



4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO GRUPO DE TRABALHO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Data: 15/04/2024

Horário: 09:00 horas

Por Videoconferência

PAUTA

1 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO:

1.1 – Consolidado de resultados do PERF 2023 e atualização PERF 2024 (Carita - GERCE/ SU-REG)

Dra. Cárita Cristina Castro – GERCE/SES, disse que fizeram essa apresentação no CONASS e colocarão essa pauta de forma recorrente, para atualização do plano de redução de filas. Mostrou gráfico sobre a fila de espera com percentual executado versus o planejado mês a mês, do ano de 2023. Do ponto vista financeiro o valor disponibilizado ao Estado foi entorno de R\$ 20.270.022,77(vinte milhões, duzentos e setenta mil, vinte e dois reais e setenta e sete centavos), uma execução financeira de R\$ 34.374.471,54(trinta e quatro milhões, trezentos e setenta e quatro mil, quatrocentos e setenta e um reais e cinquenta e quatro centavos) com um repasse de R\$ 35.052.902,18 (trinta e cinco milhões, cinquenta e dois mil, novecentos e dois reais e dezoito centavos). Do ponto de vista de repasse, o Ministério da Saúde/MS repassou 172,93% do valor que estava disponibilizado para o Estado de Goiás, sendo 72% a mais do que estava disponibilizado. Do ponto de vista de cirurgia eletiva tem uma média de 5.800 de cirurgias eletivas por mês. Disse que sobre a fila acumulada, tem 269.677 pacientes até o mês de fevereiro/2024 neste recorte, entretanto o Estado tem em média redução de 79% da mesma. Mostrou uma tabela com os procedimentos cirúrgicos realizados pelo PERF GO 2024. Os desafios PERF de 2023 foram: fila única com dados desatualizados; dificuldade dos operadores municipais na utilização do sistema; municípios que foram pactuados como executantes e não executaram cirurgias ou executaram menos do que o repasse. Disse que os municípios questionam no que podem contribuir, respondeu que podem contribuir com a qualificação da fila. Precisam da sensibilização de todos os gestores municipais para a qualificação dessa fila. O segundo desafio seria a dificuldade dos operadores municipais na utilização do sistema. Como terceiro desafio, municípios que foram pactuados como executantes e não executaram cirurgia ou executaram menos do que o repasse. Mostrou uma tabela com a relação dos municípios que estão no PERF e apresentaram execução menor que o valor do repasse. Levaram estratégias para execução do PERF como: unificação da fila de espera em sistema informatizado REGNET fila única; treinamento, orientações e monitoramento da execução junto aos municípios, em parceria com o COSEMS/GO; apoio dos coordenadores Regionais de Regulação; envio de SMS. Colocou na tela o QR-code do Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas – RGNET, fila única. Qualificação de fila não é somente para o sistema,



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

precisam pactuar e cada gestor ter compromisso de atualizar os dados das filas. Ademais, estão trabalhando com o projeto para que façam a higienização com o número de óbitos e sejam excluídos. O consolidado do PRF/GO 2024, tem: 42 executantes (41 municípios mais SES), 75 estabelecimentos, 1.262 procedimentos – 655 com incremento. Dia 04/04/2024 foi realizado o 1º treinamento e 16/04/2024 está agendado 2º treinamento na Escola de Saúde de Goiás. O Público alvo são os coordenadores Regionais de Regulação, Controle e Avaliação, Técnicos, Faturistas dos municípios estabelecimentos executantes do PERF/GO 2024. Deixou o QrCode dos Manuais Operacionais de Regulação – PERF GO 2024 e os Manuais de Utilização do FPO para PNRF. Finalizou deixando os contatos do suporte REGNET e PERF, agradecendo.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS Inhumas /Presidente do COSEMS, pediu para a Dra. Cárita disponibilizar o material no site para um canal rápido de consulta. Alertou os gestores para que tenham o hábito de fazer o monitoramento das filas de cirurgias para expor nas CIRs.

Dra. Cárita Cristina Castro – GERCE/SES, disse que além de encerrar a situação do REGNET quando o paciente não estiver mais na fila, o gestor deve fazer a execução e não precisa esperar a Unidade faturar, subir para SIAH. Informar a data da execução e essa informação entra em tempo real.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS/ Inhumas /Presidente do COSEMS, disse que solicitarão para os coordenadores apresentarem nas CIRs como uma pauta permanente. Cada executor fazer um balanço de prestação de contas das execuções das filas de cirurgia para que seja feito um monitoramento em tempo real.

1.2 – Hospital Estadual de Jataí – HEJ: Baixa qualidade no atendimento, precariedade na continuidade da assistência e resolutividade, infraestrutura e ambiência hospitalares deficitários. Relações profissionais e interpessoais da equipe e usuário em dissonância com aspectos da atenção humanizada. - (Apresentação: Fernanda Iembo – SMS/Chapadão do Céu).

Dra. Patrícia Palmeira – SMS/ Inhumas /Presidente do COSEMS, disse que a vice presidente do COSEMS- Dra. Simone, Gestora Municipal de Saúde do município de Serranópolis se colocou à disposição da SES para que depois consigam fazer uma avaliação conjunta.

Dra. Fernanda Iembo – SMS Chapadão do Céu, disse que em quase todas CIRs os municípios têm apresentado uma queixa do hospital de Jataí, que para todos, se funcionasse bem seria um benefício, por ser um hospital grande, que não estava sendo aproveitado. O hospital vem com uma sequência de problemas. Precisa ser feito algo para melhorar a situação.

Dra. João Bosco Carneiro – SMS/Caiapônia, disse que os acontecimentos ruins estão recorrentes em questão de atendimentos do hospital e isso não poderá acontecer, ainda mais em municípios pequenos, pois os pacientes conhecem o gestor e acabam responsabilizando-o pelo mau atendimento no referido Hospital.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Cinara – SMS Mineiros, disse que gostaria de reforçar o que foi falado, inclusive quando recusam a vaga para o Hospital, são penalizados no sistema de regulação. Isso os deixa em uma situação grave que gera muitos problemas ao paciente e aos gestores.

Dra. Ana Chaves – Regional Sudoeste I, disse que na última reunião da CIR, houve uma fala geral sobre a qualidade do atendimento desse hospital. Os usuários estão sendo maltratados nos atendimentos do hospital.

Dra. Simone Elias – SMS de Serranópolis/1ºVice Presidente do COSEMS, disse que essas reclamações são recorrentes, então esperam que os problemas sejam solucionados. E o que depender dela trabalhará para somar e melhorar os serviços. Disse que também tem problema com o médico, ele já foi candidato no município e infelizmente ele é oposição, e ele diz “vem para cá, pode voltar para o Serranópolis” até hoje não conseguiu arrumar organizar a casa, esse prefeito não vai conseguir, então assim, isso é muito ruim porque todo mundo sabe que não tem centro cirúrgico aqui, pretendemos abrir, mas ainda não tem.

Dr. Amilton Prado – SMS/Jataí, disse que também pediria a pauta, mas que a Dra. Fernanda pediu e comentou que vários Secretários de Saúde da Regional Sudoeste I entraram em contato queixando que o paciente chega na unidade e alguma equipe estimula a família a denunciar o gestor do município no Ministério Público, outros gestores ligam pedindo ambulância emprestada para retirar o paciente da unidade para levar para um serviço privado devido a alegação de alguma equipe da unidade de morosidade, dificuldade, falta de insumos. Porém, se o paciente optar pelo atendimento particular, opera-se no mesmo dia, na mesma hora. Afirmou que isso está gerando desgaste com os colegas Secretários de Saúde que entendem que a Unidade Hospitalar, por estar no município de Jataí, deveria ajudar e intervir nessas situações, razão pela qual pediria a pauta. Disse que é uma situação séria, pois o paciente é regulado, assim acreditamos que terá o devido encaminhamento e a abordagem por profissionais de saúde à família do paciente estimulando a procura ao Ministério Público e induzindo os familiares a retirar do hospital e colocar no privado isso tem desgastado muito e acredita que tem jeito da SES saber via auditorias quais são os pacientes que saíram de lá via Ministério Público e qual saíram de para serviço privado.

Dra. Cristiane Lima – SMS/Perolândia, começou sua fala em relação a internação mencionada por Dr. João Bosco, disse que estava junto, acompanhou e realmente foi um descaso muito grande, e pararam pra raciocinar, para pensar se é feito isso com o gestor, imagine com os outros pacientes, então é só para dar uma frisada nisso e em questão a falta de pagamento porque até lá ouviram essa questão que o Dr. Amilton falou em questão dos servidores, falam muito, e questionaram, então foi uma situação muito difícil. Falou sobre a questão de falarem para chamar o Ministério Público, estão com uma paciente desde janeiro, acredita que ela entrou dia 20, mas ela está até hoje e ela quebrou a perna e depois diz como demorou muito teve complicações e está lá até hoje, e agora querem regular ela para Goiânia, a família está muito abalada, muito abatida, com isso tem outra questão também que a Sra. Maria de Fátima também que eles pediram para acionar o Ministério Público, acionaram, veio para o município para pagar a cirurgia dela onde se conseguiu tudo, mas infelizmente ela não aguentou e veio a óbito, então, acredita que se tivesse



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

uma posição anterior deles para enfatizar isso, acredita que de repente essa vida teria sido salva, mas infelizmente foi perdida.

Dra. Amanda Limongi, disse que receberam todas as reclamações que estão fazendo com muita tristeza mas não surpresa, sobre a superintendência de regulação, disse que foi falado que a regulação deixa o paciente de castigo, quando negam, recusam a vaga de pacientes para lá, disse que não deixa ninguém de castigo, não é a conduta, não é protocolo, não é estratégia, de forma alguma da regulação fazer esse tipo de situação, porque estão com algo muito sério, pois estão lidando com vidas com acesso ao serviço de saúde dessas pessoas, então, não se brinca com isso, não se faz isso. Falou que hoje na superintendência de regulação, na gerência de regulação de internações, estão utilizando e aumentando, ampliando a regulação do leito, é onde por meio do mapa de leitos, que está disponibilizado de vagas na unidade, se consegue via regulação mesmo, o médico regulador, ele encaminha o paciente diretamente pro leito. Disse que estão hoje em 10 unidades implementadas, esse processo de trabalho, e isso tem sido muito bom, a equipe tem se sentido muito mais efetiva na situação de regular, que realmente verifica a vaga livre e recua o paciente no leito com muita comunicação com essa unidade também que vai executar, que vai receber esse paciente, com a unidade que está encaminhando o paciente, olhando todo o perfil, olhando a carteira de serviços da unidade, sempre com muito zelo e responsabilidade. Falou também que ainda não estendeu para mais unidades estaduais por conta da demanda espontânea, porque hoje no sistema se consegue enxergar o que se tem de leitos de urgência e emergência, dessas unidades que atendem urgência e emergência, o paciente não vai direto para o leito, ele vai para a unidade de urgência e emergência da unidade, vai primeiro ser avaliado, a equipe multidisciplinar consegue fazer uma análise e verifica se realmente é um paciente caso de internação e se consegue já ter a primeira assistência e depois organizar esse paciente para o leito, o paciente fica nos leitos de retaguarda da unidade, então, como não tem essa visualização desses leitos de retaguarda, não conseguem fazer a regulação do leito dessas unidades que atendem em demanda espontânea. Disse que as unidades que tem plano de fortalecimento, como já tem leitos definidos para isso, estão evoluindo primeiro com essas unidades, quando recolocou para o leito, essa vaga sai com mais facilidade, com mais agilidade, então, ou é um paciente que é vaga zero, mesmo que precisa ser avaliado, é caso realmente de vida ou morte, ou então quando tem a avaliação, a prerrogativa da avaliação de um especialista que não tem na unidade que está solicitando. Disse que os protocolos, os processos de trabalho são continuamente reformulados, reorganizados e capacitados.

Dra. Patrícia – COSEMS GO, fez um reconhecimento a essa macrorregião, está muito à frente na questão de avaliação, aferindo a qualidade dos serviços ofertados por todos os prestadores que estão postos pra eles, reconhecendo e avançando isso na CIRs e na CIM, viram como uma da CIRs e da CIM mais fortes nesse sentido, dos gestores todos participando e todos os gestores reconhecendo aquela instância, aquelas duas instâncias, CIR e CIM, como o espaço correto pra colocar, pra verbalizar tudo isso, e de forma bipartite ali com as coordenações das regionais, construindo encaminhamentos mesmo que cheguem até o núcleo central pra gerar toda uma avaliação, se for o caso de revisão contratual, a maioria das vezes é fazer cumprir o que está no contrato, e não mudar a forma como está contratualizado, na maioria das vezes, e não tem como



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

avançar nesse sentido se não for dessa forma, fortalecendo mesmo os espaços de governança, porque têm força de lei, uma resolução emitida regional, ela tem força de lei, uma resolução macro, ela tem força de lei.

Dra. Paula Santos – SPAIS/SES GO, disse que já notificaram a unidade, estão notificando, inclusive, com a ATA dessa reunião de hoje e mais a visita que será realizada amanhã. Disse que primeiramente, não há falta de pagamento, os pagamentos da unidade estão em dia, a administração da unidade é pela FUNDAHC e todos os pagamentos estão em dia. O termo de aditivo que ainda está em tramitação por questões de órgãos de controle, que é um trâmite da SES que acontece em todas as renovações de aditivo, mas mesmo sem o termo, o pagamento é realizado com regularização de despesas sem nenhum problema, sem nenhum atraso, então essa é uma questão, não há uma ausência de pagamento por parte da SES, a unidade está recebendo normalmente todo o seu pagamento. Disse que está conversando com o diretor da unidade desde a semana passada, tiveram uma troca de um dos diretores recentemente, há uns 15 dias, mas isso não justifica, até porque a unidade tem um processo de trabalho que tem que ser contínuo em relação a não ter insumos como EPIs, isso não há justificativa, já que o pagamento tem acontecido e isso é um processo de gestão que a unidade, no caso a FUNDAHC, tem que ter isso organizado constantemente para que não haja quebra de contratos que tem estabelecido ou até diante de um encerramento de algum contrato que possua, já não ter isso organizado para não ter nenhum tipo de desassistência dentro da unidade. Falou que sobre essas questões de regulação, já fizeram diversas reuniões com a unidade desde o final do ano passado, porque essas questões já haviam chegado a ciência em relação às questões de condutas no recebimento de alguns pacientes. Disse para os gestores para ficarem à vontade, de contactarem, de buscarem diante de algum fato ou acontecimento para que se possa falar diretamente com a unidade e já certificar o que está acontecendo para resolver. Disse que a visita será feita amanhã, que a Dra. Simone vai acompanhar a equipe, está indo a equipe da área hospitalar para lá, e nessa visita, solicitou para a equipe avaliar todo o processo assistencial e de organização da unidade. Então, talvez a equipe vai ficar lá até mais tempo para realmente certificar todo o processo de trabalho da unidade. Falou que a unidade está superlotada, mas isso não é justificativo, ela é para isso, está ali para atender a população. Existem momentos que terão superlotação, e isso é inevitável, toda unidade de saúde tem que estar preparada para isso. Pediu para que se possível passassem a ATA da reunião para documentar pois é importante já que se tem as gestões das unidades, por OS ou OSCs, no caso a FUNDAC, isso respalda também para questões de metas, de até organizações com a unidade, e para que também se tenha o reconhecimento dos órgãos de controle que acompanham a todo momento sobre o que estão executando em relação às unidades, porque isso também é uma obrigação.

Dr. João Bosco – Secretário de Caiapônia, disse que solicitará que seja passado a ATA.

Dra. Paula Santos – SPAIS/SES GO, disse que acredita que essa pauta não precisaria ir para a CIB pois é uma discussão interna e já está se colocando nos encaminhamentos, no próximo GT continuando algumas dessas questões, podem retomar a pauta sem nenhum problema e pode levar para outras instâncias, se for necessário, a discussão.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Patrícia – COSEMS GO, disse que trarão posteriormente a proposta, igual agora, foi feito um encaminhamento, vai ser feito uma visita na unidade, como isso aconteceu em Formosa, e a proposta é depois trazer pra CIB um consolidado, das ações que vieram dos espaços de governança da CIRs e qual que foi o desfecho.

Dra. Paula Santos – SPAIS/SES GO, avisou Dra. Lirce que a pauta não irá para a CIB.

Dra. Michelle Soares – Sudoeste II, disse que sobre as reuniões e sobre as agendas de amanhã, os membros da Regional também estarão presentes nas visitas técnicas, farão também as avaliações, dar o auxílio tanto quanto possível. E, para finalizar, estão à disposição, a coordenação agora está vigente na região, e à medida que os senhores precisarem, é só acionar.

Dra. Amanda Limongi, acredita que será muito importante ter essa visão da equipe dentro da unidade para esclarecer as situações que estão acontecendo e esperar ter um plano de ação e o acompanhamento desse plano de ação, pela Regional, vai ser imprescindível para que a se consiga operar esse processo.

2 – DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO:

2.1 – Alteração fluxo de agendamento de consultas ambulatoriais. (GEREX/SUREG/SES).

Dra. Amanda Limongi – SUREG/SES, disse que, desde o ano passado, estão otimizando e fazendo a qualificação da fila. Também nas filas de consultas e exames, embora o Ministério da Saúde, no Plano Nacional de Redução de Filas, ainda não conseguiu otimizar esse fluxo para organizar a fila única de consultas e exames. Querem tentar fazer isso e em breve acontecerá. Será uma oportunidade que terão para tentar organizar nesse formato e também em alguns pontos críticos dentro da Superintendência. Um dos pontos que precisam pactuar seria a alteração do fluxo de agendamento das consultas.

Dr. Fernando Silva – Ger. de Regulação de Consultas e Exames, em Substituição/SES, reforçou sobre o fluxo, onde o paciente passa pela Unidade Básica de Saúde é atendido pelo médico e o mesmo preenche o encaminhamento, o paciente verá esse encaminhamento e a solicitação no sistema SERVIR, após a inserção no sistema a solicitação cai na mesa reguladora dos médicos, porque é avaliada e estabelecida a pertinência e a prioridade do atendimento. Após isso, vai para a fila de agendamento e em seguida o agendador verifica as vagas e o perfil de atendimento para qual unidade vai direcionar. O agendamento é realizado e a Secretaria Municipal entra em contato com o paciente para realizar o transporte. A Secretaria Municipal leva o paciente para consulta, o paciente comparece a unidade para realizar a consulta e o exame. Com relação a discussão que propôs seria sobre a finalização da ficha após três cancelamentos por parte dos municípios que tem visto que isso tem ocorrido bastante. O motivo mais recorrente é a falta de transporte para as datas em que é feito o agendamento. Como a Dra. Amanda falou, já tem implementado algumas ações para mitigar a perda primária, entre elas junto a Gerência de Redes, a estrutura de atendimento das unidades próprias e as contratualizadas. Realizar avaliação trimestral para verificar a eficácia dos processos. Já realizou reuniões com a Gerência e algumas áreas da SPAIS para alinhamento das carteiras de serviços. Por enquanto realizado o



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

monitoramento referente a questão das consultas. Além da parte da gerência e superintendência conta também com apoio de algumas ações por parte dos municípios com a necessidade de organizar a logística de transporte para os pacientes para evitar que seja cancelado a consulta por falta de transporte. A questão de treinamento com as equipes nos municípios, percebe-se que tem muita gente que tem dúvida com relação a operacionalização do sistema. Reforçou a necessidade de manter atualizado os dados do paciente no sistema, principalmente com relação ao telefone para contato, porque muitas vezes ao consultar agenda, no cadastro da ficha coloca o celular do paciente e às vezes pode trocar o número e aí acaba não conseguindo contato. Esse paciente acaba perdendo agendamento, volta para fila e já causa um transtorno maior. Verificar todos os documentos necessários para uma efetiva avaliação da ficha pelo médico regulador. Mostrou alguns exemplos de fichas para cancelamento de agendamento.

Dra. Amanda Limongi – **SUREG/SES**, lembrou que para a questão da rede ambulatorial, estão dando a oportunidade para os municípios solicitarem a retirada de alguma unidade quando a logística for muito difícil. Considerou essa possibilidade após três cancelamentos de agendamentos realizados, pois acha que é uma quantidade suficiente para o município tentar se organizar. Caso seja a partir do terceiro cancelamento acha que tem que finalizar a ficha porque se não vai ficar com uma fila desqualificada, desatualizada, lembrando que só consegue fazer o agendamento uma vez ao mês. Proposta de pactuar o protocolo e inserir, caso seja pactuado, essas informações do cancelamento após a finalização da ficha e após três cancelamentos de consulta e também preenchimento dos adendos.

Dra. Patrícia Palmeira – **SMS/ Inhumas /Presidente do COSEMS**, disse que entende a angústia que é fazer a fila andar e acredita que o município com apoio técnico da regulação pensa que se inserir, novamente, o paciente vai sair para outro lugar, e não vai, visto que está na Policlínica. Precisa ser feito a capacitação por regional, onde o município envia o ofício informando onde ele não tem rota, (exemplo na época o município de Inhumas enviou o ofício dizendo para não liberar nem para Policlínica de Goiás nem para Policlínica de São Luís de Montes Belos), visto que não tem rota de eletivo para esses lugares. A ambulância leva para as unidades Estaduais da urgência mas o paciente eletivo que vai numa Van ou no micro-ônibus não tem condição de levar. Para as 18 regionais fazerem esse trabalho com os gestores, considera 7 dias pouco. Sugere estender o prazo não colocar 7 dias corridos coloca 7 dias úteis ou duas semanas que é mais fácil. Quando está saindo duas, três, quatro vezes, cancela o município, insere de novo sai de novo para o mesmo lugar e aquele especialista poderia atender outros municípios que tem condição de levar o paciente. Então, precisa sim, de um movimento nesse sentido para conseguir transpor essa dificuldade e para um sistema que ainda não emite alerta, essas duas semanas é um prazo razoável.

Dra. Amanda Limongi – **SUREG/SES**, respondeu que consegue organizar e o que precisava mesmo era definir um tempo, uma sugestão 7 dias, 14 dias ou duas semanas não é problema. Sugeriu à coordenadora de regulação para conversar com os coordenadores regionais de regulação e eles coloquem na pauta de todas as próximas CIRs, para apresentar e divulgar sobre isso.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Patrícia Palmeira – SMS Inhumas /Presidente do COSEMS, concordou com a sugestão

Dra. Amanda Limongi – SUREG/SES, fez uma pergunta sobre o fluxo dos municípios, acha que cabe depois uma pauta específica, muito mais ampla. Considerou que faz parte da Secretaria Municipal de Saúde o dever de organizar o transporte desse paciente mas deve existir alguma comunicação ao paciente. Considerou que tinham que pensar nisso, também, como fazer um fluxo e padronizar como proceder para garantir que o paciente esteja ciente da vaga liberada.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS Inhumas /Presidente do COSEMS, falou de uma experiência que já foi discutida na região até com MP, muitos municípios se organizaram na época para na hora de inserir a solicitação já colocavam, lincado se o paciente precisava ou não do transporte sanitário. Já tem essa informação lá na solicitação na central de regulação e acredita que a maioria não informa quando está escrito lá, que depende do transporte sanitário do município e não informa, porque se informar aí entra a Defensoria Pública e Ministério Público para garantir o transporte. Tem várias Portarias que foram apresentadas para o Ministério Público, na época, para mostrar que é improbidade taxiar o paciente. Tem que garantir o transporte sanitário que sai com hora marcada e tem uma rota definida. Então, é algo que precisa trazer para CIR para discutir no território com as 18 regiões.

Dra. Michelle – Regional Sudoeste II, fez um fala que as Coordenações Regionais também passam por situações semelhantes, os municípios também precisam ficar atentos, porque ocorre que em uma grande maioria desses municípios quem está na regulação também está no faturamento, está no monitoramento, está em inúmeras outras atividades . Isso ocorre com uma certa rotina e que muitos desses operadores não conseguem perceber o agendamento a tempo e hora e inclusive elencam essas questões de não conseguirem levar; não ter transporte; paciente não pode por uma coincidência de não ter conseguido ver o agendamento a tempo e hora de tomar todas as providências para que esse paciente seja realmente encaminhado. Diante disso pediu muito que os gestores avaliem nos seus municípios as atividades que o servidor da regulação vem realizando, para que essas situações não aconteçam de uma maneira corriqueira porque infelizmente elas ainda acontecem.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS Inhumas /Presidente do COSEMS, concordou mas disse que também tem outras vertentes preocupantes, por isso que fala que precisa discutir nas regiões.

Dra. Amanda Limongi – SUREG/SES, colocou-se a disposição para auxiliar os municípios porque o interesse é o mesmo do COSEMS, de aumentar o acesso e que as pessoas que vão nas consultas consigam chegar aos seus exames para terem o atendimento e fazerem a fila rodar da melhor forma possível.

2.2 – Pactuar a solicitação de incremento do Teto MAC para o Município de Damolândia no valor de R\$ 170.000,00 (Cento e Setenta mil reais), anuais, a mais do Teto MAC atual, para custeio das ações de saúde da população própria e referenciada. (SMS – Damolândia).

Encaminhamento: vai para reunião da CIB



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

2.3 – Pactuar a solicitação da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbaíba, para aporte de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde, para ações de média complexidade na recomposição de teto, num montante anual no valor de R\$ 541.148,21 (quinhentos e quarenta e um mil, cento e quarenta e oito reais e vinte e um centavos) para custeio das ações de saúde da população própria e referenciada. (SMS Corumbaíba).

Encaminhamento: vai para reunião da CIB

3 – INFORMES:

3.1 – Relação dos municípios aptos a receberem cofinanciamento de populações específicas segundo critérios estabelecidos nas resoluções CIB - (Apresentação: Ana Maria Passos Soares – Gerente GERPOP/SPAIS/SES)

Vide Obs abaixo

3.2 – NOTA TÉCNICA Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, referente as orientações e diretrizes de boas práticas para gestores e profissionais de saúde sobre o acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) em todos os territórios brasileiros. (Apresentação: Ana Maria Passos Soares – Gerente – GERPOP/SPAIS/SES)

Vide Obs abaixo

3.3 – Divulgação do Curso: Atenção à saúde centrada no imigrante/refugiado: uma iniciativa de capacitação de educadores de Enfermagem para/no Sistema Único de Saúde. (Apresentação: Ana Maria Passos Soares – Gerente GERPOP/SPAIS/SES)

Vide Obs abaixo

3.4 – Formulário de informações sobre população indígena. (Apresentação: Ana Maria Passos Soares – Gerente GERPOP/SPAIS/SES).

Vide Obs abaixo

Obs:Dra. Paula e Dra. Patrícia, concordaram em não fazer as apresentações dos informes nesse GT mas TODOS OS INFORMES VÃO PARA CIB, visto que os mesmos já passaram pelas áreas técnicas.

INCLUSÃO DE PAUTA



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

PAUTA

1 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO:

1.1 – Política Estadual do Sangue, Hemocomponentes e Hemoderivados do Estado de Goiás – Portaria SES 532/2024 (D.O.E. 05/04/24) - (Apresentação: Kellyngton de França Magalhães – Coordenação da Hemorrede/GAE/SPAIS/SES)

Dr. Kellyngton de França – Coordenação da Hemorrede/GAE/SPAIS/SES, disse que a Resolução nº011 CIB/2023, de 8 de Março 2023 aprova a criação da Câmara Técnica do Sangue, na verdade foi uma reestruturação e retomada da discussão da Política Estadual do Sangue e a revisão e adequação do Plano Diretor do Sangue do Estado de Goiás, Portaria SES 1.557/2023 de 26/06/2023 institui a Câmara Técnica do Sangue – CTS, com representantes da Secretaria de Estado da Saúde(secretário adjunto, subsecretarias e superintendências), HEMOGO, COSEMS e Conselho Estadual de Saúde – CES. Foram realizadas diversas reuniões para apresentação, discussão e contribuições para elaboração do texto da Política Estadual do Sangue, o arcabouço legal está na Constituição Federal, Lei 8.080/1990 suas alterações e Lei Estadual nº 12.122 de 05/10/1993, e Lei Federal 10.205 de 21/03/ 2001 que regulamenta o Parágrafo 4º do Artigo 1999 da Constituição, relativo a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades; o Decreto Federal nº 3.990/2021, que regulamenta o Art. 26 da Lei Federal 10.205/2001 no sentido de elaborar, implementar, monitorar, avaliar e revisar a Política Estadual do Sangue, componentes Hemoderivados nos respectivos Estados e Distrito Federal; os pontos importantes desta Política: art. 2º – Hemorrede - conjunto de unidades públicas, filantrópicas e privadas organizadas de forma hierarquizada e regionalizada que desenvolvem ações de Saúde na área do sangue, sob coordenação, normatização e controle do poder público; Parágrafo 1º é de responsabilidade da Hemorrede, atender ao regulamento técnico preconizado pela legislação para os procedimentos hemoterápicos; Parágrafo 2º - a assistência de forma programada e estabelecida no Plano Diretor do Sangue-PDS em Goiás, buscando a descentralização, regionalização e hierarquização da rede de assistência Hemoterápica; Art. 3º - a SES manterá Câmara de Assessoramento para Política do Sangue, Hemocomponentes e Hemoderivados, instância consultiva/ opinativa(Câmara Técnica do Sangue); Art.4º - proposta do Plano Diretor do Sangue será elaborada no âmbito da Câmara Técnica do Sangue, buscando atender ao PRI e ao PDR, na perspectiva de descentralização e regionalização da assistência; Parágrafo 2º - a proposta do PDS deverá ser objeto de apresentação, discussão e pactuação nos adequados espaços de gestão(Comissão Intergestores Municipais CIM, Comissão Intergestores Regional – CIR e Comissão Intergestores Bipartite – CIB; Art.7º- a abertura de novas unidades públicas de hemoterapia, devem ser objeto de planejamento antecipado, análise da Coordenação da Hemorrede SES-GO, da Câmara Técnica do Sangue, observando o PDS e discussão nos adequados espaços de Gestão(CIM, CIR e CIB), buscando atender ao PRI e PDR; Art. 8º - quando da disponibilidade insuficiente do serviço público em garantir a cobertura hemoterápica, o SUS poderá recorrer em “caráter complementar” aos serviços privados, os serviços contratados deverão cumprir as normas técnicas e administrativas e os princípios e diretrizes do SUS; Parágrafo 1º a contratação pelo SUS de serviços privados de hemoterapia para complementação



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

da rede pública poderá ocorrer quando comprovada pelo gestor a insuficiência dos serviços públicos de hemoterapia, mediante avaliação da SES, de acordo com o PDS e após manifestação da Câmara Técnica do Sangue; Art. 9º - o teto orçamentário e financeiro de hemoterapia destinado ao Estado será coordenado pela SES, articulada com a Câmara Técnica do Sangue, que deverá participar das discussões sobre a sua distribuição no Estado (público, filantrópico e privado) e das pactuações com os Municípios; Art. 10º- as pactuações entre os gestores do SUS, no Estado, para garantir a assistência hemoterápica acompanharão o PDS, devendo ser submetidas à apreciação e aprovação da CIB, visando a aplicação dos recursos na manutenção do sistema. Princípios e Diretrizes da Política do Sangue: - proibição de remuneração ao doador pela doação de sangue; - utilização exclusiva da doação voluntária do Sangue, não remunerada (estimulada como ato altruístico de solidariedade); - captação de doadores voluntários de sangue de forma regular, com foco na fidelização; - obrigatoriedade de responsabilidade, supervisão e assistência médica na triagem, coleta de sangue ato transfusional; - testagem individualizada de cada amostra ou unidade de sangue coletado, exceto nos casos regulamentados pelo Ministério da Saúde; - realização dos testes sorológicos, relativos às bolsas de sangue colhidas em todas as unidades públicas no Hemocentro; - dimensionamento da produção de hemocomponentes a partir de parâmetros assistenciais; - otimização da capacidade instalada dos serviços hemoterápicos públicos; - descentralização da assistência hemoterápica, preferencialmente com a implantação de agências transfusionais; - assistência multifuncional aos portadores de hemoglobinopatias e coagulopatias hereditárias; - organização dos serviços e da rede regionalizada (hemorrede) com ações intersetoriais para garantir a assistência e transversalidade com outras redes (urgência emergência); - articulação entre os gestores (União, Estados e Municípios) para atuação responsável, solidária e compartilhada; - apoio a estudos e pesquisas científicas relativas à hematologia e hemoterapia; - monitoramento e fiscalização do cumprimento das diretrizes da Política Estadual do Sangue. Competências e Responsabilidades: Art.13 - compete à Secretaria de Estado da Saúde, unidade de comando e direção da Política Estadual do Sangue, hemocomponentes e hemoderivados, a gestão da Assistência hemoterápica e hematológica no âmbito do SUS, elaboração e revisão da Política Estadual do Sangue, Hemocomponentes e Hemoderivados e do PDS, e promover, em articulação com o Ministério da Saúde e Municípios, o acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas e ações do Sistema Nacional do Sangue – SINASAN, componentes e hemoderivados; Art. 14 - aos municípios compete, à coordenação, das ações do SINASAN, em consonância com a Política Estadual do Sangue, Hemocomponentes e Hemoderivados; a coordenação da Hemorrede e contratação de serviços hemoterápicos; Art.15 - ficam estabelecidas na estrutura da Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde, a Gestão Estadual do Sangue e a Coordenação da Hemorrede; Art.16 - todos os serviços de hemoterapia do Estado, públicos e privados, integram a Hemorrede do Estado de Goiás; classificação e competência dos serviços: Art. 19 - os serviços de hemoterapia que compõem a Hemorrede de Goiás deverão ser classificados, por sua natureza, nível de complexidade, pela hierarquia e nomenclatura de acordo com o que estabelece a Resolução - RDC/ANVISA 151, de 21/08/2001; Art. 24 – toda atividade hemoterápica estará sujeita obrigatoriamente a autorização sanitária, concedida pelo órgão de Vigilância Sanitária competente na periodicidade estabelecida pela legislação; Art. 2 - qualquer



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

estabelecimento de Saúde que execute procedimentos transfusionais e ou manipulação de sangue, hemocomponentes ou hemoderivados, deverá possuir todos os recursos necessários que possibilitem a realização destes procedimentos com segurança para os pacientes e profissionais de saúde, atendendo a legislação e normas técnicas.

Dra. Paula Pereira – Superintendente/SPAIS/SES, disse que o Estado de Goiás não tinha uma Política do Sangue e era uma necessidade ter rede estabelecida e organizada no Estado. Agradeceu COSEMS, os técnicos da SES que participaram de todo esse processo, e reforçou que o trabalho continua na revisão da regionalização desses serviços.

Encaminhamento: vai para reunião da CIB como informe da publicação da portaria (não precisará de apresentação de toda a portaria, só citar o número)

1.2 – Apresentação da Nota Explicativa n. 1/2024, que traz critérios para o atendimento da oficina ortopédica itinerante do CRER nos municípios - (Apresentação: Suely Marques – Gerência de Atenção Especializada – GAE/SPAIS/SES)

Dra. Paula Santos – SPAIS/SES GO, esclareceu que essa pauta surgiu como encaminhamento de um Grupo de Trabalho realizado em janeiro, quando foi apresentada a primeira proposta da agenda das oficinas. O próprio COSEMS trouxe alguns questionamentos e questões que a equipe trabalhou nos últimos meses, e será apresentada uma explicação mais coerente, considerada mais pertinente para a organização desse serviço no Estado. Concomitantemente, outra demanda trazida pelo COSEMS na ocasião refere-se a levantamentos relacionados à rede da pessoa com deficiência. Essa questão está sendo trabalhada, inclusive, em articulação com o Ministério da Saúde, considerando a rede como um todo, que se encontra em processo de análise e revisão.

Dra. Suely Marques – Coordenação Geral de Interação e Qualificação/Gerência de Atenção Especializada GAE/SPAIS/SES, explicou que utilizou a nota já elaborada pela oficina itinerante do CRER, em parceria com a coordenação anterior da pessoa com deficiência, que ainda não havia sido pactuada na CIB. Entenderam que deveria ser formalizada, pois os critérios contidos nela já vêm sendo atendidos. Trata-se, portanto, da oficialização por meio de resolução da CIB, uma descrição atualizada, agora em forma de nota informativa sobre a oficina ortopédica, utilizada desde 2020 e atualizada conforme a portaria nº 1.526, de outubro de 2023. Essa nota inclui uma proposta de organização do cronograma de visitas, pois, a partir da última apresentação desse cronograma, algumas regionais procuraram a coordenação com questionamentos, o que levou à elaboração de uma nova organização que será apresentada. O objetivo é facilitar a seleção dos municípios, contemplando de forma equânime as necessidades dos usuários, atendendo a uma demanda solicitada. Apresentou a produção do CRER e destacou que o período da pandemia reduziu a produção. Lembrou que a oficina itinerante atende a todas as prescrições e encaminhamentos, e os produtos são confeccionados na oficina fixa do CRER. Entre 2017 e 2018, foram visitados quatro municípios, com 735 pacientes atendidos e 821 produtos entregues. Entre 2018 e 2019, foram visitados 10 municípios, com 1.155 usuários atendidos e 2.226 produtos entregues. Entre 2019 e 2020, nove municípios visitados, 1.097 pacientes atendidos e 2.172 produtos entregues. Entre 2020 e 2021, três municípios visitados, 370



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

pacientes atendidos e 738 produtos entregues. Em 2022, nove municípios visitados, 1.009 pacientes atendidos e 2.307 produtos entregues. Em 2023, dez municípios visitados, 971 pacientes atendidos e 2.136 produtos entregues. Transcreveu a nota técnica na íntegra, que é uma nota informativa atualizada conforme a portaria nº 1.526/2023, que regula os Centros Especializados em Reabilitação (CER) e a Rede de Cuidados. Essa portaria integra e revoga dispositivos anteriores, e estabelece o conselho para os CER e o Sistema Único de Saúde. A oficina ortopédica é um componente de intervenção especializada ambulatorial que visa promover o acesso às órteses, próteses e outros meios auxiliares de locomoção (OPMs), devendo estar vinculada ao serviço de reabilitação na modalidade física. A oficina ortopédica pode ser fixa ou itinerante, sendo esta última um veículo adaptado e equipado para confecção, adaptação, manutenção e dispensação de OPMs. O CRER, habilitado pelo Ministério da Saúde como CER IV, nas modalidades de reabilitação física, intelectual, auditiva e visual, possui uma única oficina ortopédica fixa no Estado, à qual está vinculada a oficina ortopédica itinerante terrestre, que percorre todo o Estado, ampliando o acesso aos serviços. Ressaltou que é a única que atende todos os municípios, visando organizar o acesso aos serviços da oficina itinerante. Seguem as orientações para gestores, coordenadores e demais responsáveis pela viabilização do atendimento aos usuários. Apresentou informações gerais aos gestores, explicando que a nota anterior foi reorganizada em itens para melhor visualização. A oficina ortopédica itinerante tem como objetivo atender demandas de pessoas com deficiência com impedimento de longo prazo, de natureza física, para avaliação e dispensação de OPMs. Os atendimentos são realizados mediante encaminhamento de profissionais capacitados (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional) ou outro profissional habilitado. O usuário deve comparecer na data do atendimento com os seguintes documentos: cópia do CPF, RG, cartão do SUS, comprovante de residência com CEP e telefone para contato. Todos os pacientes serão avaliados pela equipe multidisciplinar da oficina itinerante. Caso haja impossibilidade ou contraindicação para a OPM, os usuários serão orientados a procurar outros serviços conforme suas necessidades. O quantitativo de usuários e a necessidade prevista de OPM deverão ser previamente informados ao serviço. A unidade móvel tem capacidade para 120 atendimentos por visita. As ações preparatórias para o atendimento deverão ser coordenadas preferencialmente pela Regional de Saúde do município que sediará a oficina. Os municípios devem designar representantes da Secretaria Municipal de Saúde e da equipe de profissionais do serviço. A proposta de cronograma dos atendimentos da oficina itinerante será organizada por macrorregião, garantindo dois atendimentos anuais em cada macrorregião, totalizando dez atendimentos e dez retornos anuais — 20 visitas anuais contemplando as cinco macrorregiões do Estado. A definição dos dois municípios de cada macrorregião que receberão a oficina será feita pela Comissão Intergestores Macrorregional, com cinco representantes de cada macrorregião. As atribuições das regionais de saúde dos municípios atendidos são: informar os municípios da região sobre as datas da oficina e suas responsabilidades; orientar quanto à identificação da demanda e referência via Atenção Primária ou Especializada; informar o perfil dos usuários a serem encaminhados; organizar reunião prévia com a coordenação da oficina, preferencialmente 30 dias antes da data prevista, com participação da Regional, Secretaria Municipal do município anfitrião, Regulação, Atenção Primária e Serviço de Reabilitação, se houver. As responsabilidades dos municípios que sediarão o serviço incluem:



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

disponibilizar local para atendimento (consultório ou sala adaptada com acessibilidade, iluminação e ventilação adequadas), espaço para usuários e acompanhantes aguardarem, rede elétrica trifásica com profissional para instalação, banheiros acessíveis para equipe técnica e usuários, local seguro para guardar os veículos (caminhão oficina e carro de apoio), instalação hidráulica com ponto de água e esgoto para pia. Os municípios que encaminharão usuários devem: encaminhar apenas pacientes com prescrição específica de OPM realizada por profissional habilitado (médico, psiquiatra, ortopedista, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional); providenciar o transporte dos usuários; responsabilizar-se pelo processo de reabilitação dos usuários que receberem OPM no município ou referenciar para centro especializado na região; orientar os usuários sobre a documentação necessária para atendimento (cópia do CPF, RG, cartão do SUS, comprovante de residência com CEP); regular todos os pacientes atendidos pela oficina itinerante. Quanto às orientações ao usuário, para acessar o atendimento deve procurar a unidade básica de saúde mais próxima e passar por consulta médica que fará breve relatório e prescrição da OPM em receituário do SUS. Caso esteja em serviço de reabilitação, deve apresentar relatório e prescrição da OPM ou profissional habilitado, ambos em receituário do SUS. A prescrição deve ser acompanhada de cópias do CPF, RG, cartão do SUS, comprovante de residência com CEP e pelo menos um telefone para contato. Toda documentação deve ser apresentada na Secretaria de Saúde do município, que informará o dia e local do atendimento. Sobre os produtos dispensados, a oficina ortopédica itinerante realiza ajustes e adaptações em órteses, próteses, coletes ortopédicos, palmilhas, calçados para pés neuropáticos, além da concepção de adaptações e ajustes em dispositivos ortopédicos e lúdicos. Os produtos ofertados incluem: órteses suropodálicas, cruropodálicas, cruromaleolares, pelvico-podálicas (articuladas e não articuladas), próteses transtibiais, desarticulações de joelhos, transfemurais, desarticulações de quadril, calçados ortopédicos para pés neuropáticos para compensação de encurtamentos e palmilhas para sustentação de arcos plantares e amputações de antepé.

Dra. Camila Brum, explicou que houve uma proposta inicial de apresentação de um cronograma, conforme mencionado pela Dra. Paula, baseada nos levantamentos realizados pelo GT. Durante o processo, identificaram a necessidade de um novo alinhamento com a unidade responsável, principalmente para esclarecer dúvidas que surgiram, inclusive do ponto de vista técnico. A equipe está responsável pelo serviço desde junho do ano passado. Foi alinhada com a unidade a capacidade de realização das visitas e como o cronograma estava sendo organizado anteriormente. Identificaram que, no cronograma anterior, não havia um critério estabelecido para a escolha dos municípios a serem atendidos, que era feito a partir de demandas solicitadas diretamente à unidade. Durante o ano, nem todas as macrorregiões eram contempladas, e alguns municípios acabavam se repetindo, sobretudo aqueles que conheciam e utilizavam mais o serviço. O grande diferencial trazido na proposta atual é a possibilidade de que a própria macrorregião defina quais municípios têm maior demanda e necessidade, além de atender aos critérios relacionados à estrutura física necessária para receber o serviço. Assim, a indicação dos municípios partiria da própria macrorregião, a partir da qual será elaborado um novo cronograma. A ideia da proposta se inspirou no modelo utilizado para as carretas de prevenção vinculadas às policlínicas, nas quais a decisão sobre os municípios atendidos não é feita pela SES nem pelas próprias policlínicas, mas pelas regiões, que organizam o cronograma com base em dados locais.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dividiram o atendimento em dois municípios por macrorregião, considerando que a oficina tem capacidade para atender dez municípios por ano, sendo dez visitas iniciais e dez de retorno. Dessa forma, aproveitaram a capacidade máxima instalada para organizar essa divisão, propondo dois municípios por cada macrorregião. Por fim, a Dra. Camila reforçou que estão abertos a propostas e discussões para aprimorar essa proposta, que visa atender melhor às necessidades identificadas.

Dra. Paula Santos – SPAIS/SES GO, disse que anteriormente foi observado essas questões em relação à oficina, não havia um critério bem definido sobre a escolha de onde a oficina estaria, passaria, e isso, muitas vezes, aquele gestor que já conhecia a oficina, ele já buscava, já tinha um pouco mais essa dinâmica. Se um gestor, às vezes, é novo, não tem conhecimento, isso, muitas vezes, aquela região acaba descoberto. Então, a tentativa foi realmente contemplar todo o Estado, poder dar acessibilidade a essa oficina para todos, e isso sendo o critério dentro da própria macrorregião. Disse que essa nota foi feita com esse intuito de organização, e que se tenha essas questões de maior acesso mesmo da oficina a todo o Estado. E até o COSEMS recebeu a nota, também trouxe algumas sugestões. Falou que estão abertos a outras sugestões que houver, para que se possa mudar ou adequar.

Dra. Maria Aparecida – COSEMS GO, disse que só gostaria de confirmar se foi feita a alteração do item 1 das responsabilidades do município para ficar igual o item 2 das informações gerais, porque na informação geral, está falando que quem pode solicitar? Médicos, terapeutas, terapeuta ocupacional ou outro profissional habilitado. Na responsabilidade do município sobre a solicitação, está, sim, médicos, fisiatras, ortopedistas, terapeutas ou terapeuta ocupacional. Então, os profissionais são diferentes e isso gera dúvidas para os municípios, pois na orientação geral diz uma coisa e na responsabilidade do município fala outra.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS/ Inhumas /Presidente do COSEMS, perguntou o que levou a mudança de 18 regiões anteriormente atendidas, para 05 regiões na atual proposta.

Dra. Camila Brum - GAE/SPAIS/SES, informou que não era realizado oficina nas 18 Regiões sendo que a capacidade da carreta seria de 10 oficinas/regiões. A ideia seria atender as regiões anteriormente não atendidas. Dividir 02 municípios por Macroregião. O objetivo maior esse ano seria diminuir o tempo de entrega dos produtos

Dra. Patrícia Palmeira – SMS/ Inhumas /Presidente do COSEMS, disse ser muito importante nas reuniões de CIM, os municípios verbalizarem sobre a questão de facilidade de acesso para a carreta da oficina.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SES, informou que, após um ano, se houver necessidade, mudanças ou reorganizações no serviço poderão ser feitas. O que não pode ocorrer é uma região receber a carreta de 2 a 3 vezes, enquanto outra nunca a recebe. O objetivo é levar esse serviço de forma mais organizada para cada Macrorregião de Saúde.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dr. Amilton Prado Fernandes – SMS/Jataí, sugeriu a divisão das vagas de atendimento da carreta entre os municípios da região. Dessa forma, uma quantidade maior de municípios seria atendida sem alterar a capacidade instalada de atendimento da carreta. Também propôs a revisão da questão do grupo condutor e uma atualização do Plano Estadual da Pessoa com Deficiência. Relatou dificuldades com o Ministério da Saúde para a habilitação de um Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) no município de Jataí e solicitou uma intervenção da SES nessa situação.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SES, informou que a equipe da SES já está acompanhando a questão do município de Jataí. A situação depende do Plano Estadual, que foi revisado em 2002 e não contemplou tudo o que deveria. Em relação à Nota, informou que a SES fará as modificações pontuadas pelo COSEMS e será encaminhada para a CIB para pontuação.

1.3 – Habilitação do CER II do município de Goiatuba. (Apresentação – Regional de Saúde Sul)

Dra. Patrícia – SMS/Goiatuba, informou que em 2023 foi solicitada a construção do Centro Especializado em Reabilitação (CER) tipo II. A obra está em fase final, e agora é necessário habilitar o serviço.

Dra. Camila Brum – GAE/SPAIS/SES, informou que essa demanda não foi encaminhada para a Gerência, o que impossibilita a verificação de conformidade com os critérios do Ministério da Saúde. Não há informações sobre as modalidades de serviço que serão ofertadas ou a região de abrangência. Por não ter recebido essas informações, a Gerência não pode se manifestar sobre a pauta. Foi sugerido o apoio da Regional para a realização do checklist e posterior análise pela SES. Um critério importante do Ministério da Saúde para a habilitação será a abrangência.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SES, informou que a equipe técnica entrará em contato com o município para realizar todo o alinhamento e esclarecer as dúvidas. Esse processo precederá a etapa de pontuação.

Dra. Patrícia – SMS/Goiatuba, afirmou que aguardará o contato da equipe técnica da SES para o alinhamento das ações. Informou que a Secretaria Municipal já conta com a equipe completa de profissionais. Um diferencial do município, segundo a Dra. Patrícia, é a presença do curso de Medicina na cidade.

1.4 – Portaria nº 3493 GM/MS – Cofinanciamento da APS -Apresentação: Silma Gomes-GERAP/SPAIS/SES)

Dra. Silma Gomes-GERAP/SPAIS/SES, forneceu informações detalhadas sobre as orientações referentes à nova Portaria, que modificará o financiamento da Atenção Primária. As diretrizes serão divulgadas por meio de Notas Técnicas. O novo modelo de financiamento é composto por diversas categorias de incentivo, transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal, para apoiar o custeio e a implantação das equipes: 1.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Incentivo Fixo Mensal: Repassado para Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP). 2. Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial: Visa a qualificação do cadastro, a reorganização da atenção primária no território e a melhoria do atendimento à população. Seu cálculo considera a população vinculada à eSF ou eAP, observando critérios como: 2.1 Características de vulnerabilidade socioeconômica (beneficiários do Bolsa Família ou BPC). 2.2. Características demográficas (pessoas com idade até cinco anos e com sessenta anos ou mais). 2.3. Qualificação das informações cadastrais (completude e atualização dos registros no Sisab). 2.4. População atendida ou acompanhada pelas eSF, eAP, eSB e eMulti. 2.5. Satisfação das pessoas atendidas ou acompanhadas pelas equipes. 2.6 O valor dependerá do quantitativo de pessoas vinculadas, com uma tabela apresentada para detalhamento. 3. Componente de Qualidade: Tem como objetivo estimular o alcance de indicadores pactuados tripartite, visando melhorar o acesso e a qualidade dos serviços ofertados na APS, induzindo boas práticas e aperfeiçoando resultados em saúde. O incentivo financeiro para eSF, eAP, eSB e eMulti será transferido mensalmente e recalculado a cada quadrimestre, considerando as classificações "ótimo", "bom", "suficiente" e "regular", com um valor correspondente para cada equipe. Para novas homologações de equipes no SCNES, o incentivo de qualidade será transferido mensalmente até o segundo recálculo, considerando os valores da classificação "bom". Ao final de cada ciclo anual, no mês subsequente ao último quadrimestre, haverá um pagamento de incentivo adicional em parcela única, com base na média dos resultados anuais, destinado aos integrantes das equipes. Foi apresentado um quadro com os 21 indicadores que serão avaliados nesse componente. 4. Componente para Implantação e Manutenção de Programas, Serviços, Profissionais e Outras Composições de Equipe: Abrangendo o custeio de: 4.1. Equipes Multiprofissionais (eMulti). 4.2. Equipes de Consultório na Rua (eCR). 4.3. Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF). 4.4. Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR). 4.5. Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP). 4.6. Incentivo para o ente federativo responsável pela gestão da saúde de adolescentes em privação de liberdade. 4.7. Incentivo a municípios com equipes de saúde integradas a programas de residência uniprofissional ou multiprofissional na Atenção Primária à Saúde. 4.8. Programa Saúde na Escola (PSE). 4.9. Incentivo Financeiro Federal de Custeio para Implementação de Ações de Atividade Física (IAF). 4.10. Profissionais microscopistas. 4.11 Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). 4.12. Outros programas, serviços, profissionais e composições de equipe que venham a ser instituídos. 5. Componente para Saúde Bucal. 6. Componente Per Capita de Base Populacional. As equipes de eSF, eAP, eSB com carga horária de 40h semanais e eMulti farão jus ao recurso de implantação, transferido do bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde em parcela única, concomitante ao custeio da primeira parcela, nos seguintes valores: eSF: R\$ 30.000,00; eAP com 30 horas semanais: R\$ 16.800,00; eAP com 20 horas semanais: R\$ 10.800,00; eSB com 40 horas semanais: R\$ 14.000,00; eMulti Ampliada: R\$ 36.000,00; eMulti Complementar: R\$ 24.000,00; eMulti Estratégica: R\$ 12.000,00. A transferência dos valores dos componentes está condicionada ao cumprimento de requisitos: credenciamento das equipes (eSF, eAP, eSB e eMulti) pelo Ministério da Saúde, cadastro no SCNES dessas equipes, e ausência de irregularidades que motivem a suspensão da transferência, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A homologação dos códigos de Identificadores Nacionais de Equipe



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

(INE) será por publicação em Diário Oficial da União, sem prejuízo da transferência. Em caso de irregularidades, o valor dos componentes para eSF e eAP será suspenso de forma proporcional (25%, 50% ou 75%) ou total, conforme a irregularidade identificada no Anexo C da Portaria. A implantação da nova metodologia de financiamento federal da APS se dará em etapas: 1. O incentivo financeiro do componente de vínculo e acompanhamento territorial para eSF e eAP será transferido, por doze meses, considerando os valores da classificação "bom", conforme Anexo XCIX-A à Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017; 2. O incentivo financeiro do componente de qualidade para eSF, eAP, eSB e eMulti será transferido, por doze meses, considerando os valores da classificação "bom", conforme Anexo XCIX-B à Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017. A partir do segundo quadrimestre de 2024, serão incorporados gradativamente indicadores para monitoramento e avaliação do componente de qualidade do cuidado, conforme as áreas temáticas descritas no Anexo V da Portaria.

Dr. Carlos Galvão – SMS Itaberaí, expressou sua preocupação com a nova Portaria. Ele destacou que municípios com equipes grandes em zonas rurais, dependendo da área e dimensão, precisarão reorganizar a divisão de trabalho entre os agentes de saúde, alterando a quantidade de cadastros. Em alguns casos, isso pode afetar a qualidade do serviço. Acredita que os municípios terão de refazer o mapeamento das áreas atendidas e do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que interferirá diretamente nos indicadores de qualidade. Prevê o surgimento de problemas com tantas mudanças e ressaltou que os municípios precisarão da ajuda da SES, inclusive com oficinas, para organizar os cadastros, INEs e equipes.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SES, sugeriu que os gestores façam um levantamento dos pontos focais da Portaria. Pediu que o COSEMS compile todos os questionamentos, o que facilitaria o trabalho da SES. Com orientações claras e direcionamento, as oficinas poderão ser mais resolutivas, focando em pontos definidos. As dúvidas compiladas serão encaminhadas ao Ministério da Saúde e ao CONASS. Reconheceu que os gestores têm dúvidas e que é preciso focar no que está impactando diretamente o serviço. Reiterou que o Estado não executa a Atenção Primária, sendo o Gestor Municipal o responsável por essa atuação. Por fim, mencionou que existem algumas questões mais pontuais relacionadas ao sistema de dados e informações.

Dra. Silma Gomes – GERAP/SPAIS/SES, informou que, na reunião da Câmara Técnica, foi solicitada uma orientação do Ministério da Saúde devido à extinção do Previne Brasil. Explicou que, de acordo com a Política de Atenção Básica, é necessário ter um Agente Comunitário de Saúde (ACS) para configurar uma Equipe de Saúde da Família. No Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB) anterior, a cobertura de ACS era de 100%, mas a versão de 2017 não especifica essa porcentagem. Expressou preocupação com um possível corte de recursos para ACSs e questionou qual seria a quantidade mínima de ACSs necessária para receber 25% do financiamento, pois sem ACSs, não há Equipe de Saúde da Família. Ela concluiu que essas dúvidas só serão esclarecidas com a publicação da Nota Técnica.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Patrícia Palmeira – SMS/ Inhumas /Presidente do COSEMS, esclareceu que, atualmente, é recomendado ter dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que uma Equipe de Saúde da Família seja configurada, independentemente da área de cobertura. Reforçou que, sem ACS, a equipe não se configura.

Dr. Amilton Prado – SMS Jataí, reforçou a necessidade de incentivar o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) fora do horário comercial, classificando a atual prática como uma grande falha. Ele defende que o atendimento seja facilitado e que haja financiamento para o horário estendido em todas as Unidades de Saúde. Acredita que uma das maiores fragilidades da Atenção Primária é operar apenas em horário comercial, e que todas as Unidades de Saúde deveriam funcionar em horário estendido. Entende não incentivar outros horários de atendimento dificulta o acesso da população às Unidades de Saúde, tornando necessário que existam mais opções de horários. Uma Unidade Primária resolutiva garante o acesso da população e, consequentemente, reduz o fluxo nos atendimentos de emergência. Ele expressou grande preocupação com a situação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSSs) e gostaria de ver todas as unidades de saúde primária funcionando das 7h às 22h, de segunda a segunda. A estratégia, segundo ele, é que a população saiba que a UBS estará sempre aberta para acolher, pois o atendimento restrito ao horário comercial induz as pessoas a procurar as Unidades de Pronto Atendimento. Também levantou uma dúvida sobre o índice de participação do município no financiamento da ambulância na Constituição Estadual. Ele acredita que os indicadores têm influência na lei complementar do Estado, que vinculou alguns indicadores de atenção ao índice de participação do Município. Infelizmente, os municípios com menor arrecadação serão punidos duas vezes pelo Ministério da Saúde, tanto no incentivo federal de cofinanciamento quanto no incentivo referente à questão estadual. Ele argumenta que, se o objetivo é garantir mais acesso, é preciso avaliar o índice de participação dos Municípios no repasse Estadual para evitar essa dupla punição. A situação, concluiu, está muito difícil.

Dra. Silma Gomes – GERAP/SPAIS/SES, informou que, no estado, 148 municípios oferecem atendimento em horário estendido, sendo que a maior parte desses horários é custeada pelos próprios municípios. Destacou que o Ministério da Saúde observou que muitos municípios que contam com o programa Saúde na Hora não estão atendendo após as 17 horas. Em contrapartida, municípios que não possuem o programa Saúde na Hora já oferecem atendimento em horário estendido. A intenção da iniciativa é repassar uma contrapartida, um recurso adicional, para incentivar os municípios a estender o horário de atendimento e, assim, atender a população fora do horário comercial.

Dr. Amilton Prado – SMS Jataí, expressou seu desejo de que houvesse um incentivo para não fechar as Unidades Básicas de Saúde. Ele observou que os incentivos atuais parecem direcionar o fechamento de unidades e o encaminhamento de pacientes para portas hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento. Enfatizou a necessidade de uma reflexão mais aprofundada sobre os horários de atendimento nas Unidades de Saúde que não deveriam funcionar apenas em horário comercial; é preciso ter uma ação mais assertiva. A população precisa sentir segurança e saber que a Unidade de Saúde estará aberta sempre que precisar de atendimento.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Patrícia Palmeira – SMS/ Inhumas /Presidente do COSEMS, relatou que, em todas as reuniões, o Ministério da Saúde tem apresentado atualizações no modelo de financiamento da Atenção Primária. O CONASEMS atua em três frentes principais: 1. Garantir que nenhum município perca recursos com essa atualização. Alguns municípios seriam prejudicados, e por isso foi implementado um fator de correção para evitar essas perdas; 2. Considerar imprescindível trabalhar os indicadores em todos os territórios brasileiros; 3. Assegurar que os municípios apontem qualquer limitação na aferição dos dados em qualquer sistema. Informou que, enquanto os componentes para cada indicador e a nota técnica sobre numerador e denominador (incluindo a definição de quem fará a aferição, se será o CNES ou eSUS) não forem publicados, todos os municípios receberão o valor integral, como se tivessem alcançado a totalidade de 100% dos indicadores. Destacou que todas as discussões do CONASEMS e as dúvidas serão encaminhadas ao Ministério da Saúde. Ela considerou isso um ganho para os municípios, pois, antes, cada equipe da Estratégia Saúde da Família recebia em média R\$ 21.000,00 ao atingir todos os indicadores. Com a nova Portaria, o valor passa para R\$ 24.000,00, representando um incremento de R\$ 3.000,00 por equipe. Todos os municípios receberão o valor total durante esse período de transição. A orientação é que os municípios se preparem enquanto aguardam as definições, mantendo contato com os apoiadores e compilando as dúvidas para discussão nos Grupos de Trabalho (GTs). Se a Nota Técnica for publicada e não houver uma reunião próxima, será realizada uma reunião extraordinária entre SES e COSEMS. Confirmou que o programa Saúde na Hora será incorporado ao valor já previsto, sem perdas, e que as mudanças definitivas ocorrerão somente quando todos os indicadores forem publicados e bem discutidos em todos os territórios brasileiros, garantindo que não haverá perda de recurso financeiro para os Municípios.

Dr. Carlos Galvão – SMS Itaberaí, comentou que a mudança no programa, prevista com a troca de governo, foi prejudicial. Ele criticou o Governo Federal por lançar notícias sobre a ampliação de ofertas de atendimentos e vagas nas unidades básicas de saúde com horário estendido. Para ele, isso é repassado como uma "notícia boa", mas acaba colocando os municípios em uma situação difícil. Os detalhes sobre o regramento serão discutidos posteriormente.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS/ Inhumas /Presidente do COSEMS, concordou com a situação, tentando apaziguar a discussão sob a perspectiva do recurso financeiro. Ela observou que a propaganda veiculada é negativa, especialmente em período eleitoral. Há divulgação de ampliação da Unidade, mas a realidade é que "tudo continua do mesmo jeito", e o governo Federal anuncia sem que os Municípios vejam benefícios concretos. A forma como a mídia divulga a situação é péssima, tornando impossível qualquer defesa do que está sendo veiculado. Analisando a situação, a Dra. Patrícia considerou que um incremento de três mil reais para recebimento imediato pode parecer bom. No entanto, a longo prazo, com uma previsão de 21 indicadores a serem alcançados, os Municípios já demonstram dificuldade para atingir apenas sete.

SMS Cristianópolis, expressou que a ideia do CONASEMS de manter 100% do pagamento é "perfeita, excelente", mas ressaltou que "100% de nada é nada". Ele comparou a situação ao que ocorreu no Previne Brasil, onde o recurso não foi incorporado. Municípios que possuíam Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Atenção Primária perderam tudo, incluindo o Informatiza



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

APS e o Saúde na Hora, para quem tinha esses programas. Esse impacto representa uma perda de R\$ 9.500,00 por mês para cada equipe. Em contrapartida, o Ministério da Saúde destinou R\$ 3.000,00. O representante enfatizou a necessidade de considerar o fator de correção, pois, embora o pagamento de 100% durante um ano seja excelente para o município se organizar, os recursos suprimidos com a extinção de portarias não são compensados apenas por um pagamento de 100% sobre uma base já reduzida.

Encaminhamento vai para CIB como informe.

1.5 Dificuldades de atendimento por parte do SAMU – 192.

Dra. Sueli Aparecida da Silva – SMS Damolândia, afirmou que as dificuldades de contato com o 192 não são exclusivas de seu município, mas abrangem toda a Macrorregião de Saúde Central. Relatou que, sempre que Damolândia liga para o 192, a chamada cai na base de Anápolis, que não é a base responsável pelo município. Isso causa uma perda de tempo significativa até conseguir contato com Goiânia para transferir pacientes ou lidar com outros casos do hospital ou do município. O município de Campestre também enfrenta dificuldades para contatar o 192 e na demora do atendimento. Campestre já enviou um ofício ao Ministério Público solicitando ajuda em relação a essa demora. Enquanto Trindade auxilia Campestre, Damolândia recebe apoio de Petrolina e Nerópolis. No entanto, em todos os casos, a Central de Goiânia é necessária para liberar a ambulância. Mencionou a sugestão de criar um grupo de WhatsApp, mas expressou ceticismo, pois acredita que não funcionará devido à falta de acesso da população. Enfatizou a necessidade urgente de um respaldo e uma solução efetiva para o problema.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS/ Inhumas /Presidente do COSEMS, classificou a situação como muito séria. Ela reconheceu a boa vontade em disponibilizar um WhatsApp para solicitar atendimento do SAMU, mas ressaltou que a população desconhece esse recurso. Em casos de acidentes em rodovias (GO) ou urgências domiciliares, a situação é gravíssima, pois vidas estão em questão. Alertou que a falta de um atendimento eficaz, como previsto na portaria, levará a óbitos. Citou o exemplo do município de Damolândia, que depende da ambulância de Inhumas, pois não possui base descentralizada. Para a ambulância de Inhumas ser liberada, é necessária a autorização da Central 192 de Goiânia, o que torna o atendimento moroso. Afirmou que a situação piorou e que há um problema instalado de desassistência total e descobertura por completo, que precisa ser resolvido de imediato para evitar óbitos.

Dra. Sueli Aparecida da Silva – SMS Damolândia, concordou com a fala da Presidente do COSEMS. Afirmou que o município de Damolândia enfrenta a demora no atendimento quando a população liga para o 192, pois a chamada cai na Central de Anápolis, que não atende o município.

Dr. José Cleodark – SMS Goiânia/Coord. SAMU, esclareceu um mal-entendido sobre o uso do WhatsApp. Explicou que, quando mencionou o aplicativo, referia-se à comunicação entre os gestores das bases descentralizadas, e não ao contato com a população. Ressaltou que jamais seria o caso de a população usar o WhatsApp para ocorrências, pois isso não teria cabimento. As



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

ocorrências em cidades com bases descentralizadas são, sim, comunicadas à central via WhatsApp para abertura, mas a ocorrência em si é feita por ligação ao 192. Reconheceu que existem dificuldades com as chamadas para o 192. Essa não é uma questão nova; é um problema antigo, de muito tempo, e quem participou das reuniões do Ministério Público tem ciência disso. A operadora Oi será notificada devido a essas dificuldades de comunicação. Além da notificação da operadora, uma solução crucial é a transferência da base de regulação para a base administrativa. Isso aumentará o tronco de linhas e melhorará bastante o serviço. Enfatizou que essa é uma cobrança antiga, de vários anos, e que a gestão atual está tomando providências para resolver o problema. Detalhou que o problema vem desde a época em que o SAMU operava no Jardim Goiás. A transferência da regulação para o centro de comando e controle de segurança pública, na verdade, piorou a situação, pois se houver um problema que considerem um ataque à rede, tudo é bloqueado. Outra dificuldade é que, ao ligar de municípios como Petrolina ou Campestre, a chamada pode cair em outra regulação que não seja a de Goiânia. Da mesma forma, ligações da Região Sul de Goiás caem na Central Sul, dentro de Goiânia. Essa é uma questão da operadora, e o SAMU não tem condições de resolver isso sozinho. Um ponto adicional levantado na ata da reunião foi a conduta dos servidores que recebem as ligações, especificamente a questão da arrogância. Afirmou que essa questão precisa ser denunciada formalmente. A coordenação fará uma orientação técnica e tomará as providências cabíveis em relação ao servidor, conforme a Portaria Nº 010 e a estrutura da Coordenação, que está ali para isso. No entanto, é fundamental que as reclamações cheguem à Central de forma documentada, e não apenas mencionadas em reunião sem o envio de um ofício formal.

Dra. Paula Pereira – Superintendente/SPAIS/SES, enfatizou a importância de compreender que a Comissão Intergestores Regionais (CIR) é uma instância de discussão entre os gestores. O que é discutido nessa comissão é uma demanda que pode ser deliberada e registrada em Ata. Explicou que o gestor municipal de Goiânia utiliza esse registro para sua articulação interna, pois o conteúdo de uma reunião da CIR é transscrito em Ata, tornando-se um documento oficial que respalda todos os gestores em suas discussões e encaminhamentos. Expressou surpresa quanto à forma como essa informação chegou ao Dr. Sérgio Nakamura. Também mencionou que houve uma reunião com o Ministério Público na semana passada, na qual foram dados diversos direcionamentos. O próprio Ministério Público solicitou que a SES acompanhe as questões em andamento, especialmente aquelas relacionadas ao SAMU de Goiânia.

Dra. Sueli Aparecida da Silva – SMS Damolândia, complementou que o gestor de Goiânia estava presente, mas em uma representação inadequada, pois ninguém tentou explicar a situação. As pessoas que estavam lá trabalham no SAMU e também recebem ordens, o que as deixa perdidas sem saber como lidar com a situação, embora estejam tentando ajudar. Relatou que ela mesma foi mal atendida ao tentar ligar. A pessoa se recusou a se identificar, então a Dra. Sueli anotou o horário. Argumenta que, se a pessoa não está satisfeita, precisa, infelizmente, pedir para sair, pois o atendimento é crucial. Mencionou que a pessoa não quis passar para o médico nem informar o número da ocorrência, o que complicou a situação, pois estava com um paciente que precisava de transporte. Teve que acionar outro médico para não deixar a unidade sem cobertura. No município, o médico plantonista teve que sair com o paciente porque não conseguiu nem

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

mesmo se comunicar com o SAMU. Afirmou que a situação é muito grave.

Dr. José Cleodark – SMS Goiânia/Coord. SAMU, informou que possui as portarias e os decretos necessários para repassar a situação ao servidor da forma como está sendo conduzida. Ressaltou a importância da documentação, que, segundo ele, chegou recentemente.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS Inhumas /Presidente do COSEMS, explicou que a questão não foi tratada em tempo hábil porque o gestor não estava presente no seu espaço de governança. Afirmou que, assim que a reunião termina, todos os gestores municipais têm acesso à Ata. Devido ao avanço da hora, para dar andamento à pauta, Dra. Patrícia sugeriu que, já que o Ministério Público acompanha o processo e a Superintendência se colocou à disposição, pode-se investigar quais operadoras das outras centrais, como a de Aparecida, que prestam um bom atendimento, poderiam servir de exemplo. A ideia é analisar os casos de sucesso e bom atendimento para aplicar na Central de Goiânia, pois o problema atual é gravíssimo e piorou consideravelmente nos últimos meses. Dra. Patrícia reconheceu que problemas esporádicos eram relatados nos espaços de governança dos gestores, nas CIRs e nos GTs, mas nunca com a gravidade atual. Para dar prosseguimento a essa pauta, sugeriu que um gestor forneça as Atas das reuniões da CIRs que aconteceram, pois esses documentos já são suficientes para dar os devidos encaminhamentos com a equipe necessária.

Dr. Sérgio Nakamura – SMS Goiânia, concordou que a Ata é um documento que serve de embasamento, não havendo dúvidas quanto a isso. No entanto, considerou estranho que a primeira reclamação tenha sido feita na CIR em vez de ser enviada oficialmente por ofício.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS Inhumas /Presidente do COSEMS, solicitou à Dra. Suely que, se possível, descrevesse todos os sete municípios que verbalizaram suas várias tentativas de contato com a direção da unidade, as quais não obtiveram encaminhamento.

Dr. Sérgio Nakamura – SMS Goiânia, perguntou se algum ofício havia sido enviado à secretaria sobre o assunto.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS Inhumas /Presidente do COSEMS, esclareceu que os sete municípios presentes na CIR estavam envolvidos. Em vez de encaminhar a questão para a ouvidoria do Ministério, considerou mais eficaz trazer o problema para o GT (Grupo de Trabalho), dentro desse espaço de governança, acreditando que a solução seria mais eficiente do que por meio do encaminhamento da Ata ou da ouvidoria do Ministério.

Dra. Sueli Aparecida da Silva – SMS Damolândia, explicou que encaminhou o ofício para a Regional porque considera fundamental documentar a situação. Reconheceu que talvez a falha tenha sido não ter reclamado antes, concordando com o Dr. José Cleodark que os problemas existem há muitos anos. No entanto, ressaltou que, se a situação está piorando e nada for feito, ela só continuará a se agravar.

Dr. José Cleodark – SMS Goiânia/Coord. SAMU, relatou sobre uma reunião no Ministério Público na qual foi discutida a retenção de macas por parte dos hospitais do Estado. Mencionou que, ao tentar resolver a situação da forma como está sendo abordada atualmente, foi solicitada a reunião da documentação. Não foi mencionada a Ata da reunião para solucionar o problema. O



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Estado pediu que elaborassem esses documentos para que pudessem notificar os hospitais, o que demonstra uma tentativa de resolução. O Dr. José Cleodark entende a situação, pois em reuniões anteriores já havia sido discutida a transferência da regulação da base administrativa, o que, acredita-se, resolverá o problema. Ao comparar as ligações para outras regulações, como a do Centro Sul, que não está integrada ao Centro de Inteligência, e considerando que a Regulação está no Centro de Comando e Controle de Segurança Pública, surgem problemas que não estão vinculados apenas às operadoras Oi ou TIM. Há uma série de outras questões envolvidas. Com a transferência da Regulação para a base administrativa, tanto a questão dos servidores quanto as dificuldades na recepção das chamadas telefônicas serão resolvidas. Ele reiterou que, quando foi solicitada a resolução do problema da retenção de macas nos hospitais, foi pedida a documentação para auxiliar. Agora, há a expectativa de que se resolva a questão do que foi registrado em Ata. É fundamental ter essa documentação para conseguir resolver o problema, principalmente em relação aos servidores. Não é simples realizar uma orientação técnica ou solicitar à diretoria ou superintendência um ajuste de conduta ou sindicância sem documentação. É possível convocar o servidor para uma orientação técnica e um trabalho interno, e isso será feito, como já está sendo. No entanto, para acionar o servidor de forma correta, é preciso ter a documentação. Assim, será utilizada a documentação existente, e o processo será realizado.

Regional de Saúde Central, informou que, após a reunião da CIR, foi encaminhado um processo SEI com um ofício ao Dr. Wilson Polara. Foi solicitada uma agenda para dialogar sobre a situação, pois não se trata de um problema recente da CIR, mas sim de uma questão que se arrasta por várias reuniões, tendo sido levantada em CIRs e CIMs anteriores. A ideia é conversar com ele para entender melhor o que está acontecendo. O Coordenador aguarda o agendamento dessa reunião com o Dr. Wilson Polara para que também acione a Dra. Paula e o Dr. Luciano. Mencionou que o grupo será composto por cerca de cinco secretários presentes, incluindo a Dra. Eli, a Dra. Fernanda, e o Dr. Gustavo, do município de Trindade.

Dra. Paula Pereira – Superintendente/SPAIS/SES, informou que, para um melhor direcionamento, a discussão no Ministério Público abordou outra questão, com vários pontos de encaminhamento, e o Estado está participando e acompanhando o processo. A pauta em questão foi específica em relação ao tronco telefônico, que é uma questão de operadora, e também à forma como têm ocorrido as ligações, informações e a atuação de alguns servidores. Visto que a própria Regional já havia solicitado uma reunião com o Secretário de Saúde de Goiânia, pediu ao Dr. José Cleodark, diretor do SAMU, que reforçasse essa agenda junto ao gabinete do Secretário para que ocorra o mais rápido possível. Acredita-se que, nessa reunião, os gestores municipais trarão todos os detalhamentos e processos já realizados que não obtiveram resposta até o momento, para que se consigam melhores alinhamentos sobre o assunto. A informação será repassada à Dra. Camila, pois estava presente na reunião do Ministério Público e poderá indicar alguns direcionamentos para que seja dado um encaminhamento à pauta.

Dra. Camila Brum, corroborou a fala do Dr. José Cleodark, confirmado sua participação em uma reunião no Ministério Público. Destacou que, embora várias pautas tivessem sido discutidas, a questão específica do 192 foi o ponto central. Ressaltou que não apenas Goiânia, mas também outros municípios, têm acionado a Secretaria de Estado da Saúde (SES) devido às dificuldades



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

com o número 192. Já foi identificado que o problema reside no tronco telefônico. Tentativas de contato com as operadoras via e-mail e ofício não foram suficientes. Por isso, a SES está adotando uma nova estratégia: buscando alinhamento para uma reunião com a Anatel. A mudança de operadoras em diferentes municípios complicou a situação, levando a SES a buscar uma instância superior para agilizar a resolução. A SES já está em contato para agendar essa reunião com a Anatel, visando discutir e identificar a raiz do problema no tronco do 192 e, assim, encontrar uma solução o mais breve possível. A data da reunião ainda não está definida, mas essa é a estratégia atual da SES para lidar com a situação.

Dra. Paula Pereira – Superintendente/SPAIS/SES, informou que a pauta pode ser encaminhada após a reunião com Goiânia, onde diversos representantes de municípios apresentarão as questões vivenciadas pela Dra. Suely e outros. A partir desse alinhamento com Goiânia, será possível definir as estratégias e o que o município está organizando para as questões mais ligadas à assistência do serviço, como a do tronco telefônico, que está tentando alinhar com a Anatel. Reconheceu que os problemas são muitos e não sabe mais o que dizer em relação a operadoras, precisando realmente da conversa com a Anatel. Espera que, com a Política da Rede de Urgência e Emergência, que está em fase de organização e discussão, haja um acesso mais fácil para o alinhamento. Orientou o Dr. José a verificar com o secretário e outros representantes, como o Dr. Sérgio Nakamura, para que a agenda possa acontecer. Existe uma grande expectativa e ansiedade dos municípios da Região para que a conversa ocorra e se encontrem soluções para o SAMU e a Central de Regulação de Goiânia. Acompanha os problemas há bastante tempo e necessita do momento de alinhamento e conversa com o município para entender o que está acontecendo e resolver as questões. A reunião é aguardada para que a discussão com o município possa ser feita, já que a CIR é a instância adequada, mas a fala do município não ocorreu. Agora, a reunião é esperada para que todos os esclarecimentos possíveis sejam obtidos.

ENCAMINHAMENTO: a pauta não vai para a reunião da CIB, porque aguardará o retorno do Gestor de Goiânia em relação a agenda e depender do próximo GT a Regional trará o encaminhamento.

3 – INFORMES:

Todos os informes serão feitos diretamente na Reunião da CIB por sugestão da Dra. Paula Pereira – Superintendente/SPAIS/SES. Acatada a sugestão pela Dra. Patrícia Palmeira – SMS Inhumas /Presidente do COSEMS

3.1 – Competências a serem utilizadas para o cálculo da contrapartida estadual do 1º Quadrimestre de 2024 - (Apresentação: Silma Gomes – GERAP/SPAIS/SES)

Apresentação diretamente na CIB

3.2 – 1º Encontro SUS/SUAS – ocorrerá no dia 23/04/2024 – (Apresentação Natália dos Santos



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Silva – Gerente de Saúde Mental – GESM/SPAIS/SES)

Apresentação diretamente na CIB

3.3 – Seminário Estadual sobre Crise e Urgência em Saúde Mental – ocorrerá nos dias 19 e 20 de junho de 2024 (Presencial) - (Apresentação Natália dos Santos Silva – Gerente de Saúde Mental – GESM/SPAIS/SES)

Apresentação diretamente na CIB

3.4 – Reunião sobre Regionalização dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS Ocorrerá no dia 26 de abril de 2024 (on-line) - (Apresentação Natália dos Santos Silva – Gerente de Saúde Mental – GESM/SPAIS/SES).

Apresentação diretamente na CIB.