7,500. Como que eu vou obrigar o doutor Alessandro a colocar um marcapasso desse no meu paciente? E aí eu não estou defendendo Aparecida, não estou defendendo isso, aquilo, não. Por isso que eu falo, a gente precisa discutir quanto custa o serviço. Não adianta sair habilitando o serviço. A gente habilita serviço e a gente não atende. É a mesma coisa de UPA. Falei, a minha UPA custa R\$1,6 milhão/mês. Só que quando o gestor da época falou, eu quero uma UPA, UPA é para atender Região. Querendo ou não querendo. Custa R\$1,6 milhão. Eu tenho de financiamento R\$350 mil. 1,3 milhão sou eu que coloco e eu atendo outros seis municípios. Vocês estão entendendo? A responsabilidade que nós temos? É um serviço ortopedia. Quantos pacientes estão ficando com o pé torto? Porque hoje em Aparecida está só o HEAPA fazendo cirurgia ortopédica. Eu estou aqui com a foto de um paciente que foi mandado de volta para casa para esperar chegar a prótese que precisa para colocar no calcanhar. A gente sabe que passou de 14 dias começa a cicatrizar. Ela deixa até de ser urgência. Só que custa. Por isso que quando a gente habilita o serviço, o Estado tem que vir para a mesa, para conversar. Não estou falando aí só para financiar, é para organizar o fluxo. Com os 10 serviços de hemodinâmica habilitados no Estado, a gente consegue fazer por mês 200 pacientes. Só que a necessidade hoje do Estado é de 480. Como é que vai ser os outros 280? A gente tem que parar de discutir outros tipos de assuntos ou só fazer de conta, eu te entendo, só fazer de conta, que está habilitando e abrindo serviço. Como é que o paciente vai chegar nele? O Sistema Único de Saúde, quando a gente fala de gestão compartilhada, é organizar, planejar, executar e financiar, de forma compartilhada. Todos os entes precisam entrar nisso daí. E eu acho que a gente vai ter um avanço com a OCI agora, que é por linha de cuidado. De verdade. E eu acho que vai estender para a alta complexidade. Porque a alta complexidade é por abrangência. Mas a abrangência tem um dono. Entendeu? A abrangência tem um dono. Por que 90% dos serviços em Goiânia fecharam? E está só nos hospitais estaduais. Porque alguém tem que pagar a contrapartida. E a Lei Complementar 141 me proíbe de pagar para o paciente de Pontalina. E eu estou pagando. Me proíbe. E como é que eu justifico isso? Entenderam? O nível da nossa responsabilidade? Entenderam porque no começo quando eu falei, a gente precisa discutir PPI. E quando eu disse, a gente precisa trazer pauta para a CIR, que vai discutir, vai mudar a realidade. Mudar talvez não muda, mas a gente precisa começar a cutucar pautas que precisam ser discutidas. Lembra do SAMU na época da COVID, quando eu ainda era presidente do COSEMS, que meio mundo falava do SAMU? SAMU não me busca. Sabe quanto custa uma USA? Mês, precificada, 245 mil, mínimo. Uma USA. Sabe qual que é o financiamento do SAMU? 68 mil. Assim, estou jogando, 60, 70. Vamos jogar ali que a gente vai conseguir muito se eu tiver tudo habilitado, qualificado. 150 mil. Para uma USA e duas USB. E uma USA me custa 270 mil reais. Uma USA. A gente tem que fazer conta. Igual eu falei para os municípios que foram conversar comigo. Pode pegar todo o dinheiro da PPI, leva de volta. O Alessandro falou isso para mim hoje. Pode pegar o teu também e levar de volta. Porque nós entramos em um discussão por causa de umas consultas. Pode pegar e levar de volta. Porque o valor que eu tenho que colocar em cima é muito maior. Ela paga 150 reais. Você imagina ela abrir para atender o município da Região, recebendo só 10? Quem que vai pagar os outros 140? E está





**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



*Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul*

acontecendo isso em todos os municípios. Mas a gente sabe que município tem reserva técnica. Que uma coisa compensa a outra. Por isso que precisa vir para a discussão. E a discussão começa. Quanto custa o serviço em cada Região de Saúde? Porque eu paguei 36 mil aqui. Mas a Deia lá em São João da Aliança vai pagar três vezes mais em Brasília. Três vezes mais. Porque não tem serviço de hemodinâmica em outro lugar da Nordeste 1, Nordeste 2, Entorno Norte, Entorno Sul, a não ser Brasília. Que não está nem em Goiás. E, teoricamente, pela Lei Complementar 141, ela não pode nem comprar serviço fora do município dela. E aí a gente tem pauta para discutir. Complicado, mas a gente tem que encarar. Mas então é isso. Aí eu já pedi, pede para fazer a formalização da pauta, para que a gente possa subir a pauta, a resolução, para vocês solicitarem habilitação. Saindo a habilitação, a gente volta para as discussões de como vai ser o fluxo e o acesso dos pacientes no serviço. Alguém que gostaria de falar alguma coisa? Algum questionamento? Luzimar? Muito obrigada, as pautas são assim, eu gosto de falar e a gente tem que discutir.

#### **5 DISCUSSÕES E PACTUAÇÕES**

Sem pautas.

#### **6 ENCERRAMENTO**

**A Sra. Luzimar Pereira, Vice-Coordenadora da CIR Centro Sul**, considerando esgotadas as pautas de discussão do dia, agradeceu a participação de todos os gestores. Que a próxima **Reunião Ordinária da CIR, em 2025, será conforme pactuado**. Deu-se por encerrada a 2ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional – CIR Centro Sul, mesma data.

**PRESENÇA REGISTRADA POR FICHA DE FREQUÊNCIA**

Goiânia, 01 de abril de 2025.

**Verônica Savatin Wottrich**  
Coordenadora da  
Comissão Intergestores Regional Centro Sul

**Luzimar Pereira da Silva**  
Vice-Coordenadora da  
Comissão Intergestores Regional Centro Sul