



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO GRUPO DE TRABALHO DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Data: 15/06/2021

Horário: 9:00 horas

Por videoconferência

1 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

1.1 – Educação Permanente nos Grupos de Trabalho CIB Tema: Atenção Secundária. (Responsável: GERAS – SAIS/Gerência de Atenção Secundária, Milena Sales Costa Bemfica)

Dra. Milena Sales Costa Bemfica – GERAS – SAIS/Gerência de Atenção Secundária explicou que quando se fala em níveis de atenção a Atenção Secundária é, geralmente, onde há muitas dúvidas, até mesmo para os gestores e os trabalhadores, que não sabem onde estão e qual é o papel destes neste nível de atenção. A Atenção Secundária está no intermédio entre a Atenção Primária e a Atenção Terciária, tendo, na verdade, o papel de ser um suporte para Atenção Primária. A Atenção Secundária tem um nível de complexidade mediano e envolve também um pedaço da Atenção Primária no qual a atenção ao paciente é de uma forma mais concentrada e aproximada de onde é feito o acompanhamento. Disse que neste nível de atenção há toda uma parte de ambulatório especializada (que entram todas as especialidades, sejam médicas ou não); a parte do apoio diagnóstico; e a parte das terapêuticas; entra também a parte da urgência e a parte de UPA e SAMU (que é uma parte da Atenção Secundária, embora muitos acreditam que seja da Atenção Terciária, porque fica neste intermédio). Disse que Atenção Secundária é uma parte fundamental desta Rede de Atenção, porque ela faz a ligação entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária, então é como se ela fosse um elo para organizar estes serviços. Esclareceu que hoje observa-se que a Atenção Secundária está interligada aos outros níveis, fazendo uma interlocução muito próxima ao paciente, sendo por isto que a Gestão do Estado de Goiás está trabalhando muito mais com a Atenção Secundária voltada para as linhas de cuidado e interligada com a Atenção Primária. Afirmou que a Atenção Secundária sem ter interlocução com a Atenção Primária não adianta, porque a Atenção Secundária tem que ser resolutiva para Atenção Primária, resolvendo o problema deste paciente da Atenção Primária para ele não cronificar, não piorar e não precisar da Atenção Terciária. Ressaltou que uma Atenção Secundária forte e bem-feita alimenta a Atenção Primária, sendo um dos papéis fundamentais da Atenção Secundária: o de matricular e educar a Atenção Primária. Então ela é um serviço especializado, mas focado para Atenção Primária, ajudando a Equipe da Saúde da Família e a equipe na Unidade Básica de Saúde para fazer o serviço de forma bem-feita. Falou que no Estado de Goiás o serviço de Atenção Secundária é algo muito novo, e entra agora com o trabalho que está sendo iniciado com as Policlínicas, mas os grandes municípios já tem um serviço de Atenção Secundária formalizado, seja dentro dos hospitais ou dentro dos ambulatórios especializados. Citou algumas funções além de apoiar e supervisionar: realizar visitas técnicas em todos serviços de Atenção Secundária (que vai desde o Hospital de pequeno porte, ambulatórios hospitalares, Policlínicas, Odontologia Especializada, CEO, laboratórios, parte do SAMU e parte das Centrais de Urgências). Falou que o papel deles hoje está sendo muito de ajudar neste papel de Regionalização e Descentralização das ações especializadas e ajudar os municípios na implantação e supervisão dos serviços secundários, disse que uma parte que está sendo



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

organizada é a parte de exames que tem uma deficiência enorme, sendo feito uma rede tanto da parte de laboratório quanto da parte de exames secundários, explicou que muitas vezes os municípios desconhecem os serviços de Atenção Secundária ofertado na própria Região, então um serviço que poderia ser resolvido na própria Região ultrapassa esta Região por desconhecimento, então está sendo feita toda uma organização desta parte secundária, tanto dos serviços quanto da parte de prestações também. Apresentou as Coordenações que existem dentro da Gerência deles, esclarecendo que todas elas são para atender da melhor forma todo o Estado, mas deixou claro que toda parte da Atenção Secundária é voltada para Atenção Primária, e isto é o que faz a Atenção Secundária ser forte: conseguir dar subsídio para Atenção Primária. Assim todo serviço da Atenção Secundária é baseado no que a Atenção Primária necessita.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS complementou que o percurso dos temas trabalhados: primeiro, foram as Redes (cada componente dentro das Redes, sua importância, seu papel e como os cenários de cuidado precisam estar interligados); depois foi a Atenção Primária (com todos seus atributos e lógica de organização); e agora a Atenção Secundária. Reiterou que a Atenção Secundária tem um papel muito claro de ser um suporte para Atenção Primária, explicou que antes da estruturação da Atenção Secundária só se pensava em Atenção Primária ou em Hospital, havendo um vazio entre estes dois pontos, então a implantação e desenvolvimento da Atenção Secundária no Estado de Goiás está bem atrelada ao Projeto das Policlínicas, da organização deste nível de atenção que não existia (ou existia de forma muito precária). Esclareceu que a lógica da Policlínica é de que seja este intermédio entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Primária, tendo a Atenção Secundária nesta perspectiva de Ambulatório de Egresso.

Encaminhamento: Apresentação GT.

1.2 – Projeto “Guardiões da Vida” - Telemonitoramento de gestantes e puérperas notificadas por COVID-19. (Responsável: SAIS/CGRAS – Coordenação Geral de Redes de Atenção à Saúde, Paula dos Santos Pereira)

Dra. Paula dos Santos Pereira – SAIS/CGRAS – Coordenação Geral de Redes de Atenção à Saúde falou sobre o projeto iniciado na SAIS, há aproximadamente uns 15 dias, chamado de “Guardiões da Vida”, que se refere a um telemonitoramento de gestantes e puérperas notificadas com suspeita de COVID, este projeto é uma parceria com a SUVISA e a equipe do CORI. Esta proposta veio diante do quadro visto no Estado e no Brasil como um todo, que é um grande número de óbitos de gestantes e puérperas por COVID neste ano de 2021 (até o momento no observatório de obstetrícia foram 51 óbitos de gestantes e puérperas somente no Estado de Goiás no ano de 2021). Disse que com a nova cepa da COVID e todo o novo panorama gerado por ela em nosso país, já há novos estudos e o Ministério da Saúde tem colocado gestantes e puérperas como grupo de risco. Disse que houve um aumento na gravidade da doença com elevação no número de óbitos e elevação da taxa de mortalidade, e tem sido percebido que um diagnóstico precoce da gravidade dos sintomas nas gestantes e puérperas possibilita medidas preventivas de agravos e assistência adequada em tempo hábil evitando óbitos futuros. Explicou que diante de todo este contexto observado junto com a SUVISA nos Comitês de Óbitos foi percebido a grande importância de monitorar estas gestantes e puérperas desde o primeiro momento de contaminação pela COVID-19. Falou que para que isto fosse realizado de uma forma efetiva em todo o Estado eles em parceria com a SUVISA implementaram o projeto “Guardiões da Vida”, que através da Central de Monitoramento do Estado (CORI) farão ligações para as gestantes e puérperas notificadas com a suspeita da COVID-19 até que ela tenha o término do quadro, estas ligações serão



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

feitas diariamente utilizando, como base, algumas perguntas da Nota Informativa nº13 de 2020 do Ministério da Saúde, em que se questionam alguns sintomas principais destas questões voltadas para gestantes e puérperas e, diante destes sintomas, serão repassadas orientações para que elas busquem assistência o mais rápido possível. Disse que a lista destas pacientes notificadas é repassada para o CORI duas vezes por semana pela Gerência de Informação e através desta lista a equipe do CORI se organiza para ligação e contato com elas, lamentou que isso também foi previsto dentro do projeto, diante de óbitos de mulheres pós alta, mesmo após o tratamento da covid e o que se observa é que ou a alta foi feita de uma forma precoce ou mesmo sem sintomas e de forma adequada para alta as gestantes e puérperas têm apresentado alguns sintomas ou sequelas da covid que podem levar a óbito. Disse que a manutenção do monitoramento pós alta é para um acompanhamento e orientação, diante o óbito que tem se tornado muito frequente nesta população. Citou que o objetivo principal do projeto é prevenir os agravos e evitar os óbitos da população de gestantes e puérperas do Estado. Acredita que o olhar mais próximo e atento por diversas frentes de ações protegerão essa população de maneira mais eficiente. Salientou que além do telemonitoramento a lista das pacientes notificadas serão direcionadas via regional de saúde para cada município de residência, para que tome também as suas medidas de busca ativa e assistência no território. Disse que isso também se fez importante, porque muitos casos notificados, são notificados ou por plano de saúde ou em unidades, o município às vezes não tem conhecimento tão rápido do caso dessa gestante e puérpera, então tomaram como uma medida também para fornecer uma assistência o mais rápido possível e para que o município possa tomar suas providências de acordo com a sua realidade e fluxos internos. Falou que a proposta vem sendo implementado nos últimos 15 dias até como um piloto, estão junto com a equipe do CORI semanalmente avaliando novas estratégias, possibilidades, para que tenha uma assistência de qualidade e o ponto principal do CORI é realmente orientar por telefone para que a paciente busque uma unidade de referência do seu município quando sintoma estiver iniciado, quando sentir a necessidade de buscar, para que não espere o agravamento dos sintomas já que o que tem observado em discussões de caso é que o agravamento da gestante e puérpera é muito rápido, em questão de um dia ou até horas já tem um rebaixamento muito grande de condição, com vários sintomas graves que já leva a internações. Expôs que querem prevenir que o agravo chegue ao limite de uma internação mais complexa para alta complexidade. Citou que a frequência do monitoramento será diária, a partir do momento que a gestante informa ter positivado para covid, ter ligações diariamente durante 15 dias e no caso da mulher que informa via telefone que o teste deu negativo, porém ainda está com sintomas gripais manterá o monitoramento a cada dois dias, até para descarte e também diante de outras síndromes gripais que são também risco para as gestantes e puérperas. Complementou que a frequência do monitoramento será por 14 dias consecutivos com o caso da alta hospitalar, a partir do primeiro dia de ligação. Nos primeiros dias de projeto observaram algumas dificuldades como a subnotificação, que algumas regiões de saúde observa um número muito baixo de notificação e diante da realidade que a gente tem visto da covid no Estado contradiz um pouco o que tem vivenciado e não sabe se não está notificando de forma adequada, não preenchendo o campo de gestante e puérpera na ficha, e a gestante não será monitorada, porque entra no bloco dos outros pacientes. Relatou que mesmo as fichas que são de gestantes e puérperas têm algumas dificuldades, como: falta de telefone; número de telefone digitado errado; telefone que não pertence a gestante, mas a outra pessoa. Então precisa cada vez mais qualificar o preenchimento das fichas e a SUVISA tem trabalhado com isso de forma intensa. Outra questão que já é de muito tempo, às vezes a baixa cobertura da atenção primária que impossibilita o acesso da paciente ao pré-natal e a orientações assistenciais de forma mais rápida. Disse que vários municípios passaram pontos de referência para covid e tem informado aos pacientes que entram em contato e a própria



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

equipe do CORI tem a relação das unidades alguns. Complementou que alguns municípios já fazem telemonitoramento, como Goiânia e Aparecida de Goiânia, mas cada um tem alguma estratégia ou alguma forma de telemonitoramento diferenciada. Falou que manterão o telemonitoramento de todos os municípios, até porque pega o caso na suspeita, mas qualquer município que tem o telemonitoramento e quer alinhar uma proposta junto com a deles do projeto Guardiões estão à disposição para que não interfiram em nenhum trabalho que já tenha sido executado, mas que realmente some as ações e fortaleça essa frente de ação para a prevenção de óbitos de gestantes e puérperas. Finalizou disponibilizando o contato.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS agradeceu e disse que é um projeto bastante importante que executarão e precisarão da rede como um todo, secretários municipais, atenção primária, secundária, porque pode estar no pré-natal de alto risco e que tem essa necessidade também e obviamente para as próprias pacientes que passem por uma internação, algo semelhante, por conta da covid. Disse que queria frisar que esquece que o período de risco desta paciente não é só até ter o bebê, tem o puerpério, que talvez seja até mais importante do ponto de vista de complicações e outras questões associadas. Disse que trabalharam de forma bastante coordenada e algumas reuniões com o COSEMS para discutir especificamente essa proposta, que está bem desenhada. Complementou que se não organizar os processos para ser executada não terá muito futuro. Disse que trouxe para o grupo de trabalho para reforçar com cada secretário, coordenador de atenção à saúde, atenção primária e com a própria regulação, tudo isso para executar o projeto da forma correta e conseguir uma melhor atenção para essas gestantes e puérperas que porventura venham a ter covid, que precisa cuidar para não ter óbitos desnecessários, conforme tudo que foi falado pela Paula.

Dra. Verônica Savatin Wottrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS disse que reforça tudo aquilo que colocou, agradeceu a apresentação da Paula também e que a preocupação é que a SES apresentou para o COSEMS essa proposta não tem 20 dias e quando foi apresentação estavam com 38 óbitos de gestantes. Relatou que em menos de 20 dias depois estão com 51 óbitos. Disse que todas as demais pessoas que estão vindo a óbito em decorrência da covid são importantes e tem que ter estratégias em relação a isso. Quando fazem referência a gestante envolve muito mais, relatou que teve o desprazer de ter esse problema no município com gestante vindo a óbito, outra em coma vigil, é muito ruim, traumático para toda família. Disse que vale a pena toda força-tarefa, os gestores, as equipes que estão presentes reunirem para discutir a questão do monitoramento das gestantes. Disse que as consequências futuras serão mais graves em relação a essas crianças que estão ficando órfãs, que é toda uma linha que precisarão desenvolver. Parabenizou pela iniciativa da SAIS e SUVISA desse trabalho e todos intensificarem as ações.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS disse para quem pediu os contatos, estão sendo colocados especificamente no chat.

Dra. Verônica Savatin Wottrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS disse que viu no chat uma pergunta sobre vacina, que será apresentado naquele dia no GT de Vigilância. Falou que o estado de Goiás por deliberação do COE, a equipe da SUVISA realizou uma reunião com a Sociedade Goiana de Obstetrícia tão diferente da orientação do Ministério da Saúde, o Estado de Goiás vacinará todas as gestantes com Pfizer ou outra vacina que não seja com “vetor viral”. Falou que em resumo seria Pfizer ou Butantan as vacinas que poderiam ser utilizadas em gestante. Reforçou que o assunto será debatido no GT de Vigilância à tarde, mas nessa semana todos os municípios estão sendo capacitados para utilização da vacina Pfizer e na próxima remessa receberão as doses específicas para todas as gestantes cadastradas no município. Disse ser importante que aquele município que tenha gestante que não está fazendo pré-natal ou que realiza na rede privada que faça uma busca por essa gestante para que se faça o cadastro dessa gestante. Frisou que a vacina não evita e não impede que façam o trabalho de monitoramento das gestantes, que todos sabem que a vacina não evita que

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

a pessoa se contamine com o vírus, diminui os riscos de um possível agravamento, mas o monitoramento deve ser constante.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS colocou que a pandemia tem trazido muito essas questões para repensar até como trabalham, talvez a Atenção e Vigilância nunca precisaram trabalhar de forma tão juntas. Disse que no exemplo citado tem que lembrar as pacientes do sistema público e as do sistema privado também estão incluídas nesse processo, nem o secretário estadual, nem o secretário municipal, são secretários públicos de saúde, que são secretário de saúde.

Dra. Verônica Savatin Wottrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS disse que quando toma o caminho de ter uma decisão contrária a alguma orientação do Ministério da Saúde envolve muito risco, então ter envolvido toda a sociedade de obstetrícia para discussão disso vale a pena não traz mais segurança. Acredita que precisam avançar a vacina para os grupos de gestante e outros grupos específicos.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS perguntou se tinha alguma dúvida em relação ao projeto “Guardiões da vida”. Sugeriu que a apresentação seja feita em CIB, que é uma pauta importante do ponto de vista epidemiológico do projeto e com a Danielle Perdigão da diretoria do complexo regulador da SMS de Goiânia. Falou que pode disponibilizar a apresentação para todos.

Dra. Carla Guimarães Alves – Assessora Técnica do COSEMS disse que como vai para a CIB, acha importante que seja mostrada a ficha de notificação do telemonitoramento para que os gestores possam estar cientes de quais campos são fundamentais para esse acompanhamento, tendo em vista que será tanto realizado pelo município quanto pela equipe da Secretaria do Estado.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS solicitou à Carla que reúna com a Paula e preparem a melhor forma de apresentação para quinta-feira.

Dra. Carla Guimarães Alves – Assessora Técnica do COSEMS concordou e colocou à disposição.

Encaminhamento: Vai para a CIB em Apresentação e Discussão.

1.3 – Panorama “Solicitações de Regulação COVID-19 2021”. (Responsável: SCRS/GERINT – Gerência de Regulação de Internações, Juliana Rodrigues Marcílio)

Dra. Juliana Rodrigues Marcílio – SCRS/GERINT – Gerência de Regulação de Internações explicou que pediram a pauta para apresentar o número das solicitações, como está o processo de solicitação de internação de covid e no final apresentará alguns entraves que precisam pontuar com os gestores para melhorar o acesso e dar celeridade. Passou a palavra para a coordenadora hospitalar Marly e disse que no final da apresentação abrirão para as dúvidas.

Dra. Marly Oliveira – Coordenadora Hospitalar/SCRS/GERINT – Gerência de Regulação de Internações, disse que a regulação dos acesso dos leitos COVID-19, foi dada a partir da Resolução CIB nº26 de 1 de Abril de 2010, que aprovou o comando único estadual na regulação de todos os leitos destinados ao enfrentamento da pandemia relacionada ao COVID-19, excetuando aqueles disponibilizados pela SMS Goiânia, os quais estão sob regulação do município. Referiu que atualmente o estado possui 30 unidades de referência de leitos COVID-19 dentre estes temos 594 leitos críticos e 734 semicríticos, leitos de enfermaria, totalizando 1.328 leitos distribuídos em todo o estado. Colocou por região, onde estas unidades estão localizadas, na Região Centro-Oeste em Goiânia o HUGOL, HCAMP, HDT, HGG, CRER, HUGO, Hospital Regional de São Luiz de Montes Belo, Hospital VITAL que também está localizado em São Luiz dos Montes Belos, Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, HUTRIN, HSCJ em Nerópolis. Na Região Centro Norte o HUAN, o HEJA, o



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

HEELJ em Pirenópolis, a UPA de Goianésia o HCAMP de Porangatu, o Hospital Centro Norte em Uruaçu e o Hospital Ortopédico de Ceres. Na Região Centro Sudeste o Hospital NASR FAIAD que tem um suporte cardiológico COVID com cardiologia, a Santa Casa de Misericórdia de Catalão (SCMC), o Hospital de Senador Canedo (HSC), Hospital e Maternidade de Senador Canedo (HMSC), o Hospital Municipal São Marcos de Itumbiara (HMSM) e Hospital Municipal Modesto de Carvalho (HMMC) também em Itumbiara. Na Região Nordeste está localizado o HCAMP de Luziânia e o Hospital Regional de Formosa (HRF) e na Região Sudoeste o Hospital Municipal Evaristo Vilela Machado (HMEVM) em Mineiros, O Hospital das Clínicas de Jataí, o Hospital Municipal de Rio Verde (HMURV), o HCAMP de Rio Verde e o HURSO em Santa Helena, são 30 unidades COVID-19. Apresentou o panorama das solicitações que tiveram de Janeiro até o mês de Maio. Em azul representou o número de solicitações COVID-19, o número de solicitações inseridas no sistema SERVIR, demonstrou que em janeiro e fevereiro essa taxa mais baixa de 822 solicitações em Janeiro, 1.454 em fevereiro e março aquele pico enorme de casos 3.546 solicitações por leitos, dentre essas solicitações foram reguladas 2.284 leitos, e teve a queda em abril e maio se manteve um número bem parecido explicou que esses números são por leitos críticos, leitos de enfermaria adulto. Disse que para leito Semicrítico de pediatria, enfermaria pediátrica são esses números, o pico maior foi no último mês de maio que teve 134 solicitações com 51 vagas reguladas, a maioria desses números por leitos pediátricos não se converte, a grande maioria são crianças suspeitas que são inseridas no sistema e após isso fazem o teste e a maioria não converte, tem muitos casos de broncopneumonia e vírus sincicial que está sendo estudado como painel viral e está sendo muito discutido também pela SAIS e as superintendências responsáveis. Colocou que para leitos críticos apresentou números para leitos de UTI, pode observar quase o mesmo panorama em março aquele grande pico, grande número de solicitações por leitos de UTI, o número de 2.844, sendo 1.183 leitos, vagas reguladas, houve a queda em abril e maio e é um número que está caindo, esses são os leitos UTI Adulto. Demonstrou também os leitos críticos pediátricos, observando um número maior de solicitação no último mês de maio, 123 solicitações e 34 leitos regulados. Pontuou os principais motivos do leito não se regular, de não haver a vaga cedida, tem muitos entraves do processo regulatório. Disse que quando não há essa regulação, pode ter vários motivos: pode ter “alta melhorada” na unidade de origem, nesse caso o solicitante pede para finalizar a ficha; tem a questão do óbito; tem a transferência por outra central de regulação, quando outra central insere para o estado ela consegue regular esse paciente antes, por meios próprios, e não precisa mais do intermédio do estado; tem a transferência via particular e/ou convênio, quando o paciente possui algum tipo de convênio ele sai do leito público e opta pelo tratamento particular; tem a evasão ou alta a pedido; tem paciente com vaga cedida, mas sem condições de transporte; casos não pertinentes que são casos suspeitos e não se convertem e a ficha é finalizada. Expôs que outros motivos também que foi verificado nos últimos processos regulatórios no caso de COVID-19 é o caso do SAMU não ter autonomia para levar o paciente em longas distâncias e dentro desses motivos foram pontuados os facilitadores do processo regulatório. Colocou que a gerente tem uma equipe que fica monitorando as fichas, que apoia a mesa reguladora, atuando no sentido de agilizar os aceites dessas vagas. Pontuou que como facilitador do processo solicitar corretamente o tipo de leito, às vezes insere para um leito de enfermaria, porém, no perfil não é de enfermaria, seria UTI ou vice-versa, insere ficha de UTI, mas o perfil do paciente é de enfermaria. Outra questão, manter o quadro clínico atualizado do paciente, isso tem que ser constante e diário. Disse que existem vários pacientes que ficam dois ou três dias sem atualizar quadro clínico e isso é um processo muito dinâmico a evolução do quadro é muito dinâmico, então o executante quer verificar o dado atualizado do paciente para ver se ele tem condições de suporte de receber aquele paciente no leito dele; anexar exames, muitas fichas também possui o relato do exame, mas não tem o exame



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

anexado comprovatório da patologia do paciente. Portanto, tudo que tiver relatado, todos os exames que estiver na ficha precisa ser anexado na ficha desse paciente; pontuou que é preciso que a unidade solicitante acompanhe rigorosamente as fichas fornecendo as respostas dos aceites e adendos que quando está na pendência de algum item o médico regulador vai lá e descreve: atualizar quadro clínico, fornecer quadro clínico completo colocando saturação, oferta de oxigênio e às vezes sai muito vago o quadro clínico. Colocou que é preciso sempre atualizar e é nesse caso que entra o apoio da gerência, no sentido de ligar lá na unidade solicitante e pedir atualização do quadro clínico e anexar os exames. Disse que esse é um trabalho de “formiguinha” mesmo para tentar agilizar o processo regulatório e também para ciência das vagas cedidas. Colocou que muitas vezes a vaga é cedida e o solicitante não verifica o sistema que a vaga já foi cedida para dar ciência daquela vaga e informar se o paciente será encaminhado ou não, outras vezes a vaga é cedida e o paciente recusa. Finalizou a apresentação citando o nome da gerente Juliana, cuja gerência possui duas coordenações na gerência de regulação de internações: a coordenação de regulação hospitalar, que estava representando e a coordenação de núcleo interno de regulação, deixou o contato, e-mail, para dúvidas.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS solicitou para que dentro da SES, as pautas devem ser organizadas, como o objetivo de trazer sempre pautas específicas a regulação e agora mais do que nunca relacionados a COVID-19, justificou pelas mudanças de técnicos, gestores e diretores, de uma forma geral, além de ser necessário sempre fazer essa atualização. Lembrou que a regulação não tem bola de cristal, Não é possível adivinhar as questões, a informação deverá chegar de forma correta, os exames deverão chegar o mais adequados possíveis, deve existir comunicação. Não é possível apenas entrar no sistema de regulação, colocar o caso e esquecer, a regulação é comunicação o tempo todo, é uma informação de melhora ou piora de quadro, são questões específicas relacionadas a um exame que saiu, ou que não deixou de sair. Disse que discutiu-se muitas vezes, em ambientes de CIB, que muitas das vezes o resultado de um exame facilita muito a entrada dele no leito de UTI, por conta de questões específicas relacionadas a própria questão: se a UTI é de salão ou se é de quarto específico, se tem isolamento, se não tem, explicou que tudo isso são questões extremamente importantes que precisam ter dentro do complexo regulador. Colocou que os profissionais têm 30 horas por dia com relação a essas questões: atualização da ficha, buscar exames, se não tem exames, tem uma vaga para o paciente, caso tenha COVID confirmado com exame confirmatório, ele consegue e se não tiver ele vai ficar esperando, existem todas essas questões no protocolo todo, todos já tem acesso também e é importante reforçar isso para que se atentem o máximo possível. Pontuou que sabe que todos estão trabalhando muito, mas a questão é de detalhar mais, buscar o resultado de exame necessário, pois esse “detalhe” pode decidir o desfecho de paciente. Alertou para que a equipe da Neuzilma (a Neuzilma estaria de férias, por isso, não estava presente na reunião), mas sua equipe sim, Juliana e Marly, e disse ainda que todo esse esforço é necessário. Reforçou que, na SES, atenção e regulação devem ser unidas, pois uma depende muito da outra, deve haver disponibilidade, e é preciso que a informação chegue para todos, para ser o mais harmônico possível, Lembrou que quem não tem acesso ainda, quem não sabe por ventura o que pode acontecer, do protocolo de acesso aos leitos hospitalares específicos para COVID 19 devem procurar na página da secretaria e se alguém tivesse alguma dificuldade o coordenador da atenção ou o coordenador de regulação das regionais pode acionar o pessoal da SAIS e do Complexo Regulador. Disse que a SES tem trabalhado sob muito stress, por isso, pediu colaboração para que essas informações cheguem o mais corretas e completas possíveis. Falou que entende que é difícil ser 100%, mas se tiver a informação, coloque essa informação, porque isso ajudará muito as os profissionais do complexo regulador com relação a esses leitos de COVID 19 que foi organizado também pela SES.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Jaqueline Gonçalves Rocha de Oliveira – Secretária Executiva COSEMS disse que já encaminharam a convocatória para assembleia do COSEMS, estava na pauta assuntos sobre regulação. Colocou que teve uma conversa com a Neusilma sobre a importância de continuar unindo forças nesse processo de regulação, uma vez que não alimentar a questão dos status dos leitos que estão disponíveis ou não, prejudica na questão de puxar um paciente, então acharam oportuno colocar essa pauta para deixar registrado.

Dra. Juliana Rodrigues Marcílio – SCRS/GERINT – Gerência de Regulação de Internações, disse que o Dr. Sandro pontuou bem, que é isso mesmo precisam acompanhar, o Estado oferta dos leitos, mas os municípios são responsáveis pelo seu paciente, então, uma vez inserido no sistema, tem que acompanhar, e atualizar esse quadro. Disse que tem que orientar nesse sentido e que eles estão a disposição se precisar fazer uma capacitação junto aos municípios, organizar junto com a regional, para oferecer esse treinamento pontua o que é necessário estar na ficha, o que tem realmente que atualizar para otimizar esse processo regulatório.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS, disse que teria uma dúvida que estava no chat, se a regulação da internação de pacientes suspeito confirmado com COVID é via SERVIR não é via SISREG.

Dra. Juliana Rodrigues Marcílio – SCRS/GERINT – Gerência de Regulação de Internações, disse que é via SERVIR, quando dá negativo o exame eles inserem via SISREG para outro tipo de leito está sendo negado, pois é uma síndrome respiratória, então as vezes esse teste rápido, depende do teste que eles estão utilizando aí o executante pode suspeitar sim do COVID devido ao quadro. Disse que as vezes precisa de uma tomografia de tórax, tem o município de Nerópolis, por exemplo, que para colocar o paciente na UTI clínica precisa do teste negativo, se for um antígeno ou um teste rápido precisa da TC de tórax para descartar um eventual COVID, a regulação COVID só via SERVIR, o SISREG não faz esse tipo de regulação.

Dra. Suzana Xavier – GERAM disse que para regulação Central Estadual, o SISREG é apenas para serviços ambulatoriais, e que tem recebido e devolvido solicitações de forma grave de COVID, então o SERVIR ele oferta os exames de tomografia COVID e as internações COVID, o SISREG 3 na central de regulação do estado é apenas para serviço de ambulatório.

Encaminhamento: Apresentação GT.

1.4 - Plano Estadual de Regulação (PER). *(Responsável: SCRS/GERCE – Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas, Cárta Cristina M. Figueiredo de Castro)*

Dra. Verônica Savatin Wottrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS, disse que já algum tempo, na verdade a quase um ano, vem conversando sobre uma demanda principalmente da região Macro Nordeste e Centro Norte, em que vários municípios solicitam vaga de urgência para pacientes via telefone. Colocou que enquanto COSEMS solicitaram da Superintendência do Complexo Regulador e conversaram com vários coordenadores de CIR a respeito da organização do fluxo de regulação para que tanto gestor quanto paciente saiba o processo de regulação, qual é o hospital, quem é que está regulando, onde é que esta pendente. Reiterou que já havíamos conversando sobre isso a algum tempo para que esses pacientes saiba quando a vaga é negada.

Dra. Cárta Cristina M. Figueiredo de Castro – SCRS/GERCE – Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas disse que essa seria uma pauta muito esperada principalmente por causa do COVID. Disse que o Plano Estadual de Regulação será apresentado e pactuado por fases, sem esperar o cenário ideal para apresentar e pactuar todo o plano de uma única vez. Dando um passo de cada vez e implementado por fases. Reiterou que essa é a primeira fase do Plano Estadual de Regulação e é uma proposta para a definição e pactuação de um modelo estadual



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

único com fluxos, critérios de estratificação, entre outras ferramentas de regulação assistencial padronizadas. Pontuou que o texto conta com 32 páginas com: apresentação, introdução, justificativa, objetivos, análise situacional bem robusta e finalmente a proposta do modelo regulatório estadual. Falou que considerando sua importância, a regulação do acesso constitui um dos principais eixos da atual gestão da SES-GO, neste contexto o Plano Estadual de Regulação objetiva dar suporte à reestruturação do processo quanto às funções operacionais de execução, informação, transparência e gerenciamento, superando métodos e instrumentos de regulação que apresentam pouca resolubilidade, em consonância com o plano diretor de regionalização da Assistência à Saúde no Estado de Goiás e demais instrumentos de planejamento, que corrobora com a fala inicial da Verônica. Colocou que quando se fala em métodos com pouca resolubilidade se refere à regulação por telefone, a fragmentação da regulação no estado, onde cada região faz de uma forma, ou dentro de uma mesma região existem várias formas de se regular o mesmo paciente para referências diversas. Portanto a proposta traz um modelo padronizado. Neste sentido, este Plano de Regulação implica não só um instrumento prático no processo de operacionalização das funções de regulação, mas também, na elaboração de novos métodos e conceitos que avancem para o efetivo impacto de otimização do acesso às ações e serviços em saúde da população privilegiando, sobretudo, a necessidade do usuário. Propôs uma padronização prática, sem implicações de investimento de recursos robustos, ou mesmo um modelo ideal, porém inatingível, mas sim trabalhar com o que é possível, ajustes práticos, tempo/respostas rápidas, com o objetivo de otimização do acesso para a população de todo o estado. Explicou que a justificativa é buscar a garantia da integralidade do cuidado, efetivando ações transversais e integradas de regulação do acesso ambulatorial, hospitalar e de urgência, respeitando a hierarquia regional e a capacidade instalada. Disse que este plano visa a implementação de um processo de regulação estadual único previsível e padronizado, com mecanismo de organização da assistência tendo em vista ordenar o acesso, através de tecnologias que permitam agilidade na transmissão de comunicação sem barreiras (com interoperabilidade) e com transparência respeitando os princípios do SUS. Ilustrou a apresentação com uma imagem mostrando que qualquer processo deve ter padronização para alcançar seu objetivo. Continuou sua fala dizendo que o objetivo geral é viabilizar a reorganização da regulação do acesso às ações e serviços em saúde pública no Estado de Goiás, segundo o grau de complexidade dos serviços, com grande enfoque na Regionalização, estabelecendo fluxos, métodos ferramentas e critérios para qualificar o acesso à assistência de forma padronizada em todo território goiano. Colocou que os objetivos específicos são: adotar um modelo regulatório único, no âmbito estadual; pactuar a obrigatoriedade de interoperabilidade dos sistemas informatizados de regulação municipal com o sistema informatizado de regulação estadual ou a adoção do sistema informatizado estadual quando a interoperabilidade for técnica e tecnologicamente inviável; viabilizar meios tecnológicos de reconhecimento e transparência das filas de espera; viabilizar o subsídio de informações para a organização da oferta de ações e serviços de saúde de maneira adequada às necessidades demandadas pela população; organizar a operacionalização da regulação do acesso de forma a viabilizar a oferta da melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento; subsidiar o processo de controle e avaliação através do ordenamento de competências das Centrais de Regulação Municipais e Estadual; operacionalizar o acesso conforme uma rede regionalizada e integrada de unidades, considerando as demandas de usuários e a identificação das “portas de entrada” no SUS. Iniciou sua explanação na análise situacional e disse que não iria se deter a minúcias, pois isso costuma ser motivo de discussões em GTe CIB sobre a parte logística da regulação, o quanto a fragmentação traz transtornos, vários sistemas, várias portas de entrada no sistema, muitas vezes o gestor relata que o usuário já está regulado, porém o código está inadequado, ou está num sistema errado, há uma dificuldade de entendimento até mesmo do

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

processo regulatório, via SAMU o gestor não consegue acompanhar o *status* da solicitação. E ainda as Centrais SAMU gastam muito tempo com a regulação, deixando sua finalidade que é o atendimento pré-hospitalar de urgência. No texto do plano são 10 páginas de análise situacional. Mostrou por meio do slide a proposta do estado hoje para a organização padronizada do fluxo regulatório de internação de urgência e emergência. Explicou que a imagem mostra duas regiões de saúde hipotéticas com dois municípios cada, o primeiro município possui duas unidades solicitantes e uma unidade descentralizada do SAMU e o outro município possui apenas unidades solicitantes e nenhum tipo de executante de internação e urgência. Disse que o terceiro município possui uma central de regulação de internação e urgência, duas unidades que solicitam e executam, possui uma base descentralizada do SAMU, o quarto município também tem uma base do SAMU mas apenas unidades solicitantes, e na região possui uma Central de Regulação de Urgências do SAMU. Descreveu que está representada a SES pelas pactuações PPI ou PGASS, a que estiver vigorando no momento, os protocolos clínicos que devem existir e estar públicos, os protocolos de regulação também, e a premissa que a gestão da lista de espera é sempre da Central de Regulação sob a qual aquelas unidades estão sob gestão. Portanto a proposta é unificar, centralizar as solicitações de internação e urgência para a Central de Regulação Estadual, para que essa central possa fazer a intermediação junto às quatro outras centrais de internação que existe hoje no estado, que são: Goiânia, Anápolis, Aparecida de Goiânia e Rio Verde que são os quatro municípios que possuem central de internação. Pontuou que a proposta seria: solicitação centralizada na central estadual, visto que o tempo/resposta para as urgências e internações é um tempo/resposta necessariamente mais curto, centralizando haverá um gerenciamento das solicitações de uma forma mais rápida. Falou que a Central do estado intermediaria a solicitação para as centrais de internação municipal, que possuem unidades executantes sob sua gestão, quando não houver recurso disponível na região solicitante, ou não houver também na Central Estadual. Esclareceu que não está propondo uma pactuação de gestão ou de pactuações financeiras e orçamentárias, mas sim uma pactuação logística para haver uma padronização em todo o estado de Goiás e qualquer município a solicitação de internação de urgência tenha essa previsibilidade, essa padronização que sempre será lançado no mesmo sistema de uma forma única e que o gerenciamento será realizado por meio de protocolos únicos, tendo como base uma previsibilidade de resposta. Disse que as Centrais de Regulação do SAMU de forma geral voltam a assumir seu papel inicial e fundamental das centrais de regulação de urgência, acionando às bases descentralizadas conforme o acionamento do telefone para socorrer a população e fazer o atendimento móvel de urgência e também assumirão o papel de solicitante informando a Central Estadual quando encaminhar um paciente para unidade A, B ou C e a Central fazendo essa comunicação com as unidades ou as centrais de forma geral. Questionou se existe alguma dúvida dos ouvintes sobre a explanação sobre Internação e Urgência, antes dela passar para a parte de ambulatório e eletiva.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS sugeriu que aprestem tudo uma vez que é uma pauta de Apresentação não estando previsto uma pactuação.

Dra. Cárita Cristina M. Figueiredo de Castro – SCRS/GERCE – Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas continuou com a apresentação expondo que no modelo de regulação da Assistência Ambulatorial e Eletiva trabalhariam também com a premissa de uma lista de espera unificada com transparência e não com o tempo de resposta tão iminente e urgente quanto no fluxo anterior de internação e urgência, havendo a particularidade que os duzentos e quarenta e seis municípios do estado possuem central de regulação municipal ambulatorial, diferente do modelo anterior onde somente quatro municípios, além do estado, possuíam central de internação, algumas menos e ou outras mais estruturadas, mas todas possuindo e, primando pela praticidade, propuseram a regulação e logística sendo praticamente a mesma



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

daquele momento, ou seja, para dois municípios A e B de uma mesma região. Colocou que haveria uma central de regulação ambulatorial e as unidades que executam e solicitam, em uma relação direta com as suas centrais municipais de ambulatório, bem como com a central de regulação do município vizinho, através de pactuação de serviços, mantido ainda a comunicação entre as centrais municipais de regulação, mediante pactuação, e a central estadual mantendo sua função de receber as solicitações, para as unidades que estivessem sob a sua gestão ofertando os serviços, havendo a diferença de obrigatoriedade de uma interoperabilidade do sistema de regulação dos sistemas municipais com o estadual ou a adesão ao sistema estadual de regulação, o estado disponibilizando o acesso por adesão a todos os municípios. Desta forma, quando o município A solicitar serviços ao município B, o próprio sistema acusaria que esta solicitação já se encontrava cadastrada para uma central C ou D estadual, evitando duplicidade, propiciando uma visão clara da fila única e centralizada no estado, respeitando toda a configuração de redes, as pactuações e a forma que cada município se organiza, a parte ambulatorial primariamente manteria a mesma logística operacional, sendo necessário trabalhar a interoperabilidade do sistema ou a adesão do sistema estadual, caso o sistema que o município utiliza não consiga alcançar a interoperabilidade. Informou que seguiriam também a RAS, as pactuações, protocolos clínicos, protocolos de regulação, mantendo ainda a mesma premissa de que a gestão da lista de espera centra na central de regulação sob a qual as unidades estão sob a gestão do estado, de cada central municipal ou estadual. Com relação às cirurgias eletivas, apresentou um modelo com uma visão macro, a primeira fase sendo discutida e partindo para uma pactuação seguiria para a segunda fase apresentando o modelo de cirurgias eletivas com as suas minúcias, o gerenciamento da fila de espera será realizado a partir da proposta, de maneira que a demanda deixaria de partir de consultas em nível primário e secundário, mas passaria por uma consulta pré-cirúrgica regulada ambulatorialmente nos prestadores que executam, o usuário sendo incluído na fila de espera a partir do momento em que recebe uma confirmação diagnóstica e conclui o risco cirúrgico estando apto a ser submetido à execução do procedimento; e a relação entre a solicitação e autorização, ou seja, a regulação dos procedimentos cirúrgicos que aguardam na fila de espera é para ser realizada entre a central de regulação e o prestador, considerando a capacidade operacional e as metas contratuais, o modelo visando um controle absoluto entre o cumprimento de metas, o gerenciamento real e efetivo da demanda e a gerenciação da fila de espera. Afirmou que a proposta seria apresentada nos próximos GT, após a primeira fase de discussão e, havendo pactuação, avançariam para a próxima fase com relação às cirurgias eletivas. Finalizou com o pensamento “Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende e não há sucesso no que não se gerencia” e disse esperar deixar como legado, a partir daquele ponto de discussão, algo que pudessem entender melhor, o processo regulatório, medir melhor, para que pudessem gerenciar o processo.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS contextualizou que o assunto tinha sido programado para ser trabalhado no ano anterior/2020, entorno de abril, maio, que necessita uma discussão detalhada, ouvindo os municípios, os prestadores, uma vez que haveria uma mudança de lógica de como estava naquele momento, buscando atingir maior transparência, detalhamento, entendimento do estado como um todo e não apenas de um município ou outro, do papel da Secretaria Estadual. Falou que a pauta estava em apresentação para informar que já houve discussão interna na Secretaria de Saúde e mostrar o que estava “rascunhado”; e então abririam para as considerações, para que no decorrer dos meses seguintes discutissem, avaliassem, refinando o processo como um todo para, por volta do mês de setembro a outubro, já tendo validado, organizado e passado em CIB para a implantação das mudanças. Falou que ainda precisariam fazer outras reuniões, discutir com os grandes municípios, os menores, o COSEMS, todas as articulações, devendo permear também



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

o Conselho Estadual de Saúde, por refletir no usuário que a princípio está representado por ele, e o objetivo da apresentação sendo de levar para discussão no GT como uma necessidade importante trazida por aquela gestão, que o Dr. Ismael ressaltou várias vezes, de organizar o processo, de executar todas pactuações necessárias para organizar e deixar a clara intenção que a SES tem de aprofundar a discussão para alcançar os objetivos da gestão.

Dra. Verônica Savatin Wottrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS disse ter analisado o plano compartilhado por e-mail, tendo verificado o histórico e o levantamento de como funciona o processo de regulação em outras regiões do país e, sabendo que participariam da assembleia no dia seguinte falando da regulação, pediu permissão para apresentar o plano na íntegra.

Dra. Cárta Cristina M. Figueiredo de Castro – SCRS/GERCE – Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas lembrou que o texto se referia à primeira fase e que não tinham a expectativa de que estes seja o plano integral, mas que fosse discutido fase a fase.

Dra. Verônica Savatin Wottrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS afirmou que precisavam ter um início, uma vez que havia secretários reclamando da dificuldade em se alcançar resultados, e aquele era o momento de discussão dos fluxos de regulação no estado, dos protocolos de acesso, que deveriam ser o mesmo em todo o Estado, dos critérios de vaga zero, da regulação de uma gestante de alto risco, por exemplo e concordou com o modelo de construção referenciado pelo Dr. Sandro. Ressaltou que a proposta inicial da Secretaria de Estado foi colocada e caberia aos municípios, os maiores que detinham praticamente 70% do serviço, fazer as discussões e então conversariam para chegarem a um denominador comum, mas o foco sendo o cidadão goiano e não o cidadão de um ou outro município, a forma de acesso devendo ser única, entendendo que alguns municípios possuem os serviços próprios, devendo ser regulados pelos mesmos, já que o custeio era dele, e talvez tivessem que discutir custo, em relação à regulação, porque às vezes a regulação é feita pensando em PPI e o município não tem mais saldo enquanto o paciente precisa do serviço, havendo necessidade de se pensar em uma outra lógica e pediu aos colegas secretários presentes que fizessem algumas pontuações para que pudessem ter pontos a serem discutidos nos próximos encontros.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS colocou que em relação a custo era essencial que discutissem, considerando que grande parte da pactuação era feita pelo Ministério da Saúde, pelos tetos de média e alta complexidade de cada município, e o financiamento dos hospitais pela SES não era baseado nisto, sendo necessário que discutissem na busca de melhores possibilidades de entender questões que poderiam acontecer como a de um paciente ter um retardo no seu atendimento, podendo ser uma característica muito mais ambulatorial, e não ficassem pensando só em recurso de PPI, sendo que os hospitais estaduais, mesmo havendo as pactuações com o Ministério da Saúde e todas as fontes de recurso, mas a princípio, a contratação do regime VOS não era baseado apenas no que estava pactuado com o Ministério da Saúde, mas a pactuação, o contrato de gestão com os hospitais, era para o pleno funcionamento do hospital e precisava ser revisto, uma vez que muitos secretários poderiam entender que o que teria direito em determinado município fosse especificamente o recurso pactuado em PPI. Colocou que o recurso que vinha do Ministério da Saúde, especificamente para o teto de média e alta complexidade, mas sem entender que tinham o financiamento estadual e não era dependente daquela obrigatoriedade de estar vinculado à PPI ou teto.

Dra. Cárta Cristina M. Figueiredo de Castro – SCRS/GERCE – Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas falou que o Estado, COSEMS, CONASS tem trabalhado no PRI e dentro do PRI tem uma fase que é a PGASS, Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde e vem para fazer uma substituição da PPI. Dentro do PRI isso está amplamente discutido com COSEMS, CONASS e com o envolvimento do Conselho para que mude a lógica de pactuações, financiamento destas redes isso vai impactar diretamente na lógica da regulação.



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS | GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Disse que o Plano Estadual de Regulação vai caminhar paralelo com a PRI e a PGASS para que se complementem.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS disse que foi colocado pela Andréia que no Entorno Norte iniciaram as discussões em CIR para estadualizar a regulação do SAMU, a Regulação única, integrada, acessível e prática. Sugeriu organizar um cronograma de reuniões nos próximos meses e de ter uma questão mais detalhada para apresentação.

Dra. Verônica Savatin Wottrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS falou que gostaria de apresentar na reunião do COSEMS era trazer os formatos de regulação que existem em outros Estados, para se ter comparativo, e a partir da apresentação da Cárita as pessoas levem as perguntas para a Assembleia do COSEMS, os Secretários de Saúde podem colocar os pontos que estão sofrendo que deveria ser colocado tanto na regulação de urgência e emergência quanto no ambulatorial e monta um grupo de trabalho menor para discutir até chegar em uma proposta que seja plausível para todos.

Dr. Douglas Alves de Oliveira – SMS de Jandaia manifestou dizendo que precisa ter uma agenda prioritária para a SES e para a Diretoria do COSEMS para dialogar o mais rápido possível. Os secretários do Centro Sul estão sofrendo com o problema de vascular, que precisa de uma arteriografia, de revascularização ou amputação. Falou que tem pacientes com 21 dias na regulação e os três últimos casos se resolveram pelas portas do fundo e na próxima semana conversará com a SMS de Goiânia para fazer a contratação direta com algum hospital de Goiânia que faça este procedimento particular.

Dra. Jaqueline Gonçalves Rocha de Oliveira – Secretária Executiva COSEMS falou que a pauta da Assembleia se deu a partir de uma série de e-mail que o COSEMS vem recebendo sobre a questão da falta de atualização dos leitos de UTI COVID, o que impacta na regulação de outros na liberação de leitos para outros pacientes que estão na fila. Disse que conversou com a Neusilma e como estratégia apresentasse na Assembleia da importância dessa alimentação tempo adequado e oportuno para que isso não empate na liberação de novos leitos para que aqueles pacientes que estão na fila. Falou que acha que é importante que essa pauta para que os gestores possam ter acesso a esse plano e acredita que o processo regulatório no Estado de Goiás precisa ser uniformizado e reformulado e é essencial que se inicia esse processo de discussão.

Encaminhamento: Apresentação GT.

1.5 – Fluxo de implantação Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – EMAESM. *(Responsável: SUSMEP/GSM – Gerência de Saúde Mental, Joice Duarte Batista)*

Dra. Joice Duarte Batista – SUSMEP/GSM – Gerência de Saúde Mental apresentou o fluxo para implantação de EMAESM e iniciou falando sobre o objetivo da Rede de Atenção Psicossocial: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de Saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Falou sobre o EMAESM que é uma equipe multiprofissional de atenção especializada em Saúde Mental que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estratégia para atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados, visando potencializar os atendimentos de base comunitária, e ampliar o acesso à assistência em saúde mental, de forma a considerar as necessidades dos usuários que serão identificadas na Atenção



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Básica que estratifica o risco e de maneira articulada, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde e da rede intersetorial, prevista na Portaria nº 3.588/2017. A Portaria de consolidação nº 06/GM/MS trata da composição e custeio da equipe EMAESM: Tipo I: 01 médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em saúde mental (total 10 horas semanais); 01 psicólogo (30 horas semanais) e 01 assistente social (30 horas semanais) – R\$ 12.000,00 (doze mil reais) mensais; Tipo II: 01 médico especialista em psiquiatria (20 horas semanais), 02 psicólogos (60 horas semanais), 01 assistente social (30 horas semanais) – 21.000,00 (vinte e um mil) mensais; Tipo III – 01 médico especialista em psiquiatria (30 horas semanais), 02 psicólogos (60 horas semanais), 01 assistente social (30 horas semanais), 01 profissional de nível superior da área da saúde mental (30 horas semanais) – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais). Lembrou que para o EMAESM não há contrapartida do Estado, apenas o custeio do Ministério da Saúde. A equipe EMAESM deve ser vinculada a um dos serviços: Unidade Ambulatorial Especializada, Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, Clínicas Especializadas em Saúde Mental. Disse que o fluxo processual de habilitação da equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental: enviar um projeto técnico institucional para análise e avaliação da Coordenação de Saúde Mental e Populações Específicas da Regional de Saúde correspondente com o apoio da área técnica de saúde mental; apresentar a proposta/projeto de implantação/habilitação no Conselho Municipal de Saúde; apresentar a proposta/projeto de implantação/habilitação/de EMAESM em Câmara Técnica; verificar no CNES se os profissionais participantes da equipe estão devidamente cadastrados; se não, inserir as equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; a equipe EMAESM deverá ser vinculada a um dos serviços: Unidade Ambulatorial Especializada, Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, Clínicas Especializadas em Saúde Mental; o gestor deverá acessar, na área restrita do site do CNES, a funcionalidade numeração da equipe on line; informar o código CNES do estabelecimento onde a equipe será vinculada; o tipo de equipe e nome de referência; informar código INE gerado para a equipe na base nacional; pactuação em Comissão Intergestores Regional (CIR) e, posteriormente na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Caberá ao gestor municipal cadastrar no SAIPS o projeto técnico institucional, pactuado em CIB, inserir a proposta de habilitação da equipe junto ao MS no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) e anexar resolução de CIB à proposta no SAIPS.

Dra. Lígia – Regional Sul perguntou se a Unidade Mista de Saúde se enquadra na categoria de Unidade Ambulatorial especializado porque é uma grande possibilidade de implantar as equipes nesta unidade mista que atende média complexidade e grande parte dos projetos que estão sendo construídos entende que a unidade mista é uma unidade ambulatorial especializada.

Dra. Joice Duarte Batista – SUSMEP/GSM – Gerência de Saúde Mental respondeu que há esta possibilidade de colocar como Unidade Mista dentro do CNES.

Dra. Carla Guimarães Alves – Assessora Técnica do COSEMS falou que achava que este assunto precisava ser levado para CIB dentro de Apresentação e Discussão e sugeriu a Dra. Joice que estipule um prazo para a devolutiva da avaliação por parte da Gerência de Saúde Mental e Regional e a questão do acompanhamento para implantação das equipes.

Dra. Jaqueline Gonçalves Rocha de Oliveira – Secretária Executiva COSEMS elogiou a implantação do Plano de trabalho, trazendo muita objetividade ao processo. Seria muito importante ter um modelo do plano de trabalho, um layout, para facilitar o trabalho do gestor quanto do avaliador.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS pediu para que a Dra. Joice organizasse as solicitações. Pontuou da importância dos prazos para devolutivas e modelo do Plano de trabalho para melhor fluidez dos processos

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Joice Duarte Batista – SUSMEP/GSM – Gerência de Saúde Mental informou que os prazos seriam muito importantes e que a Gerência tem recebido propostas para implantação dos serviços sem ter os projetos.

Dra. Rosângela Rezende Amorim – SMS de Mineiros, solicitou a SES um apoio técnico para habilitar os municípios. Disse que o município de Mineiros tem uma equipe habilitada resultante de um pleito de 2018, a SES teria um papel muito importante na implantação dessas equipes que irão preencher os vazios existentes nas redes do estado. Com isso, será dada uma alavancada no serviço tendo em vista que não se pode mais habilitar NASF para todo suporte a rede de atenção básica para saúde mental.

Encaminhamento: Vai para Apresentação e Discussão na CIB

1.6 – Rede de Urgência e Emergência. Porta de Entrada da Rede de Urgência e Emergência na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis. (Responsável: COSEMS/CIR Pireneus – Coordenador da Comissão Intergestores Regional, Rafael Antônio de Sousa de Sá, Secretário Municipal de Saúde de Campo Limpo de Goiás)

Dr. Rafael Antônio de Sousa de Sá – SMS de Campo Limpo de Goiás iniciou com uma apresentação que fizeram na CIR Pireneus, sobre o levantamento de volta da RUE (Rede de Urgência e Emergência), que ficaram surpresos pela saída da Santa Casa da RUE. Disse que tem uma série de assuntos acontecendo ao mesmo tempo e por isso decidiu trazer a apresentação no GT, por se tratar de algo da região e da macrorregião. Pontuou que as principais portas de entradas para urgência a população nas 24 horas são o Hospital de Urgências Henrique Santillo e a Santa Casa de Misericórdia de Anápolis. Colocou que tiveram notícias, fotos e alguns depoimentos sobre a superlotação que estava acontecendo no Hospital de Urgências, inclusive com paciente nos corredores, sem leitos e com superlotação, não sabe se é devido a Santa Casa ter saído, mas estava acontecendo problemas e o hospital de Urgências vem sendo lotado, uma vez que a regulação desse paciente é feito pelo próprio município de Anápolis. Complementou que algo que chama a atenção, principalmente com acesso da região, por não conseguirem muitas vezes acesso, e não saber como é que funciona. Disse que é uma caixa-preta a parte da regulação, e não sabe como acessar as portas efetivamente. Mostrou o desenho da porta, embora Hospital de Urgências seja na esfera Estadual, mas essa competência da regulação está municipal e trazendo algumas dificuldades: o Hospital Municipal, o pessoal sempre apresenta hospital com dificuldades com sucateamento não tem certeza que é bem assim; e a Santa Casa tinha uma separação dos serviços, que também não conseguiam acesso. Citou que no relatório da regional, tiveram uma evidência que a maioria da ocupação da Santa Casa era feita inclusive pelos municípes, os anapolinos, e não contemplava a região. Quanto ao Hospital Municipal também é sobre a situação da UPA pediátrica. Lembrou que tem serviço que estava no municipal e foi transferido para a UPA pediátrica. Pontuou a grande dificuldade do acesso e com a saída da Santa Casa da RUE, e ficando somente para a Rede Cegonha especialmente e a Oncologia, com Anápolis sinalizando que quer construir um hospital. Então mais uma vez isso preocupa, precisam da interferência Estadual, a região está disposta a conversar, a Santa Casa, várias vezes também tentou falar, e não é papel deles conversar com a Santa Casa, mas sim com o município, e precisam da ajuda no fechamento da porta da RUE, da Santa Casa. Quanto ao serviço de Traumatologia, Ortopedia e a parte de urgência, que fica parecendo que até o serviço seria os leitos de estabilização na Santa Casa, mas não contempla todo o contrato, inclusive pediram através da CIR sobre a auditoria, querem ver os contratos, e precisam nesse sentido da ajuda. Disse que compartilhará a apresentação e prosseguiu dizendo que a Santa Casa com o pedido de habilitação de 25 leitos e ofertava menos. Expôs que o sentido da fala é



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

para um olhar melhor para essa situação, e para o jeito que a região está ficando descoberta em relação à superlotação do HUANA. Finalizou dizendo que precisam dar algum tipo de encaminhamento para que possam acudir a região e a macrorregião.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS contextualizou que a grande questão da Santa Casa tem alguns problemas relacionadas a esse processo, informando que a Santa Casa é um hospital que está no município de Anápolis, que é gestão plena e existe uma ação da própria Secretaria Estadual com relação a cofinanciamento de alguns serviços justamente para dar esse suporte regional. Comentou uma questão específica da SAIS que precisa analisar e que as Comissões Intergestores precisam ser trabalhadas do ponto de vista de Secretários Municipais com Secretário Estadual e um grupo de técnicos, lembrando que os prestadores têm um papel fundamental, mas que o prestador, a princípio, não tinha que participar desse processo, a não ser que seja convidado ou algo parecido. Falou que tem especificamente com esse cofinanciamento com a Santa Casa de Anápolis, colocando que a SES não consegue suprir toda a Santa Casa, senão pegaria a Santa Casa para fazer administração e até uma lógica de estadualização ou algo neste sentido. Afirmou que essa não é a lógica, dizendo que a Santa Casa tem sempre cobrado da SES muito esse apoio do estado como se fosse o papel do estado dá conta de tocar a Santa Casa e oferecer esse serviço. Falou que tem o município de Anápolis e acha que tem várias questões que precisam ser analisadas e tem discutido que a Santa Casa precisa entender que participa da RUE na hora que bem entender, colocando que isso tem uma série de repercussões do ponto de vista das próprias habilitações dentro da Santa Casa e que precisa ser levado em consideração. Deixou claro que a Secretaria Estadual está junto nesse processo, tem feito um trabalho bem próximo em relação a Santa Casa e aos seus pedidos e que a SES tem levado em consideração, dizendo que a Santa Casa é um hospital dentro de uma cidade e sabe que essa cidade detém a gestão plena do conjunto de serviços. Disse que conversam tanto com prestadores quanto com secretários de saúde e grupo de técnicos para entender qual a posição daquele hospital dentro da região e não tratar esse hospital de uma forma isolada. Falou que tem tido alguma dificuldade do ponto de vista de solicitação cada vez maior tratativa de recursos e infelizmente disse que não é dessa forma que funciona e que provavelmente essa saída da Santa Casa da RUE vai ter repercussões nas outras habilitações e deverão discutir de forma conjunta com os grupos de municípios na região, com o COSEMS, com a Secretaria Estadual, com a própria Secretaria Municipal de Anápolis e o prestador que também está envolvido nesse processo.

Dr. Júlio César Teles Spíndola – SMS de Anápolis falou que com relação a Rede de Urgência e Emergência (RUE) da porta de entrada, faltou mencionar a UPA que também tem em todos os municípios e a sua está superlotada, dizendo que não é só o hospital de urgência que é porta de entrada não, mas a sua UPA é porta de entrada para todos os municípios da região. Disse que foi citado a UPA pediátrica está atendendo e não sabe o que está acontecendo. Com relação a Santa Casa, entende que já vem num processo de dificuldade de atendimentos não é de agora, colocando que estão oficializando algo que já vem ocorrendo no decorrer dos tempos de diminuição desses atendimentos que atualmente se tornou insustentável e por isso tomar essa decisão, considerando que isso tem os efeitos nas outras habilitações. Pontuou que devem se reunir para resolver essa questão e já falou em reunião da CIR passada que pretendem melhorar a rede de Anápolis com planejamento em andamento para dar um melhor caminho para essa questão. Falou que em relação a Santa Casa a regulação está com o município de Anápolis e perguntou se há o interesse do Estado em pegar essa regulação para os municípios, que devem rever se há o interesse da regulação passar para o Estado.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS colocou que estão focando mais na perspectiva do prestador na Rede da Pireneus que é algo que podem conversar num segundo momento. Frisou que o grande problema trazido pelo Dr. Rafael é justamente do



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS | GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

prestador falar que não quer mais e ponto final sem pensar em todas as repercussões que podem gerar dentro de uma Rede de Saúde, assim comunicou que foi uma conversa que teve com o Dr. Rafael onde tiveram que fazer essa apresentação de forma detalhada, visto que isso repercute de forma importante no HUANA, não que o HUANA não possa fazer esse processo, mas considerou que se o HUANA faz o que a Santa Casa estava fazendo, que é mais a questão de trauma, vai gerar outro problema, virando uma cascata. Acha que deveriam entender esse processo de uma forma mais global, mas destacou que essa situação mais específica da Santa Casa pode conversar em outro momento com a própria SES e SMS Anápolis, tentando tirar alguma coisa desse processo.

Dra. Verônica Savatin Wottrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS falou que esse assunto foi muito discutido no COSEMS, que participaram da CIR Pireneus para tentar auxiliar nessa discussão e disse que o COSEMS tem um posicionamento padrão nesta questão. Informou que a macrorregião Sudoeste teve esse problema nesse período com o Hospital Evangélico, que atualmente está liberando consultas para alguns atendimentos, e o COSEMS entende que o serviço habilitado tem que estender a região. Falou que não sabe se a Santa Casa ainda tem o convênio com a Secretaria de Estado ou não, mas acha que a partir do momento em que um serviço fala que não vai mais atender aquilo que está habilitado, desabilita. Sugeriu fazer uma auditoria nos outros serviços que estão habilitados, se estão atendendo a região de saúde, assim destacou que serviço habilitado não é para uma população específica de um município, mas já envolve quem será atendido. Sugeriu desabilitar o serviço, se a Santa Casa não quer atender urgência e emergência, que vem acompanhando essa questão desse hospital relativo a porta de entrada, recebendo vários ofícios da Santa Casa ao COSEMS de que não ia mais ser porta aberta para a urgência e emergência da região. Pontuou que se não vai ser porta aberta para serviço de urgência e emergência da região, sugeriu desabilitar esse serviço, considerando uma situação horrível para aquela população, mas tentaram identificar qual outro hospital, considerando que o HUANA não vai dar conta de atender tudo sozinho, qual o outro serviço que tem o perfil para ser habilitado. Falou que isso não vai se resolver do dia para noite e a dúvida seria para onde vão mandar os pacientes da região e perguntou se já começou a fazer isso, se a Santa Casa já parou de atender os pacientes, desta forma acha que tem de desabilitar. Ressaltou que não pode ficar com um serviço dentro de uma unidade de saúde se esta unidade não presta o serviço. Complementou que se aquele prestador está recebendo um valor X, tem que executar X, se o custo não dá, senta e organiza, mas não dá para simplesmente chegar e fechar as portas. Falou que se a Santa Casa já parou com o serviço, solicita desabilitação no Ministério da Saúde, frisando que não devem, sendo ilegalidade e imoralidade fechar os olhos para isso, visto que tem toda uma região de saúde gritando que não está tendo o acesso ao serviço, COSEMS e Secretaria de Estado têm ciência que isso acontece e deixa o dinheiro continuar caindo, da mesma forma quando desabilitaram muitos leitos de UTI na CIB passada de prestadores que não estavam atendendo. Informou que a posição do COSEMS em relação a essa questão da Santa Casa da urgência e emergência que fechou as portas é solicitar a desabilitação do serviço para esse prestador. Acrescentando que com os outros serviços se organizam para ver se o de Jaraguá vai conseguir atender, se o de Pirenópolis vai conseguir atender e habilitarem esses outros serviços de trauma e outros nessas outras unidades. Colocou que se não conseguir, talvez precisem ir atrás de outro prestador, mas se a urgência e emergência está de porta fechada, desabilita.

Dra. Oriana Nikare – Coordenação de Habilitação complementou que essas habilitações são de Alta Complexidade, sendo referência da macrorregional, não só a região, que é muito mais abrangente. Explicou que quando habilita um serviço de referência, a unidade habilitada deveria fazer tudo aquilo que está pactuado, que assumiu ter toda a responsabilidade daquele serviço em conjunto com o município. Falou que se influencia na porta de entrada, influencia

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

nas outras habilitações também, que tem que ser uma discussão realmente bem-feita e reorganizar essas redes dessas habilitações, considerando várias delas importantes dentro da região e, desta forma, pensar em como reestruturar essa parte. Considerou que não dá para desabilitar somente a urgência e emergência e deixar as outras habilitadas.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS pediu para que fossem mais objetivos na fala, pois não conseguirão solucionar o problema neste momento e pediu para procurar trazer os problemas específicos. Complementou que já está organizando com o pessoal que cuida da agenda para reunirem na outra semana, junto com o COSEMS, Campo Limpo, a região Pireneus, representações da Secretaria Municipal de Anápolis para serem os mais eficientes possíveis.

Dr. Eduardo Sardinha Lisboa – SMS de Anápolis concordou com a Verônica e ressaltou que a Santa Casa anunciou que fechou os atendimentos de fato, e atualmente a UPA Alair Mafra Andrade do município de Anápolis como porta de entrada duplicou em 100% o número de atendimento. Disse que tem em média 65 a 70% dos pacientes que dão entrada pela UPA Alair Mafra não são de Anápolis, é da regional Pireneus, e da UPA pediátrica também desde de sua abertura, então a UPA pediátrica aumentou o atendimento, é sabido que a Santa Casa não atende pediatria há algum tempo. Esclareceu que tem vários pacientes na UPA aguardando vaga e a verdade é que a Santa Casa não vem realizando atendimento há algum tempo, então precisam observar, pois a alegação é que não tem recurso suficiente para o atendimento. Pontuou que precisam analisar todo o contexto, porque a Macrorregião está envolvida. Colocou que tem duas portas de entrada de urgência e emergência na região de Anápolis que é a UPA Sul, que todos sabem que uma UPA é um hospital e qualquer paciente que chegue tem que ser atendido. Disse que concordava plenamente com a Dra. Verônica e se o Estado acha que importante regular é de grande valia.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS pediu licença para encerrar a pauta e deixar agendado um outro momento para retornar a discussão em outro período para fazer uma reunião específica sobre esse assunto mais detalhado.

Dr. Rafael Antônio de Sousa de Sá – SMS de Campo Limpo de Goiás colocou que nesta transparência é porque as vezes aponta um número de um lado e de um outro, mas para que possa dar algum encaminhamento para uma auditoria. Disse que concordava que isso venha em um próximo momento.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS pontuou que poderão discutir isso na reunião que poderão programar tudo certo.

Encaminhamento: Discussão GT. Ficou encaminhado um agendamento de uma outra reunião para continuação da discussão.

1.7 – Proposta do Novo Modelo de Contrapartida Estadual para os Serviços de APS.
(Responsável: SAIS/GERAP – Gerência de Atenção Primária, Ticiane Nakae)

Item 1.7 e 2.7 discutidos juntos.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS começou a apresentação fazendo uma contextualização dizendo que a SES prorrogaria a contrapartida específica da Atenção primária desde da época do programa Previne Brasil. Essa questão teve uma parada. Continuou sendo realizado pagamento das pactuações feitas e validadas na CIB. Existe a resolução atual com esse vencimento da lógica dessa contrapartida e cofinanciamento até o mês de Junho. A proposta trazida para a reunião foi discutida com COSEMS. Algumas questões precisam ser finalizadas. O recurso da Secretaria Estadual seria para fazer o serviço da melhor forma possível não só simplesmente para um repasse de recurso e muitas vezes não



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

refletindo em melhorias. Do ponto de vista estratégico da SES, esse recurso tem que refletir em melhoria dos serviços. Começou a apresentar o documento, a proposta trabalhada. O objetivo do cofinanciamento da atenção primária seria apoiar financeiramente os municípios, fortalecendo a APS e ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. A base inicial trabalhada seria com o valor já existente nos dias atuais. Seriam mais de cinco milhões (R\$5.000.000,00) organizados para distribuição aos municípios conforme Atenção primária e sua organização e antes eram baseados com relação a equipes cadastradas. Existe uma possibilidade de incremento para ser trabalhada porém nesse momento não houve avanço devido a questão Covid. A proposta seria de trabalhar em 03 blocos. No primeiro bloco a expansão da consolidação da cobertura e estratégia de saúde da família, mais especificamente com cobertura de Atenção primária. Pontuou que seria melhor ter uma atenção primária tradicional do que não ter nada de Atenção primária e algumas coberturas complexas pelo estado. Mostrou o Bloco de expansão e manutenção que seria referente a 60% do recurso, sendo incentivo para credenciamento de novas equipes e aumento da cobertura. Apresentou um quadro referente a esse bloco com: a composição pelo número de habitantes; cobertura e porcentagem de pagamento. A avaliação de cobertura desse bloco será realizada de acordo com as equipes homologadas no quadrimestre anterior. Apresentou o segundo bloco que seria um Bloco de desempenho com 30% do recurso com indicadores estaduais. Houve uma discussão para não ser usado os mesmos indicadores do Previn Brasil. Usar indicadores que facilitem aos municípios atingirem esses indicadores. Os indicadores do Previn Brasil estão muito focados em resultados e os da SES estão mais relacionados aos processos de trabalho. Não se conseguiu fechar esse bloco de indicadores após conversa com COSEMS. Mostrou os 03 primeiros indicadores, sendo o 01 e o 03 os mais importantes para a SES através do quadro. Indicador 1-Proporção de consultas de enfermeiros/consulta médica. O indicador 2-Gestante com mais de 06 consultas de pré-natal, sendo a primeira iniciada antes de 20 semanas e com testagem de HIV e sífilis, justamente para realizar um pré-natal bem feito, estimulados pelos protocolos do Ministério da Saúde O indicador 3 - Unidades de saúde da família com carteira mínima implantada. Mostrou os outros indicadores importantes que precisam ser trabalhados também como: doenças crônicas, câncer de colo de útero/ mama e atributos das APS onde essa seria responsável 100% pelo paciente. A avaliação dos indicadores será realizada quadrimestralmente. O terceiro bloco, muito discutido com o COSMES seria um bloco de avaliação, desenvolvendo dentro da SES um mecanismo de avaliação. Vai ser realizado um grande estudo no Estado de Goiás com relação aos atributos da atenção primária. Essa avaliação não seria feita de 04 em 04 meses e sim anualmente, repercutindo no percentual de 10% para compor a nova lógica de contrapartida estadual para a Atenção Primária a saúde. Se colocou a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas e lembrou que isso seria uma proposta podendo ser agregada alguma questão específica que possa ser acrescentada nesse processo também.

Dra. Verônica Savatin Wottrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS, disse que é uma proposta que vem trabalhando há algum tempo, entre a SES e COSEMS, e que precisa alinhar a forma de financiamento com a do Ministério da Saúde, porém foi bem colocado pelo Dr. Sandro a questão da nova lógica dos indicadores. Disse que o foco principal é qualificar a Atenção Primária, que seja resolutiva de fato nos municípios. Complementou que precisam amadurecer em relação a alguns indicadores, até mesmo a forma de avaliação dos indicadores, como mensura, que precisamos transformar em dados financeiros para que cada um possa receber. Falou que havia colocado para a Secretária de Estado que os municípios não teriam perca financeira desde que cumprisse com os indicadores, no período de transição, assim como o Previn Brasil fez no final de 2019, mas precisam avançar nessa discussão, pauta que vai para a CIB para que possa pactuar. Complementou que a pauta já foi validada com a Diretoria do COSEMS em reunião específica, mas pretende ouvir os presentes para ver se tem



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

algo a acrescentar para então alinhar as diferenças dos indicadores. Observou que não foi inventado nada além daquilo que é de obrigação da Atenção Primária, para que o gestor possa qualificar aquilo que já vem fazendo.

Dra. Mary Anne S. Alves – Gerência de Planejamento e Monitoramento da Avaliação da Secretária Municipal de Saúde disse que na semana passada conversou com a Ticiane sobre alguns indicadores, e que tinha alguns questionamentos, que os indicadores são extremamente pertinentes. Colocou a preocupação de como avaliar a implantação da carteira de serviços para validar essa implantação e possa consolidar os dados para o indicador. Outra questão é um questionamento com o grupo de Vigilância, que o indicador de gestação deveria reduzir a primeira consulta da gestante na décima segunda, que evita vários problemas à gestante, se isto fosse viável. Pediu ao grupo, que enquanto município, vê o resultado dos indicadores do “Previne Brasil” somente por quadrimestre, é preciso ver esses resultados por mês, que demora muito para ver o resultado do indicador e o Município perde o prazo para fazer as adequações necessárias de registro do indicador. Lembrou da Atenção Primária e os atributos, sugerindo colocar o PCATool como pré-requisito, como indicador para o Município, já que são extremamente importante.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS, respondeu que são doze semanas mesmo, e que a consulta tem que ser no primeiro trimestre de gestação. Explicou que o PCATool está na avaliação externa, que tem que ser entrevistadas em média mais de 30.000 (trinta mil) goianas. Complementou que a lógica do financiamento está muito no que o Gestor informa, mas não sabe se a população está recebendo esse cuidado, acesso, todas essas questões e por isso a necessidade de mesclar esse processo. Falou que tem a questão da estrutura dos serviços, mas que também escuta a população para saber se a população está tendo acesso e quais os problemas relacionados a isso, então a aplicação da fase de avaliação, a proposta de ser feita uma vez ao ano, é tanto do ponto de vista do PCATool da avaliação da presença e dos atributos como também uma questão específica como a pessoa foi tratada na última consulta. Colocou que a lógica é que o município não perca recurso, a não que não execute os indicadores. Explicou que o que mudará do financiamento é 40% do valor, o restante é por equipe implantada, sistema no Ministério da Saúde que já está bem claro, dependerá do processo como um todo.

Dra. Mary Anne S. Alves – SAIS ressaltou que o indicador de gestação, do Previne Brasil, é na vigésima semana, mas como falou a sugestão da Vigilância é que a primeira consulta seja feita até a décima segunda semana.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS, concordou, que querem melhorar de qualidade, e que a primeira consulta de pré-natal tem que ser no primeiro trimestre, então só para fazer essa correção também. Acrescentou que existirá uma contrapartida específica para Vigilância em Saúde, por isso que algumas questões da Vigilância não aparece tão forte no componente de Atenção Primária à Saúde, porque terá um recurso específico, que o gabinete trabalhará nessa perspectiva de um financiamento específico baseado no componente Vigilância em Saúde, e que a Atenção Primária será agraciada também, principalmente na cobertura vacinal e por isso não foi mostrado ali.

Dra. Ticiane Nakae – SAIS/GERAP – Gerência de Atenção Primária, complementou que discutem os indicadores desde o ano passado, e tem indicadores importantes, que conseguem avaliar a qualificação da APS, mas sempre esbarram na questão do Sistema de Informação. Acrescentou que o e-SUS emite vários relatórios desde que os profissionais alimentem o sistema corretamente. Relatou que sempre que tem a oportunidade volta na questão, que enquanto município, gestor, se não conversar, monitorar, avaliar, capacitar as equipes no Sistema de Informação, não adianta qual indicador que tenta mensurar, eles serão baixos. Citou o indicador do pré-natal, do Previne Brasil Ministério da Saúde, é na vigésima semana, e pelo Sistema de Informação a equipe realiza o pré natal com seis consultas. Complementou



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

que é um indicador muito baixo, por esse Sistema de Informação. Ressaltou a importância que é o recurso para os municípios e para a manutenção desse trabalho, mas precisam investir na qualificação das equipes em relação ao Sistema de Informação. Pontuou que tem muitos indicadores importantes, mas quando busca no e-SUS não tem dado nenhum. Citou que é a questão das doenças crônicas com relação a estratificação de risco, que tem vários indicadores para se fazer uma boa avaliação, mas não tem como fazer pela inserção de dados no Sistema. Ponderou que haverá um tempo para não ter essas perdas, mas não pode perder de vista a qualificação das equipes com relação ao Sistema de Informação, visto que em qualquer momento que começar a avaliar isto, vão ter perdas, não só pelos indicadores estaduais, mas também pelos indicadores do Ministério da Saúde, que vê o relatório quadrimestral enviado do Ministério, e a maioria dos Municípios não consegue atingir as metas dos indicadores. Concluiu que precisa investir no Sistema de Informação.

Dra. Carla Guimarães Alves – Assessora Técnica do COSEMS colocou que estão discutindo com um grupo de consultórios na rua e percebeu que a grande maioria dos profissionais desses serviços não tem completa clareza de como acontece o registro da produção e nem do cadastro dos pacientes vinculados aos serviços. Reforçou a importância da qualificação envolvendo o e-SUS, tendo em vista que tem muitos servidores novos, que precisam entender como uma ação estratégia importantíssima, que deveria ser pensada e articulada com os 246 municípios. Acredita que grande parte dos Municípios tem alcançado os indicadores, mas como não tem registro, acaba não alcançando. Expôs que nunca operou diretamente o e-SUS, mas que é um Sistema complexo e exige uma qualificação, precisaram pensar nisso. Quanto a estratificação de risco, que paralelo a construção dos indicadores é preciso fortalecer outras ações que envolve, por exemplo, a linha de cuidado do paciente hipertenso e diabético, porque às vezes classifica o risco na unidade, mas gera uma certa angústia para a equipe, porque não há uma clareza de qual é o caminho desse paciente que tem hipertensão moderada ou grave na rede. Complementou que como tem as policlínicas avançando, uma maior organização de rede, que construam isso de forma paralela para que os profissionais sejam qualificados e façam a estratificação de risco, mas, ao mesmo tempo, tenham clareza de como ocorre a coordenação do cuidado, que também é um dos indicadores que será avaliado. Acrescentou que tem muitas ações que interagem nessa perspectiva, a própria retomada da planificação, e tem muito o que avançar na Atenção Primária para que possam não somente mudar a forma de financiamento, mas de fato qualificar a Atenção Primária que é a motivação de todos. Colocou à disposição enquanto COSEMS para auxiliar nessa conversa, e que isso já foi colocado pelo Sandro na reunião ocorrida no COSEMS, mas não houve nenhuma agenda proposta para alinhar a descrição desses indicadores.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS disse que a questão é a proporção de atendimentos de consulta de enfermagem sobre o número de consultas médicas dando a razão, essa razão sendo a acima de 50%, mas é preciso definir e detalhar isso, vão ter que fazer uma Nota Técnica específica.

Dra. Verônica Savatin Wotrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS concordou e colocou para os presentes que combinaram na reunião no COSEMS, que após a pactuação fariam a mesma forma como foi do Preveni, que rodou os Estados, e fariam isso com as regiões de saúde explicando para os secretários e os técnicos da secretaria que estão envolvidos qual é a lógica e o significado de cada indicador. Complementou que a partir do momento que entendem qual o significado de cada indicador na ponta para o usuário, organizam as estratégias para atingir cada indicador desse. Exemplificou com o indicador da cobertura citopatológico, do Previne Brasil, atingir o quantitativo específico para não terem as perdas financeiras, mas o principal é tentar fazer com que tenham uma diminuição do câncer de colo de útero. Complementou que é ir atrás dessas mulheres, na faixa etária específica, não apenas para atingir o indicador, é fazer com que essas mulheres tenham acesso ao serviço para

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

que o número de mulheres com câncer de colo de útero diminua, e tenham menos óbitos de mulheres em idade fértil. Complementou o que a equipe precisa fazer para chegar até essas mulheres, porque não estão indo, e tentar identificar isso, por isso também que os indicadores do financiamento estadual parte mais para a lógica da qualificação da organização dos serviços na atenção primária para que de fato tenha o caráter, que é necessário nos municípios que é identificar esses pacientes, reconhecer as equipes, a população para poder fazer um trabalho de qualidade com foco no indicador principal, que é atenção integral a essas pessoas. Dra. Ticiane Nakae – SAIS/GERAP – Gerência de Atenção Primária complementou que um indicador sempre puxa o outro, então tem que pensar realmente num todo. Por exemplo, se tem uma baixa cobertura não conseguirá alcançar os indicadores de doenças crônicas, de cobertura de citopatológico.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS expôs que monitorará mês a mês, que existem meses e meses, então avaliam no quadrimestral justamente para tentar equilibrar isso, em um mês ruim que tem algum problema não repercutir na questão de financiamento. Complementou que a lógica da tabela é que sempre seja mês a mês, organizará o financiamento mensal, porque daria trabalho e ficaria muito sujeito as oscilações. Disse que corrige essas “pequenas grandes” variações, justamente para não ficar muito do momento, mas de um retrospectivo de 4 meses, justamente para calibrar qualquer problema maior que porventura exista no dia a dia das equipes.

Dra. Jaqueline Gonçalves Rocha de Oliveira – Secretária Executiva COSEMS perguntou se a pauta fica em apresentação e discussão e em discussão e pactuação.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS respondeu que a lógica é essa.

Encaminhamento: Vai para apresentação da CIB.

2 – DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO

2.1 – Repactuação dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) dos Municípios de Caldas Novas, Itumbiara, Rio Verde e Iporá para assistência e distribuição de medicamentos para Hepatites Virais em suas respectivas regiões, conforme Portaria nº 1.537/GM/MS, de 12/06/2020, com inclusão dos medicamentos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. (Responsável: SAIS/CGRAS – Coordenação Geral de Redes de Atenção à Saúde, Paula dos Santos Pereira)

Dra. Paula dos Santos Pereira – SAIS/CGRAS – Coordenação Geral de Redes de Atenção à Saúde colocou que é para dar continuidade nas pactuações que se iniciaram na última CIB, no último GT em que discutiram a assistência e distribuição de medicamentos para Hepatites e com os gestores e serviços também propor a pactuação do município de Iporá do em que sairá de Iporá para assistência e distribuição das medicações para a Regional Oeste I. Pontuou que de Caldas Novas para a Regional Estrada de Ferro, Rio Verde para Sudoeste I e Itumbiara para região Sul. Disse que todos os serviços já foram acordados tanto com os gestores quanto com a própria Unidade, então está tudo certo para seja pactuado em CIB.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS pontuou que fazia parte daquela pauta inicial de medicamento e da lógica do cuidado via SAE e foram fazendo por etapas e no momento precisa e resolução CIB e estão de acordo.

Encaminhamento: Vai para pauta da CIB.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

2.2 – Ampliação Frota SAMU 192 – 1 Unidade de Suporte Avançado (USA) no município de Bela Vista de Goiás, código IBGE 5203302. *(Responsável: SAIS/Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Gerência de Atenção Secundária, Lucenda de Almeida Felipe)*

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS disse que é uma solicitação de uma USA no município de Bela Vista de Goiás. Disse que uma Unidade de Suporte Avançado tem muito custo não é barato, mas se tem total consciência disso e se tiver tudo certo estava tudo ok e estava favorável.

Dra. Lucenda de Almeida Felipe – SAIS/Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Gerência de Atenção Secundária disse que estava tudo certo já conversaram e fizeram todas as orientações sobre a USA.

Encaminhamento: Vai para pauta da CIB.

2.3 – Autorização de Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP), conforme quadro abaixo:

| MUNICÍPIO | ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | CNES | QUANTIDADE |
|------------|--|---------|------------|
| Catalão | Unidade de Pronto Atendimento 24 horas | 7977123 | 07 |
| Corumbaíba | Hospital Municipal de Corumbaíba | 2436906 | 02 |
| São Simão | Hospital Municipal de São Simão | 2383012 | 05 |

(Responsável: SAIS/GERAS/GERAT – Gerência de Atenção Secundária/Gerência de Atenção Terciária – Milena Sales Costa Bemfica / Danielle Jaques Modesto)

Dra. Danielle Jaques Modesto – SAIS/GERAS/GERAT pediu para retirar o Hospital Municipal de São Simão, porque falta alguns critérios para poder atender. Falou que a UPA de Catalão estava de acordo e o Hospital Municipal de Corumbaíba já teriam analisado toda a documentação estava certa.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS perguntou se o município de São Simão conseguiria entregar até quinta-feira de manhã.

Dra. Danielle Jaques Modesto – SAIS/GERAS/GERAT disse que monitoraria se eles conseguirem e colocaria na pauta, já havia orientado a Secretária.

Encaminhamento: Vai para pauta da CIB. Vão monitorar o município de São Simão para que se conseguir organizar a documentação até dia 17/06.

2.4 – Implantação de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – EMAESM.

| REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO | QUANTIDADE | TIPO | RESOLUÇÃO CIR |
|-----------------|----------------------------------|------------|------|---------------|
| Nordeste I | Campos Belos | 1 | I | nº 04/2021 |
| Pireneus | Anápolis | 8 | III | nº 017/2021 |
| Sul | Água Limpa Aloândia Panamá | 1 | I | nº 018/2021 |

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Lidia da Regional Sul disse que poderia contextualizar.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS perguntou se estava tudo certo. Regional Sul colocou que no caso deles era somente o município de Água Limpa que estava com uma pendência, porque o município não tem uma Unidade mista cadastrada. Disse que ele tem duas Estratégias de Saúde da Família uma está cadastrada como Centro de Saúde, então a Joice teria colocado que em função dessa pendência no CNES seria melhor deixar o caso de Água Limpa para a próxima CIB. Disse que Aloândia tem um Hospital Municipal e a proposta deles é implantar no Municipal e Penamar tem uma Unidade mista cadastrada no CNES, então Panamá e Aloândia estariam nos conformes e só Água Limpa que precisa rever a situação.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS pontuou que era só tirar o município de Água Limpa da pauta por conta de dificuldade de cadastro no CNES.

Dra. Joice Duarte Batista – SUSMEP/GSM – Gerência de Saúde Mental respondeu que sim e que para os demais estava certo. Reiterou que teria uma ressalva que o município de Panamá e Aloândia não teria encaminhado até aquele momento o projeto, então pedia para que encaminhasse o projeto para análise antes da reunião da plenária da CIB.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS esclareceu que os municípios devem mandar o mais rápido, pois senão não conseguirão passar na plenária da CIB, para ter o cuidado e o reforço, porque ao contrário ficará para a próxima plenária.

Encaminhamento: Vai para pauta da CIB. Retirar o município de água Limpa que não conseguiu encaminhar o projeto.

2.5 – Habilitação de serviços. Habilitação de laqueadura e vasectomia para as seguintes unidades: (SUPER)

| MUNICÍPIO | UNIDADE | CNES |
|--------------------------|---|---------|
| Formosa | Hospital Regional de Formosa Dr. César Saad Fayad | 2534967 |
| Luziânia | Hospital Regional de Luziânia | 2340194 |
| São Luís de Montes Belos | Hospital Regional Dr. Geraldo Landó de São Luis de Montes Belos | 2382474 |

(Responsável: SUPER/Gerência de Desenvolvimento Organizacional, Oriana Nikare Gomes Rego)

Itens 2.5 e 2.6 discutidos juntos.

Dra. Oriana Nikare – Gerência de projetos estratégicos da Performance pontuou que a habilitação de vasectomia e laqueadura é para as unidades que começarão esses serviços quando a COVID permitir, mas precisam já organizar. Disse que são habilitações descentralizadas, então o próprio gestor pode fazer essa solicitação e para isso precisam da Resolução da CIB. Colocou que todas as unidades já passaram pela SAIS e foi dado o parecer e por isso estavam dando andamento. Disse que o da traumatologia e ortopedia do HUGO é um processo que já estava todo completo e já era um processo antigo que conseguirão organizar junto ao sistema e o Ministério da Saúde e precisam de renovar a Resolução CIB para poder mandar ao MS que aceita resoluções com validade de até 06 meses.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS disse que era pauta deles.



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COSEMS | GO



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Verônica Savatin Wottrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS colocou que estava encaminhado para pauta da CIB.

Encaminhamento: Vai para pauta da CIB.

2.6 – Habilitação em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia para o Hospital de Urgências de Goiânia-HUGO, CNES 2338262. (Responsável: SUPER/Gerência de Desenvolvimento Organizacional, Oriana Nikare Gomes Rego)

Discutido no item 2.5.

Encaminhamento: Vai para pauta da CIB.

2.7 – Novo Modelo de Contrapartida Estadual para os Serviços de APS. (Responsável: SAIS/GERAP – Gerência de Atenção Primária, Ticiane Nakae)

Item 2.7 discutido junto com o 1.7.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS que como já foi discutido no item 1.7 e que encaminharia para pauta da CIB.

Dra. Verônica Savatin Wottrich – SMS Chapadão do Céu/ Presidente do COSEMS concordou que sim encaminhasse para pauta da CIB e alinharia os 04 meses nos itens pendentes e trabalha a capacitação e organização junto ao município.

Dr. Sandro Rogério Rodrigues Batista – Superintendente SAIS pediu para que fizessem como pauta de apresentação também, porque como o item de pactuação é rápido, fazem uma apresentação. Pediu para que o item ficasse seguido para apresentar e depois pactuar.

Encaminhamento: Vai para pauta da CIB. Apresentar em Apresentação e Discussão e Discussão e pactuação.

3 – INFORMES: