



RELATÓRIO DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO GRUPO DE TRABALHO DE GESTÃO E GOVERNANÇA

Data: 19/08/2025

Horário: 09:00 horas

Por videoconferência

PAUTA

1 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Dra. Andressa Vieira de Moura – **GEPASS/SPLAN**, cumprimentou todos os participantes para dar início à reunião; perguntou se Dra. Patrícia gostaria de falar algo.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – **Presidente do COSEMS**, cumprimentou todos os colegas municipais, seus técnicos, bem como toda a equipe da Secretaria de Estado; estendeu o cumprimento à Dra. Andressa, que conduz o Grupo de Trabalho; mencionou que esta semana é a mais intensa para todos, pois, além das demandas dos municípios, iniciaram na segunda-feira, logo cedo, com reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e concluíram na quinta-feira, no fim da tarde; ressaltou a importância de se abster dos problemas enfrentados nos municípios e prestar atenção às discussões; destacou que, ao fortalecer o espaço de governança, também se fortalece a gestão municipal; enfatizou que tudo acontece nos municípios e que é necessário estar atento e articulado para trazer o melhor para todos e para a população; desejou que o Grupo de Trabalho seja abençoados, conduzido por Deus e próspero; concluiu afirmando que estão prontas para dar início à reunião.

Dra. Andressa Vieira de Moura – **GEPASS/SPLAN**, deu início à sexta reunião ordinária do Grupo de Trabalho de Gestão e Governança, realizada em 19 de agosto, às 9 horas, por videoconferência.

1 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

1.1 – Status de implementação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) nas Macrorregiões Centro-Norte e Sudoeste. (**SUPERRE/SES**)

Dra. Érika Lopes da Rocha Batista – **Superintendente de Regionalização**, cumprimentou todos os presentes e apresentou o status de implementação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) nas Macrorregiões de Saúde Centro, Norte e Sudoeste, que



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

já iniciaram a implementação; informou que a Portaria nº 792, publicada em abril de 2024, fundamenta esse processo; destacou que a portaria foi construída de forma coletiva e amplamente discutida, definindo todos os componentes e a organização da RUE; ressaltou que a implementação será realizada de forma gradual nas cinco macrorregiões de saúde do estado. Em relação à Macrorregião Centro Norte, apresentou os principais marcos do processo; em junho de 2024, ocorreu a primeira oficina de planejamento da RUE, realizada presencialmente em Anápolis, com a participação dos secretários de saúde dos 60 municípios da macrorregião e representantes da Secretaria de Estado da Saúde (SES); em agosto de 2024, foi realizada a segunda oficina, voltada à composição e validação do projeto da RUE, discutido entre gestores municipais com participação da SES; também houve visita técnica à experiência da RUE em Minas Gerais, nos consórcios de Barbacena e Juiz de Fora, com representantes da SES, secretários municipais e do COSEMS; ainda em agosto de 2024, ocorreu nova oficina para validação do projeto, seguida da pontuação dos componentes da RUE; em dezembro de 2024, foi realizada reunião para entrega do kit legislativo a prefeitos de cinco municípios da macrorregião, considerando que cada prefeito representava uma das cinco regiões de saúde que compõem a macrorregião, diante do contexto de final de mandato e transição eleitoral em muitos municípios; em janeiro de 2025, foi instituído o consórcio responsável pelo gerenciamento do SAMU, o CISCENO; em julho de 2025, ocorreu reunião ampliada com os 60 municípios da macrorregião, envolvendo secretários municipais de saúde, prefeitos e presidentes de câmaras municipais, com objetivo de ampliar a adesão ao consórcio. Sobre o componente do Complexo Regulador Macrorregional, destacou que o espaço reunirá o Núcleo de Educação Permanente (NEP), a Regulação de Urgências e Regulação de Leitos macrorregionais, a sede administrativa do consórcio (CISCENO) e funcionará como uma das bases do SAMU; informou que o prédio está em fase de reforma, com previsão de conclusão até o final de 2025; em relação ao componente SAMU, que inclui bases descentralizadas, unidades de suporte básico, avançado e aeromédico, comunicou que o projeto está em análise no Ministério da Saúde; solicitou que não sejam feitas alterações no projeto neste momento; após aprovação, eventuais adequações poderão ser realizadas, considerando a dinâmica do território; ressaltou que o Parda RUE é pré-requisito para aprovação do projeto; sobre o componente aeromédico, enfatizou que a responsabilidade é exclusiva da Secretaria de Estado, e que a licitação para aquisição de dois helicópteros já foi homologada. Quanto à adesão ao consórcio, explicou que o CISCENO foi inicialmente instituído por cinco municípios e atualmente conta com 28 novos municípios que já aprovaram leis autorizando a adesão; outros 19 municípios têm projetos de lei em tramitação nas câmaras municipais; informou que será realizada a segunda Assembleia Geral de Prefeitos no dia 11 de setembro, ocasião em que ocorrerá a votação da presidência e da diretoria do consórcio; para participar da deliberação, é necessário que todo trâmite legal e documental seja concluído e enviado ao CISCENO até 5 de setembro;



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

destacou a importância desse prazo, pois dúvidas operacionais sobre cessão de profissionais, escalas e outros pontos devem ser resolvidas pela Assembleia de Prefeitos, não pela Secretaria de Estado. Em relação à Macrorregião Sudoeste, informou que o processo de implementação da RUE teve início em julho de 2025, com a primeira oficina presencial em Rio Verde; ainda em julho, ocorreu a segunda oficina, na qual o projeto foi validado na íntegra; em seguida, a pactuação dos componentes da RUE foi aprovada em reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR); o próximo passo será a entrega do kit legislativo aos 28 municípios, para aprovação das leis municipais que permitirão a formação do consórcio regional; foi apresentado o terreno onde será construído o Complexo Regulador Macrorregional, já de posse do Estado, que também sediará uma policlínica e será compartilhado com a estrutura da RUE; por meio de QR Code, os participantes puderam visualizar a localização exata da área, reforçando a transparência do processo. A superintendente destacou que, durante a implementação da RUE, especialmente na Macrorregião Centro Norte, surgiram percepções equivocadas sobre os consórcios intermunicipais; uma afirmação incorreta recorrente é que o consórcio para gerenciamento do SAMU seria uma Organização Social (OS), indicando suposta privatização ou terceirização; reforçou que tal afirmação não procede; para esclarecimento, apresentou o extrato do cadastro do consórcio na Receita Federal, comprovando sua natureza jurídica como consórcio público de direito público; tratam-se de estruturas públicas submetidas às mesmas regras de licitação, transparência e fiscalização de qualquer ente municipal, com acompanhamento do Ministério Público e Tribunal de Contas; explicou que o consórcio público intermunicipal de saúde é uma entidade criada pela união voluntária de municípios para gestão compartilhada do SAMU; não há obrigatoriedade de adesão, e os municípios participantes compartilham os benefícios de forma conjunta; decisões são tomadas em assembleia de prefeitos, que elegem presidência e diretoria, e definem o funcionamento do serviço conforme diretrizes do SUS; a Secretaria de Estado não integra o consórcio, atuando apenas com repasses financeiros mediante convênio para fomentar ações; todos os recursos utilizados são públicos, sem terceirização, com ampla fiscalização. Por fim, abordou a percepção incorreta de que o consórcio assumiria a gestão das UPAs e hospitais municipais; reforçou que o consórcio não gerencia nenhuma unidade hospitalar ou de pronto atendimento; seu objetivo exclusivo é a gestão do SAMU e da regulação de urgências na macrorregião; apresentou trecho do protocolo de intenções do consórcio, descrevendo suas finalidades, como gerenciar o SAMU e a regulação de urgências, acompanhar a implementação da RUE, articular soluções regionais, captar recursos, desenvolver projetos conjuntos, adquirir e administrar bens e serviços compartilhados e representar os municípios consorciados; concluiu reforçando que os municípios continuarão responsáveis pela gestão de suas unidades próprias de saúde, como hospitais e UPAs; o consórcio é um instrumento de cooperação intermunicipal, voltado exclusivamente para qualificação e regionalização



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

do serviço de urgência e emergência; respondeu à dúvida sobre a sustentabilidade do modelo, mencionando que, em Minas Gerais, o SAMU enfrenta dificuldades financeiras, mas garantiu que em Goiás o risco está sendo mitigado por planejamento, construção conjunta e controle público rigoroso. Destacou que, em Minas Gerais, onde foi adotado o modelo consorcial, o SAMU acumula dívidas e enfrenta risco de paralisação. Foram divulgadas reportagens sobre a situação em Minas, que vem sendo acompanhada de perto. No entanto, de forma equivocada, algumas pessoas relacionaram esse cenário ao contexto de Goiás. Essa situação, porém, não ocorrerá em Goiás. Ressaltou que a segurança de que isso não acontecerá se baseia no que está definido na política aprovada e nas resoluções do Sistema de Informação Municipal (SIM) que foram pactuadas. Está estabelecido que os municípios terão responsabilidade de 25% no financiamento. Em Minas Gerais, embora também seja definido esse percentual municipal de 25%, trata-se de uma parte variável, e que a Secretaria de Estado fixou seu próprio percentual, assim como o percentual do Ministério da Saúde. Sendo esses dois fixos, coube aos municípios arcar com a parte variável. Com o atraso nos repasses do Ministério da Saúde, essa conta passou a recair sobre os municípios, e esse é o cenário retratado nas reportagens. Apresentou um print do G1 Sul de Minas com a manchete: "SAMU pode entrar em colapso por falta de repasse adequado do Governo Federal". Fica evidente que o problema decorre do atraso federal somado à fixação dos percentuais da SES e do Ministério, restando aos municípios a parte variável. No estado de Goiás, a realidade é diferente. A política e as resoluções fixaram o componente do município e o componente do Ministério, tornando variável a parte da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Assim, caso ocorra uma situação semelhante, caberá à SES a complementação necessária para se atingir os 100% do financiamento, que é tripartite. Na sequência, apresentou um print da Portaria nº 792/2024 que trata do tema. O artigo 5º detalha os critérios organizativos dos pontos de atenção dos componentes da rede. A proporção do financiamento tripartite será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de acordo com a disponibilidade dos recursos financeiros dos municípios, do Ministério da Saúde e da SES Goiás, conforme as legislações vigentes. O componente municipal será de 25% do montante destinado ao custeio, distribuído de forma per capita na Macrorregião de Saúde. O componente federal será definido por portarias específicas e o componente estadual será variável. Está, portanto, claramente expresso na portaria que a responsabilidade pela parte variável do financiamento tripartite é da SES. Aborda-se também uma questão recorrente ao longo da jornada: a parceria com o Corpo de Bombeiros. Tem-se escutado, de forma equivocada, que essa parceria estaria prejudicada. Pelo contrário, a cooperação permanece. Os bombeiros militares pertencem ao Estado, e essa parceria não será encerrada. Pelo contrário, será ampliada com o apoio dos dois helicópteros adquiridos pela SES (Secretaria de Saúde de Goiás). A apresentação teve como objetivo trazer um panorama da implementação nas duas Macrorregiões de Saúde, apresentar a situação atual do Estado e os próximos passos.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dr. João Bosco – Secretário Municipal de Saúde de Caiapônia, relatou que tem observado muita polêmica em relação à questão dos consórcios. Foi explicado que quem definirá todos os aspectos serão os prefeitos, no momento em que elaborarem os regimentos internos dos consórcios. Na Macrorregião de Saúde, onde houve uma decisão na semana passada, há bastante preocupação por parte dos envolvidos. Foi pontuado que cabe aos secretários pactuar. Toda a contratação e documentação serão responsabilidade da Câmara Municipal e do prefeito, conforme previsto no regimento. Ressaltou que os prefeitos têm autonomia para elaborar o regimento interno de funcionamento dos consórcios. Esse ponto já foi demonstrado na Macrorregião de Saúde. Cada Macrorregião de Saúde terá uma personalidade jurídica distinta. Assim, cada município terá liberdade para conduzir o processo conforme suas necessidades. Foi dado um exemplo: caso o consórcio não prospere futuramente por algum problema, os prefeitos poderão prever no regimento que, se houver falhas no funcionamento da Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA), os municípios terão a possibilidade de devolver a responsabilidade ao Estado. Essa previsão pode ser incluída no regimento, embora não haja preocupação de que isso ocorra. Esses pontos precisam ser destacados. A cada secretário cabe a competência de atuar para que o projeto avance. Foi reforçado, como já mencionado em reuniões anteriores da Macrorregião de Saúde, que é necessário iniciar em algum momento. É preciso dar o primeiro passo e começar a realizar algo relevante. Será um avanço? A prática mostrará. Não adianta permanecer apenas discutindo. Houve o desprazer de acompanhar parte da audiência realizada em Anápolis. Foi lamentado que a interferência política na saúde e na educação seja tão prejudicial. Causou tristeza ver os representantes de Anápolis focando exclusivamente em interesses próprios. Foi ressaltado que é necessário compreender o que é o SUS – Sistema Único de Saúde. Trabalhar no SUS não significa pensar apenas na própria cidade. Se o trabalho é dentro do SUS, é preciso atuar não apenas pela municipalidade, mas pelo coletivo. O cidadão é brasileiro em qualquer lugar. Essa é a compreensão que se tem do SUS. Infelizmente, o que se observou foi um pensamento voltado apenas para benefícios próprios. Se cada um buscar apenas ganhos individuais, o sistema não funcionará. É necessário abrir mão de certas vantagens. Foi destacado que, na Macrorregião de Saúde, já há municípios como Jataí e Mineiros sustentando a Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA) e assistindo outros. Isso está certo? Não. É necessário compartilhar, pois se tem consciência dos custos associados à manutenção de uma unidade de saúde. É simples quando o custo recai apenas sobre um município, enquanto os demais se beneficiam. Isso pode parecer bom, mas não é o caminho certo. Não é por isso que se deve batalhar. Logo, é necessário trabalhar. Felizmente, alguns ainda são dependentes. Foi ressaltado que os secretários ainda não tomaram nenhuma decisão. O prefeito é quem toma a decisão. A aprovação é feita pelo vereador. É responsabilidade dos secretários contribuir para o progresso do projeto e, se tudo ocorrer conforme o esperado, garantir seu funcionamento.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dr. André Luiz Dias Mattos – Secretário Municipal de Saúde de Caldas Novas, reforçou que, ao tratar da questão do consórcio, é necessário deixar de lado o individual e pensar no coletivo. A partir do momento em que se entra no consórcio, não existe mais o “meu”, e sim o “nossa”. É fundamental torcer para que o consórcio funcione bem, com a expectativa de que se expanda para outras regiões. Havendo êxito nessa expansão, será mais tranquilo implementar o modelo, já com um consórcio consolidado. Existe uma diferença significativa nos valores, como já demonstrado por Érika, especialmente em relação a Minas Gerais, onde o Estado assumirá uma parte maior, incluindo a parte variável. Essa parte variável certamente ocorrerá, pois os custos e despesas tendem apenas a aumentar. O Ministério permanece inerte, raramente atualizando os valores, mas, com o Estado assumindo essa parte, há grandes chances de sucesso. A expectativa é que o Estado consiga levar essa iniciativa para outras regiões, mesmo com um gasto elevado. Há uma torcida coletiva para que o consórcio funcione, especialmente entre os colegas que compreendem o impacto positivo de um consórcio bem estruturado. A maioria está empenhada e confiante de que dará certo, com o desejo de que o modelo seja replicado em outras regiões.

Dra. Érika Lopes Rocha Batista – Gestora da Assessoria Técnica da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Integral à Saúde, respondeu a uma pergunta no chat do Dr. Fabiano: “Quando será levado às demais Macrorregiões de Saúde?” Esse progresso será gradual, pois depende de outras implementações e também de questões orçamentárias. O planejamento envolve a implementação do modelo em cinco Macrorregiões de Saúde, e até 2026, espera-se que, pelo menos, três dessas Macrorregiões estejam operando com o novo sistema.

Dra. Kelly Maria Marques Coutinho – Secretária de Saúde do Município de Montividiu Goiás, compartilhou da fala de Dr. João Bosco, secretário e colega de gestão, expressando a felicidade com o momento vivido. Na região Sudoeste, há otimismo em relação ao consórcio. Apesar de alguns questionamentos, há confiança de que será algo transformador para a realidade do SUS na região. O benefício que trará aos pacientes é o principal motivo da luta diária. É importante lembrar o propósito da atuação como gestores. Dificuldades serão enfrentadas em qualquer ação, mas é essencial focar nos benefícios: otimização de tempo, logística, repartição financeira. Trata-se de uma proposta justa e absolutamente normal dentro da gestão pública. Há gratidão por esse avanço ter chegado à região Sudoeste e pela oportunidade de participar de um momento histórico para o SUS local. A expectativa é de que outras Macrorregiões de Saúde também tenham acesso a esse modelo. Agradece-se à Dra. Érika e a todos os envolvidos pela construção desse projeto, reconhecendo os desafios enfrentados e valorizando o esforço coletivo.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, prosseguiu afirmando que o alcance e a eficácia estão mais do que comprovados, e isso acontece em Minas. Quando foi considerado, foi muito bom, pois o custo era realmente compartilhado. No entanto, o Estado alterou a forma de financiamento, deixando de contribuir com a parte variável e fixando a contribuição estadual. A partir daí surgiu o maior problema, pois com a redução, ou congelamento, como alguns preferem chamar, do repasse do Ministério da Saúde, a situação se agravou. prosseguiu afirmando que o alcance e a eficácia estão mais do que comprovados, e isso acontece em Minas. Quando foi considerado, foi muito bom, pois o custo era realmente compartilhado. "Você quer uma vaga em Itumbiara? Ou em Uruaçu, no entorno do norte?" Muitas vezes, é necessário organizar-se rapidamente para colocar o paciente em uma ambulância branca, muitas vezes cedendo até mesmo o cartão pessoal para o motorista, já que, por conta da licitação municipal, ele não tem onde abastecer durante o trajeto. Isso reforça a lógica da Macrorregião de Saúde: fortalecer os serviços dentro da macro. O paciente precisa ser atendido em um tempo aceitável, medido em horas não em dias, como está ocorrendo atualmente. Há muitos avanços esperados, como foi colocado pelos quatro colegas, inclusive pelo colega que participa via chat. Existe grande expectativa quanto à implementação na Macrorregião de Saúde, com a certeza de que os ganhos serão significativos. A diretoria do COSEMS destacou que, na região Sudoeste, a implementação será mais ágil, considerando a maturidade das duas CIRs existentes na região. Essa região realizou reunião macrorregional antes mesmo da proposta do Ministério e já existia uma Comissão Intergestores da Macrorregião de Saúde formada de maneira espontânea, evidenciando o interesse local em se organizar de forma regional. A região, por ser pequena, já tinha essa visão ampliada, pensando e organizando-se de maneira macrorregional, algo que não é visto com a mesma intensidade nas demais 16 regiões. Essas duas CIRs possuem uma peculiaridade que precisa ser reconhecida, o que justifica que uma ação dessa magnitude avance mais rapidamente em territórios onde já existe essa compreensão consolidada. O Cosems Goiás enfatiza a palavra-chave: participem. Convidem os prefeitos para que se envolvam diretamente. Não deixem que o consórcio seja identificado por intermediários. Os gestores foram os que participaram das oficinas. São eles que estão cientes da proposta e precisam conversar com os prefeitos, já que são os encarregados de cobrir os custos. Durante a reunião mais recente, um membro da diretoria relatou ter ouvido de um colega a seguinte declaração: "Hoje eu não gasto nada." Contudo, essa não é a situação. Há municípios que estão pagando plantões médicos para facilitar o transporte de um único paciente, enviando ambulâncias brancas com profissionais de saúde e pagando o plantão integral para que realizem apenas uma viagem. Se o plantão não for pago integralmente, não há profissional disposto a comparecer. Porque o SAMU se omite de transportar, alegando que o raio ultrapassa 100 km, ou que o caso não é perfil SAMU, por ser grave, instável, intubado. E, mesmo assim, o gestor não quer perder a vaga de UTI que conseguiu com tanto esforço. Todos estão

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

gastando. Não existe essa lógica de que “não gasto nada”. Não era para ser necessário esse gasto, se o SAMU funcionasse de forma regionalizada, conforme o planejado há décadas. Mas, como não está funcionando, é necessário fazer a conta certa. Quem faz a conta certa consegue trazer discussões valiosas para a mesa. Quantos plantões foram pagos ao médico neste mês. Quantos ao enfermeiro. Quantos transportes de urgência e emergência foram feitos pela ambulância branca. Quantas notificações foram recebidas dos hospitais de referência. A Dra. Marlene, da Saúde, está com diversas notificações do Ministério Público, decorrentes de ofícios enviados pelos hospitais aos secretários municipais, informando sobre o envio de pacientes em ambulância branca que, na verdade, se enquadram no perfil da rede vermelha. Trata-se de um problema grave que precisa ser enfrentado. A reflexão aqui proposta, mesmo que tenha demandado quatro minutos de fala, é fundamental para os 85 presentes na reunião. Todos precisam fomentar essa discussão nos seus territórios. Façam as contas, anotem tudo, e levem aos prefeitos. Essa é uma discussão de responsabilidade do Executivo. O consórcio conta com o apoio dos gestores municipais no fornecimento de dados, informações da vigilância, experiências do dia a dia. Mas a decisão final cabe à liderança do Executivo. É necessário discutir com os prefeitos, pois são eles que deliberarão sobre a adesão ou não ao consórcio. Destacando que as decisões relacionadas aos consórcios são de responsabilidade dos prefeitos. reforçou que esses 47 municípios terão a oportunidade de participar da assembleia, com os prefeitos, para deliberar sobre a adesão. Alertou sobre a importância de todos estarem atentos à data de 11 de setembro de 2025. Ressaltou que o COSEMS está à disposição para discutir e deliberar, destacando a existência das 18 CIRs, 5 Comissões Intergestores da Macrorregião de Saúde, os Grupos de Trabalho (GTs) e a Câmara Técnica, justamente para que não reste nenhuma dúvida sobre o tema.

Dra. Érica Lopes Rocha Batista – Superintendente de Regionalização/SES, informou que, até o momento, são 28 municípios que já aprovaram a lei e 19 com projetos em tramitação, totalizando 47 municípios.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, destacou que esses 47 municípios terão a oportunidade de participar da assembleia, momento em que os prefeitos poderão solicitar a adesão para participação. Conforme apresentado pela diretoria da Macrorregião de Saúde Centro-Norte, haverá uma nova eleição e definição de algumas funções. Assim que o consórcio começar a operacionalizar, será necessário admitir essas pessoas, que ainda não foram incorporadas. Foi feito um alerta para que todos fiquem atentos à data de 11 de setembro. Os prefeitos devem ser atualizados, e o COSEMS está à disposição para discutir e deliberar sobre o tema. Ressaltou-se que há 18 Comissões Intergestores Regionais (CIRs), 5 Comissões Intergestores da Macrorregião de Saúde (CIMS), Câmara Técnica e o Grupo de Trabalho (GT) ativo para evitar dúvidas. mencionando que atualmente circulam muitas informações distorcidas, que não



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

contribuem para o debate técnico. Foi feita uma crítica às *fake news* que vêm sendo propagadas, enfatizando a importância de trazer pautas sérias, como a questão das ambulâncias, mencionada anteriormente pelo Dr. João, que se mostrou uma discussão relevante e necessária. Citou-se, de forma crítica e reflexiva, a música de Cazuza: "Mostra a sua cara. Quero ver quem paga pra gente ficar assim". A fala serviu para reforçar que é necessário acender o alerta e examinar esses processos com cuidado, com atenção aos detalhes, utilizando a "lente de aumento". A presidência finalizou dizendo que era necessário fazer esse arremate, considerando as falas dos quatro colegas anteriores, que trouxeram contribuições valiosas para o debate. Foi reforçado que o COSEMS é formado por todos os gestores. Se há representação ativa de coordenadores de CIR, diretores macro e demais envolvidos, isso significa que o COSEMS está atuante. Com essa atuação coletiva, todos saem ganhando.

1.2 – Canal Saúde Goiás. (SUTIS/SUBIPEI)

Dra. Andressa Vieira de Moura – GEPASS/SPLAN, disse que o item 1.2 foi retirado, conforme solicitado anteriormente. Portanto, essa pauta não seguiu para discussão ou pactuação.

Encaminhamento: retirado de pauta.

2 – DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO

2.1 – Pactuar a revisão das pactuações intermunicipais de **Caldas Novas, Caldazinha, Guapó, Inaciolândia, Leopoldo de Bulhões, Terezópolis de Goiás e Varjão** a partir da competência setembro/2025, parcela 10^a de 2025. (**GEPASS/SPLAN**).

RELATÓRIO DE REMANEJAMENTO			
CALDAS NOVAS			
AMBULATORIAL			
MUNICÍPIO	ATUAL	REMANEJAMENTO	DIFERENÇA
APARECIDA DE GOIÂNIA	16.092,33	14.458,80	-1.633,53
CALDAS NOVAS	2.319.375,20	2.131.543,46	-187.831,74
GOIÂNIA	121.879,27	311.344,54	189.465,27
TOTAL	2.457.346,80	2.457.346,80	0,00
HOSPITALAR			
APARECIDA DE GOIÂNIA	45.810,88	45.810,88	0,00
CALDAS NOVAS	1.268.012,78	1.268.012,78	0,00
CATALÃO	16.779,13	16.779,13	0,00
GOIÂNIA	242.124,84	242.124,84	0,00
TOTAL	1.572.727,63	1.572.727,63	0,00



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

CALDAZINHA			
AMBULATORIAL			
MUNICÍPIO	ATUAL	REMANEJAMENTO	DIFERENÇA
APARECIDA DE GOIÂNIA	0,00	21.208,53	21.208,53
BONFINÓPOLIS	0,00	7.286,21	7.286,21
CALDAZINHA	43.788,69	54.909,81	11.121,12
GOIÂNIA	39.266,94	30.474,91	-8.792,03
SENADOR CANEDO	30.823,83	0,00	-30.823,83
TOTAL	113.879,46	113.879,46	0,00
HOSPITALAR			
GOIÂNIA	65.523,55	62.458,44	-3.065,11
SENADOR CANEDO	31.632,16	32.945,53	1.313,37
TOTAL	97.155,71	95.403,97	-1.751,74
GUAPÓ			
AMBULATORIAL			
MUNICÍPIO	ATUAL	REMANEJAMENTO	DIFERENÇA
APARECIDA DE GOIÂNIA	2.623,13	57.708,72	55.085,59
GOIÂNIA	307.186,55	182.801,08	-124.385,47
GUAPÓ	168.967,78	238.267,66	69.299,88
TOTAL	478.777,46	478.777,46	0,00
HOSPITALAR			
GOIÂNIA	484.460,83	484.460,83	0,00
TOTAL	484.460,83	484.460,83	0,00
INACIOLÂNDIA			
AMBULATORIAL			
MUNICÍPIO	ATUAL	REMANEJAMENTO	DIFERENÇA
APARECIDA DE GOIÂNIA	21.084,02	21.682,43	598,41
GOIÂNIA	42.398,11	45.267,81	2.869,70
INACIOLÂNDIA	89.390,49	110.873,41	21.482,92
ITUMBIARA	17.199,81	14.117,26	-3.082,55
QUIRINÓPOLIS	21.868,48	0,00	-21.868,48
TOTAL	191.940,91	191.940,91	0,00
HOSPITALAR			
GOIÂNIA	46.801,19	61.692,54	14.891,35
INACIOLÂNDIA	22.358,00	49.820,92	27.462,92
ITUMBIARA	29.422,75	39.993,88	10.571,13
QUIRINÓPOLIS	48.599,67	0,00	-48.599,67
TOTAL	147.181,61	151.507,34	4.325,73
LEOPOLDO DE BULHÕES			
AMBULATORIAL			
MUNICÍPIO	ATUAL	REMANEJAMENTO	DIFERENÇA
ANÁPOLIS	38.701,79	17.175,19	-21.526,60
APARECIDA DE GOIÂNIA	5.380,00	5.350,00	-30,00
GOIÂNIA	122.333,34	125.886,07	3.552,73



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

LEOPOLDO DE BULHOES	105.234,17	123.238,05	18.003,88
TOTAL	271.649,30	271.649,31	0,01
HOSPITALAR			
ANÁPOLIS	10.914,00	108.976,96	98.062,96
APARECIDA DE GOIÂNIA	1.676,42	21.993,29	20.316,87
GOIÂNIA	56.565,67	117.111,76	60.546,09
LEOPOLDO DE BULHÕES	133.080,27	19.152,60	-113.927,67
TOTAL	202.236,36	267.234,61	64.998,25
TEREZOPOLIS DE GOIAS			
AMBULATORIAL			
MUNICÍPIO	ATUAL	REMANEJAMENTO	DIFERENÇA
ANÁPOLIS	32.511,44	26.335,69	-6.175,75
GOIÂNIA	72.713,25	65.122,68	-7.590,57
TEREZOPOLIS DE GOIAS	110.673,23	124.439,53	13.766,30
TOTAL	215.897,92	215.897,90	-0,02
HOSPITALAR			
ANÁPOLIS	117.478,09	117.478,09	0,00
GOIÂNIA	108.691,75	108.691,75	0,00
TOTAL	226.169,84	226.169,84	0,00
VARJÃO			
AMBULATORIAL			
MUNICÍPIO	ATUAL	REMANEJAMENTO	DIFERENÇA
ANÁPOLIS	5.082,62	0,00	-5.082,62
APARECIDA DE GOIÂNIA	0,00	18.554,48	18.554,48
GOIÂNIA	63.808,47	48.829,09	-14.979,38
VARJÃO	55.445,96	56.953,50	1.507,54
TOTAL	124.337,05	124.337,07	0,02
HOSPITALAR			
APARECIDA DE GOIÂNIA	0,00	35.258,11	35.258,11
GOIÂNIA	123.564,61	87.030,54	-36.534,07
TOTAL	123.564,61	122.288,65	-1.275,96

Dra. Andressa Vieira de Moura – GEPASS/SPLAN, apresentou um quadro de remanejamentos, informando que Caldas Novas solicitou o remanejamento dos recursos dos procedimentos ambulatoriais de Aparecida, no valor de R\$ 1.633,53 (um mil, seiscentos e trinta e três reais e cinquenta e três centavos), e de Caldas Novas, no valor de R\$ 187.831,74 (cento e oitenta e sete mil, oitocentos e trinta e um reais e setenta e quatro centavos), para o ambulatório de Goiânia, totalizando R\$ 189.465,27/ano (cento e oitenta e nove mil, quatrocentos e sessenta e cinco reais e vinte e sete centavos). Caldazinha solicitou aumento de teto em Aparecida de Goiânia, no valor de R\$ 20.000,00/ano (vinte mil reais), em Bonfinópolis, no valor de R\$ 7.000,00 (sete mil reais), e no próprio município, no valor de R\$ 11.000,00 (onze mil reais), retirando R\$ 30.000,00 (trinta mil

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

reais) de Goiânia e de Senador Canedo, na parte ambulatorial. Na parte hospitalar, retirou R\$ 3.000,00 (três mil reais) de Goiânia e aumentou R\$ 1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais) em Senador Canedo. Guapó solicitou aumento da pactuação com Aparecida de Goiânia, no valor de R\$ 55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais), retirou R\$ 124.000,00 (cento e vinte e quatro mil reais) de Goiânia e aumentou, no próprio município, R\$ 39.000,00 (trinta e nove mil reais) na parte ambulatorial, não havendo movimentação hospitalar. Inaciolândia solicitou aumento em Aparecida de Goiânia, no valor de R\$ 598,00 (quinhentos e noventa e oito reais), em Goiânia, no valor de R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais), e no próprio município, no valor de R\$ 21.400,00 (vinte e um mil e quatrocentos reais), retirando R\$ 3.000,00 (três mil reais) de Itumbiara e R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) de Quirinópolis, na parte ambulatorial. Na parte hospitalar, aumentou o teto com Goiânia em R\$ 14.000,00 (quatorze mil reais), no próprio município em R\$ 27.000,00 (vinte e sete mil reais) e em Itumbiara em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), retirando R\$ 48.000,00 (quarenta e oito mil reais) de Quirinópolis. Leopoldo de Bulhões retirou de Anápolis R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) e de Aparecida de Goiânia R\$ 30,00 (trinta reais), aumentou com Goiânia R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais) e levou para o próprio município R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) na parte ambulatorial. Na parte hospitalar, destinou para Anápolis R\$ 98.000,00/ano (noventa e oito mil reais), para Aparecida de Goiânia R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) e para Goiânia R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais), retirando do próprio município R\$ 113.000,00 (cento e treze mil reais). Terezópolis de Goiás retirou de Anápolis R\$ 6.000,00 (seis mil reais) e de Goiânia R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais), destinando ao próprio município R\$ 13.700,00 (treze mil e setecentos reais), sem movimentação hospitalar. Varjão retirou de Anápolis R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), destinou a Aparecida de Goiânia aumento de teto no valor de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), retirou de Goiânia R\$ 14.000,00 (quatorze mil reais) e aumentou no próprio município R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) na parte ambulatorial. Na parte hospitalar, destinou para Aparecida de Goiânia R\$ 35.200,00/ano (trinta e cinco mil e duzentos reais) e retirou de Goiânia R\$ 36.500,00 (trinta e seis mil e quinhentos reais). Todas essas alterações seguiram o POP da Resolução do ano de 2022, atenderam aos prazos de pactuação do ano de 2025 e tiveram manifestação favorável dos municípios executores.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, disse que pelo COSEMS, como já foi discutido com a área técnica e os executores estão de acordo, é pauta para a CIB.

Dr. Jader Adriano – SMS de Quirinópolis, disse concordar e confirmou que não atenderá Inaciolândia em Urgência e Emergência, só para ficar registrado na reunião.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, disse ao Dr. Jader que a pactuação mudará no mês de setembro.

Dr. Jader Adriano – SMS de Quirinópolis, disse que até 31/08/2025 está junto com Inaciolândia.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, disse que precisa ser falado mesmo, considerando aos municípios que estão pactuando consigo mesmo, por não ter prestador de serviço.

Encaminhamento: vai para a reunião da CIB como apresentação e pactuação.

2.2 – Pactuar a solicitação da Secretaria Municipal de Saúde de **Ceres**, para aporte de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde, para ações de média complexidade, na recomposição de teto, num montante anual de R\$ **2.059.581,11** (dois milhões, cinquenta e nove mil, quinhentos e oitenta e um reais e onze centavos), para custeio das ações de saúde da população própria e referenciada. (**SMS de Ceres**).

Dra. Doraci – SMS de Ceres, disse ter seguido as orientações da Regional e da Dra. Andressa, e que não poderia perder tempo devido a defasagem dos valores da MAC, foi solicitado para que ela mesmo apresente a necessidade desse aporte financeiro e que foi feito um estudo minucioso.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, reforçou a necessidade da apresentação e levar ao conhecimento da CIR no mês de setembro e que não poderia perder o tempo.

Dr. Daniel – Técnico da SMS de Ceres, fez um breve comentário dos dados do município; apresentou um slide; fez uma solicitação de recomposição do MAC devido a um déficit de R\$ 2.059.581,11 (dois milhões, cinquenta e nove mil, quinhentos e oitenta e um reais e onze centavos); leu o slide e citou que, do período de maio/2024 a abril/2025, o total de SIH foi de R\$ 10.980.348,31 (dez milhões, novecentos e oitenta mil, trezentos e quarenta e oito reais e trinta e um centavos); o total de SIA foi de R\$ 5.000.515,20 (cinco milhões, quinhentos e quinze reais e vinte centavos); total geral de R\$ 15.980.863,51 (quinze milhões, novecentos e oitenta mil, oitocentos e sessenta e três reais e cinquenta e um centavos); no teto financeiro detalhado de Média e Alta Complexidade, o valor foi de R\$ 13.921.282,40 (treze milhões, novecentos e vinte e um mil, duzentos e oitenta e dois reais e quarenta centavos); recomposição do teto MAC, valor autorizado no ano de 2024 de R\$ 13.921.282,40 (treze milhões, novecentos e vinte e um mil, duzentos e oitenta e dois reais e quarenta centavos); valor produzido de R\$ 15.980.863,51 (quinze milhões, novecentos e oitenta mil, oitocentos e sessenta e três reais e cinquenta e um centavos);



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

déficit negativo de R\$ 2.059.581,11 (dois milhões, cinquenta e nove mil, quinhentos e oitenta e um reais e onze centavos); reforçou que recebeu todo o apoio da equipe da SES.

Dra. Andressa Vieira de Moura – GEPASS/SPLAN, disse que acompanhou todo o processo e prestou toda a assistência para discussão e não via objeção de seguir o pleito para ir para a pauta da reunião da CIB, mas com ressalva da secretaria apresentar na CIR São Patrício I, no mês de setembro.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, concordou no que foi dito pelo técnico do município de Ceres, parabenizou toda a equipe do município de Ceres.

Encaminhamento: vai para a reunião da CIB como apresentação e pactuação.

2.3 – Pactuar a solicitação da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, para aporte de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde, para ações de média complexidade, na recomposição de teto, num montante anual de **R\$ 65.205.396,19** (sessenta e cinco milhões, duzentos e cinco mil, trezentos e noventa e seis reais e dezenove centavos), para custeio das ações de saúde da população própria e referenciada. (**SPLAN/SUBIPEI**).

Dra. Andressa Vieira de Moura – GEPASS/SPLAN, disse que vem em nome da SES solicitar o aporte de recursos federais de teto MAC para a Gestão Estadual; no slide apresentou os estabelecimentos de saúde sob gestão estadual de alta e média complexidade: 25 hospitais estaduais, 5 hospitais filantrópicos, 1 hospital público federal, 1 hospital privado, 6 Policlínicas, 2 Centros de Especialidades, 1 clínica de hemodiálise privada, 2 CEO's, 1 CAPSi, 1 LACEN, 1 Laboratório de Genética Federal, 5 Hemocentros, 4 Unidades de coleta de sangue e 1 oficina ortopédica; o Estado tem o percentual da receita própria aplicada em saúde (LC nº 141/2012), nos anos de 2020 – 12,77%, 2021 – 13,49%, 2022 – 13,62%, 2023 – 13,99% e 2024 – 14,31%; foi apresentada a produção das unidades de saúde do Estado dos anos de 2022 até junho de 2025, sendo notado que a produção estadual vem aumentando ao longo dos anos; em um gráfico mostrou a evolução da produção aprovada, nos anos de 2019 e 2020 não houve acréscimos devido à questão da COVID, com atendimentos mais restritos na área ambulatorial; mostrou a evolução do teto MAC Estadual, nas linhas apresentadas o teto MAC com incentivos teve o maior acréscimo, em segundo lugar o teto MAC sem incentivos; foi notado em outra planilha que o Estado vem apresentando déficit desde o ano de 2022, acrescido anualmente: ano de 2022 negativo (–) R\$ 32.038.880,33 (trinta e dois milhões, trinta e oito mil, oitocentos e oitenta reais e trinta e três centavos); ano de 2023 negativo (–) R\$ 58.580.862,53 (cinquenta e oito milhões, quinhentos e oitenta mil,

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

oitocentos e sessenta e dois reais e cinquenta e três centavos); ano de 2024 negativo (–) R\$ 31.606.151,94 (trinta e um milhão, seiscentos e seis mil, cento e cinquenta e um reais e noventa e quatro centavos); o Estado possui alguns procedimentos recusados ou glosados devido à não habilitação de determinadas unidades, sendo que o que foi apresentado corresponde apenas aos procedimentos aprovados; no ano de 2024 houve um repasse de MAC no valor de R\$ 328.000.000,00 (trezentos e vinte e oito milhões de reais) e os valores produzidos foram de R\$ 393.000.000,00 (trezentos e noventa e três milhões de reais) ao ano; portanto, solicitou a recomposição do déficit de R\$ 65.205.396,19 (sessenta e cinco milhões, duzentos e cinco mil, trezentos e noventa e seis reais e dezenove centavos) para atender toda a população estadual.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu/Presidente do COSEMS, concordou que é pauta para a CIB e destacou que a produção foi apresentada e que o sistema de informação não é manipulado. Concordou com a fala do Dr. Caio, ressaltando que a apresentação foi excelente, pois mostrou os atendimentos que de fato ocorreram. Apontou que a curva de crescimento é tão exponencial que chega a ser difícil descrever, mencionando estar sem palavras diante dos dados apresentados. Conclamou todos os colegas a realizarem o mesmo movimento em seus municípios. Pelo COSEMS, pautou para a CIB com o objetivo de pactuar, visando a ampliação dos recursos de contrapartida federal, garantindo a sustentabilidade dos serviços já abertos e possibilitando futuras expansões.

Encaminhamento: vai para pauta da CIB para pactuação

2.4 – Pactuar o Curso de Capacitação para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. (SUREG/GRAU)

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu/Presidente do COSEMS, enquanto aguardava a apresentação para pactuação do curso de capacitação, trouxe uma situação da Macrorregião de Saúde Central; informou que já havia conversado bastante sobre o assunto com a Dra. Sueli, coordenadora da CIR, e acredita que não seja uma realidade exclusiva da região, mas que outras também enfrentam o mesmo problema; solicitou que a SUREG, junto à gerência específica, pense em uma estratégia em nível estadual, ainda que a demanda tenha partido da Macrorregião de Saúde Central; relatou a dificuldade enfrentada pelos usuários de cidades do interior para compreenderem que, em casos como mal súbito em casa ou acidentes na rua, o acionamento correto deve ser feito ao serviço pré-hospitalar, SAMU ou Corpo de Bombeiros; em muitos desses municípios os usuários ainda acreditam que a equipe do hospital deve sair com a ambulância branca para realizar o socorro, o que tem gerado situações graves, inclusive com registro de óbitos; aproveitando a proximidade com o mês de setembro, quando se intensificam ações



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

de educação em saúde, voltadas ao trânsito e à prevenção de acidentes, reforçou a necessidade de uma ação da Superintendência, SUREG para conscientizar a população; o objetivo é esclarecer aos cidadãos quais são as competências do SAMU, do Corpo de Bombeiros e das equipes hospitalares de hospitais de pequeno porte, especialmente nos municípios de médio e pequeno porte; ressaltou a importância de que essas informações fiquem muito claras, para que não se interprete como inoperância do gestor municipal ou negligência da equipe, destacando, pelo contrário, que o intuito é prezar pela segurança dos pacientes; explicou que as equipes de atendimento pré-hospitalar são treinadas para manter contato telefônico com o usuário e orientar o leigo sobre os primeiros suportes básicos de vida, mantendo o paciente estável até a chegada da viatura vermelha; no entanto, é fundamental que os usuários compreendam a diferença entre essa viatura e a ambulância branca do hospital; finalizou dizendo que, como houve atraso na apresentação da pauta, já deixou registrada essa solicitação.

Dra. Danielly Silvestre Bitencourt e Castro – GRAU/SES, perguntou se poderia esclarecer sobre a pontuação.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu e Presidente do COSEMS, concordou.

Dra. Danielly Silvestre Bitencourt e Castro – GRAU/SES, informou que no dia anterior havia conversado com a secretária de Saúde, Dra. Carol, sobre a questão dos atendimentos realizados com ambulância branca; destacou que a reorganização da Rede de Urgência e Emergência no Estado se faz necessária, especialmente considerando um estudo realizado na Macrorregião de Saúde Centro-Norte, o qual comprovou que apenas 62% da população tem acesso ao serviço pré-hospitalar; explicou que, diante disso, as ambulâncias brancas de transporte acabam sendo utilizadas para o socorro, pois as viaturas responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar, como as do SAMU e do Corpo de Bombeiros, muitas vezes estão distantes dos locais onde a população se encontra no momento da urgência ou emergência; ressaltou que mesmo quando há acionamento via 192, o tempo-resposta pode ultrapassar 30 minutos; destacou que a proposta da Política Estadual de Atenção às Urgências é reorganizar a rede para eliminar os vazios assistenciais, alocando ambulâncias não apenas com base na quantidade de habitantes, mas também considerando a distância dos locais de atendimento em cada região; em relação à informação da população sobre os números de acesso ao serviço, observou que há uma dificuldade generalizada no país quanto ao acionamento do 192 e do 193, ambos números gratuitos para pedido de socorro; acrescentou que a reorganização da rede também prevê a possibilidade de acionamento não apenas por meio de ligações convencionais, mas por canais alternativos, como comunicação via satélite, visando atender inclusive zonas rurais e locais de difícil acesso.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu e Presidente do COSEMS, destacou que a consideração foi perfeita. Por isso, frisou que, no caso, a solicitação partiu da Região Central para que a SUREG adote alguma medida imediata nesse sentido. Pontuou que se trata de uma região metropolitana, coberta por um raio muito curto de acesso às viaturas. No entanto, reconheceu que foi muito bem observado que existem Macrorregiões de Saúde que não conseguem atuar da mesma forma, considerando que, como mencionado, há mais de 30% da área descoberta, com usuários sem cobertura adequada.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu e Presidente do COSEMS, esclareceu que a solicitação partiu da Região Central e que foi sugerida a realização na segunda semana de setembro, considerando que na primeira semana ocorrerão os seminários voltados às ações do Setembro Amarelo.

Dra. Andressa Vieira de Moura – GEPASS/SPLAN, sugeriu que seja possível conversar com a Dra. Lorena, considerando que seria interessante desenvolver uma campanha, junto à área de comunicação, voltada à conscientização da população. A proposta é que os municípios possam divulgar o conteúdo em suas redes sociais, assim como nas redes sociais do Estado, explicando de forma clara qual é a competência do SAMU, em que situações se deve acionar o SAMU, quando se deve ligar para o Corpo de Bombeiros e para que servem as ambulâncias brancas. Destacou que essa é uma ação que pode ser desenvolvida pela Dra. Lorena e pela Dra. Danielly, em parceria com o COSEMS e a CIR Central, de onde partiu a demanda.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu e Presidente do COSEMS, concordou com a sugestão e acrescentou que já foi pensado, inclusive, em reunir os prefeitos, convidar os presidentes das Câmaras Municipais e outras pessoas que são formadoras de opinião nos municípios, com o objetivo de garantir uma comunicação mais assertiva. Informou que conversou com a Dra. Sueli, coordenadora da CIR Central, e pediu autorização para, naquele momento da pauta, trazer a solicitação à SES. Destacou que, a partir disso, será possível sentar e discutir o melhor formato para viabilizar a proposta.

Dra. Lorena Nunes Mota – Superintendência do Complexo Regulador, concordou com a proposta e sinalizou que está de acordo para dar continuidade.

Dra. Caroline – SMS/Abadia de Goiás, cumprimentou os presentes. Em seguida, relatou que, no momento em que a fala anterior foi iniciada, pensou imediatamente na Dra.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Danielly, que havia prestado socorro ao município no dia anterior. Aproveitou para fazer uma contribuição e agradecer novamente à Dra. Danielly pelas orientações, ressaltando que o município enfrenta, sim, dificuldades nessa área. Explicou que Abadia de Goiás não conta com o SAMU próprio, sendo pactuado com Guapó, e que não há base descentralizada no município. Dessa forma, utilizam suas próprias ambulâncias. Mencionou que, por conta da proximidade com a rodovia, a equipe municipal é frequentemente acionada para ocorrências, muitas vezes graves, o que tem gerado preocupação. Destacou que há consciência sobre os limites da competência local e que o município está trabalhando na construção de um protocolo para uso de suas ambulâncias, com o objetivo de documentar os atendimentos, identificar qual equipe está sendo enviada para cada tipo de resgate e, assim, garantir respaldo técnico e jurídico, além de oferecer a melhor assistência possível. Adiantou que será solicitado apoio da Dra. Danielly para a construção desse protocolo, de acordo com o perfil das ambulâncias existentes no município. Reforçou que essa contribuição tem como base as dificuldades enfrentadas e a preocupação em garantir um tempo/resposta adequado, sem, no entanto, comprometer a qualidade da assistência por conta de limitações técnicas das equipes. Finalizou destacando que o principal objetivo é avançar na criação de protocolos que tragam evidências das solicitações e garantam segurança tanto para os profissionais quanto para a população.

Dra. Danielly Silvestre Bitencourt e Castro – GRAU/SES, em consonância com a estruturação da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião de Saúde Centro-Norte e com foco na qualificação dos profissionais, informou que foram desenvolvidos dois projetos: um auto instrucional e outro de prática, ambos voltados para a capacitação dos profissionais do SAMU. Esclareceu que a capacitação apresentada refere-se ao módulo auto instrucional, direcionado especificamente aos profissionais do SAMU. Ressaltou que o serviço foi instituído em 2003 pelo Ministério da Saúde como parte do Programa Nacional de Atenção às Urgências, com a finalidade de atender casos de urgência e emergência em todo o país. O SAMU 192 é um componente vital da rede de saúde, caracterizado pelo atendimento pré-hospitalar a pacientes em quadros agudos de natureza traumática, clínica, pediátrica, obstétrica e psiquiátrica. Destacou ser importante lembrar, conforme orientado anteriormente pela Dra. Patrícia, a necessidade de esclarecer à população em quais situações deve ser acionado o SAMU ou o Corpo de Bombeiros. O SAMU é voltado pra todo tipo de natureza de atendimento e o seu objetivo é garantir um atendimento rápido e adequado fora do ambiente hospitalar, sendo crucial para redução de morbimortalidade e o risco de sequelas. O funcionamento do SAMU 192 é baseado em uma rede integrada de atendimento, que inclui Centrais de Regulação Médica, composta por médicos reguladores, que avaliam a urgência/emergência e decidem qual recurso deverá ser disponibilizado frente a cada caso. A equipe do SAMU é composta por



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

condutores de ambulâncias, tripulantes do aeromédico, tripulantes de embarcação, técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos, todos capacitados em atendimento de urgências. A capacitação dos profissionais do SAMU 192 no Estado de Goiás é uma medida estratégica e urgente, para garantir a qualidade, eficiência e segurança no atendimento pré-hospitalar. A qualificação dos profissionais do SAMU 192 contribui diretamente para o fortalecimento da Rede de Urgência e Emergência - RUE, proporcionando um serviço de emergência capaz de atuar de forma integrada com outros níveis de atenção à saúde. Promovendo, assim uma assistência qualificada, humanizada, eficaz e resolutiva para a população. A Política Estadual de Atenção às Urgências conforme esclarecido pela Dra. Erika, através da Portaria nº 792, de 12 de abril de 2024, instituiu a Rede de Urgência e Emergência do Estado de Goiás, que será implementada, gradativamente, nas 05 Macrorregiões de Saúde do Estado, respeitando o PDR e os critérios epidemiológicos, densidade populacional e capacidade instalada. Disse que a capacitação é anual, contemplando no mínimo 775 profissionais de saúde e estudantes da área de saúde, para o SAMU 192, na modalidade Educação à Distância – EAD, sem tutoria (auto instrucional), com curso disponível continuamente na plataforma Moodle/Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA, da Escola de Saúde de Goiás; informou que a carga horária é de 60h, divididas em Atenção e Regulação no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; Suporte Básico de Vida – SBV e Suporte Avançado de Vida – SAV, parte I, II e III, abrangendo atendimento em saúde mental, obstetrícia e neonatologia; Atendimento Pré-Hospitalar – APH em Emergências Obstétricas e Neonatais; Abordagem em Acidente com Múltiplas Vítimas – AMV; destacou que a capacitação oferece aos profissionais a base necessária para prestar atendimento de qualidade à população; mencionou que são seis docentes conteudistas, com valor total de R\$ 16.590,00 (dezesseis mil, quinhentos e noventa reais); apresentou o cronograma: janeiro a junho de 2025 – elaboração do projeto; julho a agosto de 2025 – apresentação nas instâncias colegiadas e processo seletivo para conteudistas; setembro a outubro de 2025 – elaboração do material didático-pedagógico; novembro de 2025 – diagramação do material didático; dezembro de 2025 – liberação do curso no AVA da SESG; janeiro de 2026 – processo seletivo para conteudistas.

Encaminhamento vai pauta CIB para pactuação

2.5 – Pactuar o Curso de Capacitação Prática para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. (SUREG/GRAU)

Dra. Danielly Silvestre Bitencourt e Castro – GRAU/SES, disse que o SAMU 192, instituído pela Portaria GM/MS nº1.863/2003, em Goiás, a rede é composta por 12 Centrais de Regulação e 96 bases descentralizadas, com 2.400 profissionais atuando no atendimento pré hospitalar móvel. Apenas 28,95% dos profissionais que trabalham com



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

urgência, não são todos do SAMU, geralmente os profissionais que trabalham nas unidades de pronto atendimento fixo ou nas portas hospitalares coincidem serem os mesmos que trabalham no SAMU, receberam capacitação específica em urgências, há defasagem, 71.05% não tiveram essa capacitação; a Política Estadual de Urgência, (Resolução CIB nº 070/2024 e Portaria SES/GO nº 792/2024) estabelece a qualificação contínua como prioridade; o curso de capacitação prática busca reduzir essa defasagem, atualizar protocolos e padronizar atendimentos técnicos e assistenciais; o curso é obrigatório, capacitação prática com simulações realísticas, oficinas e atividades supervisionadas; a seleção é por processo público que garante critérios objetivos e transparentes; a meta é capacitar 775 profissionais para atuação no SAMU 192, com foco em atendimento de urgência e emergência; o objetivo: - capacitar profissionais das Unidades do Suporte Básico – USB; - Unidades do Suporte avançada – USA, e Central de regulação de urgência; - apresentar e promover o conhecimento dos protocolos e diretrizes atualizadas de atendimento em urgência e emergência, conforme o Ministério da Saúde e demais identidades reguladoras; - desenvolver habilidades práticas para agilizar o atendimento e reduzir o tempo de resposta; - Realizar treinamentos, com simulações realísticas para aplicar conhecimentos teóricos em urgência e emergência; - avaliar a aptidão dos profissionais do SAMU para um atendimento de urgência e emergência qualificado, seguro e humanizado; a metodologia presencial, carga horária 20 horas de capacitação; as aulas serão na macrorregião Centro Norte, nas 5 regiões nos municípios de Anápolis, Ceres, Goianésia, Porangatu e Uruaçu; duração de 4 meses, 2 dias consecutivos em cada região, são 10 estações simultâneas, voltados para o atendimento clínico, obstetrícia, saúde mental e oficinas de trauma; serão 80 docentes facilitadores, 60 nas oficinas e 20 na organização dos cenários; a infraestrutura e o apoio é por manequins e equipamentos, fornecidos pelos SAMUs do Estado de Goiás, e da parceria com Núcleo de Educação Permanente – NEP; a matriz curricular oficina prática I e II, urgências clínicas e traumáticas; o corpo docente inclui coordenador técnico-pedagógico, coordenador geral e facilitadores médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas; os técnicos de enfermagem e condutores fazem parte do corpo docente porque detém o conhecimento de mobilização, retirada de capacete, práticas diárias do SAMU; valor total de R\$ 296.420,00 (duzentos e noventa e seis mil, quatrocentos e vinte reais), incluso as diárias de condutor, para o deslocamento na região; o valor por aluno R\$ 382,48; a metodologia e simulações realísticas, que utiliza manequins de alta fidelidade, é excelente para o treinamento das equipes que atuam em urgência, porque permite que os profissionais reproduzam e pratiquem o atendimento em cenários críticos sem colocar a vida de pacientes em risco, é possível capacitar as equipes na comunicação, no cumprimento de protocolos e na padronização dos atendimentos, o que resulta em um serviço de maior qualidade e mais seguro para o paciente.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu/Presidente do COSEMS, disse que esse curso é de extrema importância, era muito aguardado pelo COSEMS. A apresentação com os detalhes do curso foi um passo importante para todos.

Dr. Vilmar Francisco Borges – SMS Uruaçu, parabenizou pelo curso de capacitação e ressaltou a importância de incluir condutores, técnicos nessa capacitação. Disse que trabalhou do SAMU de Uruaçu, na Regional Serra da mesa, conhecendo as dificuldades enfrentadas, falta de capacitação continuada de curso, específico para as equipes, nos municípios, esses cursos não são disponíveis, tentei durante um ano em vão, salvo engano, recorda, o último curso foi em 2016, está bem defasado. Atualmente, o SAMU de Uruaçu possui 18 profissionais efetivos com mais 14 anos de experiência, mas a equipe passará por mudanças com a chegada de novos profissionais. Perguntou se a capacitação será para todos que já estão no SAMU e também para os novos profissionais que estão chegando.

Dra. Danielly Silvestre Bitencourt e Castro – GRAU/SES, informou que o curso autoinstructual poderá ser feito por todos os profissionais. Para a participação da capacitação prática, todos que estão no serviço são obrigados a participar.

Encaminhamento vai pauta CIB para pactuação

3 – INFORMES:

3.1 – Curso de Especialização e Aprimoramento em Equidade na Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde – 2^a edição". (SESG)

Dra. Tânia – SESG/SES, informou que esse curso tem como finalidade difundir esse conhecimento para trabalhadores, universitários e movimentos sociais preocupados com essa temática. Será ofertado em 02 modalidades sendo pra pessoas com nível superior de escolaridade e nível médio. As inscrições estão abertas totalizando 1.200 horas. As vagas são preferencialmente para pessoas negras, com deficiência, indígenas, quilombolas, transsexuais conforme apresentado no quadro do edital.

Encaminhamento: vai para a pauta da reunião da CIB no item informe – 3.1.7

3.2 – Diligências relacionadas ao Plano de Ação do Programa SUS Digital. (SES/COSEMS)

Dra. Simone Camilo – SES, informou que essas diligências foram colocadas pelo Ministério da Saúde em virtude do Estado não ter colocado os recursos orçamentários para execução do Plano. O MS deu um prazo de 65, dias passando a contar a partir do dia



Secretaria de Estado
da Saúde



cosems|GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

04/08/2025, para que seja informado sobre os recursos orçamentários. A Gerência já está aplicando algumas metodologias para inclusão desses recursos.

Dr. Arivan – COSEMS, disse da importância de organizar e sanar as diligências para organizar o Plano.

Encaminhamento: vai para a pauta da reunião da CIB no item informe – 3.3.1