

4º RELATÓRIO DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO GRUPO DE TRABALHO DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Data: 15/09/2020

Horário: 9:00 horas

Por videoconferência

1 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO:

1.1 – Apresentação de um relatório informativo sobre o acesso à rede de saúde da população migrante internacional no Estado de Goiás e outras demandas dessa população. (Coordenação de Atenção à Saúde de Pessoas em Situação de Violências, Migrantes e Sistema Socioeducativo - Gerência de Cuidado a Populações Específicas - SUSMEP)

Dra. Paula dos Santos, Coordenadora de Atenção à Saúde de Pessoas de Situação de Violência, Migrantes e Sistema Socioeducativo, falou que quando iniciaram as ações em relação a população migrantes e internacional no estado, a primeira questão que deparou foi a ausência de informações sobre essa população, tanto a localidade, acessos, direitos e condições de saúde dessa população. Então, para iniciar um processo de trabalho dentro da secretaria fizeram um formulário que foi direcionado aos municípios por meio das regionais de saúde, questionando gestores de saúde sobre a presença dessa população em seus territórios de que forma essa população têm acessado a saúde dos seus locais. Diante das questões sabe-se que a população migrante internacional tem instalado no Estado de Goiás de uma forma mais significativa nos últimos anos, alguns municípios com quantitativo maior que outros, principalmente Goiânia e municípios próximos e as condições migratórias muitas vezes colocam essas pessoas em vulnerabilidade sociais e vulnerabilidade de saúde e essa população pela constituição e pela própria política do SUS tem direito a acesso ao sistema de saúde como qualquer outro cidadão, porém diante das dificuldades de documento, condições de saúde, língua e outras, esse acesso nem sempre é viável e pertinente. É preciso compreender melhor junto aos gestores dos municípios de que forma essa população tem acessado o serviço de saúde e para a realização desta pesquisa enviaram um link online para todos os municípios para responder este questionário e deram 30 dias para que as respostas fossem realizadas e tiveram respostas de 149 municípios, então dos 246 apenas 149 responderam o formulário trazendo informações sobre a questão da população migrante. Ressaltou que foi a primeira vez que esta ação foi feita por meio da Secretaria Estadual de Saúde e não foi feito ainda nenhum tipo de pesquisa relacionada à saúde dessa população do estado, então esse é o início de um processo já que está trabalhando também com uma pesquisa maior de caracterização junto com UFG, uma parceria de pesquisas que tem com o IPETSP. Falou que nacionalidades citadas pelos gestores, a maior quantidade de citada foi a população venezuelana, seguida dos haitianos e também cubanos que estão instalados no Estado de Goiás. O principal idioma falado é o espanhol em 60% dos casos, seguidos pelo francês, inglês e crioulo e das cidades que referiram ter a população migrante 33 informaram o quantitativo, sendo que a base de dados desse quantitativo não foi informado se acessaram um sistema próprio do município ou foi com base nas próprias unidades de saúde e atendimentos que já são realizados nessas unidades. Relatou que 72,5% dos gestores desconhecem a

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

existência dessa população no seu território, então vê uma quantidade significativa de gestores que não tem o conhecimento se existe ou não a população imigrante no território, o que traz um questionamento, se não sabem da existência, como planejar ações, como acessar saúde e ofertar saúde, então é uma problemática importante a ser considerada. Quanto aos municípios que citaram e responderam positivamente a presença de imigrantes, os que informaram, e o quantitativo, alguns dos municípios não colocaram o quantitativo, até por ser uma informação complexa de se conseguir, mas percebe que é uma distribuição alternada e aleatória, então tem município com uma quantidade maior, município com uma quantidade muito pequena, mas o importante é perceber que há reconhecimento desta população nesses municípios específicos. Quanto a unidade de saúde mais acessada por essa população, é a unidade básica de saúde com 93% dos casos, já que trata-se da porta de entrada da Saúde a unidade básica onde grande parte da população procura para o primeiro atendimento, para orientações, então reconhecidamente é a unidade mais acessada pela população migrante, seguida dos hospitais, unidades de Pronto Atendimento, diante de Urgência e Emergência que essa população tenha ela vai acessar o serviço de urgência e emergência. Quanto à presença de instituições da sociedade civil que apoiam e dão assistência essa população, 93% dos gestores não souberam informar e isso nos aponta a falta de parcerias e de busca dessas sociedades e organizações em apoio da saúde para realizar ações, por exemplo, o município de Goiânia tem uma parceria extremamente importante com a Pastoral do Migrante e a MASE que é uma organização não-governamental, então sabe-se que reconhecer essas sociedades nos seus municípios é também uma forma de reconhecer a necessidade de saúde dessa população. Quanto as comorbidades e demandas de saúde que essa população mais coloca nas unidades, reconhecidamente as doenças crônicas foram as mais informadas e isso acaba trazendo informações de que estas comorbidades que essa população demonstra são as mesmas que as nossas políticas de saúde já trabalha, não é nenhuma doença diferenciada que necessita de instrumentos diferenciados ou atenções diferenciadas, as queixas são as mesmas da nossa população, o que facilita o trabalho já que temos políticas muito bem estabelecidas no atendimento, prevenção e atenção à saúde a essas questões de saúde colocadas, então vê doenças crônicas, cardiovasculares, respiratórias, a questão do pré-natal, do parto puerpério também com uma questão muito buscada pelos migrantes nas unidades de saúde. Quanto a dificuldade no atendimento, grande parte dessa dificuldade está relacionada ao idioma, uma vez que não entender a língua, não compreender é uma primeira barreira na atenção à saúde dessa população e a outra posição é a falta de documentação, uma vez que no sistema de saúde necessitam muitas vezes desse documentos para um cadastro, para viabilizar uma regulação, encaminhamento e a falta desses documentos impossibilita e dificulta, reconhecendo que grande parte da população migrante que está no Estado está em situação de refúgio, então saíram dos seus países de origem sem documento, mas tem o reconhecimento de sua própria pátria e em situações de vulnerabilidade muito intensas e necessitando de assistência, então essas questões dificultam o atendimento. Quanto à presença do cartão SUS 83,3% dos gestores referiram não ser um problema de acesso à saúde, mas já ouviu de muitos imigrantes que a não apresentação de um cartão SUS impossibilitem, inviabiliza o atendimento e a falta do documento próprio dificulta o acesso ao cartão SUS, então essa é uma questão que muitas vezes traz uma barreira mas não foi mencionada pelos gestores como um problema de acesso à saúde. Concluiu que a rede de saúde tem pouco conhecimento dessa população e observou que há a presença da população migrante internacional da forma como tem acontecido no estado é nova, então a presença de refugiados, pessoas sem documentação é algo que estado está recebendo nos últimos anos, então a própria rede de saúde não tinham preparo pra receber essa população, não há programas, projetos e ações específicas dos municípios para essa população e 99% dos gestores referiram nunca ter havido qualificações sobre o tema, então essa é uma primeira

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

questão a ser realizada pela área, que a qualificação desses profissionais no atendimento a essa população, sendo que eles têm os mesmos direitos que nossos e a questão da comorbidade e agravos são semelhantes, porém tem a questão da cultura, idioma que deve ter todo um preparo, orientação para que isso seja feito da forma mais respeitosa e digna para a população tem acesso. Falou que os dados vão ser publicados em um relatório que será emitido pela Secretaria Estadual de Saúde para conhecimento de todos os órgãos e instituições, pois além da Secretaria Estadual de Saúde, a Defensoria Pública, Secretaria de Desenvolvimento Social e outras, tem trabalhado de uma forma muito enfática a questão da população migrante internacional do Estado e hoje contam com apoio da ONU em várias frentes de ação, ações que tem feito e implementado no Estado de Goiás e a partir desses resultados farão um plano de ação para seguir nos próximos anos, a curto, médio e longo prazo para compreender melhor de que forma essa população está acessando a saúde e qual serviço está sendo ofertados a população. Falou que percebe que a falta de qualificação dos profissionais é uma problemática a ser sanada e tem que verificar porque com a qualificação o acesso vai ser facilitado e o desconhecimento da existência dessa população por parte dos gestores é uma fragilidade e é uma questão que deve ser colocado em pauta, então a intenção também é sensibilizar esses gestores de entender os direitos dessa população e de que forma eles podem acessar a saúde pois sem reconhecimento não há possibilidade de ações, e é uma população com vulnerabilidade extrema, principalmente sociais, muitas estão em situação de rua em condições de trabalho insalubres, com situações de baixo salário e suscetíveis a muitas situações de risco para saúde mental, física e demais questões. Então prevê a necessidade de preservar os direitos da população para minimização de agravos, amenizando os agravos de saúde dessa população contribuimos com a nossa própria saúde e no Estado tem uma população ainda com um quantitativo ainda baixo relacionado a população geral e cabe a nós ofertar a saúde de qualidade e qualificar a nossa rede de atenção para que possa trazer uma qualidade para o atendimento a essa população. Disse que trabalhará nesse relatório para que ele seja demitido até a próxima semana e ser divulgado amplamente dentro do estado né e está trabalhando com parceiros do governo federal, Ministério da Saúde e universidade para aprimoramento destas informações e melhor qualificação da rede estadual de saúde na atenção à população migrante. Deixou o contato e está à disposição para informações e para demais ações pertinentes a essa temática.

Dr. Sandro, superintendente da SAIS, parabenizou pela apresentação do relatório mas tem algumas questões que precisa discutir pois dentro da organização da SES a SUSMEP fica com essa atribuição mas é totalmente atrelada a SAIS por conta da atenção à saúde, da rede de atenção à saúde e precisa organizar uma reunião para discussão desse relatório que isso repercute nas redes de atenção, na atenção primária, secundária e terciária. Acha que não é um desconhecimento dos gestores de uma forma geral, acha que sabem que tem mas tem dificuldades e não tem ferramentas para lidar com essa população, porque a primeira grande barreira é o próprio idioma.

Dra. Paula dos Santos falou que assim que o relatório estiver pronto quer transmitir dentro da SES, primeiramente para conhecimento dos nossos parceiros e o que o Dr. Sandro trouxe é fundamental, essa parceria com as demais superintendências, porque as políticas de saúde que envolve esta população são políticas que já trabalharam, só tem realmente que reconhecer como, de que forma isso pode ser acessado, disponibilizado, de uma forma respeitando questões culturais e até o acesso do idioma que é um grande problema do acesso. Colocou a sua área em parceria, em disponibilização e será de extrema importância essa comunicação junto a SAIS e as demais gerências. Disse que todos terão acesso a esses dados.

1.2 – Apresentação do Manual de Regulação de Alta Complexidade Interestadual - CERAC – Estado de Goiás e do Manual de Regulação do Tratamento Fora de Domicílio Interestadual – Estado de Goiás. (SCRSGO/GERCE)

Dra. Cárita, Gerência de Regulação e Cirurgias Eletivas, comunicou que o motivo dessa pauta é para apresentar de forma rápida os novos manuais de regulação de alta complexidade interestadual e o tratamento fora de domicílio interestadual.

Dra. Nathana, Coordenadora da CERAC/TFD Goiás, disse que o objetivo dessa apresentação é estudar a portaria nº 1820 que foi publicada e institui o manual de regulação de alta complexidade interestadual e o manual de regulação de tratamento fora de domicílio dentro do estado de Goiás. Informou que esse serviço pode ser acessado pelo site da secretaria estadual, no link do site da transparência da secretaria, na regulação estadual, onde está escrito os manuais da central estadual de regulação de alta complexidade no tratamento fora de domicílio e os formulários para acessar o serviço. Explicou que a CERAC é a Central Estadual de Alta Regulação, onde é a regulação, ela faz a busca de vagas de serviços em outros estados, ou seja, ela intermedeia a regulação de referência interestadual dos usuários que necessitam de um tratamento especializado de alta complexidade que seja de caráter eletivo e que esteja dentro da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses que o estado não oferta o serviço, ou seja, não tem habilitação para esse serviço. A CNRAC é a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, na qual é regida por portarias ministeriais e todas as orientações técnicas e os procedimentos para acessar o serviço tem no site da CNRAC. Disse que os critérios para a inclusão da CNRAC são basicamente três: 1-o procedimento precisa ser de alta complexidade e eletivo; 2-ele tem de ter atributos CNRAC na tabela de procedimento; 3-o serviço não pode existir dentro do estado de Goiás, ou seja, não tem habilitação. Falou que atualmente o estado conta com todas as habilitações e especialidades que a CNRAC disponibiliza para os estados, acrescentando que até em 2019, essa solicitação desse laudo poderia ser inserido CNRAC como se o serviço fosse insuficiente ou ausente. Reforçou que em setembro de 2019, a nova portaria da CNRAC não consegue mais inserir os laudos quando o serviço é insuficiente, somente na inexistência do serviço habilitado no estado de Goiás. Informou que para cadastrar na CNRAC, os pacientes e municípios vão solicitar esse agendamento via e-mail do TFD e seguir as orientações conforme o manual da CERAC/TFD. Comunicou que o fluxo para acessar o serviço da CNRAC, o usuário precisa ter o formulário preenchido e que ele necessita de um tratamento que não seja habilitado e inexistente no estado de Goiás, encaminhando esse formulário junto com as documentações que exigida no manual para o CERAC/TFD via e-mail. Disse que a CERAC/TFD vai inserir no SIS-CNRAC solicitando essa vaga, assim a CNRAC que é a nacional vai fazer a busca dessa vaga nas unidades de referência em âmbito nacional, assim com o agendamento já confirmado do paciente, ele é automaticamente cadastrado no TFD para este fazer uma desocupação desse paciente e o pagamento de ajuda de custo e fazendo um acompanhamento em outro estado executante fora do estado de Goiás. Explicou como procedem com a regulação de transplante, desta forma a Central Estadual de Transplantes é responsável pela intermediação como primeiro agendamento da unidade interceptante, quando o serviço é insuficiente ou inexistente no estado de Goiás. Falou que para acessar esse serviço, o usuário ou unidade solicitante deve encaminhar primeiramente na Central de Transplantes as documentações necessárias, frisando que esta documentação está disponível no manual da Central Estadual de Transplantes e também no site da Secretaria. Informou que o fluxo é basicamente o mesmo da CNRAC, assim o paciente encaminhará as documentações para o e-

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

mail da Central, a central fará a busca dessa vaga, realiza o cadastro e quando já tiver esse agendamento, ele encaminha para o TFD e esse fará o deslocamento desse paciente. Comunicou que conta também com regulação de outros serviços, colocando que esses serviços não são contemplados na CNRAC nem na Central de Transplantes, assim a CRAF/TFD faz a intermediação de custo de vaga junto a unidade solicitante e assim faz a regulação com as unidades reguladoras interestaduais com o objetivo de realizar o agendamento do paciente. Reforçou que para acessar o serviço de outras regulações, é necessário também encaminhar a solicitação via e-mail para o TFD e levar documentações pertinentes contido no manual da TFD. Comentou que o fluxo é o mesmo, tudo via e-mail. Explicou que o TFD é o tratamento fora de domicílio, onde realiza um apoio logístico exatamente na ajuda de custo desse paciente que necessita fazer o tratamento de alta complexidade que seja eletivo e ambulatorial em outro estado. Disse que o procedimento com o cadastro TFD desse paciente só ocorre se já tiver a vaga ou agendamento garantido em outra unidade, assim ele vai encaminhar toda a documentação pertinente que está no manual do TFD para o e-mail do TFD. Falou que ao fazer o cadastro desse paciente, já fica autorizado e é feito a emissão das passagens para seu deslocamento para outro estado. Continuou que as emissões de passagens nos próximos agendamentos deve ser encaminhado para o e-mail do TFD com antecedência mínima de 20 dias, exceto em casos de urgências, fazendo a emissão de passagem de um dia para o outro ou até no mesmo dia, anexando os documentos que estão no manual. Falou que realiza o pagamento de ajuda de custo, explicando que o TFD é regido por portaria nº 55, assim a quantia paga pelo TFD é valor fixo, desembolsada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), sendo para o paciente, acompanhante e doador se for necessário. Colocou que essa ajuda de custo tem a finalidade somente de auxiliar nessa despesa com alimentação e hospedagem e quando o paciente retorna para o estado de origem, ele deve encaminhar para o CERAC/TFD a documentação que comprove seu deslocamento e o relatório médico, dizendo ainda que quando o paciente precisa ficar por mais de 30 (trinta) dias ou o mês corrente que se encontra, ele manda para o CERAC/TFD relatório solicitando esse pagamento de ajuda de custo, assim colocou que essa documentação deve ser encaminhada em até três dias úteis ou após o retorno ou o final do mês corrente para procederem esse pagamento de ajuda de custo. Disse que o fluxo do TFD é basicamente o mesmo, então o paciente tem esse agendamento já garantido em outra unidade, contanto que seja um tratamento que seja eletivo e de alta complexidade, assim ele manda a sua documentação no e-mail do TFD, este realiza o cadastro, confere a documentação, confere também se o estado realmente não tem o tratamento disponível para esse paciente e faz a emissão das passagens que são encaminhadas via e-mail do paciente e este se desloca para a unidade executante, onde lá fará todo o tratamento e acompanhamento. Informou que quando o paciente tem alta, temporário ou definitivo deste tratamento e ele tem a data de retorno para a cidade de origem, ele encaminha toda a documentação para o e-mail do TFD, este faz a emissão das passagens e encaminha para o e-mail do paciente para ele retornar para o estado de origem. Comunicou que quando o paciente retorna ao estado de origem, ele encaminha toda a documentação que comprova esse deslocamento, ou seja, são as passagens de ida e volta e o formulário de atendimento da unidade executante, assim o TFD vai instruir o processo via SEI e encaminhar para o departamento financeiro, o SGI, para proceder com o pagamento. Disse que quando esse paciente precisa ficar por mais de trinta dias ou encerrou o mês corrente, ele somente encaminha o formulário que o serviço está sendo prestado e que o mesmo está ainda em outro estado por necessidade de acompanhamento ou de tratamento, o TFD vai instruir o processo no SEI e encaminhar para o SGI para pagamento. Passou o e-mail do TFD e o telefone para contato para maiores dúvidas.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dr. Sandro, Superintendência da SAIS, parabenizou a dupla Cárita e Nathana e deixou aberto o microfone para aqueles que tivessem algum tipo de dúvida e questionamento relacionado com a apresentação feitas por elas.

Dra. Cárita, Gerência de Regulação e Cirurgias Eletivas, informou que o manual já estaria disponível naquele dia no portal da transparência da Secretaria, onde todos os municípios e envolvidos podem ter acesso tanto aos manuais quanto aos formulários e estaria a disposição para esclarecimentos em caso de dúvidas.

1.3 – Campanha Nacional contra a Pólio e Multivacinação que terá início em Outubro de 2020. (SUVISA)

Dr. Sandro, Superintendente da SAIS, explicou que é uma pauta que a princípio tinha imaginado que seria dentro do GT da Vigilância, mas que tem uma interface muito grande para atenção, porque a questão da vacinação acontece na grande maioria das unidades de saúde e a população precisa ser avisada, alertada com relação a isso.

Dra. Liz Jane, enfermeira na Gerência de Imunização/SUVISA, disse que é um informativo em relação à campanha, esse ano está com problema seríssimo, já vem há alguns anos sofrendo com as baixas coberturas vacinais e esse ano para completar teve a pandemia da covid que piorou ainda mais as coberturas. Falou que vem agora com a campanha de poliomielite, que é uma campanha específica para as crianças de 1 até menores de 5 anos de idade, e a campanha de multivacinação que é para atualização do cartão de vacina para todas as crianças de zero a menor de 15 anos de idade. Complementou que são duas campanhas concomitantes com o público-alvo inserido na campanha da multivacinação que seria o da Pólio. Citou que o objetivo é resgatar os não vacinados e completar o esquema de vacinação dessas crianças e simultaneamente vacinar indiscriminadamente as crianças de 12 meses a menor de 5 anos com a Vacina Oral da Pólio (VOP). Explicou que para multivacinação a é uma campanha seletiva, chama todos os responsáveis pelas crianças e adolescentes menores de 15 anos para verificar o cartão e atualizar de acordo com a faixa etária. Pontuou que a campanha da Pólio apesar de ser uma campanha indiscriminada só vacinará com a gotinha aquelas crianças a partir de um ano que já tem o esquema primário completo, que é o esquema das 3 doses de VIP, que em todo caso tem que avaliar o cartão também. Expôs que as vacinas que serão disponibilizadas são todas do calendário nacional de vacinação, sendo que para as crianças menores de 5 anos tem: BCG; Hepatite B; VIP; VOP; Rotavírus; Penta; Pneumocócica conjugada 10; Meningocócica C; Febre Amarela; Tríplice Viral; Hepatite A; DTP; DT, que seria o caso das crianças maiores de 7 anos, que se tiver atrasada disponibilizará essa vacina; HPV; e a varicela. Citou que para os adolescentes: Hepatite B, sempre atualizando o cartão, só que vai vacinar se necessária; Febre Amarela; Meningocócica ACWY, que foi implantada recentemente e que também está com uma procura muito baixa, aproveitarão a campanha para intensificá-la; HPV, a mesma coisa; Tríplice Viral; dTp; dTpa, no caso da adolescente gestante, esta vacina é disponibilizada. Apresentou a situação das coberturas vacinais, disse que pegaram o histórico desde 2017 e que foi visualizado que vem apresentando uma queda, esse ano está mais crítica. Citou que a meta mínima é de 95% dependendo da vacina até 90%, não vem atingindo mais; 2018, algumas atingiram; 2019, não atingiu a cobertura mínima; e em 2020 o cenário continua pior do que já era. Informou que farão o chamado para campanha, começa dia 5 de outubro e vai até o dia 30, sendo que o dia D é dia 17 de outubro e pediu apoio as regionais, a SAIS, para trabalhar essa campanha e ver se resgata essa população. Complementou que a maior preocupação é em relação as doenças

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

que estavam controladas, o sarampo que tem uma evidência, que é uma doença que já tinha sido eliminada e retornou em 2018. Citou que esse ano em Goiás já tiveram casos de sarampo, são cinco casos notificados e confirmados, então é uma ameaça continua e se continuarem com essas baixas coberturas essas doenças florescerão novamente e com maior intensidade. Disponibilizou o seu contato e informando que na semana seguinte capacitarão as regionais com mídias espontâneas, porque não tiveram recurso para fazer mídia, então serão só rádio e TV. Finalizou pedindo apoio e dizendo que espera que consiga melhorar esse perfil do cenário de Goiás, que não é só Goiás, é Brasil, se for buscar as coberturas vacinais de todo o país não é diferente, mas como estado tem que reagir e buscar outras alternativas.

Dr. Sandro, superintendente da SAIS, disse que perfeito, a mensagem final é bastante interessante tem como estado não só como Secretaria Estadual, tem os municípios todos, que a SES não consegue ir ao município e vacinar as pessoas, tem toda uma lógica federativa e organizada. Falou que acredita que esse tema será discutido no GT de vigilância também e acha que como falou no início a questão da atenção junto com a vigilância é fundamental para o sucesso da campanha de vacinação. Complementou que estar todo mundo trabalhando junto, cooperado, coordenado, que já tem tantos problemas e o programa de imunização é tão bem-visto “no mundo afora”, que não podem correr o risco de perder essa grande conquista que a gente teve ao longo desses anos, o trabalho de todas as pessoas envolvidas nesse processo. Disse que tentou discutir isso, talvez a fundo e fará essa discussão inclusive no GT também, para reforçar o máximo possível e pensar o que tem discutido muito, não é porque é uma época de pandemia de COVID, que as outras coisas deixam de acontecer. Falou que tem que pensar em tudo e mais no novo desafio COVID, que estão enfrentando. Agradeceu pela participação da Dra. Liz Jane.

Dra. Liz Jane, enfermeira na Gerência de Imunização/SUVISA, também agradeceu a oportunidade e disse que foi uma fala muito boa do Dr. Sandro em relação a isso, porque as pessoas estão muito preocupadas com a covid e esquecendo de outras doenças, deixando de vacinar e virão outros surtos, por outras doenças talvez já até controladas em decorrência da falta de vacinação.

1.4 – Apresentação de Formulário voltado para a Atenção a Saúde da População em Situação de Rua no Estado de Goiás em contexto de pandemia pelo COVID-19. (Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde - Gerência de Cuidado a Populações Específicas – SUSMEP)

Dr. Rogério, da Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde/GERPOP, explicou que o formulário segue o mesmo padrão aplicado pela equipe da violência, que é coordenado pela Paula, inclusive utilizaram ele como referência. Disse que este formulário foi pensado com a mesma linha para que possam realizar um diagnóstico de como está o atendimento da população em situação de rua, sobretudo neste período, envolvendo a pandemia, o COVID, mas também como está de fato o acesso a esta população em situação de rua aos serviços de saúde, de maneira geral. Relatou que a população em situação de rua no estado de Goiás não tem um censo oficial, salva engano em 2008 foi realizado um censo pelo Desenvolvimento Social Federal, mas não tem quantidade correta levantada de uma forma mais científica do quantitativo desta população no Estado. Expôs que o último que foi feito junto com a Universidade Federal do Estado de Goiás, pela sociologia, junto com o município de Goiânia levantou para o município de Goiânia uma quantidade estimada. Lembrou que também que para população em situação de rua tem muito o nomadismo urbano, que é caracterizado pelo

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

linguajar das ruas, os pardais, pessoas que ficam transitando de um município a outro, também chamados de trecheiros. Complementou que isso dificulta o acompanhamento a essa população, além disso, tem uma dificuldade muito grande que é o estigma que estas pessoas carregam, o preconceito, que é direcionado a elas, vinculado quase que exclusivamente ao fato de estar na rua com problemas ligados a drogadição. Colocou que de fato é a maioria das pessoas, o uso abusivo de álcool e outras drogas é o fator predominante que leva as pessoas a situação de rua, mas não é um predomínio muito significativo, tem também questões sociais e aumentou muito de 2018 em diante, e que dificulta também o atendimento dessas pessoas por parte dos estabelecimentos de saúde. Informou que o estado de Goiás tem consultórios de rua, que são vinculados a atenção primária, mas inicialmente era vinculado a saúde mental. Citou que no estado de Goiás tem equipes de consultório, sendo: 5 equipes em Goiânia; 2 equipes em Aparecida de Goiânia; 1 equipe em Trindade; e 1 equipe em Anápolis. Falou que processo de estruturação tem Rio Verde para 1 equipe e Itumbiara também 1 equipe. Relatou que a coordenação estava no processo de ampliação das equipes, só que veio a pandemia, e em muitos municípios todo esforço que estava sendo direcionado para cobertura das equipes, teve que ser deslocado para atenção ao COVID. Expôs que essa é uma preocupação que tem da questão do acesso, da mesma forma que também ocorre com a população migrante, dificilmente o acesso às unidades de saúde ocorre de maneira tranquila. Nos municípios que tem a equipe do consultório de rua, o acesso é mais facilitado pois ele é articulado pelas equipes e, nos municípios que não dispõem desse dispositivo, esse cuidado é feito através das UBS ou das equipes da estratégia e nem sempre existe essa abertura de poder chegar, tanto da pessoa que está em situação de rua quanto do próprio profissional. Por isso, não conseguem ter de fato um diagnóstico mais preciso de como está esse atendimento, sobretudo nesse período, aliado às outras comorbidades que essa população de maneira geral apresenta: taxas de tuberculose muito altas, problemas de pele e, somado a essa vulnerabilidade existe a dificuldade de acesso à alimentação adequada, à água potável, tornando essa população muito mais vulnerável a ter uma taxa de morbidade muito alta, caso sejam contaminados pelo covid. Comentou também sobre o fato de a maioria se concentrar em espaços geralmente de forma muito próxima uma das outras, até por uma questão de segurança, para se protegerem, isso potencializa ainda mais o risco de uma disseminação e contaminação mais significativa entre essa população. Por esses motivos pensaram em realizar esse formulário e distribuir por meio das regionais de saúde aos 246 municípios e estabelecer um prazo, para que possam traçar um diagnóstico de quais são as dificuldades enfrentadas pela gestão municipal e de quais formas podem ajudar subsidiando também ações da assistência social. Disse que uma parte significativa das demandas apresentadas pela população em situação de rua vem de uma questão social: falta de abrigo e falta do acesso ao alimento, questões que vão desaguar na saúde, mas geralmente são originárias da assistência social. Comentou que possuem um processo de articulação, foi criado um grupo de monitoramento e estão na terceira reunião, que envolve coordenadores das equipes de consultórios na rua, regionais de saúde, gestão municipal e movimento social que representa essa população de rua, no sentido de levantar quais são as demandas e apresentar soluções. Disse que uma das demandas apresentadas por esse grupo foi esse levantamento para que consigam ter, mesmo que não seja oficialmente, pelo menos um desenho de como está o acesso à saúde por parte dessa população e o que podem fazer para melhorar e estruturar as ações de forma intra e intersetorial. Mostrou o formulário para todos terem uma ideia, de rápido preenchimento e os dados colocados são de fácil acesso para a gestão municipal.

Dr. Sandro parabenizou o Dr. Rogério pela apresentação e pela iniciativa.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

1.5 – Apresentação da Nota Técnica nº 2/2020 - GERUE- 18341 sobre Transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19. (Gerente de Regulação de Urgência e Emergência - Superintendência do Complexo Regulador)

Dra. Wanessa Medeiros falou que esse assunto se refere a algo que está sendo discutido desde o início da pandemia tanto em GT como COE, o transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID. Comentou que inicialmente o Ministério da Saúde havia reportado que todos os transportes com suspeita ou confirmação de COVID deveriam ser realizados exclusivamente pelo SAMU 192, posteriormente receberam a orientação de que esse transporte seria realizado pelo SAMU de forma prioritária e começaram a ter algumas dificuldades em relação às limitações, transporte de grandes distâncias também e dificuldades com negativas de regulação de transporte pelas centrais de regulação de urgência do SAMU. Solicitaram orientação ao Ministério da Saúde e foi emitida a nota técnica 68 de 2020 pela coordenação geral de urgência do Ministério da Saúde. Com base nas legislações do SAMU, de transporte e em todas as legislações existentes que regulamentam a regulação de urgência e emergência, conforme pactuado no COE, decidiram emitir uma nota técnica com recomendações a respeito desse transporte para esclarecer e ratificar o que já está decidido na nota técnica do Ministério da Saúde. Disse que foi emitida pela SES a nota técnica 2 de 2020 pela Gerência de Regulação de Urgência e Emergência sobre o transporte de pacientes com suspeita ou contaminação de COVID. Considerando as legislações, apresentou quatro recomendações gerais que devem ser observadas no transporte. A primeira delas é a realização de transporte inter-hospitalar de pacientes críticos com suspeita ou confirmação de COVID pelo SAMU 192 deve ser realizada de acordo com a pactuação regional desde que devidamente avaliadas e reguladas pela central de regulação de urgência no SAMU 192. A segunda recomendação envolve a regulação médica, a autonomia é soberana na regulação médica nas urgências enquanto elemento ordenador e orientador dos sistemas estaduais de urgência e emergência e também é co-responsável no estabelecimento da gravidade presumida do usuário devendo o regulador designar ou não o envio de meios móveis, a USA ou USB, conforme a necessidade e a oferta disponível no território e para isso a base para a regulamentação dessa regulação são os protocolos clínicos do SAMU já normatizados pelo Ministério da Saúde. A terceira recomendação é sobre a prioridade do atendimento pré-hospitalar primário pelo SAMU. A essência do SAMU é o atendimento pré-hospitalar primário em relação ao secundário, o atendimento primário é aquele em que o usuário está em seu domicílio ou em via pública e necessita de um primeiro atendimento de urgência e emergência. No atendimento secundário é solicitado por uma unidade de saúde, o paciente já recebeu o atendimento primário e necessita de um transporte de uma unidade de menor complexidade para a de maior complexidade. Enfatizou que o atendimento primário deve ser priorizado entretanto deve haver a comunicação entre o médico regulador e o médico assistente solicitante desse atendimento secundário para que haja uma melhor discussão dos casos e também para que não sejam feitas as negativas. A quarta recomendação: considerando que o SAMU 192 deve realizar prioritariamente o atendimento primário aos pacientes críticos por meio da USA (Unidade de Suporte Avançado) faz-se necessário então o transporte sanitário a transferência de pacientes não críticos de acordo com a indicação médica, conforme a necessidade do usuário. Disse que isso ainda tem sido algo conflituoso em relação à regulação de transportes, mas em razão da necessidade do SAMU realmente focar nos atendimentos primários a recomendação é que seja priorizado o transporte de pacientes críticos pelo SAMU e o transporte sanitário seja melhor estruturado nas regiões e nos municípios para que ele possa contribuir em relação ao transporte. Enfatizou para o transporte

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

sanitário fazer a transferência de pacientes não críticos. Concluiu dizendo que a nota técnica se resume de forma geral nessas quatro recomendações.

Dr. Sandro complementou que o Ministério da Saúde, no início da pandemia, colocou o SAMU como responsável pelo transporte de pacientes com COVID-19, disse não saber qual a base técnica, que isso foi importante no início, mas depois travou o sistema como um todo. Falou que já tinham discutido várias vezes com o COSEMS e diretores do SAMU a inviabilidade de ficar dessa forma, pois assim o restante da rede ficaria travado e foi nesse sentido que trabalharam essa nota técnica. Acrescentou que o Ministério Público também foi envolvido nessa discussão pois tem toda aquela confusão já habitual de organizar vaga, os sistemas de informações, as melhores informações para a regulação poder regular vaga e depois que sai a vaga tem toda a problemática envolvida com relação ao transporte e por isso foi feita a nota técnica. Lembrou que esse assunto passou na última CIB, com relação à adoção do que o Ministério da Saúde já tinha colocado e contextualizando para o estado de Goiás, mas ficaram de trabalhar uma parte mais específica e detalhada da operacionalização do que foi feito agora.

Dra. Sônia, SMS Gameleira de Goiás, disse que a nota técnica está clara, porém no dia-a-dia isso não acontece, quando o transporte é solicitado via SAMU, citou exemplo do Município de Gameleira a 40 km de Anápolis, onde saiu uma vaga para a paciente desse município para Porangatu, mas não foi atendida pelo transporte, como suceder se o transporte não é realizado, visto que, já existem outras situações envolvida por causa da distância, perguntou se o Estado pensou nisso, não é problema de Gameleira, é um problema regionalizado pois as vagas é destinado a qualquer lugar e o intuito é salvar o paciente, como proceder, o que vai acontecer, quando sair a vaga muito distante e a paciente não tiver o transporte, Concluiu dizendo que o SAMU antes da Pandemia já tinha uma demanda enorme, já era uma rede estagnada.

Dra. Wanessa Medeiros direcionou a fala a Dra. Sônia cumprimentando-a e afirmando que quando recebe essas denúncias de forma oficial, o que caracteriza desassistência, é solicitado pela Central os esclarecimentos, em alguns casos ocorre atraso, acontece quando solicitado ter vaga no atendimento e o atendimento primário ter sido priorizado, dessa forma é visto uma dificuldade em relação ao tempo resposta o que não é o ideal, porém tem sido orientado e passado a todas as coordenações que não seja negado o atendimento de transporte, é aguardado e assim que possível realizado o transporte, em casos de negativa de transporte pelo Samu, é feito a orientação, e no final da nota técnica, na conclusão da Coordenação Geral do Município é colocado nos casos de desassistência Regional, é imposto uma inflação grave podendo até a Central ser penalizada com suspensão de recurso, e até averbação, dessa forma tem sido alertado nos casos recebidos, oficializado essas reclamações e orientado para que não seja feito a negativa. Afirmou que o Samu trabalha em parceria, e antes de CIR é importante que essas discussões sejam feitas para evitar que chegue a esse ponto, de suspender Recursos o que não é a solução porque, dificulta muito mais, é uma forma de penalizar quem não está fazendo atendimento, e penaliza ainda mais a Região, essa discussão tem que ser Regional para que todos consigam progredir, e evitar o máximo possível de transtorno, priorizando o bem do paciente.

Dra. Sônia perguntou para Dra. Wanessa se o Estado ainda não tem um suporte ou se pensou em algo que desse apoio aos municípios. Disse que é algo que tem que ser conversado dentro do Complexo Regulador Regional dentro de cada região.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Wanessa Medeiros respondeu que é na Central de Regulação de Urgência do Município.

Dra. Sônia afirmou que todo Complexo Regulador é regional.

Dra. Wanessa Medeiros respondeu que o Complexo Regulador de vagas é uma coisa, do SAMU é Central de Regulação de Urgências Médicas.

Dra. Sônia perguntou se ele é Municipalizado ou Regionalizado.

Dra. Wanessa Medeiros respondeu que a Central de Regulação do SAMU 192 é regional, de Gestão Municipal de Serviço Regional.

Dr. Sandro, Superintendente da SAIS, explicou que o SAMU tem um lugar para acontecer, acontece no Município, nesse caso deve ser Anápolis e este recebe recursos tanto do Ministério da Saúde quanto do Estado pra prover serviços de atenção pré-hospitalar móvel para uma determinada região, o SAMU não é de Anápolis, está em Anápolis, o SAMU não é de Goiânia, está em Goiânia, a perspectiva é sempre regional e os recursos são trabalhados nesse sentido, ressaltou que qualquer necessidade que tiver terá que acionar o SAMU específico da Regional, nesse caso específico para ver esses detalhes têm que ser em Anápolis na mesma região.

Dra. Neusilma, dirigiu a palavra a Dra. Sônia, dizendo que se acontecer porventura algum evento grave entrar em contato com ela, que fará mediação para que não coloque em risco a vida do paciente, disse que está a serviço sempre, atendida com todos, e se porventura acontecer que nos acione reafirmou.

Dr. Sandro, Superintendente da SAIS, perguntou aos presentes se havia alguma pergunta com relação a nota que foi apresentada.

Dra. Eliane, Coordenadora Geral do SAMU da Regional Pireneus, fez uma pontuação ao que foi dito, em relação a Gameleira, disse que é responsável para a Central de Regulação do SAMU da Região, assim como os demais Municípios da Região Pireneus. Falou que foi feita uma busca em relação a Gameleira, que não existe uma negativa de atendimento para SAMU Central dentro da Região Pireneus, o que existe é um cumprimento de uma Nota Técnica do Ministério da Saúde, onde diz que o Médico Regulador, que é o gestor, e o profissional responsável por realizar a triagem e classificação de Risco conforme os Protocolos, respeitando sempre as Diretrizes do Ministério da Saúde em relação a prioridade pré hospitalar, existe também uma prerrogativa, até visto na apresentação dos transportes, transportes de paciente de simples remoção de baixo risco, transporte sanitário, disse que o transporte sanitário é responsabilidade de cada município, e o que acontece hoje é que está sendo orientado a todos os Municípios, citou exemplo de Alexânia, município da regional, que conseguiu montar uma Ambulância para fazer transporte de simples remoção, na ocasião fez um pedido, que viabilizem o transporte sanitário, diante desse tempo de pandemia, é momento de reunir forças, limitações existem porém o trabalho em conjunto, pensando juntos, entendendo a dificuldade de cada um, todos se torna forte, conseguiremos resolver este problema, mas de ante mão, tem uma resposta, de acordo com a Estatística Regulações Médicas que em relação SAMU Anápolis, não existe nenhuma negativa, está aqui o Dr. Alex, que deixa o nosso telefone aqui sempre à disposição para esta acompanhando esses casos, pontuou que dificuldades existem e a demanda aumentou muito com a questão da COVID-19

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

é um transporte extremamente demorado é preciso respeitar os princípios do primário, disse que o que foi percebido é o serviço primário que foi deixado, onde foi preciso entrar num consenso e buscar meios para otimizar os recursos que tem para conseguir atender não só o primário mas também o secundário, acrescentou que o transporte de longa distância é uma grande problema para nós, onde depende de autonomia de combustível, equipe e paramentação de equipe, concluiu dizendo estar à disposição de qualquer dúvida ou pontuação e que o transporte móvel é bem complicado.

Dra. Sônia, SMS Gameleira de Goiás, fez uma consideração dizendo que vai levar essa pauta para CIB a fim de organizar, disse que não houve negativa de Registro do SAMU porque a Dra. Juliana conseguiu outra vaga no HCAMP para o paciente, observou que como a Eliane terminou a fala citando o problema da longa distância, o assunto será levado para CIB, visto que tem dificuldade para atender e negativa para nós.

Dr. Sandro, Superintendente da SAIS, ressaltou que esse assunto específico tem que ser tratado na CIR para não gastar o tempo de forma desnecessária, sendo algo muito pessoal, é importante é legítimo mas é muito pessoal, tem ainda uma Pauta bem extensa para dar continuidade, pediu para uma das duas se referindo à Dra. Eliane ou Dra. Sônia, trazer novamente essa discussão feita em CIB.

1.6 – Dificuldades de acesso aos serviços de Tomografia em Goiânia pelos Municípios da Região Sul. (SMS Goiatuba e Coordenadora da CIR Sul)

Dra. Patrícia, SMS Goiatuba, colocou diante da mesa, que está com uma dificuldade grande aqui na regional sul, disse que as Pactuações de Emergências são direcionadas ao município de Itumbiara e tem um ano aproximadamente o Município de Itumbiara não fornece o serviço e as nossas eletivas Pactuadas em Goiânia que também está suspensa o serviço de eletiva, assim queria um posicionamento, dizendo que de início tentou fazer com que esses recursos, ficassem no município, porque de todo jeito tem que se virar para cuidar do paciente, e para administrar o recurso, haja vista que não está tendo o serviço. E queria também uma posição de como vai ficar em relação das eletivas de Goiânia também, na questão do saldo, se tem retorno, como que vai ser feito. E de início na CIR deles foi proposto para regionalizar no município de Goiatuba, porque tem dois Hospitais particulares que oferece o serviço, mais o valor hoje o município teria que arcar com uma contra partida de duas vezes maior o da pactuação. Então queria uma resolutiva, o Ricardo participou da CIR deles, e queria uma devolutiva, uma orientação de como vai proceder diante dessa problemática que eles estão

Dr. Sandro, responde que essa é uma pauta que inciou na CIB passada, ficaram de fazer dentro da CIR específica, a discussão sobre tomografia, e nem era a questão específica de Goiânia, mais a questão da organização interna dentro da regional com relação a tomografia. Pergunta o Ricardo se ele quiser comentar alguma coisa nesse sentido, até para depois discutir de forma mais detalhada. Tinha ficado essa demanda para trazer, até do GT passado, e ficaram de trazer uma devolutiva do GT também dessa pauta.

Dr. Ricardo, fala que participou da última CIR da região sul, esse assunto foi discutido, e foi colocado na mesa algumas opções, levando em consideração a dificuldade dos municípios em acessar o procedimento de tomografia. E o município de Itumbiara trouxe a situação de que eles estão com aquisição de um aparelho, já feito e que está no processo de instalação desse aparelho, e a Deusana ficou de trazer uma previsão, e ficaria dentro do prazo se houvesse um

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

remanejamento na pactuação. Então tinha ficado esse encaminhamento na CIR e vai ser discutido, e pensa que essa discussão ainda não foi finalizada na CIR. Outra situação que foi colocada dentro do serviço que tem em Goiatuba, mais tem a questão da complementação do valor, que os municípios teriam que fazer com valor do recurso próprio do município, uma vez que não pode ser feito a complementação com o valor da PPI

Dr. Sandro, pergunta então como vai ficar. Porque se é algo que ainda não está maduro não vai ficar gastando tempo, tem um monte de coisa pela frente ainda, não sabe se está maduro para ter alguma decisão, talvez especificamente com relação a retomada das cirurgias eletivas, pode comentar alguma coisa, mais se não foi finalizada essa discussão dentro da CIR, trazer para esse GT não vai resolver muito coisa.

Dra. Andreia, SMS Goiânia, depois ela pode comentar sobre a parte da tomografia que está sendo discutido.

Dr. Ricardo, responde na opinião dele esse assunto não foi esgotado, até porque não foi dado um encaminhamento final dentro da CIR. agora tem que ver a questão de Goiânia, uma vez que tem parte da pactuação com o município, talvez a Andreia vai falar sobre a retomada dos exames, ele não sabe, mais a situação é essa porque não tem muito saída.

Dr. Sandro, pergunta a Patrícia se ela está de acordo com isso, porque se não esgota na CIR e trazer para esse GT, e inoperante na verdade, fala que se ela concordar com isso ele passa para Andrea. Ela faz a fala específica o que concerne a Goiânia.

Dra. Patrícia, SMS Goiatuba, responde que concorda e até a fala dela clareia mais um pouco

Dra. Andreia, SMS Goiânia, fala que primeiro ela discorda um pouco da terminologia que foi trazido como ponto de pauta, porque não a dificuldade no acesso, é que mudou toda essa logística de assistência, inclusive para procedimentos eletivos, Goiatuba tem pactuado com eles, 229 procedimentos eletivos de tomografia. No ano de 2020 mesmo com a Pandemia, foram disponibilizadas e autorizado 91, tem 11 pedidos aguardando para ser realizado, eles retomaram a realização desses procedimentos na segunda quinzena de agosto, então está fluindo tudo de forma natural, de acordo com a oferta de serviço, de acordo com o que a Pandemia permite, lembrando que esses procedimentos voltaram a ser realizados tem um mês. Tem 11 pessoas na fila especificamente de Goiatuba, da pactuação que tem com eles são 229. Então ela não vê o sentido da terminologia de dificuldade no acesso, visto que estão entregando dentro das condições sanitárias que todos tem conhecimento, isso não é só especificamente para Goiatuba, isso é para todos os municípios essa realização, então gostaria que se por ventura for continuar como ponto de pauta, que essa terminologia fosse revista porque ela não consegue ver como dificuldade de acesso.

Dr. Sérgio Nakamura, SMS Goiânia, colocou que a suspensão das eletivas não foi uma definição de Goiânia, foi uma definição do Estado através da Bipartite e a forma de retorno também não foi uma definição de Goiânia, foi uma definição da Bipartite, foi uma decisão Colegiada, então está sendo retornando de acordo com o que foi pactuado em relação as diretrizes sanitárias da COVID, ou seja, voltou mas não voltou na sua capacidade, porque não foi isto que foi aprovado.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Patrícia, SMS Goiatuba, concordou e explanou que a dificuldade é com relação as emergências na Regional, porque eles estão a um ano sem o serviço, e quanto a pactuação de Goiânia eles queriam uma posição de como está sendo esta retomada dos serviços.

Dr. Sandro, colocou que a questão da organização enquanto Regional Sul depende muito mais das pessoas, lembrou que na última reunião isto foi colocado ali e parecia que não estava muito entendido o que se queria fazer dentro da Regional. Disse que a parte específica de Goiânia é preciso lembrar que não é só Goiânia, antes da Pandemia já se tinha algumas dificuldades com relação a consultas, cirurgias eletivas e exames, observou que está sendo organizado o retorno de 50%, então minimamente o tempo de espera vai dobrar, e não é tão simples assim aumentar a oferta, porque tem a questão de recurso, então a dificuldade de acesso naturalmente acontecerão, porque a oferta será reduzida, e não é por que se quer assim, mas as condições sanitárias exigem este processo. Sugeriu voltar a discutir em CIR e disse que se for preciso a SES estará lá com eles, para decidirem o que a Região quer, se quer fazer remanejamento de recursos ou como que ficará.

Dra. Patrícia, SMS Goiatuba, concordou.

Dr. Sandro, disponibilizou que qualquer necessidade eles poderiam acionar o Dr. Ricardo ou ele ou quem eles precisarem na SES para ajudá-los neste processo.

Dra. Andreia, SMS Goiânia, questionou se o assunto foi retirado da pauta da CIB.

Dr. Sandro, confirmou que não irá para CIB, retornará para a CIR.

Item retirado de pauta, retorna para CIR.

1.7 – Apresentação da Portaria 2358 - 04/09/2020 – Institui custeio para rastreamento e monitoramento de casos de COVID 19 (SAIS)

Dra. Ticiane Nakae, SAIS, disse que é uma Portaria que foi publicada dia 04 de setembro e veio como um incentivo de custeio em caráter excepcional em caráter temporário para execução de rastreamento e monitoramento dos contatos de COVID-19. Tem os objetivos de integração da Vigilância com a Atenção para fortalecer estas respostas relacionadas a COVID-19; realizar ações locais para identificar precocemente as necessidades do território para tentar interromper estas barreiras de transmissão fazendo o isolamento de contato, monitoramento destes contatos e a continuidade do tratamento dos pacientes com diagnóstico; ampliar a notificação e a investigação destes contatos, fazendo o monitoramento destes contatos, uma vez que o principal objetivo da Portaria é o monitoramento destes contatos, e este monitoramento será feito pelo sistema e-SUS Notifica, que é o Sistema oficial do Ministério da Saúde. Chamou a atenção para os municípios que tem outro Sistema de Informação, que ele precisa ter a operabilidade com o Sistema Notifica, porque o monitoramento e o controle deste dados será feito por meio deste Sistema de Informação. Disse que outro objetivo é avaliar continuamente a situação epidemiológica de cada território para tentar planejar as ações necessárias para aquele território. Este recurso é de custeio, será debitado em parcela única, fundo a fundo e será debitado na competência de outubro. O valor será de R\$6.000,00 por profissional cadastrado, este profissional será de acordo com a tipologia o município, então seguirá aquela mesma lógica de 4.000 pessoas para o município urbano; 2.750 para municípios adjacentes; e 2.000 pessoas para os municípios considerados como remotos por

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

profissional. Explicou que nos anexos da portaria já veio informando a quantidade de profissionais por município que pode ser cadastrado, de acordo com a tipologia do município. Complementou que existe também no anexo desta portaria a relação dos profissionais que podem também ser cadastrados. São praticamente todos os profissionais de saúde. Falou que o profissional tem que estar cadastrado no CNES. É desse recurso que está tendo muita dúvida por parte dos municípios sobre o que e como pode gastar essa verba. Então o Ministério da Saúde liberará essas duas notas técnicas para auxiliar os municípios na condução dos gastos desse recurso e lembrando que em todas as reuniões que se apresenta essas portarias publicadas, a importância da questão do monitoramento e do registro dessas informações, porque elas são acompanhadas pelo sistema de ação do Ministério da Saúde e se não for gasto da forma que precisa ser gasto, da forma legítima, o município pode ter problema depois na hora de prestar conta desse recurso. Uma instituição pública tem que informar o CBO que é a classificação brasileira de ocupação desse profissional e ele precisa ter uma carga horária de no mínimo 20 horas semanais. O Ministério informou que eles liberarão agora nos próximos dias, duas notas técnicas esclarecendo melhor a forma de gasto desse recurso.

Dr. Sandro, superintendente da SAIS, perguntou se alguém tinha alguma dúvida com relação à Portaria

Dra. Rosana, Regional de Saúde Pireneus, perguntou se esse recurso poderia ser diluído entre os profissionais, não especificamente o valor ser atribuído a um só profissional.

Dra. Ticiane Nakae informou que o cadastro do profissional pode ser o profissional que já é do município, não tem necessidade de ser um profissional a mais. O profissional que já é do município e já faz parte da instituição, da unidade de saúde. Não pode o recurso ser diluído por profissional, então é um profissional por essa quantidade de habitantes. Na portaria vai observar que por exemplo o município que tem 18.000 (dezoito mil) habitantes, vai poder cadastrar três profissionais. A nota técnica que vai ser lançado agora nos próximos dias, vai orientar sobre a utilização desse recurso. Então é viável aguardar os próximos dias dessa nova nota técnica para não ter problema depois de como prestar conta desse recurso.

Dr. Sandro, SAIS, informou que o Ministério da Saúde tem feito muito isso, faz portaria e precisa de nota técnica para explicar a portaria. Falou para esperar a nota técnica para não ter nenhum tipo de problema as controladorias estão de olho nesses recursos.

1.8 – Apresentação da Portaria 47 – de 28/08/2020 – prorroga incentivo de 100% da captação ponderada do Programa Previne Brasil. (SAIS)

Dra. Eliana Fernandes, Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Atenção Primária, explanou a respeito da Portaria nº 47 que prorroga até a competência financeira de outubro o cadastro da população nas equipes de saúde da família e as equipes de atenção primária de acordo com uma planilha enviada pelo CONASEMS. De acordo com uma planilha prévia do mês de Julho, porque eles liberam resultados apenas quadrimestral, o Estado de Goiás ainda tem 41 municípios que estão na faixa amarela e vermelha. A faixa vermelha é menor de 40% desses cadastros, lembrando que o município tem que atingir 70% ou mais para recepção desse financiamento completo. Ainda restam 6 municípios que estão nessa faixa vermelha de menor de 40%, lembrando que os municípios têm que estar constantes na Portaria nº 172 de 2020 e é muito importante que nenhum município do Estado de Goiás que está no amarelo ou vermelho está na Portaria nº 173. Todos estão nessa Portaria nº 172.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

1.9 – Apresentação da Portaria nº 2222/GM/MS, institui Ações Estratégicas de Apoio a gestação, parto e puerpério e incentivo financeiro federal de custeio. (SAIS).

Dra. Núria Micheline, SAIS, informou que essa Portaria nº 2.222 de 25 de agosto, é uma portaria em caráter excepcional e temporário de ações estratégicas de apoio a gestação pré-natal. É uma portaria que vai ser em recurso único e o custeio e é referente ao mês de agosto, ao trimestre de Agosto a outubro. Servirá para qualificações das ações de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério para todos na rede de atenção à saúde. Identificação precoce também da gestante, monitoramento das Gestantes e puérperas com síndromes respiratórias ou suspeita de COVID. Suporte para distanciamento das Gestantes sem condições, isolamento social; isentivo adicional por gestante e puérpera com gasto na atenção primária; isentivo de R\$800,00 para as equipes da Atenção Primária que possua gestante cadastrada em qualquer idade gestacional, a fim de apoiar as ações de cuidado e prevenção da COVID-19; um isentivo de R\$7.280,00 para apoiar distanciamento social para mulheres grávidas que não possuam condições para realizar distanciamento social; isentivo de R\$ 10.000,00 para casas de gestantes, bebês e puérperas em funcionamento para prevenção da COVID-19. O resultado esperado: Melhoria das ações de atenção ao pré-natal, parto e nascimento; redução das mortes maternas evitáveis; beneficiar mais de 800.000 mulheres já acompanhadas pelo SUS; implementar medidas adequadas para o manejo e referência de gestantes e puérperas com COVID-19 de acordo com a gravidade de cada caso. Redução da mortalidade materna, com meta de reduzir 62/100.000 para 30/100.000 nascidos vivos até o ano de 2030. Uma nota técnica será publicada para explicação de como será esse custeio.

Dra. Ticiane, SAIS, informou que o município receberá os recursos de acordo com esses dados. O município precisa ter o cuidado de fazer um plano de trabalho, um relatório de gestão e prestação de contas.

Dra. Núria Micheline, informou que nos anexos da portaria já vem o valor que cada município receberá. O Ministério já fez os cálculos.

Dra. Carla Guimarães, COSEMS, disse que só quer acrescentar o que estão falando, para que na nota técnica contenha essa necessidade dessa apresentação desse incremento financeiro das duas portarias no espaço do Conselho Municipal de Saúde, por considerar esse momento eleitoral, porque o gestor está no momento de muita fragilidade no ponto de vista da Lei eleitoral, então isso precisa ficar claro as ações que vão ser desenvolvidas, e o que desrespeita a portaria anterior inclusive com a relação de profissionais e o trabalho que ele vão desempenhar para fazer jus a esse incremento financeiro, acha que isso dá transparência e da segurança para o uso do gestor. É óbvio isso tem que estar tudo inserido no plano de contingência, e também no plano de saúde, e posteriormente nós instrumentamos como relatório de gestão. Seria só frisar que nas portarias constar a questão da necessidade de apresentação antes mesmo dos recursos espedido no Conselho Municipal de Saúde.

Dr. Sandro, SAIS, expôs ser super bem-vinda essa pontuação da Carla também.

1.10 – Apresentação boletim anual de Sífilis – outubro/2020. (SAIS)

Dra. Milca, SAIS, explicou sobre o boletim da Sífilis, ele é lançado anualmente, e acha que a maioria de todos sabem que eles lançam o boletim uma vez por ano, normalmente o boletim e

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

lançado sempre em outubro porquê e o mês que comemora o combate a Sífilis, normalmente no terceiro sábado do mês de outubro. Disse que vai falar só a título de informes porque ele ainda não foi publicado. O boletim da Sífilis ele contempla as informações epidemiológicas do agravo durante o ano, e na verdade eles trazem uma série histórica para ter um comparativo de como está evoluindo esse agravo no decorrer dos anos. Ele fica sempre disponível na página da saúde no, www.saude.go.gov.br, e lá inclusive tem outros, se não se engana, desde de 2014, está na página, e é um instrumento extremamente importante porque ele possibilita planejar as ações, tanto a nível Estadual com a nível municipal. Porque ele traz os dados do Estado, mas também contempla como estão as regionais de saúde e como estão os municípios, e no final do boletim normalmente eles colocam em anexo as tabelas com os dados dos municípios. Então é uma ferramenta importante para o gestor, para ele conhecer a realidade epidemiológica do município dele, e para todos conhecer e traçar as ações a serem desenvolvidas no sentido de contemplar aquilo que estamos percebendo como maior dificuldade. O boletim ele traz as informações acerca do agravo da Sífilis, ele traz os dados epidemiológico da Sífilis adquirida, da Sífilis de gestantes, e da Sífilis congênita. E dentro desses dados traz taxa de dispensa, taxa de detecção, por faixa etária, por escolaridade, por raça cor, por período que se identificou essa gestante, em qual o período do círculo gravídico dela foi identificado, em que período se fez o diagnóstico. São dados importantes porque consegue ver quando as gestantes estão acessando a unidade de saúde para fazer o pré-natal, e também traz dados sobre a qualidade do tratamento. Falou que não se pode adiantar em relação aos dados, porque o boletim ainda não foi publicado, mas pode afirmar que pesar de ter melhorado um pouco com relação os dados do tratamento, a eficácia desse tratamento eles ainda estão extremamente a quem do desejado. Então é extremamente importante que os municípios (quando o boletim for publicado) os gestores e os profissionais de saúde acessem esse boletim e leiam ele, até porque só assim vão poder conhecer a realidade. Sabemos que os núcleos de vigilância epidemiológica dos municípios eles também tem os dados do município deles, mas vão observar que muitas vezes os dados que passamos, vão ser diferente dos dados do município, porque muitas vezes o indivíduo é recente no município x, faz o teste no município y, e essa ficha as vezes não é repassada para o município de residência, e o município de residência as vezes não tem conhecimento dos dados reais, e quando é feito no Estado, como tem acesso a todos os municípios, consegue ver exatamente quantos casos têm por municípios notificados, evidentemente, no sistema. Outra coisa importante para ressaltar é a importância da notificação, pois sabe-se que a notificação já é obrigatória a bastante tempo, mas, mesmo assim, existe bastante subnotificação. Outra coisa que também cabe ressaltar e a importância do preenchimento completo da ficha, tem ainda um número elevadíssimo de casos ignorados, ou com preenchimento inconsistente, faltando dados, e isso prejudica bastante quando vai fazer análise. E reforçar isso, e reforçar a importância de acessar esse boletim, de ler com cuidado e a partir desses dados epidemiológico e que realmente vai ter conhecimento de como que anda nossa população, nosso território, e no que temos que focar mais as nossas ações.

Dra. Ticiane, SAIS, acrescentou que seria só isso mesmo, só reforçar que o boletim sairá em outubro, e sobre a ampla divulgação, porque ele tem que chegar em quem faz o trabalho, precisa chegar nas Unidades de Saúde para cada profissional conhecer a sua situação epidemiológica.

Dra. Milca, SAIS, disse que é importante reforçar mesmo, principalmente as Regionais de Saúde, para ele repassar as informações, para os municípios presentes para repassar, porque quando chegar o boletim repassar para as UBS e para as Unidades de Saúde, para que todos

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

tenham o conhecimento, e vejam o território dele como que está a situação da Sífilis. Infelizmente estamos vivendo uma pandemia de COVID, mas ressaltou que também estamos vivendo a alguns anos uma epidemia de Sífilis.

Dr. Sandro, SAIS, observou que é importante falar da vacinação, porque os outros problemas eles continuam no dia, dia, e é preciso não descuidar deles também.

Dra. Viviane, GERAf-SES, informou que o Ministério da Saúde disponibilizou um medicamento para o tratamento de Sífilis Congênita e tratamento de Sífilis Adquirida, e estão percebendo que vários municípios não têm solicitado às regionais de saúde, então tem o medicamento, está disponível e a solicitação deve ser feita, o município deve solicitar às regionais de saúde.

2 – DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO:

2.1 – Pactuar a implantação de Policlínicas Regionais, com serviços novos, nos Municípios de: Posse, Quirinópolis, Santa Terezinha de Goiás, São Luís de Montes Belos, Goiás e Formosa no Complexo Estadual de Serviços de Saúde de Goiás. (SAIS)

Dr. Sandro, SAIS, observou para a Sra. Lirce para se atentar, porque ele acabou mexendo um pouco nesse ponto de pauta, citando que já tinha modificado naquela de Goianésia que já tinha feito, para ficar com a redação certinha. Disse que na verdade eles trabalharam isto no ano passado, com relação a Gestão e Regulação das Policlínicas, mas o Ministério da Saúde disse que precisa de pactuar no GT, e depois na CIB, a implantação das Policlínicas regionais como serviço novo, todo detalhado, todo o rito legal e burocrático. Disse que é uma questão colocado, e está aberta para discussão. Mas que é muito mais um procedimento administrativo e burocrático do que qualquer outro tipo de discussão, até porque a própria gestão e regulação das Policlínicas, já tem Resolução passada, mais o Ministério da Saúde insiste que precisa uma Resolução CIB que fale da implantação do serviço novo, especificamente, das Policlínicas. Colocou aberto para quem quisesse fazer algum comentário específico em relação a isso.

Encaminhamento: Vai para a CIB.

2.2 – Habilitação de 7 (sete) leitos de UTI-COVID, no Hospital Ortopédico de Goiânia Geraldo Pedra, CNES: 251920. (SMS Goiânia)

Dra. Andréia, SMS Goiânia, explicou que na verdade esses leitos já estão sendo utilizados pela Secretaria, observou que na verdade foi um lapso deles não ter passado na última CIB, porque desde a última CIB ele já estava em uso sendo custeado pelo município, seria só para fazer esse trâmite que já se tem costume mesmo em relação a esses leitos.

Dr. Sandro disse que como já tem conversado muito, tanto o Dr. Ismael como a própria Dra. Verônica também, tem a decisão de que não vai ser barrado a habilitação de leito de UTI ou suporte ventilatório. Complementou que desde que siga as regras que o Ministério coloca, mas nessa questão estão bastante tranquilos e acha que não tem nenhuma questão de discussão. Acrescentou que aproveitaria já que estão falando de leitos de COVID, para ir para o item 2.6.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Encaminhamento: Vai para a CIB.

2.3 – Habilitação do Serviço de Geração de Alto Risco da Santa Casa de Anápolis. (CIR Pireneus)

Dra. Rosana, Regional de Saúde Pireneus, explicou que essa pauta já foi discutida em CIR, o processo de solicitação de habilitação está em andamento na SAIS, e naquele dia ela havia olhado o processo no SEI, e já saiu até o escritório do Dr. Ismael para o Dr. Lucas, colocando a necessidade de vários documentos para Santa Casa e a Secretaria Municipal de Anápolis providenciar para seguir o ritmo desse processo junto ao Ministério da Saúde. Então a CIR Pireneus decidiu fazer uma Resolução CIR, essa Resolução foi encaminhada para CIB, e um processo que está em andamento e a SAIS deram o parecer favorável.

Dr. Sandro, SAIS, perguntou se foi devolvido pedindo documentação, porque se tiver faltando documentação, não tem como prosseguir com relação a mandar isso pra CIB, porque a CIB é quinta-feira, só se conseguir anexar os documentos até quarta-feira à noite, pelo menos. Indagando como está este processo.

Dra. Rosana, Regional de Saúde Pireneus, respondeu que também estranhou estar na pauta desse GT, porque não vai dar tempo, não era momento de apresentar isso na CIB. Então primeiro a Secretaria Municipal de Anápolis junto com a Santa Casa, vai ter que apresentar todos esses documentos para serem enviados para a SES.

Dr. Sandro, SAIS perguntou se havia alguém do município de Anápolis, para ver alguma coisa específica com relação a isto, porque a lógica é o seguinte: se tem possibilidade de habilitação, a SES quer que habilite o mais rápido possível, obviamente seguindo as regras as Portarias e essas questões todas. Só para saber como está esse processo, para ver se compensa pautar em CIB ou se não compensa. Porque se não tiver pronto o processo documentado, não adianta pautar em CIB.

Dr. Eduardo Sardinha, Diretor de Regulação de Anápolis, informou que as documentações foram todas encaminhadas, e estaria tudo certo. Afirmou que tem que encaminhar para CIB, porque já funciona dessa forma e a única coisa que falta é a habilitação, até os critérios que o Ministério exige lá já existem.

Dra. Rosana esclareceu que a Secretaria de Saúde de Anápolis encaminhou um ofício e junto a este ofício somente o outro Ofício da Santa Casa manifestando a intenção de solicitar a habilitação, porém a Superintendência da SES, avaliou e deu favorável, para poder encaminhar o processo para o Ministério Saúde, porém existe uma Portaria nº 1.020 que exige vários documentos, e esse ofício foi emitido de ontem para hoje pelo Dr. Ismael, solicitando a apresentação desses documentos. Então falta vários documentos para encaminhar para SES. Avisou que havia mandado naquele dia para o Dr. Michel, Diretor da Atenção Especializada, e, infelizmente, esses documentos são mais difíceis de juntar.

Dr. Eduardo Sardinha perguntou se o Dr. Michel estava presente, pois ele é de Anápolis e cuida da parte especializada, sendo a melhor pessoa para falar sobre isso.

Dr. Sandro, propôs, observando que a intenção da CIB é de habilitar serviços, então deveria organizar e ver estes documentos (o que está faltando e o que não está) e se tiver condição de

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

fechar isto até o dia seguinte, poderia até ser feito uma força tarefa para isso, e estando tudo certo estará pautado em CIB, mas se estiver faltando algum documento, aí deixa para a próxima CIB, só para não ficar parado nisso, porque não vai sair do lugar até saber o conteúdo, citando por exemplo, não saber o que saiu nesse ofício do Dr. Ismael. Propôs dar uma olhada nisso, colocando o pessoal da SAIS a disposição no que for preciso, o que for relação deles será colocado a Secretaria a disposição para correr com esses processos, estando tudo certo esta pautado em CIB, não estando pode retirar da CIB até no próprio dia mesmo, só para ser mais ágil neste sentido.

Dr. Eduardo Sardinha concordou.

Dr. Sandro, SAIS, reiterou que ficará neste condicionante, solicitando a Sra. Lirce que ficasse anotado que a pauta está aprovada para CIB, mas na dependência da resolução dessas questões que o pessoal de Pireneus citou.

Encaminhamento: Vai para a CIB se resolver as pendências de documentação.

2.4 – Transferência da gestão e regulação dos serviços do Hospital Estadual de Urgências de Anápolis Dr. Henrique Santillo – HUANA, para a Secretaria de Estado da Saúde. (CIR Pireneus)

Dr. Sandro, SAIS, observou que tem tido vários questionamentos, várias discussões com relação a parte específica do HUANA e com relação a regulação de paciente lá para HUANA, e está colocado dentro da própria pauta a questão de Gestão e Regulação, porque não importa ter só a Regulação e não ter a Gestão, por conta de CNES, habilitação e várias outras coisas envolvidas nesse processo e principalmente por conta do recurso que vem do Ministério da Saúde específico para dentro das pactuações todas organizadas dentro do HUANA, então o pedido que está específico relacionado foi repassado dentro da CIR Pireneus, se não se enganava seria a, mais ou menos, umas duas semanas atrás, e está pautado nesse GT com relação a aprovação para ir para CIB nesse sentido, da transferência da Gestão e da Regulação dos serviços do Hospital HUANA para Secretaria Estadual de Saúde.

Dr. Eduardo Sardinha, Diretor de Regulação de Anápolis, pediu para fazer uma colocação.

Dr. Sandro, SAIS, sugeriu que primeiramente seria interessante falar da questão da CIR e do processo todo que aconteceu.

Dr. Eduardo Sardinha reiterou que gostaria de fazer uma colocação antes de tudo, explanando que conforme o Pacto de Saúde de 2006, que habilita o município como Gestor Pleno, e Anápolis não reconhece com legitimidade esta pauta, porque ela não é legal. Afirmou que já tem ação judicial em Goiânia com esse tema e a decisão judicial foi a favor do município de Goiânia, isso vai contra o princípio do SUS que é a descentralização, e, principalmente, quais seriam as reclamações que nunca foram apresentadas para Anápolis se quer de forma de Ofício. Então, reiterou que o município de Anápolis não reconhece a legitimidade disso para tocar para CIB, porque é bem claro no Pacto de Gestão no Art. 3º Gestão Plena do Município, sendo isto que gostaria de colocar como Complexo Regulador de Anápolis e Secretaria Municipal de Saúde.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dr. Carlos Galvão, Presidente da CIR Pirineus, lembrou que estas discussões já vem ao longo de algum tempo na CIR Pirineus, sendo de consenso de todos os gestores esta transferência da Regulação, observou que como é uma pauta exaustiva e já foi discutida com os gestores, é de consenso de todos os gestores, exceto do Secretário de Anápolis, Dr. Lucas, esta não transferência, mas os demais nove outros municípios concordam com a transferência de Gestão e da Regulação. Disse que eles já sabem da parte burocrática, sabem do que existe, mas infelizmente isto é uma decisão dos demais gestores, até mesmo pelo histórico e as coisas que eles tem que vem desenrolando do passado até hoje. Disse que discordava, porque não há centralização do serviço, o serviço continua no mesmo lugar sendo executado para aquela Região, então não tem esta centralização, assim como não tem nenhuma desabilitação do serviço, o serviço continuará habilitado e atendendo toda a Região Pirineus e toda a Centro macro norte, pontuando que esta é uma decisão da CIR Pirineus e que eles gostariam que a pauta continuasse.

Dr. Sandro, Superintendente da SAIS, disse que falaria o que tem sido colocado especificamente com relação a este processo, observando que discordava um pouco do Dr. Eduardo ao falar da oficialização destas informações, lembrou que só para discutir com o Ministério Público ele já deve ter ido à Anápolis umas três vezes, para discutir estas questões do HUANA, especificamente, dentro da Rede de Serviço, só com o Ministério Público, fora as outras reuniões e todos os outros ambientes relacionados aos GT's, a própria CIB e estas questões todas. Então alguns problemas têm sim, especificamente relacionados a lá, como várias reclamações dos Gestores em vários ambientes e em vários cenários (CIB, reunião do COSEMS e algumas reuniões específicas com ele a Dra. Neusilma, a Dra. Luciana e a Diretoria do COSEMS), expondo achar que esta questão de argumentos não seria a palavra mais adequada com relação a este processo. Disse que especificamente a habilitação de Gestão Plena estava OK, mas dentro de uma organização toda trabalhada com os municípios, o HUANA não é um Hospital da cidade de Anápolis, encaixando do que o Dr. Eduardo colocou, porque se fosse um Hospital de Anápolis poderia até existir esta prerrogativa, mas é um Hospital da Rede Estadual com financiamento do Ministério da Saúde, e que como o financiamento não é específico do município de Anápolis, toda a decisão de como será o funcionamento, a Regulação e a Gestão não é exclusiva dos municípios de Anápolis, sendo isto bem claro. E algo que se tem muito que lembrar de discutir é sobre fortalecer enquanto Secretarias Municipais e SES com relação a organização do SUS, então se existe dentro da Região um consenso de quase 100%, havendo somente 01 Secretário que não concordou com esta proposição é a lógica de levar sim este processo para CIB e fazer a decisão ampliada com os municípios e dentro da CIB fazer o consenso organizado com relação a estas questões. Lembrou que o HUANA é um hospital de Anápolis, não é toda a Rede de Anápolis, e esta nunca foi a intenção da SES também, e o restante da Rede continuará funcionando, e talvez, nesta lógica, se, caso, isto for aprovado na CIB o HUANA dê suporte obviamente para Anápolis, porque está dentro da Região, mas de uma forma mais detalhada e mais coerente com relação ao que a Política Estadual de Saúde tem organizado da Regionalização e de todo o acesso organizado neste sentido para os demais municípios da Região também.

Dr. Eduardo Sardinha, reforçou citando a Portaria nº3399 de 22 de fevereiro de 2006, que é o Pacto de Saúde de 2006, pela consolidação do SUS, Intergestores Bipartite/ Tripartite, no artigo terceiro deixa bem claro a autonomia do município como Gestor Pleno embasado no NOB SUS 0196, nas NOAS 2002, reforçando e reiterando mais uma vez que o Estado já tentou fazer isto em Goiânia, mas o que habilita o município em Gestão Plena está pactuado nesta Portaria de 2006, Anápolis não deseja ser desactuada e não deseja não ser o Gestor

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Pleno do Hospital de Urgência de Anápolis, acrescentando que há uma ação judicial em Goiânia com este tema e que a decisão foi a favor do município de Goiânia, e que eles de Anápolis não abrirão mão, sendo isto a única coisa que teria para colocar.

Dra. Neusilma, Superintendente da SUPCRS, lembrou que eles vem discutindo exaustivamente, como o Dr. Sandro e o Dr. Carlos bem colocaram esta relação do HUANA com relação a toda a Região, observou que eles tem vivenciado muitos dissabores com relação a isto, pontuando haver um consenso dos municípios querendo esta modificação, justamente porque o serviço não está satisfatório para toda a Região, observou que fala que não tem nenhum documento, mas a Dra. Juliana colocará algumas condições, inclusive com alguns documentos que levou a esta discussão e dissabores na Região.

Dra. Juliana, SUPCRS, lembrou que no final de 2019 o COSEMS fez um consolidado de questões sobre a regulação do acesso na Região Pireneus, foi respondido pelos gestores da região, porque desde então a SES vinha com problemas de regulação no HUANA e de atendimentos de pacientes do norte da região, e este questionário foi inclusive encaminhado pelo COSEMS para o Ministério Público, aqui os gestores da região já pontuam vários problemas com relação a Regulação destas vagas pelo Complexo Regulador, fizeram uma avaliação feita pelos municípios no processo regulatório do HUANA, sendo ela ruim/péssima, então este questionário no final ele tem todas as sugestões dos municípios. Disse que eles não tem uma visão macro das solicitações da Centro – Norte de urgência e emergência, eles sabem quando um Gestor de algum município entra em contato informando que tem paciente a 07 / 10 dias aguardando encaminhamento de urgência para o HUANA, com a alegação de que não tem vaga, o especialista não vai atender, então um dos grandes entraves que se vê na Regulação hoje na Macrorregião Centro Norte é a falta de comunicação e de transparência com relação a quantidade de solicitações, os pacientes que estão aguardando estas solicitações, relatou que só da semana passada para esta já se teve mais de sete pacientes que chegou ao conhecimento da SES, paciente com TCE grave em Unidades sem suporte a 07 / 10 dias, disse que eles tem um grupo com Anápolis e com HUANA e é colocado neste grupo o porquê de não receber os pacientes, uma vez que nas solicitações sempre está as alegações de Anápolis de que não tem vaga, nem o HUANA, nem a Santa Casa e nem o Evangélico. Colocou que a partir do momento que o Estado tem esta visão destas solicitações que estão ai paradas e já foi pedido este levantamento para todos os Secretários para ser apresentado isto, inclusive em CIB. Esclareceu que estes municípios têm sim o direito de estarem reclamando e pontuando estas dificuldades, porque só foi possível encaminhar estas solicitações e resolver o problema do acesso quando estes Gestores entram em contato com a Regulação estadual, disse que a Regulação de Anápolis não justifica, é uma demora no acesso, é atualizando o quadro o tempo inteiro, não há uma Regulação de Anápolis com as Unidades, explicando que o acesso do paciente não é a vaga, se tem um caso e mil Unidades falam que não tem vaga, deve-se entrar em contato, buscar outros meios e tentar dar este acesso ao paciente. Acrescentou que tem vários documentos, como a Portaria nº 1.559/2008, no seu artigo 9º fala, e não quer dizer que o Município ou o Estado tem que aderir a gestão plena, entregar a gestão ao município, e que inclusive hoje no Brasil o único Estado em que a gestão de suas unidades não está na gestão estadual é Goiás. Goiás e Paraná, Paraná em 2012 já retomou a gestão estadual. Falou que os gestores da Pireneus hoje sabem das dificuldades em relação ao acesso do serviço de saúde na região.

Dr. Sérgio Nakamura disse que não tem muito que opinar nesta situação, mas que acaba reverberando no complexo regulador de Goiânia, mas que gostaria de discutir um pouco da

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

forma, nem tanto do mérito da situação em si. Tem que se separar a discussão, e que a legislação que regulamenta a gestão até agora no SUS é o Pacto de Gestão, não saiu nenhuma resolução nova no Ministério da Saúde sobre o assunto. Disse que todos os municípios fizeram o Pacto de Gestão, alguns até abrindo mão de prestadores, como Trindade que aderiu ao Pacto abrindo mão do Cotollengo e que está correto, foi definido entre o município e o gestor estadual. Mas sua preocupação é quebrar a gestão do município por definição de outros municípios, a seu ver fere o Pacto de Gestão. Se há questionamento sobre a forma como o município vem atuando em relação aos seus prestadores ou ao não cumprimento de suas obrigações, pois quando o município assume a gestão tem suas obrigações, deve haver processo específico, apontando quais são os motivos para a quebra de gestão e subir para discussão, e que não é uma resolução da CIR que decide a quebra de gestão do município. Disse que gostaria de ouvir o COSEMS nesta questão. Acrescentou que não quer dizer que isso não possa ser feito, mas que deve ser feito de uma outra forma.

Dr. Carlos Galvão disse que gostaria de pontuar que essa discussão foi levantada pela Região, e não pelo COSEMS, que este foi chamado como apoiador no levantamento dos questionários que foi feito junto a SES e perante o CAO saúde de Goiânia, onde foram realizadas algumas reuniões iniciadas no ano passado e algumas neste ano, mas que a pandemia atrapalhou a discussão. Mas que desde 2017 esse assunto já é discutido, e que não estão conseguindo chegar a uma solução. Querem acesso ao hospital de urgência sem dar “jeitinho”. Querem o acesso pela regulação, respeitando a fila. Entende as questões de Portaria, de regulamentação na questão do município de Anápolis ser pleno, mas que é necessário considerar também os demais municípios que tem quase a mesma população de Anápolis, ficando sem ter para onde levar esses pacientes. Já Anápolis tem outros estabelecimentos de saúde, como o hospital municipal, enquanto que os demais municípios não tem. A rede, a porta de entrada, o município polo da Região é Anápolis, e é necessário a resolução desses problemas. Discussões muito grandes foram feitas em relação a este assunto, nas quais algumas Anápolis participou em outras não, e que não estão criando uma resolução CIR para tomar algo de alguém, é pauta para debate pela necessidade de debater e trazer para uma votação, porque em CIR não foi possível resolver. Houve inclusive a participação do Dr Sandro e o Ministério Público. A decisão de trazer a referida pauta para a CIB foi dos municípios, tendo Anápolis contra desde o início, porém são mais nove municípios que participam desse consenso, sem contar a Região Macro Norte a qual este hospital é referência.

Dr. Sandro lembrou de algumas legislações que permite a alteração de gestão, como a Lei 8080 e a própria Constituição dos municípios, além das Secretarias Municipais. Pediu desculpas e licença para sair da reunião porque tinha uma entrevista agendada para aquele horário, mas que retornaria em breve.

Dr. Eduardo Sardinha disse da importância de ressaltar que todas as reuniões que aconteceram junto ao Ministério Público foram para discutir a regulação de Anápolis nas questões do acesso no Hospital de Urgência. Assumiram a Central de Regulação em outubro de 2019, e que não é exclusivamente a regulação do Hospital de Urgência, é uma questão de rede. Ressaltou que existe um hospital em Uruaçu parado, fechado, trancado e que poderia voltar a funcionar para atender a Região Macro Norte, evitando a superlotação do Hospital de Urgência. Que o Estado não colocou aparelho de endoscopia no Hospital de Urgência, que os 33 leitos não eram para COVID, eram leitos específicos para atender toda Região Pireneus e Macro Norte, e que somente 15 são pra não COVID. Falou que é sabido por todos dos pacientes que tem na UPA esperando vaga a uns 04 (dias) de Teresópolis, saindo vaga para

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Águas Lindas, mesmo tendo vaga no Hospital de Urgências, assim como existe paciente de Alexânia na UPA de Anápolis que está aguardando vaga e não sai vaga para o Hospital de Urgências, mesmo tendo vaga, colocando ainda que não regula nenhum paciente para COVID no Hospital de Urgências, assim os pacientes adentram como politraumatizados pela porta de entrada ou os próprios funcionários com COVID que são atendidos sem passar pela regulação, na qual alertou que não entram pela regulação porque aliviam, seja o estado, regional Pirineus, atendendo esses pacientes. Comunicou que mesmo o Hospital Municipal sendo mantido 100% pela fonte 102, todos os municípios da macrorregião são atendidos primeiramente na casa de ortopedia de casos simples, ou seja, fratura não exposta são atendidos lá para depois serem encaminhados para o hospital de urgências. Disse que a UPA pediátrica não recebe um recurso federal nem estadual, é mantido 100% pela fonte de Anápolis e mesmo assim recebe todas as crianças da Macrorregião Centro Norte, acrescentando que tudo isso o município de Anápolis faz para os municípios pactuados e para a região Macrorregião, mesmo sendo custeado 100% pela fonte 102. Falou que alegar que Anápolis não faz é complicado, dizendo que o município tem feito sim. Comentou que a questão da transparência, perguntou para o estado o porquê que os pacientes são inseridos nos municípios de fora de Anápolis, grande parte sai vaga para fora tendo vaga dentro do hospital de urgências e ainda questionou quem alegou que box não e leito, dizendo que foi o próprio estado, por isso que existe trava para não receber paciente, só recebendo por intermédio de vaga zero. Colocou que isso foi discutido exaustivamente no Ministério Público, embora tenha frisado que essa não é a questão, pois acha que tem de trabalhar com parceria, assim ressaltou que existe um pacto de gestão e que não pode ser extrapolado e atropelado, nem de forma autoritária passando por cima de um pacto de gestão para desejar fazer alguma coisa. Colocou que deve trabalhar de forma coerente, pensativa, exaustivamente, alegando que não é a CIR ou a CIB que cabe a discussão dessas questões. Reafirmou que o caminho é outro e não CIR ou CIB, dizendo que o município de Anápolis se pauta no Pacto de Gestão 2006, no qual ele é gestor pleno e não abre mão disso. Falou que se existe um problema hoje na regulação é na falta de rede que não existe no estado de Goiás, é na falta de hospitais de grande porte que atenda alta complexidade de urgência e emergência que está para ser aberto, tal como em Uruaçu que até hoje não abriu. Informou que o motivo é que não tem hospital para a Macrorregião Centro Norte e acrescentou que se tivesse, a Regional Pirineus seria muito bem atendida, dizendo que esse hospital foi criado para atender a regional Pirineus, só que atualmente ele é aberto para atender a Macrorregião Centro Norte, para a Região e Nordeste para COVID, tendo toda essa demanda. Disse que hoje querer que um hospital que só tem 15 leitos não COVID para atender mais de 59 municípios é complicado, assim disse que tem na UPA pacientes esperando vários dias por vaga de UTI, sendo essa sua realidade. Falou que o hospital que tem hoje em Anápolis que recebe alta complexidade é o hospital de urgências e que quando chega um paciente que precisa de uma endoscopia, o município de Anápolis faz esse exame para esse hospital, justificando que até hoje lá não existe um aparelho de endoscopia e ao ser notificado, o hospital dá como resposta que o estado até hoje não forneceu o aparelho. Informou que mesmo assim o complexo regulador de Anápolis vem trabalhando, ajudando e fazendo o que é possível e referente a interferência do estado, colocou de forma bem clara que pacientes em Anápolis morrem esperando a regulação do estado, afirmando que tem tudo documentado, seja esperando uma cirurgia vascular, crianças esperando uma UTI cardíaco-vascular, também pacientes em Anápolis morre esperando uma cirurgia de CPRE, mas não faz e outras coisas que estão na mão do estado e não acontece. “Alertou que antes de jogar pedra no vidro dos outros, é importante olhar para a nossa vidraça”. Comunicou que é bem claro que o município faz a sua parte dentro do que é possível, frisando que se tivesse mais hospitais estaduais para atender a Macrorregião Centro Norte, Anápolis não teria esse

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

problema, assim disse que o problema não é a regulação de Anápolis. Comunicou que entraram na regulação de Anápolis onde informatizaram tudo, solicitando sim a vaga, só que respondem que não tem vaga, explicando que quem tem a obrigação de dar vaga zero não é a regulação, mas sim o SAMU. Deixou claro que não pode dar vaga zero, colocando que na reunião com o Ministério Público está lavrado e registrado em ata que quando não tem vaga não pode colocar o paciente, assim disse que a questão da intervenção do estado, pede essa intervenção e muitas vezes não é respondido sendo para os municípios da regional Pirineus e não no município de Anápolis. Deixou registrado de forma clara que o município de Anápolis está respaldado no Pacto de Gestão de 2006, art. 3º, no qual Anápolis é gestor pleno e acha que esse assunto não é para ser discutido em CIR ou em CIB, afirmando que essa pauta não cabe neste espaço de discussão.

Dr. Carlos Galvão falou que como o assunto e o tom foi levado para outro debate, colocando ser justamente esse o grande problema que tem durante esses três anos e meio. Comunicou que foram feitas várias conquistas, mas em outros pontos não tiveram e quando o Dr. Eduardo Sardinha expõe desta forma, acha que ele está sendo extremamente desrespeitoso com os gestores, justificando que esse sim é um espaço de debate, a CIR e a CIB são espaços de debate, onde o gestor pode debater neste espaço e isso não está acontecendo. Disse que o tom da voz e do modo de falar, dá a entender que Anápolis faz favor para a região e isso não acontece, como Goiânia não faz favor para a região, nem Aparecida, pois todos esses municípios recebem pactuação, recomposição de teto MAC, recebe muito dinheiro para poder executar um serviço, podendo não pagar a tabela que o prestador quer. Falou que como foi trazido um outro lado, quis trazer para o Dr. Eduardo Sardinha que essa é a grande dificuldade que se tem hoje na hora de discutir nesses espaços e nessas instâncias, pois os gestores querem discutir, mostrar, negociar, mas não chega em lugar algum, assim disse que permanece com sua palavra em relação ao que foi dito e já que foi colocado pelo próprio Dr. Eduardo Sardinha que a gestão do estado é tão ruim, pediu para deixar o estado “passar vergonha nesta história toda então”, ou seja, disse que se o estado passar vergonha, será o primeiro em ir na CIB e pedir para devolver a regulação e a gestão para o município de Anápolis.

Dra. Jaqueline, SMS Piracanjuba, disse que acha que devem apaziguar os ânimos no sentido que precisam ser pragmáticos, ou seja, acredita que precisa ser práticos nesse momento e caso leve a discussão para esse lado de quem faz o quê e quem deixa de ser atendido no quê, não chegarão a nenhum denominador comum. Comunicou que esse espaço é o mais legítimo de discussão entre os gestores, assim afirmou que precisam discutir esse assunto neste espaço. Falou que há cerca de três anos e meio vem acompanhando num espaço de gestor, de secretário as angústias da Pirineus, na macro centro-norte, da mesma forma que existe na Macrorregião Centro Sudeste, na sudoeste, no entorno, mas reforçou que precisam parar e ver o que se pode fazer para que esses vazios sejam menos desgastantes e que tragam menos prejuízos para o usuário do SUS, visto que o foco é o usuário da macro, da região e do município. Falou que há cerca de três anos e meio vem acompanhando a angústia dos gestores, destacando que um dos princípios do SUS é o princípio da equidade, assim quando precisa “arrumar jeitinho” para colocar em alguma unidade, isso fere este princípio, assim demonstra e acaba fomentando uma fragilidade muito grande do sistema e acredita que os gestores precisam trabalhar para extinguir esse tipo de fragilidade. Informou que a posição do COSEMS é que se mantenha a pauta e sugeriu que poderiam fazer uma correção na

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

redação e em seguida levar a discussão para a bipartite. Finalizou que é o espaço de discussão e pactuação dos gestores.

Dra. Lucélia, COSEMS, reiterou a fala do Dr. Carlos Galvão e da Dra. Jaqueline e disse que precisa ficar muito claro que não tem outro espaço e o próprio pacto quando criou os colegiados de gestão regional para que as discussões fossem aproximadas, ele definiu que esses eram os espaços de discussão do financiamento e da operacionalização do SUS. Falou que não é outro espaço e colocou que quando no pacto é assumido a gestão plena, também é assumido a gestão do seu teto de MAC. Disse que o decreto fala que não quer dizer que quem não assinou está isento de qualquer responsabilidade inerente a gestão que a autonomia da constituição deu para aquele ente. Quis deixar isso claro e reiterando as falas dos gestores acima, assim reforçou que é na CIR e na CIB que se discute nos GT's e que se esgota essas negociações.

Dr. Sérgio Nakamura, SMS GYN, concordou que tanto a CIR quanto CIB são instâncias para se discutir qualquer assunto, inclusive quebra de gestão, desta forma colocou que não acha essa instância ilegítima, ao contrário, acha completamente legítima. Colocou que não há nenhum questionamento sobre as instâncias e disse que o quê o preocupa nesse processo, sem entrar no mérito de quem tem razão, mas esclareceu que se há motivos para se quebrar a gestão de Anápolis, tem que ter um processo específico para isso, tendo que formatar um processo específico para isso, tem o resultado da auditoria, além de documentação específica para isso e, a partir desse processo, se quebra a gestão. Perguntou porque só o HUANA e não quebra a gestão inteira, questionando que se é um problema na central de regulação, perguntou porque não quebra a gestão da Santa Casa de Anápolis ou do Hospital Evangélico também, como toda a gestão MAC de Anápolis não só do HUANA. concluiu que a seu ver há um problema de forma e seguindo o devido processo de forma, pois acredita que forma é importante porque resguarda todos, uma vez que hoje o foco está em Anápolis, mas pode ser posteriormente o município de Rio Verde ou Aparecida. Colocou que se não preservar historicamente um jeito de fazer, acredita que vai abrindo precedentes para que possa ser feito de qualquer jeito. Disse que não vai entrar no mérito de quem tem razão, só acha que deveria ser feito no devido formato.

Dra. Jaqueline, SMS Piracanjuba, pede desculpas por ter deixado passar do ponto, solicita com relação a apresentação da implantação das policlínicas regionais, o item 2.1, que fosse apresentado na CIB quais seriam os novos serviços, apresentar um planejamento do que a SES organizou.

Dr. Sandro, disse que nem tinha pensado nisso porque a lógica do serviço da policlínica é a mesma, inclusive a discussão que fez na CIB no ano passado de fazer uma importação geral e depois ir contextualizando por região de saúde, mas que podem sim apresentar de uma forma sintética para não tomar muito tempo da CIB sem nenhum tipo de problema.

Dra. Jaqueline SMS de Piracanjuba, fala que considerando que a pauta está bastante extensa só para ter uma clareza por questões de ata, sendo mais diretos sendo mais pragmáticos e práticos.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dr. Carlos Galvão – Pireneus, faz a proposta para mudar a redação do item 2.4, repactuação da gestão.

Dr Sandro fala que a questão é muito mais além do que o termo, apesar de respeitar o termo, mas que não teria nenhum problema em mudar se a for do consenso da maioria.

2.5 – Manutenção do tronco telefônico do SAMU 192, no município de Padre Bernardo, (região de saúde São Patrício II), em Anápolis (Região de Saúde Pireneus), conforme resolução 003/2020 – SMS Padre Bernardo.

Dra. Lucélia, do COSEMS, fala que o município tem um problema já a muito tempo que faz parte da região São Patrício II, ele era de pireneus, e o tronco do SAMU continuou em pireneus, tendo a dificuldade de acesso ao serviço e ruídos nas ligações por conta disso.

Dra. Vanessa, Gerente de Urgências disse que essa questão vem desde quando foi implantada a base descentralizada do SAMU em Padre Bernardo, que conforme o PDR o município pertence a região São Patrício II, porém quando foi implantada foi vinculada a região do SAMU da região pireneus sendo regulados pela central de Anápolis, apesar da dificuldade essa questão da regionalização ficou um pouco complicada, que o próprio município apresenta o interesse em continuar vinculado a central de regulação pireneus e não a de São Patrício que seria Ceres. Foi proposto a um tempo atrás que ele fosse transferido para Ceres, mas até o momento tem sido regulados por Anápolis, informa que o próprio município tem interesse de permanecer vinculado a Central da Região Pireneus.

Dr. Sandro disse que se o município quer e se a base regionalizada de Anápolis tem interesse não tem porque ficar discutindo esse assunto.

Dra. Vanessa, Gerente da Regulação de Urgência, informou que a resolução CIB está ativa, seria só alertar para essa questão.

Dr. Sérgio Nakamura, questiona o porque voltou o assunto se já tem Resolução CIB.

Dra. Vanessa responde que sim, só não tem o número dela no momento, e que o retorno seria pela questão do tempo e por ter sido questionado novamente. Foi consenso da Região que pode-se manter como está.

Dr. Sandro ressaltou que Resolução só cai quando deixa de existir não tendo necessidade de uma renovação, que se Anápolis estivesse questionando, mas não existe essa lógica.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Eliane, Coordenadora SAMU Regional Pirineus, pontuou que houve um questionamento da Região Pirineus, que não existia uma resolução CIB transferindo Padre Bernardo. Existe uma Resolução CIR recente mantendo Padre Bernardo sob a regulação de Anápolis. A dificuldade é a longa distância e o suporte avançado de Anápolis não consegue dar assistência conforme aos demais municípios. A base de Padre Bernardo é uma base descentralizada considerada modelo, apesar da distância o trabalho tem sido efetivo junto a eles e existe o interesse de ambas as partes de que o trabalho continue como está.

Dr Sandro questiona se tem resolução CIB, pois chegou a informação de que não tem, e se não tiver será necessário providenciar.

Dra. Eliane, disse que não. O que tem é a resolução CIR mantendo Padre Bernardo na regulação de Anápolis até a inauguração de Goianésia.

Dr Sandro disse que então deve ir mesmo para CIB.

Dr Sérgio disse que então a pauta é outra, não é tronco telefônico e sim a referência do SAMU de Padre Bernardo.

Dr Sandro solicitou a Vanessa que fizesse as alterações na redação para seguir para CIB.

2.6 – Habilitação de 6 (seis) leitos de Suporte Ventilatório COVID do Hospital Thuany Garcia Ribeiro de Piracanjuba. (SMS Piracanjuba)

Dra. Jaqueline, SMS Piracanjuba, disse que foram organizados 06 leitos com suporte ventilatório, bombas de infusão e monitores multiparâmetros, foram organizados outros equipamentos também em alas destinadas para COVID, com 10 leitos de enfermaria, sendo 04 com bombas de O2 e 06 com suporte ventilatório, destes 06 leitos com suporte ventilatório, um é um respirador portátil, podendo ser retirado da Unidade para ser feito um eventual transporte do paciente, a ala destinada ao COVID também foi organizado uma estrutura dividindo fisicamente a ala e estão organizando todo um apoio/diagnóstico de equipamentos separados só para atender estes pacientes para não ficar transitando com carrinhos de emergência, desfibrilador, eletrocardiógrafo, então está sendo organizado todos estes equipamentos só para a ala de COVID para não compartilhar estes equipamentos com o restante da Unidade. Afirmou que eles passaram isto em CIR e tem consciência de que os leitos são da Região, caso o município precise de um apoio colocou-se a disposição.

Dra. Danielle Jacques, SAIS, complementou que já passou pela área técnica, já dando o parecer favorável tanto de Goiânia, quanto de Piracanjuba.

Encaminhamento: Vai para a CIB.