

Secretaria de  
Estado da  
Saúde



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
REGIONAL DE SAÚDE CENTRAL - GOIÂNIA

**RESUMO EXECUTIVO DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO ANO DE 2022  
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL CENTRAL**

**GOIÂNIA, 02 DE FEVEREIRO DE 2022.**

**PARTICIPANTES DO PLENÁRIO DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIR CENTRAL:**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE:** Ana Lúcia Ignácio Oliveira - Técnica RS Central, Aryádna Héliida Figueredo de Souza Lima – Coordenadora Regional de Vigilância em Saúde; Eugênio Lúcio Vieira – Coordenador Regional de Educação Permanente; Elisângela Rodrigues De Miranda – Analista de Vigilância em Saúde RS Central; Fernando Morandi Borges – Coordenador Regional de Tecnologia; Fátima Pettinari do Nascimento – Subcoordenadora de Regulação em Saúde/Regional Central; Juliana Rodrigues Marcílio – Gerente de Regulação De Internações/ SCR; Cilene Moraes - Coordenação de Apoio Regional da Superintendência do Complexo Regulador de Saúde; Luciene Lemos – Coordenador Regional de Gestão Integrada; Kenia Barbosa Rocha – Coordenadora da Regional Central; Marly Pereira Maia – Coordenadora Regional de Saúde Mental e Populações Específicas. Wesley Lopes da Silva – Subcoordenador Regional de Saúde Mental e Populações Específicas; – Rosângela Maria Silva – Técnica em Atenção À Saúde; – Vilma Alves da Silva – Enfermeira RS Central;

**MUNICÍPIOS:** Thiago Moura Fe – Secretário municipal de Saúde **Anicuns**; Fabianne Bueno da Silva Diniz - Secretária Municipal de **Avelinópolis**; Joice Martins Rocha – Secretária Municipal de Saúde de **Brazabrantes**; Wilma Barunchelli - Secretária Municipal de **Campestre**; Luiz Carlos de Sousa – Sec. Mun. de Saúde de **Caturai**; Wilmar Cardoso de Queiroz - Secretário Municipal de Saúde de **Guapo**; Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Secretária Municipal de Saúde de **Inhumas** e Coordenadora da CIR Central; Irene de Paula Barbosa Ribeiro – Secretária Municipal de **Itauçu**; Heloisa Cunha -Secretária Municipal de **Nazário**; Sr<sup>a</sup> Amábilia Jacinta Gouveia e Silva - Secretária Municipal de **Nova Veneza**; Susana de Souza Chaves Martins Araújo Secretária Municipal De Saúde **São Francisco de Goiás**; Alexandre Emanuel Rodrigues – Gerente de Transportes da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia; Amanda Karoliny Ferreira Games – Enfermeira /Analista Em Saúde – **CIEVS**; Andressa Vieira de Moura – Gerente de Programação Pactuada Integrada – PPI / SMS de **Goiânia**; César José Da Cunha Apoio Técnico de **Anicuns**; Cilene Cristina de Moraes – SMS; Crissiane Vilela Souza Costa Amaral – Coordenação Técnica/SAMU – **Goiânia**; Darilza Valéria Correia M. Costa – Apoio Administrativo de **Caturai**; Érica Cândida Gonçalves – Coord. V. Saúde; Junelle Paganini Lopes – Assessoria da Superintendência de Regulação Avaliação e Controle; Layana de Oliveira Moraes– Coordenadora Atenção **Araçu**; Luciana Felício Jeronimo – Coordenadora Da Atenção Básica de **Anicuns**; Jann Carla Rodrigues de Sousa - Secretária Municipal de Petrolina de Goiás;

**COSEMS:** Welingta Tarciany Souza Barbosa.

– **ABERTURA DOS TRABALHOS:** Sr<sup>a</sup> **Patrícia Palmeira de Brito Fleury** – **Coordenadora da CIR Central**, inicia a reunião, às 08:35, fazendo a contagem dos secretários de saúde presentes online e iniciando a reunião com 12 secretários municipais, presentes. Dá as boas vindas aos participantes, e procede a abertura oficial da reunião. Dá boas vindas, e relata que vai conduzir a reunião, mas que pode precisar do auxílio de algum colega devido a problemas de conexão, porque a Coordenadora da Regional de Saúde Central Sr<sup>a</sup> Kenia Babosa Rocha está de férias.

– **APROVAÇÃO DAS ATAS CONSOLIDADAS: da 7ª Reunião Ordinária da CIR Central-03/11/202 e da 1ª Reunião Ordinária CIR Central-14/01/2022.** Sr<sup>a</sup> **Patricia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central**, dá prosseguimento à pauta, após citar todos os participantes e as instituições presentes, Reforça que a reunião CIR de dezembro foi realizada concomitante a reunião CIM da Macro Centro-Oeste, e por um problema de não ter sido enviado a ata da 7ª reunião CIR para os 26 gestores da região para conhecimento e aprovação na reunião realizada no dia 17 de janeiro, ficou acordado apreciação e aprovação nesta 2ª Reunião Ordinária CIR Central realizada em 02 de fevereiro de 2022. Afirmou que espera que os gestores tenham lido as Atas consolidadas destas duas reuniões

enviadas por e-mail, para que se possa, se não houver nenhuma consideração, aprovar a ata. Confere com os gestores se tem alguma consideração, e como não houve nenhuma, considera as duas atas aprovadas em plenária e sem ressalvas: as atas da 1ª Reunião ocorrida em 14/01/2022 e da 7ª Reunião Ordinária da CIR de 03/11/2021. Reforça a necessidade dos gestores de conferirem seus e-mails na semana subsequente a realização da CIR, para localizarem a ata respectiva, fazer a leitura e suas considerações. Sr<sup>a</sup> Patricia Palmeira de Brito Fleury na leitura do próximo item da pauta, relata a solicitação de inversão, onde o item 5.5 –Regulação de Vagas de Urgência para Municípios Distantes (Sistema SERVIR) seria antecipado, o que é contestado pela Sr<sup>a</sup> Aryadna Christiny dos Santos – Coordenadora Regional de Regulação, comunicou que a Sr<sup>a</sup> Juliana pediu se possível, ser a terceira a apresentar a pauta.

### – DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO:

– **Pactuação: Planilha de Pactuação das Cirurgias Eletivas.** Sr. **Sérgio Vieira de Araújo – Subcoordenador Regional de Atenção à Saúde**, cumprimenta a todos e informou não há previsão de nova remessa dos testes rápidos. Compartilhou a apresentação e explica que primeiro fará um comentário sobre as leis e depois será projetada a planilha com os valores percentuais, e conforme a manifestação dos gestores será ajustada e marcada para registro e pactuação. Registra que seria uma repactuação, que a cada final de ano anterior é feita uma lei que determina, destina o valor que vai ser utilizado por município a ser utilizado nas cirurgias eletivas. No ano de 2020 que vigorou em 2021 o valor era de R\$11.689.067,36 só para Goiás, isto levando em consideração uma população 7.018.354 com base do TCU e não IBGE, por este usar o Censo de 2010 ainda, talvez este ano consiga fazer pelo IBGE e aí o calculo vai ser um pouco diferente. Para 2021 pactuou o valor a ser utilizado por todos os municípios e foi executado. No final de 2021 houve uma nova planilha que vai ser trabalhada a seguir, só que em vez de aumentar o recurso ele foi diminuído. Sr<sup>a</sup> **Andressa Vieira – Gerência de Programação e Pactuação Integrada – SMS Goiânia** faz uma intervenção, onde reforça que o elencado na Portaria 3829 não é um projeto como na portaria n. 3641 de 2020, ela é um recurso extra, um recurso MAC, ela não é um projeto, é um recurso diferente, vai seguir a mesma regra, mas não é um projeto, é um recurso extra que sobrou no Ministério que foi encaminhado aos municípios para fazer cirurgia eletiva, mas não é projeto de cirurgia.

Sr<sup>a</sup> **Patricia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central**, reforça o aparte, e coloca que foi pactuado na CIB seguir a lógica da Portaria, mas não está tratando do recurso da Portaria, está tratando de um recurso MAC, que será dividido na forma pela lógica da Portaria 3829, tanto é que foi uma solicitação da Câmara Técnica para saber como será o faturamento para execução deste recurso pactuado, segue a lógica da Portaria mas é um recurso MAC e quais os procedimentos que estão elencados, elogia a contribuição de Andressa e coloca que na seta azul Portaria GM/MS não estamos falando da Portaria e sim de uma sobra de recurso que foi alocada.

Sr<sup>a</sup> **Andressa Vieira – Gerência de Programação e Pactuação Integrada – SMS Goiânia**, coloca que não está claro no texto da pauta, qual é a Portaria, e que ficou muito abrangente e sugere registrar qual é a Portaria.

Sr. **Sérgio Vieira de Araújo – Subcoordenador Regional de Atenção à Saúde**, acata a sugestão e justifica que está substituído Sr. Hugo Montalvão que apresentaria a pauta, e que está de licença por estar com COVID, assim não está apropriado da pauta, pede desculpas e agradece as contribuições. No elenco dos procedimentos das cirurgias eletivas, o único encontrado está na Portaria 3641 de 2020 onde estão elencados todos os procedimentos. Na Portaria 3829 não tem nenhum elenco que foi arrolado. Na 3641 tem este elenco com a descrição do procedimento e o código com 10 dígitos, e na hora do registro se na AIH não forem colocados os 10 dígitos na hora do faturamento vai dar problemas, se atentar para isto. Foi solicitado que fosse enviado cópia a todos os gestores, das duas Portarias (3641 e 3829), solicita a todos que a leiam.

Mostra um slide de uma AIH, onde solicita que se atente pois alguns formulários antigos só tem espaço para 8 dígitos, e se não completar os 10 dígitos o faturamento vai barrar, dar glosa e o procedimento vai ficar perdido. Reforça a necessidade dos 10 dígitos do código. Estes valores estarão na Portaria e foi copiado literalmente e distribuído por unidade, a fórmula que foi usada, tudo per capita, dividido pelo tanto da população do município. Solicita que todos analisem. Mostra a planilha que vai ser pactuada após as avaliações e considerações dos municípios. Relata que discutiu com Daniela onde foi colocado que faturamento e processamento das AIH das novas cirurgias eletivas serão discutidos nas próximas reuniões da regulação, então este processo está sendo reestimulado entre todas as partes e quando chegar no nível da pactuação, terá uma reunião do próximo GT, onde provavelmente estará tudo pronto, e será determinado o que será feito, será decidido tanto o faturamento como o processamento com os executores, e estes saberão com quem eles vão prestar o serviço.

**Sr<sup>a</sup> Andressa Vieira – Gerência de Programação e Pactuação Integrada – SMS Goiânia**, reafirma a fala quanto aos procedimentos elencados na Portaria 3641 e coloca que Daniela instrui a resolução CIB n. 33 /2021, onde tem quais os procedimentos elencados e quais os incentivos que cada procedimento vai ter, reforça que esta é a lógica

**Sr<sup>a</sup> Welingta Tarciane – Apoiadora COSEMS**, informa que colocou a resolução da CIB a disposição no grupo da CIR, e solicita que todos acompanhem a medida que vão consultando os municípios, pois é importante que todos entendam este processo, informa também que o Estado é executor de procedimentos, então a pactuação é com o Estado, o gestor vai destinar o percentual para o Estado, nas unidades que o Estado regula, tem a gestão, estes são alguns aspectos importantes neste processo de recursos alocados de cirurgias eletivas e não de projetos como a Andressa citou.

**Sr. Sérgio Vieira de Araújo – Subcoord. Regional de Atenção à Saúde**, consulta Sr<sup>a</sup> Patrícia quanto a condução da chamada dos municípios para se manifestar quanto a planilha a ser avaliada e a mesma deixa a condução como o mesmo, com a observação que os municípios devem se atentar aos procedimentos, como é um valor pequeno, se for dividido demais não será possível executar nenhum tipo de cirurgia, nem em um município nem em outra unidade estadual nem no próprio município, se atentar ao valor que o município tem, porque as vezes, dividir demais o que é pouco, impossibilita realizar nenhum tipo de cirurgia. **Sr. Sérgio Vieira de Araújo – Subcoord. Regional de Atenção à Saúde**, questiona sobre possibilidade dos municípios que não estão presentes, se pode manter o percentual apresentado.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central**, expõe que é para ir chamando os municípios e já conclama Abadia de Goiás para se manifestar.

**Sr. Sérgio Vieira de Araújo – Subcoord. Regional de Atenção à Saúde**, insiste na pergunta e é questionado pela Sr<sup>a</sup> Patrícia se os municípios já foram constatados conforme decidido na Câmara Técnica, **Sr. Sérgio Vieira de Araújo – Subcoord. Regional de Atenção à Saúde**, responde que todos foram contatados via telefone e por e-mail.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central**, questiona se os municípios foram empoderados, de forma a entender a importância do processo e questiona se por e-mail houve devolutiva dos municípios.

**Sr. Sérgio Vieira de Araújo – Subcoord. Regional de Atenção à Saúde**, responde que consolidado não, mas todos foram orientados.

**Sr<sup>a</sup> Welingta Tarciane – Apoiadora COSEMS**, propõe fazer a chamada e os municípios que não estiverem, serão contatados e estimulados a se manifestar.

**Sr. Sérgio Vieira de Araújo – Subcoord. Regional de Atenção à Saúde**, chama Abadia de Goiás, contudo não há nenhum representante. Chama Anicuns, e o representante do gestor **Sr. Cesar**, vota em manter como está 70% Estado e 30% Goiânia.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central**, registra que não foi o gestor de Anicuns que manteve o percentual. O próximo chamado é Araçu, no chat respondeu 70% Estado e 30% Goiânia. Avelinópolis, não respondeu. Brazabranes, não respondeu. Campestre, não respondeu. Caturai, não respondeu, Damolândia, não respondeu. Goiânia, Andressa responde que vai manter. Goianira, não

respondeu. **Guapó**, responde 50% Estado e 50% Goiânia. **Inhumas**, responde 100% Inhumas. **Campestre** se manifesta e mantém o apresentado. **Itaguari**, não responde. **Goianira**, pactua 40 Estado, 40 Goiânia e 20 para Goianira. **Itauçu**, não responde. **Jesúpolis**, 70 Estado e 30 Goiânia. **Nazário**, no chat: 70 Estado e 30 Goiânia.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** informa que **Araçu** solicita mudança no chat e deixa 100 % para Goiânia. **Nerópolis** coloca 40 Estado, 40 Goiânia e 20 municípios. **Nova Veneza**, vota 60 Estado e 40 Goiânia. **Ouro Verde**, não responde. **Petrolina** responde pelo chat, 70 Estado e 30 Goiânia. **Santa Barbara**, 70 Estado e 30 Goiânia. **Avelinópolis** coloca no chat 50 Estado e 50 Goiânia. **Santa Rosa**, 100% Goiânia. **Santo Antônio**, não responde. **São Francisco**, 50% Estado e 20% Goiânia. **Taquaral**, não responde. **Trindade**, não responde. **Itauçu** se manifesta no chat que vai manter o que está na planilha.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** solicita fazer nova chamada dos faltosos. **Avelinópolis** solicita para mudar para 100% para Goiânia. **Brazabrantes** responde para manter o que está na planilha. **Caturai**, não respondeu. **Damolândia**, não responde. **Itaguari**, **Ouro Verde** e **Santo Antônio**, **Taquaral** e **Trindade**, não responderam.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** questiona quantos municípios silenciosos, o qual **Sr. Sérgio** responde que são 8 municípios silenciosos.

**Sr<sup>a</sup> Andressa Vieira – Gerência de Programação e Pactuação Integrada – SMS Goiânia** questiona a pactuação de Jesúpolis, onde a pactuação de 70 e 30, ficarão R\$800,00 com Goiânia, e que o recurso de Jesúpolis é muito pequeno e dividi-lo é complicado, questiona se o município quer dividir 50 a 50, porque esta pactuação não dá uma catarata.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** coloca que a média é R\$1.000,00.

**Sr<sup>a</sup> Andressa Vieira – Gerência de Programação e Pactuação Integrada – SMS Goiânia** coloca que tem que ver o recurso e consultar no anexo da Portaria, o valor do incremento. Neste momento caiu o link, que logo foi recuperado.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** solicita a **Sr<sup>a</sup> Andressa** que repita o que foi explanado.

**Sr<sup>a</sup> Andressa Vieira – Gerência de Programação e Pactuação Integrada – SMS Goiânia** afirmou ao abrir a portaria com os incrementos que serão aplicados e relatou que em média tem cirurgias de R\$400,00 e que são poucas, algumas de R\$600,00 e muitas são de R\$ 1.000,00, R\$2.000,00, R\$3.000,00, afirmou que é muito demandado. Explicou que a catarata com emulsificação, não possui complemento e tem custo de R\$760,00. Jesúpolis dividiu aí 70 e 30 daí daria para fazer só um procedimento e teria que ver, porque o que acontece, aqui em Goiânia o recurso é dividido em ambulatorio e hospitalar, além do que pactuou com SMS Goiânia, é dividido, porque tem as duas formas de instrumento, aí fica 70% no hospitalar e 30% no ambulatorio. Esclareceu, quem quiser que este procedimento seja exclusivo para cirurgias de ambulatorio, de cataratas, tem que manifestar para Goiânia, porque senão vai ser dividido na regra para todo mundo. Porque a cirurgia de ambulatorio é mais barata e fica só 30%. Assim sugere que Jesúpolis reveja este valor, aumentando a porcentagem com Goiânia ou pensar, porque o recurso é muito pequeno.

**Sr<sup>a</sup> Welingta** reforçou, olhem o seu recurso e revejam a questão dividir o recurso, pois pode acontecer, do gestor não conseguir operar em lugar nenhum. Foi perguntado: quantas cirurgias de cataratas dá para fazer com este recurso?

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** solicita que **Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues Apoiadora COSEMS**, se pronuncie para emponderar os colegas gestores sobre o seu valor e o que possível realizar, para não ficar inviável a execução tanto para uma conta quanto a outra, escolhida.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, cumprimenta a todos, reforça a fala da **Sr<sup>a</sup> Andressa Vieira** e coloca que nas outras reuniões que participou, sempre orientou aos municípios, que o custo médio de uma cirurgia é de R\$1.000,00, então sempre trabalhar a hipótese que se tem R\$4.000,00 se

dividir fica praticamente inviável. Jesópolis tem R\$2.800,00, Santa Rosa tem R\$ 2.600,00, estes municípios com valor pequeno, nesta proporção, foi sugerido que pactuem apenas em um lugar, para garantir o atendimento. Trabalhando a hipótese de Santa Rosa, que tem 2 pacientes de catarata, estes R\$2.600,00, se for os dois olhos não dá para fazer nem os dois pacientes. Tudo bem que Santa Rosa pactuou 100% em um único local, mas Jesópolis que está fracionando, 30% de R\$2.000,00 dá seiscentos e poucos reais, um olho de um paciente, é inviável fazer este fracionamento. Uma coisa é Goianira que tem R\$50.000,00, dividiu 40 / 40, Guapo que tem R\$ 16.000,00, você consegue manter / garantir o atendimento dos seus pacientes seja na gestão estadual seja em Goiânia, que eu estou vendo aqui que os dois executores são estes, por ser região central, eu sugiro que reveja esta questão de dividir. Os municípios pequenos sempre oriento para ter este cuidado. Mesmo Campestre que dividiu 50 / 50 ele vai garantir 1 paciente, R\$2.000,00 para cada executor ele vai garantir 1 paciente em cada executante, mas fracionar menos que R\$1.000,00 eu não sugiro porque o custo médio é R\$1.000,00, a não ser que você tenha uma cirurgia mais barata como as que foi citada pela Sr<sup>a</sup> Andressa. Aproveitando a oportunidade, repasso informações que confirmei todas com a Dani Jaques ontem, sobre as dúvidas enviadas pelos municípios: Quanto ao complemento, pode haver complemento do valor de tabela, por exemplo sua cirurgia for R\$700,00 e ela estiver na resolução que o complemento dela é 100% o executor pode pagar R\$1.400,00 por esta cirurgia. Tem que observar a resolução 003 de 2021, que nela tem todos os procedimentos com os incrementos permitidos, porque o fato de ser até 100%, a palavra já diz, tem procedimentos de 25 outros 70, 50 e 100 e tem procedimentos que não tem incremento nenhum, como são os casos do anexo 1 que são oftálmicos. Em relação aos executantes, se atentar que estes recursos não é FAEC é MAC, a regra vai ser conforme a regra da Portaria do FAEC do projeto cirurgias eletivas, mas é para enxergar como se fosse um plus, porque todo mundo estava preocupado, reclamando que o recurso veio menos que no projeto anterior; este recurso não é de projeto de cirurgias eletivas, foi a sobra de recurso de 2021 que foi alocado para realizar cirurgias eletivas, ele será repassado pós-produção, os municípios serão orientados como realizar o faturamento, será com um sequencial de FAEC para que se apure este valor e após o processamento o Estado vai identificar o valor de cada município que foi produzido com cirurgias eletivas, sequencial FAEC e repassar o recurso, aqui na região central é mais tranquilo porque os executantes são Goiânia e o Estado. A SES definiu que todos os executantes serão chamados para uma reunião onde estas informações serão passadas e todas as dúvidas serão sanadas. **Jesópolis** se pronunciou e passou 100% para Goiânia.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** agradece a Sr<sup>a</sup> Cida e reforça a importância dos gestores se pronunciarem, pois como Sr<sup>a</sup> Cida colocou, o recurso será repassado pós-produção, então será necessário processar de forma correta para receber.

**Sr<sup>a</sup> Amábilia Jacinta Gouveia e Silva - Secretária Municipal de Nova Veneza**, questionou sobre a fala de Sr<sup>a</sup> Andressa, sobre o recurso ser extra para cirurgias eletivas e vai sair como recurso MAC, estava consultando a resolução 03 e a 33, e pelo que compreendeu elas tem o mesmo teor, a Sr<sup>a</sup> Cida falou sobre as cirurgias, o rol de cirurgias são estes do anexo 5? Para serem executadas?

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, responde que o rol das cirurgias são estas do anexo da resolução CIB, que são as mesmas da Portaria do Ministério da Saúde.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** é o anexo 4: Rol de procedimentos e custos médios as serem considerados.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, afirmou que serão obedecidos os valores programados, pois antes no projeto por FAEC, as vezes os municípios operavam mais, apresentavam e recebiam o valor. Agora não, hoje o valor é fixo para cada município e será controlado este valor. Apresentou como exemplo: executor Goiânia, em se tratando da Central, se no final de toda programação, Goiânia está com valor de R\$3.000.000,00, este recurso será fracionado, considerando o poder de execução do município, sua capacidade de execução e digamos que Goiânia informe para SES, que pode fazer R\$800.000,00 por mês, estes R\$3.000.000,00 serão divididos em R\$800.000,00 o que dá mais ou menos uns 4 meses de execução e para completar os R\$3.000.000,00. E não haverá mais recursos, porque o recurso não é FAEC o recurso é MAC, e é um plus para dar uma desafogada, reduzir esta fila de cirurgias eletivas nos estados de todo o Brasil. Considerou que se sair uma portaria de cirurgias eletivas, projeto FAEC, mais para o final do primeiro semestre, esperando que o COVID reduza, para que o Ministério da Saúde possa soltar portaria com projeto FAEC mesmo, que é o comum, geralmente março, abril costuma sair uma portaria. Reiterou a importância de utilizar esse recurso que está disponibilizado, um dinheiro extra, para executar o

máximo que for possível, obedecendo a todos os critérios de segurança e esperar que saia uma nova portaria, aí sim será FAEC.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** solicitou a **Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues**, esclarecimento sobre: tem um tempo limite de execução destas cirurgias? Será até 31 de dezembro? Serão 12 meses? Haverá tempo limite para execução e quanto ao anexo que a Sr<sup>a</sup> Amábíla citou, pediu para esclarecer aos colegas que ainda estão com dúvidas. Explicou que tem um campo: complemento estadual, com algumas cirurgias é 100%, algumas 50 e algumas de 70% são estas dúvidas que gostaria se abordasse.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, responde que a Portaria não delimita tempo de execução, mas o recurso é tão pouco que em 4 meses terão executado. Quanto ao anexo 4, onde tem os percentuais?

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** confirma ressaltando que é onde tem os códigos dos procedimentos, denomina o procedimento e tem um campo de complemento estadual.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, isto quer dizer que, para Tratamento Cirúrgico Compressivo do Túnel do Carpo ele pode incrementar 100%, se ele custa R\$300,00 será pago R\$600,00, com o recurso da portaria, no tratamento de varizes é 50% na hemorretomia e 70%, mais isto apenas para os municípios executantes que vão fazer alteração na SPO, e o município que pactuou saber que se ele mandou 2 adenoides, e ele olhou lá no SIGTAP, a adenoide custa R\$500,00, e tem o incremento de 100%, na realidade ele vai ser R\$2.000,00. Então os municípios têm que saber, vai ser o preço do **SIGTAP**, mais o percentual de incremento.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, questiona que se vai receber o recurso MAC e faturar como FAEC.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, diz que sim, e que Dani já fez uma consulta no Ministério da Saúde e que se deve deixar isto claro na resolução, em função de nota fiscal, já conversei com Andressa também, porque na nota fiscal, os municípios executantes, principalmente Goiânia, eu não sei os demais, identifica a forma de financiamento daquele serviço que foi prestado, aí você vai pagar uma nota falando que foi FAEC e o recurso é MAC. Porque não existe outro mecanismo para apurar este valor, o tipo não tem como, se coloco eletivo todos as outras eletivas entrariam na apuração de valores.

**Sr Sérgio Nakamura - Técnico da Diretoria de Políticas Públicas – SMS Goiânia** questiona como o Ministério vai controlar isto depois, porque se ele passou como MAC e vamos gastar como FAEC, teoricamente nos estamos gerando uma nova dívida para o Ministério.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues:** "no sistema vai ser FAEC, mas como um FAEC não recebido, deu exemplo: igual a quando houve aquele deficit, produzia mais mas não recebia, "ai falei com a Dani e ela ia fazer uma consulta formal ao Ministério, onde pontuaria tudo isto formalmente, ela fez a consulta para apurar valor. Seria apenas o sequenciado diferenciado?"

**Dr. Sérgio Nakamura, considerou** do ponto de vista do faturamento, o incremento hospitalar pode ser colocado no sistema, não é bem no FPO é no SIH, **Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, acrescentou: sim, mas é no FPO. **Dr. Sérgio Nakamura:** "sim, mas no FPO do SIH, aí você identifica o que é tanto por cento hospitalar, tanto por cento profissional, assim você consegue separar isto aqui e normalmente a gente, pelo menos Goiânia, coloca como complemento federal." E questionou: vai manter como complemento federal?

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, afirmou: "tem que ser como complemento federal, porque o dinheiro é um repasse extra, não é complemento municipal, nem estadual. É na coluna de complemento federal, até a resolução sair como complemento estadual, acabei de ver ai. E Reafirmou: é Complemento Federal,. Complemento Federal no Estado. E explicou: " estados põem complementos diferentes conforme a realidade de cada um, seria complemento no estado na resolução, mas aí esta questão de depois corrigir na próxima resolução, vou ate falar isto para Dani. Eu também conversei isto. E falei:: olha, vai ficar como, se o Ministério vai ficar devendo um dinheiro para o Estado de Goiás, porque ele não vai repassar, isto tem que ficar claro na resolução ,se o Ministério não der outra saída, porque eu não vejo

outra saída, vai mudar no sistema? Não tem como mudar, não tem como fazer uma alteração desta, deste porte, não existe uma caracterização que a gente possa colocar no SHD específica, digamos um tipo de atendimento diferenciado, só existe eletiva, urgência, não existe um outro lá dentro que a gente possa caracterizar este atendimento, orientar os executantes. Foi pensado de todo jeito, tanto que se está aguardando a resposta do Ministério da Saúde para fazer uma reunião como todos os executantes e repassar as orientações finais."

**Sr. Sérgio Nakamura** sugeriu que, uma saída seria passar integralmente o recurso e comprar como se fosse GPI.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS** aí o próprio município controlaria, não é?

**Sr. Sérgio Nakamura - Técnico da Diretoria de Políticas Públicas – SMS Goiânia** é o município executante junto com seu solicitante controlaria este saldo.

**Sr<sup>a</sup> Amábilia Jacinta Gouveia e Silva - Secretária Municipal de Nova Veneza** - considerou: " pode ser, na reunião você sugere isto, estamos esperando o Ministério passar a orientação formal, aí, na reunião você sugere, já que estará presente. Porque, eu entendi o que você quer dizer, você sabe que o valor é R\$3.000.000,00 e deste valor, x é de fulano, x é de beltrano, você mesmo faz este controle, você vai prestar conta disto como? Para cada encaminhador? Relacionando o que ele mandou? O que você encaminhou dele, como? A questão, e já foi pensada, existe uma fila nos executantes, se não existisse esta fila, ficaria mais fácil para o controle ser feito assim. Pensamos principalmente nos grandes, que são Goiânia, as unidades estaduais, Aparecida, Anápolis, que é mais difícil fazer o controle. Se eu tenho um município executante de médio porte, ele consegue identificar o paciente de origem de cada um e processar, este mês eu fiz X, X e X deu R\$20.000,00 deu 20% do meu valor programado e a SES ir repassando, mas leve esta contribuição lá para a reunião. E olhando a resolução 33, fala quanto ao complemento, você fala que vai ser federal, olhando uma amigdalectomia, ela custa R\$500,00; a gente tem que ter ciência que ela tem mais 100% ai neste valor devo somar mais R\$500,00, então vai ser R\$1.000,00, eu estou conferindo os complementos, tanto da 3 quanto da 33, parece que estão todos iguais, mas eu posso me atrelar a 33, porque tem o quantitativo de porcentagem em cada procedimento?

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, esclareceu, que é a última resolução, a de 2021, então é a 3 não estou entendendo que tem 33, só tem a 3.

**Sr<sup>a</sup> Andressa Vieira – Gerência de Programação e Pactuação Integrada – SMS Goiânia** explicou: a resolução 3 foi a primeira que nós fizemos, aí teve repactuação, porque alguns municípios ficaram sem pactuar o recurso na CIR, eles não podiam ser executores por causa da média MAC, então repactuou na 33, a única diferença entre as duas é no quadro dos municípios, porque alguns municípios trocaram algumas pactuações, não sei se eram 13 ou 16 municípios, mas o restante dela permanece idêntico.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Fleury reafirmou:** a 3 é de 9 de fevereiro, houve esta repactuação em 29 de março, ad referendum, que é a 33.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues** esclareceu: "então se considera a 33 e não há mudança na parte dos incrementos, a 33 foi só para atualizar as mudanças de repactuação, os incrementos são os mesmos e o incremento é dentro do valor, se tenho R\$8.000.000,00 e cada procedimento eu vou pagar 100%, em uma hipótese louca, absurda, significa que eu tenho R\$4.000.000,00, tem que pensar que os R\$8.000.000,00 é para pagar com o incremento, não vai ter um incremento extra, nos temos R\$8.000.000,00 para gastar e vamos distribuir nestes códigos, considerando o incremento de cada um, se um custa R\$1.000,00 com 100% de incremento ele vai custar R\$2.000,00, sempre trabalhar que temos R\$8.000.000,00 e é o que temos para gastar, e sempre foi assim, a regra não mudou."

**Sr<sup>a</sup> Andressa Vieira**, para os municípios que querem que este recurso seja pactuado 100% no ambulatório para fazer cirurgia de catarata, ou que queira pactuar 50% em catarata, fora da lógica, vai ser só 30% em ambulatório, onde entrou catarata, vai ser 70% eu preciso que se manifeste, vou deixar no chat o meu e-mail, vocês vão fazer um ofício informando como que vocês querem que pactuem este recurso, qual percentual ambulatorial e hospitalar para eu poder alocar, porque após a pactuação na próxima CIB, eu já vou inserir estes saldos no sistema para que se possa encaminhar os pacientes.

**Sr<sup>a</sup> Patricia Fleury** reiterou: a colocação da Sr<sup>a</sup> Andressa, de que alguns procedimentos do anexo 4, eles são ambulatoriais, alguns são cirúrgicos, então municípios pactuados com Goiânia, enviar para o [ppigoiania@hotmail.com](mailto:ppigoiania@hotmail.com) qual a porcentagem que ele quer encaminhar para ambulatório e qual a porcentagem do valor para cirurgia.

**Sr Sérgio Nakamura**, só lembrando que o município que tem pouco recurso, se dividir muito entre ambulatório e cirurgia, vai ficar sem nenhum.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, é exatamente isto que falaria, em exemplo para clarear a compreensão, o município identifica a demanda dele, com 4 pacientes de catarata na fila, e 2 de cirurgia geral, o valor dele é só R\$4.000,00, então o ideal é que ele priorize o que for mais urgente, tente fazer esta análise: o paciente que está mais grave clinicamente ou que está mais tempo na fila e defina qual o percentual, com este valor não aconselho a fracionar, se você tem \$4.000,00 e sabe que o custo médio é R\$1.000,00 e ainda tem o incremento, vai dar para 2 cirurgias, 3, se você divide ambulatório e internação você acaba não garantindo o acesso para ninguém no final, e o monitoramento é complicado para o executante, eu sei que as meninas se esforçam muito, tem bastante cuidado quanto a isto, verificam o valor pactuado, por exemplo R\$4.000,00 dividido 70% para internação e 30% para a media, ele vai ficar com R\$2.800,00 em um de mil e pouco no outro e aí não dá nem um procedimento inteiro e ninguém fraciona paciente. Para ter cuidado quanto a isto. Lembro que teve casos, quando eu trabalhava em Goianésia, viu que a fila dele era grande na parte oftálmica e ele conseguia resolver cirurgia geral no próprio município, ele definiu que 100% do recurso dele seria oftálmico, zerando sua fila. Então o município tem que identificar sua demanda, o que é prioridade clínica, técnica para depois fazer este documento oficial para Goiânia, vai e-mail, porque aí todos ficam resguardados. Os municípios fazerem uma análise de necessidades de forma correta e Goiânia que vai atendê-los como prioridade, porque a portaria fala que é para fazer tudo, mas a gente sabe que o dinheiro é insuficiente, o recurso é finito e as necessidades infinitas. Assim que a SES definir a data da reunião, a Dani vai encaminhar para todo mundo e vamos repassar para todos os apoiadores para que estes acionem os municípios executantes para esta reunião.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Fleury**, foi feita na Câmara Técnica, para que a área técnica da regional fizesse contato, município por município para que secretário municipal ou seus técnicos pudessem enxergar sua demanda e transformasse a demanda em valor, para que hoje, na CIR fosse possível pactuar algo mais próximo da necessidade do município. **Sr<sup>a</sup> Patrícia Fleury**, a 3 é de 9 de fevereiro, houve esta repactuação em 29 de março, ad referendum, que é a 33.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, então se considera a 33 e não há mudança na parte dos incrementos, a 33 foi só para atualizar as mudanças de repactuação, os incrementos são os mesmos e o incremento é dentro do valor, se tenho R\$8.000.000,00 e cada procedimento eu vou pagar 100%, em uma hipótese louca, absurda, significa que eu tenho R\$4.000.000,00, tem que pensar que os R\$8.000.000,00 é para pagar com o incremento, não vai ter um incremento extra, nos temos R\$8.000.000,00 para gastar e vamos distribuir nestes códigos, considerando o incremento de cada um, se um custa R\$1.000,00 com 100% de incremento ele vai custar R\$2.000,00, sempre trabalhar que temos R\$8.000.000,00 e é o que temos para gastar, e sempre foi assim, a regra não mudou.

**Sr<sup>a</sup> Andressa Vieira – Gerência de Programação e Pactuação Integrada – SMS Goiânia**, para os municípios que querem que este recurso seja pactuado 100% no ambulatório para fazer cirurgia de catarata, ou que queira pactuar 50% em catarata, fora da lógica, vai ser só 30% em ambulatório, onde entrou catarata, vai ser 70% eu preciso que se manifeste, vou deixar no chat o meu e-mail, vocês vão fazer um ofício informando como que vocês querem que pactuem este recurso, qual percentual ambulatorial e hospitalar para eu poder alocar, porque após a pactuação na próxima CIB, eu já vou inserir estes saldos no sistema para que se possa encaminhar os pacientes.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central**, explica a colocação da Sr<sup>a</sup> Andressa, que alguns procedimentos do anexo 4 eles são ambulatoriais, alguns são cirúrgicos, então municípios pactuados com Goiânia, enviar para o [ppigoiania@hotmail.com](mailto:ppigoiania@hotmail.com) qual a porcentagem que ele quer encaminhar para ambulatório e qual a porcentagem do valor para cirurgia.

**Sr Sérgio Nakamura Técnico da Diretoria de Políticas Públicas – SMS Goiânia**, só lembrando que o município que tem pouco recurso, se dividir muito entre ambulatório e cirurgia, vai ficar sem nenhum.



**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues – Apoiadora COSEMS**, é exatamente isto que falaria, em exemplo para clarear a compreensão, o município identifica a demanda dele, com 4 pacientes de catarata na fila, e 2 de cirurgia geral, o valor dele é só R\$4.000,00, então o ideal é que ele priorize o que for mais urgente, tente fazer esta análise: o paciente que está mais grave clinicamente ou que está mais tempo na fila e defina qual o percentual, com este valor não aconselho a fracionar, se você tem \$4.000,00 e sabe que o custo médio é R\$1.000,00 e ainda tem o incremento, vai dar para 2 cirurgias, 3, se você divide ambulatório e internação você acaba não garantindo o acesso para ninguém no final, e o monitoramento é complicado para o executante, eu sei que as meninas se esforçam muito, tem bastante cuidado quanto a isto, verificam o valor pactuado, por exemplo R\$4.000,00 dividido 70% para internação e 30% para a media, ele vai ficar com R\$2.800,00 em um de mil e pouco no outro e aí não dá nem um procedimento inteiro e ninguém fraciona paciente. Para ter cuidado quanto a isto. Lembro que teve casos, quando eu trabalhava em Goianésia, viu que a fila dele era grande na parte oftálmica e ele conseguia resolver cirurgia geral no próprio município, ele definiu que 100% do recurso dele seria oftálmico, zerando sua fila. Então o município tem que identificar sua demanda, o que é prioridade clínica, técnica para depois fazer este documento oficial para Goiânia, vai e-mail, porque aí todos ficam resguardados. Os municípios fazerem uma análise de necessidades de forma correta e Goiânia que vai atendê-los como prioridade, porque a portaria fala que é para fazer tudo, mas a gente sabe que o dinheiro é insuficiente, o recurso é finito e as necessidades infinitas. Assim que a SES definir a data da reunião, a Dani vai encaminhar para todo mundo e vamos repassar para todos os apoiadores para que estes acionem os municípios executantes para esta reunião.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Fleury**, foi feita na Câmara Técnica, para que a área técnica da regional fizesse contato, município por município para que secretário municipal ou seus técnicos pudessem enxergar sua demanda e transformasse a demanda em valor, para que hoje, na CIR fosse possível pactuar algo mais próximo da necessidade do município.

**Sr<sup>a</sup> Maria Aparecida Rodrigues**, comunica que tem que sair, porque tem outra reunião.

**Sr<sup>a</sup> Andressa Vieira, SMS Goiânia**, a catarata faço é um procedimento de alta complexidade, não temos fila exatamente dos municípios em Goiânia, a fila está toda com vocês, identifiquem o que vocês tem de demanda reprimida se vocês quiserem fazer isto somente com a catarata, como é alta complexidade nos nem recebemos se não tiver teto disponível.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Fleury**, questionou à Regional como vai ficar a pactuação dos 8 municípios silenciosos e se todos foram contatados? **Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa Rocha**, afirmou que fizeram contatos via Whatsapp, no privado e questionou se Damolândia já está presente. **Damolândia**, pactua 50% a 50%. Trindade falou ok, dr. Rogério entrou? A Técnica de **Trindade**, **Sr<sup>a</sup>. Sisley**, informou a pactuação de 50% a 50%, e quando questionada por **Sr<sup>a</sup> Kenia** sobre presença do Secretário de Saúde, **Sr Rogério**, informou que o mesmo está em uma outra reunião e impossibilitado de participar da CIR, neste momento.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa Rocha**, pediu para ele entrar no Whatsapp e dar o consentimento para a **Sr<sup>a</sup> Sisley** falar em nome dele para a pactuação. **Sr<sup>a</sup> Kenia**, chama o município de **Abadia**, que não se manifestou, assim **Sr<sup>a</sup> Kenia** propõe dar andamento na pauta, enquanto vai tentando contatar novamente *os municípios faltantes*, **Abadia, Caturai, Itaguari, Ouro Verde, Taquaral e Santo Antônio** para seguir com a pactuação. **Nerópolis** muda a pactuação e coloca 50% a 50%.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa Rocha – Vice Coordenadora da CIR Central**, informa que alguns municípios não estão conseguindo entrar e vai dar prosseguimento a reunião enquanto continua tentando contatá-los e provavelmente fazer a pactuação via Whatsapp e antes de finalizar a CIR retorna para a pactuação geral, o que **Sr<sup>a</sup> Patrícia** concorda.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central**, informa que está com problema de conexão e solicita que caso tenha algum problema que **Sr<sup>a</sup> Kenia** assuma.

**Sr<sup>a</sup> Sônia Maria Martins – Secretaria Municipal de Saúde de Goianira**, informa que vai alterar a pactuação, passar para 50% a 50%.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central**, passa para o próximo item da pauta de pactuações.

– **Descentralização do recurso do componente de assistência Farmacêutica no âmbito da PNAIISP, do Estado de Goiás para os municípios de Anicuns e Inhumas.**

**Sr<sup>a</sup> Luciana Felício Jeronimo – Coordenadora de Atenção Básica** informa que o município solicita via ofício a CIR Central, a descentralização do recurso financeiro farmacêutico do município, que o repasse seja feito diretamente para o fundo municipal de saúde.

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** informa que como já houve a manifestação de Inhumas e Anicuns e já se pactua porque já foi bem discutido na Câmara Técnica e apresentado e como os dois municípios envolvidos aqui estão cientes e solicitaram a pactuação, o item 4.1 segue pactuado

– **APRESENTAÇÕES E DISCUSSÕES.**

– **Regulação de Vagas de Urgência para Municípios distantes (Sistema SERVIR).**

**Sr<sup>a</sup> Patrícia Palmeira de Brito Fleury – Coordenadora da CIR Central** deu boas vindas a Sr<sup>a</sup> Juliana Rodrigues Marcílio – Gerente de Regulação de Internações - GERINT, informou que esta pauta foi solicitação da região e que mais da metade dos municípios da região central que manifestaram para inclusão desta pauta. A responsável pela pauta é Sr<sup>a</sup> Aryadna, e abre a palavra para os apresentadores a Sr<sup>a</sup> Juliana e Sr<sup>a</sup> Wilma, porque durante a Câmara Técnica permeou também que esta regulação de vagas, para municípios distantes não envolvem só leitos clínicos, as vezes envolvem pacientes para unidades de terapia intensiva com necessidade de suporte avançado no transporte. Foi colocado a dificuldade de municípios com uma única unidade ficando até 15 horas sem o suporte da unidade móvel. Passa a palavra e como é apresentação e discussão, deixa para todos que quiserem se manifestar, podem levantar as mãos, a Sr<sup>a</sup> Juliana vai fazer a condução e os municípios que colocaram na câmara técnica é importante se manifestar aqui também. Há problemas de conectividade. **Sr<sup>a</sup> Patrícia Fleury**, solicitou à Sr<sup>a</sup> Kenia para conduzir, pois com os problemas de conectividade ela fica insegura, não sabe se é ouvida por todos, se cortou, se já se iniciou a discussão da pauta.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa Rocha – Vice Coordenadora da CIR Central**, a tranquiliza dizendo que a pauta ainda não começou a ser discutida.

**Sr<sup>a</sup> Juliana Rodrigues Marcílio – Gerente de Regulação de Internações – GERINT** entra e questiona se preferem que Sr<sup>a</sup> Wilma pontue as dificuldades que estão encontrando e faça os questionamentos dela ou se querem que se passe a apresentação geral.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa Rocha – Vice Coordenadora da CIR Central**, põe a par dos acontecimentos: Na última CIR alguns municípios colocaram da dificuldade que estão tendo para deslocar seus pacientes para regulação muito distante do município, porque a nossa região tem uma quantidade de leitos maior do que todas as outras regiões e até então, era raríssimo as vezes que tinham problemas em ter que deslocar os pacientes da região central para fora da região, enquanto outras regiões tinham este problema a região central não tinha. Agora temos com muita frequência de pacientes da região central, inclusive de Goiânia, sou funcionária de Goiânia e passo por isto, para outras regiões: Porangatu, e inclusive não só para região, mas para fora da nossa macrorregião, Porangatu, Itumbiara, dificulta por demais o deslocamento. Se temos leitos suficientes dentro desta região, porque nossos pacientes estão indo para fora da região? Neste cenário entra a questão do deslocamento, pois o deslocamento de transporte SAMU, vou ficar um tempo sem poder dar assistência aqui dentro. Os municípios menores têm um médico, um enfermeiro, coloca ele na ambulância o município fica desassistido. Então o problema principal foi: a regulação para municípios muito longe de onde o paciente realmente reside e junto com esta demanda vem o transporte com o SAMU.

**Sr<sup>a</sup> Welingta Tarciane – Apoiadora COSEMS** colocou que como estamos em CIR e o espaço de verbalização é do gestor, a pauta foi trazida a princípio pelo município de Guapó e o secretário está aqui, eu acho importante que se dê a oportunidade para os gestores se manifestarem apontando suas dificuldades e depois disto, o SAMU Goiânia que também foi convidado e acredito que seja também para relatar suas dificuldades e depois de todos colocarem, de forma sucinta e objetiva, aí a Juliana contextualiza em cima de todas as dificuldades apresentadas. Eu acho importante dar a fala aos municípios.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa Rocha – Vice Coordenadora da CIR Central**, concorda.

**Sr Wilmar Cardoso De Queiroz Secretário Municipal de Saúde de Guapó** manifestou, cumprimenta a todos e coloca que solicitou a pauta devido as dificuldades que Guapó está atravessando, acredita que seja a mesma de outros municípios. Como já foi dito, primeiro as vagas de UTI estão saindo para cidades distantes ate a 300 km do município de Guapó, e quando vai deslocar, principalmente com o SAMU, ou uma ambulância normal, este carro fica praticamente o dia todos, porque são 4 horas de viagem, primeiro é um paciente debilitado que está esperando uma vaga de UTI, é muito difícil de transportar, imagina um paciente destes ficar 4 horas dentro de uma viatura, atravessando o Estado, atravessando 300 km ou mais, se pegar Porangatu, de Guapo ate lá dá 450 km, se pegar Uruaçu, da mais ou menos 350Km, se pega Luziânia, 330 km, Itumbiara dá 240 km, Nerópolis que é o mais próximo da 140 km, acho muito desgastante, principalmente para o paciente, que já está debilitado, ficar 4 horas dentro de uma ambulância, e estas 4 horas estou deixando descoberto a nossa região, ele vai ficar 12 horas longe daqui, e não só isto, porque depois também vou ter que buscar este paciente de volta, quando recebe alta, ontem tive que buscar paciente 2 vezes em Itumbiara, buscar paciente em Luziânia, é um transtorno para ir e um transtorno para voltar, o carro sai daqui e vai ficar 12 horas afastado. Para se ter uma ideia, sexta nosso SAMU saiu de Guapó, as 14 horas para Luziânia e enquanto não regulou o paciente, não resolveu tudo não liberou, chegaram aqui as 4 Hs da manha, e tem outra situação pior, temos o desgaste do motorista, que outro dia, a maioria tem plantão, tem que deslocar o plantão destes motoristas, tem o problema financeiro do município, município pequeno não tem esta verba toda para gastar com isto, então, só para vocês terem uma ideia foram mais de 14 regulações para fora, com distâncias de 300 km. O que fico mais preocupado e com o paciente, ficar deslocando 4 horas dentro de um carro desses, que eu acho que é o mais desgastante para ele, mesmo que tenha todo o preparo, com médico, enfermeiro, técnico la dentro. Isto que eu acho problemático, o problema financeiro do deslocamento, os familiares, que também querem acompanhar, depois temos que arrumar outro carro para os familiares que não tem condições financeiras, além das despesas destes familiares, que não podem arcar com elas e o município tem que atender. Por isto solicita que se reveja esta situação, nós temos Goiânia, que está a 30 km de Guapo e tem as UTIs, gostaria que se reveja esta situação com Goiânia, como era antes.

**Sr Sérgio Nakamura - SMS Goiânia** de Anicuns colocou que o caso de seu município é bem conivente com esta pauta, tivemos um paciente COVID aqui que estava estabilizado no hospital, saiu vaga para ele em Luziânia, tinha que ser USA, não poderia ser feito com transporte SAMU convencional, e recebemos a resposta do SAMU que a USA de Goiânia não poderia sair com mais de 120 km, aí tivemos que pegar nossa USB, pegar um médico e um enfermeiro dentro, equipamentos de suporte ventilatório para levar para Luziânia, então além da distância não temos a USA disponível também, por vários fatores, acho que é questão de seguro, questão também ficar sem o veículo para dar suporte em Goiânia, dentre outros. Esta regulação para município distante tem uma dificuldade muito grande, tanto para o município, quanto para o SAMU, para a USA principalmente de Goiânia, precisa tomar um cuidado muito grande na regulação, para colocar o mais próximo possível, obvio, se não tiver uma vaga dentro de Goiânia, tem que procurar mais próximo, mas está causando um transtorno muito grande, inclusive nos tivemos 2 médicos neste dia que pediram conta porque não queriam acompanhar o paciente em estado de urgência com COVID, dentro daquele veículo fechado até Luziânia. Perdemos 2 médicos. Para vocês verem como está a realidade do município, o quanto está difícil.

**Sr<sup>a</sup> Wilma Ana Nogueira Santos – Diretora Geral / SAMU Goiânia**, tenta falar mais está com problemas no equipamento e o som saí com muita microfonia. **Nota da secretaria-executiva:** o som está inteligível, com momentos que fica mais claro e outros com problemas, a seguir está transcrito o que foi possível compreender. **Sr<sup>a</sup> Wilma:** a regulação é um observatório, onde se tem todo o serviço de saúde do Estado e o que se tem percebido é que a condução da regulação é o transporte, que demanda mais a parte técnica, com três pilares: o veículo, a equipe técnica e o paciente, dentro da parte técnica, tem uma quilometragem, que já foi comprovado, que tem uma distância, que eu não posso prejudicar o paciente, a importância do transporte é manter a estabilidade do paciente de um local onde ele está ate o seu destino, sem pôr em risco a equipe, sem desgaste, pois eu tenho um tempo de até 3 minutos para verificar o paciente, tenho que entregar o paciente estável. A escolha do transporte é importante pela distância. O transporte em Goiás tem o transporte terrestre e o transporte aéreo. O transporte aéreo é tremendamente oneroso. Acredito que não seja isso que se queira pontuar. O terrestre, que o que vamos nos ater, eu tenho um seguro que me manda ficar no limite de 100 km solicito que os municípios verifiquem no seu seguro ate quanto a viatura pode ir, se ultrapassar estes 100 km e tiver alguma avaria na viatura, algum acidente, como já tivemos caso, algum colega com algum problema clínico ou trauma, o seguro não cobre, porque houve uma condução fora dos parâmetros do seguro. Outra coisa é o desgaste da equipe.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa Rocha – Vice Coordenadora da CIR Central**, coloca que o som continua ruim que está dando eco. Solicita que se aproxime do microfone.

**Sr<sup>a</sup> Wilma Ana Nogueira Santos – Diretora Geral / SAMU Goiânia** cita uma apresentação, com coisas técnicas, já estudadas, cita distâncias grandes Uruaçu, Goiás Velho Prejudica a viatura, prejudica a equipe técnica e os pacientes que necessita de todos os cuidados, o conhecimento para entregar este paciente estável no seu destino. Então temos de obedecer normas e critérios.... o veículo tem um seguro que tem uma área de abrangência.... tem estudos que mostram que distâncias maiores de 200 km desgastam o paciente e a equipe....tem que avaliar as condições de trânsito, condições do clima, o ideal é de 60 até no máximo 150 km, **Nota da Secretaria-Executiva:** neste momento o som fica mais nítido. **Sr<sup>a</sup> Wilma** coloca que tem vantagens e desvantagens, o problema é que o nosso seguro só cobre o transporte até 100 km, pela parte do desgaste da viatura, o desgaste da equipe, quando se atende um paciente e passa acima de 80 km a equipe chega desgastada, tem que ficar monitorando este paciente a cada 3 minutos, tanto no ACB, o desgaste é maior. O estudo da distância foi feito por uma equipe especializada, conforme a regulação, a decisão de transferir um paciente grave é estritamente da equipe médica, porque pode se avaliar o tempo que o paciente pode ter um agravo neurológico, um rebaixamento hemodinâmico para não se agravar pelo transporte. O Conselho Federal de Medicina também, através da resolução 2110, coloca que o serviço pré hospitalar de urgência, deve obrigatoriamente, priorizar os atendimentos primários em domicílio, ambiente público ou via pública, por ordem de complexidade e não por ordem de chegada como é nos CAIS, mas por ordem de prioridade, quando pede o transporte nós classificamos como secundário, ele vai passar de uma unidade de pequena complexidade para uma de média complexidade, vai ser avaliado a gravidade deste paciente e a prioridade que vai passar, para se ter uma ideia, trabalhamos com 4 USAs, mas o pedido de 5, 6 pacientes para transporte, que leva em Goiânia, de 2 a 3 horas com a viatura, se for 100 km, vai ficar a manhã inteira com o paciente, o que não tem condições de fazer este atendimento por uma distância muito longa. Não é atribuição do serviço hospitalar móvel de urgência e emergência o transporte de pacientes de baixa e média complexidade, isto é responsabilidade do município, assim como o transporte de pacientes para realizarem exames de complexidade na rede, as vezes fazemos para socorrer o paciente, não é obrigação do serviço móvel de urgência, não está no contexto da 2048. O seguro cobre a frota, até 100 km, o que está sendo solicitado ultimamente, é transporte acima de 100 km, até 400 km, já foi solicitado, é Uruaçu, é São Luiz de Montes Belos, lembrando que esta distância é da frota, não é do paciente, por exemplo Inhumas pede transporte para Goiás Velho, de Inhumas para Goiás Velho, da 97 km, se eu tiver que mandar a USA, esta vai sair de Goiânia, que dá 148 km, então é inviável, a distância é da frota e não do paciente. É isto que deve ser levado em consideração. Concluindo, a qualidade de transporte do paciente deve sempre levar em conta o prognóstico que se encontra no momento sem esquecer de avaliar as condições do meio de transporte, porque nossas estradas deixam muito a desejar, muita trepidação, muita movimentação dentro da viatura, desestabilizando as vezes o paciente. Uma das contraindicações para o transporte é o uso de drogas vasoativas, principalmente com pressão limítrofe, aí não tem como manter o paciente estável, a probabilidade de manter o paciente estável no transporte terrestre é grande se eu tenho condições técnicas para manter o paciente, eu nunca posso transportar o paciente pondo em risco a vida dele. E uma coisa muito importante que está sendo esquecida, a família, eu vou transportar um paciente, a regulação está mandando o paciente para 350 km, e a família como fica? Cadê a parte social? Vamos pensar nisto também. A família que precisa visitar, a angustia desta família com o paciente doente, eu coloco até 4 itens que tem que ser avaliado: tipo de viatura, ver com os municípios quantas vezes ele teve perdas de viaturas, que vai precisar ir para mecânica depois de um transporte deste. Segundo a equipe técnica, que chega desgastada. Terceiro o paciente que corre o risco de desestabilizar e não conseguirmos entregar este paciente em melhores condições clínicas e a família, a parte social que deve ser pensada também. Estas são as referências que a gente tirou, são pessoas de competência enorme. O que estamos percebendo nesta época, talvez pela pandemia é que voltamos aos anos 80, quem tem mais de 40 anos vai lembrar o que passamos em 80 e depois que houve uma reprogramação com o Sarney que teve uma reformulação do SUS, em que os sanitaristas, Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz, fizeram um trabalho enorme para podermos fazer um trabalho preventivo, a saúde básica da população, quando o serviço de emergência é extremamente valorizado, quando ele é muito cobrado, é sinal que a população do município está doente, e quando eu falo doente no paciente, falo doente na gente também, nos somos também pacientes, nos somos dependentes deste grupo de emergência. Então o serviço primário tem que começar a ser trabalhado, a ser valorizado, voltarmos ao trabalho preventivo. Os agravos de pequena e média complexidade, os ambulatórios albergarem isto aí, deixar os de alta complexidade, os agravos clínicos, os agravos traumáticos, de maior complexidade e repensar este transporte, o complexo regulador é um observatório dinâmico da saúde da população e esta observação que estamos vendo, nos estamos adoecendo não só a população, nos somos a população, a equipe

médica também, viram o colega de Anicuns comentar que os médicos se recusando, não é uma recusa simples, é uma recusa técnica, de respeito de valorização da vida, espero ter contribuído e estou à disposição.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa Rocha**, elogia, e diz que no chat alguns secretários se manifestaram, a Sr<sup>a</sup> Irene secretaria municipal de Itauçu, registra que a fala da Dr<sup>a</sup> é perfeita em todos os seus aspectos, nada a acrescentar, creio que aborda todos as situações levantadas.

**Sr<sup>a</sup> Sônia Maria Martins Secretária Municipal Saúde de Goianira**, coloca que concorda com a Dr<sup>a</sup> Wilma em parte, porque nos temos o SAMU, não é para olhar para a viatura, para as equipes não, todas as equipes estão estressadas, todos estão trabalhando, alguém tem que responder para nos, se o SAMU não pode levar, quem pode? Eu quero que a SES, me explique porque a vaga sai para 200 km, 300 km. Quando pedimos a vaga pedimos no intuito que a vaga saia próximo e ela sai para 400, 500 km qual é a culpa que nos temos para fazer isto? Alguém tem que nos ajudar a resolver isto. Ou esta vaga sai mais próximo ou o SAMU tem que colaborar conosco. Porque da mesma forma que a Dr<sup>a</sup> falou que a USA não pode sair e as nossas pode? Pode ficar o tempo todo fora? Pode os profissionais saírem e não tem problema? A discussão hoje é para isso. Ou sai a vaga mais próximo de nós, ou tem que haver uma ação para o transporte. Saiu vaga para Formosa, para Luziânia, Goiás Velho, para São Luiz, Rio Verde e aí, desmonta minha equipe? Que já é pequena, dada a condição financeira que o município tem, eu tenho que trabalhar com o que eu tenho, não consigo fazer milagre, e ainda vou ter que ouvir isto, que nos estamos errados, me ajuda não é?

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa Rocha – Vice Coordenadora da CIR Central**, agradece e coloca para Fabiana que se mostrou uma angustia que nossos gestores estão, desta pressão que existe em relação ao transporte SAMU, que é o transporte, que dentro da pactuação é o meio que faz o transporte de pacientes graves, e temos esta limitação no quantitativo de transportes, de equipes, e acaba cobrando que os municípios precisam se desdobrar com outros tipos de transporte, em suas ambulâncias sanitárias, o que desfalca os municípios de equipes, na sua fala se você conseguir abordar um pouco de tudo isto, e na verdade tudo gerando por deslocamentos para grandes distâncias.

**Sr César José da Cunha – Técnico Administrativo da Secretaria Municipal de Anicuns** coloca que concorda em parte com a Dr<sup>a</sup>, o que não concordo é que Seguro é o município que faz e estabelece distância, em determinadas situações os municípios não tem outra opção a não ser procurar a USA de Goiânia, que ela está vinculada, não tem outra forma, em determinadas situações é a USA que tem que ir, não tem outra opção, não tem leito em Goiânia e saiu outro um pouco mais distante, a USA tem que ter esta disponibilidade mesmo causando este tanto de agravamento citado do que colocar o paciente numa ambulância pequena, sem nenhum suporte para levar este paciente, porque muitas vezes também, o município não tem como estabilizar este paciente. Saiu esta vaga na UTI, não tem USA ele vai colocar o paciente no carro que ele tem, vai morrer no caminho, então esta questão do seguro eu não concordo com ela, porque seguro quem estabelece é o município. Então concordo em 90% do que ela colocou, de todas as dificuldades, mas nos não podemos ficar preso nesta questão de distância, o exemplo que ela citou de Inhumas para Goiás, você veja que não era nada de outro mundo a respeito de distância, mas devido a esta limitação de quilometragem não foi possível ela fazer, então este seguro aí, quem estabelece é o município, sugiro que mude isto, porque nas urgências, nas emergências, quem tem que ir é a USA de Goiânia, não tem outra opção.

**Sr Wilmar Cardoso De Queiroz Secretário Municipal de Saúde de Guapó**, concorda 90% das colocações da Dr<sup>a</sup>. Wilma, temos que utilizar em último caso o SAMU para viajar, não temos como levar o paciente nestas ambulâncias pequenas. Gostaria de ver a volta dos hospitais de campanha, com estas UTIs, porque isto salvaria todos nossos procedimentos, salvaria a situação que estamos passando no município, a volta da UTI nos hospitais de campanha, o que seria ideal, é uma sugestão que estou dando, devemos rever esta questão. **Sr<sup>a</sup> Juliana Rodrigues Marcílio – Gerente de Regulação de Internações – GERINT**, comenta que anotou todas as pontuações, e vai fazer uma apresentação geral, na qual acha importante o seguinte: a Dr<sup>a</sup> Wilma colocou a importância da rede de saúde funcionar, isto estamos batendo na tecla em toda CIR, todo GT, toda CIB. O Plano Estadual de Regulação que está sendo montado junto com o COSEMS, com os municípios, sempre e bateu na tecla da regionalização, da descentralização dos serviços.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa Rocha**, informa que Dr<sup>a</sup> Wilma pediu a fala, e passa a palavra a ela. **Sr<sup>a</sup> Wilma Ana Nogueira Santos – Diretora Geral / SAMU Goiânia** talvez eu não tenha sido bem clara, não é só o problema do distanciamento pautado pelo seguro, não é só isto não, é o agravo do paciente, o desgaste da viatura e principalmente que esta viatura fica disponibilizada para este paciente, claro que ele precisa, é

necessário, mas nos ficamos muito tempo, sem uma viatura, para atender o restante da população, então nos temos disponibilizado 4 USAs, tem uma em Trindade e as outras em Goiânia. O que vou disponibilizar é uma equipe inteira, a distância é muito grande, o que a gente pede não é negar o atendimento ao paciente, é que a Regulação Estadual, sendo um observatório, ele comece a regionalizar, procurar vagas dentro da região, vocês acham que eu vou achar leitos em São Luiz de Montes Belos e não vou achar em Goiânia, ou Nerópolis ou Inhumas? Então aproximar este paciente, dentro da área de abrangência, dentro da região. Isto que nos colocamos.

**Sr<sup>a</sup> Juliana Rodrigues Marcílio – Gerente de Regulação de Internações – GERINT** coloca que a primeira coisa, a mais importante de todas, é a questão da rede de urgências, a rede assistencial que faz a saúde funcionar, a minha atenção básica, primária, funcionando eu não vou ter paciente que não é da minha urgência chegando, que é o que está acontecendo hoje, as nossas unidades hoje: HUGO, HUGOL, HDT, HMI, HECAD, as nossas unidades estaduais estão com o Pronto Socorro superlotado, eu vou apresentar para vocês aqui o que tenho de vaga de UTI hoje no estado, então assim, hoje a gente abriu nos 246 municípios, então a rede de Goiânia, a rede Estadual de saúde, localizada em Goiânia hoje, não atende só Goiânia, ela atende os 246 municípios e infelizmente, nos estamos com a média de 70% de solicitações dentro da urgência, que poderiam ser solucionadas no próprio município, são pacientes que deveriam estar sendo acompanhados na rede básica, nos PSF, pacientes que podem ter seu tratamento conduzido no seu município, no Hospital Municipal, e o que a gente vê hoje, até colocamos um termo, não muito antes tínhamos a ambulancioterapia, hoje temos a regulo terapia, o paciente tem uma febre, insere na regulação, então acho que a primeira coisa é: fortalecimento da rede de atenção dos municípios, eu pago aí 15, 20,30 mil para o médico atender dentro do meu município e ele não consegue atender um paciente com dengue, é claro que vou ter pacientes com dengue que vou ter que inserir na urgência, mas a maioria destes pacientes podem ser conduzidos no próprio município. Estamos fazendo uma higienização da fila da urgência, hoje estou com 760 de solicitações só da urgência, começamos esta higienização com as solicitações de vascular, dos 63 pacientes de vascular, a nossa cirurgia vascular, que está na mesa reguladora, avaliou que das 63, 10 são urgências, o restante é via ambulatório, então, a primeira coisa é o fortalecimento da atenção básica nos municípios, inserir realmente o que é preciso, o que é urgência, nem que a gente tenha que dar um treinamento para esta equipe médica, o Ministério da Saúde tem os treinamentos de urgência para a equipe médica de municípios. A questão da descentralização e da regionalização, a regulação estadual tem uma visão do estado como um todo. Buscamos as vagas primeiro nas regiões, para mim seria muito mais fácil eu ter vaga na região central só para a região, só em Goiânia, infelizmente hoje isto não acontece. Exatamente porque as portas das urgências estão estranguladas, é paciente chegando de demanda espontânea, é paciente que está sendo encaminhado, via município, com ambulância, sem regulação, o que se vê no HUGO e HUGOL é uma coisa que acho que é caso de Ministério Público e polícia, estão colocando paciente dentro de ambulância e desovando dentro do HUGO e HUGOL, acontece que fica com pronto socorro superlotado, pacientes em macas, não tem leito de UTI. Eu não tenho como regular um paciente, por exemplo, de Anicuns hoje, se eu tiver uma vaga para este paciente hoje, eu vou ter em São Luiz de Montes Belos, o lugar mais próximo, e a Região Central hoje, faz parte da Macrorregião Centro-Oeste, então foram abertos leitos de UTI em todas as macrorregiões, hospitais em todas as macros, para tentar otimizar o acesso deste paciente. Entendemos que a regulação não precisa mandar o paciente para 600, 700 km de distância, mas se eu tenho um paciente hoje, vou dar um exemplo de um paciente COVID, porque aumentou o número de pacientes COVID, e a gestão está abrindo leitos, para pós COVID temos que suprir este aumento no número de solicitações de internações de COVID, principalmente leitos de UTI, então estamos abrindo, abriu leito no CRER, abriu, ontem em Trindade, estamos trabalhando com a abertura de leitos, na região central, para tentar absorver aqui na região central, as solicitações da macrorregião centro-oeste, que hoje é a macrorregião que mais demanda vagas na regulação. VIGD Mas se eu tenho um paciente que está sendo ambulado dentro de uma unidade sem suporte, não tenho vaga em Goiânia, não tenho vaga em Nerópolis, não tenho vaga em Goiás eu, enquanto regulação, e a nossa equipe, enquanto médicos reguladores, não podemos ficar com este paciente parado, esperando surgir uma vaga, ou mandar um paciente COVID, sendo ambulado para qualquer pronto socorro, sem um mínimo de suporte ou isolamento, Então o que a regulação hoje trabalha, se eu não tenho vaga, na região, na macro, eu vou expandir para onde eu tenho leito disponível. Isto é obrigação do meu médico regulador, eu não posso ficar com esta ficha parada, aguardando sair uma vaga, então é disponibilizada uma vaga hoje onde tem leito disponível. Ah, meu paciente está grave e não tem condição de transporte, eu não consigo mandar, ele está instável, a gente nunca finaliza a ficha, o que é orientado: informe via adendo que o paciente não tem condições de transporte, que o SAMU recusou o transporte, coloque isto no adendo, e pede para seguir na regulação para busca de vagas no local mais próximo, só que nem sempre conseguiremos a vaga em tempo hábil. Tenho COSEMS acompanhando, tenho

Ministério Público me cobrando: mas você tem vaga disponível aí na cidade de Goiás, na cidade de São Luiz, porque este paciente ainda está parado na regulação? Então, a minha obrigação hoje, enquanto regulação, é ofertar o leito, se não tiver na região, eu busco na macro, na macro mais próxima, e expando para todo o estado. Coloco para vocês a questão da distância, Goiânia / São Luiz de Montes Belos, estamos fazendo um trabalho, hoje, além de regular, todas as solicitações dos municípios, temos ainda que fazer, a retirada do paciente do pronto socorro das unidades, para desafogar estas unidades para receber os pacientes do interior e de Goiânia também, então Goiânia / São Luiz de Montes Belos, dá uma distância de 127 km, o SAMU não conseguiria fazer um transporte de 127 km, de um paciente com leito de UTI? Devemos rever a questão da dificuldade do transporte, isto já foi debatido em GT, em CIB, inclusive com dr Ismael e Verônica, para montar um grupo condutor, discutir a questão de transporte via SAMU. Temos transporte aéreo que os municípios podem solicitar diretamente no Corpo de Bombeiros, onde fica o transporte aéreo, e fazemos este transporte aéreo, via estado, temos o horário, até 5 horas, e o transporte aéreo funciona tanto avião quanto helicóptero, se for de extrema necessidade, é uma distância longa demais, sempre acionamos. Entender que não é a regulação que só disponibiliza para fora, se disponibiliza para onde tem vaga, porque as vagas dentro de Goiânia são insuficientes. Outro item, pactuação dos municípios da região central com Goiânia, vocês tem pactuações de leitos de UTI em Goiânia, porque só inserir para o Estado? Temos que ampliar a busca de vagas, porque Goiânia não dá vaga de UTI para o Estado. Se não abrir leitos, não disponibilizar leitos na rede, contratualizados, Goiânia já tem sua própria demanda de pacientes para leitos de UTI, então tem a questão também da pactuação dos municípios da região central, vocês estão gastando dinheiro, eu estava vendo as questões das pactuações, é colocado dinheiro, temos que aprender também a cobrar as questões das pactuações, se coloco dinheiro lá, tenho contratualização de leitos eu tenho que ampliar esta busca de vagas. As UTIs gerais, que foram abertas, hoje, eu tenho mais próxima, vou compartilhar o slide, ficou muito pequeno, porque são muitas unidades e os leitos ficaram pequenos, mas vou deixar disponibilizado para vocês. Então hoje, de UTI adulto, não estamos falando de COVID, adulto tenho HUGOL, não tenho leitos disponíveis, UTI geral, UTI queimados, todos ocupados; cardio, todos ocupados. Tenho UTI no Hospital de Urgências de Goiânia, que também não tem leitos. Hoje no pronto socorro do HUGO e Do HUGOL, tenho 20 pacientes aguardando leitos de UTI, se não tenho leitos de UTI nem para o PS, como que eu vou regular pacientes da região central para dentro da UTI do HUGO e do HUGOL. Tenho 3 que tem leito de UTI: São Luiz de Montes Belos, Hospital Estadual de Trindade, que ontem foi revertido leitos de UTI para leitos COVID, para tentar ampliar esta rede para região central e centro-oeste, Hospital Sagrado Coração de Jesus, que tem leitos de UTI adulto, geral e COVID, hoje eu tenho 30 leitos Covid ocupados e 18 leitos gerais ocupados, que seria para região central, região centro-oeste, Hospital de Caridade são Pedro de Alcântara, leitos de UTI geral e COVID, a UPA de Iporá, hoje com leitos de UTI geral. O Hospital Estadual de Anápolis, com 51 leitos de UTI, 7 COVID, e o restante geral, todos os leitos ocupados, Hospital Municipal de Porangatu, hoje tenho 10 leitos de UTI geral e 8 leitos disponíveis. Aqui eu não tenho como direcionar pacientes que estão na centro-oeste para Porangatu, porque o SAMU de Goiânia não leva, mas o SAMU da região de Formosa, leva os pacientes para Porangatu quando disponibilizada a vaga, quando não tem vaga em lugar nenhum eles fazem este transporte, da macrorregião nordeste para centro-norte. Gostaria de ver o parâmetro do SAMU, se cada SAMU tem um tipo de atendimento. Porque o SAMU da região Centro norte, o SAMU da região nordeste e o da região sudoeste, eles fazem este transporte de longas distâncias, independente de seguro de viatura, se tem a vaga e só tem naquele local, eles fazem o transporte, eles não fazem o transporte se o paciente não tiver condição clínica de aguentar esta viagem. O Hospital Estadual do Centro Norte Goiano, abriu leitos de UTI geral, como a demanda da região para COVID estava alta, foram abertos leitos de UTI COVID e na próxima semana, vamos abrir leitos de UTI COVID na região para atendimento da macrocentro norte, da macrocentro oeste, vai ser aí para todo estado, então hoje, se tiver leito disponibilizado apenas em Uruaçu, eu e a mesa reguladora, o médico regulador, enquanto autoridade sanitária, vendo ali, a necessidade do paciente, ele vai selecionar para onde tem o leito disponível. Não podemos ficar omisso neste momento e deixar, porque eu não tenho vaga em Goiânia, eu não vou disponibilizar em nenhum local. Hospital de Ceres, Domingos Mendes temos leitos de UTI geral, Hospital Ortopédico de Ceres, leitos de UTI geral, Hospital Geral de Itumbiara, foram abertos leitos, o hospital foi desmobilizado como COVID e aberto para atendimento geral. Com o aumento das solicitações da macro sudeste, foram abertos leitos COVID também para atendimento destes pacientes. Então não temos dificuldades só na Central, só na macrocentro oeste, um paciente de Hidrolândia, por exemplo, está dentro da macro sudeste, se eu não tenho vaga em Goiânia e regulo este paciente para Itumbiara que seria a macro da cidade, o SAMU de Aparecida também não faz este transporte, então fico com este paciente muitas vezes, e somos cobrados, e o gestor liga para regulação: a vaga não sai, não sai, esta demorando, porque? Porque ele querem somente vagas para região central, para Goiânia, e não tem isto disponibilizado. A regulação trabalha com vagas, não cria vagas, aí entraria a parte da assistência, na rede de atenção à saúde, que é trabalhado

hoje, nós enquanto regulação, vemos a necessidade: na região centro-oeste, na região central, na região sul, estou com um aumento significativo de casos, tanto de COVID, quanto de UTI geral, pacientes com AVC, com problemas cardíacos pós COVID e se dá este direcionamento para Superintendência de Atenção à Saúde para trabalhar estes dados e abrir mais vagas nos locais que mais precisam. Na macro sudeste, tem o Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Aparecida, leitos de UTI, Santa Casa de Catalão, leitos de UTI, Hospital e Maternidade São Nicolau, leitos de UTI adulto e leitos de UTI neonatal, hoje, leitos de UTI NEO tem uma demanda muito grande e uma escassez de leitos, tanto em Goiânia, como no Estado como um todo, então está sendo trabalhado a abertura de leitos, para poder suprir esta demanda, por exemplo: se tem 10 crianças, 10 NEO na regulação, foi regulado paciente para São Nicolau em Rio Verde, porque é o único local hoje que tem leito disponível. Seguindo na Sudeste, Hospital Nasser Fayad, é um hospital que tem convênio para UTI adulto e cardiovascular, é uma unidade de alta complexidade cardiovascular que o estado tem como referência cardíaca após o HUGOL, então muitas vezes, ficamos com paciente com a solicitação em aberto, precisando de uma cirurgia cardíaca de urgência, eu tenho vaga lá, como eu não vou disponibilizar para este paciente se ele é de Goiânia? Se eu não tenho vaga aqui e Goiânia também não tem como receber este paciente, a Santa Casa de Goiânia hoje, não tá fazendo cirurgia cardíaca, hemodinâmica não está funcionando. Então se trabalha com esta visão como um todo, seria perfeito se eu tivesse leitos para atender os 246 municípios, todos na região, tudo aqui em Goiânia, tudo mais próximo, mas não tem esta realidade hoje. Entendemos a dificuldade dos municípios, neste sentido do transporte, e com isto, tentamos fazer esta busca onde tem a vaga. Se eu tenho vaga para Goiânia, pode ter certeza que seu paciente vai ser regulado para Goiânia, eu não vou tirar um paciente de Brazabrantes e mandar para Luziânia, se eu tenho uma vaga aqui em Nerópolis. Mas se trabalha com uma realidade hoje de super lotação em hospitais de alta complexidade e na rede conveniada de Goiânia também. Hospital Municipal Modesto de Carvalho em Itumbiara, leitos de UTI geral. Hospital Municipal de Morrinhos, também leitos de UTI geral. Goiânia – Morrinhos, 131 km, será se eu regular um paciente de Goiânia, para Morrinhos eu não consigo levar este paciente para lá? 31 km a mais. Estamos tendo muitas negativas. Foi comentado pela Dr<sup>a</sup> Wilma a parte social, que a família muitas vezes não tem onde ficar, ok., o paciente tá indo para uma UTI, no caso de COVID, ele não vai poder visitar, mas a grande maioria dos pacientes que estão regulados, a família não se opõe, a família quer o atendimento, ela quer o paciente dela com o serviço prestado. São várias as situações, não vai ser resolvido de forma imediata, em curto prazo, tem que ser levado estas situações, para CIR, no GT, na CIB, grupos condutores formados e ver o que se pode ser feito, como expandir esta rede dentro da região central? Como se consegue absorver, dentro da região central, dentro de Goiânia, nas unidades mais próximas, a quantidade de pacientes que está sendo inserido e está chegando nas portas das unidades? É um questionamento que não tenho como responder o que pode ser feito neste momento, abrir mais hospitais aqui? Construir mais Hospitais Estaduais dentro da região de Goiânia? O que fazer? Mas vocês podem ter certeza, pode-se abrir mil leitos, estes leitos serão ocupados, e o problema vai voltar, vai continuar. A solução de médio, longo prazo é o fortalecimento do serviço de saúde nos municípios, porque não tem outra forma, podemos abrir hospitais e hospitais e estes sempre estarão lotados. Hospital Estadual de Formosa, tinha sido desmobilizado leitos COVID, só leitos convencionais, com o aumento do COVID, retornou. Não sei se Guapo ou Anicuns, falou que o paciente saiu vaga para Formosa ou Luziânia, com o aumento das solicitações COVID, após o ano novo, foi abrupta, então foi se desmobilizando leitos de UTI convencional e retornando leitos de UTI COVID e quando os pacientes foram regulados o único local que tinha vaga disponível era Formosa. Hospital Municipal de Evaristo Vilela Machado, em Mineiros, UTI convencional. UTI neonatal, que a demanda aumentou muito, principalmente síndrome respiratória em neonatais e crianças, hoje tenho leito no Hospital Materno Infantil, 20 leitos de UTI neonatal e no Hospital São Nicolau, 5 leitos de UTI neonatal que foram contratualizados e entraram na rede agora. Então se tenho um paciente de UTI neonatal, que necessita da vaga agora, eu não posso direcionar esta criança para o São Nicolau? Tenho a obrigação de ofertar este leito. Se o gestor do município liga e diz que la no mapa da transparência tem um leito, estou com uma criança, porque não vou direcionar? Porque esta criança não foi regulada? A regulação fica no meio, tenho os municípios, as unidades executantes, o Ministério público em cima, mas não tenho oferta, pois se tivesse para todos, não precisaria de regulação. Então preciso desta priorização, tem a questão da regionalização, da descentralização, a oferta mais próxima, mas se não tem, tenho que ofertar onde tem o leito. UTI pediátrica, tem hoje no HUGOL, cardio pediátrica no HUGOL, UTI COVID, no HUGOL e no HECAD, Hospital da criança, e UTI PED, convencional no HDT. No Hospital Estadual Centro Norte Goiano em Uruaçu, foram abertos ontem 10 leitos PED convencional. Hoje o panorama nosso de leitos de UTI no estado são estas unidades para os 246 municípios. Sr<sup>a</sup> Kenia questiona os secretários se eles estão acompanhando o raciocínio que Juliana está passando, reforça que está sendo mostrado a quantidade de leitos que tem em cada unidade, entendemos a dificuldade, a demora é muito grande e coloca que se tiver alguma dúvida, esta deve ser exposta. Sr<sup>a</sup> Juliana coloca um slide com os leitos COVID referência hoje e



quantas vagas tem disponíveis. Na região para abrangência estadual temos: HUGOL, leitos UTI PED e adulto, hoje o HUGOL, não tem nenhum leito pediátrico COVID, e tem dois leitos de enfermaria COVID, estes dados foram informados as 8:00 da manhã pela equipe, se trabalha aqui diretamente com o núcleo das unidades. HUGOL, na parte adulta são 16 leitos de UTI COVID, não há nenhum disponível. HDT, as 8 Hs da manhã tinha 1 leito disponível, provavelmente este leito já foi regulado. O HECAD, que é uma referência pediátrica COVID, 4 leitos de UTI disponíveis, não tem enfermaria COVID. O CRER, as 8 horas, tinha um leito de UTI COVID. Estas são as unidades da região de Goiânia, que podem ser utilizadas pelos 246 municípios, mas a prioridade é para região central e a macrorregião centro-oeste. Na macrocentro oeste, tem 3 unidades: na cidade de Goiás – São Pedro de Alcântara, que são 10 leitos, com nenhum disponível. O HETRIM, que abriu 10 leitos ontem de UTI COVID, hoje, as 8 Hs, 2 leitos disponíveis e 22 leitos de enfermaria. Nerópolis são 30 leitos de UTI COVID, não tem nenhum leito, enfermaria tem 2 leitos. Na região nordeste, em Luziânia, 3 leitos de UTI COVID, são 50 leitos de capacidade instalada e 19 leitos de enfermaria. Formosa, nenhum leito disponível, são 10 leitos. Na região Centro Norte, Anápolis, 7 leitos no HUANA, não temos vaga. Jaraguá, são 10 leitos, não tem vaga. Uruaçu, são 20 leitos, eu tinha uma vaga, enfermaria adulto, 20 leitos disponíveis. Região Centro Sudeste, Catalão, são 8 leitos, tinha 1 leito. Senador Canedo, são 11 leitos, não tem nenhum, enfermaria 2. Itumbiara, são 20 leitos, 4 leitos disponíveis e enfermaria não tem. Então no Estado, as 8 horas da manhã, tinha 13 leitos e 45 solicitações de UTI. Se eu não tenho leitos em nenhum lugar destes, eu vou disponibilizar onde tem, que seria Itumbiara e Luziânia. Hoje o panorama de leitos é este. Leitos de UTI, já está sendo trabalhado a abertura de novos leitos em outras unidades. Tanto de UTI quanto de enfermaria.

**Sr Alessandro Júnior da Silva Oliveira – Secretário de Saúde de Damolândia**, agradeceu a apresentação de todos que participaram, e se solidarizou com o colega secretário de Guapó, Sr. Wilmar, durante a fala dele me senti muito contemplado, gostaria de externar algumas situações que acho que alguns outros municípios estão enfrentando. Talvez minha fala não seja de grande sabedoria, mas é que eu percebo, o que sinto na minha pouca experiência. Após a separação das regulações, o estado começou a enfrentar, a nível municipal, uma dificuldade muito grande no funcionamento desta regulação, estamos enfrentando uma situação que o estado está achando que está prestando um bom serviço, tampando os olhos e o município está desesperado. Estamos desesperados com algumas situações, porque o SAMU não consegue nos atender por critérios técnicos como foi apresentado, temos que entender que algumas vezes não conseguimos mandar este paciente. Tem uma vaga a 150 km, o SAMU não me atende, e aí? Mas o SAMU não me atende por critérios técnicos de funcionamento deles, assim como nós temos nossos critérios técnicos de funcionamento das nossas unidades, dos nossos postos, da nossa secretaria. Nesta última pauta, agradeço a apresentação da superintendência de regulação, porém nos sabemos que tem muitas aberturas de leito, mas ainda não foi colocado em pauta, um assunto positivo que traga uma resolutividade para os problemas que nos estamos enfrentando. Precisa colocar em pauta uma regionalização funcional, para que se possa ter um paciente na emergência e se consiga direcioná-lo, de forma eficaz, e não apresentação com abertura de leitos com procedimentos que já sabemos, foram abertos, ok, positivo, mas, assim como Guapó, Damolândia enfrenta situações difíceis, e olha que meu pronto socorro atende assim, um atendimento aqui e outro acolá, imagina um município com pronto socorro com grande fluxo. Não estamos conseguindo ter uma resolutividade bacana, então temos que tirar a venda de achar que tudo está lindo, tudo está bom e abrir o jogo a minha amiga Sônia, também expressou muito isto, com seu jeito carinhoso de pedir “me ajuda”, eu também vou fazer esta expressão “nos ajudem” enquanto município. Os municípios estão passando por dificuldades nesta questão de regulação, e precisa focar muito nesta nossa macro, que é onde tem o índice per capita de população muito maior, e estamos sofrendo esta situação. Os pronto socorros estão com sobrecarga, a regulação está sofrendo sobrecarga, mas lembro de uma fala de um colega secretário na primeira Assembleia presencial do COSEMS do ano passado, que após a apresentação da regulação, expressou uma situação que tenho certeza que o questão que está acontecendo, acontece comigo, no momento de desespero da regulação, se lança uma vaga, a prioridade do paciente seria estadual, mas a estadual não sai, não sai, não sai, aí tento na municipal também e após eu tentar na municipal eu estou ocupando 2 vagas numa fila de espera da regulação, isto traz uma dificuldade para os complexos reguladores conseguirem tramitar estas vagas, porque a nível municipal estou consumindo um ponto na fila e a nível estadual também, estamos em uma situação de orar a Deus e ver quem sai primeiro. Nos temos uma estrutura de saúde de estado maravilhosa, porque no início do ano passado usávamos, é um problema que já enfrentamos, mas houve uma piora, isto é o que venho sentindo. Precisamos começar a não apenas falar em fortalecer a nossa região de saúde, mas começar a planejar como fazer este fortalecimento, e colocar em pautas e também subir em nível de CIB este assunto, que muitos municípios estão enfrentando, tenho certeza que vários colegas estão com estas dificuldades, peço até que se expressem, tenho certeza que não é só eu, ou o colega de Guapo. Não falemos só em

fortalecer, mas vamos colocar pontos de como fortalecer, um fluxo de regulação que seja funcional. Esta é minha angústia, minha necessidade neste momento, espero que outros colegas se manifestem, até para eu saber que não sou só eu que está passando por isto, não é só o colega de Guapo, não é só minha colega de Goianira.

**Sr<sup>a</sup> Jann Carla Rodrigues – Secretária de Petrolina:** quero registrar que na sexta feira, nos passamos por uma situação muito complicada, paciente pós COVID, 52 dias, internado na UTI, veio para o município, e me deixa muito triste a fala que a colega disse, que o município tem que dar conta, o atendimento do paciente, porque este paciente necessitava de um antibiótico que nós não temos no município, tentamos, como minha amiga reguladora, está aqui, tentamos na sexta feira todinha, no sábado, desesperados, liguei para Aryadna, e não saiu a vaga no CRE, o paciente está em Nerópolis, por conta da secretaria, até hoje já gastamos mais de R\$15.000,00 com ele, e quem vai pagar é a secretaria, não é estado, não é Goiânia, não é ninguém, e não esta fácil para gente, temos a impressão que o município pequeno consta da política, e temos familiares na porta da nossa casa, na porta da unidade, porque eu não tenho hospital no meu município, eu tenho unidade básica, mas chega um ponto que não dá para animar aqui, eu tenho que mandar para frente, eu tenho que regular o paciente, não esta fácil, eu clamo por ajuda, eu tinha 80% estado e 20% Goiânia, tive que mudar, porque eu não sei o que fazer, coloca no CRE eles mandam lançar Goiânia, lança Goiânia, manda lançar CRE, fica um jogo de empurra, empurra, não sei para onde vou, tem SAMU no município, precisa da USA, a USA não vem, que eu faço, pego todos os parâmetros todos que tenho dentro da minha salinha de estabilização, coloco dentro do SAMU e peço liberação, meu ambulatório fica sozinho, sem médico, mas é o único jeito que tenho. Sofremos pressão, a prática aqui, é muito mais feia que a teoria, esta é minha fala, peço desculpas, mas não é fácil, não está fácil, estamos pedindo socorro. As vezes uma reunião na CIB, que seja, para responder de uma forma, não sei, mas precisa mudar isto.

**Sr<sup>a</sup> Juliana Rodrigues Marcílio – Gerente de Regulação de Internações – GERINT,** em resposta a Jann Carla, quando coloca a questão da atenção básica, não é que você tenha que manter um paciente, principalmente em PSF, centro de saúde enfim, o que é o fortalecimento da atenção básica, trabalhei muitos anos no PSF, minha formação é de enfermeira, comecei minha carreira na atenção básica, e nós enquanto gestor, já fui gestora de município, temos condição, de atender alguns pacientes, no município, acompanhar este paciente, agora um paciente que, ficou cinquenta e poucos dias na UTI, creio que ficou na UTI de Nerópolis, é um paciente pós COVID, realmente, você não vai conseguir acompanhar este paciente no seu centro de saúde, é diferente. Na atenção básica, eu acompanhava meu paciente, meu hipertenso, meu diabético, acompanhar minha criança, a minha visita domiciliar, meu médico do PSF conhecer o paciente dele, e ele está agravando, eu não consigo conduzir o caso do meu paciente, ok, ele é paciente da urgência, mas nos, enquanto enfermeiro de município, de hospital, que eu ainda trabalho em hospital, vemos muito isto. Com relação Alessandro, dos dados da abertura de leitos, foram abertos muitos, eu acho que precisamos de uma rede no município, o gestor, a atenção à saúde, eu não estou vendo ninguém da SAIS aqui, eu acho, seria importante, porque, quem faz este dimensionamento, esta abertura de leitos é a SAIS, ela faz este monitoramento, então tem que juntar, COSEMS, com os gestores, sentar o estado com a SAIS, com a regulação, para otimizar e realmente ver. Tem que abrir o serviço aqui em Goiânia? Aqui próximo? Onde eu poderia abrir um serviço que comportasse toda a minha central? Porque as minhas unidades hoje, de Goiânia, elas não comportam, então é isto, é uma rede de municípios e SES e com as instâncias corretas, temos um número gigantesco, este panorama que vamos apresentar aqui, é do dia primeiro ao dia 29, e são muitas solicitações, e a regulação não cria leitos, ela trabalha com o que tem.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa Rocha,** para ficar claro, este espaço aqui é de secretários municipais, nossos encontros com SAIS, com regulação, este movimento estão acontecendo, o GTMI, neste momento tem como tarefa, a rede de urgência e emergência, vocês também fazem parte, faltam mais 2 secretários que pediram para manifestar, perdão, mas estou realmente preocupada com a hora, e quero muito que os secretários se manifestem, sem pedir desculpas, porque aqui é o espaço deles, ficamos muito angustiados, muito apreensivos, não estamos colocando a culpa em ninguém, a culpa é nossa, municípios, estado, regional é estado e fazemos a rede, então o que nós estamos fazendo aqui é colocando nossos problemas para juntos arrumarmos uma solução, então não tem que pedir desculpas para ninguém, fiquem bem tranquilos, é este seu espaço.

**Sr Alessandro Júnior da Silva Oliveira – Secretário de Saúde de Damolândia:**"a Jann Carla citou uma situação que estava desesperada com a situação do paciente dela, e houve uma fala que eu queria de complementar a minha fala, que foi citada da baixa resolutividade da equipe médica dos municípios, gostaria

de contestar veementemente, de uma maneira bem dura, nós, nos municípios, temos a resolutividade máxima que está ao nosso alcance, os nossos médicos, e tenho certeza que falo de todos os municípios, quando lançam na regulação é um fato. Eu preciso da regulação. Nos tentamos resolver ao máximo dentro de nosso município. E foi usado, dentro de uma fala anterior, que as vezes o médico tenta encaminhar um caso que poderia ser resolvido dentro do município. Se este paciente está na regulação é porque precisamos da regulação. Como a colega de Petrolina citou, as vezes não temos condições financeiras, para poder arcar, enquanto município, ainda mais eu aqui como município pequeno, minha arrecadação é mínima, eu recebo 7, 8 mil reais de MAC, como manter o paciente ali, que preciso de uma antibioticoterapia de alto custo, então se vai para regulação é porque realmente necessita, mas o fluxo desta regulação, temos percebido, está muito errôneo, um fluxo que não é funcional, um fluxo que não executa conforme é necessitado. E esta separação Goiânia, Estado, esta tendo uma impressão que os prontos socorros estaduais estão lotados, o que teoricamente seria uma busca que não está sendo funcional na rede municipal de Goiânia, então, é necessário não pontuar aqui, as realizações do que foi feito, mas pontuar as estratégias que vão resolver as nossas dificuldades que os nossos colegas estão enfrentando. A nossa macrorregião tem condições de ser autossuficiente, é fato, porque já foi autossuficiente e com bastante resolutividade. No início do ano passado eu não enfrentava problemas que estou enfrentando hoje, minha população não cresceu, a população da região também não cresceu em um ano. Então é uma questão de fluxo e organização, obrigado."

**Sr<sup>a</sup> Sônia Maria Martins - Secretária de Saúde de Goianira** diz que quer registrar a sua indignação, porque de uma certa forma, fomos chamados de incompetentes, e não somos, nos temos lutado muito, para manter o paciente aqui, aumentado nossa rede, na medida do possível, tentando segurar o máximo, mas tem pacientes em que isto se torna insuficiente, não temos condições de cuidar dele, e nossos médicos meus aqui, isto eu tenho certeza porque sou eu que seleciono, sou eu que Seleciono e contrato, são todos excelentes médicos, inclusive eles trabalham aqui, trabalham no HUGOL, no HUGO, em Nerópolis, nas UTIs, são os mesmos médicos, então eles tem competência sim, e sabem o que estão fazendo quando está regulando. Discordo completamente desta fala de dizer que a atenção básica não funciona. A atenção básica de Goiânia não funciona, porque sofro consequência da atenção básica de Goiânia violentamente, como? Vacina, a minha vacina na região que divide com Goiânia, é um Deus nos acuda, é um pandemônio, porque a sala de vacina, lá no Primavera não funciona, lá não sei onde, não funciona, não sei o que acontece, eu faço limite de rua, aqui é Goiânia, aqui é Goianira. O mesmo para Trindade, então eu não concordo. Aqui em Goianira, nossa atenção básica é de excelência, é a menina dos olhos minha e do prefeito, é cuidar bem das pessoas, é fazer com que nossa atenção básica funcione plenamente, em todos os sentidos, na imunização, nas consultas, no pré natal, no CD, no hiperdia, fizemos investimento próximo das nossas UBS, colocamos academia próximo delas, contratamos profissionais. Criamos nosso centro de diagnóstico, temos vários exames de imagem, temos varias coisas nos nossos municípios. Eu quero discordar do que nossa amiga falou, a nossa atenção básica funciona sim, e quando pedimos a vaga, regulamos, é porque necessitamos sim. Bom dia.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa – Coordenadora da Regional Central** manifestou o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos 26 municípios, na Atenção Primária, reafirmou a importância da manifestação dos senhores secretários(as) neste colegiado para implementar ações levando em conta as demandas existentes. Informou que este assunto está pautado no Grupo de Trabalho da Macro Região (GTIM), vai para o GT CIB -Atenção ou Gestão. E está sendo acompanhado pelas equipes da Secretaria de Estado, através das Superintendências e equipe Regional.

**Sr<sup>a</sup> Juliana Rodrigues Marcílio – Gerente de Regulação de Internações – GERINT** reitera a importância de ouvir todas as regiões e entender os processos locais e se necessário levar as dificuldades que os municípios estão encontrando, ao nível de gestão. Fez referência ao município de Goianira, reconheceu a capacidade resolutiva do município e que estão fazendo esse levantamento com muito cuidado e que o panorama geral de solicitações, apresentado nesta reunião é do dia 1º ao dia 29/01/2022, o Complexo Regulador Estadual recebeu 21.257 solicitações de regulação para Internações na Urgência. Sendo uma em média 733 solicitações por dia; aproximadamente 31 solicitações de regulação por hora e os reguladores avaliam ficha por ficha, em um panorama 70% das solicitações não é da urgência, relata que a maioria é relatório que está sendo urgenciado. Mesmo com dificuldade de leitos estão conseguindo atender, o Sr Alessandro pontuou que no início do ano passado não tinha dificuldade com relação ao encaminhamento para as unidades de Goiânia, porém, quem tinha acesso à rede de saúde de Goiânia era infelizmente somente a região central e Goiânia, hoje é aberto a todo estado, a tendência é aumentar o número de solicitações, existe também solicitações errôneas que serão encaminhadas ao COSEMS, para fazer esse acompanhamento,

a partir do momento que se abre serviço para 246 municípios, terão aumento no número de fichas, aumento no número de atendimento, a porta das urgências sendo pressionadas por demandas espontâneas se a unidade é porta aberta, vários fatores. O fluxo regulatório de hoje foi definido e pactuado em CIB quando a regulação veio para o estado, o fluxo está correto, o problema é a falta dos serviços. Dá o exemplo da oncologia que não tem serviço regulado pelo estado, que tem de oncologia hoje são: Hospital Araújo Jorge, Santa Casa de Misericórdia e o Hospital das Clínicas, estão recebendo solicitações de oncologia como se tivessem unidades de oncologia reguladas pelo estado, ressalta que os municípios tem autonomia de solicitar diretamente para a sua central de regulação que seria Goiânia. A macrorregião centro norte solicita diretamente para Anápolis porque Anápolis que regula o serviço, o fluxo estabelecido é definido junto ao COSEMS, CIB e municípios, a dificuldade principal no mento é a grande demanda e pouca oferta. Reitera que após o COVID o número de solicitações para Cardio subiu muito, problemas respiratórios e neurológicos, hoje se compete com COVID, pôs COVID e a oferta de serviço, a SAIS precisa escutar os municípios, o gestor reclama que abriram vários serviços mas que não estão sendo resolutivos, enfatiza que precisa ter um técnico da SAIS em todas as reuniões CIR, porque é onde a SAIS ouvirá o gestor para definir o que precisa ser aberto e em qual localidade. Relata que os pacientes vão com encaminhamento de urgência para internação, centro-oeste foram 10839 solicitações, por ser uma população maior realmente o número de solicitações também, na centro-norte foram 2540 solicitações, um exemplo é que o paciente de uma região só será enviado para outra se realmente não conseguirem vaga, diz que entende o clamor do gestor, pois é uma demanda grande mas precisa ser definido realmente o tipo de serviço e a localidade para ter uma maior resolutividade tanto de tempo quanto de atendimento.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa – Coordenadora da Regional Central** agradeceu aos gestores pelas manifestações realizadas e que essa demanda continuará sendo pautada nas reuniões, lembra sobre o que **Sr<sup>a</sup> Patrícia** orientou, o preenchimento da planilha com a demanda de regulação, pra onde saiu e como foi, continuar se munindo de informações porque serão necessárias futuramente, agradece a todas que apresentaram. **Sr<sup>a</sup> Juliana** Se coloca a disposição caso haja dúvidas e os gestores que tiverem sugestões de melhoria, de fluxo que enviem para o seu e-mail, ou reuniões para discussão, as solicitações que estão sendo reguladas para longas distâncias informem via adendo caso o paciente não tenha condições de ir e o SAMU não possa levar, que continuarão buscando vagas mais próximas. **Sr<sup>a</sup> Kenia** retorna à pauta de Cirurgias eletivas, pois os demais secretários entraram na reunião, **Larah Carolinny Gontijo de Sá Secretaria de Saúde de Taquaral** enviou pelo WhatsApp que não mudará sua pactuação 100% Goiânia; **Pedro Ranna Ludovico de Almeida Secretário de Saúde de Abadia de Goiás** não mudará sua pactuação; **Helvécio Rivelino da Costa Secretário de Saúde de Santo Antônio** não mudará; **Mariana Olímpia de Ouro Verde** não mudará sua pactuação. **Sr<sup>a</sup> Kenia** confirmou por telefone a pactuação dos municípios de **Caturai e Itaguari**. Pergunta se pode confirmar a pactuação e todos afirmam que sim. **Sr<sup>a</sup> Kenia** pede uma inversão de pauta em que Goiânia apresentará primeiro.

– **Unidades Sentinelas para Síndrome Gripal. - Sr<sup>a</sup> Amanda Karoline Ferreira Gomes – Enfermeira do CIEVS – Goiânia/GO**, faz uma apresentação dos documentos norteadores que são: Manual sobre a Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG) no Brasil-2015; Portaria GM/MS nº 2.782 de 14 de outubro de 2020. A Vigilância Epidemiológica é um conjunto de ações que proporciona conhecimento e detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, por esse motivo é necessário as unidades sentinelas. O objetivo da Vigilância sentinela de síndrome gripal é monitorar a circulação de vírus respiratório de síndrome gripal no país; identificar precocemente novos tipos virais; conhecer a proporção de síndrome gripal e o total de atendimentos realizados nas unidades de saúde; Identificar as variações sazonais; fornecer informações oportunas e de qualidade para o planejamento e adequação do tratamento; estabelecer medidas de ação e controle relacionadas a síndrome gripal. O serviço sentinela é realizado nas unidades de saúde em que existe demanda espontânea e que estão sob orientação e supervisão de núcleos de Vigilância Epidemiológica e Controle de Infecções e segurança de Pacientes, exemplos são CAIS, CIAMS. Atualmente em Goiânia há 5 unidades que participam do serviço sentinela Cais Vila Nova; Upa Jardim América; Upa Chácara do Governador; Upa Noroeste e CIAMS Novo Horizonte. A definição considerada para coletar amostra é o paciente que apresenta um quadro respiratório agudo com dois dos seguintes sinais: Febre; calafrios; dor de garganta; dor de cabeça; tosse; coriza; distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Mostra como funciona a estratégia de coleta de amostra: Cada unidade coleta 5 amostras clínicas de secreção nasofaringe semanalmente; a coleta deve ser feita em diferentes faixas etárias; deve ser feita em tempo oportuno preferencialmente até o terceiro dia e eventualmente até o sétimo dia dos primeiros sintomas. As orientações são que cada responsável agende as coletas de acordo com a rotina da unidade, em dias fixos; o enfermeiro da classificação de risco seleciona o paciente que apresenta sintomas; a

seleção não deve ser feita com pacientes que tenha parentesco. As atribuições da Vigilância Sentinela são: Seleção dos 5 pacientes que atendam a definição de caso por meio de processo sistêmico de amostragem por conveniência; Coleta e cadastro no GAL; preenchimento da ficha de notificação; cadastro do resultado no SIVEP; Informar ao paciente que o resultado está disponível; preenchimento da ficha de agregados semanais. A coordenação técnica garante e solicita insumos necessários para a realização das coletas; supervisionar todas as ações dentro do fluxo; resolução de dificuldades pontuais. A coordenação técnica do distrito sanitário garante o transporte das amostras em tempo hábil ao LACEN; coordena em nível distrital o funcionamento das unidades sentinelas; colabora com a resolubilidade de dificuldades pontuais. A diretoria de Vigilância Epidemiológica libera acesso ao SIVEP-GRIPE; Capacita o uso do SIVEP-GRIPE; capacita sobre coleta de amostras clínicas; Apoio técnico organizacional de fluxo. Apresenta a ficha de notificação e enfatiza que sua última atualização foi em 19/03/2020 e a ficha de agregado semanal, dividida por faixa etária, síndrome gripal e o total de consultas, a partir dessas fichas se consegue fazer a análise das unidades sentinelas. Encerra sua apresentação e se coloca a disposição. Sr<sup>a</sup> Héliida explica que essa pauta foi solicitada via CIB, pois eram poucas unidades sentinelas no estado e agora está sendo ampliado, porém na região central continuam apenas com 5 unidades. Relata que as unidades de Goiânia recebem pacientes de outras localidades e também as amostras dos municípios na questão da síndrome gripal, por isso a importância dos gestores saberem onde estão as unidades sentinelas e como funcionam, hoje com síndrome gripal só é mandado para o LACEN se tiver um aumento significativo como em presídio, instituição de longa permanência, escola, nos municípios que se mostrarem com muitos, dentre outros, isso existe as unidades sentinelas.

– **Recomendações quanto ao retorno às aulas. - Sr<sup>a</sup> Elisângela Rodrigues de Miranda – Técnica Regional de Vigilância em Saúde.** Explicou sobre a apresentação dessa pauta. E que houve dúvidas entre os gestores de como proceder caso haja surto no ambiente escolar, ano passado foram realizadas reuniões com responsáveis do PSE dos municípios de como fazer a construção dos protocolos de retorno as aulas, ano passado as aulas estavam com ensino híbrido e esse ano a maioria dos municípios resolveram voltar a 100% de ensino presencial, então surgiu essa dúvida. Faz uma apresentação com a criação do Protocolo de Biossegurança que foi construído em 2021 por várias instâncias como: SUVISA; SEDUC; Sindicato de Estabelecimentos de Ensino particulares de Goiânia; Conselho Estadual de Educação; Sindicato de Estabelecimentos de Ensino Superior do Estado de Goiás; Pro Reitoria de Graduação da PUC entre outros órgãos envolvidos. Esse protocolo tem foco em Facilitar a tomada de decisões nas instituições de ensino pela gestão, trabalhadores e comunidade; As reflexões do documento devem fazer parte somente para aqueles que tomam decisão para ensino em seus diferentes níveis; todos que trabalham no ambiente escolar. Os protocolos de biossegurança são orientações tanto para instituições públicas quanto privadas. As questões didático-pedagógicas precisam ser detalhadas conforme a unidade pedagógica em questão. Cita o exemplo de Goiânia, onde a Coordenadora do PSE montou um cronograma e enviou para a regional na semana passada, a forma como seria a volta as aulas no município de Goiânia e nas especificações colocou os adendos, caso necessitasse suspender as aulas, no cronograma contém como seria o ensino remoto, caso fosse híbrido, detalhando cada etapa. Sr<sup>a</sup> Elisângela trouxe algumas considerações sobre a construção do protocolo. Reiterou que precisa ter um olhar epidemiológico da saúde integrado com o olhar da educação, de forma que a vigilância em Saúde esteja preparada, quando acionada pelas Unidades de Educação. Atentar aos materiais utilizados para a construção, pois há divergências entre alguns e a elaboração de um protocolo para os episódios de surtos; verificar qual papel da educação e qual o papel da saúde em casos de surtos, e ainda que os guias da Ação de Controle Epidemiológico são instrumentos que compõem os Protocolos estabelecidos, atentar também para a atualização das medidas estabelecidas em protocolos apresentados com definições claras do papel de cada instância. Reitera que a Secretaria de Estado da Educação trouxe ações detalhadas de acordo com as unidades e situação vivenciada, especificados em apresentação que será anexada a ata, onde deixou claro que a educação encerra as aulas e a saúde assume as medidas de controle e monitoramento de acordo com cada situação e em conjunto tomar as decisões oportunamente, conforme fluxo e organograma está em processo de atualização continuado, conforme atualização das notas técnicas, divulgadas pelo Ministério da Saúde e das medidas a serem tomadas diante da ocorrência de casos; surtos; aglomerado de casos da COVID-19; no ambiente escolar em Goiás. E de acordo com protocolo da SEDUC, o uso de máscaras em crianças entre 02 e 06 anos de idade, deve ter avaliação individualizada, conforme o grau de maturidade de cada criança e a partir dos sete anos, com uso obrigatório.

**Sr<sup>a</sup> Elisângela**, reafirmou que realizou buscas no Site da Fiocruz e segundo o protocolo com a orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria, no qual a saúde fundamentou o seu protocolo, é necessário avaliação custo benefício e as crianças menores de seis anos possuem salivagem intensa e imaturidade motora que podem

elevar o risco de sufocação com o uso de máscara, sendo portanto necessário avaliar individualmente a possibilidade e pertinência do uso conforme o grau de maturidade de cada criança, sendo obrigatória a partir dos 06anos de idade. Assim como disponibilizar EPIS para os professores e cuidadores e em caso de suspensão das aulas disponibilizar acesso remoto, verificar as possibilidades para tal; atentar para o quantitativo de alunos por metro quadrado, dentro da sala de aula e distância de um metro entre as cadeiras e dois metros para o professor. Sr<sup>a</sup> Héliida chamou atenção dos gestores, para que mantenham alinhadas as deliberações da equipe de vigilância com a equipe da Secretaria municipal de Saúde, definir no planejamento como vão atuar com segurança no processo de volta às aulas, no presencial.

**Sr<sup>a</sup> Héliida Figueiredo S. Lima – Coord. Regional de Vigilância em Saúde** – alertou Vacinação contra COVID 19: **vacina Pfizer pediátrica**, indicada para em crianças de 5 a 11anos, 11meses e 29dias de idade. Com intervalo de 08 semanas entre as doses D1e D2, doses de 0,2ml com duas doses. Criança que tomou a primeira dose com Pfizer pediátrica, completará o esquema com Pfaizer pediátrica mesmo que tenha completado 12anos. **CORONAVAC**, na faixa etária de 6 a 7anos, terá a mesma formulação que a aplicada em adulto; intervalo de 28dias entre as doses D1e D2. **Com restrição:** não aplicar em crianças imunodeprimidas. Sr<sup>a</sup> Ana Lúcia chama atenção sobre **CORONAVAC**, e Sr<sup>a</sup> Héliida esclareceu que em relação a vacina **CORONAVAC**, **não existe fórmula pediátrica**, a formulação aplicada em crianças é a mesma fórmula utilizada na vacinação dos adultos.

**Sr<sup>a</sup> Héliida Figueiredo S. Lima – Coord. Regional de Vigilância em Saúde** – comentou sobre as recomendações em relação ao ambiente acolhedor e seguro para a população específica, e que sejam adotadas todas as medidas para evitar erros de vacinação. E ainda que a vacinação só deve ser realizada na presença dos pais ou responsáveis, conforme, Nota Informativa N°1 da Gerência de Imunizações GI/SES. E ainda: que Vacina contra COVID 19, não seja ministrada junto com outras vacinas do Calendário Infantil, por preocupação, sendo **recomendado um intervalo mínimo de 15 dias**; que os profissionais de saúde antes de aplicarem a vacina, informem ao responsável que acompanha a criança sobre os principais sintomas locais esperados; que **seja evitada a vacinação das crianças em postos de vacinação na modalidade drive thru**; para que os profissionais de saúde antes de aplicarem a vacina, mostrem ao responsável que acompanha a criança que se trata da vacina CORONAVAC/PFIZER Pediátrica contra a COVID 19, seja mostrada a seringa a ser utilizada e o volume a ser aplicado; que os Centros/Postos de Saúde e Hospitais Infantis estejam atentos e treinados para atender e captar possíveis Eventos Adversos Pós Vacinação em crianças, Notificar no Sistema **eSUS notifica**. E que as crianças sejam acolhidas e permaneçam no local em que foram vacinadas, por no mínimo 20minutos após a aplicação, facilitando que sejam observadas durante esse breve período. Aguardar o período de 30dias para receber a dose da vacina caso a criança tenha resultado positivo para COVID-19 ou em caso síndrome gripal, ou outras doenças aguardar a melhora do quadro pelo menos 15dias ou dependendo da avaliação médica por 30 dias.

**Sr<sup>a</sup> Héliida Figueiredo** informou no dia 31 de Janeiro, em reunião Extraordinária do COSEMS, foi abordado sobre a vacinação em adultos e em decorrência da reunião do Centro Operacional de Referência Epidemiológica – COE, que observou que grande os municípios possuem grande quantidade de vacinas em estoque, com período de validade próximo, do vencimento. Então considerando a Nota Técnica N° 65 /2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS do Ministério da Saúde, se houver em estoque, com grande quantidade de vacinas AstraZenica e Janssen, com prazo de validade, próximo ao período de vencimento, ficou pactuado que conforme a realidade e a validade das vacinas, os municípios que tiverem Astrzenica e Jassen em estoque, poderão utilizar como doses de reforço, exceto para gestantes e puérperas pois não devem tomar doses de reforço com essas vacinas. **As gestantes e puérperas tomarão reforço apenas com a Pfizer**. E aquelas que tomaram, a primeira dose com a vacina Janssen farão reforço com a segunda dose da mesma Janssen. As demais situação poderão tomar reforço com as vacinas AstraZenica e Janssen. Informou que é necessário definir estratégias para reverter os baixos os percentuais, de cobertura vacinal em crianças. E ficou pactuado como estratégia o “dia D” de vacinação contra COVID, pra crianças, no dia 19/02/2022. Chamou atenção dos gestores presentes para necessidade de identificar no seu respectivo município, quem são? E onde estão, as crianças que ainda não foram vacinadas? **Sr<sup>a</sup> Héliida Figueiredo**, lembrou que nesta semana houve alteração na entrega das vacinas contra COVID, anteriormente pactuada em CIB, para acontecer nas quartas-feiras, porém no Ofício N° 110/SES de 1° de fevereiro de 2022, devido recebimento de remessa Vacinas Pediátricas, foi adiada a entrega nesta quarta feira, para aguardar a chegada da remessa Pediátrica e assim fazer uma só escala de entrega, levando juntas vacinas para de COVID-19 para adultos e pediátricas. **Sr<sup>a</sup> Héliida Figueiredo S. Lima** relatou que ainda não recebeu do laboratório, remessas de doses da CORONAVAC, específicas para as crianças. A decisão do Estado de Goiás é que serão utilizadas a doses

existentes para dar início a vacinação das crianças. E nesse período se houver procura adultos, para iniciar o esquema vacinal, devem utilizar a vacina da Pfizer, ficando as CORONAVAC para vacinar as crianças.

**Sr<sup>a</sup> Héliida Figueiredo**, apresentou **Intimação do Supremo Tribunal Federal aos Estados – membros e Distrito Federal para que se manifestem quanto as discrepâncias constatadas na base de dados como erros de registro, erros de imunização sem notificação, conforme Ofício n 206/2022 – SGG-Secretária Geral da Governadoria/GO**. explicou que houve solicitação de esclarecimentos, sobre a vacinação de adolescentes, através do Ofício eletrônico N° 269/2022 (000026808035), enviado pelo Exmo. Sr. Ministro Ricardo Levandowski, do Supremo Tribunal Federal. E Décima Quinta Tutela Provisória Incidental na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental N° 754 e Décima Terceira Tutela Provisória Incidental na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental N° 756. E fundamentado na Nota Técnica N° 065 do Ministério da Saúde. Junto com os vinte e seis municípios foi feito busca nos sistemas e os adolescentes foram identificados e localizados em 19 municípios. Alguns solicitaram prazos, porém a demanda já foi atendida e encaminhada pela SUVISA., Atendendo a solicitação da **Sr<sup>a</sup> Patricia Fleury**, Secretária Municipal de Inhumas. **Sr<sup>a</sup> Héliida** apresentou fluxograma de Notificações investigação de EAPV e erro em imunização. Explicou que após a cientificação de evento e/ou erro, a notificação //investigação deve ser iniciada prontamente com o formulário de investigação de eventos adversos pós-vacinação devidamente preenchido e encaminhado à vigilância epidemiológica local ou municipal, para fins de vigilância epidemiológica, o tempo máximo para se considerar a investigação iniciada em tempo oportuno é 48 horas após a notificação. Digitar no eSUS notifica, fazer cópia do cartão de vacinação e de todos os registros das unidades de saúde por onde o paciente passo: fichas de atendimento, prontuários e exames. Realizados. Fazer visitas domiciliar e coleta de dados, com relatórios, para acompanhamento do cliente e orientação aos familiares, lembrando de repassar novas informações às instâncias superiores. Toda documentação deve ser encaminhada às Regionais de Saúde, através do formulário em meio eletrônico. Esta processará a análise, realizará as complementações necessárias e só então encaminhar ao nível central, para a Gerência de Imunizações.

**Sr<sup>a</sup> Wellingta Tarciany** afirmou que não tem informes e chama atenção dos gestores para a importância de participarem das discussões no do GT Atenção, para acompanharem as demandas referentes ao SAMU, apresentadas pela **Dr<sup>a</sup> Wilma Ana Nogueira Santos**.

**Sr<sup>a</sup> Kenia Barbosa – Coordenadora da Regional Central**, finalizou identificando e nomeando os gestores presente, e **encerra a 2ª Reunião Ordinária da CIR Central realizada por Videoconferência, no dia 02 de fevereiro de 2022**, às doze horas e cinquenta e três minutos.

Concluindo, nós Ana Lúcia Ignácio Oliveira, Jéssica Pereira de Moraes, ouvimos a gravação da reunião e lavramos a presente Ata.

**GOIÂNIA, 02 DE FEVEREIRO DE 2022.**



Documento assinado eletronicamente por **PATRICIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY**, Usuário Externo, em 22/03/2022, às 13:50, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto n° 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **KENIA BARBOSA ROCHA**, Coordenador (a) Regional, em 23/03/2022, às 10:28, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto n° 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [http://sei.go.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=1](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **000028268934** e o código CRC **31520B6D**.

REGIONAL DE SAÚDE CENTRAL - GOIÂNIA  
AVENIDA TOCANTINS 311 Qd.65 Lt.45, 2º ANDAR - Bairro CENTRO - GOIANIA - GO - CEP  
74015-010 - .



Referência: Processo nº 202200010008311



SEI 000028268934