



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

3ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO GRUPO DE TRABALHO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Data: 18/03/2024

Horário: 09:00 horas

Por Videoconferência

PAUTA

1 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO:

1.1 – Apresentação do REGNET (funcionalidades). (Apresentação: Cárita – GERCE/SUREG/SES)

Dra. Carita Castro – GERCE/SUREG/SES, falou sobre a regulação de cirurgias eletivas, falou do Programa Nacional de Regulação das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e consultas Especializadas do Estado de Goiás – 2024, mostrou o formulário do Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas – REGNET, uma nova funcionalidade, módulo fila única, da fila estadual, onde cada gestor municipal consegue visualizar a situação do próprio município. Não é possível até o momento verificar a inserção de pacientes que passaram pelas unidades estaduais, o que está sendo chamada de fila estadual. Aí todos têm a possibilidade de pesquisar no REGNET Fila Única todas as cirurgias que estão no REGNET, se é do módulo inserção do município ou do módulo inserção do Estado. Mostrou o Manual do Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas.

Dra. Amanda Limongi – SUREG/SES, disse que foram em todas as reuniões das Comissões Intergestores Macrorregionais – CIMs e os municípios solicitaram a apresentação, visualização, e conseguiram organizar e finalizar e estão todos a disposição. É importante que o gestor tenha noção de como está a fila e possa gerenciar como está a movimentação da fila, mesmo quando está para as unidades Estaduais. O objetivo é que realizem as cirurgias dos pacientes num tempo mais oportuno. Caso seja uma cirurgia que esteja na fila Estadual, consegue visualizar no seu Município ou com outro onde tem pactuação, mas o importante é o paciente ser operado o quanto antes.

Dra. Carita Castro – GERCE/SUREG/SES, continuou a apresentação do manual mostrando o sumário: acesso ao Sistema; cadastro e atualização da solicitação; não execução do procedimento; execução do procedimento (apenas para município executante); acesso à fila estadual. Terão a informação do encaminhamento do paciente, se já fez a cirurgia pode encerrar a solicitação. Reforçou que isso não é novo, os municípios têm esta funcionalidade disponível e a execução do procedimento liberado apenas para os municípios executantes, quando executado, deve dar baixa e por último uma nova funcionalidade e no manual tem a explicação passo a passo como acessar a fila estadual e terão a possibilidade de verificar todo o encaminhamento do paciente: se executado o procedimento, se concluído, se encerrado, inclusive as cirurgias que já foram feitas. Colocou a disposição para tirar as dúvidas.

Dra. Amanda Limongi – SUREG/SES, fez um questionamento sobre os protocolos de regulação. Têm os protocolos de cirurgias eletivas e se poderia incluir na pauta, poderia ser até *ad refe-*



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

rendum para atualizar, pois é de 2021, é o mesmo que está no site, mas tem alteração por conta dos processos de judicialização. Muitas vezes quando vai defender um processo de judicialização justifica com os protocolos, quais são os processos de trabalho envolvidos em relação a regulação do paciente. Ai questionou se poderia fazer uma resolução e incluir tanto o protocolo do REGNET quanto o de regulação ambulatorial de cirurgias eletivas.

Dra. Paula Santos – Superintendente/SPAIS/SES, respondeu que acha que não tem problema e perguntou para Lirce se podia.

Lirce Lamounier – Secretária Executiva CIB, disse que se todos estivessem de acordo não via problema.

Dra. Amanda Limongi – SUREG/SES, disse que poderiam fazer uma apresentação rápida, pois não é um protocolo longo, está em vigência, com atualizações.

Dra. Sônia Faustino – SMS Gameleira, disse que como a Dra. Cárta falou, este sistema não é novo, queria saber se a rotina e todos os executantes já alimentavam o sistema, se é rotineiro, porque é de grande importância para o gestor saber se o paciente fez cirurgia ou não e vê como uma ferramenta muito importante e sabe que tem os GTs, tem a CIB, mas acha importante estar notificando formalmente cada executante, até imagina a resposta que terá, mas deseja saber se é rotina a alimentação do sistema.

Dra. Carita Castro – GERCE/SUREG/SES, disse que por parte das unidades estaduais é rotina e faz parte do processo, a unidade só consegue acessar o sequencial para faturar o procedimento e estão alimentando o sistema, se está tudo certo. Por parte dos municípios tem oportunidade de melhoria, alinhar com os municípios executantes.

Dra. Amanda Limongi – SUREG/SES, outro ponto que a Cárta não falou que é a possibilidade de passar os filtros de SIH e de SIA. Rotineiramente a cada nova sequência, a cada nova produção que é lançada consegue passar o sistema automaticamente e aí já acompanha a produção, consegue identificar o paciente que operou e aí dá baixa no REGNET automaticamente. Então mesmo que as unidades de saúde não faça isso há a possibilidade, pois o REGNET fila única, porque o estadual se não for alimentado não consegue lançar a produção no sistema, não fatura o procedimento. Devem ter toda intenção e a organização de sempre atualizar. REGNET fila única por não ter a gestão das unidades que realizam procedimentos cirúrgicos por serem municipais, passa os filtros de SIH e SIA com frequência a cada vez que o Ministério passa o arquivo e aí automaticamente é dada a baixa do paciente que realizou o procedimento cirúrgico.

Dra. Simone Elias – SMS Serranópolis, perguntou para Dra. Amanda se tinha como enviar o protocolo para o COSEMS para que tenham o acesso e possam conhecer porque se tiverem de acordo podem colocar na pauta da reunião da CIB.

Dra. Amanda Limongi – SUREG/SES, disse que tudo bem, não tem atualização recente, foi atualizado no ano de 2023 e está disponível no site da SES, mas vai encaminhar logo depois que terminar a reunião.

Dra. Maria Aparecida Rodrigues – Secretária Executiva do COSEMS, disse que o que queria era exatamente pedir para que enviasse ao COSEMS, por mais que saibam que foram feitos ajustes



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

pontuais durante o caminho, mas podem verificar e sem problemas colocar na pauta da reunião de sexta-feira cedo, do COSEMS para que possam ler.

Dra. Amanda Limongi – SUREG/SES, disse que provavelmente em breve farão mais uma alteração e aí passa novamente, no momento tem uma certa urgência por conta da judicialização, faz parte da estratégia de resposta colocar os protocolos vigentes. Estão acontecendo alguns questionamentos com relação a resolução CIB que aprova o protocolo porque é esta a justificativa que fazem o envio de pacientes para a regulação é via Secretaria Municipal de Saúde, não pede inserir via Estado e é um questionamento frequente, então precisa estar com estes protocolos atualizados com resolução CIB.

Dra. Simone Elias – SMS Serranópolis, falou que na sexta-feira o assunto será assunto de pauta.

Lirce Lamounier – Secretária Executiva CIB, pediu para Dra. Paula, Dra. Amanda, Dra. Simone e Dra. Maria Aparecida que se o assunto for para a pauta avisar até quinta-feira, para que possa levar a inclusão de pauta na sexta-feira, para a reunião da CIB.

Este assunto vai para a pauta da CIB, ficando para depois o fluxo e se todos estiverem de acordo será colocado como inclusão.

Dra. Maria Aparecida Rodrigues – Secretária Executiva do COSEMS, perguntou se este assunto fica como apresentação e discussão e o protocolo como discussão e pactuação.

Dra. Paula Pereira – Superintendente/SPAIS/SES, respondeu positivamente, colocará em pauta conforme o retorno do COSEMS.

Inclusão de pauta:

1.2 – Morosidade na entrega dos resultados de prevenção. Verificar possibilidade de habilitar novos serviços considerando Portaria SAS nº 1.139, de 22 de novembro de 2021. (SMS Flores de Goiás)

Dra. Maria Aparecida Rodrigues – Secretária Executiva do COSEMS, disse que a proposta é enviar um ofício ao Ministério da Saúde sobre a discussão da portaria que regulamenta a habilitação de exames citopatológico, tipo I e tipo II, pois existem muitos problemas em Goiás porque a portaria determina que tem que fazer no mínimo 1250 lâminas por mês. Foi publicada a Portaria SAS nº 1.139, e não retirou a obrigatoriedade, na portaria, mas mudou no sistema, aí criou a dúvida, mudou no sistema por equívoco ou realmente pode e não está na portaria? Então o melhor é enviar ofício ao MS solicitando orientação, pois a dificuldade dos municípios em dar a resposta do resultado porque tem poucos laboratórios em Goiás. Tem Região, como a Macrorregião Sudoeste não tem laboratório habilitado para atender. Solicitou a SES que encaminhe ofício ao MS, e fizesse uma consulta formal na área de oncologia sobre a portaria, se pode habilitar laboratório que tenha capacidade de fazer menos de 1250 lâminas ao mês. Disseram que estavam rediscutindo a portaria e que seria publicada, mas já tem um ano dessa informação e os municípios continuam sofrendo com a demora dos resultados, pois os laboratórios não conseguem entregar no tempo ideal.



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Paula Pereira – Superintendente/SPAIS/SES, disse que realmente não têm atualização do MS e quando busca informações sobre a saúde da mulher, com relação ao citopatológico, voltado para atenção primária, atualmente não tem referência e não tem uma coordenação da saúde da mulher para esclarecer as dificuldades. Se dispôs a encaminhamento ao MS e propôs fazer em conjunto com o COSEMS para reforçar a necessidade, com questionamentos para que tenham melhor posicionamento por parte do MS.

Dra. Delzana Amorim – Regional de Saúde Sul, disse que é Subcoordenador de Atenção à Saúde, na atenção especializada, e gostaria de aproveitar o momento para fortalecer o assunto, pois são procurados pelos municípios da Região para ver se conseguem uma solução, pois os prestadores de serviço demoram mais de 60 dias para entregar o resultado, eles entram em contato com a Secretaria de Saúde de Goiânia, com quem tem pactuação, para reclamarem, pois estão perdendo pacientes na atenção primária por causa da morosidade.

Dra. Paula Santos – Superintendente/SPAIS/SES, completou dizendo que encaminharão o documento buscando esclarecimentos sobre o assunto.

Dra. Sônia Faustino – SMS Gameleira, falou que esta situação não é localizada, é geral, e vivem um conflito, pois tem um indicador para cumprirem, além de garantir o acesso em tempo hábil para as pacientes e chegar ao tratamento no tempo certo, mas não tem oferta de serviço. É uma situação gritante, pois são dois motivos graves, monitorar as mulheres e por outro lado a oferta do serviço. Este assunto tem sido discutido na Região de Saúde Pireneus e não têm laboratório que atende a Região, o laboratório de Anápolis foi descredenciado, porque o proprietário não quer mais atender pelo SUS. Pediu a Secretária Executiva do COSEMS para colaborar e providenciar o documento urgente, pois tem anos que vêm arrastando este problema.

Dra. Janine Carvalho – SMS Mineiros, reforçou a fala da Dra. Sônia, pois a realidade da Região Sudoeste é semelhante a da Região Pireneus. Em relação a laboratórios de rede privada têm boa oferta, teriam onde fazer os exames, a questão é que não conseguem fazer as 15.000 lâminas por ano. Que no ano de 2023, tentaram um diálogo com um laboratório de Jataí, mas a resposta é que não conseguem realizar exames conforme é exigido pelo MS. Estão perdendo pacientes para a rede privada onde a análise da lâmina fica pronta no mesmo dia, aí perde a paciente, o monitoramento e o indicador prejudicado.

Dra. Paula Pereira – Superintendente/SPAIS/SES, disse que o assunto fica com o encaminhamento, a área técnica da SPAIS vai minutar o documento, passar para o COSEMS contribuir e assinar junto. Pode até verificar se conseguem uma reunião com o MS para que possam sanar dúvidas, pode chamar mais gestores para realmente discutir melhor e conseguir informações que esclareçam o assunto, pois é impacto muito grande no processo de tratamento das pacientes.

Lirce Lamounier – Secretária Executiva da CIB, questionou sobre o encaminhamento. O assunto não vai para a pauta da CIB, fica com o encaminhamento proposto.

Dra. Simone Elias – SMS Serranópolis/Vice Presidente do COSEMS, disse que a SES ficou de dar início, de providenciar a solução do assunto.

1.3 – Apresentação do fluxo de encaminhamento da relação de cirurgias eletivas do Programa



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Nacional de Redução de Filas de 2024 ao município de Goiânia. (Dra. Érica Ximenes Belo – Superintendência de Regulação, Avaliação e Controle/SMS de Goiânia).

Dra. Érica Ximenes Belo – Superintendência de Regulação, Avaliação e Controle/SMS de Goiânia, perguntou para Dra. Paula quando é que vão enviar os procedimentos de cirurgia para a SMS Goiânia, Dra. Amanda respondeu que já encaminhou para o Ministério da Saúde pediu algumas correções e assim que aprovarem o plano estadual de redução de filas de cirurgias eletivas, avisarão a todos para começar a operar. Disse que foram poucas as correções, as vezes enviarão naquele dia com as correções e as vezes até na sexta-feira já têm uma posição.

Dra. Carita Castro – GERCE/SUREG/SES, disse que já estava encaminhando

Dra. Érica Ximenes Belo – Superintendência de Regulação, Avaliação e Controle/SMS de Goiânia, disse que pretendem que os municípios enviem para a SMS uma relação das cirurgias, que preencham uma planilha com os dados, e assim que liberarem as cirurgias pactuadas as SMSs passem a lista preenchida para que possam fazer a programação. Goiânia vai fazer as cirurgias relacionadas na área de oftalmologia, varizes, cirurgia geral e ginecologia. Fizeram a pactuação com 86 municípios. Apresentou o modelo da planilha e a servidora que trabalha na parte de cirurgias eletivas já deve ter enviado para os municípios, inclusive aqueles que não receberam podem utilizar o e-mail para avisarem que não receberam a planilha e este e-mail é o que será usado para entrarem contato com a SMS Goiânia e vice-versa. O mais rápido que puderem enviar será melhor para que possam planejar a realização dos procedimentos. Pediu que as SMSs enviassem a planilha até o final de abril e fazer tudo direitinho e não ficar dúvidas na realização. Muito importante o uso do e-mail e vão disponibilizar também um whataspp, onde os municípios poderão comunicar com a SMS Goiânia.

Dra. Simone Elias – SMS Serranópolis/Vice Presidente do COSEMS, questionou o e-mail porque estava muito apagado.

Dra. Paula Pereira – Superintendente/SPAIS/SES, leu cirurgiaseletivasgyn@gmail.com para todos e pediu para Dra. Érica colocar no chat.

Dra. Érica Ximenes Belo – Superintendência de Regulação, Avaliação e Controle/SMS de Goiânia, disse que neste primeiro momento devem usar o e-mail e o whatsapp, quando ficar pronto, será enviado via e-mail.

Este assunto vai para a pauta da reunião da CIB.

2 – DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO:

2.1 – Habilitação do serviço de vasectomia – Código 1902, para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás "Dr. Albanir Faleiros Machado" - HERSO, CNES 6665322, em Santa Helena de Goiás. (Apresentação: Chrystiane ou Junelle – COHAB/GECAV/SUREG/SES-GO).

Dra. Junelle Paganini – COHAB/GECAV/SUREG/SES – disse que a documentação está tudo certa para a habilitação proposta.

Este assunto vai para a pauta da reunião da CIB.

2.2 – Habilitação de 10 leitos de UTI Pediátrica para o Hospital Estadual de Itumbiara "São Marcos" - HEI, CNES 2589265, em Itumbiara-GO. (Apresentação: Chrystiane ou Junelle –



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

COHAB/GECAV/SUREG/SES-GO).

Dra. Junelle Paganini – COHAB/GECAV/SUREG/SES, disse que foi feita a visita na unidade, a documentação está toda pronta e passando pela CIB para enviar ao MS.

Este assunto vai para a pauta da reunião da CIB.

2.3 – Contrapartida Estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Viviane de Cassia – GERAF/SPAIS/SES).

Dra. Viviane de Cassia – GERAF/SPAIS/SES, cumprimentou a todos, apresentou um slide, falou que o Componente Básico é a Contrapartida que o Estado tem que é relacionado a agravos e programas no âmbito da Atenção Primária, que tem a pactuação Tripartite, Governo Federal, Estadual e o Municipal. Tem como base a Portaria GM 1.555 de 30 de junho de 2013, destaca que é um percentual de 15% da soma dos valores repassados pelos estados e pelos próprios municípios, poderá ser aplicado, anualmente, na adequação de espaço físico das farmácias do SUS, para a aquisição dos medicamentos e espaço físicos das farmácias. A justificativa para alterar o cofinanciamento: 1 – Necessidade de recompor o valor financeiro, que desde o ano de 2013 está no valor de R\$ 3,00(três reais)/hab/ano; 2 – Na necessidade da Estruturação e Organização da Assistência Farmacêutica(AF), no Estado de Goiás; 3 – Da necessidade em pagamento por performance com foco no processo de trabalho, fortalecendo a Assistência Farmacêutica - AF nos Municípios. Os Blocos de Financiamento seriam: I – Bloco da parte fixa, onde teriam 70% do recurso; e II – Bloco de Processos e Resultados que seria 30% desse recurso, ao todo seria o valor de R\$ 4,50(quatro reais e cinquenta centavos)hab/ano, consideraria a população conforme IBGE, disse que precisa lembrar que as vezes a população diminui, mas não diminuiria a população daquele município, manteria a população do município anterior, antes de diminuir. No Bloco de Processos e Resultado seria 30% composto pelos indicadores estaduais, sendo esses 3 indicadores, como: 1 – Profissional farmacêutico designado como responsável pela AF – valor de 10%; 2 – Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica e / ou Relação Municipal de Medicamentos Essenciais(REMUNE) – 10%; e 3 – Produção de Ações de Educação em Saúde na AF, que seria 10%. A avaliação da utilização do recurso: 1-Aquisição de medicamentos e insumos constantes dos anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), vigente e ações previstas no Artigo 538 da Portaria de Consolidação N°6/GM/MS, de 28 de setembro 2017 nos termos da norma e 3 – Ações e Serviço da AF, podendo utilizar até 15% dos recursos(estadual e municipal) em infraestrutura/investimento. A avaliação do Profissional Farmacêutico designado como responsável pela AF: * Seria a cópia da Portaria ou Decreto nomeando o profissional para o cargo; * Cópia da carteira do Conselho Regional de Farmácia do profissional; * Declaração de inscrição ativa no CRF, farão a avaliação desses três documentos. Na avaliação da Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica e / ou a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUNE: * Cópia da Portaria criando CFT; *Cópia da Portaria de Nomeação dos Membros da CFT; * Cópia da Publicação da REMUNE do município com a aprovação do CMS, para que a REMUNE seja aprovada precisa passar pela avaliação, aprovação do Conselho Municipal de Saúde - CMS; * Atas das reuniões da Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica (CFT).Em relação a Produção de ações de Educação em Saúde na Assistência Farmacêutica: * Solicitou a cópia do relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica do SISAB – Tipo Atividade: Educação em Saúde na categoria profissional Farmacêutico. Precisar atingir 100% da meta, ou seja, realizar pelo menos uma atividade de educação em saúde por mês no trimestre por unidade de atenção primária. A fórmula de cálculo seria: Taxa de Ações de Educação em Saúde = N° de ações realizadas no trimestre dividido pelo N° de unidades de Atenção Primária x100, esse seria o cálculo para avaliar a



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

produção das ações de Educação em Saúde, na AF. Citou outras informações: *O repasse financeiro será na conta específica do Fundo Municipal de Saúde, ficando R\$3,00 (três reais)/hab para os meses de janeiro, fevereiro e março/2024; *A partir do mês de abril/2024, o repasse será realizado mediante apuração dos resultados dos indicadores, conforme (Bloco de Processos e Resultados); não executado, se algum dos municípios não conseguiu atingir nenhum dos três indicadores, estes serão repassados de forma proporcional aos municípios que tiverem atingido todos os indicadores do bloco, na última parcela do exercício anual. O recurso em questão será distribuído segundo o critério *per capita* para os municípios que atingiram todos os indicadores proposto. Finalizou a apresentação e se colocou a disposição para quaisquer esclarecimentos. Agradeceu.

Dra. Paula Pereira – Superintendente/SPAIS/SES, disse que gostaria de fazer alguns apontamentos, foi discutido muito essa proposta de cofinanciamento, no ano e de 2023, a equipe de AF fez levantamentos, tem informações e tiveram várias discussões e a principal questão que querem fazer é atrelar o cofinanciamento à Política de Assistência Farmacêutica no Estado, sabe o quanto é necessário trabalhar para essas questões no processo de fortalecimento da Assistência Farmacêutica, não só na aquisição de medicamento e distribuição, principalmente na qualidade assistencial, os R\$ 6,00 (seis reais) que já recebem que já foi pactuado anteriormente e acrescentar com as pontuações que trouxeram, foi feita só uma programação dessa proposta no ano de 2023, mas como houve algumas questões internas, mudou a Gestão, teve o cuidado de primeiro apresentar para a diretoria do COSEMS, ter um alinhamento para levarem uma proposta a apresentar no mês de março, portanto só foi possível trazer para apresentar neste mês de março de 2024, para pactuação e para que os municípios deixassem de receber os três primeiros meses do ano, vai repassar o valor de R\$ 6,00 (seis reais) como ficou pactuado na Resolução anterior. Portanto já vão receber no mês de abril o valor de acordo com a Resolução anterior. E a partir desse momento trazer os indicadores propostos e pactuados e já deixa claro que a equipe da AF vai auxiliar os municípios, fazer reuniões com os municípios para que possam orientar, auxiliar na organização, após essa pactuação se todos estiverem de acordo farão as reuniões com regiões, para facilitarem a retirada de dúvidas, foi feito um levantamento pela Gerência que muitos municípios precisaram de apoio e estamos prontos para dar todo o apoio para esse movimento. Como foi colocado, as avaliações serão trimestrais, terão tempo para auxiliar aos municípios para que possam se organizar e tirar suas dúvidas. E uma proposta da SES, que traz um maior orçamento para deliberar frente a Política, sabe da importância desse processo junto aos municípios, colocou que a proposta é essa e está a disposição para retirada de dúvidas e rever os pontos se for o caso, para que seja levada para pactuação e pretende ser rápido para que possa trabalhar em cima dos indicadores e sabe que tem as pontuações e considerações que são muito importante, para que possam fazer uma política que seja adequada para todos.

Dra. Carla Guimarães – Assessora Técnica COSEMS, cumprimentou a todos, disse que sabe do empenho da SES em relação a contrapartida estadual para auxiliar aos municípios nas ações do Sistema de Saúde, o que diz respeito a apresentação da Dra. Viviane, o último valor relativo é do ano e 2013, sabe que os municípios têm um custo maior do que isso, e que só repasses são tripartite e definição de responsabilidades, tem os valores do Estado, do Ministério da Saúde e sabe que os valores dos municípios, em respeito a essa pauta da AF está muito fora desse acordo, disse que lembrando as discussões e os diálogos que foram feitos para a construção dessa proposta chega ser um pouco obsoleta, do que havia conversado na última reunião, diante disso disse que fará algumas pontuações até para orientar a própria diretoria do COSEMS que estão participando da reunião. Primeiro se já está a três meses sem receber e tem que pagar o fornecedor, o município não vai poder cumprir com o compromisso dele, já tem a competência



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

dos meses de janeiro, fevereiro e podendo contar o mês de março, o município sem receber a contrapartida, já tem um impacto gigantesco no município, pagou contas, fez compras, para além disso pagar R\$ 6,00 (seis reais), também descumpra uma proposta que já havia acordado e apoiado na última reunião, que era para manutenção do valor cheio até a competência julho, tendo em vista que os municípios vão levar um tempo para se organizarem, o profissional farmacêutico eles tem, é possível perfeitamente atender esses primeiros 6%, poucos municípios vão ter essa dificuldade que é a contratação de farmacêutico, a nomeação da CFT pode acontecer, mas a REMUME propriamente dita não se constrói em menos de 30 dias, é impossível criar a relação municipal em menos de 30 dias, precisa ser construída, observando o perfil epidemiológico, fazendo uma escuta ativa dos doutores, não tem como, se for para copiar e colar fortalecerão propostas fora do SUS, fornecedores irão até oferecer listas prontas para os municípios, para que eles possam pactuar a relação municipal, não é esse o objetivo quando é feito o que já está pronto e trouxe, o objetivo do financiamento é aproximar da Política de Assistência Farmacêutica que tem no Estado, então fazer isso dessa forma a toque de caixa, e pelo contrário fragiliza a Política, precisa pensar nisso. Mas do que isso a proposta de Educação e Saúde também, disse que está em uma fase complicada, das dificuldades do enfrentamento da pandemia, não que não caiba Ações de Educação e Saúde voltadas por exemplo, para a automedicação, diz caber sim, precisa dar um tempo para as coisas se organizarem, os Componente da Atenção Básica foram mantidos por um ano, praticamente, até que os municípios pudessem se organizar, para poder valer os valores. Considerando o descofinanciamento histórico, considerando o valor de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos)hab/ano que ainda é muito a quem dos valores que os municípios gastam, particularmente enquanto COSEMS, devem insistir na proposta inicial, pela manutenção do valor de R\$ 4,50 (quatro reais e cinquenta centavos), da competência julho, nesse período enquanto COSEMS se coloca a disposição para apoiar a Gerência, sentar com os municípios, fazerem reuniões, auxiliarem a organização, colocar o farmacêutico como responsável técnico, quais as documentações que precisam ser providenciadas, como se organizam uma Comissão de Farmácia Terapêutica, as reuniões para o processo da elaboração relação municipal e também a questão das Ações de Educação e Saúde. A preocupação de fazer um pagamento nesta data de março de 2024, retroativo partindo do mês de janeiro do mesmo valor, considerando os gastos que os municípios têm tido, não é algo desejável pelo COSEMS, bem como esse prazo é muito curto para o componente variável cumprindo os indicadores de saúde, para que os municípios estejam recebendo os valores de R\$ 4,50 (quatro reais e cinquenta centavos), disse que deixar essas preocupações e deixa claro que poderia ter deixado pela diretoria do COSEMS e demais gestores que estavam presente na reunião do GT, eles mais do que ninguém sabem do peso do custo da AF, como o orçamento público municipal, reforçou que mais uma vez era isso que gostaria de ter colocado e disse a Dra. Paula o quanto é importante a visão dela(Dra. Paula) e da Secretaria como um todo, como a contrapartida de População Específica, Saúde Mental, e disse que ficou muito feliz em ver que a Secretaria entende que na verdade o SUS acontece nos municípios, lá que a população é atendida e esses serviços que precisam serem oferecidos. Finalizou, agradecendo a todos.

Dra. Paula Pereira – Superintendente/SPAIS/SES, disse que são essas questões mesmo que foram conversadas nas reuniões em manter o valor de R\$ 4,50 (quatro reais e cinquenta centavos) nos três primeiros meses, e conversando até com a questão orçamentaria da SES, na programação, houve alguns receios pelo impacto financeiro da parte da AF e bem como do Estado, disse em deixar o compromisso e a Dra. Viviane, como a reunião da CIB é na sexta-feira, alinharão mais uma vez junto aos superiores.



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Adriana – SMS/Inhumas, parabenizou a fala da Dra. Carla, contemplando o que o município pensava sobre o assunto. Repensar na questão do prazo para organizar o serviço e disse da grande necessidade desse recurso ao município.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SES, se comprometeu a levar os questionamentos dos municípios e pelo COSEMS para aprovar os valores estabelecidos anteriormente. Mantém a pauta dando um retorno ao COSEMS até quinta-feira para prosseguir com a pactuação em CIB.

Dr. João Bosco Carneiro – SMS Caiapônia, disse que o processo de fazer o REMUME é difícil e existe a necessidade de aprovação da Câmara Municipal e Conselho Municipal de Saúde por se tratar de uma nova despesa para constar no orçamento.

Dra. Viviane de Cassia – GERA/SPAIS/SES, anotou os questionamentos e sugestões.

2.4 – Pactuar a Política Estadual de Urgência. (SUBVAIS)

Dra. Loreta Marinho – Gerência de Redes/SES, informou que foi criado um grupo através de Resolução CIB para fazer a minuta dessa Portaria e posteriormente foi validada e discutida de forma conjunta entre o Staff da SES e consultores do Estado de Minas Gerais como o Sr. Antônio Jorge. Foi apresentado também essa minuta à Presidente do COSEMS, sendo bastante discutida. Começou a leitura da Portaria mostrando toda a parte dos considerandos que dá legalidade e regulamenta toda a parte de Urgência à Portaria. Deu continuidade a apresentação mostrando os artigos da Portaria. Apresentou as Diretrizes da Rede de Urgência e Emergência, os componentes da Rede e seus objetivos. Informou que será implantada de forma gradativa essa política e a priorização será pactuada em CIB.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SES, informou que o COSEMS acompanhou mais de perto essas discussões. Sugeriu levar para a CIB os pontos principais.

Dra. Loreta Marinho Queiroz – Gerência Rede de Atenção/SES, continuou a apresentando dos Componentes da Rede de Urgência e Emergência e seus objetivos:

V. Componente hospitalar

Constituído pelas portas hospitalares de urgência e emergência hierarquizados, pelas enfermarias de retaguarda clínica, pelas unidades de cuidados prolongados, pelos hospitais especializados em cuidados prolongados, pelos leitos de terapia intensiva, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pela organização das linhas de cuidado. As linhas de cuidado prioritárias, mas não únicas, são as linhas de cuidado de: LC do infarto agudo do miocárdio (IAM); LC do acidente vascular cerebral (AVC); LC da traumatologia e LC da sepse.

VI. Atenção domiciliar

Compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio.

VII. Complexo Regulador



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

O Complexo Regulador deve garantir o acesso ao recurso pactuados em CIB para a macrorregião e apresentar ao Comitê Gestor Macrorregional da RUE seus relatórios que devem servir de base para monitoramento e alterações nas pactuações de pontos de atenção e fluxos. O complexo também se responsabiliza pela regulação da transferência de pacientes, sendo o responsável pela garantia de transferência inter-hospitalar para as situações de maior gravidade e que exijam transporte especializado (ex.: UTI móvel, transporte aéreo, etc.). Estas transferências de pacientes graves poderão ser realizadas, mas não obrigatoriamente, pelo SAMU-192, cuja função principal é o atendimento às urgências.

O complexo regulador congrega as instituições e competências do sistema SAMU e da Política Estadual de Regulação Assistencial, e tem como objetivo principal garantir a resposta, no tempo adequado, para situações de gravidade com potencial de deterioração rápida do paciente.

Também é responsável, através do Núcleo de Educação Permanente (NEP) em Urgências, dar formação e manutenção da educação permanente para profissionais do SAMU, assim como de toda a rede de atenção às urgências.

O complexo regulador das urgências será administrado por um Consórcio Público Intermunicipal Macrorregional responsável pelo Gerenciamento do SAMU-192, através de convênio com a SES-GO, e abrigará:

- A. Central de Regulação de Urgências do SAMU-192;
- B. Central de Regulação de Leitos(assistencial) Macrorregional;
- C. Unidades Móveis do SAMU e suas equipes alocadas junto ao Complexo;
- D. Núcleo de Educação Permanente em Urgência;
- E. A administração do Consórcio Público Intermunicipal Macrorregional para o Gerenciamento do SAMU-192
- F. Outras centrais de atendimento às urgências como bombeiros, polícias e concessionárias através de convênios particulares entre elas, o consórcio e a SES-GO.

VIII. Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência(RUE)

O Comitê Gestor Macrorregional de Urgências é responsável pelo monitoramento e decisões executivas da RUE Macrorregional, coordenado pela diretoria macrorregional de saúde e composto de membros gestores públicos da saúde, representantes do SAMU, regulação de leitos Macrorregional (assistencial), especialistas, diretores dos hospitais de referência, representante da Atenção Primária, representante da vigilância em saúde, entre outros. Assume o papel de monitoramento e formulador de proposições para a melhoria da rede de urgência. Para tal faz o acompanhamento do desempenho dessa rede, discute e propõe repactuações dentro da rede, apura e analisa reclamações e divergências dentro da sua área de abrangência no que tange à rede de urgência e acompanha a aplicação dos pactos, convênios e contratos para o pleno desempenho da Rede de Urgência e Emergência.

O Comitê Gestor Macrorregional da RUE é constituído como câmara técnica consultiva para todas situação de urgência junto à Comissão Intergestores Macrorregional (CIM), com garantia de escuta ininterrupta e com autoridade delegada pelo poder público e pactuada com todos os componentes da rede para o acompanhamento, pactuação e repactuação dos pontos de atenção e dos fluxos mais adequados ao atendimento das linhas de cuidado estabelecidas:

Art. 5º – Dos critérios organizativos dos pontos de atenção componentes da rede:



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

I – Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde

As SES GO e municípios deverão empenhar esforços na articulação e pactuações, inclusive com vistas a captação de recursos federais, visando enfrentar os determinantes sociais que influenciam o quadro epidemiológico que impacta o componente assistencial da RUE. Com o objetivo de consolidar as ações de vigilância e prevenção de violências e de promoção da saúde e da cultura da paz no SUS, a secretaria estadual e os municípios podem apresentar projetos para o financiamento federal de ações de vigilância, promoção e prevenção às violências e aos acidentes

II. Atenção Primária à Saúde

- A. Acolhimento dos quadros agudos:** o acolhimento/atendimento às urgências de baixa gravidade/complexidade com classificação de risco devem ser desempenhadas por todos os municípios. Como pontos de atenção com portas abertas, também devem ter capacidade de atendimento inicial, com suporte básico de vida, às situações emergenciais.
- B. Capacitação de recursos humanos:** a capacitação inicial e educação permanente dos profissionais da Atenção Primária, para o atendimento às Situações de Urgência ou Emergência serão de responsabilidade tripartite e com acompanhamento do NEP. Através do NEP serão fomentadas orientações sobre cuidados em urgência e emergência para a comunidade.
- C. Estruturação dos recursos físicos:** todas estas unidades devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento de urgências e emergências e sala para observação até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.
- D. Estruturação da grade de referência:** Mediados pelo Comitê Gestor Macrorregional da RUE, e auxiliado pelas Centrais de Regulação de Urgência e de Leitos, devem estar claramente definidos os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitarem de outros níveis de complexidade da rede assistencial, de forma a garantir seu encaminhamento, seja para unidades não hospitalares, pronto socorro, ambulatórios de especialidades ou unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Além disso, devem ser adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, através do serviço de atendimento pré hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

III – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências.

A Macrorregionalização é pré-requisito para análise do componente SAMU 192, com implantação das centrais de regulação das urgências nas macrorregiões, a fim de ampliar o acesso às populações dos municípios.

No planejamento, deverá ser utilizado, prioritariamente, o parâmetro de tempo resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária.

O componente SAMU 192 deverá dispor de programa de capacitação permanente, através do Núcleo de Educação Permanente em Urgência, instalado junto ao Complexo Regulador de Urgências.



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

A implantação do SAMU 192 Macrorregional seguirá a diretrizes contidas na Portaria nº 2.048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002, nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, nº 1.010, de 21 de maio de 2012, e a metodologia empregada pela SES – GO para o atendimento de 100% da população em relação às urgências. A distribuição dos pontos de atenção levará em consideração a combinação dos critérios descritos abaixo, considerando a premissa do tempo-resposta de 100% da população atendida em até 60 minutos de um ponto de atenção fixo e não mais de 25 minutos de um ponto de atenção móvel, a ser pactuada na CIM e CIB.

A organização da RUE e do SAMU seguirá os seguintes parâmetros:

- I. O funcionamento será de modo hierarquizado, estratificado e regionalizado, seguindo o desenho da Rede de Atenção;
- II. O Pólo da macrorregião preferencialmente sediará o Complexo Macrorregional de Regulação de Urgência, integrando-se à Regulação Estadual;
- III. O Pólo da Macrorregião deverá ter, pelo menos, uma Unidade de Suporte Avançado (USA) e uma USB;
- IV. O Pólo da região deverá ter, pelo menos, uma USB;
- V. A localização das bases descentralizadas, onde se situará pelo menos uma USB, obedecerá aos parâmetros de número de população, área de abrangência e tempo resposta.
- VI. O critério de raio de ação dessas bases considerará a velocidade média das vias de 60 Km/h nas rodovias de áreas não urbanas, e de 30 Km/h nas áreas urbanas
- VII. Os municípios que serão sede das bases descentralizadas devem estar localizados em interseção rodoviária. Preferencialmente, devem conseguir abranger pelo menos mais dois municípios, não sendo limítrofes com outros Estados ou macrorregiões;
- VIII. A base que contiver uma USA deverá também conter, pelo menos, uma USB;
- IX. A distribuição geográfica(espacial), para o atendimento de grandes áreas com baixa densidade populacional, deverá atender princípios de malha viária e dar cobertura em áreas onde pelos critérios anteriores permaneceu com um vazio evidente, colocando uma unidade do SAMU no município mais populoso desta área;
- X. A proporção do financiamento tripartite para será pactuada na CIB de acordo com a disponibilidade dos recursos financeiros dos municípios, do Ministério da Saúde e da SES – Goiás, e as legislações vigentes, sendo o componente municipal de 25% do montante para custeio, distribuído de forma per capita na macrorregião, o componente federal derivado das portarias específicas e o componente estadual variável;
- XI. O dimensionamento do serviço deverá obedecer à proposta do plano Macrorregional de investimento e terá custeio tripartite;
- XII. O SAMU Macrorregional deverá ser gerenciado por um ente público de natureza jurídica pública, o Consórcio Público Intermunicipal Macrorregional para o Gerenciamento do SAMU.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

IV – Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas:

Classificação em opção:

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade
I	2 (1 diurno e 1 noturno)
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)
III	4 (2 diurnos e 2 noturnos)
IV	5 (3 diurnos e 2 noturnos)
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)

Para o custeio da UPA 24h, o Ministério da Saúde repassará o valor mensal conforme a capacidade operacional de funcionamento, declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade, de acordo: Para o custeio da UPA 24h Ampliada, habilitada e qualificada, o Ministério da Saúde repassará o valor mensal conforme a capacidade operacional de funcionamento, declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade, de acordo com a legislação vigente.

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade
I	2
II	3
III	4
IV	5
V	6
VI	7
VII	8
VIII	9

V – O Componente Hospitalar:

Portas de Entrada Hospitalares de Urgência: serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. Para o desenho da RUE deverão se enquadrar nos seguintes critérios:



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

- A. Pertencer à unidade hospitalar estratégica para a RUE que seja referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros municípios;
- B. Contar com, no mínimo, 50 (cinquenta leitos) cadastrados no SCNES;
- C. Na condição de hospital especializado, possuir habilitação em, pelo menos, uma das linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, traumatologia ortopedia ou ser referência para o atendimento em pediatria.

Tipologia portas de entrada hospitalares de urgência e emergência estratégicas:

Hospital de Primeiro atendimento com Sala de Estabilização

Hospitais de pequeno porte, menos de 30 leitos, situados em áreas de vazios assistenciais que estejam acima de 60 minutos de uma referência hospitalares regionais situadas em áreas de vazios assistenciais que estejam acima de 60 minutos de uma referência hospitalar microrregional. Com previsão de implantação de Sala de Estabilização, prevista na normativa ministerial.

A Sala de estabilização instalada nestes hospitais visa a estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculada a uma unidade hospitalar articulada e conectada aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências. Idealmente não devem manter o paciente/vítima por mais de 6h.

Requisitos que devem ser observados para implantação da sala de estabilização nestes hospitais:

- a. cobertura regional do componente SAMU 192 para a localidade de instalação da SE;
- b. localização da SE em Município que ocupe posição estratégica em relação à Rede de Urgência e Emergência, objetivando menor tempo resposta para atendimento e encaminhamento aos demais serviços de saúde referenciados;
- c. configuração da SE como serviço de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/graves em locais com grande extensão territorial ou de característica rural ou com isolamento geográfico de comunidades;
- d. instalação da SE em Hospitais de Pequeno Porte, definidos como unidade de referência para o primeiro atendimento e fora da área de abrangência de UPA 24 horas;
- e. presença de equipe mínima de saúde composta por um médico, um enfermeiro e pessoal técnico com disponibilidade para assistência imediata na SE aos pacientes críticos/graves admitidos, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;
- f. treinamento e qualificação da equipe atuante na SE para atendimento de urgências;
- g. A SE deve ser implantada com a observância dos parâmetros constantes do Anexo 9 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, § 1º);

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

- h. Recursos tecnológicos presentes no hospital (24 horas): análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, radiologia convencional e sala de urgência equipada com carrinho de emergência.

1) Hospital Geral

Hospital regional de referência populacional acima de 100.000 habitantes.

Plantão presencial 24 horas: Médico clínico e pediatra ou segundo médico clínico que atenda criança, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

- A. Plantão médico alcançável das especialidades: cirurgião geral, traumato ortopedista, anestesista, ginecologia obstetra (se o hospital for referência para Maternidade), e pediatra (quando não houver plantão presencial do pediatra).
- B. Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, sala cirúrgica disponível para o Pronto-Socorro.

* Os casos de suspeita de lesão vascular deverão ser assumidos pelo cirurgião geral.

2) Hospital Especializado Tipo I:

Hospital de referência para uma ou mais regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização/PDR. Deve ter uma cobertura populacional acima de 200 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel em uma das linhas de cuidado: AVC, IAM, Trauma ou outra a ser definida estadualmente ou pelo Ministério da Saúde

3.1) Hospital de Referência ao Trauma Nível I: Hospital de referência para uma ou mais regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização/PDR. Deve ter uma cobertura populacional acima de 200 mil habitantes. Deve possuir o serviço de referência habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel em trauma. Deve contar com equipe 24h composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.

- a. Plantão presencial 24 horas: Médicos clínicos, pediatria, cirurgião geral do trauma, ginecologia obstetra, traumato ortopedista, neurocirurgião, anestesista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.
- b. Plantão médico alcançável das especialidades: cirurgiões plásticos, cirurgião vascular, buco maxilo facial e outras especialidades de acordo com as necessidades locais e avaliação do comitê gestor de urgência e emergência da macrorregião, tais como: cirurgia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, etc.
- c. Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Especializada, angiografia intervencionista e acesso a heliponto.

3.2) Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares Nível I

Hospital de referência para uma ou mais regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização - PDR. Deve ter uma cobertura populacional acima de 200 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel em doenças cardiovasculares e em especial ao atendimento da linha de cuidado em IAM. Deve contar com equipe 24h composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.

- a. Plantão presencial 24 horas: médico clínico, cardiologista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.
- b. Plantão médico alcançável das especialidades: médico hemodinamicista, anestesista e cirurgião cardiovascular.
- c. Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Geral e Unidade Coronariana, ecocardiografia e hemodinâmica

3.3) Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I

Hospital de referência para uma ou mais regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização - PDR. Deve ter uma cobertura populacional acima de 200 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel em neurologia, dentro da linha de cuidado do AVC. Deve contar com equipe 24h composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.

- a. Plantão presencial 24 horas: médico clínico, neurologista, anestesista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.
- b. Plantão médico alcançável das especialidades: médico neurocirurgião, em caso de serviço de referência deve ser aprovado pelo Comitê Gestor, médico hemodinamicista, radiologista intervencionista.
- c. Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Geral e especializada, ecocardiografia, hemodinâmica, tratamento endovascular, unidade de AVC, ressonância nuclear magnética e capacidade de orientação de outros serviços por telemedicina.



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Hospital Especializado Tipo II (Polivalente):

Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento. Deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 600 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia ortopedia, cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria ou outras linhas de cuidado definidas pelo Estado ou pelo Ministério da Saúde. Deve contar com equipe 24h composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.

- a. Plantão presencial 24 horas: Médicos clínicos, pediatria, cirurgião geral do trauma, ginecologia obstetra, traumatologia ortopedista, neurologista, neurocirurgião, cardiologista, anestesiológico, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.
- b. Plantão médico alcançável das especialidades: médico hemodinamicista, radiologia intervencionista, cirurgião cardiovascular, cirurgião plástico, cirurgião vascular, cirurgião buco maxilo facial e outras especialidades de acordo com as necessidades locais e avaliação do Comitê Gestor de Urgência e Emergência da região, tais como: cirurgia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, etc.
- c. Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Geral e Especializada, Unidade Coronariana, ecocardiografia, hemodinâmica, tratamento endovascular, unidade de AVC, ressonância nuclear magnética, angiografia intervencionista, acesso a heliponto e capacidade de orientação de outros serviços por telemedicina.

Parágrafo Único. O plano Macrorregional para definição do quantitativo e da localização dos hospitais que comporão a rede de urgência e emergência será elaborado em oficinas de trabalho, considerando os seguintes critérios:

I – População adscrita;

II – Tempo resposta de no máximo 60 (sessenta) minutos, através de um ponto fixo ou móvel, para 100% (cem por cento) da população da macrorregião.

Leitos de Retaguarda

O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Urgência e Emergência, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva. O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.631/GM/MS, de 01/10/2015.

Os novos leitos de retaguarda poderão localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas, ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas macrorregiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas.



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

O número de novos leitos de Cuidados Prolongados será calculado de acordo com parâmetros de necessidade definidos em Portaria MS/GM 2395/2011.

Art. 6º Dos critérios de elegibilidade e do incentivo financeiro complementar

A Rede Hospitalar de Urgência e Emergência terá incentivo específico e pactuado junto à CIB do Estado de Goiás, a ser repassado do Fundo Estadual de Saúde e do Fundo Nacional de Saúde, mediante assinatura de instrumento de contratualização para complementar o custeio das equipes, observados os seguintes critérios:

I - Complexidade dos serviços;

II - Densidade tecnológica;

III - População adscrita;

IV - Equipe de assistência necessária; e

V- disponibilidade orçamentária de acordo com o plano de financiamento Macrorregional.

Parágrafo Único. As instituições serão classificadas conforme tipologias estabelecidas nesta Portaria, obedecendo ainda os seguintes critérios:

I. estar localizado preferencialmente em município sede de Macrorregião;

II. aderir às políticas de urgência e emergência da SES-GO e do Ministério da Saúde/MS, implementando as diretrizes propostas de organização da rede hospitalar de Urgência e Emergência;

III. possuir plantões presenciais e alcançáveis nas áreas de urgência de acordo com as tipologias estabelecidas nesta Portaria;

IV. ter os recursos tecnológicos de acordo com as tipologias estabelecidas nesta Portaria;

V. ter habilitação junto ao Ministério da Saúde como hospital e para as especialidades de acordo com as tipologias previstos nesta norma;

VI. responder ao Complexo Regulador da Macrorregião de acordo com a rede estabelecida e os fluxos pactuados.

Os hospitais credenciados e habilitados na Rede de Urgência e Emergência, bem como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), receberão incentivos financeiros federais conforme normatização vigente e incentivos estaduais complementares a serem definidos em instrumento específico, posteriormente.

As instituições só farão jus ao recebimento do incentivo após a efetiva implantação da Rede, obedecidos todos os requisitos dispostos e atestados pela Política Estadual de Urgência e Emergência e pelo Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências.

O SAMU Macrorregional deverá ser gerenciado por um ente público de natureza jurídica pública, o Consórcio Público Macrorregional Intermunicipal para o Gerenciamento do SAMU-192. No ato de adesão à Rede de Urgência, os municípios da macrorregião deverão garantir contrapartida



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

financeira municipal a ser repassada a um ente público de direito público para gestão do SAMU 192 Macrorregional, sendo responsáveis por 25% do custeio mensal do SAMU, dividido per capita na Macrorregião. Tal processo se consolidará através da estruturação do Consórcio Público Macrorregional para o Gerenciamento do SAMU192, para o gerenciamento do SAMU 192.

Compete aos municípios providenciarem o repasse dos recursos financeiros aos hospitais participantes da Rede de Urgência e Emergência, quando se tratar de Gestão Plena. A Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças da Secretaria de Estado de Saúde/SES-GO repassará o incentivo financeiro mediante assinatura do Termo de Compromisso para adesão à Rede de Urgência, aos municípios da macrorregião que deverão garantir contrapartida financeira municipal para custeio do SAMU, no montante de 25% do custeio mensal e a ser definida em instrumento próprio que descreva também a contrapartida financeira estadual e federal.

Todos os repasses mensais ficarão condicionados ao encaminhamento pela CIM do atesto do cumprimento das exigências estabelecidas nos respectivos Termos celebrados.

Para atestar o cumprimento das exigências a CIM se baseará no relatório mensal do

Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência. Nos casos de observação de não conformidades, o pagamento será suspenso. Caso as inconformidades sejam sanadas em tempo hábil, o restabelecimento do pagamento se dará mediante relatório do Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência, que deverá ser aprovado pela CIM.

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Coordenação de Urgências/Emergências, fará o acompanhamento das ações em cada macrorregião onde será implantada a Rede de Urgência.

Esse acompanhamento inclui a participação nas reuniões do Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência, os acompanhamentos e análises dos relatórios definidos no plano de metas do consórcio, o ajustamento do contrato com o consórcio, o acompanhamento dos processos de educação permanente da rede instalada, a execução dos contratos hospitalares realizados (através de relatórios mensais enviados pelo Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência), a análise de registros de ocorrências e dos parâmetros definidos, entre outras ações.

O monitoramento global das respostas da Rede de Urgência é de responsabilidade:

- I. Da Coordenação da Urgência e Emergência, da SES/GO;
- II. Da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação/SES-GO;
- III. Do Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência.
- IV. Da CIM;
- V. Das Comissões de Acompanhamento e Avaliação;

Em cada rede Macrorregional implantada é constituído um Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde,



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

subsidiando a CIM no que se refere às questões pertinentes às urgências da rede instalada, sendo o Comitê Gestor uma Câmara Técnica da CIM.

Caberá ao Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência representar o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias a permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências Regional e Estadual, em suas instâncias de representação institucional.

O Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência emitirá relatório de suas reuniões e deverá submetê-lo à homologação da CIM e parecer dos demais membros que exercem o monitoramento e execução do Programa.

A CIM deverá encaminhar para a Secretaria Estadual de Saúde, mensalmente, o relatório de observância dos contratos firmados, baseando-se no relatório do Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência, para que os repasses sejam mantidos ou suspensos.

DAS COMPETÊNCIAS

COMPETE ÀS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE/SMS:

- I. planejar, implantar em conjunto com o Comitê Gestor Macrorregional de Urgência e Emergência as ações e políticas da Rede de Urgência e Emergência;
- II. monitorar as metas e compromissos qualitativos, emitindo relatório conclusivo ao final da vigência dos Termos de Compromissos firmados;
- III. formalizar os Termos de Compromisso com a SES/GO;
- IV. garantir o investimento inicial para implantação e custeio da infraestrutura física das Bases Descentralizadas Municipais, qual seja, (internet, telefonia, recolhimento de resíduos sólidos de saúde, etc.,) e funcionamento das mesmas em local adequado para guarda e higiene das ambulâncias, bem como o conforto das equipes e a otimização das saídas para as ocorrências, obedecendo ao preconizado pelo Programa Arquitetônico mínimo do Ministério da Saúde.

COMPETE AO NÍVEL CENTRAL DA SES-GO:

- I. Planejar, implantar as ações e políticas da Rede de Urgência e Emergência;
- II. Autorizar o repasse dos recursos financeiros aos Consórcio Intermunicipal Macrorregional da RUE;
- III. Monitorar as metas e compromissos qualitativos, emitindo relatório conclusivo ao final da vigência dos Termos de Compromissos firmados;
- IV. Receber, publicar e acompanhar a execução dos Termos a serem celebrados com os Municípios e Hospitais provenientes desta Portaria;
- V. Realizar projeto arquitetônico e a construção do Complexo Regulador em cada uma das macrorregiões;
- VI. Coordenar os Comitês Gestores Macrorregionais da RUE.

COMPETE AO COMITÊ GESTOR MACRORREGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

I. o monitoramento do acesso à Urgência e Emergência nas 24 (vinte e quatro) horas nos 7(sete) dias da semana por meio do Complexo Regulador Macrorregional;

II. emitir parecer, entre os representantes do Estado e dos Municípios, sobre assuntos referentes à Rede de Urgência e Emergência, a fim de subsidiar as decisões da CIM nas discussões da atenção às urgências e emergências;

Parágrafo Único. Para subsidiar suas decisões, o Comitê Gestor poderá constituir câmaras temáticas de acordo com o perfil epidemiológico da região ou com as peculiaridades do parecer demandado;

III. submeter seus pareceres à aprovação da CIM;

IV. realizar visitas técnicas, periódicas, para o acompanhamento e validação da execução dos compromissos assumidos pelas instituições, emitindo mensalmente relatório de adequação aos contratos que deve ser homologada pela CIM para encaminhamento à Secretaria de Estado da Saúde;

V. analisar e validar os relatórios mensais apresentados pelas Instituições.

Parágrafo Único. A composição do Comitê Gestor Macrorregional de Urgência e Emergência, bem como seu Regimento Interno serão publicados posteriormente em Resolução específica;

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

O componente força nacional de saúde do SUS quando necessário poderá ser requisitado nas situações de crise em que se fizerem necessários.

Em atenção a classificação por porte deverá ser considerado que as unidades que estão habilitadas de acordo com esses critérios, deverão ser readequadas para classificação por opção.

Dra. Paula Pereira Santos – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SES, disse que essa portaria foi revisada pela SES e COSEMS, é baseada na política Ministerial, reforça alguns pontos, não é um plano de ação, subsidia a organização e a construção das redes, vem como um documento que fortalece, mais uma vez, a rede de Urgência Emergência no Estado de Goiás, vai guiar o trabalho com cada região de Saúde, com cada Macrorregião, conforme a necessidade de cada território do Estado.

Encaminhamento: vai para reunião da CIB, fazer um resumo com pontos principais

2.5 – Cofinanciamento para atenção à saúde das populações específicas. (Apresentação: Ana Maria – GERPOP/SPAIS/SES).

Dra. Ana Maria Passos – GERPOP/SPAIS/SES, apresentou qual é o objetivo de todo esse trabalho que fez durante o ano passado(2023), buscou conhecer melhor aonde essas populações específicas da qual essa gerência é responsável, as dificuldades que as populações têm de acesso, às dificuldades que os municípios tem também para fazer uma atenção integral à saúde, e buscou com isso instituir mecanismo de gerenciamento de planejamento para promover a equidade para esses grupos, buscando espaço onde possa promover realmente a equidade de forma intersetorial, porque quando fala de populações vulnerabilizadas não fala apenas de saúde fala



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

de vários segmentos do Estado dos Municípios e das próprias condições de vida dessas populações, e fazem com que muitas vezes elas não consigam acessar de forma plena e de forma resolutiva, então com isso vem sendo discutindo com a Dra. Ana Paula e com Dr. Luciano e com Secretário, buscando de que forma poderia enquanto estava participando dessa promoção de equidade no tempo mais adequado. Apresentou o mapa da população Indígena, locais onde tem aldeias indígenas e onde tem os municípios com maiores contingentes de população indígena no contexto urbano. O cofinanciamento será de R\$ 20.000,00(vinte mil reais mensais), e receberão são municípios que possuem aldeias indígenas no seu território, ou que possuem população indígena não aldeada, com o número mais significativo conforme os dados do CADÚNICO e também conforme os dados que tem no e-SUS, que voltou a falar como já foi falado em várias outras reuniões da GERPOP, com os municípios que tem problema sério no cadastro dessas populações no sistema único, não que eles não estejam cadastrados eles estão, mas não estão identificados no cadastro na maioria das vezes eles não estão identificados como indígenas, por isso não tem dados realmente robustos sobre a população indígena. Então tem que usar o CADÚNICO, o IBGE, mas para a seleção dos Municípios inicialmente foi usado nesse momento por causa de um único que é o que consegue entender como que representa melhor essa população em condição de maior vulnerabilidade. O número de municípios que serão contemplados no ano de 2024 são seis municípios, porque vai começar pelos municípios com aldeias e com maior contingentes população indígena, isso sucessivamente a cada ano vai aumentando esse número, pode parecer um número pequeno, ainda realmente entende que é, mas é o início precisa começar em algum momento com alguns municípios que aquele onde percebe as maiores problemas de acesso dessa população. Os indicadores que serão acompanhados serão indicadores simples, inicialmente para início dessa proposta que será o cadastro da população no sistema de informação como indígenas, se ele já tiver cadastrado fazer atualização do cadastro e a partir daí vai acompanhar também o número de atendimento, porque estão falando de Atenção Primária, no momento que essa pessoa estiver identificada como indígena, vão poder fazer o acompanhamento dos indicadores da Atenção Primária relacionados à população, elas vão estar identificadas como indígenas, os indicadores são esses. O monitoramento informou que tem um painel na Secretaria que está sendo inclusive atualizado nessa parte da identidade do identificador indígena, para que possa ver o número de atendimento e o número de cadastro, mas também vai ter um encaminhamento de uma planilha em e-mail eletrônico das ações realizadas, porque esse plano se vocês observarem na primeira página mediante a pactuação de um Plano de Ação, esse Plano de Ação irá ter ações específicas e vai acompanhar trimestralmente por meio de planilhas e semestralmente de forma presencial pela equipe. E importante colocar como são cinco municípios, a GERPOP que vai procurar, vai entrar em contato com esses municípios que são os municípios conforme o critérios e irá apoiar o município na elaboração do Plano em atualização que orientará de que forma que tem que ser feito esse cadastro, qual é o lugar lá na ficha de cadastro eles tem que fazer a atualização, esse é o a proposta que tem para a população indígena nesse primeiro momento. No segundo grupo que vai fazer o financiamento é da população Quilombola, no caso do Quilombola o valor é 30.000,00(trinta mil reais), mas também mediante a pactuação de um Plano de Ação, nos critérios assim como a dos indígenas, são municípios que possuem território Quilombola titulado ou em processo já de reconhecimento pela Fundação Palmares e pelo Ministério da Saúde. O número de municípios no ano de 2024 será de 8(oito) iniciando pelos municípios com maior contingentes de populações Quilombolas e também a GERPOP vai entrar em contato para levar a proposta para fazer adesão e elaboração do Plano de Ação. Os Indicadores serão o mesmo do indígena, só que em relação à população Quilombola será o cadastro ou atualização do cadastro como Quilombola e o número de atendimentos a essa população, considerando que como eu falei do indígena identificando a população pode-



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

mos acompanhar os indicadores da atenção primária o monitoramento da mesma forma pelo painel dos povos tradicionais pelo encaminhamento a GERPOP também dos relatórios e de forma presencial lembrando mas a GERPOP por meio dessa listagem da fundação Palmares já tem os municípios e vai entrar em contato com eles é nesse do Quilombola vai ser possível usar o recurso também para locação de veículo. A população cigana é 20.000,00 (vinte mil reais), mediante a atuação do Plano de Ação. Os critérios é o CADÚNICO, e o formulário que a GERPOP mandou para todos e que colocaram quanto tinha de população cigana nos seus territórios. O número de municípios contemplados são 5(cinco), também para o ano de 2024. Os Indicadores serão o mesmo, só que relacionado a identificar como população cigana na hora de fazer o cadastro que é um povo tradicional. Monitoramento vai ser feito da mesma forma. Financiamento para a população de assentados rurais 20.000,00 (vinte mil reais) e mediante a realização ou atualização do cadastro pactuação do plano, os critérios são os mesmos, só que sendo como Fonte ou Incra, que é onde os assentamentos regularizados aparecem, então aqueles que estão já regularizados pelo INCRA ou em processo de regularização serão aqueles onde irá usar os dados como base e também os formulários que é um cruzamento com aqueles formulários que todos os municípios responderam, também serão 5(cinco) municípios no ano de 2024, começando pelos municípios com maior número de assentamentos rurais. Os indicadores são os mesmos o cadastro assentado, que também tem essa possibilidade na ficha de cadastro de marcar como assentado, o monitoramento da mesma forma pelo painel dos povos tradicionais, que a partir do cadastro visualizará a planilha das ações do Plano de Ação e de forma presencial. Esses quatro que foi falado, Indígena, Quilombola, Ciganos e População de Assentados, são do mesmo formato, só o Quilombola tem o valor um pouco mais elevado pela questão da possibilidade de fazer locação de um veículo. Disse que irá entrar em contato com cada um dos municípios para que eles saibam que eles estão como prioritário pelo número de pessoas, irão sentar e fazer o Plano de Ação juntos, as equipes vão estar acompanhando de perto. O adolescente do sistema socioeducativo em medida de meio aberto, sócio educativo vai cofinanciar para que sejam feitas as ações específicas para adolescentes, que estão cumprindo medida de meio aberto. O critério que vai usar é o critério populacional conforme o IBGE, vai ter um valor diferenciado ele acompanha uma Política Nacional da Atenção Integral do Adolescente envolvido com a lei, ele vai ter o mesmo formato da Política Nacional com o Plano Operativo, um Plano de Ação e a contratação de uma pessoa que vai fazer ou uma pessoa que já trabalha no município, destinada para essa função, ou a contratação que vai articular a assistência social e a saúde para fazer acompanhamento da atenção integral à saúde desse adolescente, então o critério é número de habitantes nos municípios que tem acima de 100 mil habitantes e vão receber R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais, quem tem de 50.000 a 100.000 mil habitantes vão receber R\$ 10.000 (dez mil reais), de 20.000 a 50.000 mil habitantes vão receber R\$ 7.000,00 (sete mil reais) e até 20.000 habitantes vão receber até R\$ 5.000 (cinco mil reais), vão começar pelos municípios que tem o maior número de habitantes, porque entende que do ponto de vista do sócio educativo nos municípios maiores é que existe o maior número de adolescentes cumprindo medida, vai priorizar primeiro esses municípios, o critério vai ser um número de habitantes iniciando pelos municípios mais populosos, e vão ter para o ano de 2024 a meta de 30 municípios, nesse caso vão entrar todos os municípios que estão acima de 50.000 mil habitantes nesse cofinanciamento, o indicador é exclusivo, existe um código de procedimento que foi instituído por uma portaria que é o código para atendimento de adolescente em medidas socioeducativo, então o número de atendimentos pelas equipes da Atenção Primária da Saúde Mental conforme a necessidade utilizando esse código é que vão ser monitorado, vão monitorar por meio do serviço de informação e por meio das ações do Plano, a equipe irá acompanhar os municípios na formulação inclusive vários municípios que são aqueles que já tem um meio fechado, que já tem a Política já ins-



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

tituídas, que vão instituir agora para o meio aberto, já estão sendo visitados, a equipe já tá fazendo essas visitas só estava aguardando sair cofinanciamento para levar os municípios, mas esse trabalho já está sendo feito, nesse caso do sócio educativo é diferente daqueles quatro primeiros, porque ele vai cumprir as exigências da Política Nacional de Atenção Integral ao Adolescente em Conflito com a Lei vão no município, inclusive os municípios com mais de 50.000 mil habitantes que tiverem interesse já podem entrar em contato, como são 30 municípios, tem uma equipe reduzida aquele município que já tiver interesse também já pode ter iniciativa entrar em contato que vai atender assim que organizar para poderem fazer, já tem os modelos dos planos já tá tudo organizado para começar. O próximo (03) três são cofinanciamentos que a SES já faz, que é a população Privada de Liberdade que já tem o financiamento e que essa Resolução ela vem para ajustar, porque havia alguns municípios que tinham unidades prisionais mesmo número de pessoas privadas de liberdade, estavam recebendo valores diferentes, para que possa regularizar essa situação, não houve aumento a não ser naquelas que já recebiam os (04) quatro, sabe que a Atenção Primária para a população do sistema prisional é feito pela Atenção Básica, que pode ser tanto quando o presídio de até 100 (cem) pessoas, pode ser feito por uma equipe do município ou pode ser feito uma equipe que trabalha dentro da unidade prisional. Está colocando para que todos tenham conhecimento de tamanho da sua unidade prisional do número de pessoas privadas de liberdade, é realmente uma Resolução que vem só para ajustar alguns municípios que estavam aí recebendo não de acordo com seu número de presos ou que tinha dúvidas a respeito, e lembrando que essa Resolução não inclui o município de Aparecida de Goiânia, que tem uma resolução específica até pela complexidade do Complexo de Aparecida de Goiânia, que tem o número muito superior e por isso tem uma Resolução própria. Os indicadores que vão acompanhar então isso foi incluído o número de consultas médicas e de enfermagem que está fazendo desde o ano passado, o prisional também tem um código próprio. Como usar essa opção nova que é aquela que identifica que aquela pessoa foi atendida dentro de uma Unidade Prisional ou Unidade que acompanha o Sistema Prisional, mesmo que seja fora da unidade, porque tem no e-SUS, que tem o Identificador Nacional de Equipe (INE) da equipe, com isso consegue acompanhar. O monitoramento vai ser feito pelo número de atendimento, o painel já foi atualizado, já ficou pronto, já vai estar atualizado, teve a notícia do conecta que o painel prisional já foi atualizado com todas as indicadores, que quer acompanhar e com isso vai continuar fazendo acompanhamento como já era feito com a supervisão da equipe aqui da GERPOP, o consultório na rua também já é uma política que a GERPOP e a SES já tem contrapartida, só que o valor atual é de R\$ 8.000,00 (oito mil reais), passando para R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). O Consultório na Rua tem critérios próprios tem uma Portaria de elegibilidade do Ministério ou tem alguns critérios do município tem que ter para poder ter um Consultório na Rua, e esse recurso pode ser utilizado para aquisição de veículos, desde que seja usado exclusivo para o Consultório na Rua, e que tenha a logo do Consultório na Rua, ele está passando por uma revisão da Resolução aumentando o valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) para R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) por equipe independente da modalidade, está diferente do Ministério da Saúde, que o valor é diferente por modalidade, a do Estado é a mesma para todas as modalidades. O critério é um município que possua a equipe já em funcionamento, que esteja dentro dos critérios de funcionamento de acordo com as exigências, que tenham a quantidade mínima de servidores exigidos, que atenda todos os requisitos. Para ter a equipe precisa ser aprovado em reunião de CIR e em reunião da CIB para que passe a partir desse momento a receber. O número de equipes e municípios contemplados serão (07) sete, no ano de 2024, os indicadores é o cadastro também da população na situação de rua, que estão no Sistemas de Informação. O número de atendimento feitos pela equipe, porque tem uma ficha específica para atendimento do consultório na rua, que consegue monitorar, então o monitoramento vai ser feito desta forma, por meio



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

também dos relatórios e monitoramento presencial. E por último Ambulatório e Trans que também é uma Política do Ministério da Saúde, que o Estado já cofinancia, e houve uma mudança significativa no valor para incluir também a oferta dos medicamentos que são de uso para as pessoas que estão atendidas nos ambulatórios, então ambulatório processo transexualizador o cofinanciamento anterior era de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) e agora a Secretaria está passando esse valor mensal para R\$ 70.000,00 (setenta mil reais), acontece que o município que adere essa modalidade ele tem que ofertar o serviço de assistência no processo transexualizador na modalidade ambulatorial aos demais municípios que compõem a região, ou Macrorregião, tem que ser pactuado em reunião da CIR ou SIM, o critério apenas um município por região de saúde, por isso que tem que ser pactuado na reunião da CIR, se tem dois municípios na mesma região que querem ofertar o serviço, tem que discutir levando em consideração, claro a localização estratégica para facilitar que seja atendido toda região. O número de municípios para o ano de 2024 terá de (04) quatro, mas é importante colocar, porque já estão em processo de expansão do Ambulatório Trans para as Policlínicas e assim que eles tiverem também funcionamento será comunicado no também GT, no momento que tiver sido finalizado o processo, 04 (quatro) Policlínicas que vão ter também o ambulatório, os municípios como foi falado serão 04(quatro) e o município de Goiânia, lembrou que o critério é um por região, mas o município de Goiânia devido a sua especificidade, devido a essa população residir em sua grande maioria pelas nossas pesquisas de acordo com o acompanhamento no ambulatório do HGG, colocaram que Goiânia se optar por isso poderá atender exclusivamente a região a população do Município de Goiânia, não sendo necessária atender toda a Região Central, desde que Goiânia assim deseje pactuar, como já tem outros ambulatórios e tem também a possibilidade de buscar dentro da Policlínica na Macro essa possibilidade para Goiânia, é possível desde que assim ela deseje se quiser pactuar sendo analisado também pode é uma questão mesmo para a entender que a demanda para Goiânia é uma demanda bem maior no momento. O indicador também é número de atendimento e monitoramento vai ser feito da forma como já é feito nos municípios de Itumbiara e Senador Canedo, que são dois municípios do Estado que tem ambulatórios é já recebem cofinanciamento, e também vai ter Plano de Trabalho e o acompanhamento pela equipe técnica da GERPOP. Entende que o valor poderia ser muito maior, o número de municípios poderia ser muito maior, mas é um começo é o que consegui nesse momento para dar início, e a partir do momento que todos começarem a identificar essas pessoas nos seus territórios cadastrá-las na forma correta no sistemas, tem possibilidade de pensar numa ampliação desde que exista uma demanda reprimida elevada, então precisa que essa população seja visível no sistemas, que conseguiu há muito custo levantar esses dados sempre em outras fontes que nunca fonte da saúde, que é onde precisaria ter esses dados visíveis a partir do momento que essa população for mais visibilizada nos sistemas terá mais condições de lutar para ampliar buscar dentro das possibilidades, também ampliar o número de municípios e buscar cada vez mais reconhecer essa população dos territórios e ofertar para ela uma atenção à saúde mais e equânime garantindo e ampliação do acesso.

Dra. Paula Santos – Superintendente/SPAIS/SES, disse que foram diversas discussões realizadas, o COSEMS também acompanhou a construção dessa proposta, no caso de todas as propostas de confinamento que estão fazendo as políticas para a população específicas ela teve esse dificultador que foram os dados, apesar da equipe, ter trabalhado intensamente no ano passado(2023) para atualização de dados buscas ativas dessas populações e determinadas regiões, ainda são dados de muitos detalhes para que possa trabalhar algumas questões específicas. A tentativa e proposta agora é iniciar o processo de cofinanciamento com base dos dados que já tem e na maior quantidade de população em determinados municípios e a partir daí poder ir vendo como que esse



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

processo vai se dar nos territórios, para ter ampliações a cada ano, tanto que a organização orçamentária para essas propostas foi de aumentar a cada ano 2024, 2025, 2026 e 2027, para que possa realmente ter essa ampliação conforme a vai observando o maior número de dados mais informações e mais participação mesmo dos Municípios nesse processo de informações e também de assistência a essa população, então é uma primeira vez que a SES nunca havia trabalhado numa proposta de confinamento para essas populações e vai ser um grande desafio para que monitoramento e acompanhamento de perto essa assistência, e realmente tem um impacto apesar, do recurso financeiro ser pequeno, sabe que isso auxilia o município e a tentativa que é realmente fazer essa parceria com o município, sabe que a saúde é feita no território, é feita no município e precisa desse cofinanciamento como uma das estratégias e estar junto para poder auxiliar apoiar e também reconhecer, o que tem que melhorar no Estado como uma proposta como uma ideia e como um projeto, foi um grande desafio formular a política e vai ser maior ainda agora acompanhar todo esse processo em cada território aqui do Estado de Goiás, a equipe da GERPOP está a disposição todo esse detalhamento vai ser feito depois para cada região conforme o município que já está estabelecido para que ele tenha todas as orientações, informações até capacitações para a questão dos relatórios, tudo isso será trabalhado de forma individualizada para que seja realmente um instrumento de auxílio ao município nessa assistência.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SES, disse que a equipe esta a disposição e todo o detalhamento vai ser feito depois para cada Região, conforme o município que já estiver estabelecido para que tenha todas as orientações, informações, capacitações. Tudo será trabalhado de forma individualizada para que realmente sejam instrumento de auxílio aos municípios.

Dra. Carla Guimarães – Assessora Técnica/COSEMS, disse é gratificante ver que as populações estão sendo reconhecidas e os municípios que precisam trabalhar com elas tenham um aporte não só financeiro, mas também técnico para lidar com isso. Estava muito feliz e gostaria de parabenizar toda a equipe, fizeram inúmeras reuniões para discutir o processo e detalharam bem o processo. Isso demonstra a valorização do acesso as essas populações específicas e espera que essa pauta volte no GT mostrando os impactos positivos.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SES, disse que o reconhecimento da importância desse processo e que todos acompanhe para o crescimento dessa política. As dúvidas poderão ser tiradas com a Dra. Ana que tinha deixado o e-mail e contatos. Item encaminhado para a pauta da CIB.

3 – INFORMES:

3.1 – Reforçar com os municípios a necessidade de remoção rápida dos pacientes do HEMU em casa de alta para casa ou casas de apoio.(Apresenta: Anna Cecília – GAE/SPAIS/SES-GO).

Dra. Camila da Cruz Brum e Alencar – GAE/SPAIS/SES, disse que era um reforço que a equipe da Atenção Especializada vinha fazendo um trabalho junto ao HEMU para fazerem o levantamento de umas das demandas de problemáticas que tem na Unidade Hospitalar, que é uma referência para o Estado. Dentro dos levantamentos em relação a superlotação, vem identificando o perfil de pacientes e uma das questões levantadas que foi um pedido de apoio para os municípios colaborarem na identificação no momento da alta do paciente, que seja providenciado



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

o mais breve possível a questão da remoção do paciente. Tem-se identificado nos levantamentos feitos nas Unidades que tem pacientes de alta, que têm ficado de dois a três dias a mais ocupando o leito por conta de não ter sido feita a transferência. Isso tem impactado na dificuldade de fazer a rotatividade do leito e também na liberação de vaga de leito para regulação e com isso outros pacientes utilizar os serviços. Uma das ações é pedir esse apoio enquanto município na remoção deste paciente o mais breve possível.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SPAIS/SES, disse que sabem das dificuldades dos municípios em relação a transporte. Logo, se o município estiver enfrentando dificuldades, pode entrar em contado com equipe da Gerência de Atenção Especializada para que possam auxiliar no que for possível. Reforçou que qualquer dificuldade podem entrar em contato com a Gerência para poderem auxiliar. O item seria encaminhado para a pauta da reunião da CIB para o alinhamento das informações.

3.2 – Cronograma de capacitações em faturamento e processamento da produção para municípios executantes/unidades executantes do PNRF 2024. (SUREG/GECAV – Junelle)

Dra. Junelle Paganini – COHAB/SUREG/SES, disse que conforme foi solicitado nas reuniões feitas montaram um cronograma e conseguiram nos dias 04 e 12 de abril 2024, o auditório para capacitação das Regionais no horário das 09hs às 16hs.

Dra. Amanda Limongy – SUREG/SES, disse que organizaram essa capacitação e como tem programas de computador que não são fáceis de ser baixados. Logo realizarão a capacitação no auditório da Escola e ademais oportunizarão outras capacitações online, para a participação dos municípios. Será nos dias 04 e 12 de abril/2024 às 09hs no auditório da Escola e continuavam a disposição.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SPAIS/SES, disse que esse item seria encaminhado para a pauta da reunião da CIB para reforçar o convite na reunião.

3.3 – Chamamento Público Farmácia Viva. (Apresentação: Tânia Vaz – GERAP/SPAIS/SES-GO e Viviane de Cassia Troncha Martins – GERAF/SPAIS/SES-GO).

Dra. Tânia Vaz – GERAP/SPAIS/SES, disse que o Ministério da Saúde renovou o edital de Chamamento Público Farmácia Viva. Abre-se a oportunidade para os municípios de forma geral para o financiamento para novas Farmácias Viva ou para melhorias das que já existem. Reforçou a importância que é para o SUS de utilizar-se plantas naturais como fortalecimento da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. As oficinas ficarão gravadas e pediu para que ajude divulgar.

Dra. Viviane de Cassia Troncha Martins – GERAF/SPAIS/SES, disse que disponibilizará o link e todas as informações, o roteiro o passo a passo para fazer o Plano, então está bem didático de como se faz o projeto. Se colocou a disposição para qualquer questionamento.

3.4 – Nota Técnica Conjunta nº 23/204 – SVSA/MS, SECTICS/MS e SAPS/MS – Atualização acerca do uso do medicamento Nirmatrelvir/Ritonavir (NMV/r), adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde. (Viviane de Cassia Troncha Martins – GERAF/SPAIS)



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems | GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Viviane de Cassia – GERAF/SPAIS/SES, disse que essa Nota Técnica faz algumas alterações como a prescrição e dispensação do medicamento Nirmatrelvir/Ritonavir. O medicamento é disponibilizado para COVID-19 para pacientes maiores de 18 anos imunossuprimidos ou maior de 65 anos com COVID -19, até 05 dias que tem os critérios para o médico prescrever, porém não precisa mais do formulário e não há necessidade de mostrar para o profissional farmacêutico. Reforçou que é discricionariedade total de avaliação do médico se o paciente necessita do medicamento. Aqueles municípios que não possuem sistema HÓRUS o sistema tem que mandar as informações pelo BNAFAR. Os links estavam disponibilizados no Chat.

Dra. Maria Aparecida Rodrigues – Assessora Técnica COSEMS, disse que esses dois últimos itens precisam está no item Apresentação e Discussão, porque fica no início da reunião e precisam atingir um público maior.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SPAIS/SES, disse que os dois itens irão para pauta como Apresentação e Discussão.

Dra. Simone Elias – SMS Serranópolis, 1ª Vice-Presidente do COSEMS, disse que as inscrições da 4ª Amostra de Experiências Exitosas e Inovadores do SUS, para que possam compartilhar as experiências com os colegas e fazer um SUS diferente. As inscrições estavam abertas até 31/03/2024, pediu para quem não havia sido feito, façam para construir um SUS melhor.

Dra. Paula Pereira – Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SPAIS/SES, finalizou a reunião do GT, agradecendo a presença de todos.