

MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



Projeto Fortalecimento dos Processos

de Governança, Organização
e Integração da Rede de
Atenção à Saúde

DOCUMENTO NORTEADOR DE
PLANEJAMENTO MACRORREGIONAL:

**MACRORREGIÃO DO
SUDOESTE DE GOIÁS**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



Projeto Fortalecimento dos Processos

de Governança, Organização
e Integração da Rede de
Atenção à Saúde

DOCUMENTO NORTEADOR DE
PLANEJAMENTO MACRORREGIONAL:

**MACRORREGIÃO DO
SUDOESTE DE GOIÁS**



2021 Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsm.sau.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2021 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: www.dab.sau.gov.br
E-mail: dab@sau.gov.br

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC)
Rua João Julião, 331, Bela Vista
CEP: 01327-001 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3549-1000
Site: www.haoc.com.br

CONASEMS
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Anexo B, sala 144,
Zona Cívico-Administrativa
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3022-8900
Site: www.conasems.org.br

Organização:

Adriana Nunes – MS
Ana Paula Lopes – MS
Ana Paula Marques Pinho – Haoc
Andreza Tonasso Galli – Haoc
Grégory dos Passos Carvalho – Cgat/MS
Lissandra Andion de Oliveira – Haoc
Mauro Junqueira – Conasems
Paula Campos – Haoc
Paula Etlinger – Haoc
Rodrigo Lacerda – Conasems
Samara Kielmann – Haoc
Willames Freire – Conasems

Elaboração:

Alexandre Silva Tavares
Diego Segger Ferreira
Jose Fernandes Faria

Revisão técnica:

Anderson Torreão
Daniele Guerra
Rubens Griep

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <http://editora.sau.gov.br>
E-mail: editora.ms@sau.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Tatiane Souza
Capa, projeto gráfico e diagramação: Renato Carvalho

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde : documento norteador de planejamento macrorregional : macrorregião do Sudoeste de Goiás [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
162 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_norteador_macrorregional_sudoeste_goiias.pdf
ISBN 978-65-5993-012-8

1. Serviços em saúde. 2. Planejamento em saúde. 3. Atenção Básica à saúde. I. Título. II. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. III. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

CDU 614.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0325

Título para indexação:

Strengthening the governance, organization and integration processes of the health care network: guideline document for planning of the macroregion Southwest - Goiás

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro dos macroproblemas de saúde priorizados na Primeira Oficina Macrorregional.....	36
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quais funções dos respondentes ao questionário aplicado.....	39
Gráfico 2 – Em que áreas estratégicas você gostaria de auxílio para a resposta à epidemia?	65
Gráfico 3 – Distribuição da população segundo raça/cor na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010.....	78
Gráfico 4 – Pirâmides etárias da Macrorregião de Saúde Sudoeste dos anos de 2000 e de 2010, Goiás.....	78
Gráfico 5 – Distribuição percentual relacionada à renda inferior à ½ salário-mínimo segundo o quesito raça/cor na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010	82
Gráfico 6 – Renda média domiciliar per capita segundo o critério raça/cor, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010	82
Gráfico 7 – Distribuição da população de 15 anos ou mais por escolaridade, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010	83
Gráfico 8 – Distribuição de população alfabetizada por raça/cor em números absolutos, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010	84
Gráfico 9 – Distribuição de população alfabetizada por sexo em número absoluto, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010	84
Gráfico 10 – Distribuição do número de domicílios por tipo de instalação sanitária em número absoluto, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010	85
Gráfico 11 – Número de domicílios por tipo de disposição final dos resíduos sólidos, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010	85
Gráfico 12 – Número de domicílios por tipo de abastecimento de água, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010.....	86
Gráfico 13 – Evolução da taxa de natalidade da Macrorregião de Saúde Sudoeste no período entre 2009 e 2018, Goiás	86

Gráfico 14 – Proporção de nascidos vivos de mães residentes, com baixo peso ao nascer, da Macrorregião de Saúde Sudoeste entre os anos de 2009 a 2018, Goiás	87
Gráfico 15 – Proporção de nascidos vivos com prematuridade na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás.....	87
Gráfico 16 – Número de nascimentos e tendência linear por tipo de parto na Macrorregião de Saúde Sudoeste entre 2009 e 2018, Goiás	88
Gráfico 17 – Número de nascimentos por faixa da mãe e taxa de gravidez na adolescência do ano de 2018 da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás.....	88
Gráfico 18 – Taxa de mortalidade (por 1.000 habitantes) e tendência da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2009 a 2018.....	90
Gráfico 19 – Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) e tendência, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2009 a 2018.....	90
Gráfico 20 – Taxa de mortalidade materna (por 100.000 habitantes) e tendência, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2009 a 2018.....	91
Gráfico 21 – Distribuição dos óbitos por causas mal definidas, Macrorregião Sudoeste, Goiás, 2009 a 2018.....	91
Gráfico 22 – Distribuição dos óbitos infantis por causas mal definidas, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2009 a 2018.....	92
Gráfico 23 – Frequência e a tendência linear das notificações de caxumba, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019.....	92
Gráfico 24 – Frequência e a tendência linear das notificações de coqueluche, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019	93
Gráfico 25 – Frequência e a tendência linear das notificações de hepatite A, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019	93
Gráfico 26 – Frequência e a tendência linear das notificações de meningites, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019	94
Gráfico 27 – Frequência e a tendência linear das notificações de poliomielite, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019	94
Gráfico 28 – Frequência e a tendência linear das notificações de rubéola, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019.....	95
Gráfico 29 – Frequência e a tendência linear das notificações de influenza, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019.....	96
Gráfico 30 – Frequência e a tendência linear das notificações de tétano acidental, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019.....	96
Gráfico 31 – Frequência e a tendência linear das notificações de varicela, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019.....	97

Gráfico 32 – Percentual da população residente nas Regiões de Saúde Sudoeste I e Sudoeste II coberta com serviços da atenção básica, Goiás, 2019.....	98
Gráfico 33 – Número de equipamentos disponíveis ao SUS por Região de Saúde da macrorregião Sudoeste, Goiás, 2020	101
Gráfico 34 – Quantidade de respiradores/ventiladores, disponíveis ao SUS ou não, cadastrados no Cnes como em uso por Região de Saúde, na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019 e julho de 2020	102
Gráfico 35 – Número de leitos clínicos, cirúrgicos e obstétricos vinculado ao SUS na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019 e julho de 2020.....	104
Gráfico 36 – Número de UTIs vinculados ou não ao SUS por perfil, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019 e julho de 2020	104
Gráfico 37 – Número e tendência linear das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019.....	109
Gráfico 38 – Distribuição do número de internações por grande grupo de causas externas, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019	114
Gráfico 39 – Tendência do número de atendimentos ambulatoriais por acidentes no local de trabalho ou a serviço da empresa e de acidente no trajeto para o trabalho, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019	114
Gráfico 40 – Repasses de custeio da atenção primária para as Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2018 e 2019.....	115
Gráfico 41 – Repasses federais de custeio no âmbito da Vigilância em Saúde para as Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2018 e 2019.....	116
Gráfico 42 – Repasses federais de investimento e custeio no âmbito da média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar para as Regiões de Saúde, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2017	116
Gráfico 43 – Repasses federais de custeio no âmbito da média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar para as Regiões de Saúde, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2018 e 2019	117
Gráfico 44 – Repasses federais de custeio no âmbito da atenção especializada para as Regiões de Saúde, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2018 e 2019.....	117
Gráfico 45 – Repasses federais no âmbito da assistência farmacêutica, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2017.....	118
Gráfico 46 – Repasses federais de custeio no âmbito da assistência farmacêutica, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2018 e 2019.....	118
Gráfico 47 – Repasses federais de investimento para as Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2017.....	119
Gráfico 48 – Repasses federais de Gestão do SUS aos municípios Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2017.....	119

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regiões de Saúde do estado de Goiás.....	21
Figura 2 – Macrorregiões de Saúde do estado de Goiás.....	22
Figura 3 – Macrorregião Sudoeste: 656.450 habitantes.....	23
Figura 4 – Resultado final da dinâmica da construção do corpo humano pela macrorregião....	32
Figura 5 – Avaliação da primeira oficina.....	36
Figura 6 – Os secretários de saúde da Região de Saúde estabeleceram algum canal de comunicação formal ou informal para troca de informações e pactuações?.....	40
Figura 7 – A Secretaria de Saúde elaborou o plano de contingência municipal de enfrentamento à Covid-19?.....	41
Figura 8 – O Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Covid-19 teve a participação de outras secretarias municipais?.....	42
Figura 9 – O Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Covid-19 prevê a instituição/ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE)?.....	43
Figura 10 – Qual a cobertura de atenção primária do seu município?.....	43
Figura 11 – A Secretaria de Saúde organizou os serviços de atenção primária para a identificação precoce, adoção de medidas de isolamento, atendimento médico e de enfermagem oportuno para sintomáticos respiratórios?.....	45
Figura 12 – Você considera que os serviços de saúde estão aptos para garantir o acolhimento, reconhecimento precoce, tratamento e monitoramento de casos suspeitos para a infecção humana pela Covid-19?.....	45
Figura 13 – A Secretaria de Saúde definiu uma ou mais unidade de saúde como exclusiva para atendimento dos pacientes suspeitos de Covid-19?.....	46
Figura 14 – A Secretaria de Saúde definiu fluxo específico para sintomáticos respiratórios em unidades de atenção primária exclusivas para este fim?.....	46
Figura 15 – Os sintomáticos respiratórios e seus contatos estão sendo isolados precocemente e acompanhados por estratégia de telemonitoramento?.....	47
Figura 16 – A Secretaria de Saúde instituiu/ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE) para o enfrentamento à Covid-19?.....	50
Figura 17 – O COE é composto pelas áreas técnicas de gestão, assistência, vigilância e comunicação social da Secretaria de Saúde?.....	50

Figura 18 – O COE tem se reunido com frequência para auxiliar no enfrentamento da epidemia?.....	51
Figura 19 – O COE elaborou plano de contingência abrangendo ações de vigilância, prevenção, mitigação e respostas?.....	51
Figura 20 – O COE tem subsidiado a tomada de decisão em relação a medidas de distanciamento/isolamento social no município?.....	52
Figura 21 – O COE tem estabelecido interlocução micro e macrorregional para a elaboração de respostas organizadas no enfrentamento da epidemia?	52
Figura 22 – A Secretaria de Saúde tem recebido informações suficientes e qualificadas em relação à organização do cuidado e de vigilância em saúde?.....	53
Figura 23 – A Vigilância Epidemiológica está trabalhando em parceria com a atenção primária, nos casos suspeitos e confirmados de Covid-19?	54
Figura 24 – Existe referência estabelecida para Unidade de Pronto Atendimento e/ou serviço 24 horas para os casos considerados moderados e graves?	55
Figura 25 – Existe referência hospitalar para os casos considerados graves?	55
Figura 26 – O acesso aos diferentes pontos de atenção é regulado?.....	56
Figura 27 – Existe logística definida para o transporte de sintomáticos respiratórios entre os diferentes pontos de atenção?.....	56
Figura 28 – Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até uma Unidade de Pronto Atendimento quando esta estiver acessível fora do município?.....	57
Figura 29 – Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até hospital de pequeno porte quando este estiver acessível fora do Município?.....	58
Figura 30 – Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até hospital de média complexidade quando este estiver acessível fora do município?	58
Figura 31 – Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até hospital de alta complexidade quando este estiver acessível fora do município?	59
Figura 32 – A Secretaria de Saúde vem utilizando outras estratégias de comunicação além da mídia tradicional?	60
Figura 33 – A Secretaria de Saúde implantou canal de comunicação para atender e qualificar demandas e orientar usuários sobre quando e quais serviços acessar em caso de dúvidas e sobre sintomas?	60

Figura 34 – O município oferece auxílio psicológico para profissionais de saúde que estão trabalhando na epidemia da Covid-19?	61
Figura 35 – Você considera que os serviços de saúde estão aptos para garantir acolhimento, reconhecimento precoce, tratamento e monitoramento de casos suspeitos para a infecção humana pela Covid-19?	62
Figura 36 – A Secretaria de Saúde possui grade assistencial estruturada para o encaminhamento dos sintomáticos respiratórios para serviços de maior complexidade (Upa, Hospital Geral)?	62
Figura 37 – O Município faz testagem para covid-19, em tempo oportuno, nos profissionais de saúde?.....	63
Figura 38 – Existe fluxo estabelecido para apoio diagnóstico da Covid-19?	63
Figura 39 – A Secretaria de Saúde tem conseguido manter estoque de insumos estratégicos (EPI, medicamentos etc.)?	64
Figura 40 – A Secretaria de Saúde possui quadro funcional suficiente para as atividades assistenciais?	64
Figura 41 – A Secretaria de Saúde estimou a sua demanda de modo a direcionar estrategicamente seus recursos?	65
Figura 42 – Itinerário Terapêutico Covid-19	69
Figura 43 – Itinerário Terapêutico Doenças do Aparelho Circulatório	70
Figura 44 – Matriz para atividade de dispersão.....	71
Figura 45 - Classificação dos espaços rurais e urbanos dos municípios da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás.....	79
Figura 46 – Mapa contendo classificação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dos municípios que compõem a Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010.....	80
Figura 47 – Percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2017	98
Figura 48 – Mapa do fluxo de AIH das ICSAPS na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019	109
Figura 49 – Mapa de fluxo de AIH das doenças do aparelho respiratório, na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019.....	111
Figura 50 – Mapa de fluxos de AIH das doenças do aparelho digestivo, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019	111

Figura 51 – Mapa de fluxos de AIH relacionados a lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019	112
Figura 52 – Mapa de fluxo de AIH das doenças do aparelho circulatório, Goiás, 2010 a 2019.....	112
Figura 53 – Mapa de fluxos de AIH das doenças do aparelho digestivo, Goiás, 2010 a 2019	113
Figura 54 – Mapa de fluxos de AIH das doenças do aparelho geniturinário, Goiás, 2010 a 2019	113
Figura 55 – Mapa de fluxos de AIH das doenças do aparelho respiratório, Goiás, 2010 a 2019	113
Figura 56 – Mapa de fluxos de AIH de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, Goiás, 2010 a 2019	113
Figura 57 – Situação do indicador “despesa com recurso próprio por habitante” para os municípios da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019.....	120
Figura 58 – Situação do indicador “percentual da receita própria aplicada em saúde conforme a EC n. 29/2000” nos municípios da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019.....	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Aporte populacional das Macrorregiões de Saúde.....	23
Tabela 2 – Aporte populacional da Macrorregião Sudoeste do estado de Goiás 2019	24
Tabela 3 – População estimada do município	40
Tabela 4 – Número de municípios por área da SMS participante na elaboração do plano de contingência de enfrentamento à Covid-19	41
Tabela 5 – Número de municípios por estratégia utilizada para capacitação das equipes da APS, vigilância, urgência e emergência e dos hospitais	44
Tabela 6 – Número de municípios por tipo de ponto de atenção existente além das UBS.....	47
Tabela 7 – Número de municípios por tipo de ponto de atenção existente e acessível fora do município.....	49
Tabela 8 – Caracterização dos municípios que compõem a Região de Saúde Sudoeste I, Goiás.....	76
Tabela 9 – Caracterização dos municípios que compõem a Região de Saúde Sudoeste II, Goiás	77
Tabela 10 – Índices de Governança Municipal (IGM) e os valores do Produto Interno Bruto (PIB) por municípios da Região de Saúde Sudoeste I, Goiás	80
Tabela 11 – Índices de Governança Municipal (IGM) e os valores do Produto Interno Bruto (PIB) por municípios da Região de Saúde Sudoeste II, Goiás.....	81
Tabela 12 – Distribuição do número de óbitos por Capítulo CID-10 em 2009 e em 2018 da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás	89
Tabela 13 – Distribuição do quantitativo de profissionais que atuam e não atuam no SUS, por CBO, na Macrorregião de Saúde Sudoeste. Goiás, julho de 2020.....	99
Tabela 14 – Número de estabelecimentos, por tipo, na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, julho de 2020.....	102
Tabela 15 – Número absoluto e valor total aprovado dos procedimentos ambulatoriais por grupo de procedimentos na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019.....	105
Tabela 16 – Valor aprovado dos procedimentos ambulatoriais por subgrupo, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019	106
Tabela 17 – Número absoluto de óbitos por subgrupo de procedimentos na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019	108
Tabela 18 – Distribuição, por capítulo CID-10 (exceto gravidez, parto e puerpério), do número de internações, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 e 2019	110

LISTA DE SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Epidemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAO-SAÚDE	Centro de Apoio Operacional do Ministério Público
CGU	Corregedoria-Geral da União
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CME	Centro de Material e Esterilização
COE	Centro Operações de Emergência
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
Dcar	Doenças Crônicas do Aparelho Respiratório
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EP	Educação Permanente
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
Haoc	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HU	Hospital Universitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IT	Itinerário Terapêutico
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde as Família
Neps	Núcleos de Educação Permanente
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

OMS	Organização Mundial da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PCR	Proteína-C Reativa
PRI	Planejamento Regional Integrado
Proadi-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Remume	Relação Municipal de Medicamentos
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Ride	Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RS	Regional de Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Seinsf/GO	Seção de apoio e articulação federativa do ministério da saúde em Goiás
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SG	Síndrome Gripal
SIM	Sistemas de Informação de Mortalidade
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Território de Identidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

PREFÁCIO	15
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Contextualização sobre o processo de planejamento regional e sua importância para a governança e a organização da RAS no SUS.....	18
1.2 Contextualização sobre o projeto e sobre a seleção da macrorregião	24
1.3 Expectativas sobre a contribuição do projeto e desse produto para o processo de Planejamento Regional Integrado	27
2 PROCESSO METODOLÓGICO PARA CONDUÇÃO DO PROJETO NO TERRITÓRIO	29
2.1 Matrizes para análise dos macroproblemas, desenvolvidas durante a segunda e terceira oficinas.....	73
3 ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE –ASIS – DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE, GOIÁS.....	75
3.1 Capacidade instalada da Macrorregião Sudoeste.....	97
3.1.1 Atenção Primária.....	98
3.1.2 Número de profissionais.....	99
3.1.3 Equipamentos disponíveis.....	101
3.1.4 Número de leitos	103
3.1.5 Assistência ambulatorial.....	105
3.1.6 Morbidade hospitalar.....	107
3.1.7 Repasses financeiros	115
3.2 Orçamento público	120

4	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO PROJETO	123
	REFERÊNCIAS.....	127
	ANEXOS.....	131
	Anexo A – Matriz para sistematização do desenho da Rede de Atenção à Saúde – Macroproblema de Saúde: Doenças do Aparelho Circulatório.....	132
	Anexo B – Matriz para sistematização do desenho da Rede de Atenção à Saúde – Macroproblema de Saúde: Covid-19	138



PREFÁCIO

Nesse momento, é hora de compartilhar o produto feito pela equipe local do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc) na execução do Projeto de Fortalecimento da Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde na Macrorregião Sudoeste do estado de Goiás. Produto desenvolvido nos 28 municípios da macrorregião goiana.

Será apresentado, aqui, todo o processo metodológico para condução do projeto na Macrorregião de Saúde Sudoeste do estado de Goiás, que ocorreu no decorrer dos anos de 2019 e 2020. O principal objetivo do projeto foi ajudar os municípios a elaborar um documento carro-chefe do planejamento regional, a fim de fornecer referencial metodológico para o processo de planejamento regional das Regiões de Saúde. Aqui, neste documento, foram relatadas todas as experiências da equipe local do projeto e os parceiros do território. Apresenta análise situacional atualizada da Macrorregião Sudoeste e todos os resultados obtidos por meio das oficinas e das atividades de dispersão realizadas no território.



1

INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização sobre o processo de planejamento regional e sua importância para a governança e a organização da RAS no SUS

Embora seja notório o avanço alcançado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no decorrer dos últimos 30 anos, torna-se cada vez mais evidente a importância em superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado.

O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, estabelece em seu artigo 7º que “as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestoras”, definindo como Região de Saúde “o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Regulamenta também que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

Ao longo dos 30 anos do Sistema Único de Saúde, o planejamento, as responsabilidades de cada ente da federação, a gestão e os conceitos de governança têm sido muito discutidos e apresentam uma evolução permanente. Gestão e planejamento no SUS são essenciais para sua governança, indissociáveis e singulares por suas características federativas e de participação na comunidade. Da mesma forma, universalidade, integralidade e equidade também são indissociáveis de um modelo de atenção. Em ambos os casos, um não se expressa sem a existência do outro. Para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), os princípios organizativos do SUS de descentralização e regionalização também são indissociáveis.

O processo de descentralização e gestão federativa é constitucional para o setor saúde, desde 1988, embora este princípio represente uma necessidade nacional apontada desde o início da década de 1960. A Lei Orgânica da Saúde apresenta as competências das esferas de gestão do SUS também no que se refere ao planejamento. Conforme a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

XVII – elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

IX – Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional (BRASIL, 1990, p. 8).

Os avanços atingidos na implementação do SUS, ao longo dos primeiros 20 anos, têm sido atribuídos ao acelerado processo de descentralização prescrito pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu novas bases para o pacto federativo, transferindo responsabilidades e recursos da esfera federal para os estados e os municípios. Por outro lado, o avanço da descentralização evidenciou a necessidade do enfrentamento de um conjunto de problemas para a garantia da integralidade da atenção à saúde.

Nesse sentido, destacam-se: a desigualdade de condições políticas, técnicas, financeiras e de necessidade de saúde dos municípios; a fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios; a competição entre os entes federados que inviabiliza a real autonomia dos municípios na gestão dos estabelecimentos e dos recursos financeiros de seu território; a fragmentação das ações e dos serviços de atenção à saúde, que dificulta o alcance da integralidade da assistência à saúde para a população.

Isso quer dizer que já não se considerava como possível nem viável garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros. Faz-se necessário, então, a construção de estruturas e procedimentos de interdependência municipal, o que só é possível por meio de processos de territorialização dos serviços de saúde e de planejamento conjunto de sua gestão e oferta (OUVERNEY, 2005).

Diante desse cenário, a regionalização ganhou um destaque a partir da necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e o fortalecimento das secretarias estaduais de saúde, no sentido de organizar redes assistenciais regionalizadas, que possam efetivar o cuidado integral à saúde.

O processo de regionalização do setor da saúde em Goiás teve seu início nos primórdios de 1930, com a reorganização dos serviços de saúde do estado, criando a Diretoria-Geral de Saúde e organizando os Serviços Sanitários Distritais a ela subordinados.

No estado de Goiás, em 1940, é reestruturado o zoneamento sanitário hierarquizando a sua organização. Criaram-se os hospitais regionais de referência em Goiânia, Jataí e Porto Nacional, e dividiu-se o território do estado em 13 Distritos Sanitários. Ainda nesse período, é criada a Secretaria de Estado da Saúde.

Em 1975, instalou-se o primeiro Escritório Regional de Saúde, na região central do estado, sediado na cidade de Ceres, com abrangência de 20 municípios. Esse escritório tinha como propósito promover a descentralização administrativa da saúde e melhorar a operacionalização da assistência médico-sanitária de forma integrada e regionalizada.

Em 1980, a tese da descentralização administrativa, a desconcentração dos recursos e a hierarquização dos serviços de saúde – amplamente debatida na 7ª Conferência Nacional de Saúde – forneceu instrumentalidade para a conformação de sistema de administração regionalizado. Ainda em 1980, foram criados 22 Escritórios Regionais de Saúde, formalmente definidos pelo Despacho Governamental n. 568/1980 – processo 1.300 – 6.268/1980. Desses 22 escritórios, seis foram efetivamente implantados nos municípios de Anicuns, Jataí, Campos Belos, Morrinhos, Pires do Rio e Porto Nacional. A implantação do restante ocorreu no ano de 1983, sendo que dois situados no médio-norte e extremo norte do estado ficaram sob o gerenciamento da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp).

No início de 1985, foi elaborada proposta de reestruturação dos Escritórios Regionais de Saúde, que sofreram substanciais modificações na sua estrutura organizacional, passando a denominação para Diretorias Regionais de Saúde. Ainda, neste ano, criaram-se as Diretorias de Quirinópolis, Crixás e Pontalina, fazendo um total de 21 diretorias.

Em 1987, diante das dificuldades operacionais, tornou-se imperativo que se promovessem novas alterações na estrutura organizacional das Diretorias Regionais de Saúde. O município de Goiânia foi dividido em seis sub-regiões, denominadas Distritos Sanitários, com autonomia de Diretoria Regional de Saúde, desvinculadas da 1ª Diretoria Regional, cuja extinção deu-se em 1990. Nesse período, ocorreu a divisão de Goiás criando o estado do Tocantins, território que sediava as Diretorias Regionais.

Em 1991, os Distritos Sanitários instalados na capital foram extintos. A 1ª Diretoria Regional com abrangência da capital e área metropolitana é reativada ocorrendo, também, desdobramentos e alterações das áreas de abrangências de cada Diretoria Regional, ficando agora o estado dividido em 22 Diretorias Regionais.

Em 1992, com a reforma administrativa do estado, ocorreram novas alterações na estrutura organizacional das Diretorias Regionais de Saúde, reduzindo o contingente do quadro de supervisores (Decreto n. 3.800, de 9 de junho de 1992).

A Norma Operacional Básica (NOB) 96 é definida como instrumento de regulação do SUS, incluindo as orientações operacionais, apontando para uma reordenação do modelo de atenção à saúde. Com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 2001, revisada e reeditada em 2002 (Noas 01/02, Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002), o processo de descentralização deu um passo significativo com a instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento ordenador do processo em cada estado e no Distrito Federal. Nesse sentido, os estados deram um passo importante nos processos de regionalização.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) (2004) foi elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e foi fruto de uma ampla discussão com os municípios e com setores envolvidos com a garantia da oferta de serviços de saúde no estado. Seu objetivo principal visa a atender as diretrizes estabelecidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas/01), que preconiza o ordenamento do processo de regionalização da saúde nos estados, fundado na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde e ampliando o processo de descentralização e municipalização, além do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, que possibilitem garantir a integralidade da assistência e o acesso universal da população aos serviços de saúde, de modo a atender às suas necessidades com eficiência e racionalidade, o mais próximo possível do local de residência do cidadão.

O estado de Goiás está localizado no Planalto Central do Brasil, ocupando uma área de 341.289,5 km quadrados, o que representa 3,99% da área do País. Faz divisa, ao Norte, com o estado do Tocantins, a Oeste com os estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e a Leste com os estados da Bahia e Minas Gerais. Seu clima é tropical, com temperaturas médias anuais variando entre 18°C e 30°C e a umidade relativa do ar com média anual em torno de 43%. Possui, atualmente, 246 municípios.

A capital do estado, Goiânia, fica localizada a aproximadamente 200 km da capital federal, Brasília. Situa-se a 800 metros acima do nível do mar, com extensão de 741 km. É uma cidade planejada e foi inaugurada em 24 de outubro de 1933.

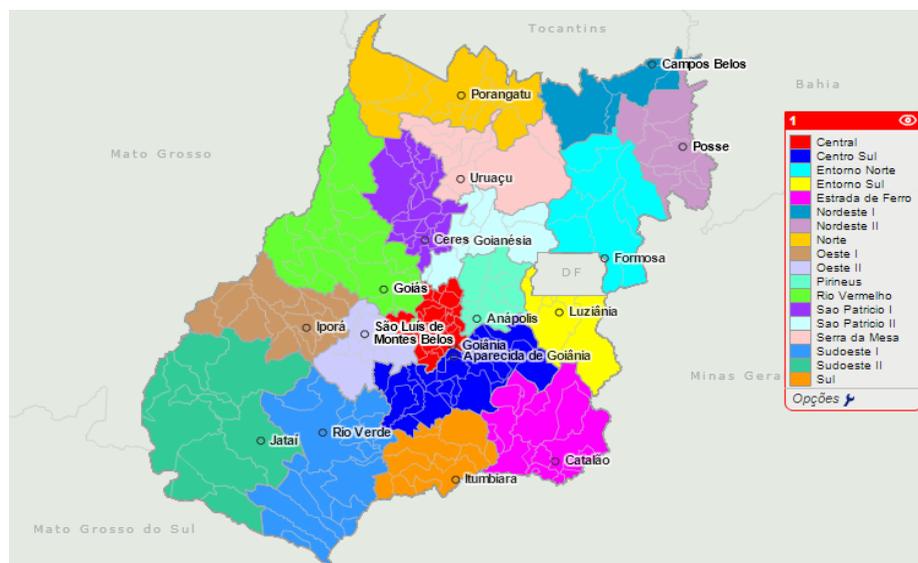
Os serviços de saúde no estado de Goiás foram, historicamente, distribuídos geograficamente, de forma distorcida. Observa-se grande concentração deles na capital do estado, enquanto municípios mais distantes ficam totalmente desassistidos. Essa realidade é fruto de um modelo no qual as necessidades efetivas da população não foram levadas em consideração, e se instalavam serviços e se credenciavam prestadores de forma bastante aleatória e desvinculada de um planejamento mais global.

A consequência é uma inadequada distribuição dos serviços, com dificuldades no seu acesso e impossibilidade de efetivo sistema de referência e contrarreferência, determinando, assim, deslocamentos constantes dos usuários. O sistema de saúde no Goiás não conta, até o momento, com mecanismos de referenciamentos formais entre os diversos gestores. E, até hoje, tentam corrigir as falhas cometidas ao longo do tempo com a centralização dos serviços de saúde e com barreiras político-administrativas preexistentes.

O Plano Diretor de Regionalização foi apresentado à CIB e pactuado conforme resoluções CIB n. 40, de 30 de julho de 2001, e n. 67, de 27 de dezembro de 2001. A Portaria n. 4279, de 30 de dezembro de 2010, define a Rede de Atenção à Saúde (RAS), como “arranjos organizativos de ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), cuja última alteração foi em 2014, o estado de Goiás está dividido em 18 Regiões de Saúde, agrupadas em 5 macrorregiões. Cada região possui uma sede administrativa denominada Regional de Saúde.

Figura 1 – Regiões de Saúde do estado de Goiás



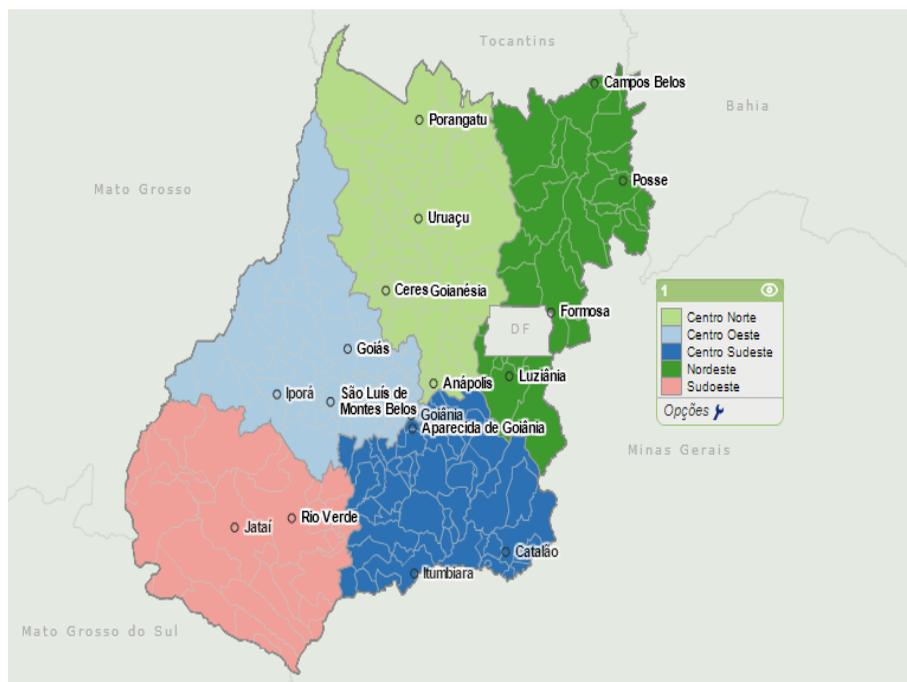
Fonte: <https://www.saude.go.gov.br/unidades-de-saude/regioes-de-saude>

As regionais de saúde representam a Secretaria de Estado da Saúde/SES/GO na Região de Saúde delimitada pelo PDR. Cada regional possui oito coordenações técnicas e o coordenador regional de unidade de saúde. Essa equipe é responsável por assessorar e apoiar os municípios, além de implementar e monitorar as ações da SES/GO em âmbito regional.

Já a Macrorregião de Saúde corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões/CIR, e seus respectivos municípios. Deve ser organizada no sentido de garantir maior governança da RAS e ser, de fato, base do planejamento e da orçamentação ascendente. Deve incorporar mecanismos que facilitem a governança partilhada nessa região. É dimensionada a partir de uma rede regionalizada que comporte uma capacidade de resolução mais ampla possível na média e alta complexidade, em que se possa garantir acesso, com economia de escala, regulação e logística adequada. A macrorregião deve ser a base do PRI. Cada CIB deve refletir sobre sua dimensão a partir do trabalho apresentado pelo Ministério da Saúde como sugestão inicial (CONASEMS, 2019).

As cinco macrorregiões do estado de Goiás estão distribuídas conforme ilustrado na figura a seguir:

Figura 2 – Macrorregiões de Saúde do estado de Goiás



Fonte: <https://mapadasaude.saude.go.gov.br>

A Tabela 1 mostra a distribuição da população nas cinco Macrorregiões de Saúde do estado de Goiás.

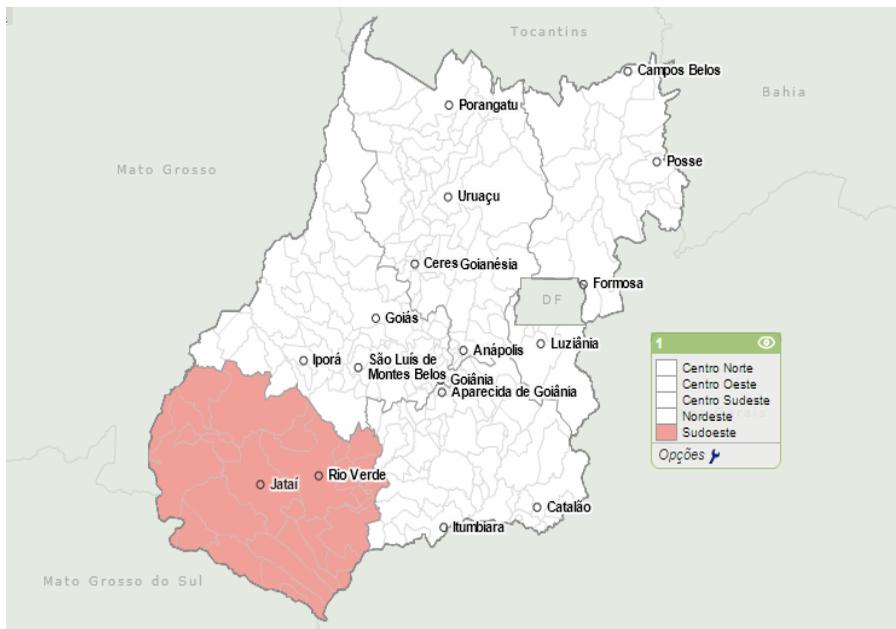
Tabela 1 – Aporte populacional das Macrorregiões de Saúde

Macrorregião	População
Centro-Oeste:	2.210.127 habitantes
Sudeste	1.379.845 habitantes
Centro-Norte	1.120.039 habitantes
Nordeste	1.207.393 habitantes
Sudoeste	656.450 habitantes
Total	6.573.854 habitantes

Fonte: <https://www.saude.go.gov.br/unidades-de-saude/regioes-de-saude>

As próximas seções versarão a respeito da Macrorregião de Saúde Sudoeste do estado de Goiás. Essa macrorregião é, atualmente, composta por 28 municípios, são eles: Acreúna, Aparecida do Rio Doce, Cachoeira Alta, Caçu, Castelândia, Itajá, Itarumã, Lagoa Santa, Maurilândia, Montividiu, Paranaiguara, Porteirão, Quirinópolis, Rio Verde, Santa Helena de Goiás, Santo Antônio da Barra, São Simão, Turvelândia, Aporé, Caiapônia, Chapadão do Céu, Dorvelândia, Jataí, Mineiros, Perolândia, Portelândia, Santa Rita do Araguaia, Serranópolis; e configura-se conforme mapa a seguir:

Figura 3 – Macrorregião Sudoeste: 656.450 habitantes



Fonte: <https://mapadasaude.saude.go.gov.br/#v=map3;j=regioes.macrors;l=pt>

A Macrorregião Sudoeste do estado de Goiás é a menos populosa em relação às outras Macrorregiões de Saúde do estado, e também é a que apresenta menor quantidade de municípios, totalizando 28, sendo que 23 destes possuem menos de 25 mil habitantes, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Aporte populacional da Macrorregião Sudoeste do estado de Goiás 2019

População		Municípios Números	Municípios Porcentagens
De	Até		
0	3.000	2	7,14
3.001	10.000	13	46,43
10.001	15.000	4	14,29
15.001	25.000	4	14,29
25.001	50.000	2	7,14
50.001	100.000	1	3,57
100.001	500.000	2	7,14
500.001	1.000.000	0	0,00
ACIMA DE 1.000.001		0	0,00
TOTAL		28	100,00

Fonte: <https://www.saude.go.gov.br/unidades-de-saude/regioes-de-saude>

1.2 Contextualização sobre o projeto e sobre a seleção da macrorregião

O projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, realizado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc), em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) tem como finalidade o fortalecimento da RAS, por intermédio do aperfeiçoamento do protagonismo municipal nos processos de governança, na organização e na integração da Rede de Atenção à Saúde, e o apoio à atuação do Comitê de Governança da RAS, num processo cooperativo de fortalecimento do Planejamento Regional.

Esse projeto ainda contou com a colaboração do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado de Goiás (Cosems/GO) e da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, parcerias fundamentais ao desenvolvimento do projeto na região.

A elaboração de propostas de intervenção macrorregionais e de processos de monitoramento e avaliação, que são para provocar mudanças nas práticas de governança e no desenho de serviços, visam fortalecer o processo de planejamento regional e qualificar a Rede de Atenção à Saúde, para que esta seja mais efetiva.

O foco no planejamento ascendente como metodologia predominante impõe como dimensão essencial, desde a etapa inicial, o componente político expresso no processo de articulação,

pactuação e adesão dos atores pertinentes no contexto da região, assim como nos processos de acompanhamento e avaliação das ações propostas. Para o sucesso desses processos, é reconhecida a importância da inclusão do conjunto de atores que precisam estar implicados na discussão da regionalização e consolidação da Rede de Atenção à Saúde, tendo como etapa propositiva a abertura de espaços de diálogo inclusivo nas instâncias e nos colegiados de gestão, em que se reconhecem os diferentes interesses.

A proposta desse projeto ainda coincide com a estratégia e com os esforços envidados pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde, no desenvolvimento e na consolidação dos dispositivos de regionalização, estruturação da Rede Integrada de Serviços e apoio à implementação e ao fortalecimento do comitê de governança da RAS, com foco em ações estruturantes para o Planejamento Regional Integrado, conforme disposto na Resolução CIT n. 37, de 22 de março de 2018, considerados como fundamentais para a superação da fragmentação do sistema e a coordenação das políticas de saúde.

No País, seis Macrorregiões de Saúde foram selecionadas para esse projeto: a Macrorregião do Sudoeste do estado de Goiás, a Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede Peba), a Macrorregião Metropolitana do Rio Grande do Sul, a Macrorregião I de Rondônia, a Macrorregião Sul de Minas Gerais e a Macrorregião do Cariri no Ceará.

Essas Macrorregiões de Saúde têm características socioeconômicas, perfis demográficos e assistenciais distintos. De acordo com o Conasems, foram escolhidas diferentes Macrorregiões de Saúde do País para integrar o projeto, com o objetivo de mapear variáveis suficientemente capazes de expressar a diversidade de realidades do Brasil, dos processos de regionalização e das necessidades de organização e integração da Rede de Atenção à Saúde. Na Região Centro-Oeste foi indicado, pelo Conasems, o estado de Goiás. O Cosems/GO indicou a Macrorregião Sudoeste pois apresentava histórico recente de integração dos seus municípios.

A Macrorregião Sudoeste do estado de Goiás, cujo município sede é Rio Verde, único município da macrorregião com mais de 100 mil habitantes, realizava reuniões de CIR macrorregional trimestralmente desde o ano de 2017, alternado entre as Regiões de Saúde Sudoeste I e Sudoeste II.

No período de 29 de junho a 18 de agosto de 2017, a Escola de Saúde Pública de Goiás, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, promoveu o curso de “Qualificação para Gestores Municipais de Saúde do Estado de Goiás” para todos os gestores das cinco Macrorregiões de Saúde do estado. Nessa oportunidade, aconteceu uma integração muito grande entre os gestores de Saúde da Macrorregião de Saúde Sudoeste, fato que não havia acontecido antes. Foi percebida a necessidade da união de todos os gestores para o fortalecimento do Sistema de Saúde da macrorregião, nas discussões, nas deliberações, nas pactuações, nas implementações e/ou nas implantações de serviços de saúde, e em todos os problemas de saúde da macrorregião, pensando sempre no bem-estar do usuário em primeiro lugar.

Portanto, foi pactuado que as reuniões da Comissão Intergestores Macrorregional (CIM), aconteceriam de três em três meses, sendo duas reuniões na Região de Saúde Sudoeste I, e duas reuniões na Região de Saúde Sudoeste II, e, extraordinariamente, quando se fizesse necessário. A

primeira reunião da CIM ocorreu no dia 5 de setembro de 2017, no município de Chapadão do Céu. A segunda, no dia 8 de dezembro do mesmo ano, aconteceu no município de São Simão. E, assim, sucessivamente, conforme a agenda dos municípios.

Assim, a reunião de pactuação e assinatura dos termos de compromisso dos municípios da Macrorregião Sudoeste de Goiás com o projeto foi realizada no auditório do Infinity Hotels, no município de Rio Verde, contando com a presença da equipe local do Haoc, equipe da coordenação do Haoc nível central, presidente do Cosems/GO, representantes do Conasems, Superintendente Estadual do Ministério da Saúde em Goiás (Sems/GO), representantes da Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa (Seinsg/Sems/GO), coordenador de unidades e técnicos da Regional de Saúde de Rio Verde – Sudoeste I, coordenador de unidade e técnicos da Regional de Saúde de Jataí – Sudoeste II, prefeito(a)s dos municípios, vereadora, secretário(a)s municipais de saúde da Macrorregião de Saúde, e técnico(a)s das secretarias municipais de saúde.

Compareceram à reunião de pactuação os prefeitos das cidades de Aparecida do Rio Doce, Caçu, Castelândia, Itarumã, Mineiros, Paranaiguara, Perolândia, Porteirão, Santa Rita do Araguaia e Serranópolis, representando 36% dos 28 municípios da Macrorregião Sudoeste do Estado de Goiás. Estiveram presentes 25 secretário(a)s municipais de saúde, representando os municípios de Aparecida do Rio Doce, Aporé, Cachoeira Alta, Caçu, Chapadão do Céu, Caiapônia, Castelândia, Itajá, Itarumã, Jataí, Lagoa Santa, Maurilândia, Mineiros, Montividiu, Paranaiguara, Perolândia, Porteirão, Quirinópolis, Rio Verde, Santa Helena de Goiás, Santa Rita do Araguaia, Serranópolis, Turvelândia, Santo Antônio da Barra, São Simão; representação de 93% dos municípios da macrorregião. E também compareceram 23 técnico(a)s das secretarias municipais de saúde, representando 82% das secretarias municipais de saúde da macrorregião. Na reunião de pactuação, não estiveram presentes apenas dois municípios, representando 7% dos municípios da Macrorregião de Sudoeste do Estado de Goiás.

No contexto do início desse projeto, todas as redes temáticas de atenção à saúde encontravam-se implementadas na região, exceto a de doenças crônicas. Contudo, o processo de discussão da regionalização em Goiás estava estagnado desde a configuração das Regiões de Saúde definidas na CIB, após a publicação da Resolução CIT n. 37.

A Resolução CIT n. 37, de 22 de março de 2018, dispõe sobre o processo de planejamento integrado (PRI), que deve expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da RAS, formalizado no Plano Regional.

Essa resolução colocava desafios ao estado e aos municípios da região na elaboração e na concretização desse processo de planejamento. Assim, esse projeto vem como oportunidade para fortalecer os municípios e demais atores da Macrorregião Sudoeste de Goiás na organização e integração da Rede de Atenção à Saúde.

1.3 Expectativas sobre a contribuição do projeto e desse produto para o processo de Planejamento Regional Integrado

A princípio, tivemos alguns desafios a serem superados. O primeiro deles foi a falta de participação do nível central da Secretaria Estadual de Saúde. Contudo, após a repercussão positiva da Primeira Oficina Macrorregional e as ações do projeto no apoio aos municípios no enfrentamento à pandemia, conseguimos aproximar esse ator fundamental para o desenvolvimento do projeto, que passou a interagir e a participar com mais assiduidade das ações do projeto no território.

Outro desafio foi a adesão e participação dos 28 municípios que compõem a macrorregião. Destes, 27 municípios assinaram o termo de compromisso. Apenas um município não aderiu ao projeto por meio do termo de compromisso, contudo seus técnicos municipais participaram das ações promovidas pelo projeto. A dificuldade de participação dos municípios nas atividades era um desafio previsto pelo projeto, pois a Macrorregião Sudoeste de Goiás possui grande dimensão territorial, fazendo divisas interestaduais com os estados do Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais, e 23 do total de 28 municípios da macrorregião apresentam população de até 25 mil habitantes. Esses municípios apresentam dificuldades orçamentárias para o custeio de despesas para participação dos técnicos das secretarias municipais de saúde nas oficinas. Essa participação, porém, foi viabilizada por meio do apoio dos parceiros no território, como as duas Regionais de Saúde (Rio Verde e Jataí), do apoio incondicional do Cosems/GO e da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (Sems/GO).

Por meio da capacidade de articulação da equipe local do Haoc no território, foi constituído um grupo para execução das atividades com todas as representações dos atores estratégicos: as Regionais de Saúde do estado, a SES/GO, o Cosems/GO, a Seinsf/Sems/GO e a equipe local Haoc. Esse grupo tripartite (em referência ao colegiado de gestão tripartite, CIT) discutiu e deliberou a respeito das ações e do processo metodológico para execução do projeto, e conduziu as ações do território. A formação desse grupo possibilitou usufruir ao máximo a experiência de cada ente e desenvolver as ações do projeto no território, fazendo com que se tornassem mais eficazes.

As perspectivas da macrorregião em relação ao produto final do projeto são grandes. Espera-se que esse produto venha a ser um documento norteador no planejamento para os atuais e futuros gestores municipais de saúde, na governança, na organização, no fortalecimento da rede, na ampliação e/ou na implantação de serviços, entre outras ações que tenham como fundamento as necessidades de saúde da população, visando atender com dignidade aos usuários da Macrorregião de Saúde Sudoeste do estado de Goiás. Além disso, espera-se que esse documento venha a ser referência para outras macrorregiões de saúde do estado.

Há, também, uma expectativa de que, por meio desse projeto, os temas de governança, gestão, ferramentas de controle e controle social possam ser mais amplamente discutidos em toda a macrorregião, e que o produto do projeto possa subsidiar os novos gestores das próximas gestões e auxiliá-los na elaboração de um planejamento ascendente, de forma regionalizada e hierarquizada, observando os indicadores de saúde, itinerário terapêutico, capacidade instalada, entre outros temas, com foco na organização, na integração e no fortalecimento da Macrorregião Sudoeste.

A experiência de formação de um grupo tripartite para execução dos projetos mostrou-se boa prática a ser continuada e fortalecida. Assim, espera-se que já seja possível fomentar um grupo gestor (Comitê Executivo de Governança) dentro do território para avaliar, monitorar, sugerir, implementar, implantar, adequar os serviços existentes, orientar sobre pactuação com outros municípios que não pertencem à Macrorregião de Saúde, como serviços de alta complexidade, observando sempre a distribuição desses serviços e garantindo acessibilidade e fluxo de usuários, com menor tempo de transporte, como também avaliar a destinação das emendas parlamentares, tanto federais como estaduais, buscando aplicar os recursos a partir da observação das necessidades do território para evitar duplicidade desnecessária e falta de serviços importantes para a macrorregião.

Esse grupo deve garantir a representatividade de gestores e técnicos municipais dos grandes, pequenos e médios municípios, promovendo a participação de todos que demonstrarem interesse e garantido o direito da participação de todos os gestores nas pactuações.



2

**PROCESSO
METODOLÓGICO
PARA CONDUÇÃO
DO PROJETO NO
TERRITÓRIO**

A primeira atividade do projeto foi a Oficina de Pactuação da macrorregião, que aconteceu no município de Rio Verde, no mês de outubro 2019, e teve o objetivo de apresentar o projeto aos prefeitos e gestores da região, obter a assinatura dos termos de compromisso de adesão e participação, além da indicação, pelo gestor, de interlocutor/representante do município para acompanhar as atividades do projeto e trabalhar junto à equipe local.

Nessa oficina, os gestores pactuaram que as agendas do projeto aconteceriam nas cidades de Rio Verde e Jataí, alternadamente. O desenho feito para o desenvolvimento do projeto previa a realização na Macrorregião Sudoeste de Goiás de uma Oficina de Pactuação e três Oficinas Macrorregionais, com os representantes dos municípios, além de cinco Oficinas de Alinhamento Conceitual e Metodológico, estas realizadas em São Paulo ou Brasília, no período compreendido entre setembro de 2019 a novembro de 2020. Com o início da pandemia da Covid-19, o calendário de oficinas foi adaptado ao formato remoto.

No dia da Oficina de Pactuação, a equipe local foi apresentada, sendo composta por um coordenador e dois facilitadores. A equipe local contou com o apoio de dois assessores temáticos e trabalhou durante todo o projeto junto aos interlocutores e atores envolvidos. O envolvimento dos atores estratégicos que compuseram o grupo tripartite, anteriormente mencionado, foi primordial para a discussão da regionalização e consolidação da Macrorregião Sudoeste do Estado de Goiás e para o sucesso do projeto.

Durante as Oficinas de Alinhamento Conceitual e Metodológico, foi realizado o planejamento das atividades do projeto e a qualificação da equipe local por meio de processos de Educação Permanente em Saúde.

A primeira Oficina de Alinhamento aconteceu em Brasília (DF), nos dias 19 e 20 de setembro de 2019, ocasião na qual os sete Cosems envolvidos no projeto apresentaram a Rede de Atenção à Saúde das suas regiões. Foi a partir dessa oficina que os facilitadores e coordenadores da equipe pactuaram o plano de trabalho, destacando a necessidade de fazer uma primeira rodada de visitas aos municípios para apresentação do projeto.

A equipe local de Goiás identificou a necessidade de visitas in loco, principalmente aos municípios que deixaram de participar da Oficina de Pactuação e da assinatura dos termos de compromissos.

Os primeiros municípios a serem visitados foram Cachoeira Alta, Caçu, Aparecida do Rio Doce e Lagoa Santa e, simultaneamente, os espaços do colegiado CIR, CIB e também as Regionais de Saúde, nos municípios de Rio Verde e Jataí. Posteriormente, foram feitas visitas à Seinsf/GO e Sems/GO, que, desde o princípio, forneceu total apoio ao projeto e participou da definição das primeiras ações a serem implementadas no território.

A equipe local selecionada facilitou o processo de articulação no território que, a princípio, aconteceu de forma informal e que, durante o processo, foi se institucionalizando. A equipe local do Haoc foi composta por um ex-coordenador de CIR da macrorregião, um ex-integrante da equipe da Seinsf/GO e um ex-secretário de saúde da macrorregião. A experiência dos integrantes dessa equipe na região facilitou as articulações entre os entes parceiros no território.

A equipe local ainda encontrou apoio nos espaços de CIR das regiões Sudoeste I e Sudoeste II, e espaço na CIR macro. Esses espaços foram incorporados ao desenvolvimento do projeto na região e foram aproveitados para discussão e validação das atividades propostas.

Anteriormente ao projeto, existiam duas reuniões de CIR, uma da região Sudoeste I e outra da região Sudoeste II e, além delas, a reunião CIR macrorregional trimestral. Após encontro da equipe local do Haoc com a presidente do Cosems/GO, foi proposto que todas as reuniões de colegiado da Macrorregião Sudoeste seriam transformadas em CIR macrorregional, mensalmente, com o intuito de fortalecer a identidade macrorregional aproveitando o processo de trabalho do projeto.

No dia 24 de outubro de 2019, aconteceu, em São Paulo, a Segunda Oficina de Alinhamento Conceitual e Metodológico, com o objetivo de refletir a prática no território, avaliar as melhorias para o bom andamento das ações, os possíveis incidentes críticos ocorridos nos primeiros meses de execução e, a partir de então, identificar os desafios para o desenvolvimento do projeto na região, além da troca de experiências com as outras macrorregiões que fazem parte do projeto. Além disso, ao finalizar essa oficina, as equipes deveriam ter o planejamento da 1ª Oficina Macrorregional.

Após a Oficina de Alinhamento em São Paulo, a equipe local se reuniu, por meio de videoconferência, com os demais atores envolvidos: Cosems/GO, Seinsf/GO e Regionais de Saúde do estado. Foi definida a realização de uma pré-oficina com o intuito de receber e conhecer todos os técnicos indicados pelos secretários municipais de saúde, apresentar o projeto e disponibilizar a primeira atividade de dispersão, que consistiu no levantamento de dados necessários para realizar a análise situacional da Macrorregião Sudoeste.

No dia 6 de novembro de 2019, no Auditório Kléber Reis Costa, no município de Rio Verde, reuniram-se a equipe local do Haoc, a presidente do Cosems/GO, representantes do Ministério de Saúde, representantes das Regionais de Saúde de Jataí e Rio Verde e gestores e técnicos dos municípios da macrorregião. Nesse encontro, foi realizada uma dinâmica de socialização e apresentação dos participantes. A coordenadora de educação permanente da Regional de Saúde dividiu aleatoriamente todos os participantes em cinco grupos. Para cada grupo foi disponibilizada uma folha em branco, e um pincel e foi determinado que cada grupo ficaria responsável por desenhar uma parte do corpo. O objetivo da atividade foi mostrar como cada um se vê e como diferentes olhares poderiam olhar em um só sentido, fazer o comparativo antes e depois do projeto, ver se a visão e a percepção do município mudaram em relação à sua visão no espaço macrorregional.

A reflexão a ser provocada é que no processo de regionalização acontece a mesma coisa, cada um tem seu olhar e suas dificuldades, fazendo um paralelo do corpo humano com as fragilidades, as lacunas assistenciais e outros problemas que existem no Sistema de Saúde da macrorregião. A atividade visou demonstrar o resultado de como cada município se vê e se articula na sua região.

Figura 4 – Resultado final da dinâmica da construção do corpo humano pela macrorregião



Fonte: Equipe local do Haoc.

Em seguida à atividade, a presidente do Cosems/GO fez a apresentação do vídeo institucional do Hospital Alemão Osvaldo Cruz, reforçando a importância da parceria com a instituição e a importância da participação dos municípios para construção de planejamento de saúde ascendente. Também cobrou dos gestores e técnicos das secretarias municipais de saúde comprometimento e seriedade nas discussões, valorizando a escolha da macrorregião feita pelo Ministério da Saúde e Conasems para fazer integrar o projeto.

O Termo de Referência das oficinas foi apresentado pela presidente do Cosems/GO e pelo facilitador local. Esse termo de referência continha o referencial metodológico adotado para a realização da Primeira Oficina Macrorregional.

Falou-se sobre a importância da coleta de dados e informações da real situação de saúde para a formatação do planejamento e do plano de saúde regional, para que estes contemplem todas as necessidades da saúde da região, garantindo qualidade nos serviços de saúde prestados aos usuários e fortalecendo uma gestão eficaz e eficiente.

Foi pactuado ainda que, antes de cada oficina com o Hospital Alemão Osvaldo Cruz, seria realizada uma reunião prévia para discussão do tema, que aconteceria na CIR da macrorregião.

Posteriormente, a equipe local do Haoc, a presidente do Cosems/GO, os técnicos do Ministério da Saúde, os representantes das Regionais de Saúde de Jataí e Rio Verde encontraram-se na sede da Regional de Saúde de Rio Verde com objetivo de finalizar a organização da Primeira Oficina Macrorregional.

Na pré-oficina, que ocorreu no dia 6 de novembro de 2019, não compareceram e nem justificaram a ausência técnicos e gestores de seis municípios da Macrorregião Sudoeste do estado de Goiás.

Após a reunião, a equipe local entrou em contatos com os gestores e técnicos para saber quais os motivos do não comparecimento à pré-oficina, a maioria alegou dificuldade financeira e de locomoção. Aproveitou-se a oportunidade de enviar por WhatsApp a solicitação dos dados dos municípios, que deveriam ser levados à oficina para as discussões da análise situacional da macrorregião.

A 1ª Oficina de Discussão e Validação da Análise Situacional da Macrorregião Sudoeste de Goiás foi realizada no dia 4 de dezembro de 2019, no Auditório do Infinity Hotels, no município de Rio Verde. Participaram dessa oficina, o coordenador local, facilitadores locais, assessor temático, representantes da equipe de coordenação do Haoc, equipe de sistematização do Haoc, presidente do Cosems/GO, representante do Conasems, equipe da Seinsf/Sems/GO, superintendente estadual do Ministério da Saúde em Goiás (Sems/GO), coordenador e técnicos da Regional de Saúde de Rio Verde – Sudoeste I, coordenador e técnicos da Regional de Saúde de Jataí – Sudoeste II, secretários municipais de saúde da Macrorregião de Saúde e técnicos das secretarias municipais de saúde.

A mesa de abertura foi composta com os representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conasems), Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado de Goiás (Cosems/GO), Secretaria Estadual de Saúde (SES/GO), Regionais de Saúde Rio Verde e Jataí. Todos fizeram uso da palavra e explanaram sobre a importância, a contribuição e o apoio de cada entidade no processo de elaboração do projeto, que objetiva ser uma referência para o Goiás e para o Brasil. Foi enfatizada a importância da participação dos secretários e técnicos das secretarias municipais de saúde na apresentação dos dados, na análise situacional dos indicadores de saúde, nas discussões e validações dos produtos, em todas as oficinas, com o objetivo de eliminar as lacunas assistenciais e implantar um Sistema de Saúde que atenda às necessidades dos usuários.

Após a abertura, foi realizada uma dinâmica de apresentação pelas coordenadoras de educação permanente da Regional de Saúde de Rio Verde, cujo objetivo foi demonstrar a importância do funcionamento em rede do sistema de saúde, da integração de todos os setores dos municípios e dos três entes federados, sendo que a fragilidade de um participante dessa rede pode comprometer todo o sistema.

Em seguida, a presidente do Cosems/GO realizou uma apresentação da Análise Situacional de Saúde da Macrorregião Sudoeste do estado de Goiás, atualizada por um compilado de informações fornecidas pelas Regionais de Saúde e pelo Ministério da Saúde por meio da Seinsf/GO. Essa apresentação forneceu subsídios e qualificou as discussões dos grupos de trabalho que ocorreram no período da tarde, durante a oficina. Os três grupos de trabalho que ocorreram à tarde foram divididos pela equipe local a partir dos seguintes critérios:

- Dividiu-se primeiro os maiores municípios da macrorregião, separando-os, um em cada grupo.
- Em seguida, dividiram-se os municípios de médio porte populacional.
- Por último, os pequenos municípios de porte populacional.

A intenção dessa divisão foi tentar reproduzir ao máximo a visão da macrorregião em todos os grupos e que todos se sentissem ali representados. Os grupos ficaram definidos da seguinte forma:

- ✓ **GRUPO 1** – Jataí, Cachoeira Alta, Caiapônia, Maurilândia, São Simão e Santo Antônio da Barra.
- ✓ **GRUPO 2** – Caçu, Chapadão do Céu, Mineiros, Porteirão, Quirinópolis, Serranópolis e Santa Helena de Goiás.
- ✓ **GRUPO 3** – Acreúna, Itajá, Itarumã, Paranaiguara, Portelândia, Rio Verde e Turvelândia.

Os demais participantes da oficina foram divididos aleatoriamente e de maneira proporcional nos três grupos de trabalhos. O assessor do Conasems, a assessora temática e a equipe da coordenação do Haoc acompanharam os trabalhos dos três grupos, de forma aleatória e rotativa.

A equipe local dividiu-se nos três grupos e orientou sobre como se daria a metodologia de trabalho. O grupo deveria escolher um coordenador e um relator, responsáveis pela condução do trabalho do grupo. E deveriam priorizar, pelo menos, cinco problemas de saúde da macrorregião para apresentar na plenária final.

No grupo 1 – no qual participaram os municípios de Jataí, Cachoeira Alta, Caiapônia, Maurilândia, São Simão, e Santo Antônio da Barra – foram elencados os seguintes problemas de saúde: mortalidade infantil; sífilis congênita; internação psiquiatra – paciente surtado ou crônico; partos cesáreos; aumento do índice gravidez na adolescência; aumento do índice de doenças do sistema circulatório – AVC, IAM, trombose; doenças do sistema respiratório; arboviroses – dengue, zika; acidente de trabalho – envenenamento, material biológico, máquinas agrícolas, industriais; acidente de trânsito; violência contra mulher, criança e idoso; câncer; paciente renal crônica – hemodiálise; aids/IST; drogatização.

Após o levantamento de 15 problemas de saúde, o grupo 1 priorizou seis macroproblemas de saúde. Foram eles: mortalidade infantil; partos cesáreos; aumento do índice gravidez na adolescência; aumento do índice de doenças dos sistemas circulatórios, AVC, IAM, trombose; arboviroses; câncer.

Já o segundo grupo – representado pelos municípios de Caçu, Chapadão do Céu, Mineiros, Quirinópolis, Serranópolis, e Santa Helena de Goiás – elencou os seguintes problemas de saúde: mortalidade materna e infantil; doenças cardiovasculares (infarto; hipertensão arterial; AVC; aneurisma; saúde mental (depressão; hiperatividade; autismo; TDH; crises psicóticas; comorbidades: obesidade e sedentarismo; pacientes renais e infecção urinária; causas externas (acidentes automobilísticos; violência doméstica, envenenamento por produtos químicos (agrotóxicos) e suicídio; casos de sífilis e HIV; abortos; gestação na adolescência; álcool, drogas e tabaco; doenças gastrointestinais; diabetes; doenças periodontal – cárie; doença do aparelho respiratório.

Entre os problemas citados, o grupo 2 priorizou os cinco macroproblemas de saúde a seguir: mortalidade materno e infantil; doenças cardiovasculares (infarto; hipertensão arterial; AVC; aneurisma); saúde mental (depressão; hiperatividade; autismo; TDH; crises psicóticas); comorbidades: obesidade e sedentarismo; pacientes renais e infecção urinária.

Por fim, o grupo 3 – representado pelos municípios de Acreúna, Itajá, Itarumã, Paranaiguara, Portelândia, Rio Verde, e Turvelândia – priorizou os seguintes macroproblemas de saúde: causas externas (agressões, acidentes de transporte, quedas, lesões autoprovocadas voluntariamente); doenças cardiorrespiratórias; neoplasias; transtornos mentais; e doenças do aparelho digestivo.

Na discussão dos grupos, alguns aspectos merecem destaque. Um deles foi os indicadores de mortalidade infantil que, segundo o relato de Jataí, ainda são muito altos para uma região com relativa riqueza e capacidade instalada. Os índices de sífilis congênita também são significativos. Também apareceu a questão da gravidez precoce, dos partos de alto risco e do excesso de cesáreas em Caiapônia. Essas situações, segundo os municípios, foram atribuídas aos avanços ainda a serem alcançados na organização da Atenção Primária, que é de responsabilidade dos próprios municípios.

A questão do subfinanciamento do sistema de saúde também apareceu. Contudo, muitos municípios se posicionaram de maneira que o primeiro passo e mais imediato é atuar na organização do processo de trabalho da Atenção Primária. Também falaram da dificuldade de negociação com os agentes comunitários de saúde para a organização desse processo de trabalho e na dificuldade de acesso que o usuário encontra quando busca a Atenção Primária.

As doenças cardiovasculares foram mencionadas por um grande número de municípios, identificadas como um problema sério na região, com dificuldades no acesso e na regulação dos serviços, mas que também poderia ter maior resolutividade na Atenção Primária.

Outro destaque foi a mortalidade por causas externas, devido a acidentes de trânsito em rodovias e a situações de violência, mencionadas por Quirinópolis. As doenças respiratórias e envenenamentos também chamam atenção na região, atribuídos pelos participantes ao manuseio de pesticidas e agrotóxicos, comum nas atividades agrícolas, e às usinas de álcool, muito presentes na região.

As doenças renais são um problema em Chapadão do Céu e região, onde há um problema de saneamento e de qualidade da água.

Por fim, os problemas de saúde mental também mereceram destaque, principalmente os casos de suicídio e uso abusivo de álcool e drogas.

Após a discussão dos grupos, os participantes se reuniram na plenária. O relator de cada grupo apresentou os problemas priorizados, conforme o quadro a seguir.

Quadro 1 – Quadro dos macroproblemas de saúde priorizados na Primeira Oficina Macrorregional

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Mortalidade infantil	Mortalidade materna e infantil	Causas externas (agressões, acidentes de transporte, quedas, lesões autoprovocadas voluntariamente)
Partos cesáreos	Doenças cardiovasculares (infarto; hipertensão arterial; AVC; aneurisma)	Doenças cardiorrespiratórias
Aumento do índice gravidez na adolescência	Saúde mental (depressão; hiperatividade; autismo; TDH; crises psicóticas)	Neoplasias
Aumento do índice de doenças os sistemas circulatórios, AVC, IAM, trombose	Comorbidades: obesidade e sedentarismo	Transtornos mentais
Arboviroses	Pacientes renais e infecção urinária	Doenças do aparelho digestivo
Câncer		

Fonte: Equipe local do Haoc.

Por fim, foi feita avaliação da atividade da oficina, por meio da ferramenta virtual Mentimeter (menti.com), em que os participantes deveriam responder à pergunta: “Defina a nossa oficina em uma palavra”. O resultado foi uma nuvem de palavras, conforme foto a seguir.

Figura 5 – Avaliação da primeira oficina



Fonte: Equipe local do Haoc.

(Destaque para as palavras (Integração, Produtividade Fortalecimento, Desafio, Aprendizado, Colaboração, Ótima, Extraordinária, Construção, Regionalização, Melhoria, Magnífica, Expectativa, Experiência, entre outras)

Nessa primeira oficina, estiveram presentes 62 participantes que representaram 20 municípios da Macrorregião Sudoeste do estado de Goiás. Tivemos uma taxa de 28,6% de ausência, ou seja, faltaram representantes de 8 municípios.

Ao final, foram elencados e priorizados 16 macroproblemas de saúde, totalizando o resultado dos três grupos. Após análise da equipe local, chegou-se a uma proposta de três grandes macroproblemas de saúde: a mortalidade infantil, as doenças do aparelho circulatório e a saúde mental. Em reunião de CIR macrorregional, que contou com a participação de gestores e técnicos da macrorregião, a equipe local apresentou os resultados da oficina, com os 16 macroproblemas elencados e a compilação em 3 macroproblemas de saúde. A proposta foi aprovada por unanimidade pelos presentes.

Após a Primeira Oficina Macrorregional, ocorreu a Terceira Oficina de Alinhamento em Brasília (DF), no dia 6 de fevereiro de 2020. Essa oficina teve o objetivo de fazer com que as equipes locais apresentassem os resultados dos trabalhos na macrorregião e da Primeira Oficina Macrorregional. Nessa oficina foi iniciado, também, o processo de Educação Permanente (EP) com as equipes locais.

No primeiro dia de oficina, ocorreu uma reunião do grupo executivo ampliado, composto pelo Haoc, Ministério da Saúde, Conasems e presidentes dos Cosems envolvidos no projeto. Foram feitos relatos dos representantes das seis macrorregiões sobre as atividades desenvolvidas durante a primeira fase do projeto.

O segundo dia da oficina contou com as atividades de EP, que tiveram como objetivo realizar autorreflexão a respeito do papel do facilitador e do coordenador como agentes do processo, além de realizar troca da análise de cenário entre todos os estados envolvidos, agregando um olhar pedagógico ao conhecimento técnico da formação dos facilitadores e coordenadores.

O primeiro momento de EP foi bastante produtivo para as equipes locais do Haoc, pois conseguiu fazer com que os profissionais envolvidos fossem induzidos à reflexão das práticas do trabalho e repensem as suas condutas, buscando a melhoria de sua atuação e proporcionando maior interação entre as equipes. A ideia dessa proposta foi apontar as principais dificuldades vivenciadas no território e trocar experiências e percepções com os outros estados que compõem o projeto.

Nos dias 11 e 12 de março de 2020 foi realizada a Quarta Oficina de Alinhamento Conceitual e Metodológico, em São Paulo. No primeiro dia das atividades foi utilizada uma situação-problema para que os grupos de trabalho desenvolvessem estratégias e diretrizes pedagógicas para enfrentá-la. A atividade foi realizada em subgrupos com participantes das diferentes regiões. Teve como intencionalidade pedagógica trabalhar: a articulação entre projeto, SES e municípios; a compreensão conceitual sobre itinerário terapêutico de acordo com a modelagem de rede; e a metodologia educacional para o desenvolvimento do planejamento regional em saúde. Assim, foi possível a troca de experiências e vivências diversas entre as regiões dos sete estados participantes. Ao final dos trabalhos, foram compartilhados os produtos em plenária.

No mesmo dia, no período da tarde, aconteceu a oficina de simulação da prática. Ainda nos subgrupos, os participantes das diferentes macrorregiões trabalharam um macroproblema de saúde para que pudessem construir o itinerário terapêutico do usuário na rede, identificando o objetivo geral do macroproblema (resolução), as portas de entrada dos serviços, as ações, os encaminhamentos, as dificuldades e as potencialidades. Foi criado um fluxograma representando todo o itinerário. O objetivo era que a mesma dinâmica fosse utilizada na Segunda Oficina Macrorregional.

No segundo dia de trabalho, deu-se continuidade à oficina de simulação da prática, sendo resgatado o produto construído (fluxograma) no dia anterior e, a partir dele, alimentada a matriz para sistematização do desenho da Rede de Atenção à Saúde. Após os trabalhos, foram compartilhadas em plenária as dificuldades e potencialidades encontradas durante a construção dos produtos, tentando identificar o que poderia melhorar. No mesmo dia, no período da tarde, foi trabalhado o planejamento das próximas atividades nas regiões e, em plenária, realizado o compartilhamento das ideias e avaliação da oficina.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) mostrou ser uma estratégia muito importante, pois possibilitou às equipes repensarem suas práticas e condutas, entender o processo de trabalho no qual estão inseridos, buscar novas estratégias de intervenção e, além disso, fazer com que superem as dificuldades individuais e coletivas encontradas na macrorregião.

Em virtude da pandemia pelo novo coronavírus, uma normativa foi expedida pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz em 16 de março de 2020, em conjunto com todos os hospitais integrantes do Proadi-SUS, sendo suspensas todas as atividades presenciais, incluindo reuniões e eventos. Sendo assim, as oficinas, as reuniões e outras atividades necessárias para a realização do projeto foram reformuladas e adaptadas para a realização de forma remota.

Dessa forma, todas as atividades que estavam previstas no Termo de Referência elaborado pelos assessores temáticos do projeto, que aconteceriam em encontros presenciais, tiveram que ser adaptadas para atividades à distância.

No primeiro período da pandemia, a equipe local do Haoc ficou à disposição do Cosems/GO e dos municípios da macrorregião para apoiar no enfrentamento da Covid-19. A equipe da coordenação do Haoc, durante o mês de junho, disponibilizou um questionário para levantamento de informações para realização de uma análise situacional de enfrentamento dos municípios da macrorregião à pandemia.

A equipe local solicitou apoio às Regionais de Saúde do estado de Goiás para aplicação desse questionário, que foi disponibilizado por meio de um “Google Forms®”. As Regionais de Saúde criaram o link e o disponibilizaram por e-mail e WhatsApp para que, de preferência, os gestores municipais dos municípios respondessem. A equipe local ficou responsável pelo contato e pela mobilização dos gestores para o preenchimento do questionário. O resultado foi bem-sucedido, com as respostas dos 28 municípios da macrorregião ao questionário.

A equipe local do Haoc solicitou institucionalmente à equipe da Seinsf/GO apoio para analisar os dados recebidos. Nesse trabalho conjunto das três esferas, obteve-se uma análise

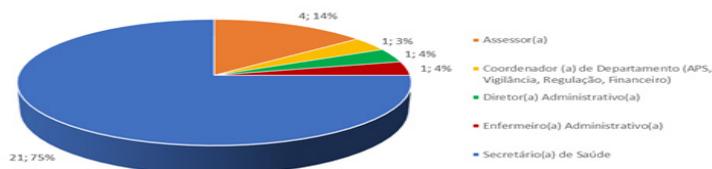
situacional do enfrentamento à Covid-19 na Macrorregião Sudoeste de Goiás. Essa análise gerou uma Nota Técnica divulgada pelo Cosems/GO (BRASIL, 2020d).

Essa iniciativa se tornou referência no estado, e o questionário foi aplicado nas demais quatro Macrorregiões de Saúde de Goiás, dando visibilidade ao projeto na macrorregião e no estado.

A adesão em massa das outras macrorregiões do estado para aplicarem o questionário de enfrentamento ao Covid-19 despertou o interesse da Secretaria Estadual de Saúde no nível central para maior aproximação e participação efetiva junto ao projeto, o último parceiro no território que faltava agregar ao projeto.

Todos os 28 municípios da macrorregião responderam ao questionário, sendo 75% (21) dos questionários respondidos pelo(a) respectivo(a) secretário(a) de saúde. Já 14% (4) foram respondidos por pessoas com função de assessoria na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e, os demais, cada município, respectivamente, por opção assinalada, por pessoa com função de Coordenação de Departamento, seja nas áreas de Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, regulação, orçamento e financiamento, diretor(a) administrativo(a) e enfermeiro(a) administrativo(a) (Gráfico 1) (BRASIL, 2020d).

Gráfico 1 – Quais funções dos respondentes ao questionário aplicado



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A primeira parte do questionário refere-se às informações gerais do município e, em todas as alternativas, foi solicitado assinalar a melhor opção que descreva as ações realizadas pelo município no enfrentamento à Emergência em Saúde Pública por Covid-19.

Quanto à população estimada referida, obteve-se o cenário apresentado na Tabela 3 (BRASIL, 2020d).

Tabela 3 – População estimada do município

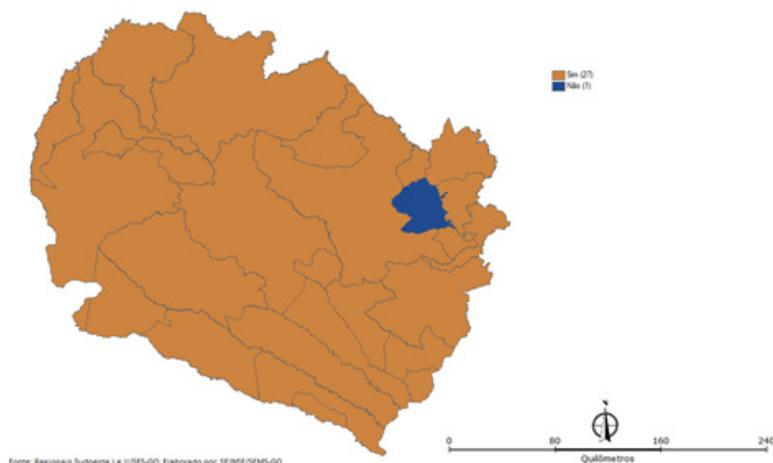
População Estimada	Número de Municípios
Até 4.999 habitantes	9
Entre 5.000 e 9.999 habitantes	5
Entre 10.000 e 19.999 habitantes	7
Entre 20.000 e 29.999 habitantes	2
Entre 30.000 e 39.999 habitantes	1
Entre 50.000 e 99.999 habitantes	2
Entre 100.000 e 199.999 habitantes	1
Entre 200.000 e 499.999 habitantes	1

Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A segunda pergunta dessa parte do questionário, “O município adotou medidas de isolamento/distanciamento social (fechamento de comércios e serviços, suspensão das aulas, redução do transporte público, entre outras)?”, todos os município assinalaram a opção “Sim”, ou seja, todos os municípios adotaram alguma medida de isolamento ou distanciamento social.

Já a terceira pergunta “Os secretários de saúde da Região de Saúde estabeleceram algum canal de comunicação formal ou informal para troca de informações e pactuações?”, apenas um município (4%) respondeu que o gestor não estabeleceu algum canal formal ou informal para troca de informações e pactuações (Figura 6) (BRASIL, 2020d).

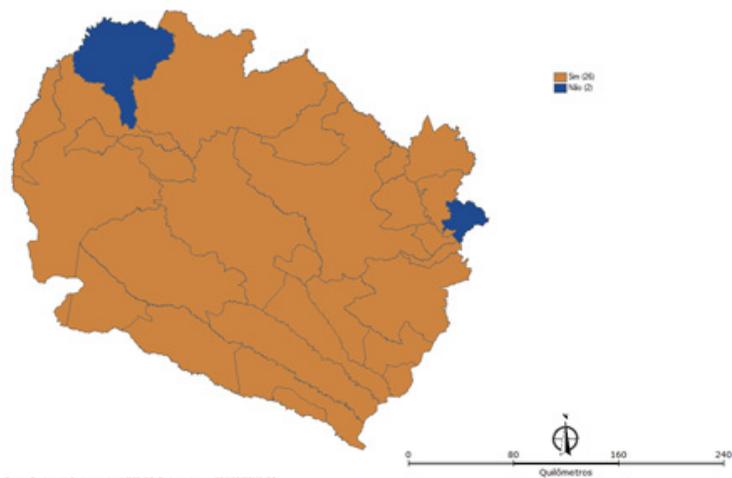
Figura 6 – Os secretários de saúde da Região de Saúde estabeleceram algum canal de comunicação formal ou informal para troca de informações e pactuações?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO.

Quanto à quarta pergunta “A Secretaria de Saúde elaborou o Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento ao Covid-19?”, apenas dois (7%) municípios responderam que a SMS não elaborou Plano de Contingência (Figura 7) (BRASIL, 2020d).

Figura 7 – A Secretaria de Saúde elaborou o plano de contingência municipal de enfrentamento à Covid-19?



Fonte: Regionais Sudoeste I e II/SES-GO, Elaborado por: SENOP/SEMS-GO

Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO.

Quanto à participação das áreas técnicas de cada SMS na elaboração do Plano de Contingência, tema da quinta pergunta do questionário “O Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Covid-19 teve a participação de quais áreas técnicas da Secretaria de Saúde?”, os municípios responderam conforme apresentado na Tabela 4 (BRASIL, 2020d).

Tabela 4 – Número de municípios por área da SMS participante na elaboração do plano de contingência de enfrentamento à Covid-19

Área Participante	Número de Municípios	%
Atenção Primária à Saúde, Assistência Hospitalar	1	4
Atenção Primária à Saúde, Assistência Hospitalar, Regulação, Vigilância	1	4
Atenção Primária à Saúde, Vigilância	1	4
Gestão, Atenção Primária à Saúde, Assistência Hospitalar, Regulação, Urgência e Emergência, Vigilância	9	32
Gestão, Atenção Primária à Saúde, Assistência Hospitalar, Regulação, Urgência e Emergência, Vigilância, Emad, Cerest, Caps	1	4
Gestão, Atenção Primária à Saúde, Assistência Hospitalar, Regulação, Urgência e Emergência, Vigilância, Fiscalização Municipal	1	4

continua

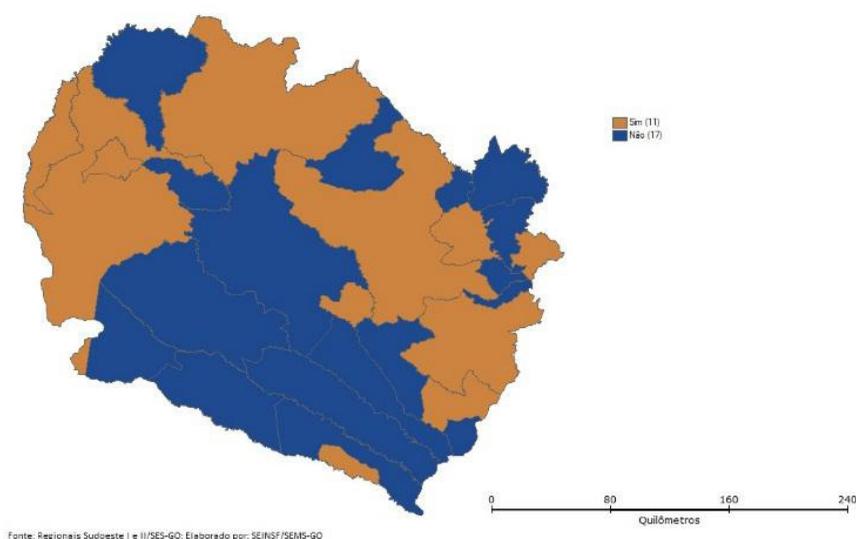
conclusão

Área Participante	Número de Municípios	%
Gestão, Atenção Primária à Saúde, Assistência Hospitalar, Regulação, Urgência e Emergência, Vigilância, MP, Bombeiros, PM, Procon, Postura, Administração, Educação, etc.	1	4
Gestão, Atenção Primária à Saúde, Assistência Hospitalar, Urgência e Emergência, Vigilância	5	18
Gestão, Atenção Primária à Saúde, Assistência Hospitalar, Vigilância	4	14
Gestão, Atenção Primária à Saúde, Urgência e Emergência, Vigilância	3	11
Gestão, Atenção Primária à Saúde, Vigilância	1	4

Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A sexta pergunta dessa parte do questionário “O Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Covid-19 teve a participação de outras Secretarias municipais?”, sobre a participação de outras secretarias ou setores correlatos dentro do mesmo município na elaboração do Plano de Contingência, 61% (17) dos municípios responderam que não houve participação de outros setores municipais, enquanto 39% (11) responderam que houve ação intersetorial no município para elaboração do Plano de Contingência (Figura 8) (BRASIL, 2020d).

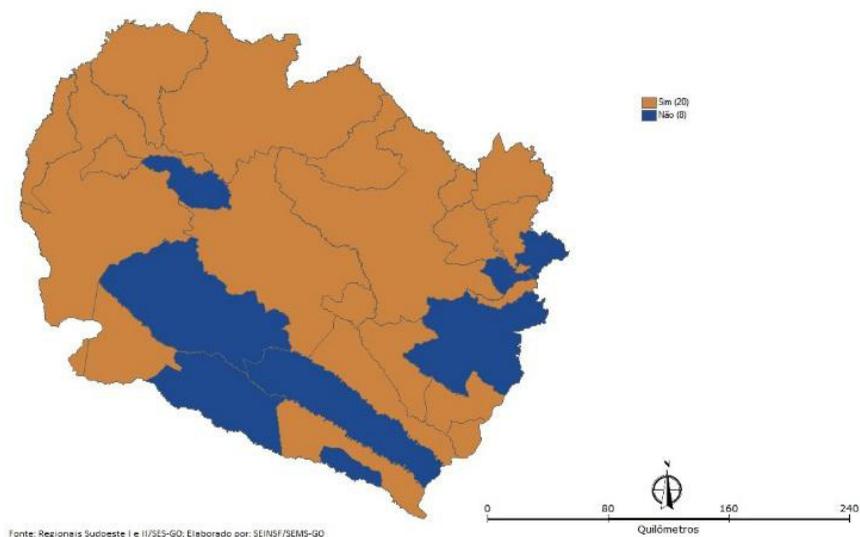
Figura 8 – O Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Covid-19 teve a participação de outras secretarias municipais?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Com relação à sétima pergunta do questionário “O Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Covid-19 prevê a instituição/ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE)?”, 71% (20) dos municípios responderam que o Plano de Contingência previa a instituição do COE no município e 29% (8) não fazia menção a esse colegiado (Figura 9) (BRASIL, 2020d).

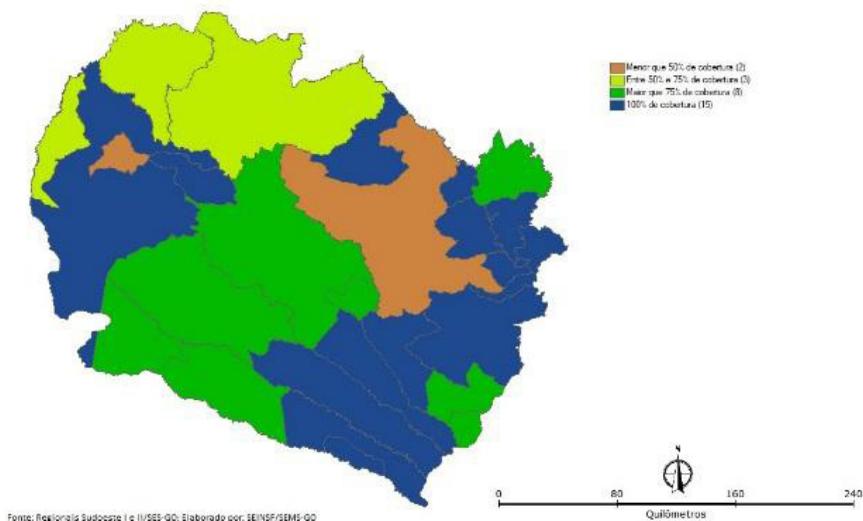
Figura 9 – O Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Covid-19 prevê a instituição/ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE)?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A segunda parte do questionário relaciona-se com a área na SMS da Atenção à Saúde (APS), sendo a oitava pergunta do questionário “Qual a cobertura da Atenção Primária do seu município?”, 54% (15) dos municípios referiram ter 100% de cobertura da APS, 29% (8) com cobertura da APS maior que 75%, 11% (3) com cobertura entre 50% e 75% e 7% (2) com cobertura da APS menor que 50% (Figura 10) (BRASIL, 2020d).

Figura 10 – Qual a cobertura de atenção primária do seu município?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A nona pergunta do questionário “A Secretaria de Saúde tem realizado capacitações para as equipes de Atenção Básica, Vigilância, da Urgência e Emergência e dos hospitais?”, obteve 100% das respostas positivas, com as estratégias utilizadas selecionadas e referidas conforme apresentado na Tabela 5 (BRASIL, 2020d).

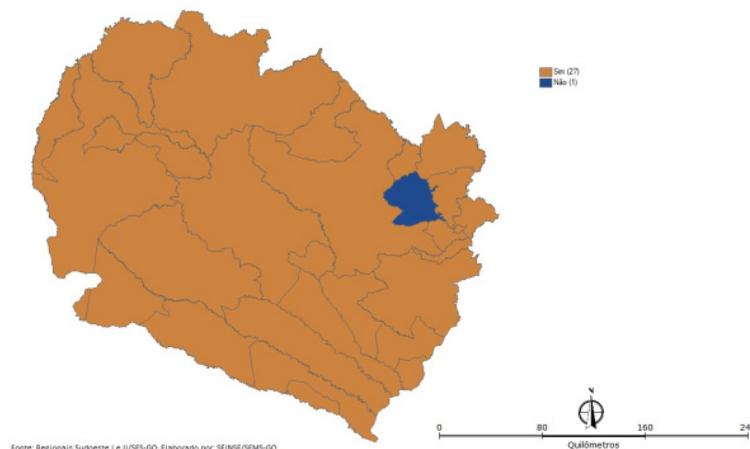
Tabela 5 – Número de municípios por estratégia utilizada para capacitação das equipes da APS, vigilância, urgência e emergência e dos hospitais

Estratégias Utilizadas	Número de Municípios	%
Cursos de formação à distância	3	11
Cursos de formação à distância, espaços de formação presenciais	1	4
Cursos de formação à distância, espaços de formação presenciais, estratégias de Educação Permanente dentro das equipes	4	14
Cursos de formação à distância, espaços de formação presenciais, estratégias de Educação Permanente dentro das equipes, videoconferência	1	4
Cursos de formação à distância, estratégias de Educação Permanente dentro das equipes	4	14
Espaços de formação presenciais	3	11
Espaços de formação presenciais, estratégias de Educação Permanente dentro das equipes	6	21
Estratégias de Educação Permanente dentro das equipes	6	21

Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Com relação à décima pergunta do questionário “A Secretaria de Saúde organizou os serviços de atenção primária para a identificação precoce, adoção de medidas de isolamento, atendimento médico e de enfermagem oportuno para sintomáticos respiratórios?”, 96% (27) municípios responderam que a SMS organizou serviço de APS para identificação precoce e adotou medidas de isolamento, com atendimento médico e de enfermagem em tempo oportuno para os sintomáticos respiratórios (Figura 11) (BRASIL, 2020d).

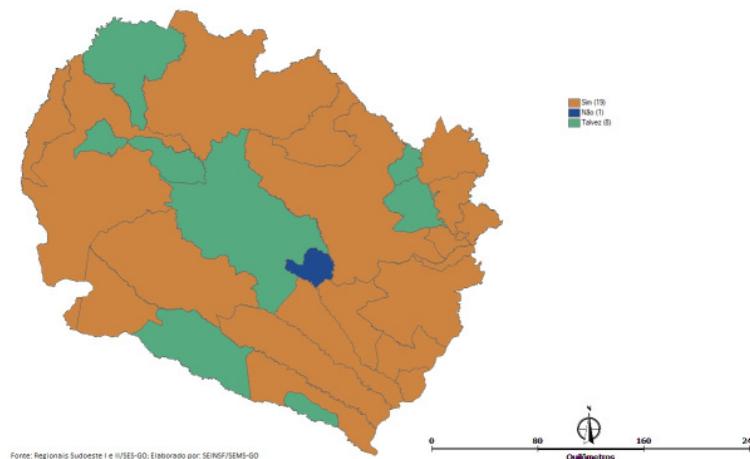
Figura 11 – A Secretaria de Saúde organizou os serviços de atenção primária para a identificação precoce, adoção de medidas de isolamento, atendimento médico e de enfermagem oportuno para sintomáticos respiratórios?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Para os respondentes da 11ª pergunta “Você considera que os serviços de saúde estão aptos para garantir o acolhimento, reconhecimento precoce, tratamento e monitoramento de casos suspeitos para a infecção humana pela Covid-19?”, 68% (19) municípios responderam que consideram que seu serviço de saúde está apto para garantir o acolhimento, reconhecimento precoce e tratamento e monitoramento dos casos suspeitos de Covid-19, enquanto 29% (8) referiram dúvida quanto à essa aptidão e apenas um município (4%) respondeu não considerar seu serviço de saúde apto (Figura 12) (BRASIL, 2020d).

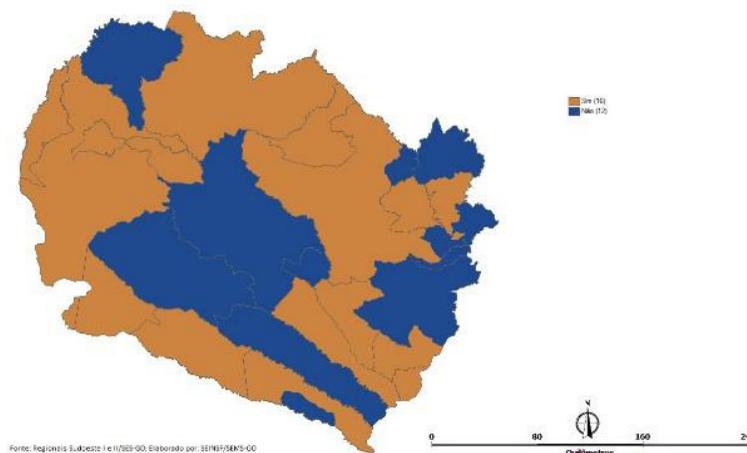
Figura 12 – Você considera que os serviços de saúde estão aptos para garantir o acolhimento, reconhecimento precoce, tratamento e monitoramento de casos suspeitos para a infecção humana pela Covid-19?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Já com a 12ª pergunta dessa parte do questionário “A Secretaria de Saúde definiu uma ou mais unidade de saúde como exclusiva para atendimento dos pacientes suspeitos de Covid-19?”, 57% (16) dos municípios definiram uma unidade de saúde exclusiva para o atendimento dos pacientes suspeitos de Covid-19, enquanto 43% (12) municípios não definiram esta unidade para este fim (Figura 13) (BRASIL, 2020d).

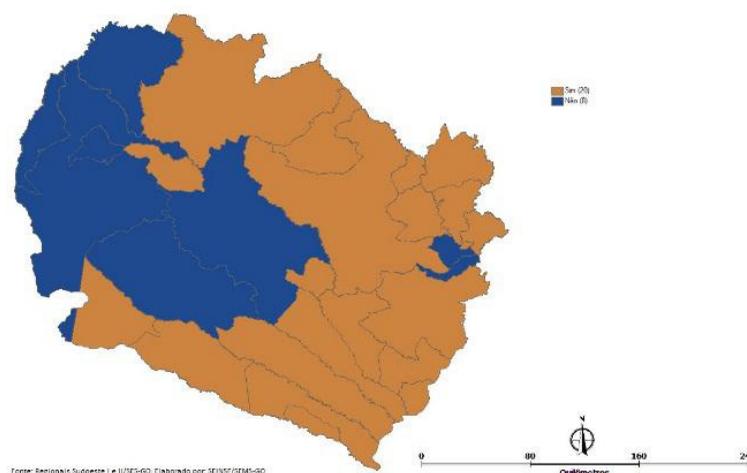
Figura 13 – A Secretaria de Saúde definiu uma ou mais unidade de saúde como exclusiva para atendimento dos pacientes suspeitos de Covid-19?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Com relação à 13ª pergunta “A Secretaria de Saúde definiu fluxo específico para sintomáticos respiratórios em unidades de atenção primária exclusivas para este fim?”, 71% (20) municípios responderam que foi criado fluxo para pacientes sintomáticos nas unidades da APS, enquanto 29% (8) dos municípios responderam não ter fluxo definido (Figura 14) (BRASIL, 2020d).

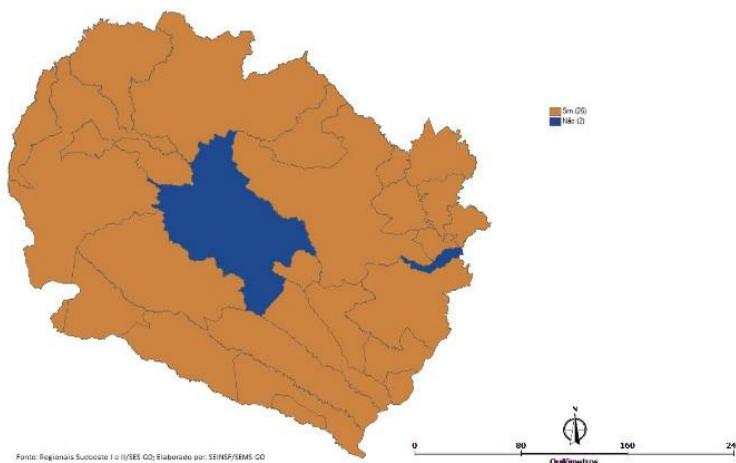
Figura 14 – A Secretaria de Saúde definiu fluxo específico para sintomáticos respiratórios em unidades de atenção primária exclusivas para este fim?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Já 14ª pergunta “Os sintomáticos respiratórios e seus contatos estão sendo isolados precocemente e acompanhados por estratégia de telemonitoramento?”, observou-se resposta afirmativa de 93% (26) municípios enquanto somente 7% (2) municípios não indicaram acompanhar por telemonitoramento os pacientes sintomáticos respiratórios e seus contatos (Figura 15) (BRASIL, 2020d).

Figura 15 – Os sintomáticos respiratórios e seus contatos estão sendo isolados precocemente e acompanhados por estratégia de telemonitoramento?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Na 15ª pergunta os respondentes apresentaram os pontos de atenção existentes em seus respectivos municípios, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme apresentado na Tabela 6 (BRASIL, 2020d).

Tabela 6 – Número de municípios por tipo de ponto de atenção existente além das UBS

Pontos de Atenção	Número de Municípios
Hospital de Pequeno Porte (próprio)	3
Laboratório de Análises Clínicas (conveniado)	3
Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Pequeno Porte (conveniado)	1
Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Pequeno Porte (conveniado), Hospital de Alta Complexidade (conveniado)	1
Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Pequeno Porte (próprio)	1
Laboratório de Análises Clínicas (próprio), Hospital de Média Complexidade (próprio)	2
Laboratório de Análises Clínicas (próprio), Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Pequeno Porte (conveniado), Hospital de Média Complexidade (próprio), Hospital de Média Complexidade (conveniado)	1

continua

conclusão

Pontos de Atenção	Número de Municípios
Laboratório de Análises Clínicas (próprio), Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Pequeno Porte (próprio)	2
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Hospital de Média Complexidade (próprio),	1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Hospital de Pequeno Porte (próprio), Hospital de Média Complexidade (próprio)	1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Média Complexidade (próprio)	2
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Pequeno Porte (próprio)	2
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Pequeno Porte (próprio), Hospital de Média Complexidade (próprio)	1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Laboratório de Análises Clínicas (próprio), Hospital de Pequeno Porte (próprio)	1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Laboratório de Análises Clínicas (próprio), Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Média Complexidade (próprio)	1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Laboratório de Análises Clínicas (próprio), Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Pequeno Porte (próprio)	1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Laboratório de Análises Clínicas (próprio), Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Pequeno Porte (próprio), Hospital de Média Complexidade (próprio), Hospital de Alta Complexidade (conveniado)	1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Laboratório de Análises Clínicas (próprio), Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Média Complexidade (próprio)	1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Laboratório de Análises Clínicas (próprio), Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Média Complexidade (próprio), Hospital de Média Complexidade (conveniado), Hospital de Alta Complexidade (conveniado)	1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Laboratório de Análises Clínicas (próprio), Laboratório de Análises Clínicas (conveniado), Hospital de Pequeno Porte (próprio)	1

Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Em contrapartida, na pergunta posterior “Quais são os pontos de atenção existentes e acessíveis fora do seu município?”, os municípios apresentaram as respostas conforme a Tabela 7 (BRASIL, 2020d).

Tabela 7 – Número de municípios por tipo de ponto de atenção existente e acessível fora do município

Pontos de Atenção	Número de Municípios
Hospital de Alta Complexidade	3
Hospital de Média Complexidade	1
Hospital de Média Complexidade, Hospital de Média Complexidade	2
Laboratório de Análise Clínicas	3
Laboratório de Análise Clínicas, Hospital de Média Complexidade	7
Laboratório de Análise Clínicas, Hospital de Média Complexidade	1
Laboratório de Análise Clínicas, Hospital de Média Complexidade, Hospital de Alta Complexidade	4
Laboratório de Análise Clínicas, Hospital de Pequeno Porte	3
Laboratório de Análise Clínicas, Hospital de Pequeno Porte, Hospital de Média Complexidade, Hospital de Alta Complexidade	3
Laboratório de Análise Clínicas, Regulação	1

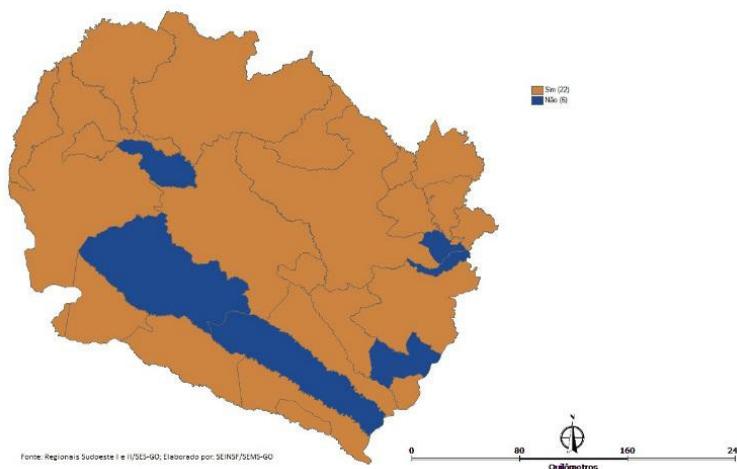
Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Na 17ª pergunta, última dessa segunda parte do questionário, “Quanto à população com condições crônicas de saúde (especialmente hipertensos e diabéticos), o atendimento foi interrompido?”, dos 28 municípios, 79% (22) afirmam que o atendimento aos pacientes portadores de doença crônica não foi interrompido, podendo acontecer de maneira programada, o que ocorre em 46% (13) destes, ou com os pacientes monitorados pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), que ocorre em 32% (9) dos municípios. Já 18% (5) dos municípios afirmam que o atendimento para essas pessoas foi interrompido e 1 município (4%) não deixou claro sobre a interrupção ou não do atendimento aos pacientes com doenças crônicas (BRASIL, 2020d).

Quanto ao item de sugestões e reclamações para essa parte do questionário, foram abordados problemas com relação à comunicação afetar a regulação; ao estabelecimento de fluxos para pacientes que precisam de suporte avançado; ao tempo oportuno para encaminhamentos de pacientes; às necessidade de capacitação para os profissionais de saúde, incluindo esclarecimentos sobre protocolos, maior disponibilidade de equipamentos de proteção individual e maior articulação entre os municípios (BRASIL, 2020d).

A terceira parte do questionário refere-se à Vigilância em Saúde, tendo como primeira pergunta “A Secretaria de Saúde instituiu/ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE) para o enfrentamento à Covid-19?”, 79% (22) dos municípios apresentaram instituição do COE enquanto 21% (6) dos municípios referiu não ter a atuação do COE em seu respectivo território (Figura 16) (BRASIL, 2020d).

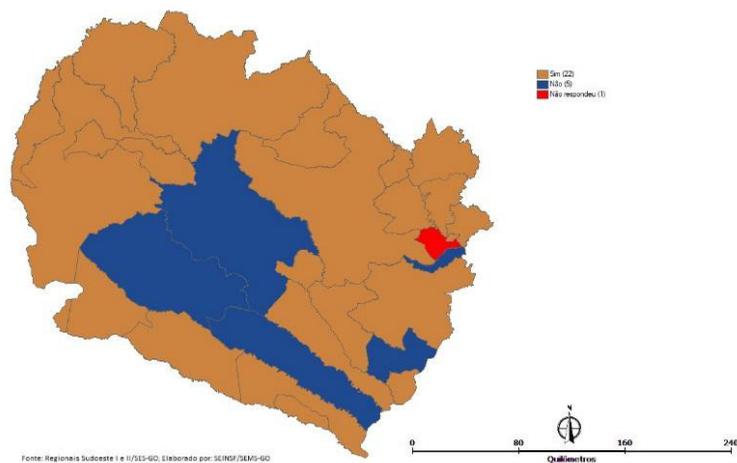
Figura 16 – A Secretaria de Saúde instituiu/ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE) para o enfrentamento à Covid-19?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A segunda pergunta “O COE é composto pelas áreas técnicas de gestão, assistência, vigilância e comunicação social da Secretaria de Saúde?” teve 79% (22) dos municípios com o COE composto por diversas áreas da SMS, 18% (5) dos municípios sem a intrasetorialidade no COE e 1 município (4%) não respondeu essa pergunta (Figura 17) (BRASIL, 2020d).

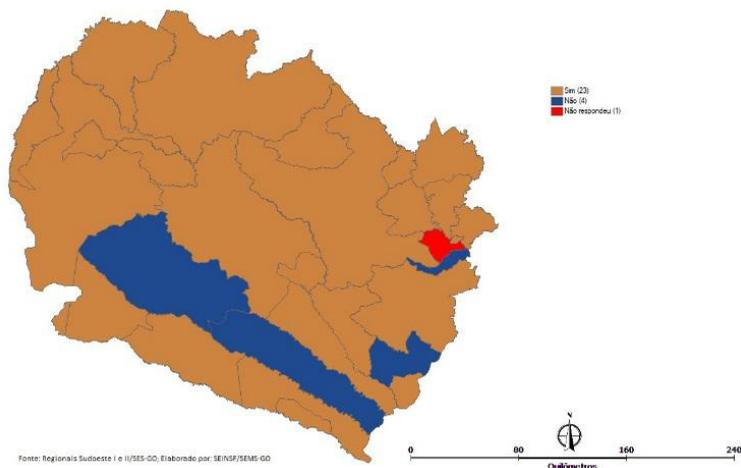
Figura 17 – O COE é composto pelas áreas técnicas de gestão, assistência, vigilância e comunicação social da Secretaria de Saúde?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A terceira pergunta “O COE tem se reunido com frequência para auxiliar no enfrentamento da epidemia?”, 82% (23) dos municípios respondeu ter reunião frequente do COE, 14% (4) dos municípios sem reunião frequente e um município (4%) não respondeu (Figura 18) (BRASIL, 2020d).

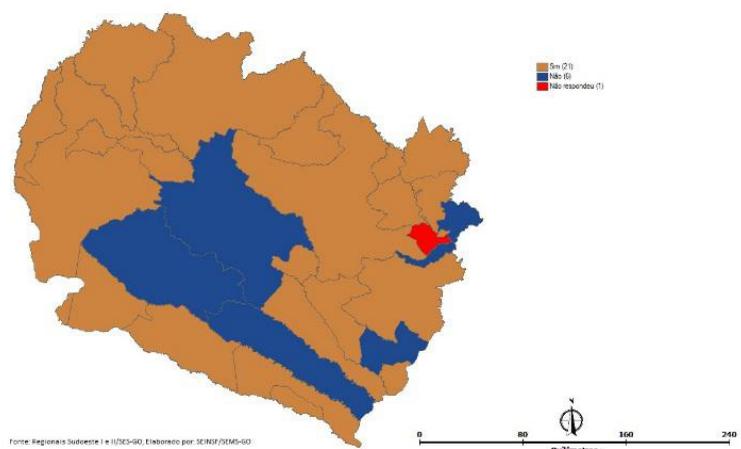
Figura 18 – O COE tem se reunido com frequência para auxiliar no enfrentamento da epidemia?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Nessa terceira parte do questionário, a quarta pergunta “O COE elaborou Plano de Contingência abrangendo ações de vigilância, prevenção, mitigação e respostas?”, 75% (21) dos municípios responderam ter ações abrangentes do setor saúde contidas no respectivo Plano de Contingência, 21% (6) dos municípios sem ações inseridas e 1 município (4%) não respondeu à pergunta (Figura 19) (BRASIL, 2020d).

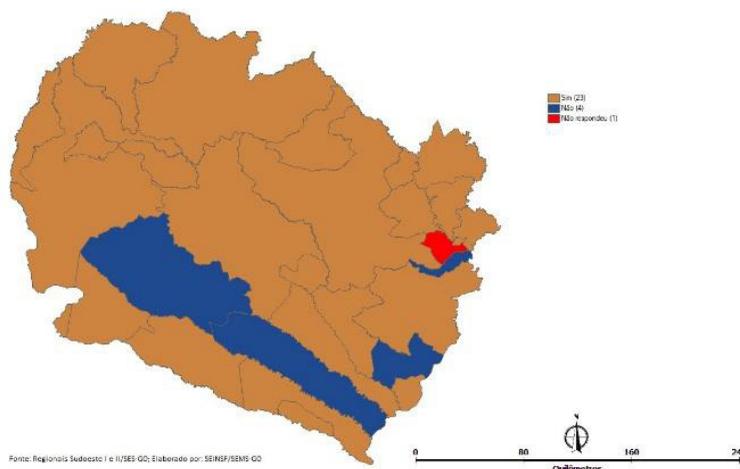
Figura 19 – O COE elaborou plano de contingência abrangendo ações de vigilância, prevenção, mitigação e respostas?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A quinta pergunta “O COE tem subsidiado a tomada de decisão em relação a medidas de distanciamento/isolamento social no município?” obteve 82% (23) dos municípios com as medidas de isolamento/distanciamento social sendo subsidiadas pelas informações oriundas do respectivo COE municipal, 14% (4) dos municípios com a situação oposta e 1 município (4%) não respondeu à pergunta (Figura 20) (BRASIL, 2020d).

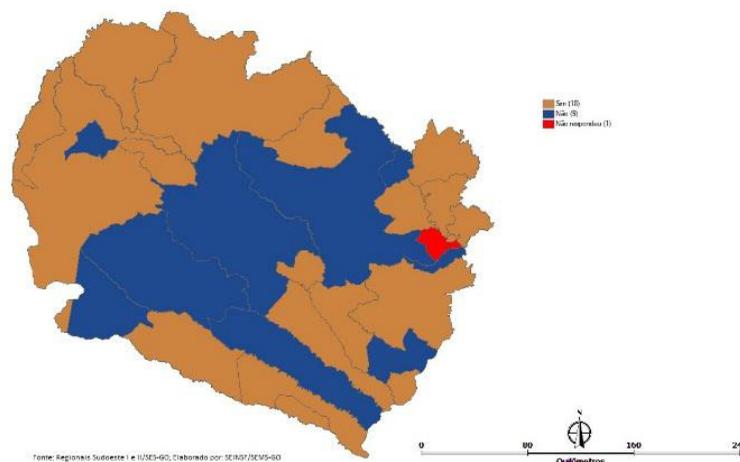
Figura 20 – O COE tem subsidiado a tomada de decisão em relação a medidas de distanciamento/isolamento social no município?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Já na sexta pergunta “O COE tem estabelecido interlocução micro e macrorregional para a elaboração de respostas organizadas no enfrentamento da epidemia?”, 64% (18) dos municípios responderam que o COE realiza interlocução micro e macrorregionais visando às respostas articuladas na região ou macrorregião, 32% (9) municípios responderam que o COE não atua dessa maneira e 1 município (4%) não respondeu esta pergunta (Figura 21) (BRASIL, 2020d).

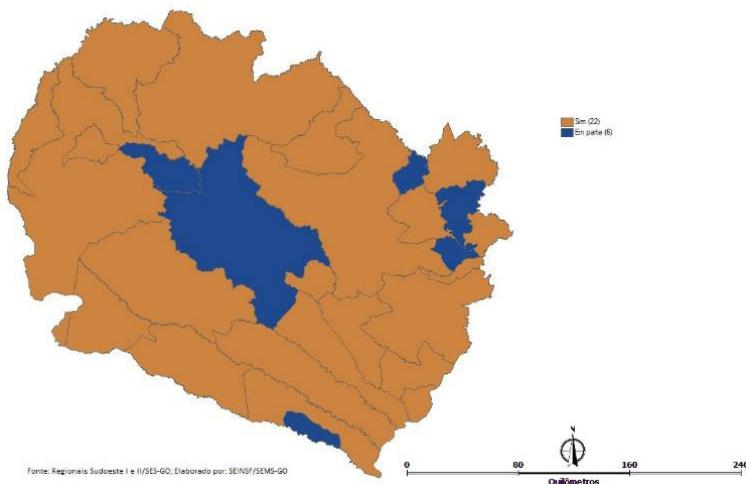
Figura 21 – O COE tem estabelecido interlocução micro e macrorregional para a elaboração de respostas organizadas no enfrentamento da epidemia?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A sétima pergunta dessa terceira parte do questionário “A Secretaria de Saúde tem recebido informações suficientes e qualificadas em relação à organização do cuidado e de vigilância em saúde?”, 79% (22) dos municípios referiu resposta positiva ao fato da SMS receber informações qualificadas e oportunas referentes às ações de Vigilância em Saúde, enquanto 21% (6) municípios referiram receber essas informações em parte (Figura 22) (BRASIL, 2020d).

Figura 22 – A Secretaria de Saúde tem recebido informações suficientes e qualificadas em relação à organização do cuidado e de vigilância em saúde?

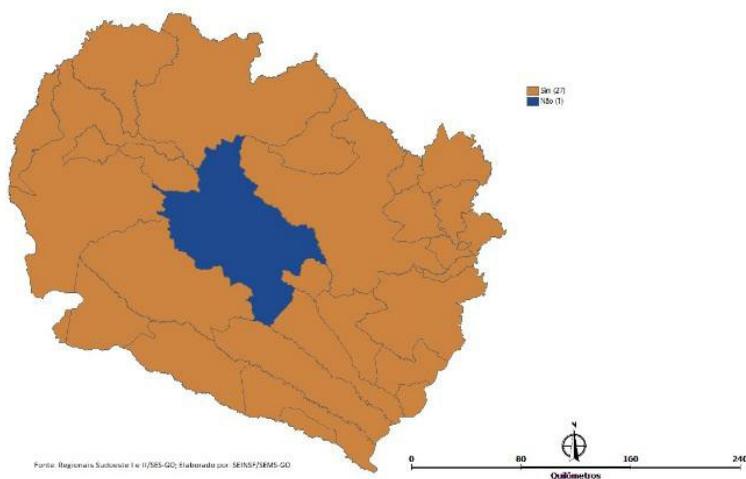


Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A oitava pergunta aborda se “A Vigilância Epidemiológica está fazendo monitoramento dos casos suspeitos, confirmados e contactantes?”, todos os municípios responderam realizar esse monitoramento na rotina do serviço (BRASIL, 2020d).

A nona pergunta, e última dessa parte do questionário aborda “A Vigilância Epidemiológica está trabalhando em parceria com a Atenção Primária, nos casos suspeitos e confirmados de Covid-19?”, e neste caso, somente um município referiu não haver trabalho articulado entre a Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária à Saúde, enquanto 96% (27) dos demais municípios da macrorregião responderam atuar de maneira articulada entre essas duas áreas da respectiva SMS (Figura 23) (BRASIL, 2020d).

Figura 23 – A Vigilância Epidemiológica está trabalhando em parceria com a atenção primária, nos casos suspeitos e confirmados de Covid-19?

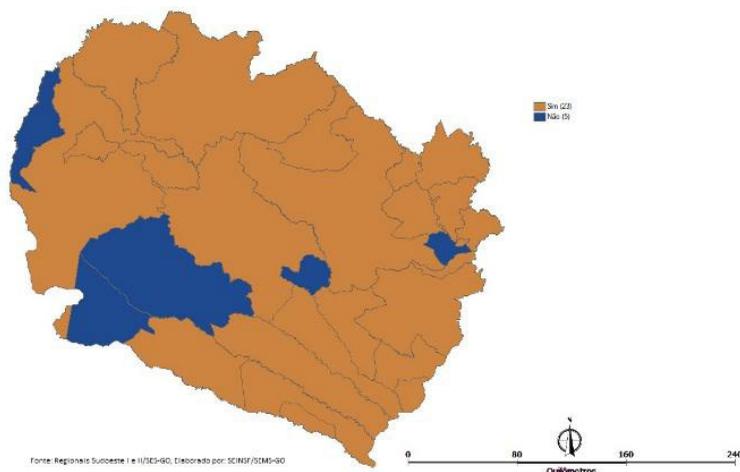


Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Quanto ao item de sugestões e reclamações para esta parte do questionário, somente 25% (7) dos municípios responderam algo, sendo a maioria dos itens relacionada ao COE, seja ausência no município ou assessoramento adequado do COE, como também solicitação de apoio da Regional de Saúde e ação de Educação Permanente para os profissionais do município, além da necessidade de mudanças e aprimoramentos, inclusive das ações que estão sendo realizadas (BRASIL, 2020d).

A quarta parte do questionário refere-se à Regulação e a primeira pergunta questiona “Existe referência estabelecida para Unidade de Pronto Atendimento e/ou serviço 24 horas para os casos considerados moderados e graves?”, com 82% (23) municípios com referência para Unidade de Pronto Atendimento para os casos de Covid-19 considerados moderados e graves e 18% (5) dos municípios sem essa referência (Figura 24) (BRASIL, 2020d).

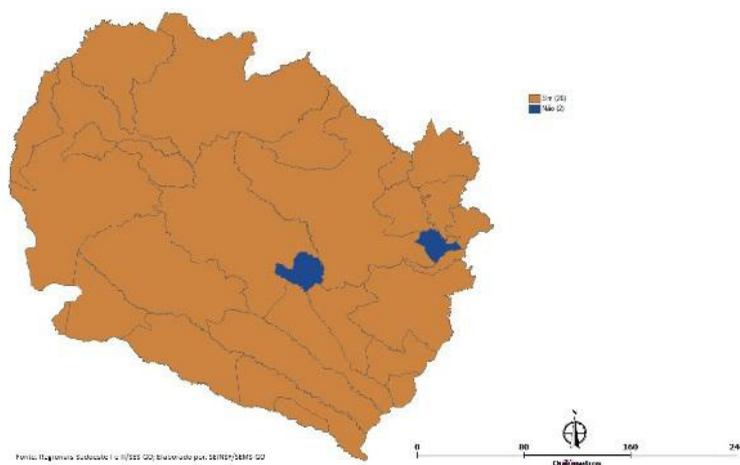
Figura 24 – Existe referência estabelecida para Unidade de Pronto Atendimento e/ou serviço 24 horas para os casos considerados moderados e graves?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A segunda pergunta questiona “Existe referência hospitalar para os casos considerados graves?”, e 93% (26) dos municípios referiram possuir referência hospitalar para os casos graves de Covid-19, enquanto 7% (2) municípios referiram não possuir essa referência (Figura 25) (BRASIL, 2020d).

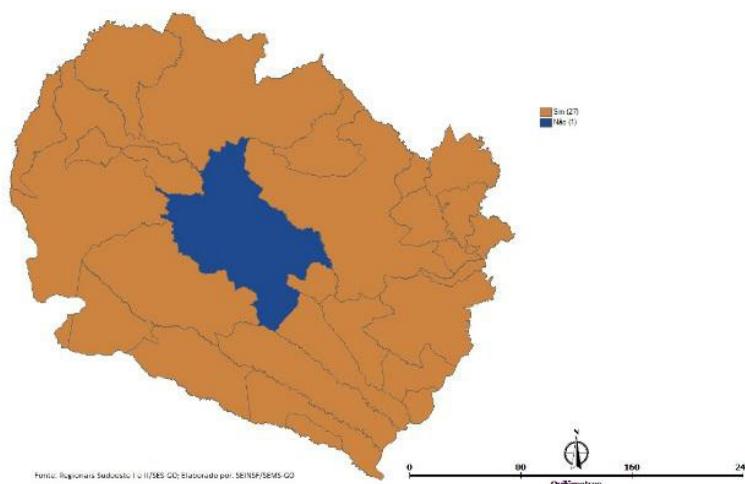
Figura 25 – Existe referência hospitalar para os casos considerados graves?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A terceira pergunta questiona “O acesso aos diferentes pontos de atenção é regulado?”, 96% (27) dos municípios responderam que o acesso aos pontos de atenção é regulado e apenas 1 (4%) município referiu não estar sob essa condição (Figura 26) (BRASIL, 2020d).

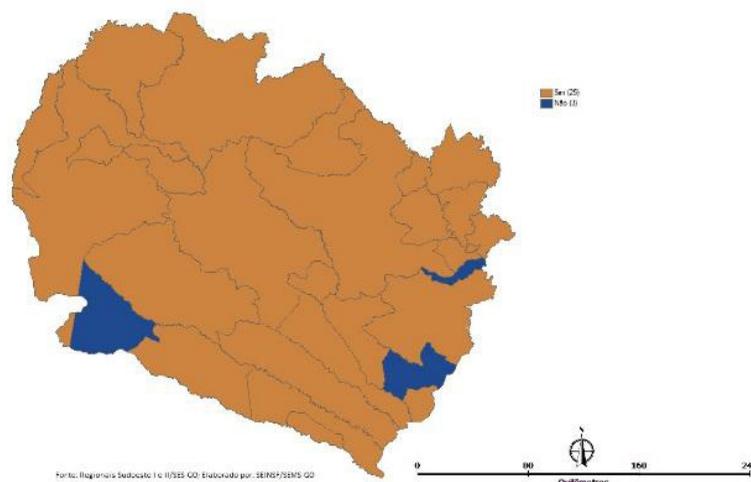
Figura 26 – O acesso aos diferentes pontos de atenção é regulado?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Já quarta pergunta questiona “Existe logística definida para o transporte de sintomáticos respiratórios entre os diferentes pontos de atenção?”, 89% (25) dos municípios responderam que existe logística definida e 11% (3) dos municípios referiu não haver (Figura 27) (BRASIL, 2020d).

Figura 27 – Existe logística definida para o transporte de sintomáticos respiratórios entre os diferentes pontos de atenção?

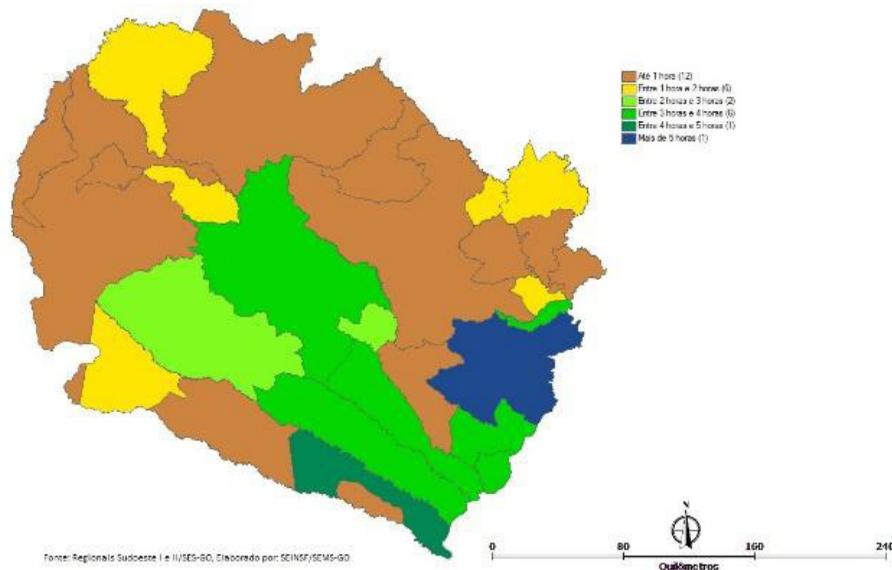


Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

As quatro perguntas seguintes referem-se ao tempo médio estimado, considerando a distância, para transferência de pacientes para fora do município. A quinta pergunta relacionada à Unidade de Pronto Atendimento fora do município, a sexta com relação à hospital de pequeno porte, a sétima pergunta hospital de média complexidade e a última pergunta relacionada à transferência de pacientes com Covid-19 para hospital de alta complexidade.

Quanto à transferência de pacientes para Unidade de Pronto Atendimento fora do município, 43% (12) dos municípios referiram espera de até 1 hora; 21% (6) dos municípios tanto com espera entre 1 hora e 2 horas e como também entre 3 horas e 4 horas; 7% (2) dos municípios com espera entre 2 horas e 3 horas; e 1 (4%) município tanto com espera entre 4 horas e 5 horas quanto com espera de mais de 5 horas (Figura 28) (BRASIL, 2020d).

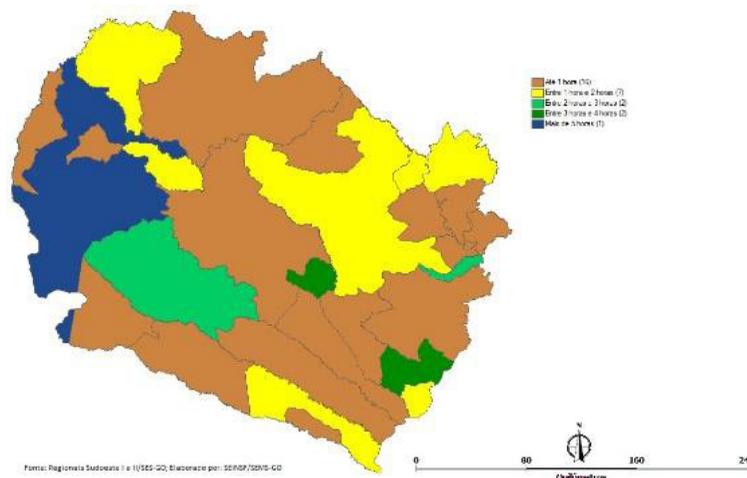
Figura 28 – Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até uma Unidade de Pronto Atendimento quando esta estiver acessível fora do município?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Quanto à transferência de pacientes para hospital de pequeno porte fora do município, 57% (16) dos municípios referiram espera de até 1 hora; 25% (7) dos municípios com espera entre 1 hora e 2 horas; 7% (2) dos municípios com espera tanto entre 2 horas e 3 horas quanto entre 3 horas e 4 horas; e 1 (4%) município com espera de mais de 5 horas. Nenhum município referiu espera entre 4 horas e 5 horas (Figura 29) (BRASIL, 2020d).

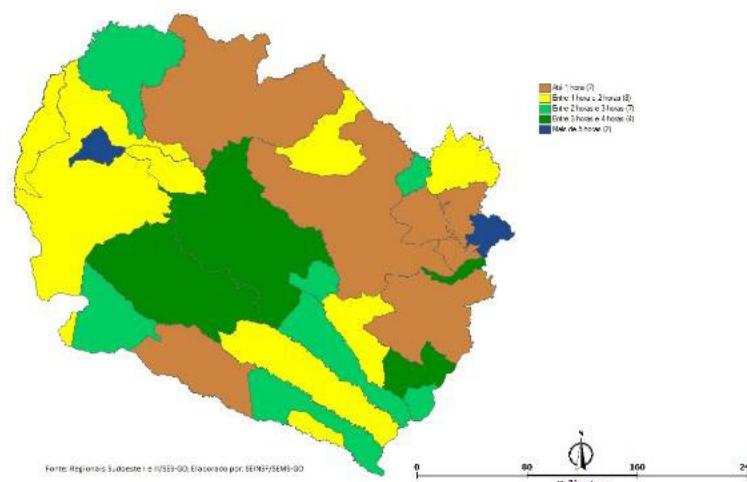
Figura 29 – Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até hospital de pequeno porte quando este estiver acessível fora do Município?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Quanto à transferência de pacientes para hospital de média complexidade fora do município, 29% (8) dos municípios referiram espera entre 1 hora e 2 horas; 25% (7) dos municípios com espera tanto de até 1 hora quanto entre 2 horas e 3 horas; 14% (4) dos municípios com espera entre 3 horas e 4 horas; e 7% (2) municípios com espera de mais de 5 horas. Nenhum município referiu espera entre 4 horas e 5 horas (Figura 30) (BRASIL, 2020d).

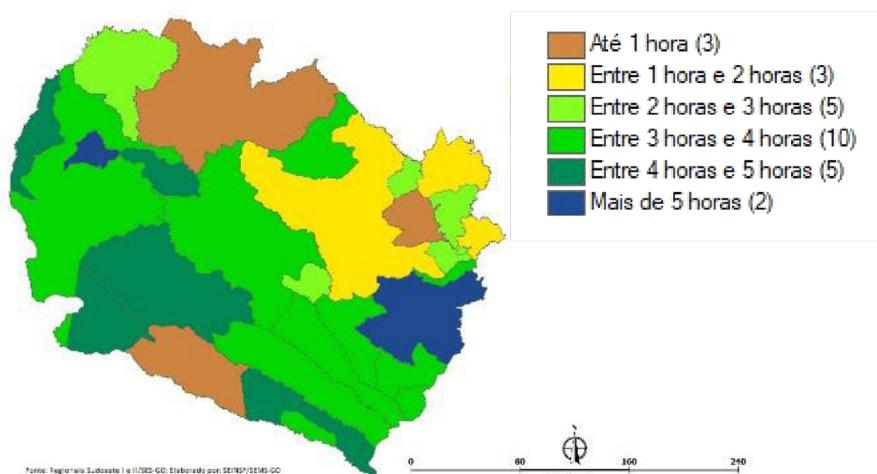
Figura 30 – Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até hospital de média complexidade quando este estiver acessível fora do município?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Quanto à transferência de pacientes para hospital de alta complexidade fora do município, 36% (10) dos municípios referiram espera entre 3 horas e 4 horas; 18% (5) dos municípios com espera tanto de entre 2 horas e 3 horas quanto entre 4 horas e 4 horas; 11% (1) dos municípios com espera tanto de até 1 hora quanto entre 1 hora e 2 horas; e 7% (2) dos municípios com espera de mais de 5 horas (Figura 31) (BRASIL, 2020d).

Figura 31 – Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até hospital de alta complexidade quando este estiver acessível fora do município?

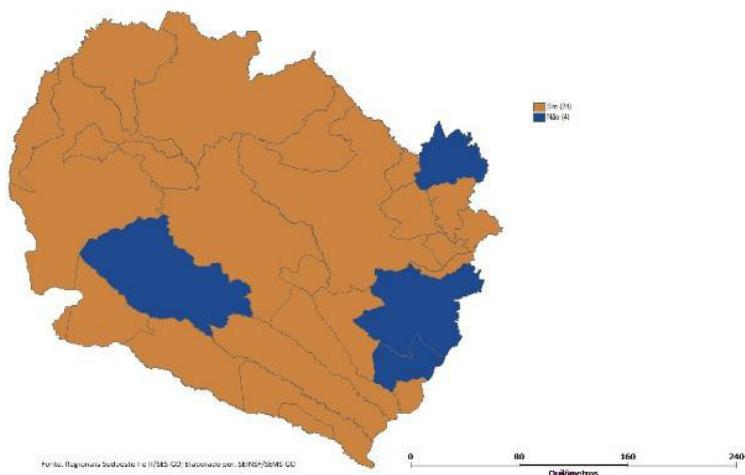


Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Quanto ao item de sugestões e reclamações para esta parte do questionário, somente 29% (8) dos municípios responderam algo, sendo a maioria dos itens relacionada tanto ao tema transporte – seja melhoria dos veículos, solicitação de agilidade do Samu – quanto regulação sobre problemas na logística da distribuição dos pacientes, morosidade diante da necessidade de pronta resposta diante da pandemia e a falta de vagas (BRASIL, 2020d).

A quinta e última parte do questionário refere-se ao Planejamento e Processos de Trabalho. A primeira pergunta dessa parte “A Secretaria de Saúde vem utilizando outras estratégias de comunicação além da mídia tradicional?”, com 86% (24) dos municípios com referência à utilização de novas estratégias de comunicação, enquanto 14% (4) dos municípios referiram não utilizar outro tipo, além da estratégia de comunicação tradicional (Figura 32) (BRASIL, 2020d).

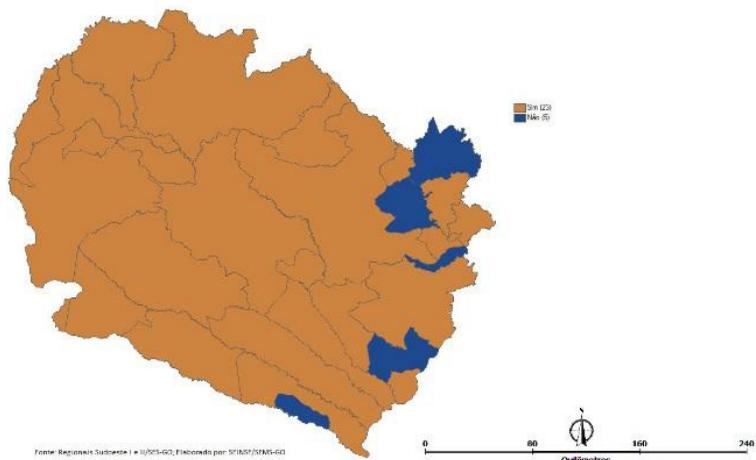
Figura 32 – A Secretaria de Saúde vem utilizando outras estratégias de comunicação além da mídia tradicional?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A segunda pergunta “A Secretaria de Saúde implantou canal de comunicação para atender e qualificar demandas e orientar usuários sobre quando e quais serviços acessar em caso de dúvidas e sobre sintomas?”, 82% (23) dos municípios referiram implantar canal de comunicação com os usuários, enquanto 18% (5) dos municípios responderam não ter implantado esse tipo de estratégia (Figura 33) (BRASIL, 2020d).

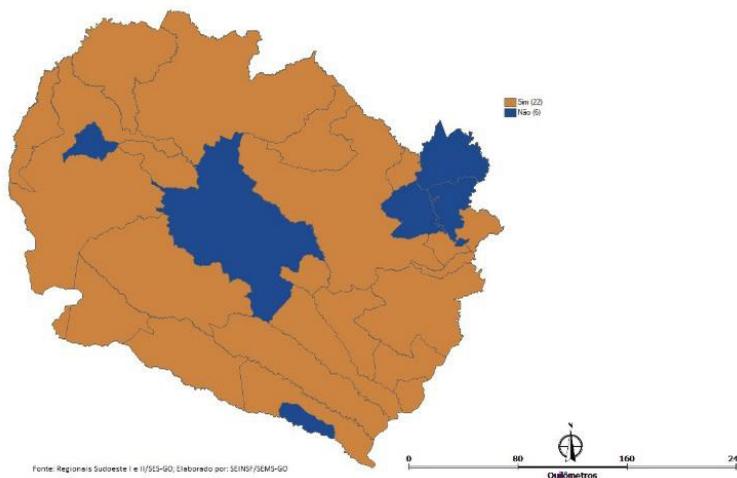
Figura 33 – A Secretaria de Saúde implantou canal de comunicação para atender e qualificar demandas e orientar usuários sobre quando e quais serviços acessar em caso de dúvidas e sobre sintomas?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A terceira pergunta “O município oferece auxílio psicológico para profissionais de saúde que estão trabalhando na epidemia Covid-19?”, 79% (22) dos municípios referiram oferecer auxílio psicológico para os profissionais de saúde que atuam no atendimento aos pacientes de Covid-19, enquanto 21% (6) dos municípios responderam não terem implantado esse serviço (Figura 34) (BRASIL, 2020d).

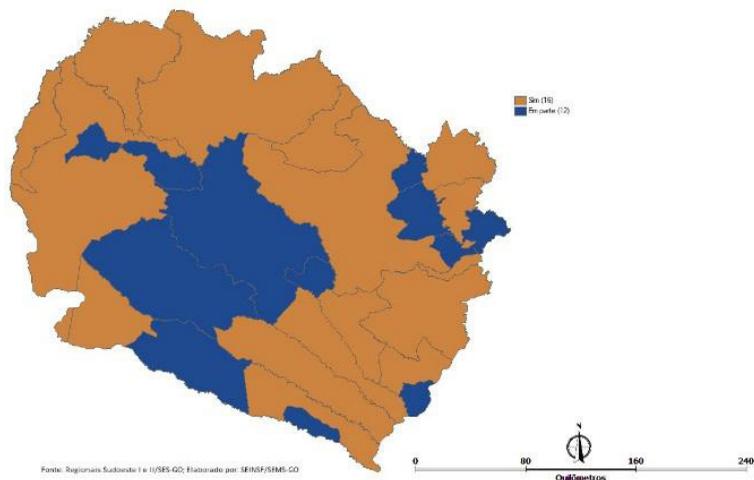
Figura 34 – O município oferece auxílio psicológico para profissionais de saúde que estão trabalhando na epidemia da Covid-19?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A quarta pergunta “Você considera que os serviços de saúde estão aptos para garantir acolhimento, reconhecimento precoce, tratamento e monitoramento de casos suspeitos para a infecção humana pela Covid-19”, 57% (16) dos respondentes referiram considerar que os serviços de saúde de seus respectivos municípios estão aptos para a garantia do acolhimento, tratamento e monitoramento dos casos suspeitos de Covid-19 enquanto 43% (12) responderam não considerar estarem aptos seus serviços (Figura 35) (BRASIL, 2020d).

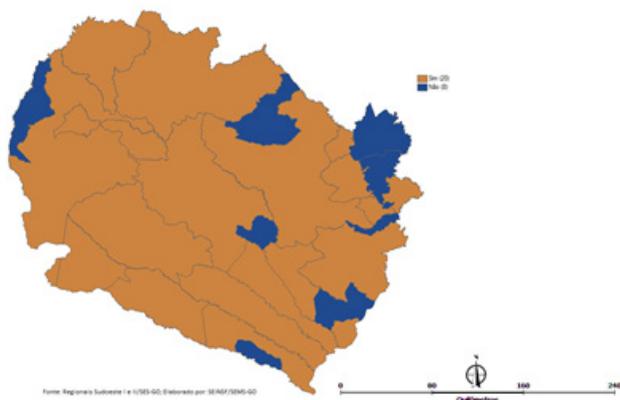
Figura 35 – Você considera que os serviços de saúde estão aptos para garantir acolhimento, reconhecimento precoce, tratamento e monitoramento de casos suspeitos para a infecção humana pela Covid-19?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Já a quinta pergunta questiona “A Secretaria de Saúde possui grade assistencial estruturada para o encaminhamento dos sintomáticos respiratórios para serviços de maior complexidade (UPA, Hospital Geral)?”, 71% (20) dos municípios respondeu possuir grade assistencial para encaminhamento de pacientes sintomáticos para os serviços de média e alta complexidade, enquanto 29% (8) dos municípios responderam não possuir essa grade estruturada (Figura 36) (BRASIL, 2020d).

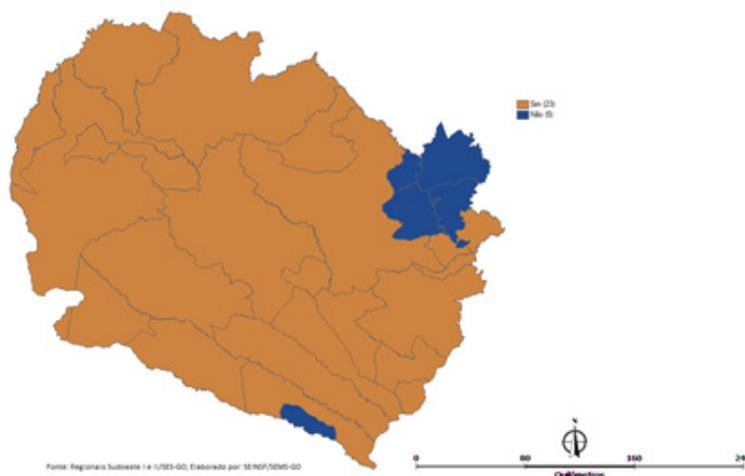
Figura 36 – A Secretaria de Saúde possui grade assistencial estruturada para o encaminhamento dos sintomáticos respiratórios para serviços de maior complexidade (Upa, Hospital Geral)?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A sexta pergunta questiona “O município faz testagem para Covid-19, em tempo oportuno, nos profissionais de saúde?”, 82% (23) dos municípios responderam realizar testagem para os profissionais de saúde, enquanto 18% (5) dos municípios referiram não realizar o teste para Covid-19 (Figura 37) (BRASIL, 2020d).

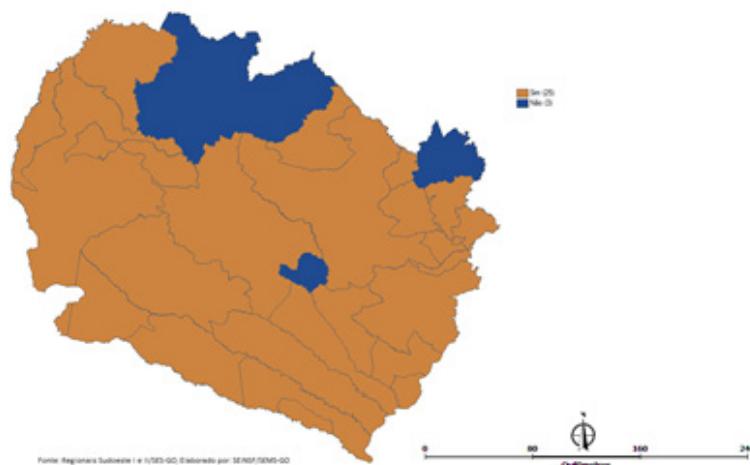
Figura 37 – O Município faz testagem para covid-19, em tempo oportuno, nos profissionais de saúde?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Com a sétima pergunta dessa parte “Existe fluxo estabelecido para apoio diagnóstico da Covid-19?”, 82% (23) dos municípios responderam possuir este fluxo estabelecido, enquanto 18% (5) dos municípios referiram não possuir fluxo para apoio diagnóstico para Covid-19 (Figura 38) (BRASIL, 2020d).

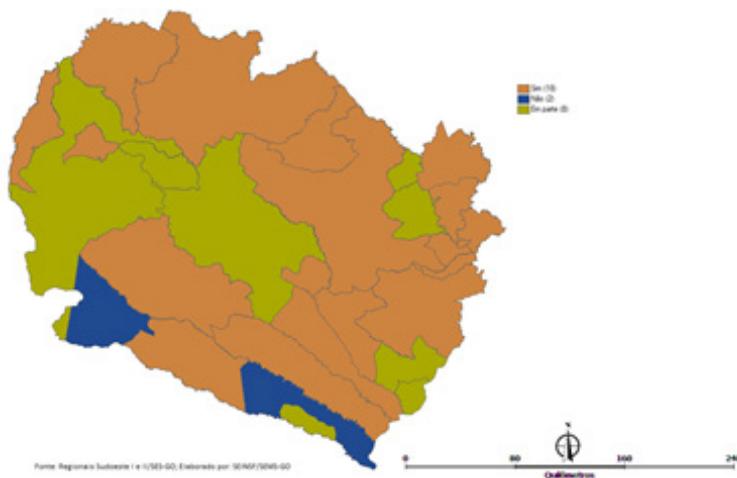
Figura 38 – Existe fluxo estabelecido para apoio diagnóstico da Covid-19?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A oitava pergunta questiona se “A Secretaria de Saúde tem conseguido manter estoque de insumos estratégicos (EPI, medicamentos etc.)?”, e 64% (18) municípios conseguir manter o estoque, enquanto 29% (8) dos municípios responderam manter em parte, e 7% (2) municípios referiram não conseguir manter o estoque de insumos estratégicos (Figura 39) (BRASIL, 2020d).

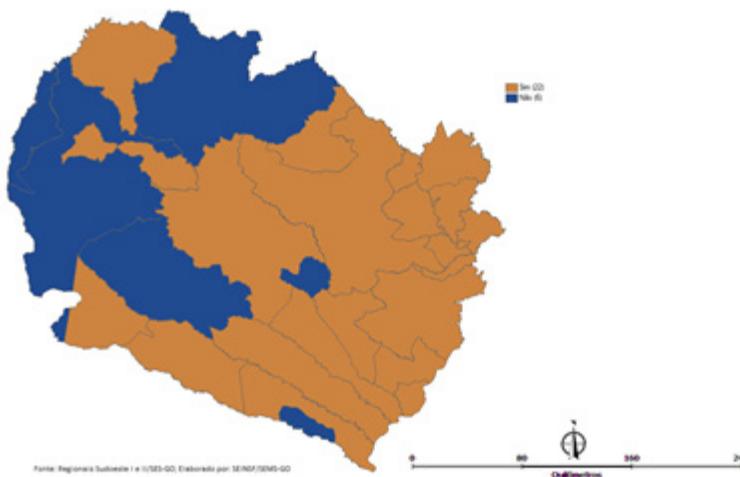
Figura 39 – A Secretaria de Saúde tem conseguido manter estoque de insumos estratégicos (EPI, medicamentos etc.)?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A nona pergunta “A Secretaria de Saúde possui quadro funcional suficiente para as atividades assistenciais?”, 79% (22) municípios identificaram possuir recursos humanos suficientes para as ações de assistência à saúde e 21% (6) dos municípios responderam que não possuem quadro funcional suficiente (Figura 40) (BRASIL, 2020d).

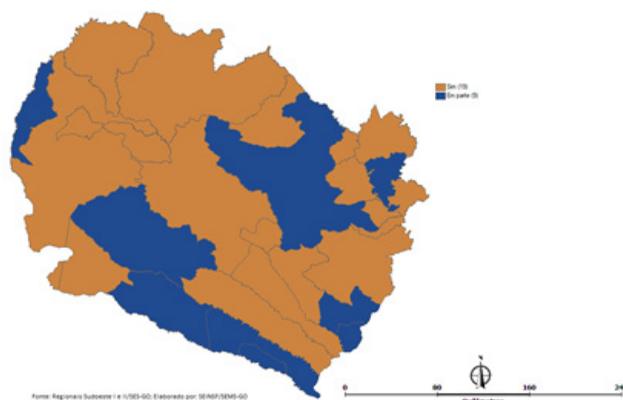
Figura 40 – A Secretaria de Saúde possui quadro funcional suficiente para as atividades assistenciais?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

A décima pergunta “A Secretaria de Saúde estimou a sua demanda de modo a direcionar estrategicamente seus recursos?”, 68% (19) municípios referiram ter estimado os recursos e 32% (9) dos municípios responderam não terem estimado direcionar estrategicamente os recursos (Figura 41) (BRASIL, 2020d).

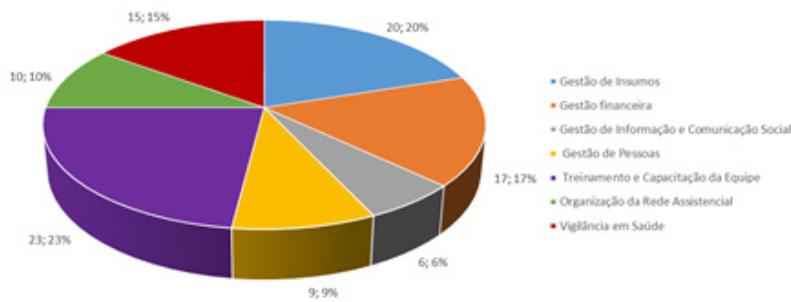
Figura 41 – A Secretaria de Saúde estimou a sua demanda de modo a direcionar estrategicamente seus recursos?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Na 11ª pergunta “Em que áreas estratégicas você gostaria de auxílio para a resposta à epidemia?”, “treinamento e capacitação” foi o item mais citado, onde 82% (23) dos municípios referiram ter interesse no apoio para essa área, seguido do item “gestão de insumos” com 71% (20) municípios que selecionaram este item. O terceiro item identificado foi “gestão financeira” no qual 61% (17) dos municípios identificaram como área de interesse para apoio, o quarto item “vigilância em saúde” foi mencionado por 54% (15) dos municípios, enquanto o quinto item “organização da rede assistencial” por 36% (10) dos municípios. O item “gestão de pessoas” foi selecionado por 32% (9) dos municípios, e “gestão da informação e comunicação social” foi identificado como área de interesse para apoio por apenas 21% (6) dos municípios (Gráfico 2) (BRASIL, 2020d).

Gráfico 2 – Em que áreas estratégicas você gostaria de auxílio para a resposta à epidemia?



Fonte: Equipe local Haoc, Regionais de Saúde Sudoeste I e II/SES/GO. Elaborado por: Seinsf/Sems/GO.

Quanto ao item de sugestões e reclamações para essa parte do questionário, último questionamento do documento, somente 18% (5) dos municípios responderam algo, sendo os itens relacionados à solicitação de rapidez na regulação, capacitação à distância para os profissionais, inclusive pelo ineditismo do cenário trazido pela Covid-19 que gera essa necessidade, e a necessidade de maior número de recursos humanos, equipamentos de proteção individual e ações de Educação Permanente (BRASIL, 2020d).

As informações obtidas por meio do questionário foram de extrema relevância para o diagnóstico da capacidade de resposta da Macrorregião de Saúde Sudoeste e para trazer à tona as necessidades e prioridades do território no enfrentamento à Emergência em Saúde Pública por Covid-19. É preciso salientar que esse diagnóstico pode servir como base, como ponto inicial, para comparação com futuras análises sobre o fortalecimento da capacidade de resposta dos municípios à Emergência em Saúde Pública pela Covid-19 ou qualquer outro risco. (BRASIL, 2020d).

Como, por exemplo, sabe-se que, com relação à elaboração de um Plano de Contingência para enfrentamento à Covid-19, a situação apresentada nesse diagnóstico, referente ao cenário encontrado em junho de 2020, já foi alterada. É sabido que todos os municípios do estado de Goiás elaboraram Plano de Contingência para Enfrentamento à Covid-19, sendo possível realizar download de todos os documentos no site da SES/GO (https://extranet.saude.go.gov.br/public/plano_enfrentamento_corona.html). No mesmo painel, pode-se obter o Plano de Contingência da Macrorregião de Saúde Sudoeste, assim como de ambas as Regionais de Saúde da SES/GO (BRASIL, 2020d).

Foi verificado que a maioria dos(as) secretários(as) de saúde, nessa macrorregião, atuam articulados com suas equipes técnicas, tanto que 75% dos questionários foram respondidos pelos gestores. Porém, ficou claro que o fato da urgência para o cuidado imediato aos pacientes com Covid-19 gerou a necessidade da abertura de um diálogo maior entre os gestores para a organização da Rede de Atenção à Saúde. Essa situação real de enfrentamento à Covid-19 sensibilizou a todos, seja gestores ou técnicos das secretarias municipais de saúde, para a necessidade da organização do setor saúde nas suas ações, em todos os momentos da gestão do risco, para uma resposta em tempo oportuno às Emergências em Saúde Pública e, dessa forma, fortaleceu o Sistema Único de Saúde da Macrorregião de Saúde.

No final do mês de julho de 2020, a equipe local do Haoc recebeu um ofício informando sobre a retomada das oficinas do projeto de forma remota. Essa informação foi divulgada para todos os técnicos e gestores das secretarias municipais de saúde e para o grupo executivo da macrorregião, composto pela equipe local do Haoc, Cosems/GO, Seinsf/GO e Regionais de Saúde do estado.

A equipe da coordenação do Haoc sugeriu que, além do macroproblema de saúde priorizado, a Covid-19 também fosse trabalhada a partir da Segunda Oficina Macrorregional.

A equipe local do Haoc levou essa proposta para a CIR macrorregional, e os técnicos e gestores presentes aceitaram a sugestão de que a **Covid-19** fosse um macroproblema. Nessa reunião, também foi priorizado, dentre os três macroproblemas elencados anteriormente, **as doenças do aparelho circulatório**. Essa escolha se deveu à macrorregião não ter iniciado a organização da

rede temática de doenças crônicas, servindo como estímulo aos gestores e técnicos para que as ações do projeto subsidiassem a implantação dessa rede.

Foi feita uma videoconferência com o grupo executivo da macrorregião para explanar a metodologia aplicada na Oficina de Alinhamento em Brasília para desenho da rede. Durante a reunião, as Regionais de Saúde se propuseram a criar os dois itinerários terapêuticos baseados na realidade da macrorregião e na capacidade instalada dos serviços. Esses itinerários terapêuticos, criados pela equipe local do Haoc e pelas Regionais de Saúde, com a chancela do Cosems e da Sems/MS/GO, foram enviados aos técnicos e gestores dos municípios da macrorregião por e-mail e WhatsApp para que fossem feitas verificações, contribuições e atualizações.

No dia 24 de agosto de 2020, foi realizada uma videoconferência com o grupo executivo da macrorregião para apresentação dos itinerários propostos com a devolutivas dos municípios, sendo um itinerário terapêutico compilado dos macroproblemas da Covid-19 e um itinerário terapêutico para as doenças do aparelho circulatório.

Para mobilização dos participantes da Segunda Oficina Macrorregional, que seria a primeira atividade oficial a ser realizada remotamente pelo projeto, a equipe local usou como estratégia a confecção de um *flyer* enviado aos gestores e técnicos por WhatsApp informando quantos dias faltavam para a oficina.

Também foram feitos contatos por telefone com todos os secretários e técnicos municipais de saúde, para confirmar o recebimento dos Itinerários Terapêuticos dos macroproblemas (**Covid-19 e Doenças do Aparelho Circulatório**) e, ao mesmo tempo, reforçar o convite, além de manifestar a importância da participação na 2ª Oficina Macrorregional – Desenho da Rede de Atenção à Saúde remotamente.

A segunda oficina ocorreu no dia 27 de agosto de 2020, por meio de link fornecido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Essa oficina macrorregional teve como objetivo trabalhar a análise da rede assistencial de saúde e dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e, como produto, fazer o desenho da rede assistencial, a partir dos macroproblemas de saúde trabalhados na primeira oficina, com a identificação de potencialidades e fragilidades, para, então, construir os objetivos estratégicos para os problemas da rede assistencial – municipais e de cooperação regional.

A oficina começou com abertura feita pelo coordenador da equipe local representando o Haoc, presidente do Cosems/GO e o superintendente do Ministério da Saúde (Sems/GO). Nas falas, foi apresentado o objetivo da oficina e agradeceu-se a participação de todos.

Em seguida, a equipe local do Haoc explicou que a oficina em formato remoto seria dividida em duas etapas, a primeira aconteceria no dia 27 de agosto e a segunda, no dia 15 de setembro.

Também ressaltou a importância da participação dos gestores para o projeto, apresentou a programação do dia e as regras gerais para a organização de uma reunião remota, como manter os microfones fechados e solicitar fala e/ou fazer sua contribuição por meio do chat. Em seguida, a presidente do Cosems/GO apresentou a análise situacional da Covid-19. Destacaram-se, nessa análise situacional da Covid-19, as informações que serão apresentadas adiante.

A macrorregião possui 40 leitos de UTI habilitados para atendimento, sendo 20 em Rio Verde, 10 em Mineiros e 10 em Jataí. Não possui leitos clínicos, ou seja, leitos de enfermaria habilitados. Estes estão concentrados nas unidades estaduais de saúde, como o Hospital de Águas Lindas. Em relação ao número de leitos de UTI, se comparada com outras macrorregiões, a Sudoeste possui um bom número. O custeio desses leitos é feito pelo Ministério da Saúde.

O fluxo regulatório para esses leitos e demais serviços relacionados ao tratamento da Covid-19 é feito pelo estado e seu complexo regulador. O transporte dos pacientes graves fica sob responsabilidade do Samu, principalmente nas transferências inter-hospitalares. Há uma dificuldade devido ao aumento significativo da demanda e várias regulações foram liberadas para hospitais fora da unidade de abrangência da competência do SAMU (até Goiânia ou dentro da macrorregião). O transporte dos pacientes dentro do estado é de responsabilidade do município. Considera-se que os municípios na macrorregião estão bem organizados na realização dessa tarefa e reuniões periódicas estão sendo feitas com o corpo bombeiros, coordenadores de SAMU e Cosems para tentar alinhar outras ações.

Na sexta-feira anterior ao evento, dia 21 de agosto, havia testado positivo para a Covid-19, na região Sudoeste de Goiás, 15.796 pessoas. O município de Rio Verde realizou testagem em massa. Outros municípios estavam com planos de fazerem o mesmo. Em relação aos óbitos, foram confirmados 343 mortos na macrorregião, a maior letalidade do estado.

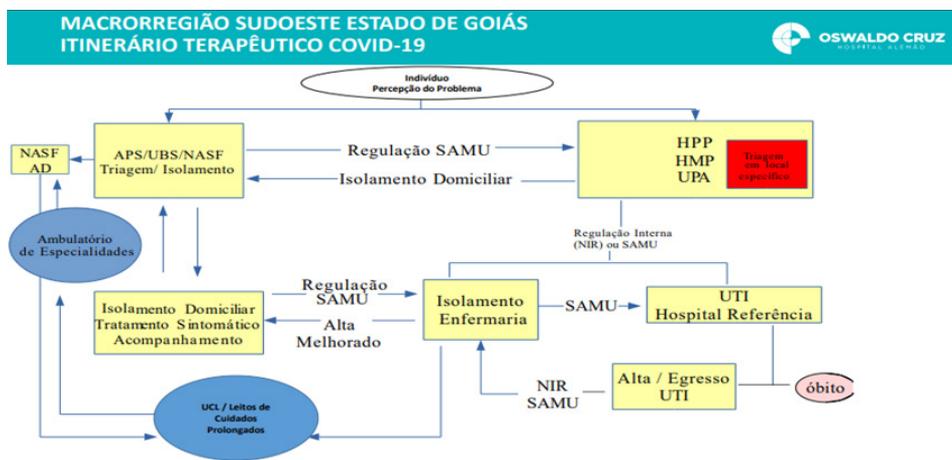
Durante o período de pandemia, foi trabalhada, com as Regionais de Saúde, a questão da reorganização das Redes de Atenção à Saúde por meio da implantação do Guia Orientador de Enfrentamento à Covid-19, realizado por meio de uma parceria entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conasems e Proadi-SUS. O trabalho de enfrentamento à Covid-19 deve ser integrado ao atendimento de pacientes crônicos e das demais patologias. As principais orientações trabalhadas a partir do Guia foram: a criação de um comitê multidisciplinar; a elaboração de um plano de contingência periodicamente atualizado, conforme a mudança do contexto; a retomada de ações de prevenção e promoção por conta da diminuição do isolamento e do distanciamento social; o reconhecimento dos papéis e funções dos atores envolvidos para organizar as ações dentro dos municípios; a organização de protocolos de medicamentos e insumos para evitar desabastecimento; o estabelecimento de fluxos de atendimento à Covid, síndromes gripais e outros agravos, compartilhando ações e estratégias entre os municípios; e a criação de plano de cuidado integral para os pacientes.

Os participantes ainda abordaram pelo chat a questão da sazonalidade do trabalho rural, quando muitos trabalhadores se dirigem à região por conta da safra de milho, cana e algodão, praticamente duplicando a população e, conseqüentemente, agravando os números da Covid.

Em seguida, a equipe local fez a apresentação do Itinerário Terapêutico da Covid-19, construído em conjunto pela equipe local do Haoc, Seinsf-MS, Cosems/GO, Regionais de Saúde Jataí e Rio Verde, e que havia sido enviado previamente a todos os secretários municipais e técnicos para avaliação e recebimento de contribuições.

A apresentação foi feita pelo aplicativo do site miro.com, que possibilitava que as contribuições feitas no debate fossem incorporadas em tempo real. O Itinerário Terapêutico foi construído para apresentar o caminho do paciente com Covid-19 na rede macrorregional, conforme Figura 42.

Figura 42 – Itinerário Terapêutico Covid-19



Fonte: Equipe local do Haoc.

Após a apresentação do Itinerário Terapêutico, o facilitador local solicitou aos municípios que se pronunciassem sobre a pertinência da apresentação em relação à realidade vivida por eles, nos municípios, tendo em vista a validação do Itinerário Terapêutico.

Os municípios trouxeram contribuições acerca da inclusão de fluxos relacionados à Atenção Domiciliar e ao agravamento do quadro do paciente; da regulação dos leitos estaduais, que, por vezes, exigem exames comprovando o diagnóstico, apesar da resolução da CIB que diz o contrário – para essa situação o grupo já propôs a estratégia de, caso isso voltasse a acontecer, discutir a situação com a regulação estadual; e das situações em que a família do paciente se recusa a levá-lo para o local da vaga disponível.

As contribuições foram incorporadas ao produto da oficina, a primeira ao próprio Itinerário Terapêutico, a segunda às fragilidades e estratégias e a terceira às fragilidades. Depois disso, o Itinerário Terapêutico da Covid-19 foi validado por todos os presentes.

Em seguida, foi realizada a apresentação da Análise Situacional de Doenças do Sistema Circulatorio pela representante da Regional de Saúde de Rio Verde. Foram elencados os dados básicos sobre a macrorregião, como número de municípios e seu porte, população total, maior distância entre um município e o município-polo, quantidade de equipamentos de média e alta complexidade e sua localização. Foram apresentadas informações sobre a Atenção Primária, a Atenção Especializada e Hospitalar, Samu, Regulação e Atenção Domiciliar. O tema da Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde foi abordado, ressaltando o dever dos municípios de contemplar o tema das Doenças Cardiovasculares na Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária. Foram mencionadas, ainda, as redes temáticas discutidas em 2011: Rede Cegonha (implantada), Rede de

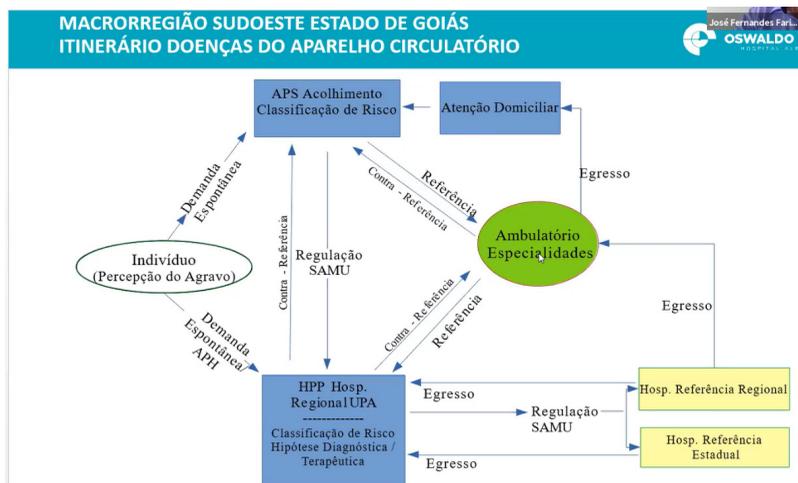
Atenção Psicossocial (em planejamento), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (implantada), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (em planejamento) e Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (que não existe). Mencionou-se que não há nenhuma das linhas de cuidado prioritárias relacionada ao Macroproblema de Saúde das Doenças Cardiovasculares implementada na macrorregião (cerebrovascular, traumatológica e cardiovascular). Foi apresentada a demanda reprimida da assistência em cardiologia, usando como base a Consulta Pública n. 7/2019, que atualiza os critérios e parâmetros para o planejamento e a programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. E foram apresentados os dados a respeito das cirurgias do aparelho circulatório realizadas, concentradas em Goiânia.

Depois, abordou-se o tema do Hospital Presbiteriano Doutor Gordon, que é habilitado em alta complexidade para cardiologia. O hospital ultrapassou a meta do número de procedimentos cirúrgicos apenas em 2018, que é de 180 procedimentos/ano. O último dado apresenta a realização de 622 procedimentos. Há a proposta de colocar o serviço de hemodinâmica no Hospital do Câncer de Rio Verde, o que deveria ser considerado no momento de pensar o Itinerário Terapêutico.

O debate entre os participantes se concentrou na questão da habilitação do Hospital Presbiteriano Doutor Gordon e da possibilidade de habilitação de serviços no Hospital do Câncer de Rio Verde.

Em seguida, foi feita a apresentação do Itinerário Terapêutico das Doenças Cardiovasculares, construído em conjunto pela equipe local do Haoc, Seinsf-MS, Cosems/GO, Regionais de Saúde Jataí e Rio Verde, e que havia sido enviado previamente a todos os secretários municipais e técnicos para avaliação e recebimento de contribuições, conforme a seguir.

Figura 43 – Itinerário Terapêutico Doenças do Aparelho Circulatório



Fonte: Equipe local do Haoc.

O Itinerário Terapêutico das Doenças Cardiovasculares já havia sido apresentado e discutido previamente com os gestores em reunião da CIR macrorregional, sendo validado por todos os presentes.

A equipe local do Haoc, em seguida, apresentou os próximos passos do projeto. A segunda etapa dessa Oficina, no dia 15 de setembro, discutiria as fragilidades e fortalezas existentes na rede e as estratégias municipais e regionais para alcançar o Itinerário Terapêutico idealizado.

Para isso, a equipe local compartilharia um formulário a ser preenchido pelos municípios com as fragilidades, fortalezas e estratégias identificadas por eles na macrorregião. Essa atividade de dispersão foi importante ferramenta metodológica para preparar e mobilizar os participantes para o momento das oficinas. O preenchimento dessas atividades foi monitorado e acompanhado pela equipe local, que ficou à disposição dos municípios para esclarecer dúvidas sobre o preenchimento e acompanhar o envio do material dentro dos prazos combinados, fazendo contato com os participantes por telefone, e-mail e WhatsApp. A seguir, está a matriz que foi apresentada e enviada a todos os municípios como atividade de dispersão para o segundo momento da oficina, que seria realizado no dia 15 de setembro.

Figura 44 – Matriz para atividade de dispersão

MACRORREGIÃO SUDOESTE ESTADO DE GOIÁS PROXIMOS PASSOS (ATIVIDADE DE DISPERSÃO) DIA 15 SETEMBRO		
OSWALDO CRUZ		
Macroproblema de Saúde		
1 - Dimensão assistencial - Desenho da Rede de Atenção de Saúde		
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades
Promoção, proteção e prevenção das condições de saúde		
Atenção Primária - processos de trabalho, recursos humanos, macroprocessos da APS		
Atenção Ambulatorial Especializada e processos de integração com APS		
Atenção Hospitalar - caráter eletivo e urgência		
Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Assistência Farmacêutica		
Saúde Suplementar - cobertura, qualidade, relação com o SUS		
Ações Intersetoriais		

Fonte: Equipe técnica do Haoc.

As oficinas macrorregionais, portanto, por serem remotas, substituíram os momentos de construção coletiva, que foram mais dispersos no tempo, pelos momentos de debate e validação dos produtos construídos pelos municípios.

O prazo para recebimento das contribuições dos municípios foi dia 11 de setembro. A equipe local teria dois dias para compilar todas as planilhas e apresentar, no dia 14 de setembro, o produto ao grupo executivo macrorregional, que qualificaria os dados a serem apresentados no dia seguinte. Esse trabalho demonstrou a importância da integração e a unidade dos entes parceiros, que contribuíram decisivamente para que o produto pudesse ser concluído nesse tempo exíguo.

A segunda etapa da Oficina Macrorregional II apresentou o produto compilado obtido por meio das devolutivas dos municípios da macrorregião à atividade de dispersão. Essa apresentação foi de acordo com os componentes da RAS: Promoção, proteção e prevenção das condições de saúde; Atenção Primária – processos de trabalho, recursos humanos, macroprocessos na APS; Atenção Ambulatorial Especializada e processos de integração na APS; Atenção Hospitalar – caráter eletivo e de urgência; Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Assistência Farmacêutica; Saúde Suplementar – cobertura, qualidade, relação com o SUS; Ações intersetoriais. E, conseqüentemente, cada componente descrito foi separado pelas fortalezas, fragilidades e estratégias de enfrentamento a níveis municipal e regional.

A presidente do Cosems/GO enfatizou que as equipes das duas regionais fizeram a discussão prévia com relação ao material que os municípios enviaram e que essas informações são fundamentais para que um município conheça a situação do seu vizinho, pois isso fortalece a macrorregião como um todo.

A representante da Regional de Saúde do estado contou que, quando o grupo olhou as devolutivas dos municípios, ficou nítida a necessidade da macrorregião, que apesar da boa logística e da capacidade instalada, ainda pode avançar na organização dos processos de trabalho, na educação continuada e na adoção de ações intersetoriais, assim como no fortalecimento e na participação dos espaços colegiados, como as CIR e a CIB. Destacou a importância de dar voz aos municípios, oportunidade dada pelo projeto, e reforçou a importância de sustentar os espaços criados pelo projeto mesmo após a sua finalização, na medida em que se alcançou maior integração e comunicação de rede.

No debate, foram esclarecidas algumas questões referentes à Assistência Farmacêutica e à Remume e Rename e falou-se da necessidade de atualização dos sistemas de informação para apoiar o planejamento e a gestão da saúde.

O assessor temático do Haoc apontou que os problemas que não conseguem ser solucionados no âmbito municipal podem ter estratégias de enfrentamento regionais. A relação de interdependência da macrorregião é fundamental para o sucesso do SUS e o alcance da integralidade do cuidado. Lembrou que o projeto não pactua, mas atua como instrumento para fortalecer o protagonismo dos municípios e promover as pactuações entre eles.

A partir das discussões dessa oficina, a presidente do Cosems/GO indicou duas pautas a serem tratadas na CIR macro: emendas parlamentares para projetos regionais e a Remume. Mencionou que está em curso um movimento do Cosems junto ao Ministério Público para evitar algumas demandas judiciais. Em certas regiões, esse movimento tem tido resultados, mas a questão da judicialização de medicamentos ainda é sensível.

No dia 1º de outubro de 2020, foi realizada a 6ª Oficina de Alinhamento Conceitual e Metodológico do Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde (regionalização). Para essa oficina, foi compartilhado o TR de Governança e as orientações de trabalho para o próximo ciclo de educação permanente que subsidiaram as ações da 3ª Oficina Macrorregional da Sudoeste do estado de Goiás.

A equipe realizou videoconferência com o grupo executivo da macrorregião, para apresentação do Termo de Referência de Governança – Análise dos sistemas logísticos da rede e da governança macrorregional, para alinhamento de ações, atividades de dispersão, atividades remotas e metodologia a ser definida na continuidade do projeto.

A definição é que as equipes do Cosems/GO e Seinsf/Sems/GO fossem responsáveis pela formulação e introdução da análise de situação da governança macrorregional, enquanto a equipe da SES/GO, a Regional de Saúde de Rio Verde e Jataí fossem responsáveis pelo desenvolvimento da análise de situação do sistema logístico da rede.

Foi enviado para os e-mails das equipes da Seinsf/Sems/GO, SES/GO, Cosems/GO, Regionais de Saúde de Rio Verde e Jataí, dos secretário(a)s municipais de saúde e dos técnico(a)s das secretarias municipais de saúde da Macrorregião Sudoeste/Goiás o roteiro das principais informações para Análise Situacional e as matrizes para sistematização dos sistemas de apoio logístico e de governança regional dos macroproblemas Covid-19 e doenças do aparelho circulatório. Foi solicitado que os participantes preenchessem as FORTALEZAS e FRAGILIDADES identificadas, bem como as ESTRATÉGIAS para enfrentamento dos problemas a nível municipal e de cooperação regional. Foram realizados contatos pela equipe local via telefone com técnico(a)s das secretarias municipais de saúde e secretário(a)s municipais de saúde para confirmar o recebimento do material, sanar dúvidas e fazer orientações sobre o preenchimento.

A Oficina Macrorregional III, que aconteceu no dia 27 de outubro de 2020, teve como objetivo fazer a análise dos sistemas logísticos da rede e de governança macrorregional, tendo como produto o desenho dos sistemas logísticos e dos mecanismos de gestão, planejamento e governança da macrorregião, bem como a construção dos objetivos estratégicos para os problemas municipais e de cooperação regional. Para essa oficina, foi utilizado o mesmo método da anterior, com a participação dos municípios por meio de atividades de dispersão.

Essa atividade consistiu no compartilhamento de uma matriz da análise dos sistemas logísticos da rede e da governança macrorregional a serem preenchidos pelos gestores e técnicos.

Antes da terceira oficina, o grupo executivo macrorregional não conseguiu se reunir por falta de agenda. Porém, a matriz da análise dos sistemas logísticos da rede e de governança macrorregional foi discutida e validada sem ressalvas por todos os municípios participantes. As matrizes para análise dos macroproblemas foram desenvolvidas durante a segunda e terceira oficinas.

2.1 Matrizes para análise dos macroproblemas, desenvolvidas durante a segunda e terceira oficinas

Conforme descrito anteriormente, foram realizadas as segundas e terceiras oficinas com a mesma metodologia, que foi a criação de matrizes para que pudéssemos nortear os municípios na busca das informações pertinentes a cada macroproblema elencado anteriormente, dessa forma cada matriz foi criada para que os secretários e técnicos dos municípios fossem descrevendo as fragilidades, fortalezas e sugestões, soluções para melhorias de várias Redes de Atenção à Saúde dentro do macroproblema trabalhado.

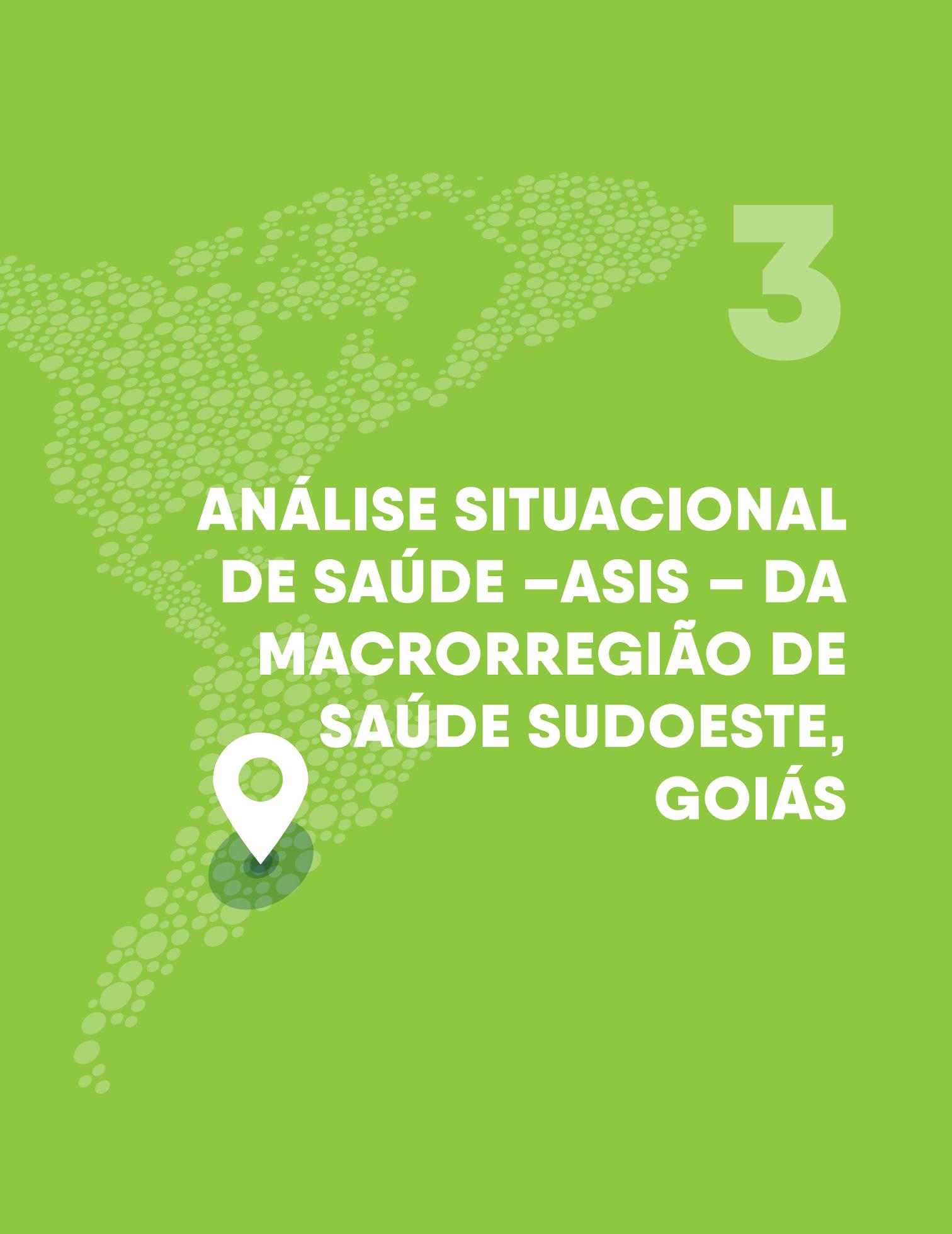
Dessa forma, foi possível construir um documento complexo, rico de informações e principalmente elaborado com as contribuições de todos os atores integrantes do projeto na região. Os secretários e técnicos dos municípios foram apresentando suas contribuições por meio de atividades de dispersão desenvolvidas antes das oficinas, em momentos em que foram usados de forma muito forte no decorrer do projeto na região, que eram as reuniões da CIR. À medida que este material era recebido, a equipe local compilava em uma única matriz e também discutia e “lapidava” com o grupo executivo local, composto por representantes do Cosems, Regionais de Saúde, nível central da SES, assim como o Ministério da Saúde por intermédio da Seinsf, de forma que, no momento das oficinas, a matriz estaria praticamente pronta para que fosse somente formalizada a apresentação do produto final dela a todos e pactuada.

Durante a segunda oficina, foi construída a matriz para um levantamento de dados da dimensão assistencial e desenho da rede de atenção de saúde, considerando os macroproblemas da Covid-19 e as doenças do aparelho circulatório, dentro dos vários componentes da rede descrita, como por exemplo: Promoção, proteção e prevenção das condições de saúde; Atenção hospitalar – caráter eletivo e urgência; Ações intersetoriais, entre outras.

Para cada componente foram coletadas as informações acerca de pontos fortes, fragilidades e estratégias para enfrentamento dos problemas nos âmbitos municipais e de cooperação regional.

Diante da apresentação das matrizes totalmente finalizadas e acrescidas de todas as contribuições, vale ressaltar que, mesmo diante de tantas reivindicações, necessidades e angústias manifestada pelos municípios por meio de seus secretários e técnicos, existem muitas fortalezas em toda a rede da região, sustentando que este projeto é fundamental, em um processo de construção mútua, feito de forma ascendente, para ganhos reais de melhorias que no fim se consolidarão para levar melhor prestação de serviço ao paciente, à gestão e a todo o território. Dessa forma, foi pactuado por todos os presentes para que o produto final das matrizes pudesse ser aqui incluído.

A matriz de informações norteadora da terceira oficina, foi desenhada para sistematização dos sistemas de apoio logístico e de governança regional, com foco na Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional. Também foi consolidada metodologicamente da mesma forma como na segunda oficina, somente com as alterações das Redes de Atenção à Saúde. As matrizes com todo seu conteúdo na íntegra estão disponíveis nos anexos.



3

**ANÁLISE SITUACIONAL
DE SAÚDE –ASIS – DA
MACRORREGIÃO DE
SAÚDE SUDOESTE,
GOIÁS**

A Macrorregião de Saúde Sudoeste tem extensão de 73.139,08 km² e uma população estimada, em 2018, de 687.340 habitantes, com densidade demográfica de 9,40 hab/km². Ela é composta por duas Regiões de Saúde (RS): Sudoeste I (Tabela 8) e Sudoeste II (Tabela 9), totalizando 28 municípios, sendo 16 com população abaixo de 10 mil habitantes; 5 com população entre 10 e 20 mil habitantes; 6 com população acima de 20 mil habitantes; e 1 com população acima de 100 mil habitantes (IBGE, 2011; BRASIL, 2020b). Destaca-se que 89% da população concentra-se na zona urbana, em oposição à 11% da zona rural (IBGE, 2011).

Tabela 8 – Caracterização dos municípios que compõem a Região de Saúde Sudoeste I, Goiás

SUDOESTE I			
Município	População Estimada 2018	Área Total (km ²)	Densidade Demográfica 2010 (hab/km ²)
Acreúna	22.182	1.566,00	12,95
Aparecida do Rio Doce	2.474	602,13	4,03
Cachoeira Alta	12.297	1.654,56	6,38
Caçu	15.743	2.251,01	5,90
Castelândia	3.464	297,43	12,23
Itajá	4.605	2.091,40	2,42
Itarumã	7.097	3.433,63	1,83
Lagoa Santa	1.555	458,87	2,73
Maurilândia	13.829	389,76	29,56
Montividiu	13.115	1.874,15	5,64
Paranaiguara	9.972	1.153,83	7,89
Porteirão	3.830	603,94	5,54
Quirinópolis	49.416	3.786,70	11,41
Rio Verde	229.651	8.379,66	21,05
Santa Helena de Goiás	38.485	1.141,33	31,95
Santo Antônio da Barra	4.787	451,60	9,79
São Simão	20.297	414,01	41,27
Turvelândia	5.195	933,96	4,71

Fonte: Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos, 2020.

Tabela 9 – Caracterização dos municípios que compõem a Região de Saúde Sudoeste II, Goiás

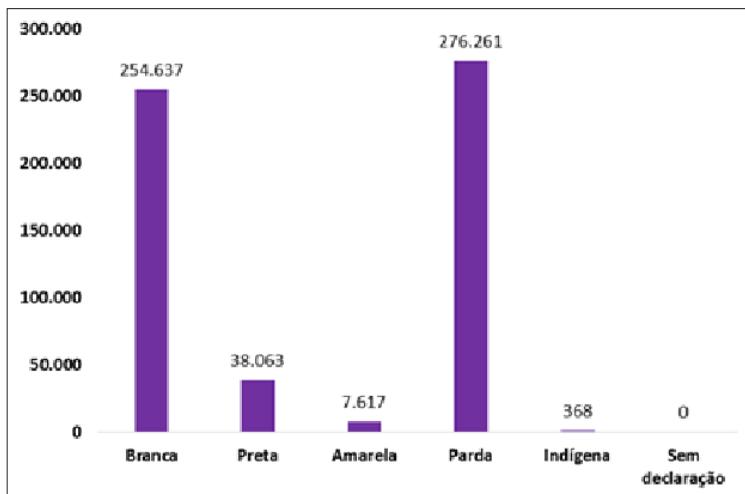
SUDOESTE II			
Município	População Estimada 2018	Área Total (km ²)	Densidade Demográfica 2010 (hab/km ²)
Aporé	4.163	2.900,16	1,31
Caiapônia	18.715	8.637,87	1,94
Chapadão do Céu	9.842	2.185,13	3,20
Doverlândia	7.398	3.222,94	2,45
Jataí	99.674	7.174,23	12,27
Mineiros	65.420	9.060,10	5,84
Perolândia	3.116	1.029,63	2,87
Portelândia	4.000	556,58	6,90
Santa Rita do Araguaia	8.573	1.361,77	5,08
Serranópolis	8.445	5.526,73	1,35

Fonte: Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos, 2020.

É importante levar em consideração que, para uma análise mais aprofundada sobre as informações da macrorregião em questão, seria necessário submetê-las a uma análise estatística para identificar se as variações são significativamente relevantes, ou até mesmo compreender se há um comportamento estacionário das tendências, para que a tomada de decisão por parte dos gestores seja melhor fundamentada na elaboração, no desenvolvimento e no monitoramento da política pública de saúde. Destaca-se ainda que, em geral, por demonstrar informações agregadas da macrorregião, o levantamento de dados municipais também seria necessário para o fortalecimento das políticas de saúde locais (BRASIL, 2020b).

No quesito raça/cor, há o predomínio de pessoas pardas e brancas nessa região, conforme apresentado no Gráfico 3 (BRASIL, 2020b).

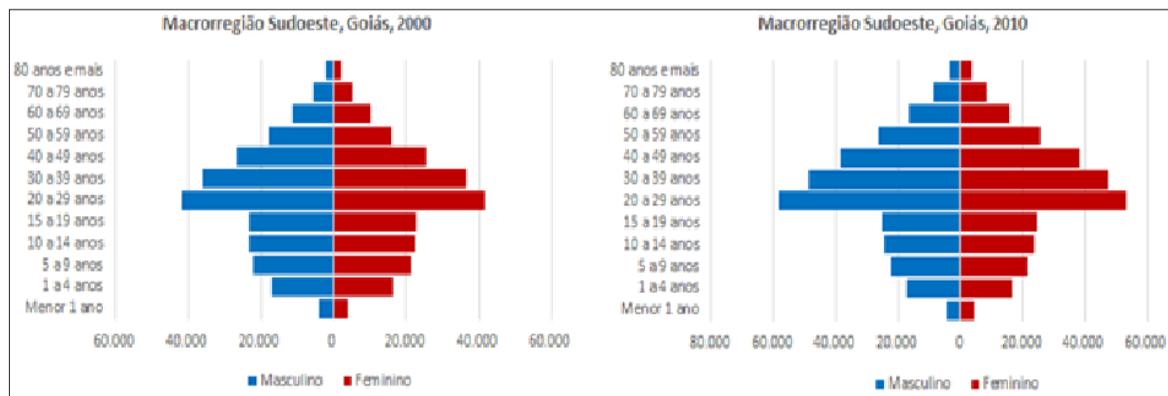
Gráfico 3 – Distribuição da população segundo raça/cor na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010



Fonte: IBGE/Mpog, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

No tocante à faixa etária, o que pode ser percebido é que – em 10 anos – não houve variação na estrutura da pirâmide etária da Macrorregião Sudoeste, com certo acréscimo na população com idade entre 20 e 49 anos (Gráfico 4) (IBGE, 2011).

Gráfico 4 – Pirâmides etárias da Macrorregião de Saúde Sudoeste dos anos de 2000 e de 2010, Goiás



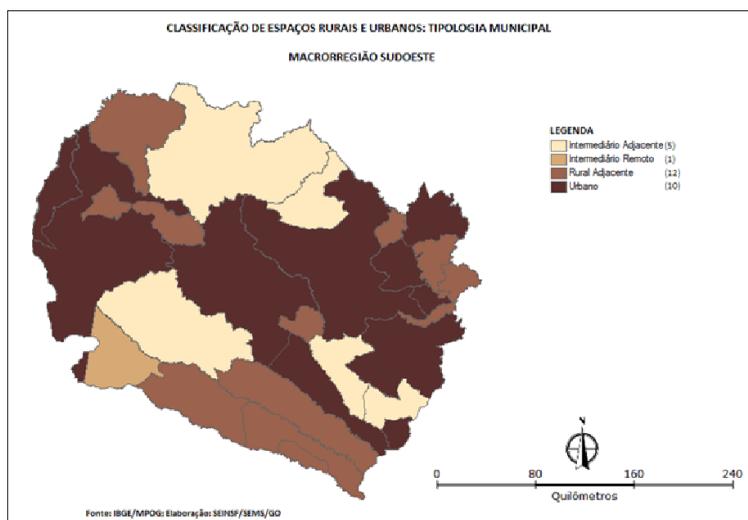
Fonte: IBGE/Mpog, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Destaca-se que, entre as mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), o quantitativo aumentou de 148.839 habitantes, em 2000, para 186.360, em 2010, correspondendo proporcionalmente à 66,31% e 66,12%, respectivamente (IBGE, 2011).

De acordo com os dados da Fundação Cultural Palmares, em 2019, existiam três comunidades remanescentes de quilombos sob a sua certificação, sendo uma em Caiapônia e duas em Mineiros, na RS Sudoeste II (FCP, 2020; BRASIL, 2020b).

Em se tratando da classificação dos espaços rurais e urbanos, nota-se um predomínio de municípios (n=12) na categoria rural adjacente, seguido de municípios na categoria urbano (n=10), conforme Figura 45 (BRASIL, 2020b).

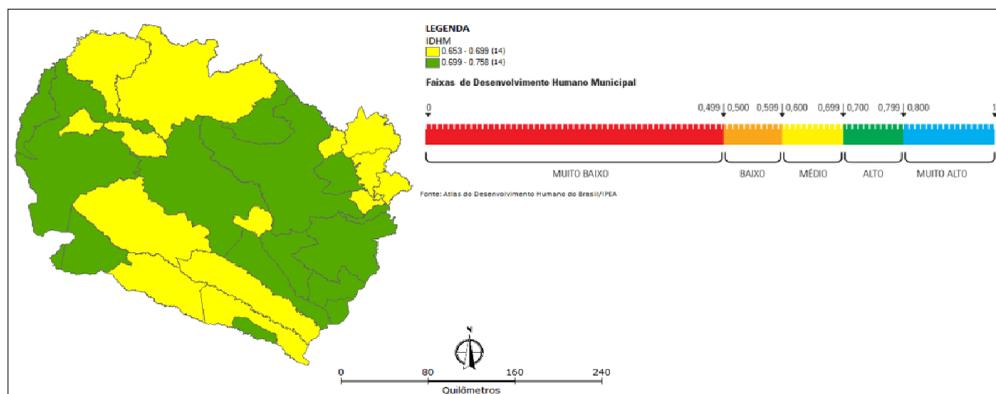
Figura 45 - Classificação dos espaços rurais e urbanos dos municípios da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás



Fonte: IBGE/MPDG, 2020. Elaboração: Seinsf/SEMS/GO.

Os municípios que compõem a macrorregião em questão têm Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), cujos valores apresentam-se de forma bastante homogênea, equilibrando-se entre as classificações média e alta (IPEA, 2013) no que se refere ao desenvolvimento municipal, dando uma noção de sua distribuição no âmbito regional, conforme Figura 46 (BRASIL, 2020b).

Figura 46 – Mapa contendo classificação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dos municípios que compõem a Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010



Fonte: Ipea/ME. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Este índice sinaliza o nível de desenvolvimento humano a partir de três dimensões a oportunidade de viver uma vida longa e saudável, de ter acesso ao conhecimento e ter um padrão de vida que garanta as necessidades básicas (saúde, educação e renda), e auxilia a compor o panorama de desenvolvimento da macrorregião (IPEA, 2013).

Seguindo na composição deste panorama, são apresentados os Índices de Governança Municipal (IGM) e os valores do Produto Interno Bruto (PIB), estes equivalentes aos anos de 2010 e 2016, dos municípios de cada RS que compõem a macrorregião (Tabela 10 e Tabela 11).

Sobre estas informações, cabe ressaltar, que foram agrupadas apenas a título de organização do documento. São medidas calculadas sob objetivos e a partir de metodologias distintas, não havendo relação direta entre eles. Inclusive, um maior PIB não implica em um maior IGM, ao passo que este índice parte de três dimensões: finanças, gestão e desempenho (CFA, [2019]; BRASIL, 2020b).

Tabela 10 – Índices de Governança Municipal (IGM) e os valores do Produto Interno Bruto (PIB) por municípios da Região de Saúde Sudoeste I, Goiás

SUDOESTE I			
Município	IGM 2018	PIB per capita 2010	PIB per capita 2016
Acreúna	6,88	14.985,25	28.048,90
Aparecida do Rio Doce	6,88	18.551,86	29.396,37
Cachoeira Alta	6,68	11.279,47	21.782,23
Caçu	6,47	27.143,89	53.694,65
Castelândia	6,37	13.646,99	23.482,92
Itajá	5,86	13.453,22	20.693,37

continua

conclusão

SUDOESTE I			
Município	IGM 2018	PIB per capita 2010	PIB per capita 2016
Itarumã	6,88	16.056,10	32.934,50
Lagoa Santa	7,42	16.346,60	26.050,84
Maurilândia	6,30	8.682,56	14.248,34
Montividiu	5,91	36.423,27	59.010,83
Paranaiguara	6,64	10.737,86	18.278,93
Porteirão	7,79	41.349,11	61.808,27
Quirinópolis	7,65	17.849,20	33.075,02
Rio Verde	5,60	25.214,94	39.288,71
Santa Helena de Goiás	7,27	15.342,01	26.844,54
Santo Antônio da Barra	6,62	20.508,10	37.196,51
São Simão	6,33	76.935,08	121.806,46
Turvelândia	6,59	60.179,53	81.567,20

Fonte: IMB, 2020 e CFA, [2019]. Elaboração: Seinsf/Sems//GO.

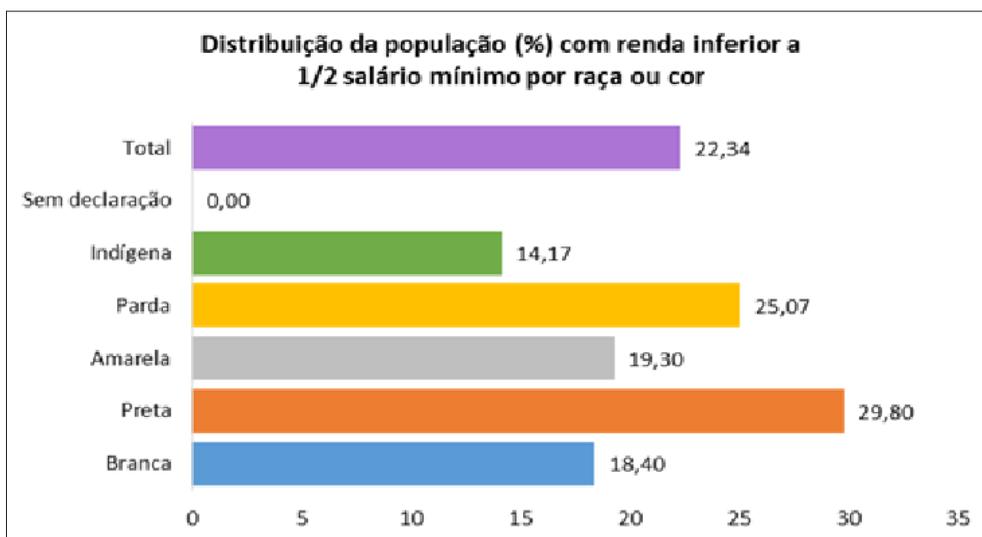
Tabela 11 – Índices de Governança Municipal (IGM) e os valores do Produto Interno Bruto (PIB) por municípios da Região de Saúde Sudoeste II, Goiás

SUDOESTE II			
Município	IGM 2018	PIB per capita 2010	PIB per capita 2016
Aporé	7,05	22.463,24	73.609,20
Caiapônia	6,93	21.258,09	34.636,37
Chapadão do Céu	8,32	133.198,91	121.054,33
Doverlândia	7,26	14.047,00	26.788,69
Jataí	7,63	25.490,78	41.620,42
Mineiros	7,26	22.155,31	36.703,84
Perolândia	6,37	95.817,33	134.919,66
Portelândia	6,23	36.785,19	51.122,47
Santa Rita do Araguaia	6,48	9.904,22	18.525,75
Serranópolis	6,26	27.734,29	52.079,49

Fonte: IMB, 2020 e CFA, [2019]. Elaboração: Seinsf/Sems//GO.

A distribuição de renda entre a população demonstra-se desigual quando analisada segundo o quesito raça/cor, de modo que o percentual com renda inferior a ½ salário-mínimo concentra-se entre as pessoas que se declaram pretas e pardas. Observa-se que do total da população no estado com renda inferior a ½ salário-mínimo, 22,34% encontra-se na Macrorregião Sudoeste (Gráfico 5) (BRASIL, 2020b).

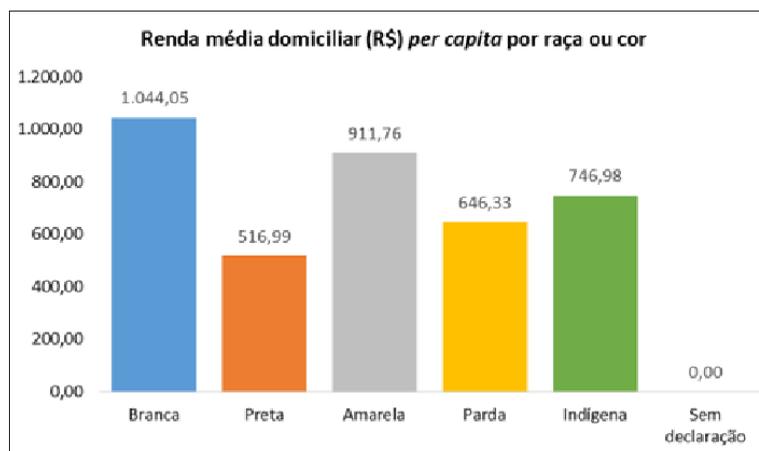
Gráfico 5 – Distribuição percentual relacionada à renda inferior à 1/2 salário mínimo segundo o quesito raça/cor na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010



Fonte: DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Também segundo o critério raça/cor, é possível identificar que as pessoas que se autodeclararam brancas e amarelas têm renda média domiciliar per capita mais elevada que as demais, com valores de R\$1.044,05 e R\$911,76, respectivamente (Gráfico 6) (BRASIL, 2020b).

Gráfico 6 – Renda média domiciliar per capita segundo o critério raça/cor, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010



Fonte: DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

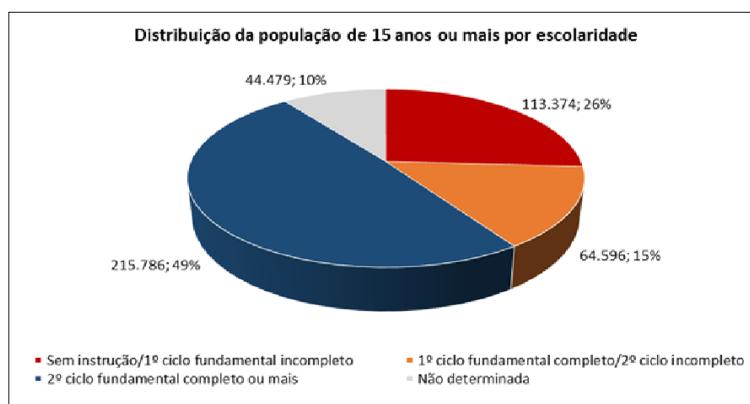
A taxa de desemprego total da população de 16 anos e mais economicamente ativa foi de 5,2%, em 2010, sendo que ao se analisar por raça/cor pôde-se identificar um valor de 5,97% para pardos, de 5,74% para indígenas, de 5,52% para pretos, de 5,04% para amarelos e, por fim, de

4,34% para brancos (BRASIL, 2020b). Ressalta-se que à época essa população totalizava cerca de 300.011 habitantes (BRASIL, 2020b).

Por sua vez, a taxa de trabalho infantil que, no âmbito total, atingiu o valor de 13,88%, ao ser analisada segundo raça/cor, foi de 16,11% para pretos, de 14,94% para pardos, de 12,32% para brancos e de 7,37% para amarelos, sem valores relacionados à população indígena (BRASIL, 2020b).

Destaca-se que a distribuição da população de 15 anos ou mais por escolaridade, demonstrou que a maior parte desse segmento possui 2º ciclo fundamental completo ou mais, seguido de uma grande parte de pessoas sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto, conforme Gráfico 7 (BRASIL, 2020b).

Gráfico 7 – Distribuição da população de 15 anos ou mais por escolaridade, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010

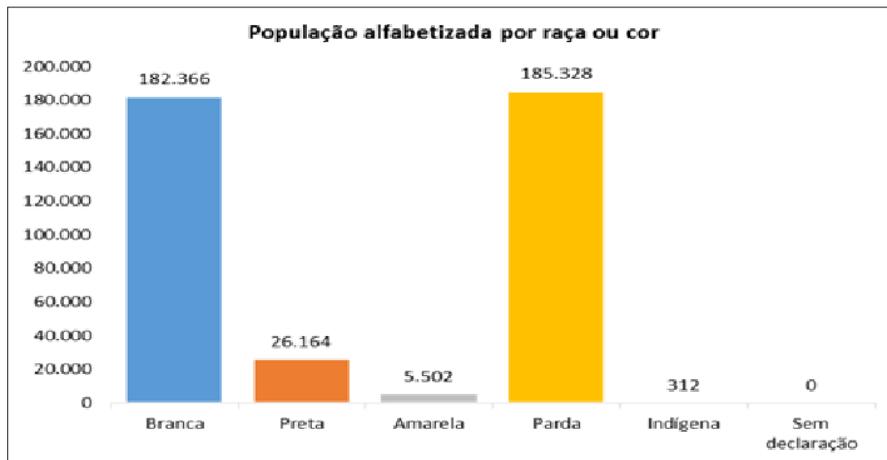


Fonte: DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

A taxa de analfabetismo foi de 8,8% para a macrorregião em 2010, de modo que, ao seccionar por raça/cor, os valores corresponderam a 16,4% para pretos, 10% para pardos, 11,1% para indígenas, 6,4% para brancos e 5,9% para amarelos (BRASIL, 2020b).

No tocante à população alfabetizada, ao se analisar por raça/cor, pode-se identificar a sua distribuição em números absolutos a partir do Gráfico 8 (BRASIL, 2020b).

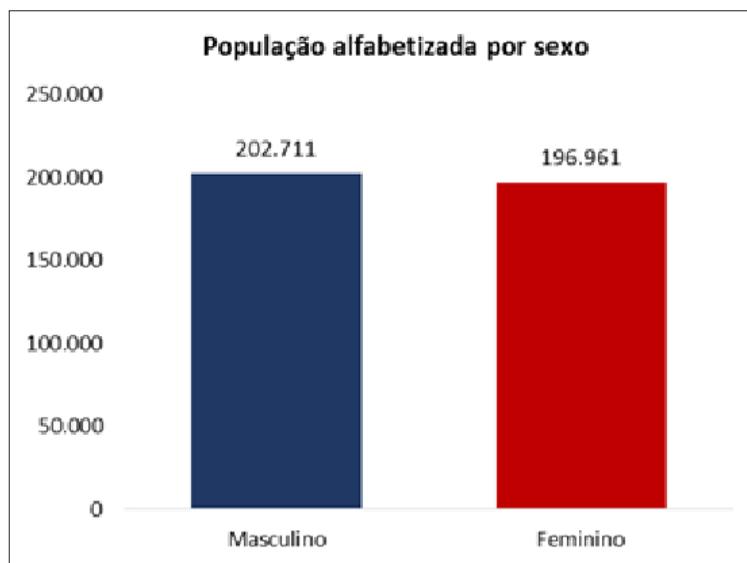
Gráfico 8 – Distribuição de população alfabetizada por raça/cor em números absolutos, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010



Fonte: DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Por sua vez, ao se analisar segundo sexo, tem-se o Gráfico 9 (BRASIL, 2020b).

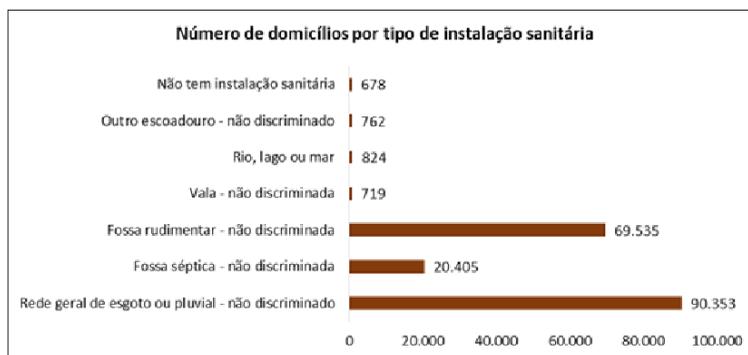
Gráfico 9 – Distribuição de população alfabetizada por sexo em número absoluto, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010



Fonte: DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

A distribuição de domicílios por tipo de instalação sanitária demonstra que a população tem, preponderantemente, acesso à rede geral de esgoto ou pluvial, seguindo-se de fossa rudimentar e fossa séptica, conforme observado no Gráfico 10 (BRASIL, 2020b).

Gráfico 10 – Distribuição do número de domicílios por tipo de instalação sanitária em número absoluto, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010



Fonte: DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Já em relação à disposição final dos resíduos sólidos, há concentração robusta na categoria de coleta por serviço de limpeza com 160.574 domicílios, seguidos de 14.929 domicílios que queimam o lixo na propriedade (Gráfico 11) (BRASIL, 2020b).

Gráfico 11 – Número de domicílios por tipo de disposição final dos resíduos sólidos, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010



Fonte: DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Quanto ao abastecimento de água há o predomínio de rede geral (sem informação de canalização) com 148.222 domicílios, seguindo-se de poço ou nascente (também sem informação de canalização) com 31.418 domicílios (Gráfico 12) (BRASIL, 2020b).

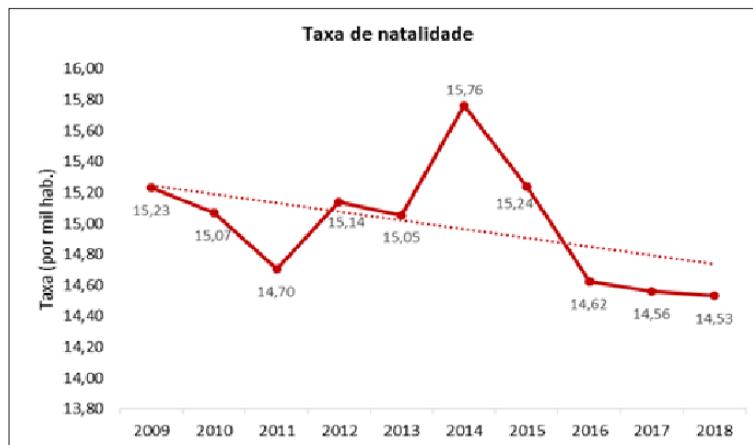
Gráfico 12 – Número de domicílios por tipo de abastecimento de água, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010



Fonte: DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Considerando o período entre 2009 e 2018, pode-se perceber que, visualmente, houve declínio na taxa de natalidade no decorrer dos anos, de modo que, em 2018, essa taxa foi de 14,53% para a macrorregião (Gráfico 10). Pelo gráfico, pode-se identificar aumento no ano de 2014, com posterior queda em 2015, entretanto, seria necessária uma análise estatística para identificar a sua significância (Gráfico 13) (BRASIL, 2020b).

Gráfico 13 – Evolução da taxa de natalidade da Macrorregião de Saúde Sudoeste no período entre 2009 e 2018, Goiás



Fonte: Sinasc – DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Por sua vez, a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer apresentou variação ao longo do período de 2009 a 2018, sendo necessária análise mais acurada sobre essa variação para que se investigue a sua significância, bem como as possíveis causas (Gráfico 14). Ainda que valores abaixo de 10% sejam apreciados, como é um dado da macrorregião, seria importante discriminar essa proporção entre os municípios para verificar se é uma realidade homogênea ou particular a algumas localidades, especialmente por refletir a assistência materno-infantil (BRASIL, 2020b).

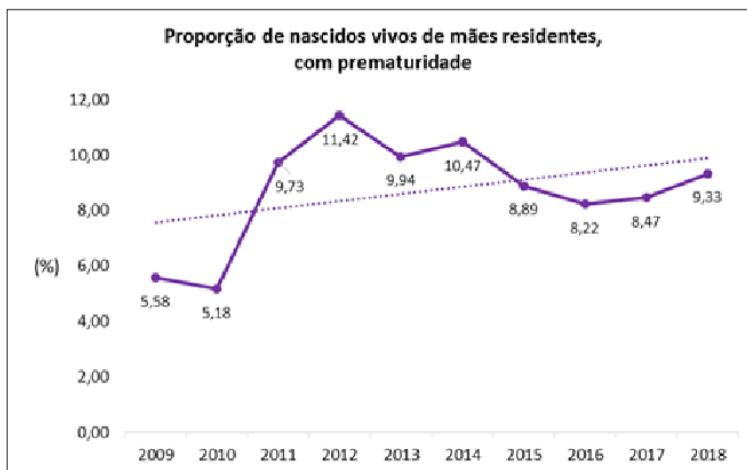
Gráfico 14 – Proporção de nascidos vivos de mães residentes, com baixo peso ao nascer, da Macrorregião de Saúde Sudoeste entre os anos de 2009 a 2018, Goiás



Fonte: Sinasc – DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Sobre os nascidos vivos com prematuridade no mesmo período, percebe-se o seu aumento de forma geral, visualmente destacado entre 2010 e 2012, havendo pouca variação no restante do tempo delimitado (Gráfico 15). Caso seja uma situação estatisticamente significativa, precisa-se investigar as causas desse aumento brusco (melhoria no preenchimento dos sistemas de informação, situações que tenham interferido no pré-natal das gestantes, questões sociais entre outros aspectos) (BRASIL, 2020b).

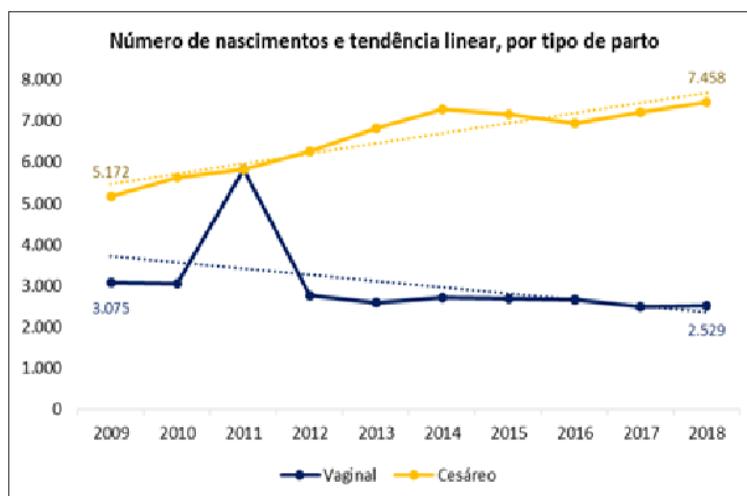
Gráfico 15 – Proporção de nascidos vivos com prematuridade na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás



Fonte: Sinasc/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Analisando-se o número de nascimentos por tipo de parto, nota-se tendência de crescimento para os partos cesáreos e de decréscimo dos partos vaginais, com aumento pontual em 2011 (Gráfico 16). Sugere-se, assim, que o território analisado, de forma geral, necessita de olhar mais cuidadoso para as questões da saúde da mulher, principalmente no que se refere ao que é recomendado pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (com as diretrizes nacionais sobre parto (BRASIL, 2017; BRASIL, 2020b)).

Gráfico 16 – Número de nascimentos e tendência linear por tipo de parto na Macrorregião de Saúde Sudoeste entre 2009 e 2018, Goiás



Fonte: Sinasc – DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

No tocante ao número de nascimentos por faixa etária da mãe, pode-se identificar que, em 2018, houve concentração de nascimentos entre mulheres de 20 a 34 anos de idade, sendo que a taxa de gravidez na adolescência correspondeu a 15,02% (Gráfico 17) (BRASIL, 2020b).

Gráfico 17 – Número de nascimentos por faixa da mãe e taxa de gravidez na adolescência do ano de 2018 da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás



Fonte: Sinasc – DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Ao se comparar a distribuição de óbitos a do Capítulo CID-10 na macrorregião, é possível notar que, em dez anos, houve alteração na distribuição dos óbitos, à exceção de IX. Doenças do aparelho circulatório (primeira causa de morte) e X (BRASIL, 2020b).

Doenças do aparelho respiratório (quarta causa de morte) (Tabela 12). As cinco principais causas de óbito no ano de 2018, por Capítulo CID-10, em números absolutos, foram: IX. doenças do aparelho circulatório (n=1.053); II. neoplasias (tumores) (n=575); XX. causas externas de morbidade e mortalidade (n=553); X. doenças do aparelho respiratório (n=523); e IV. doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, respectivamente (BRASIL, 2020b).

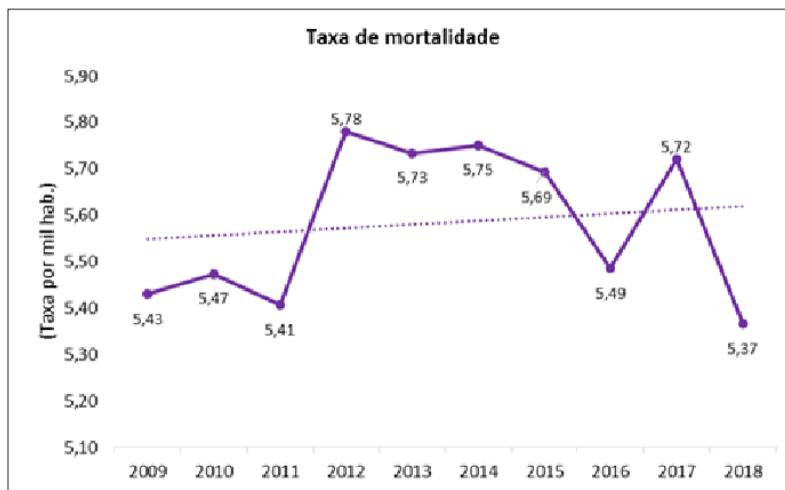
Tabela 12 – Distribuição do número de óbitos por Capítulo CID-10 em 2009 e em 2018 da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás

2009			2018		
1º	IX. Doenças do aparelho circulatório	811	1º	IX. Doenças do aparelho circulatório	1053
2º	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	453	2º	II. Neoplasias (tumores)	575
3º	II. Neoplasias (tumores)	419	3º	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	553
4º	X. Doenças do aparelho respiratório	277	4º	X. Doenças do aparelho respiratório	523
5º	XVIII. Sint sinais e achad amorm ex clín e laborat	260	5º	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	199
6º	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	152	6º	XI. Doenças do aparelho digestivo	192
7º	XI. Doenças do aparelho digestivo	152	7º	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	139
8º	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	112	8º	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	124
9º	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	82	9º	VI. Doenças dos sistema nervoso	92
10º	VI. Doenças dos sistema nervoso	63	10º	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	88

Fonte: SIM – DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

No que tange à taxa de mortalidade, considerando o lapso temporal entre 2009 e 2018, nota-se tendência crescente para a macrorregião, sendo necessário investigar os dados de mortalidade referentes aos municípios para verificar as razões desse aumento (Gráfico 18) (BRASIL, 2020b).

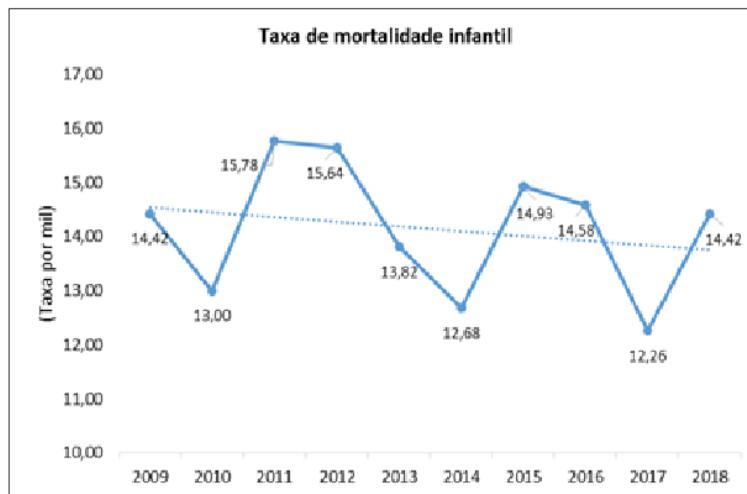
Gráfico 18 – Taxa de mortalidade (por 1.000 habitantes) e tendência da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2009 a 2018



Fonte: SIM – DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Por sua vez, a taxa de mortalidade infantil apresentou tendência decrescente, cabendo também uma análise minuciosa dos dados municipais (Gráfico 19) (BRASIL, 2020b).

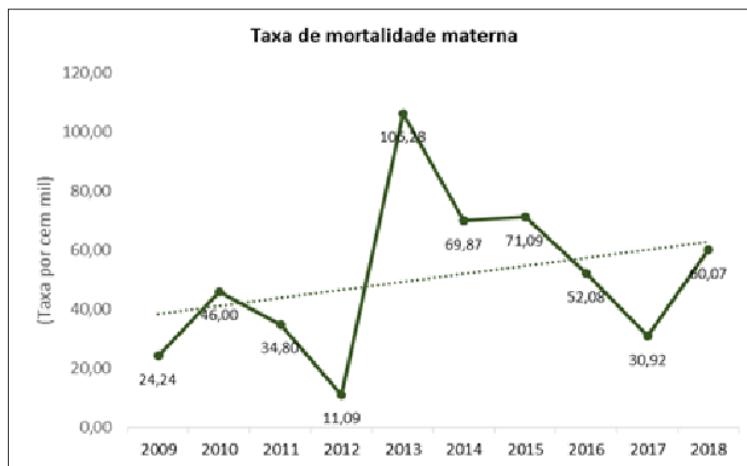
Gráfico 19 – Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) e tendência, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2009 a 2018



Fonte: SIM – DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

A taxa de mortalidade materna demonstra tendência crescente ao longo de 2009 a 2018 (Gráfico 20), de modo que caberia uma análise individual sobre esses dados para analisar de que forma a tendência se comporta no âmbito municipal, subsidiando uma resposta assertiva por parte da gestão no âmbito da assistência ao pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2020b).

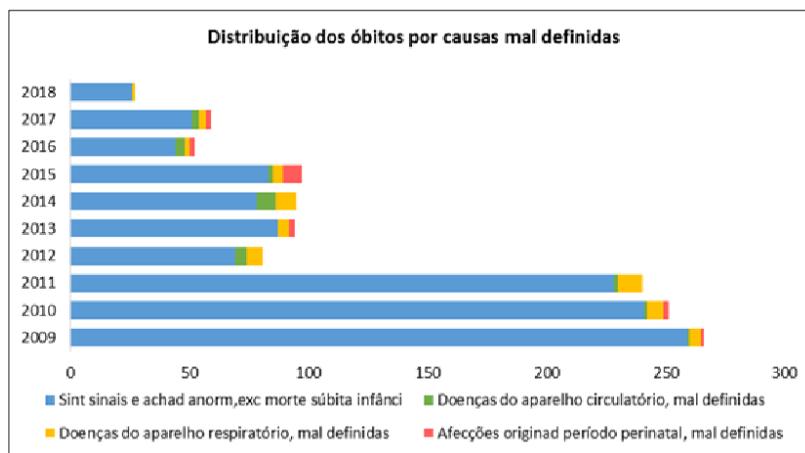
Gráfico 20 – Taxa de mortalidade materna (por 100.000 habitantes) e tendência, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2009 a 2018



Fonte: SIM – DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Visualmente, percebe-se diminuição da distribuição dos óbitos por causas mal definidas entre os anos de 2009 e 2018, ainda que se mantenha um predomínio de sintomas, sinais e achados anormais (exceto síndrome da morte súbita na infância) em 2018 (Gráfico 21) (BRASIL, 2020b).

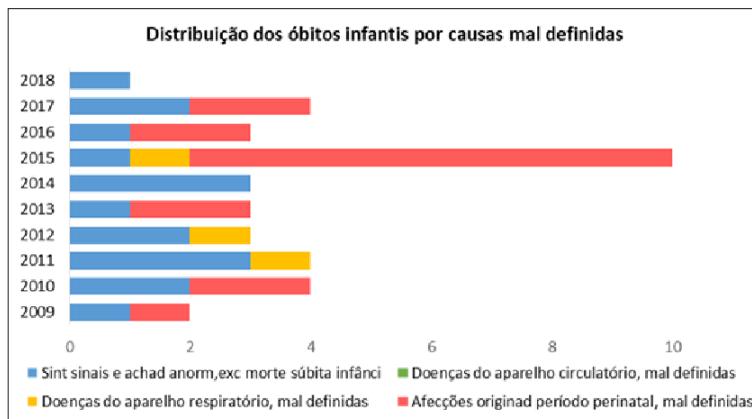
Gráfico 21 – Distribuição dos óbitos por causas mal definidas, Macrorregião Sudoeste, Goiás, 2009 a 2018



Fonte: SIM – DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

A distribuição dos óbitos infantis por causas mal definidas, visualmente, demonstrou variação ao longo dos anos, com aumento no ano de 2015 e destaque para afecções originadas no período perinatal. Em 2018, houve o menor quantitativo, com óbitos relacionados apenas a sintomas, sinais e achados anormais (com exceção de morte súbita na infância) (Gráfico 22) (BRASIL, 2020b).

Gráfico 22 – Distribuição dos óbitos infantis por causas mal definidas, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2009 a 2018

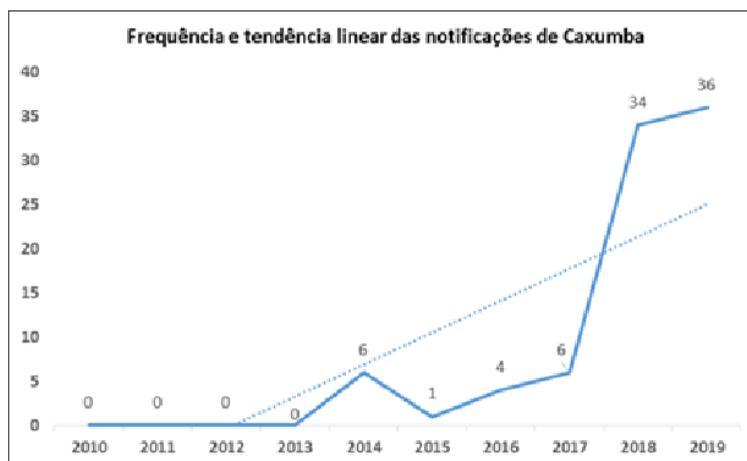


Fonte: SIM – DataSUS/MS, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

De acordo com os dados das notificações de caxumba, entre os anos de 2010 e 2019, o número apresenta crescimento significativo, tendo se mantido sem notificações entre os anos de 2010 e 2013 e aumento abrupto em 2014, com seis notificações (BRASIL, 2020b).

As notificações aumentaram em seis vezes o seu número entre 2014 e 2019, que apresentou 36 notificações de caxumba. O aumento vertiginoso aconteceu entre 2017 e 2018, quando saltou de 6 para 34 notificações, quando ocorre um “pico” na curva, conforme visto na representação gráfica (Gráfico 23) (BRASIL, 2020b).

Gráfico 23 – Frequência e a tendência linear das notificações de caxumba, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019

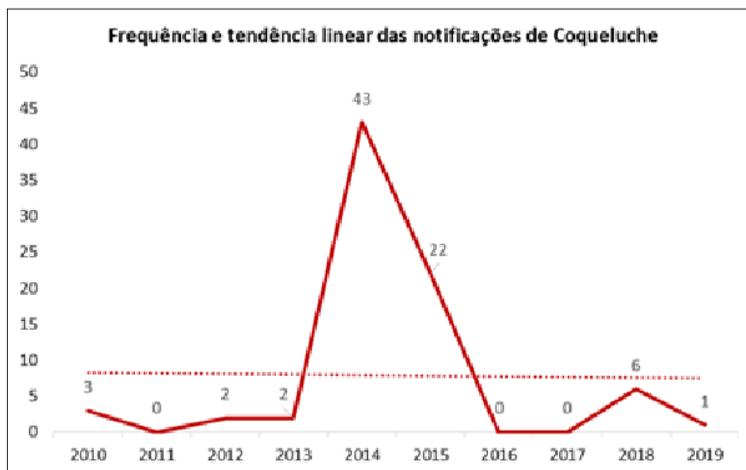


Fonte: SES/GO, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Quanto aos dados de notificações de coqueluche, entre os anos de 2010 e 2019, verificamos um “pico” no ano de 2014, com o número de 43 notificações. Este número começa a cair já no ano

de 2015, chegando a zero em 2016 e 2017, voltando a ter seis novas notificações somente em 2018 e caindo novamente a uma notificação no ano de 2019 (Gráfico 24) (BRASIL, 2020b).

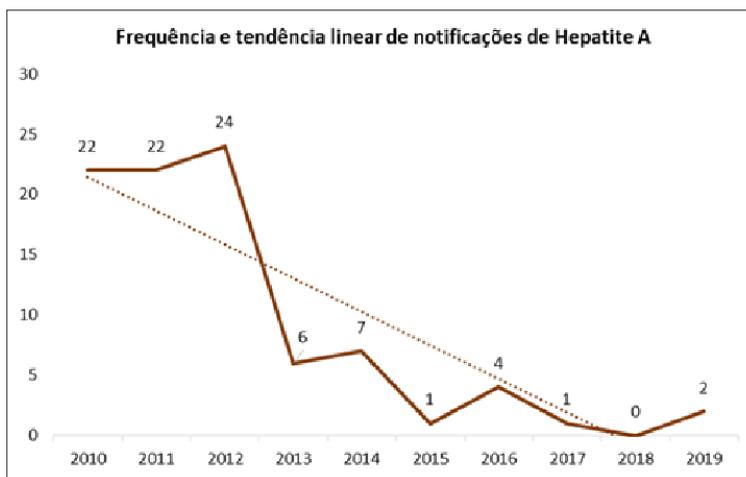
Gráfico 24 – Frequência e a tendência linear das notificações de coqueluche, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SES/GO, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Ao analisar os dados de notificação de referentes à hepatite A, na macrorregião estudada, entre os anos de 2010 a 2019, notamos que houve queda muito significativa dos números. Entre os anos de 2010 e 2012, as notificações variaram entre 22 e 24, ocorrendo queda abrupta para 6 notificações em 2013. Desde então, os números não ultrapassaram o número de sete notificações (em 2014), chegando a ser inexistente em 2018, e reaparecendo em duas notificações em 2019 (Gráfico 25) (BRASIL, 2020b).

Gráfico 25 – Frequência e a tendência linear das notificações de hepatite A, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019

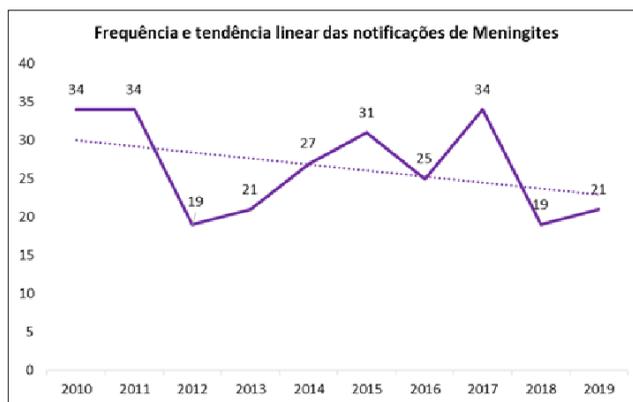


Fonte: SES/GO, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Os números referentes às notificações de meningites, entre os anos de 2010 e 2019 apresentam oscilação. Sendo que nos anos de 2010, 2011 se mantiveram com 34 notificações,

tendo queda em 2012 para 19. Entre 2012 e 2015 apresentaram crescimento ano a ano, chegando a 31 notificações em 2015, com nova queda para 25 em 2016. Voltou a 34 notificações em 2017, com nova queda em 2018, quando foram feitas 19 notificações, e voltando a subir em 2019, que registrou 21 notificações (Gráfico 26) (BRASIL, 2020b).

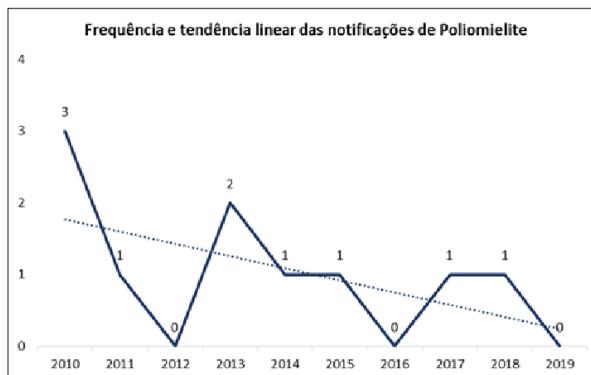
Gráfico 26 – Frequência e a tendência linear das notificações de meningites, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SES/GO, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Segundo a análise do banco de dados da poliomielite, no período de 2010 a 2019, constam dez casos de poliomielite no período, sabendo-se que os últimos casos confirmados de poliomielite no País datam de 1989. Sugerimos uma limpeza do banco ou, caso os estes sejam realmente confirmados, um relatório detalhado de cada caso, visto que a confirmação de tais casos colocaria em cheque a certificação da eliminação de tal doença não só no Brasil, mas em todos os países das Américas (Gráfico 27) (BRASIL, 2020b).

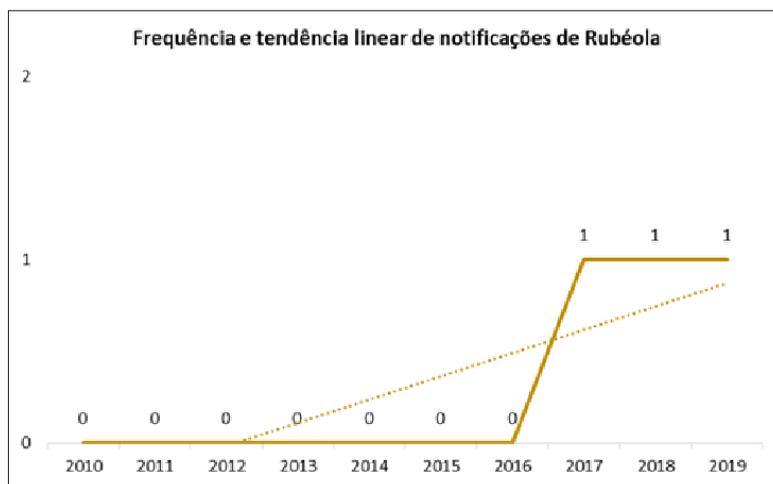
Gráfico 27 – Frequência e a tendência linear das notificações de poliomielite, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SES/GO, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Segundo análise do banco de dados da rubéola no período de 2010 a 2018, constam três casos da doença no período analisado, sabendo-se que os últimos casos confirmados no País datam de 2008, com exceção de um caso importado em 2014. Sugerimos uma limpeza do banco ou, caso estes sejam realmente confirmados, um relatório detalhado de cada caso, visto que a confirmação de tais eventos colocaria em cheque a certificação da eliminação de tal doença não só no Brasil, mas em todos os países das Américas (Gráfico 28) (BRASIL, 2020b).

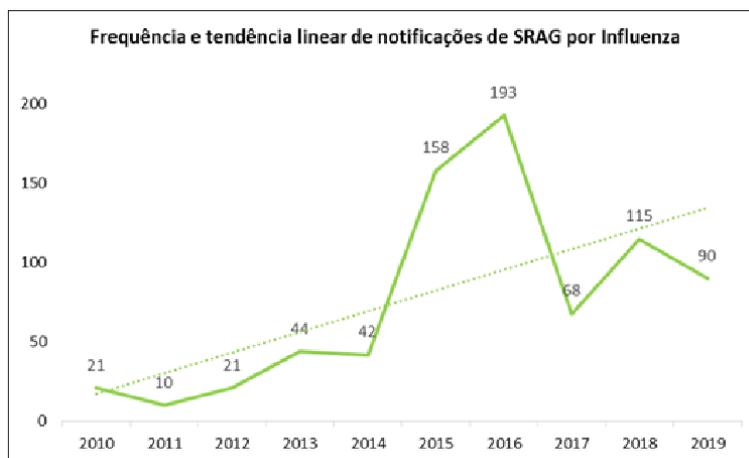
Gráfico 28 – Frequência e a tendência linear das notificações de rubéola, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SES/GO, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

A partir do levantamento de dados de notificação de *influenza* nos anos entre 2010 e 2019, temos que, nos anos de 2010 e 2012, foram feitas 21 notificações, tendo entre eles o ano de 2011 que apresentou metade do número de notificações (10). Após esse período, o número de notificações mais que dobrou em 2013, manteve-se semelhante em 2014, com, respectivamente, 44 e 42 notificações. Já em 2015, o número de notificações é 276% maior do que o ano anterior, e continua a crescer em 2016, que apresenta número 360% maior do que o ano de 2014. Os anos de 2015 e 2016 são caracterizados por surtos de *influenza*. Em 2017, o número de notificações caiu a menos de 50% em comparação ao ano de 2016, no entanto continua expressivamente maior do que as notificações realizadas entre os anos de 2010 e 2014. Um novo crescimento acentuado, de 68 para 115 notificações, acontece no ano de 2018. Em 2019 houve queda de aproximadamente 22% dos casos, tendo tido 90 notificações (Gráfico 29) (BRASIL, 2020b).

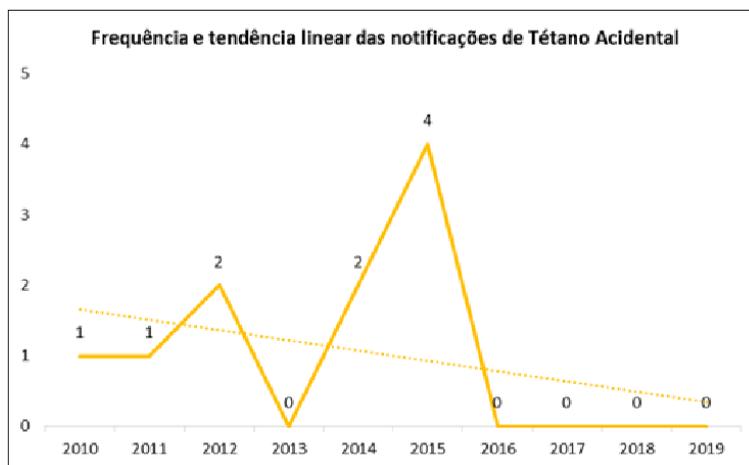
Gráfico 29 – Frequência e a tendência linear das notificações de influenza, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SES/GO, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

O número de notificações de tétano acidental apresenta pequena variação entre os anos de 2010 e 2014, estando entre zero e duas notificações. No ano de 2015, aconteceu o maior número de notificações do período analisado (2010 e 2019), com total de quatro notificações. A partir do ano de 2016 até 2019 não houve novas notificações (Gráfico 30) (BRASIL, 2020b).

Gráfico 30 – Frequência e a tendência linear das notificações de tétano acidental, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019

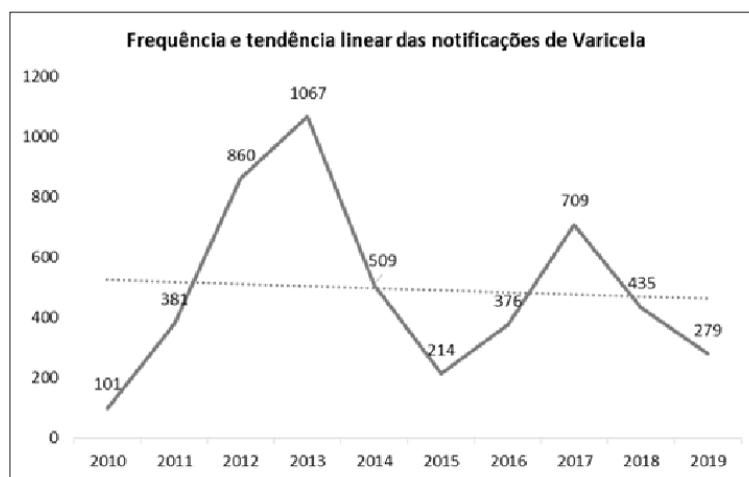


Fonte: SES/GO, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

De acordo com os dados analisados das notificações de varicela, entre os anos de 2010 e 2019, verificamos dois “picos” nos números. O primeiro ocorreu no ano de 2013, com 1.067 notificações, que foram precedidos por números crescentes ano a ano (101, 381, 860, para os anos de 2010, 2011 e 2012, respectivamente). Após o pico ocorrido em 2013, as notificações apresentaram

quedas por dois anos consecutivos, chegando ao número de 214 em 2015, o menor desde 2010. No entanto, o número de notificações voltou a crescer em 2016, chegando a um novo “pico” em 2017, com 709 notificações. Novas quedas ocorrem nos anos dois anos subsequentes, 2018 e 2019, que apresentam respectivamente 435 e 279 notificações. (Gráfico 31) (BRASIL, 2020b).

Gráfico 31 – Frequência e a tendência linear das notificações de varicela, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SES/GO, 2020. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

A Macrorregião de Saúde Sudoeste não noticiou casos de febre amarela ou sarampo no período entre 2010 e 2019.

3.1 Capacidade instalada da Macrorregião Sudoeste

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser organizado a partir de uma perspectiva hierarquizada, regionalizada e descentralizada e, a partir do reconhecimento dos problemas e das necessidades de saúde de um território, deve-se promover a implementação de redes regionalizadas e hierárquicas, estabelecer sistemas de referência e contrarreferência, levar em consideração a noção de redes alternativas e a criação de linhas de cuidado, ao passo que podem fomentar as relações entre todos os níveis de atenção (PAIM, ALMEIDA-FILHO, 2014).

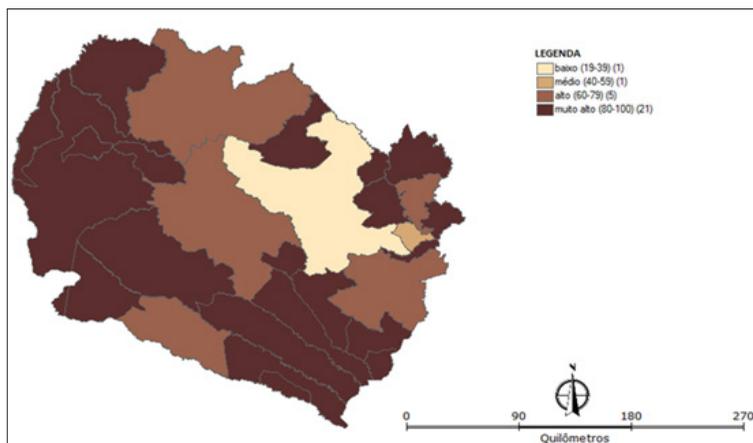
Partindo-se do marco legal, com destaque para a Lei n. 8.080/1990 e o Decreto n. 7.508/2011, caberia à Atenção Primária (AP) o papel de ordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial do sistema (PAIM, ALMEIDA-FILHO, 2014). Isso posto, conhecer a capacidade instalada é um passo importante para pensar a organização das Redes de Atenção em Saúde (RAS) em um dado local, bem como refletir sobre o modelo de atenção adotado (BRASIL, 2020c).

A seguir, estão disponibilizadas informações a respeito da capacidade instalada da Macrorregião de Saúde Sudoeste (BRASIL, 2020c).

3.1.1 Atenção Primária

O percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Macrorregião de Saúde Sudoeste, em 2017, contou com 21 municípios com cobertura muito alta (valores entre 80% e 100%), 5 municípios com cobertura alta (entre 60% e 79%), 1 com cobertura média (entre 40% e 59%) e 1 com cobertura baixa (entre 19% e 39%) (Figura 47) (BRASIL, 2020c).

Figura 47 – Percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2017

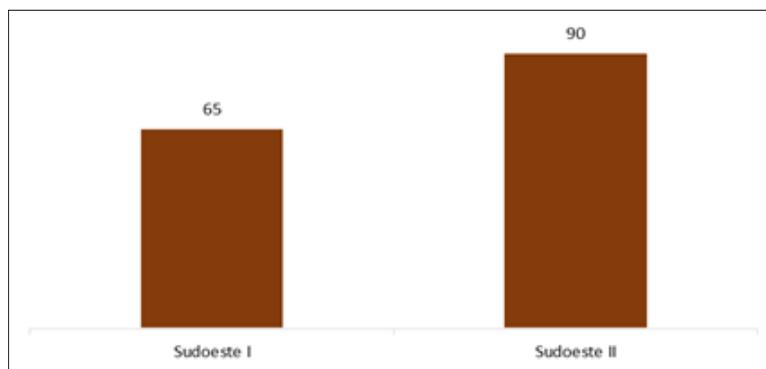


Fonte: SES/GO, 2020 e DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

No que se refere ao percentual de cobertura da ESF, os dados disponíveis são de 2017. Observa-se que 21 municípios da macrorregião possuíam cobertura muito alta, ou seja, entre 80% e 100% da população era coberta por essa estratégia. Apenas cinco municípios apresentaram cobertura alta, entre 60% a 79%, bem como um município apresentou cobertura média, entre 40% e 59%, e outro cobertura baixa, entre 19% e 39% (BRASIL, 2020c).

Com relação à população residente coberta com serviços da AP, o valor corresponde a 65% da população na região Sudoeste I e a 90% na Sudoeste II (Gráfico 32) (BRASIL, 2020c).

Gráfico 32 – Percentual da população residente nas Regiões de Saúde Sudoeste I e Sudoeste II coberta com serviços da atenção básica, Goiás, 2019



Fonte: SES/GO, 2020 e DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

3.1.2 Número de profissionais

O quantitativo de profissionais por Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) na macrorregião, até julho de 2020, demonstrou-se diverso (Tabela 13). Entre os profissionais que atuam no SUS, destacam-se: pessoal de saúde – qualificação elementar (3.687), pessoal administrativo (2.727); outras ocupações – nível elementar em saúde (2.727); pessoal de saúde – nível superior (2.373); pessoal de saúde – nível técnico e técnico-auxiliar (2.237); e técnico de enfermagem (1.843), conforme indicado na Tabela 13 (BRASIL, 2020c).

Visualmente, é possível perceber que há mais profissionais inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) que atendem ao SUS em comparação àqueles que não atendem (BRASIL, 2020c).

Tabela 13 – Distribuição do quantitativo de profissionais que atuam e não atuam no SUS, por CBO, na Macrorregião de Saúde Sudoeste. Goiás, julho de 2020

Categoria Ocupacional	Atuam no SUS	Não Atuam no SUS
Pessoal de saúde – nível superior	2.373	763
Anestesiista	3	0
Assistente social	70	2
Bioquímico/farmacêutico	95	1
Cirurgião-geral	16	3
Clínico-geral	368	39
Enfermeiro	689	22
Fisioterapeuta	206	58
Fonoaudiólogo	31	20
Gineco obstetra	24	13
Médico de família	70	0
Nutricionista	73	20
Odontólogo	225	356
Pediatra	65	17
Psicólogo	136	116
Psiquiatra	14	3
Radiologista	15	6
Sanitarista	1	0
Outras especialidades médicas	143	55
Outras ocupações de nível superior relacionadas à saúde	129	32
Pessoal de saúde – nível técnico, técnico/auxiliar	2.237	109

continua

conclusão

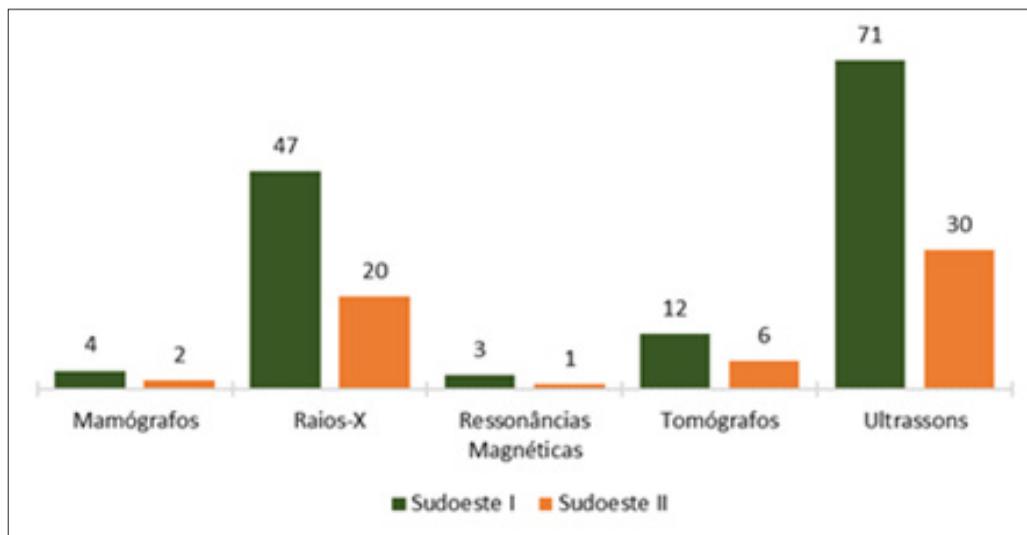
Categoria Ocupacional	Atuam no SUS	Não Atuam no SUS
Auxiliar de enfermagem	110	23
Fiscal sanitário	36	0
Técnico de enfermagem	1.843	60
Técnico e auxiliar de farmácia	18	0
Técnico e auxiliar de laboratório	107	7
Técnico e auxiliar em nutrição e dietética	0	0
Técnico e auxiliar em fisioterapia e reabilitação	2	0
Técnico e auxiliar em saúde oral	16	6
Técnico e auxiliar em vigilância sanitária e ambiental	0	0
Técnico e auxiliar em equipamentos médico-hospitalares	0	0
Técnico e auxiliar em radiologia médica	101	12
Técnico e auxiliar em hematologia/hemoterapia	0	0
Técnico e auxiliar em histologia	0	0
Outras ocupações nível técnico e auxiliar em saúde	4	1
Pessoal de saúde – qualificação elementar	3.687	548
Agente comunitário de saúde	708	0
Agente de saúde pública	51	0
Atendente de enfermagem / auxiliar operacional de serviços diversos	201	34
Parteira	0	0
Outras ocupações nível elementar em saúde	2.727	514
Pessoal administrativo	2.727	514
Administração	1.460	441
Serviço de limpeza/conservação	63	3
Segurança	35	0
Outras ocupações administrativas	1.169	70

Fonte: Cnes/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

3.1.3 Equipamentos disponíveis

Em relação ao número de equipamentos disponíveis no SUS, pode-se identificar os seguintes: 4 mamógrafos na Sudoeste I e 2 na Sudoeste II; 47 aparelhos de raio-X na Sudoeste I e 20 na Sudoeste II; 3 ressonâncias magnéticas na Sudoeste I e 1 na Sudoeste II; 12 tomógrafos na Sudoeste I e 6 na Sudoeste II; e 71 ultrassons na Sudoeste I e 30 na Sudoeste II (Gráfico 33) (BRASIL, 2020c).

Gráfico 33 – Número de equipamentos disponíveis ao SUS por Região de Saúde da macrorregião Sudoeste, Goiás, 2020

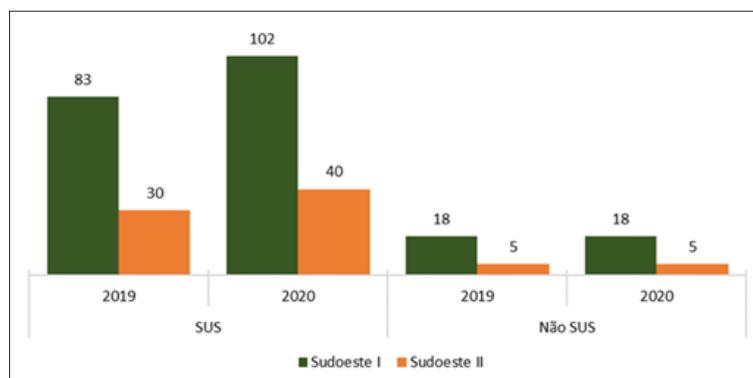


Fonte: SES/GO. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Ainda sobre o quantitativo de equipamentos no âmbito do SUS, pode-se notar que houve aumento do número de respiradores/ventiladores em ambas as regiões da Macrorregião de Saúde Sudoeste de 2019 para 2020 (Gráfico 34). Isso pode ter ocorrido, provavelmente, devido ao aumento da demanda por respiradores/ventiladores por conta da situação de emergência em saúde pública pela Covid-19, que levou todas as esferas de governo a buscarem alternativas para provimento desses aparelhos (RACHE *et al.*, 2020).

Nota-se, ainda, que o mesmo não ocorreu em relação aos equipamentos que não estão disponíveis ao SUS, permanecendo em 2020 o mesmo quantitativo correspondente a 2019 (Gráfico 34) (BRASIL, 2020c).

Gráfico 34 – Quantidade de respiradores/ventiladores, disponíveis ao SUS ou não, cadastrados no Cnes como em uso por Região de Saúde, na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019 e julho de 2020



Fonte: SES/GO. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Ao analisar a rede assistencial da macrorregião, alguns estabelecimentos destacam-se em termos de número absoluto, sendo os seguintes: 679 consultórios, 326 clínicas especializadas/ambulatórios especializados, 150 policlínicas e 109 centros de saúde/Unidades Básicas de Saúde (Tabela 14). Chama-se a atenção, também, para os estabelecimentos de saúde inexistentes, mas imprescindíveis para a melhor oferta dos serviços de saúde na macrorregião, excetuando-se aqueles que não fariam sentido na rede pela configuração territorial (Tabela 14) (BRASIL, 2020c).

Tabela 14 – Número de estabelecimentos, por tipo, na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, julho de 2020

Tipo de Estabelecimento	Quantidade Disponível
Consultório	679
Clínica especializada/ambulatório especializado	326
Policlínica	150
Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde	109
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	53
Hospital geral	45
Secretaria de Saúde	30
Unidade de vigilância em saúde	26
Unidade móvel de nível pré-hosp-urgência/emergência	23
Posto de saúde	21
Academia da saúde	16
Farmácia	12
Unidade móvel terrestre	9
Central de regulação	9

continua

conclusão

Tipo de Estabelecimento	Quantidade Disponível
Centro de atenção psicossocial	8
Pronto atendimento	5
Centro de apoio a saúde da família	4
Cooperativa	3
Hospital especializado	3
Hospital dia	3
Laboratório de saúde pública	3
Serviço de atenção domiciliar isolado (<i>home care</i>)	3
Central de regulação médica das urgências	2
Centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica	2
Pronto socorro especializado	1
Pronto socorro geral	1
Centro de parto normal	0
Central de regulação de serviços de saúde	0
Central de notif. captação e distr. Órgãos estadual	0
Laboratório central de saúde pública	0
Oficina ortopédica	0
Unidade autorizadora	0
Unidade de atenção à saúde indígena	0
Unidade de atenção em regime residencial	0
Unidade de saúde da família	0
Unidade de vigilância epidemiologia (antigo)	0
Unidade de vigilância sanitária (antigo)	0
Unidade mista	0
Unidade móvel fluvial	0
Telessaúde	0
Pronto-socorro de hospital geral (antigo)	0
Pronto-socorro traumato-ortopédico (antigo)	0
Total	1546

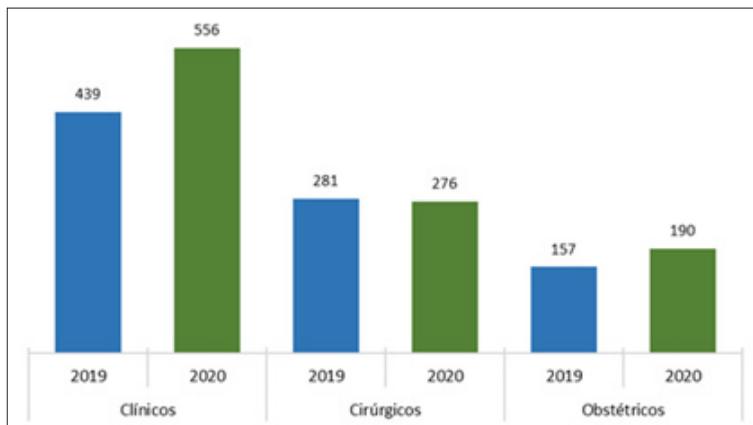
Fonte: Cnes/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

3.1.4 Número de leitos

Enquanto a quantidade de leitos clínicos aumentou de 439 para 556 e os obstétricos passaram de 157 para 190, de 2019 para 2020, houve redução de 5 leitos cirúrgicos no mesmo período (Gráfico 35). É necessário, pois, verificar se a quantidade de leitos disponíveis é capaz

de responder aos problemas de saúde da população da Macrorregião Sudoeste, levando em consideração, ainda, a perspectiva de uma rede regionalizada (BRASIL, 2020c).

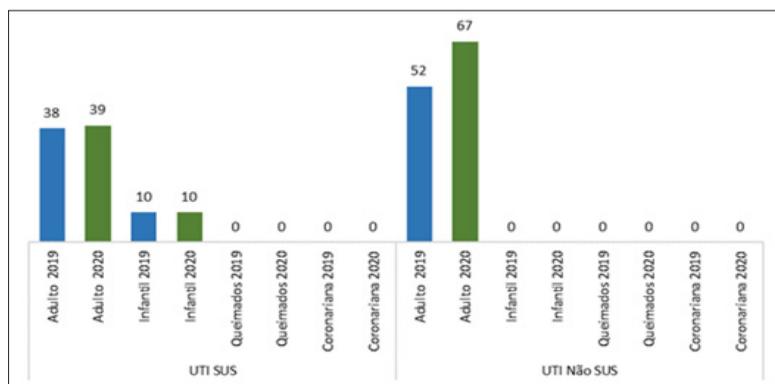
Gráfico 35 – Número de leitos clínicos, cirúrgicos e obstétricos vinculado ao SUS na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019 e julho de 2020



Fonte: SES/GO. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Em relação aos leitos de unidades de tratamento intensivo (UTI) vinculados ao SUS, não houve mudanças significativas de um ano para o outro, mesmo com a situação de emergência em saúde pública por conta da Covid-19. No tocante aos leitos não vinculados ao SUS, houve acréscimo de 15 leitos de UTI adulto (Gráfico 36) (BRASIL, 2020c).

Gráfico 36 – Número de UTIs vinculados ou não ao SUS por perfil, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019 e julho de 2020



Fonte: SES/GO. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

3.1.5 Assistência ambulatorial

Em 2019, foram realizados 185 procedimentos em caráter de urgência na AP, e foram aprovadas 5.729 consultas de pré-natal na Macrorregião de Saúde Sudoeste.

Pode-se notar que, em relação ao número absoluto e ao valor dos procedimentos ambulatoriais aprovados por grupo, destacam-se os procedimentos com finalidade diagnóstica e os procedimentos clínicos (Tabela 15). A macrorregião realizou total de 7.181.175 procedimentos ambulatoriais, mobilizando cerca de R\$ 54.039.996,39 (Tabela 15) (BRASIL, 2020c).

Tabela 15 – Número absoluto e valor total aprovado dos procedimentos ambulatoriais por grupo de procedimentos na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019

Grupo de Procedimento	Quantidade Aprovada	Valor Aprovado
Ações de promoção e prevenção em saúde	904.153	R\$ 57.458,70
Procedimentos com finalidade diagnóstica	2.198.678	R\$ 16.146.004,36
Procedimentos clínicos	3.797.539	R\$ 33.806.991,50
Procedimentos cirúrgicos	99.575	R\$ 1.658.978,62
Transplantes de órgãos, tecidos e células	820	R\$ 22.550,00
Medicamentos	0	R\$ 0,00
Órteses, próteses e materiais especiais	13.164	R\$ 992.688,06
Ações complementares da atenção à saúde	167.246	R\$ 1.355.325,15
Total	7.181.175	R\$ 54.039.996,39

Fonte: SIA/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Na análise dos valores aprovados dos procedimentos ambulatoriais por subgrupo, percebe-se que foram desembolsados mais recursos financeiros para realizar consultas/atendimentos/acompanhamentos, tratamento em nefrologia, diagnóstico em laboratório clínico, diagnóstico por ultrassonografia, diagnóstico por radiologia, diagnóstico por ultrassonografia e autorização/regulação, respectivamente (Tabela 16) (BRASIL, 2020c).

Tabela 16 – Valor aprovado dos procedimentos ambulatoriais por subgrupo, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019

Grupo de Procedimento	Quantidade Aprovada
Ações coletivas/individuais em saúde	R\$ 57.458,70
Coleta de material	R\$ 58.500,26
Diagnóstico em laboratório clínico	R\$ 6.011.462,15
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	R\$ 261.836,39
Diagnóstico por radiologia	R\$ 2.463.173,41
Diagnóstico por ultrassonografia	R\$ 3.174.446,74
Diagnóstico por tomografia	R\$ 1.543.757,66
Diagnóstico por ressonância magnética	R\$ 190.736,25
Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	R\$ 0,00
Diagnóstico por endoscopia	R\$ 931.267,66
Diagnóstico por radiologia intervencionista	R\$ 5.019,35
Métodos diagnósticos em especialidades	R\$ 938.804,75
Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	R\$ 557.322,74
Diagnóstico por teste rápido	R\$ 9.677,00
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	R\$ 20.444.907,59
Fisioterapia	R\$ 609.805,48
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	R\$ 327.775,10
Tratamento em oncologia	R\$ 0,00
Tratamento em nefrologia	R\$ 11.804.464,95
Hemoterapia	R\$ 405.095,16
Tratamentos odontológicos	R\$ 188.767,20
Terapias especializadas	R\$ 26.176,02
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	R\$ 700.294,67
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	R\$ 0,00
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	R\$ 45.659,46
Cirurgia do aparelho da visão	R\$ 641.441,33
Cirurgia do aparelho circulatório	R\$ 7.663,82
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	R\$ 66.262,24
Cirurgia do sistema osteomuscular	R\$ 43.756,02
Cirurgia do aparelho geniturinário	R\$ 6.040,59
Cirurgia de mama	R\$ 20,74
Cirurgia obstétrica	R\$ 1.026,48
Cirurgia torácica	R\$ 149,71

continua

conclusão

Grupo de Procedimento	Quantidade Aprovada
Cirurgia reparadora	R\$ 0,00
Bucomaxilofacial	R\$ 90.289,46
Outras cirurgias	R\$ 4.926,90
Anestesiologia	R\$ 5.085,59
Cirurgia em nefrologia	R\$ 46.361,61
Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	R\$ 22.550,00
Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	R\$ 0,00
Processamento de tecidos para transplante	R\$ 0,00
Transplante de órgãos, tecidos e células	R\$ 0,00
Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	R\$ 0,00
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	R\$ 0,00
Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	R\$ 979.909,48
Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	R\$ 12.778,58
Autorização / regulação	R\$ 1.355.325,15

Fonte: SIA/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

3.1.6 Morbidade hospitalar

Foram realizadas 31.082 internações na macrorregião, em 2019, tendo sido desembolsados um total de R\$ 21.294.939,81 e valor médio de R\$ 685,12. O tempo médio de permanência das internações foi de 3,6 dias (BRASIL, 2020c).

Conforme apresentado na Tabela 17, os óbitos por subgrupos de procedimentos ocorreram principalmente por tratamentos clínicos (713), tratamento em oncologia (45), por outras cirurgias (32) e por cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal (31) (BRASIL, 2020c).

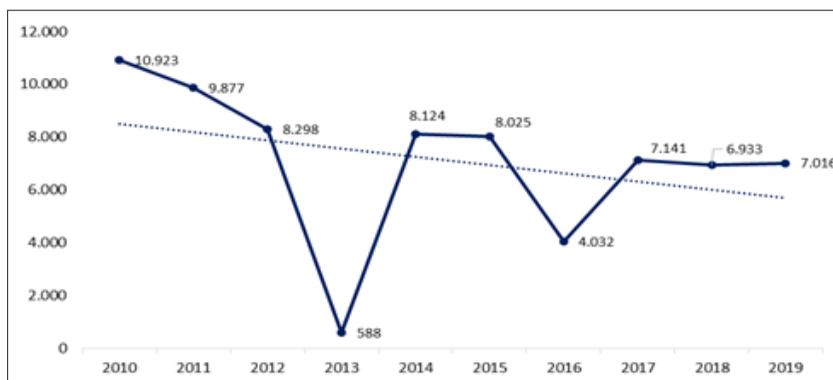
Tabela 17 – Número absoluto de óbitos por subgrupo de procedimentos na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019

Grupo de Procedimento	Quantidade Aprovada
Coleta de material	0
Diagnóstico por endoscopia	0
Consultas / atendimentos / acompanhamentos	17
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	713
Tratamento em oncologia	45
Tratamento em nefrologia	20
Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	24
Parto e nascimento	0
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	0
Cirurgia de glândulas endócrinas	0
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	10
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	6
Cirurgia do aparelho circulatório	7
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	31
Cirurgia do sistema osteomuscular	13
Cirurgia do aparelho geniturinário	3
Cirurgia obstétrica	0
Cirurgia torácica	22
Cirurgia reparadora	0
Bucomaxilofacial	0
Outras cirurgias	32
Cirurgia em oncologia	0
Transplante de órgãos, tecidos e células	0
Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	0
Total	943

Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Ao analisar a tendência linear das interações por condições sensíveis à atenção primária em saúde (ICSAPS), nota-se uma tendência decrescente do número de interações entre 2010 e 2019 no âmbito da Macrorregião de Saúde (Gráfico 37). Isso demonstra que é possível que a AP tenha aprimorado a resolutividade ao longo do tempo (BRASIL, 2020c).

Gráfico 37 – Número e tendência linear das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019

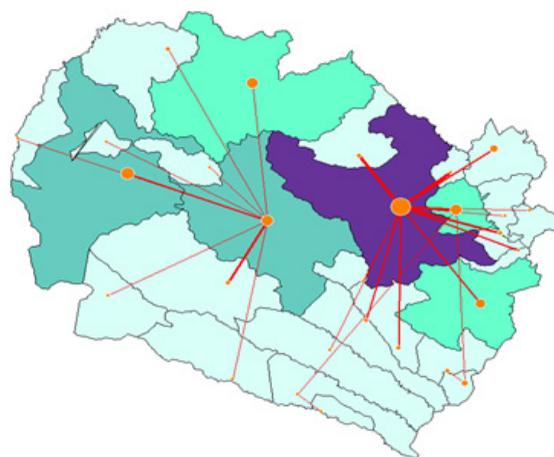


Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Nessa macrorregião, em 2019, as principais causas de ICSAPS foram, respectivamente, infecção no rim e trato urinário, pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas e complicações, doenças pulmonares e angina (BRASIL, c2008).

Ao analisar o mapa de fluxo das ICSAPS por Autorização de Internação Hospitalar (AIH), levando-se em consideração o município de residência do usuário, nota-se que, na região Sudoeste I, o município de Rio Verde foi a principal referência, sendo acompanhado pelos municípios de Quirinópolis e Santa Helena de Goiás no período entre 2010 e 2019 (Figura 48). Por sua vez, na Sudoeste II, Jataí concentra o maior volume de AIH, sendo seguido por Mineiros e Caiapônia (Figura 48). Esse mapa demonstra, portanto, a dinâmica regional de internações por ICSAPS na Macrorregião de Saúde Sudoeste. (BRASIL, 2020c).

Figura 48 – Mapa do fluxo de AIH das ICSAPS na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Considerando a distribuição do número de internações, entre 2010 e 2019, por capítulo CID-10 (com exceção de gravidez, parto e puerpério), tomando-se as cinco primeiras causas de internação (Tabela 18), pode-se notar que as doenças do aparelho respiratório seguem como a primeira causa, seguida de doenças do aparelho digestivo (que passou de terceira causa para a segunda). Lesões, envenenamento e outras consequências por causas externas, de sexta causa, passaram para terceira. As doenças do aparelho geniturinário e as doenças do aparelho circulatório se configuraram como quarta e quinta causas de internação, sendo considerando o lapso temporal, ambas trocaram de posição uma com a outra (Tabela 18) (BRASIL, 2020c).

Tabela 18 – Distribuição, por capítulo CID-10 (exceto gravidez, parto e puerpério), do número de internações, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 e 2019

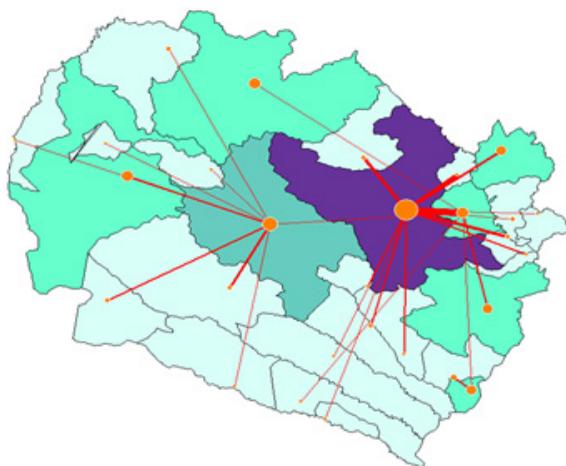
2010			2019		
1º	X. Doenças do aparelho respiratório	5.936	1º	X. Doenças do aparelho respiratório	4.174
2º	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.529	2º	XI. Doenças do aparelho digestivo	4.000
3º	XI. Doenças do aparelho digestivo	3.959	3º	XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	3.348
4º	IX. Doenças do aparelho circulatório	3.377	4º	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3.289
5º	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3.377	5º	IX. Doenças do aparelho circulatório	2.982
6º	XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	2.706	6º	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.422
7º	II. Neoplasias (tumores)	1.477	7º	II. Neoplasias (tumores)	1.998
8º	IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1.396	8º	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	967
9º	XIII. Doenças sistêmicas osteomoleculares e tecido conjuntivo	897	9º	XXI. Contatos com serviços de saúde	758
10º	V. Transtornos mentais e comportamentais	776	10º	V. Transtornos mentais e comportamentais	732

Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Nesse sentido, para se pensar a RAS numa perspectiva regionalizada, é importante conhecer as principais referências para a AIH relacionados às principais causas de internação hospitalar (excetuando-se gravidez, parto e puerpério). Nesse caso, vão ser consideradas as três principais (BRASIL, 2020c).

Também levando em consideração o município de residência do usuário, percebe-se que, na Sudoeste I, os municípios de Rio Verde, Santa Helena de Goiás, Quirinópolis e Acreúna concentram as internações hospitalares relacionadas às doenças do aparelho circulatório. Na Sudoeste II, as internações se concentram, principalmente, em Jataí, Mineiros e Caiapônia (Figura 49) (BRASIL, 2020c).

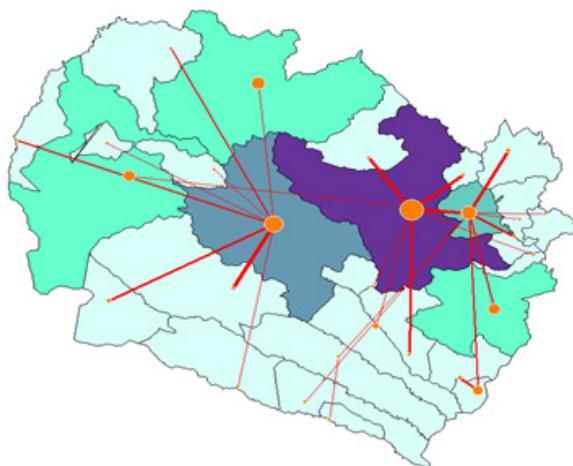
Figura 49 – Mapa de fluxo de AIH das doenças do aparelho respiratório, na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Em relação às internações hospitalares por doenças do aparelho digestivo, também os municípios de Rio Verde, Santa Helena de Goiás, Quirinópolis e São Simão concentram essas AIH na Sudoeste I. Na Sudoeste II, os municípios de Jataí, Mineiros e Caiapônia seguem concentrando as internações hospitalares por essa causa (Figura 50) (BRASIL, 2020c).

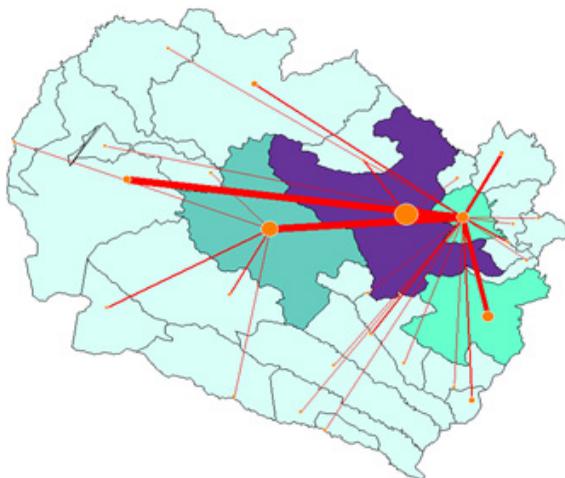
Figura 50 – Mapa de fluxos de AIH das doenças do aparelho digestivo, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

No tocante às lesões, ao envenenamento e a algumas outras consequências de causas externas, as internações hospitalares concentram-se em Rio Verde, Santa Helena de Goiás e Quirinópolis na Sudoeste I, ao passo que, na Sudoeste II, concentram-se em Jataí e Mineiros (Figura 51) (BRASIL, 2020c).

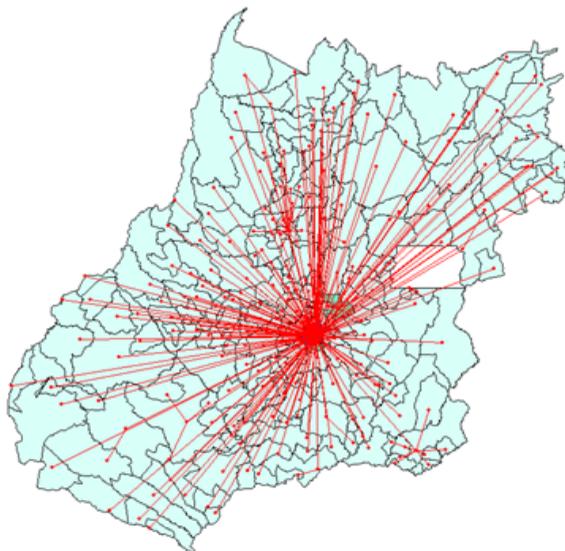
Figura 51 – Mapa de fluxos de AIH relacionados a lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

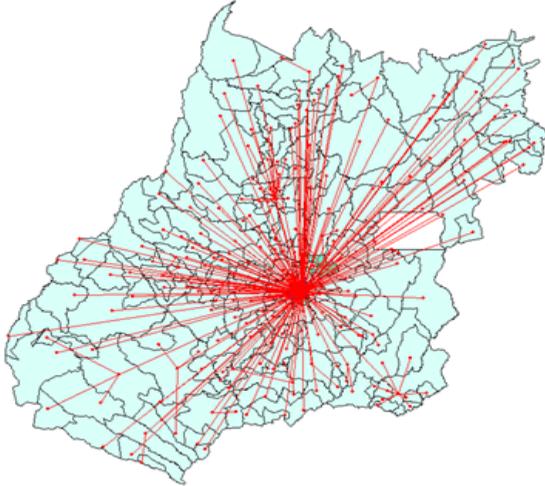
No âmbito estadual, percebe-se uma lógica muito similar para as cinco principais causas de internação, entre 2010 e 2019, de modo que as AIH se concentram no município de Goiânia (Figuras 52, 53, 54, 55 e 56), aspecto que fragiliza a perspectiva regionalizada e pode gerar sobrecarga para o município que presta os serviços, bem como ônus com transporte por parte do município de origem (BRASIL, 2020c).

Figura 52 – Mapa de fluxo de AIH das doenças do aparelho circulatório, Goiás, 2010 a 2019



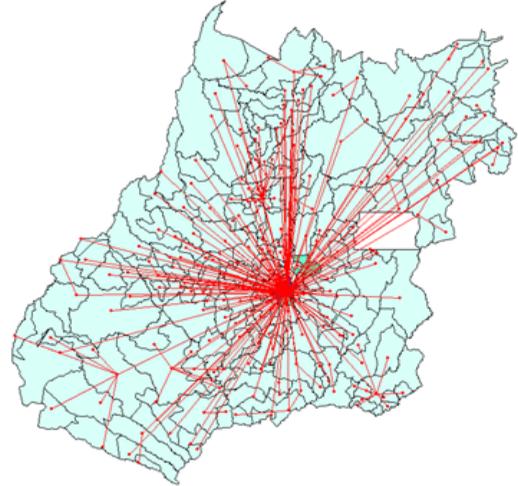
Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Figura 53 – Mapa de fluxos de AIH das doenças do aparelho digestivo, Goiás, 2010 a 2019



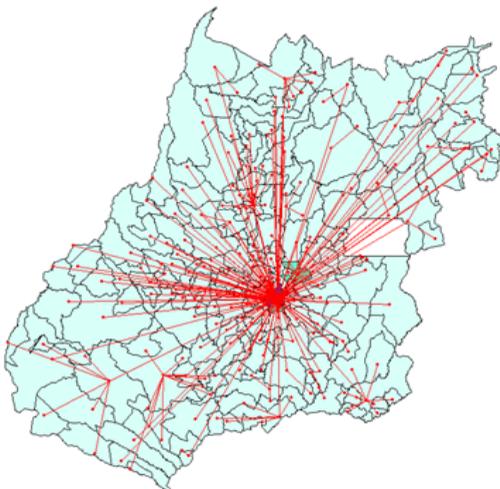
Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Figura 54 – Mapa de fluxos de AIH das doenças do aparelho geniturinário, Goiás, 2010 a 2019



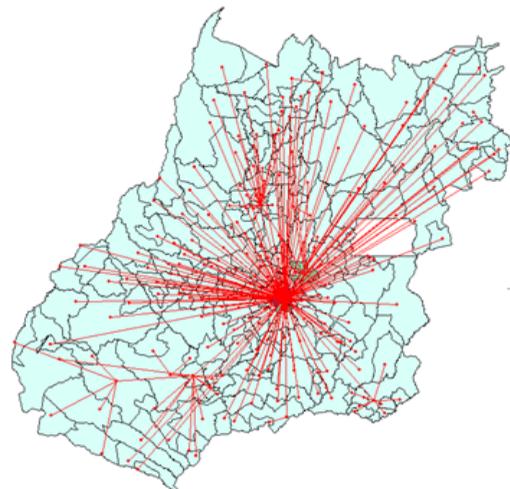
Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Figura 55 – Mapa de fluxos de AIH das doenças do aparelho respiratório, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

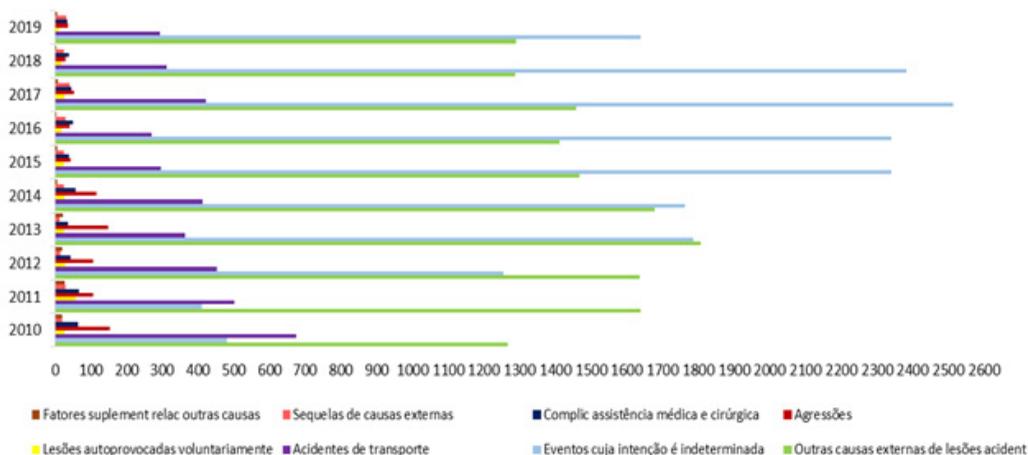
Figura 56 – Mapa de fluxos de AIH de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

A evolução do número de internações por grande grupo de causas externas demonstrou, visualmente, aumento por outras causas externas de lesões acidentais, bem como declínio no que se refere às agressões. Entretanto, é importante que essas informações sejam submetidas à análise estatística para verificar se é um comportamento estatisticamente relevante (Gráfico 38) (BRASIL, 2020c).

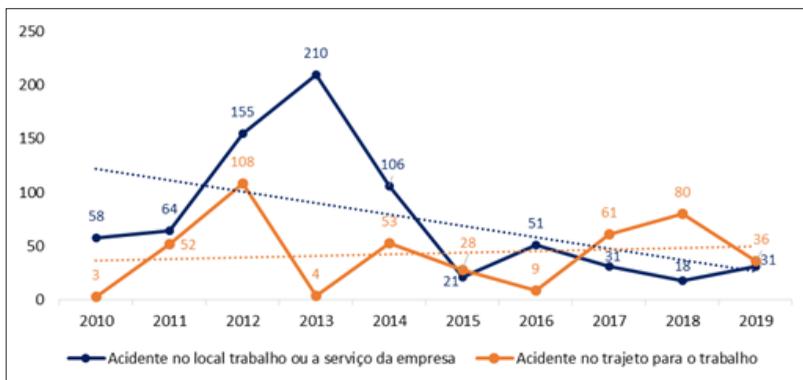
Gráfico 38 – Distribuição do número de internações por grande grupo de causas externas, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SIH/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Ao verificar a linha histórica do número de atendimentos ambulatoriais por acidentes de trabalho ou a serviço do trabalho com o número de atendimentos ambulatoriais por acidentes no trajeto para o trabalho entre 2010 e 2019, nota-se tendência decrescente para a primeira situação e crescente para a segunda (Gráfico 39) (BRASIL, 2020c).

Gráfico 39 – Tendência do número de atendimentos ambulatoriais por acidentes no local de trabalho ou a serviço da empresa e de acidente no trajeto para o trabalho, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: SIA, SIM e Sinan/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

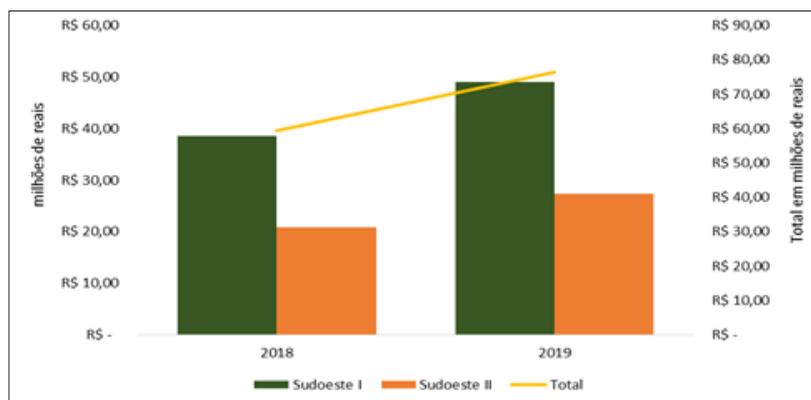
3.1.7 Repasses financeiros

Os blocos de repasse dos recursos do SUS passaram por alterações durante o período analisado (2010 a 2019). De 2010 a 2017, os recursos de custeio eram alocados nos blocos de assistência farmacêutica, atenção básica, média e alta complexidade, atenção ambulatorial e hospitalar; e, também, havia-se o bloco de investimento e de transferências não regulamentadas por bloco de financiamento. A partir de 2018, com a publicação da Portaria n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017, a classificação dos blocos foi realizada por modalidade de recurso, ou seja, bloco de custeio e de investimento, com as divisões por grupo de ações e serviços de saúde em cada bloco. Dessa forma, a apresentação dos recursos repassados em 2018 e 2019, neste documento, segue a nova lógica de repasses (BRASIL, 2020c).

Em relação ao total de recursos transferidos no âmbito da AP entre os anos de 2010 a 2017, ocorreu incremento anual no montante para as duas Regiões de Saúde, com exceção ao ano de 2013. O valor total repassado à macrorregião em 2017 (R\$ 48.198.674,29) representa quase o dobro do valor do repasse efetuado em 2010 (R\$ 26.358.543,72), sendo a região Sudoeste I a maior receptora desse incremento em reais, provavelmente em decorrência do quantitativo superior de municípios (Sudoeste I possui 18 municípios e Sudoeste II possui 10) (BRASIL, 2020c).

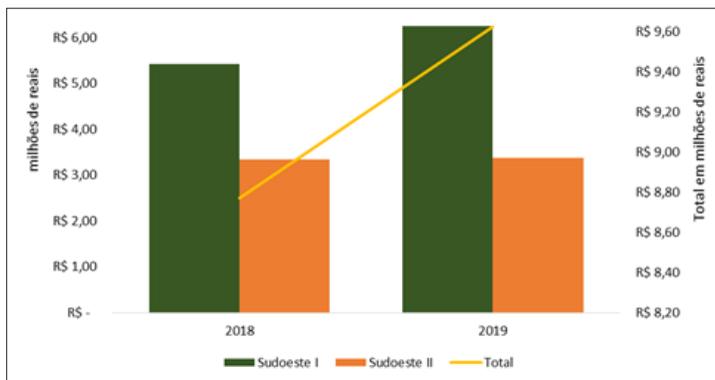
Considerando o bloco de custeio da AP, para ambas as Regiões de Saúde, houve aumento de cerca de 30% dos repasses em 2019 em relação a 2018. Por outro lado, houve decréscimo de repasses de bloco de investimento da AP, sendo mais expressivo para a Sudoeste I (81%) e de 21% para a Sudoeste II. A redução dos recursos de investimento pode estar vinculada à finalização de obras que estavam em execução ainda em 2018 e seus respectivos pagamentos no mesmo ano (BRASIL, 2020c).

Gráfico 40 – Repasses de custeio da atenção primária para as Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2018 e 2019



Fonte: FNS/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

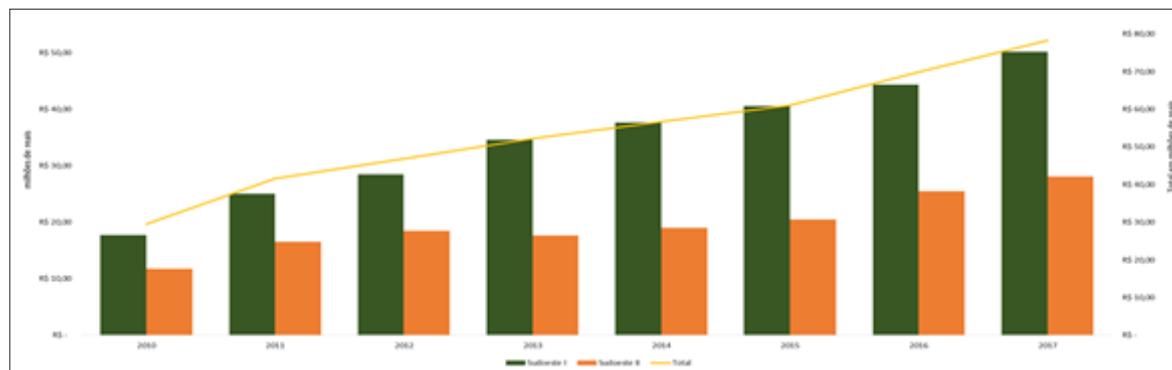
Gráfico 41 – Repasses federais de custeio no âmbito da Vigilância em Saúde para as Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2018 e 2019



Fonte: FNS/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

A tendência relacionada ao investimento e ao custeio direcionados à média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, aumentou nas duas Regiões de Saúde entre 2010 e 2017, em especial, na Sudoeste I (Gráfico 42). Em 2017, houve repasse de R\$ 50.206.441,91 para a Sudoeste I e R\$ 28.070.072,57 para a Sudoeste II (BRASIL, 2020c).

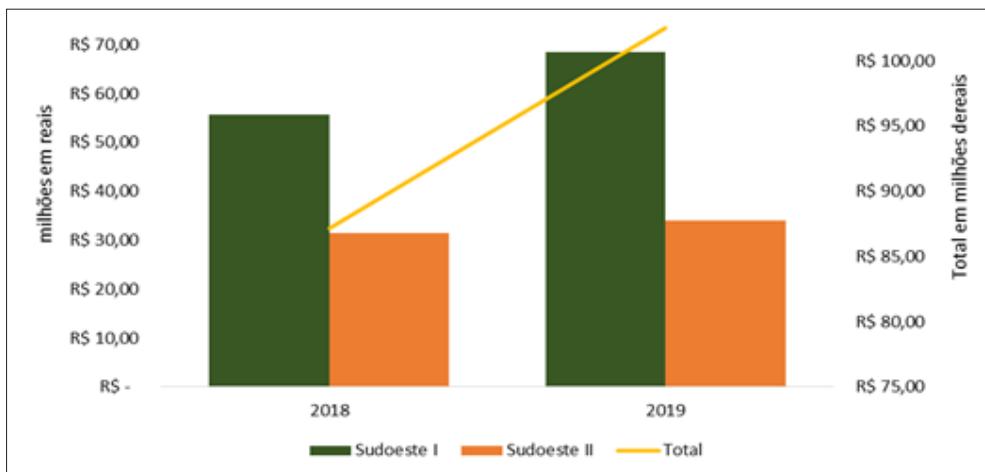
Gráfico 42 – Repasses federais de investimento e custeio no âmbito da média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar para as Regiões de Saúde, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2017



Fonte: FNS/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Quando buscamos analisar os repasses federais relacionados apenas ao custeio na dimensão da média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar para os anos de 2018 e 2019, nota-se, também, aumento para as duas regiões. Entretanto, visualmente, esse aumento parece ter sido maior na Sudoeste I (Gráfico 43), embora seja necessário submeter esses dados à análise estatística para compreender se foi de fato uma diferença significativa (BRASIL, 2020c).

Gráfico 43 – Repasses federais de custeio no âmbito da média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar para as Regiões de Saúde, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2018 e 2019

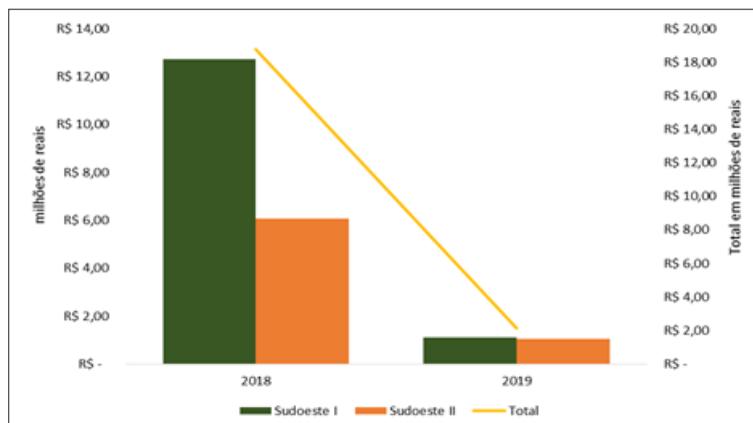


Fonte: FNS/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Em se tratando dos repasses do nível federal de investimento da atenção especializada direcionados aos municípios da Macrorregião Sudoeste em 2018 e em 2019, houve redução substancial para as duas Regiões de Saúde (Gráfico 44). Caberia, entretanto, submeter à análise estatística e ao cruzamento com outras variáveis, a partir de um desenho de estudo apropriado, para averiguar o impacto dessa redução nas ações desenvolvidas (BRASIL, 2020c).

Nota-se ainda que os valores repassados às regiões analisadas chegaram a se aproximar entre si, de modo a chegar à R\$ 1.108.740,00 na região Sudoeste I e à R\$ 1.048.000,00 na Sudoeste II (BRASIL, 2020c).

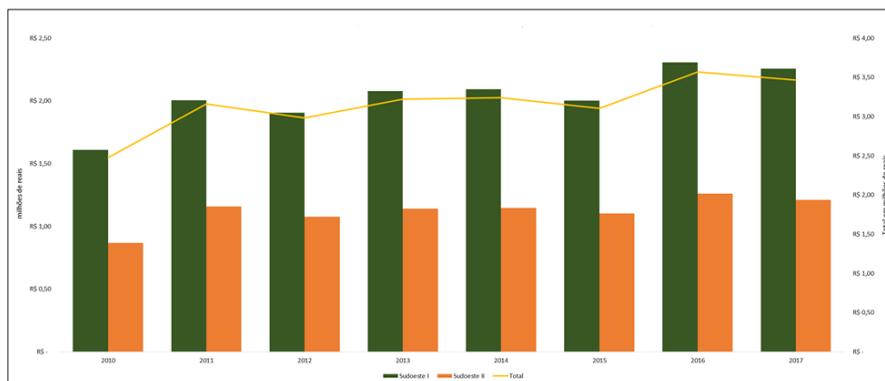
Gráfico 44 – Repasses federais de custeio no âmbito da atenção especializada para as Regiões de Saúde, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2018 e 2019



Fonte: FNS/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

No que se refere aos repasses federais na assistência farmacêutica para a macrorregião nos anos de 2010 a 2017, para Sudoeste I e Sudoeste II as tendências são as mesmas, tendo o maior aumento entre os anos de 2010 e 2011. No decorrer dos seis anos seguintes não se identificaram grandes variações ano a ano, ainda assim ao final do período analisado, para cada região, houve acréscimo em torno de 40% dos repasses (Gráfico 45) (BRASIL, 2020c).

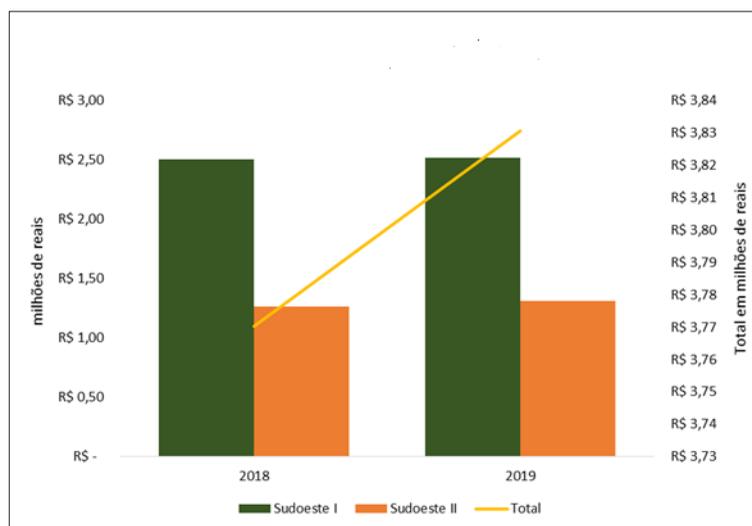
Gráfico 45 – Repasses federais no âmbito da assistência farmacêutica, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2017



Fonte: FNS/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Em análise os repasses federais de custeio da assistência farmacêutica para os anos de 2018 e 2019 houve aumento sutil, da ordem de aproximadamente 1,6%, sendo apenas 0,5% correspondente ao aumento de recursos na região Sudoeste I e 3,8% para a região de Sudoeste II (Gráfico 46) (BRASIL, 2020c).

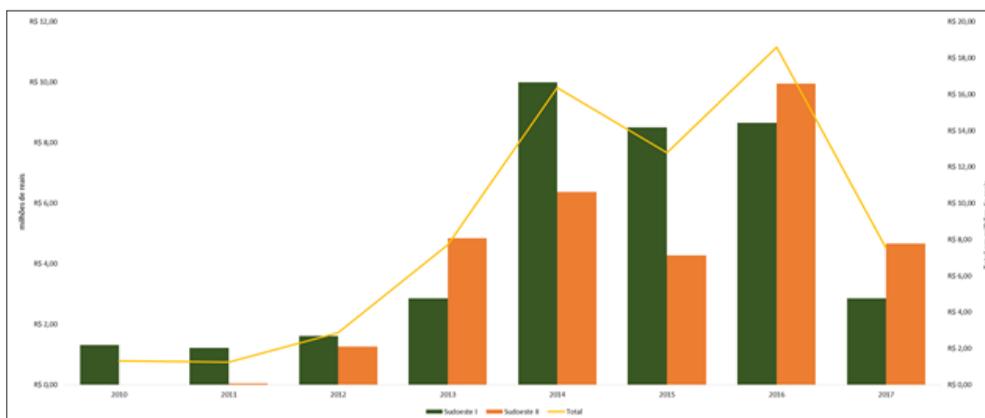
Gráfico 46 – Repasses federais de custeio no âmbito da assistência farmacêutica, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2018 e 2019



Fonte: FNS/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Nota-se que no período em que vigorou o bloco de investimento isoladamente, ou seja, de 2010 a 2017, houve oscilação ao longo dos anos para as duas Regiões de Saúde (Gráfico 47). Os montantes foram mais robustos nos anos de 2014, 2015 e 2016 na Sudoeste I e, em 2014, 2016 e 2017, na Sudoeste II (Gráfico 47) (BRASIL, 2020c).

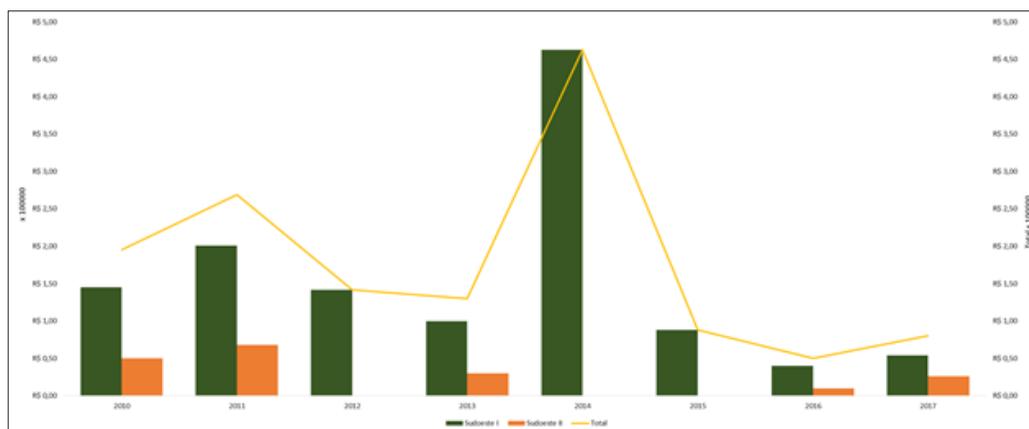
Gráfico 47 – Repasses federais de investimento para as Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2017



Fonte: FNS/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Os repasses federais de gestão do SUS aos municípios do território em questão demonstraram oscilação ao longo do período de 2010 a 2017 nas duas Regiões de Saúde. Nos anos de 2012, 2014 e 2015 não houve repasse relacionado a esse componente para a Sudoeste II (Gráfico 48). Ressalta-se que os repasses chegaram a R\$ 462.500,00 na Sudoeste I, sendo o maior valor repassado no lapso temporal delimitado (Gráfico 48) (BRASIL, 2020c).

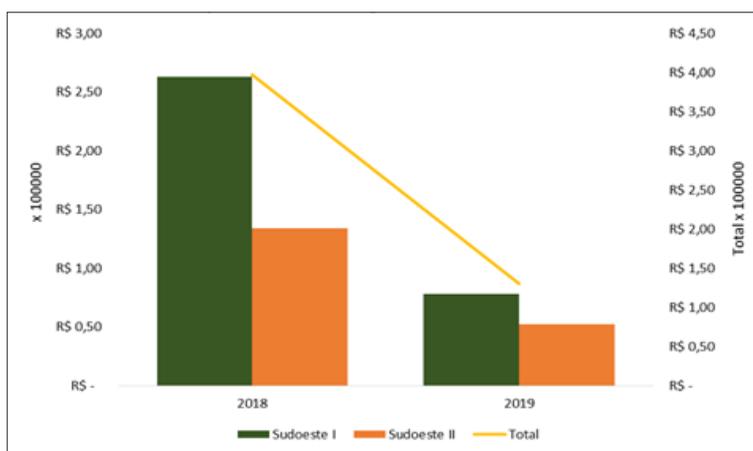
Gráfico 48 – Repasses federais de Gestão do SUS aos municípios Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2017



Fonte: FNS/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

No tocante aos repasses federais de custeio da Gestão do SUS, em 2018 e 2019, nota-se decréscimo dos valores de um ano para o outro nas duas Regiões de Saúde dessa macro (Gráfico 49). Na Sudoeste I, o valor passou de R\$ 263.000,00 para R\$ 78.000,00 e, na Sudoeste II, houve redução do valor de R\$ 134.000,00 para R\$ 52.000,00 (Gráfico 49) (BRASIL, 2020c).

Gráfico 49 – Repasses federais de custeio da Gestão do SUS aos municípios da macrorregião Sudoeste, Goiás, 2018 e 2019

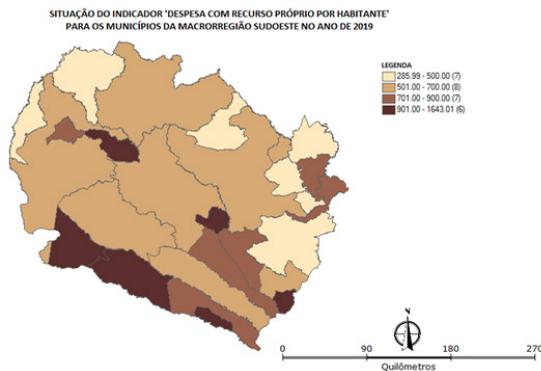


Fonte: FNS/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

3.2 Orçamento público

O indicador “despesa com recurso próprio por habitante”, ou seja, per capita, sinalizou diferentes grupos de municípios na macro. Em 2019, essa despesa distribuiu-se no território entre os valores de R\$ 501,00 a R\$ 700,00 em oito municípios, sendo acompanhado de valores entre R\$ 285,99 e R\$ 500,00 em sete municípios, entre R\$ 701,00 e R\$ 900,00 em outros sete municípios e, por fim, entre R\$ 901,00 e R\$ 1.643,01 per capita nos seis restantes (Figura 57) (BRASIL, 2020c).

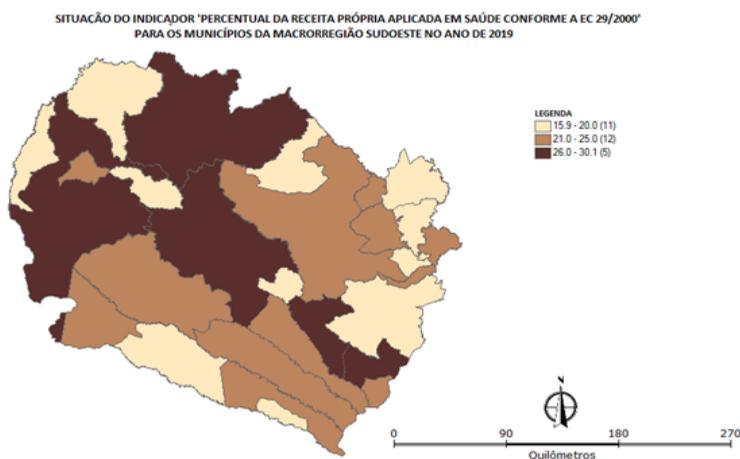
Figura 57 – Situação do indicador “despesa com recurso próprio por habitante” para os municípios da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019



Fonte: Siops/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

Ao analisar o indicador “percentual da receita própria aplicada em saúde conforme a EC n. 29/2000” percebe-se que 12 municípios da macrorregião utilizaram percentual entre 21% e 25%; 11 entre 15,9% e 20%; e, por fim, 5 entre 26% e 30,1% no ano de 2019 (Figura 58) (BRASIL, 2020c).

Figura 58 – Situação do indicador “percentual da receita própria aplicada em saúde conforme a EC n. 29/2000” nos municípios da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2019



Fonte: Siops/DataSUS/MS. Elaboração: Seinsf/Sems/GO.

A partir das informações apresentadas nessa nota informativa, no âmbito macrorregional, percebe-se a importância de realizar análise de situação da saúde que inclua informações mais aprofundadas e robustas (seja no âmbito local ou das Regiões de Saúde).

As informações apresentadas nessa nota informativa correspondem à realidade momentânea, ou seja, cenários que podem se modificar ao longo do tempo a depender da condução da política pública de saúde, bem como situações de emergência em saúde pública, conforme está ocorrendo no ano de 2020 (BRASIL, 2020c).

Outro aspecto importante é a necessidade de realizar o preenchimento dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) de forma adequada e oportuna, para que a tomada de decisão em relação à situação de saúde da população possa ser balizada por informações fidedignas.

A respeito das internações hospitalares, no âmbito macrorregional, deve-se considerar os municípios que concentram essas AIH e verificar se a racionalização dos recursos e a resolutividade estão sendo realizadas de forma apropriada. Na dimensão estadual, nota-se um fluxo intenso em direção à Goiânia que concentra as AIH das principais causas de internação. Esse aspecto enfatiza a necessidade de se estruturar as RAS de forma regionalizada para prestar uma resposta mais resolutiva e oportuna às necessidades e aos problemas de saúde da população assistida (BRASIL, 2020c).

Em relação aos repasses federais direcionados aos municípios da Macrorregião de Saúde Sudoeste, é necessário analisar as contingências macroeconômicas e do âmbito da política pública de saúde que podem ter incidido no quantitativo de recursos financeiros. Pode-se citar a mudança da forma de financiamento da AP, bem como do teto do gasto público delimitado pela Emenda Constitucional n. 95 (BRASIL, 2020c).



4



CONSIDERAÇÕES FINAIS DO PROJETO

As informações apresentadas dão um panorama da macrorregião e das principais questões que merecem atenção dos gestores, a citar: as doenças do aparelho circulatório; neoplasias (tumores); causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho respiratório; e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas como principais causas de óbito.

Não obstante, é importante reforçar a necessidade de fazer uma análise na dimensão municipal e que essa e outras análises sejam submetidas à análise estatística para verificação da significância das variações, entre outros aspectos. Assim, a tomada de decisão por parte dos gestores poderá ser mais assertiva para o território em questão, contribuindo-se no processo de elaboração do Planejamento Regional Integrado (PRI) e na organização e gestão da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Mas, ao terminar e finalizar o produto, a região ficou com vontade de quero mais. É sabido da realidade do território e visto de forma palpável a influência que o projeto teve e tem na Macrorregião Sudoeste do estado de Goiás. Finaliza-se um processo institucionalizado e consolidado com o fortalecimento de espaços de colegiado, como a CIR macro e a CIB, e com o estabelecimento de um vínculo entre os parceiros do território, entre eles Cosems/GO, Sems/Seinsf/GO, RS/GO, SES/GO.

A equipe local teve grande atuação de enfrentamento à Covid-19 no estado de Goiás, fazendo parte do Comitê Executivo do Projeto de Implantação do Guia de Enfrentamento Covid 19 Conass/Conasems, conforme a Resolução n. 007/2020 – CIR Macrorregião Sudoeste. Houve também a mediação de dúvidas entre os municípios e a coordenação, além de trabalhos de articulação junto aos municípios, convidando e sensibilizando sobre a necessidade da participação dos gestores e técnicos municipais nas oficinas macrorregionais e na construção da elaboração da análise situacional.

As regionais de saúde também auxiliaram os municípios na interpretação do material orientador, sobre as fontes de pesquisa, na construção do diagnóstico de cada município e na elaboração dos slides para algumas apresentações. Houve, ainda, a participação nas reuniões da CIR, discussões e levantamento do processo de regionalização na CIR macro.

A equipe local recebeu apoio incondicional e participação efetiva, com muito comprometimento e com a expertise da equipe da Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa (Seinsf), Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Goiás (Sems/GO). Foi um ganho importantíssimo na execução e elaboração do Projeto de Regionalização da Macrorregião de Saúde do Sudoeste goiano, inclusive do superintendente.

A equipe elaborou, com a equipe local do Haoc e com o Cosems e regionais de saúde do estado de Goiás, a análise situacional da Macrorregião Sudoeste do estado de Goiás. A Seinsf/GO e Cosems/GO realizaram a apresentação da Análise Situacional de Saúde da Macrorregião de Saúde Sudoeste na 1ª Oficina do Projeto e sempre participaram de todas as discussões, reuniões e oficinas.

Por meio de articulação expressiva, o Cosems/GO forneceu apoio muito forte e integrado, em todo o processo do projeto. Destacam-se as ações:

- Apoio na mobilização junto aos gestores, desde as assinaturas dos termos de compromissos e formulários de indicação, e em todos os eventos que aconteceram até o final do projeto, reembolso das despesas de viagens ao coordenador e facilitadores para participar das reuniões e/ou oficinas, que se fizeram necessárias.
- Participação na organização de todos os eventos, com articulação, mobilização, apresentações, discussões, deliberação e pactuação.

O Cosems/GO sempre tem enaltecido a importância do projeto de regionalização para a Macrorregião de Saúde Sudoeste e todo o estado de Goiás, até mesmo a nível nacional. Sempre atuou com veemência junto aos gestores e técnicos das secretarias municipais sobre a valorização da oportunidade e de suas participações nas discussões e deliberações em todos os eventos, para que todos possam expressar suas ideias e desejos de uma saúde fortalecida e organizada, com a possibilidade de elaboração de projeto ascendente que atenda às necessidades de saúde da Macrorregião Sudoeste. E, com isso, replicando várias ações do projeto as demais Macrorregiões de Saúde do estado de Goiás, por meio de um trabalho integrado e articulado com os coordenadores de unidades e todos os técnicos das regionais de saúde de Rio Verde e Jataí, em todo o processo do projeto de Regionalização da Saúde da Macrorregião Sudoeste.

Acredita-se que a escolha dos integrantes da equipe local do Haoc foi primordial para a excelente articulação entre os entes, ou seja, um ex-integrante da equipe da Seinsf/MS, ex-integrante da diretoria do Cosems e ex-coordenador de CIR da macrorregião. E todos são ex-gestores municipais. A princípio, a articulação se iniciou por intermédio da network da equipe local do Haoc de forma informal que, ao longo do processo, foi se institucionalizando.

O projeto tem grandes frutos e, entre eles, foi auxiliar a equipe da Seinsf/Sems/GO a se articular com o Cosems/GO, com as RS/GO e com a SES/GO, articulação essa que vinha sendo prejudicada há anos, por motivos alheios ao SUS, e que, por intermédio do projeto e do poder de articulação da equipe local do Haoc, conseguiu, de forma harmoniosa, essa unidade entre os parceiros.

Não se pode deixar de ressaltar a importância do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e dos profissionais que representam a instituição no projeto a nível central. Foi e sempre será de grande importância ter instituições de credibilidade que possam acreditar no SUS. Isso fez toda a diferença quando a equipe local foi atrás dos parceiros, dos técnicos e dos secretários municipais de saúde, quando foi colocado que estavam, por meio do Haoc, na condução do projeto na macrorregião. Isso facilitou muito o processo.

O projeto realizou grandes discussões durante as oficinas e fez muito pela macrorregião e pelo estado de Goiás, sendo que todas as ações e tudo que foi realizado na macrorregião Sudoeste quase sempre foi replicado nas outras Macrorregiões de Saúde do estado de Goiás.

Acredita-se que o trabalho deveria continuar e o projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde deveria ser prorrogado para, no mínimo, mais 12 meses para que, a partir da análise produzida, pudesse ser criado um painel de indicadores e, com isso, auxiliar no monitoramento da Rede de Atenção à Saúde.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Internação Hospitalar**: internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde. Brasília, DF: DATASUS, ©2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. Brasília, DF: DATASUS, 2020a. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Superintendência do Ministério de Saúde em Goiás. **Nota Informativa nº 5/2020-GO/SEINSF/GO/SEMS/SE/MS**. 2020b. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sip/login.php?sigla_orgao_sistema=MS&sigla_sistema=SEI&infra_url=L3NlaS9jb250cm9sYWRvci5waHA/YWNhcz1kb2N1bWVudG9faW1wcm1taXJfd2ViJmFjYW9fb3JpZ2VtPWYdm9yZV92aXN1YWxpemFyJmlkX2RvY3VtZW50bz0xNzAxNDA-00SZpbmZyYV8IRTIODAIQTY=. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Superintendência do Ministério de Saúde em Goiás. **Nota Informativa nº 11/2020-GO/SEINSF/GO/SEMS/SE/MS**. 2020c. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sip/login.php?sigla_orgao_sistema=MS&sigla_sistema=SEI&infra_url=L3NlaS9jb250cm9sYWRvci5waHA/YWNhcz1kb2N1bWVudG9faW1wcm1taXJfd2ViJmFjYW9fb3JpZ2VtPWYdm9yZV92aXN1YWxpemFyJmlkX2RvY3VtZW50bz0xODcyMjAzN-CZpbmZyYV9zJUUYJTGwJUE2. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Superintendência do Ministério de Saúde em Goiás. **Nota Informativa nº 12/2020-GO/SEINSF/GO/SEMS/SE/MS**. 2020d. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sip/login.php?sigla_orgao_sistema=MS&sigla_sistema=SEI&infra_url=L3NlaS9jb250cm9sYWRvci5waHA/YWNhcz1kb2N1bWVudG9faW1wcm1taXJfd2ViJmFjYW9fb3JpZ2VtPWYdm9yZV92aXN1YWxpemFyJmlkX2RvY3VtZW50bz0xODgyMzc1MSZpbmZyYV9zJUUYJTGwJUE2. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 15 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO. **Dados**. Brasília, DF: CFA, [2019]. Disponível em: <http://cfa.org.br/>. Acesso em: 10 jul. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Regionalização da Saúde**: posicionamento e recomendações. Brasília, DF: CONASEMS, 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-1.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Dados abertos**. Brasília, DF: FCP, 2020. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/>. Acesso em: 27 abr. 2020.

103GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dados extraídos em 23/04/2020 e enviados para a SEINSF/SEMS/GO pela SUVISA/SES/GO em 05/05/2020 por correspondência eletrônica**. Goiânia: Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Goiás, 2020.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 abr. 2020.

IPEA. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, 2013. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013). Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

INSTITUTO MAURO BORGES DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Estatísticas e Geoinformação**. 2020. Disponível em: <https://www.imb.go.gov.br/>. Acesso em: 16 abr. 2020.

OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Administração em Diálogo**, São Paulo, n. 7, p. 91-106, 2005.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise de situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

RACHE, B. *et al.* **Necessidades de Infraestrutura do SUS em preparo ao COVID-19**: Leitões de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. Rio de Janeiro; São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2020. (Nota Técnica, n. 3). Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/NT3%20vFinal.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.



ANEXOS

Anexo A – Matriz para sistematização do desenho da Rede de Atenção à Saúde – Macroproblema de Saúde: Doenças do Aparelho Circulatório

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Promoção, proteção e prevenção das condições de saúde	Boa cobertura de equipes Nasf e Academias da Saúde. Centro de atendimento ao diabético. Realização de sala de espera nas UBS. Busca ativa de pacientes com comorbidades. Estrutura organizacional e condições de trabalho. Realização de sala de espera nas UBS. Busca ativa de pacientes com comorbidades. Atendimentos individuais permaneceram. Cobertura da AB de 100%.	Nasf e academias da saúde atuando diferente da portaria. Consciência da comunidade em aderir aos programas e às ações na prevenção da saúde. Falta de capacitação dos profissionais de saúde. Atividades em grupos tiveram que ser suspensas. Falta de efetividade das ESFs. Ausência de adesão do paciente ao tratamento proposto visto que envolve mudanças no estilo de vida. Poucas ações de vigilância em saúde. Aspectos culturais. Resistência de alguns profissionais em trabalhar com atividades extra consultório. Baixa cobertura de ESF e APS.	Adequação dos programas. Participação dos ACS no processo de integração com a população. Profissional exclusivo para capacitação permanente. Realização de capacitação de forma continuada. Aumento do trabalho multimídia, panfletos e rádios. Planejamento das atividades e inserção na PAS.	Atuar no sentido de transformar o CAD num programa. Capacitar os profissionais da educação permanente. Capacitar os profissionais dos municípios. Acessar os insumos; Trabalho em conjunto. Fomentar a mudança de políticas públicas em relação à alimentação e nutrição. Em momentos de conferência, propor controle de alimentos industrializados (Açúcar, gordura, sal, conservantes etc).
Promoção, proteção e prevenção das condições de saúde (continuação)	Grupos de hiperdia / Grupo Mineiros Mais Leve / atendimento multiprofissional / Ações da Agricultura Familiar / Festa da Semente / Oficina terapêutica Saberes e Sabores. Central Humanizada Covid em parceria com a UFJ. Educação Permanente. Telemonitoramento. Participação da População nos grupos de Controle e Prevenção. Ações de promoção e prevenção através de equipe Multiprofissional; Serviços especializados CRHD e CAD.		Estímulo de hábitos saudáveis: alimentação, atividade física. Discussão intersetorial. Implantação da Central Humanizada. Organização dos serviços. Comunicação pelas mídias ampliadas. Organização de equipes. Aumentar a cobertura da APS. Ampliar as ações de promoção, proteção e prevenção no âmbito da APS.	

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Atenção Primária – processos de trabalho, recursos humanos, macroprocessos da APS	<p>RH qualificado e alta cobertura de ESF. Equipe completa, capacitada e qualificada. Acompanhamento médico dos pacientes crônicos. Continuidade dos atendimentos presenciais e emergenciais. As duas equipes trabalham na mesma unidade, facilitando comunicação e processos de trabalho. 100% cobertura APS (11 UBS / 21 ESF) Cadastro de 70% da população. Território definido das UBS.</p>	<p>Alta rotatividade de profissionais. Baixa cobertura de ESF no município de Rio Verde. Dificuldades da população aderir aos protocolos adotadas. Baixa cobertura de atenção primária (áreas descobertas). Falta de recursos humanos capacitados. Descumprimento da carga horária pelos profissionais médicos. Falta de um sistema próprio integrado nas unidades de saúde. Suspensão das atividades em grupos e regulação. Alta rotatividade de profissionais de saúde. Atendimento conforme as linhas de cuidado precisa ser aprimorado. Baixa cobertura de ACS.</p>	<p>Reorganizar a APS no modelo de atenção às doenças crônicas em rede. Aumento da cobertura de atenção básica com o remapeamento das áreas. Finalização do processo de contratação por processo seletivo para ACS. Implantação de um sistema integrado. Os municípios de referência tem que estimar a quantidade de municípios de pequeno porte que conseguem atender com excelência. Programa de qualificação profissional.</p>	<p>Reorganizar a APS no modelo de atenção às doenças crônicas em rede. Apoio no remapeamento das áreas. Orientar os municípios de referência (fiscalizar) como estão sendo ofertados os serviços de pequeno porte. Transparência dos saldos do município de 6 em 6 horas. Troca de experiências exitosas e trabalho em conjunto com outros municípios. Manutenção do financiamento da APS.</p>
Atenção Primária – processos de trabalho, recursos humanos, macroprocessos da APS (continuação)	<p>Protocolo de atendimento ao diabético e hipertenso. Estratificação de risco. Projeto terapêutico singular. Atenção domiciliar (Melhor em Casa). 21 ESF. Construção de fluxos. Aquisição de EPI. Envolvimento dos Profissionais no Matriciamento dos pacientes. Fluxos estabelecidos. Oferta de consultas básicas e especializadas.</p>	<p>Lógica hospitalocêntrica. Falta de padronização no manejo terapêutico dos casos leves. Dificuldade dos pacientes procurarem a APS para continuidade do cuidado. Responsabilidade das equipes de EAP e ESF no acompanhamento dos usuários referenciados ao serviço especializado. Não funcionamento de referência e contra. Adesão do usuário ao cuidado continuado.</p>	<p>Monitoramento regular de indicadores dos protocolos de HAS e DIA. Garantia da APS ser ordenadora de rede conforme estratificação de risco em tempo oportuno otimizando o acesso às especialidades. Educação em saúde. Aquisição de EPI em quantitativo adequado. Educação continuada. Elaboração de protocolos municipais.</p>	

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Atenção Ambulatorial Especializada e processos de integração com APS	Boa cobertura de cardiologista na macro. Procura direta para os atendimentos de urgência e emergências. Consultas referenciadas com especialista no município. Não temos. Atenção ambulatorial especializada estruturada e integrada com APS. Atendimento eletivo no ambulatório do Hospital municipal por meio de encaminhamento da APS. Parceria com Unifimes e Famp. Convênio com a rede privada de Mineiros. Dois Centros de Especialidades Odontológicas. Reabilitação pulmonar. Ambulatório de infectologia (Ala Covid). Aquisição de equipamentos..	Poucos cardiologistas credenciados ao SUS. Baixa carga horária dispensada ao SUS. Inconsistência na base de dados SIA. Subfinanciamento (PPI). População não segue o fluxo adequado de atendimento. Consultas que não são contrarreferenciadas para AB. Onde somos pactuados não somos atendimentos e o município disponibilizados apenas de ambulatório que funciona 24 horas. Falta de qualificação da equipe para atendimento a condições agudas. Atendimento fragmentado entre a APS e Rede especializada e UPA. Regulação municipal. Contrarreferência pós-alta.	Se adequar a parametrização de carga horária do especialista. Programação da oferta de consultas especializadas conforme parametrização. Divulgação do fluxo pela equipe de ACS que orienta o fluxo correto para atendimento. Implantação de contrarreferência pela atenção especializada para a AB. Programa de qualificação profissional. Melhorar a comunicação entre os pontos de atenção. Definir protocolos municipais em cada ponto de atendimento com interligação das ações. Reorganização da regulação municipal.	Apoiar a efetivação da policlínica organizando a oferta de serviços conforme a demanda da região. Rever PPI/reserva técnica. Capacitação dos profissionais para o processo de trabalho. Acesso a serviços especializados. Implantação do CAD na região sudoeste. Incentivar implantação de centro de especialidades por Região de Saúde. Contra Referência do Paciente. Fortalecer a pactuação de consultas e exames diagnósticos especializados.
Atenção Ambulatorial Especializada e processos de integração com APS (continuação)	Demanda livre para consulta com especialidade, com prioridade dos pacientes da APS. Oferta de especialistas. Equipe multiprofissional	Mesmo com o envolvimento dos profissionais ainda existem muitas barreiras com a interdisciplinaridade. Mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento entre a APS e rede especializada. Ausência ou não cumprimento dos Protocolos clínicos e fluxos. Oferta de exames (insuficiente).	Potencialidade para ampliar o atendimento de média e alta complexidade para a microrregião. Ampliação do número de atendimentos ambulatoriais. Matriciamento dos pacientes com trabalho multidisciplinar e interdisciplinar. Estabelecimento de fluxos e protocolos clínicos. Carga horária dos profissionais.	

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Atenção Hospitalar – caráter eletivo e urgência	Boa cobertura de UPA. Sala de estabilização equipada, equipe prepara no hospital. Samu 192. Sobre aviso de médico cardiologista 24 horas por dia. Não temos. Protocolos de regulação efetivos. Convênio com 4 hospitais e 4 laboratórios da rede privada. Pactuação com município de Goiânia. Uma UPA 24h; Base Samu. Internações de média complexidade. Atendimento por classificação de risco na UPA. Protocolos de segurança do paciente. Hospital médio porte com 96 leitos, 10 leitos de UTI adulto tipo II, Sadt (tomógrafo, USG com doppler, ecocardiógrafo, raio-X), leitos de estabilização, assistência farmacêutica, equipe multiprofissional.	O Hospital de referência para hemodinâmica é privado. Subfinanciamento (PPI). Financiamento inexistente. Falta de manutenção dos equipamentos de eletrocardiograma, raio-X. Falta de leitos, de vagas para procedimentos e de exames eletivos e de urgência. Falta de acesso a leitos em unidades fora do município. Demora na regulação. Falta de capacitação dos profissionais para atendimento de pacientes graves. Os municípios que somos referenciados não atendem a contento. A regulação demora até três dias para sair vaga. Carência em serviços de hemodinâmica na região sudoeste. Pouca oferta de serviços de alta complexidade na região. Protocolo Samu de transporte.	Habilitar outro serviço de hemodinâmica. Município tem custeado todo serviço especializado. Credenciamento de empresa para manutenção dos equipamentos. Capacitação dos profissionais em urgências. Pactuar somente a quantidade de município que pode ser atendido a contento. Busca de parcerias e pactuações. Ampliar o número de profissionais capacitados para áreas afins. Ações junto ao governo do estado para efetivar a mudança de gestão da unidade (estadualização).	Habilitar outro serviço de hemodinâmica e implantar sistema de rateio. Rever PPI/reserva técnica. Ampliação dos leitos, dos procedimentos e exames. Fiscalizar e organizar melhor as pactuações. Acesso a vagas na região.
Atenção Hospitalar – caráter eletivo e urgência (continuação)	Base do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) com duas viaturas (USB e USA). Habilitação da Porta de Entrada da RUE e qualificação de 05 leitos de UTI. Sede do Hemocentro (serviço estadual) na unidade hospitalar. Habilitação temporária de 10 leitos de UTI Covid. Ampliação de 30 leitos temporários para internação exclusiva de pacientes Covid. Disponibilidade de avaliação com médico especialista. Suporte Técnico UPA.	Retaguarda de leitos materno-infantil de alta complexidade. Dificuldades de acesso aos serviços entre os municípios devido a grandes distâncias. Alto custo de manutenção da estrutura e equipe, dificuldades na manutenção adequada de insumos e medicamentos. Ausência de prontuário eletrônico do paciente e Dificuldade na manutenção da equipe; Demora na regulação de pacientes críticos; Entidade habilitada não cumpre o determinado / estabelecido na Portaria MS. Exigência de complementação a tabela SUS.	Investimento em ações de monitoramento e controle de almoxarifado. Treinamento das equipes em fluxos e protocolos. Educação continuada para atendimento emergencial com a finalidade de estabilizar o paciente. Pleitear a Habilitação de outro serviço de Hemodinâmica que atenda os requisitos da Portaria MS.	Aumento da oferta de leitos e rapidez no atendimento. Oferta do serviço na Macrorregião de Saúde. Habilitar outro serviço de Hemodinâmica. Fortalecer a PPI regional/reserva técnica. Instituir Consórcio Intermunicipal.

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Assistência Farmacêutica	<p>Existe SADT na macro, com exceção das cintilografias. Disponibilidade de sistema Hórus.</p> <p>Todos municípios possuem RT farmacêutico.</p> <p>Raio-X, USG, ECG, Laboratório de Análises Clínicas, Respirador Pulmonar Mecânico.</p> <p>Credenciamento com Laboratório para análise de enzimas cardíacas.</p> <p>Disponibilidade de marcapasso temporário.</p> <p>Espaço Físico; Assistência farmacêutica abastecida; Medicamentos e exames complementares disponíveis conforme prescrição médica.</p> <p>Prontuário eletrônico; Pactuação com município de Goiânia para exames não disponíveis no município.</p> <p>Ampliação do Laboratório de Análises Clínicas (Investimento próximo a R\$ 1 milhão entre reforma e aquisição de equipamentos).</p>	<p>Baixa oferta de exames especializados na região.</p> <p>A maioria do Sadt existente não são contratualizados com o SUS; Subfinanciamento (PPI).</p> <p>Não utilização de Remume; Baixa utilização do sistema Hórus.</p> <p>Ausência de sistema de informação na AFB em alguns municípios.; Estrutura física precária nas unidades de dispensação de medicamentos; Financiamento insuficiente. Custo elevado dos serviços; Padronização pelos profissionais médicos para os medicamentos.</p> <p>Verba para farmácia insuficiente pela demanda.</p> <p>Superfaturamento dos medicamentos; demora</p> <p>Falta de apoio diagnóstico; processo burocrático para a aquisição de medicamentos de alto custo..</p>	<p>Utilizar sistema Hórus.</p> <p>Criar Remume.</p> <p>Garantir acesso aos medicamentos.</p> <p>Programação da oferta de SADT conforme parametrização.</p> <p>Município tem custeados todo serviço, Especializado.</p> <p>Criação de um Remume efetivo.</p> <p>Criar uma segunda estratégia para compra dos medicamentos além dos pregões.</p> <p>Implantação de novos serviços de apoio diagnóstico.</p>	<p>Se adequar a parametrização da oferta de serviços (exames e procedimentos) e implantar sistema de rateio. Rever PPI/reserva técnica.</p> <p>Fortalecer e criar outras alternativas que supram as necessidades dos municípios em relação aos medicamentos.</p> <p>Acesso ao apoio diagnóstico em outros municípios.</p>
Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Assistência Farmacêutica (continuação)	<p>Protocolo de Regulação do Acesso Ambulatorial às Especialidades no Município de Jataí/GO publicado.</p> <p>Oferta de exames de imagem dentro do SADT (tomografia, ultrassonografia, doppler, raio-X);</p> <p>Assistência farmacêutica hospitalar – implantação de farmácias satélites para otimizar a utilização de recursos; disponibilidade de exames complementares.</p> <p>Abastecimento e oferta de medicamentos na rede de saúde.</p> <p>Oferta de exames e suporte diagnóstico por meio de credenciamento e serviço próprio; exames laboratoriais (credenciamento da rede privada/tabela SUS).</p>	<p>Exames de apoio diagnóstico com longa espera dificultando a finalização do diagnóstico;</p> <p>Registro insuficiente em prontuário dificultando o seguimento do tratamento; Falta de Medicamento para Compra; entrega dos medicamentos</p> <p>Alta judicialização na saúde; Dificuldades na manutenção de reagentes e insumos para exames específicos para o diagnóstico de doenças circulatórias.</p> <p>Falta de padronização nos encaminhamentos aos Sadt;</p> <p>Dificuldade com a contratação de profissionais médicos radiologistas; Dificuldades na manutenção do estoque mínimo para diversos fármacos, principalmente aqueles de custo mais elevado.</p> <p>Ausência de exames para diagnóstico.</p> <p>Oferta de exames diagnósticos (insuficiente).</p> <p>Protocolos clínicos e mecanismos de regulação de exames diagnósticos e prescrição terapêutica.</p>	<p>Desburocratização do processo para retirada de medicação de alto custo, facilitando acesso do paciente.</p> <p>Discussão e pactuação do Protocolo de Regulação de Acesso.</p> <p>Treinamento e sensibilização das equipes para o planejamento das aquisições hospitalares (insumos e medicamentos).</p> <p>Organização de Remume e protocolos de atendimentos.</p> <p>Buscar mecanismos de financiamento e pactuação regionalizada.</p>	<p>Discussão para implantação de uma Central de Abastecimento Farmacêutico na macrorregião, especialmente de alto custo (consórcio).</p> <p>Oferta dos exames complementares na região.</p> <p>Pactuação regionalizada.</p> <p>Consórcio intermunicipal.</p>

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Saúde Suplementar – cobertura, qualidade, relação com o SUS	<p>Existe o serviço especializado na macro.</p> <p>Parcerias com clínicas na capital Goiânia.</p> <p>Compra de serviço.</p> <p>20% da população com cobertura de planos de saúde.</p> <p>A saúde suplementar, no cuidado à pessoa com DCNT, principalmente doenças do aparelho circulatório em Jataí/GO, apresenta boa cobertura, com assistência ambulatorial especializada e acesso aos serviços de apoio diagnóstico de qualidade e em tempo oportuno.</p> <p>Oferta de serviços privados (cobertura satisfatória).</p> <p>Qualidade do serviço suplementar ofertados.</p>	<p>O Hospital de referência não atende a contento por não haver acordo financeiro; baixa participação no SUS.</p> <p>Baixa cobertura dos planos de saúde; falta de credenciamento dos profissionais locais; comunidade assistencialista.</p> <p>Não temos saúde suplementar no município.</p> <p>Pacientes entram na rede SUS com diagnósticos já definidos pela rede privada para procedimentos na rede especializada, prejudicando os que já estavam no SUS e ainda não concluíram a investigação pela morosidade do processo na rede; os serviços de alta complexidade (hemodinâmica, e cirurgia cardíaca) ainda são referenciados para outros municípios; omissão do plano de saúde.</p> <p>Subfinanciamento.</p>	<p>Credenciar outra unidade de saúde.</p> <p>Ofertar e cumprir as pactuações.</p> <p>Busca de parcerias e pactuações.</p> <p>Qualificação da regulação de casos.</p> <p>Estimular a atuação hospitalar complementar conforme perfil do estabelecimento.</p> <p>Credenciamento/habilitação de novos serviços.</p>	<p>Atuar no apoio à habilitação de outra unidade de saúde.</p> <p>Mais transparência nas regulações.</p> <p>Busca de parcerias e pactuações.</p> <p>Implantar Termo Simplificado de Convênio.</p> <p>Pactuação Regionalizada.</p> <p>Consórcio Intermunicipal.</p>
Ações Intersetoriais	<p>Equipes de PSE.</p> <p>Parcerias com assistência social.</p> <p>Parceria entre SMS e SAS.</p> <p>Iniciativa de trabalho intersetorial.</p> <p>Ampliação de áreas públicas para lazer e atividade física.</p> <p>Participação do ministério público na construção de estratégias intersetoriais que refletem nas condições de saúde.</p> <p>Parceria com UFJ: central humanizada Covid, treinamentos.</p> <p>Parceria com empresas privadas para doação de materiais e insumos. Adesão ao projeto "Dados do BEM".</p>	<p>Baixa adesão ao PSE.</p> <p>Pouca capacidade para compra de serviços.</p> <p>Não integração das ações intersetoriais.</p> <p>Falta de adesão da Secretaria Municipal de Educação.</p> <p>Falta de apoio dos outros setores (educação, assistência social, administração etc.).</p> <p>Baixa adesão de outros setores na construção conjunta de ações condicionantes da saúde.</p>	<p>Atende prioridades e população de MENOR RENDA.</p> <p>Integração das ações intersetoriais.</p> <p>Mobilizar todas as secretarias para envolvimento entre elas.</p> <p>Busca de parcerias e trabalho em conjunto.</p> <p>Melhora na comunicação da saúde com a rede de assistência social, Secretaria de Educação, Desporto e Lazer.</p> <p>Articulação dos gestores.</p>	<p>Apoio para integração das ações intersetoriais.</p> <p>Promover mais cursos e materiais para os municípios.</p> <p>Busca de parcerias e trabalho em conjunto.</p> <p>Asfalto na rodovia GO 306; asfalto rodovia GO que liga Mineiros a Doverlândia; duplicação da rodovia 364 entre Jataí e Santa Rita do Araguaia.</p>
Ações Transversais	<p>Cies atuante e ações de educação permanente constantes.</p>	<p>Não possui linhas de cuidados e nem rede de atenção às doenças crônicas.</p>	<p>Implantar e garantir as ações das linhas de cuidado que impactam nas doenças do aparelho circulatório.</p>	<p>Implantar e garantir as ações da rede de doenças crônicas.</p>

Anexo B – Matriz para sistematização do desenho da Rede de Atenção à Saúde – Macroproblema de Saúde: Covid-19

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Promoção, proteção e prevenção das condições de saúde	<p>Programas de atenção à saúde.</p> <p>Comunicação entre as RAS.</p> <p>Conscientização da população por meio de notas técnicas, programa de rádio, lives e divulgação nas redes sociais.</p> <p>Uso de máscara obrigatório por meio de decreto municipal.</p> <p>Medidas de isolamento social.</p> <p>Inserção de Protocolo de atendimento precoce em junho/2020.</p> <p>Testagem em massa para Covid-19; Cobertura da AB de 100%.</p> <p>Disponibilidade de recursos para desenvolvimento de estratégias.</p> <p>Divulgação de informações: vídeos, realização de lives, propaganda de rádio e rua, mídias populares. (informação à população).</p>	<p>Baixo índice de área coberta.</p> <p>Baixa oferta de especialidades médicas na APS, bem como falta equipamentos de saúde específicos para atendimento de pacientes vulneráveis.</p> <p>Interrupção do atendimento eletivo nas UBS no início da pandemia.</p> <p>Reabertura precoce das atividades econômicas.</p> <p>Falta de efetividade das ESFs.</p> <p>Falta de adesão da população.</p>	<p>Melhoria da abordagem integral à família para melhor promoção e prevenção de agravos à saúde, bem como proximidade do paciente para conhecer suas necessidades, monitorando e corrigindo seus agravos gerando assim melhoria na assistência.</p> <p>Retorno dos atendimentos eletivos aos pacientes com comorbidades.</p> <p>Campanha de conscientização e monitoramento constante.</p>	<p>Expansão das modalidades da atenção primária.</p> <p>Desburocratização do sistema de saúde das unidades primárias por serem porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, que dependem de atendimento especializado.</p> <p>Agilidade nos processos de encaminhamento.</p> <p>Diagnóstico e tratamento precoce.</p> <p>Ampliação da oferta de testes.</p> <p>Fornecimento de medicação.</p> <p>Garantia de retaguarda hospitalar.</p> <p>Acesso a insumos.</p> <p>Trabalho em conjunto.</p> <p>Realização de Oficinas (como as realizadas na implantação do Guia de Enfrentamento à Covid).</p>

Macroproblema de Saúde – Covid-19 (continuação da tabela anterior)				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Promoção, proteção e prevenção das condições de saúde (continuação)	<p>Fixação de cartazes em locais estratégicos.</p> <p>Reuniões com diversos segmentos (igrejas e academias) para orientações de prevenção.</p> <p>Implantação de equipe multiprofissional para monitoramento dos pacientes suspeitos, confirmados e seus contatos.</p> <p>Realização de monitoramento dos pacientes por ronda veicular.</p> <p>Parceria com Ministério Público, Polícia Militar, Polícia Civil e Fiscalização Municipal para os casos de descumprimentos de isolamento. Implantação de barreira sanitária com medição de temperatura e triagem de sintomas gripais de pessoas que estejam em tráfego nas entradas da cidade.</p> <p>Treinamento de ventilação mecânica com simulação realística da equipe de profissionais da Ala Covid com especialista em intensivista; Academia da Saúde. 21 ESF, equipe multiprofissional (nutrição, educador físico, fisioterapia). Programas de Atenção Integral à Saúde do Hipertenso, Diabético e Idoso. Programa do tabagismo implantando nas USF.</p>	<p>Resistência da população quanto ao segmento das medidas de segurança.</p> <p>Descontinuidade de treinamento dos profissionais.</p> <p>Dificuldade na estruturação de combate ao Covid-19.</p> <p>Educação em Saúde.</p> <p>Aspectos culturais.</p> <p>Lógica hospitalocêntrica do Sistema.</p> <p>Dificuldade em prestar assistência, por dependência de Alta da Saúde Suplementar.</p> <p>Baixa adesão da população ao cumprimento de normas sanitárias locais.</p> <p>Falta retorno por parte do sistema de regulação.</p>	<p>Envolvimento da equipe nas campanhas de prevenção e na construção dos processos de trabalho, tanto em relação à Covid-19 quanto na retomada das ações e dos serviços que foram suspensos no início da pandemia.</p> <p>Profissional exclusivo para educação permanente.</p> <p>Desburocratização dos processos de aquisição de serviços e equipamentos.</p> <p>Definição de fluxos.</p> <p>Sensibilização e treinamento de equipes.</p> <p>Educação Permanente.</p> <p>Busca ampliar a oferta de serviços.</p> <p>Revisão de pactuações.</p> <p>Reuniões e ações on-line.</p> <p>Trabalho de conscientização da população.</p>	<p>Capacitação dos profissionais da educação permanente.</p> <p>Testagem de sintomático.</p> <p>Tratamento profilático.</p> <p>Acompanhamento de comunicantes (monitoramento).</p> <p>Reuniões ações on-line (Compartilhamento de experiências exitosas, ações executadas etc.).</p> <p>Reunir com os responsáveis pelas pactuações e cooperar na elaboração de ações para melhoria dos atendimentos dos municípios de pequeno porte.</p>
Promoção, proteção e prevenção das condições de saúde (continuação)	<p>Rede assistencial integrada, APS, e serviços especializados, ampliando o cuidado no próprio território.</p> <p>Investimento nas ações de capacitação para profissionais.</p> <p>Informações para população geral (fôlder, mídia, banner).</p> <p>Capacitações. Reuniões de equipe semanalmente.</p> <p>Orientações por meio de mídias locais, WhatsApp, rádio local, redes sociais. Houve boa interação da equipe de saúde mais a comunidade.</p>	<p>O espaço físico não se encontra com estrutura física adequada para atendimento frente a uma pandemia.</p>		

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Atenção Primária – processos de trabalho, recursos humanos, macroprocessos da APS	<p>Processos de trabalho organizados. 100% cobertura ESF (11 UBS / 21 ESF) Atendimento Covid em todas UBS. Fornecimento de EPI adequados para as ESF. Atendimento médico precoce. Monitoramento de casos confirmados e contatos domiciliares via telefone. Criação do <i>call center</i> do COE. Aumento no número de cadastro da população. Prontuário eletrônico; aumento do n. de profissionais para o monitoramento de pacientes Covid na APS. Realização de testes de antígeno nas UBS; as duas equipes trabalham na mesma unidade, facilitando comunicação e processos de trabalho; organização de protocolos de atendimento e integração com os serviços especializados e da APS por meio de educação continuada; as visitas domiciliares foram realizadas pelos ACS, mas eles não adentraram a residência do morador; abertura de uma unidade de saúde exclusiva para atendimento de pacientes com SG.</p>	<p>Cadastros familiares Baixo índice de área coberta e falhas na territorialização. Falhas no monitoramento de pacientes confirmados para Covid-19; dificuldade no controle do isolamento domiciliar do paciente confirmado para Covid-19. Alta rotatividade de profissionais de saúde. Constante mudanças nas orientações e recomendações ocasionando grandes divergências entre os profissionais. Fragmentação da integração do trabalho do ACS com o ACE. Baixa cobertura de atenção primária (áreas descobertas).</p>	<p>Envolvimento da equipe nas campanhas de prevenção e na construção dos processos de trabalho, tanto em relação à Covid-19 quanto na retomada das ações e dos serviços que foram suspensos no início da pandemia. Aprimoramento dos diagnósticos locais para melhor conhecimento da população, dimensionando a população para programar ações de saúde, traçar diagnósticos situacionais de cada área de trabalho. Melhoria do atendimento inicial ao paciente suspeito Covid-19. Aperfeiçoamento o monitoramento aos pacientes vulneráveis evitando a fragmentação do cuidado na rede de saúde. Programa de qualificação profissional.</p>	<p>Realização de Oficinas (como as realizadas na implantação do Guia de Enfrentamento à Covid). Aumento de subsídios para contratação de mão de obra especializada para melhoria dos diagnósticos e consequentemente melhoria no acesso à saúde das populações mais desassistidas. Capacitação (educação em saúde). Troca de experiências exitosas e trabalho em conjunto com outros municípios.</p>
Atenção Primária – processos de trabalho, recursos humanos, macroprocessos da APS (continuação)	<p>21 ESF, 21 ESB, equipe multiprofissional (nutrição, educador físico, fisioterapia). Fluxos de referência definidos. Programa do tabagismo implantado nas 21 ESF. Equipe completa e treinada, cobertura 100%. Equipe capacitada conforme protocolos atualizados. Barreira sanitária (aeroporto e rodoviária). Oferta de condições de trabalho e insumos. Adesão saúde emergencial na hora com expansão do horário de atendimento. Monitoramento diário fonado aos pacientes sintomáticos e positivos para Covid por equipe multiprofissional de cada unidade de saúde. Habilitação de dois Centros de Referência para Enfrentamento à Covid-19.</p>	<p>Falta de um sistema integralizado entre as unidades de saúde. Dificuldade na manutenção sistemática de dispensação dos medicamentos e insumos ao público-alvo. Dificuldade na manutenção sistemática da disponibilização de exames diagnósticos e laboratoriais em tempo oportuno. Número baixo de profissionais, expostos. Baixa cobertura populacional na APS. Número de ESFs. Adesão dos pacientes. Suspensão temporária dos trabalhos que são realizados em grupos.</p>	<p>Aumento da cobertura de atenção básica com o remapeamento das áreas. Finalização do processo de contratação por processo seletivo para ACS. Implantação de um sistema integrado. Definição de fluxos. Sensibilização e treinamento de equipes. Educação Permanente. Telemedicina por meio do Telessaúde. Monitoramento por telefone e teleatendimento. Habilitação de novas ESFs. Construção de novas UBSs (2021).</p>	<p>Equipe que faz monitoramento paramentada e treinada. Capacitar os profissionais para esta nova modalidade de trabalho.</p>

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Atenção Primária – processos de trabalho, recursos humanos, macroprocessos da APS (continuação)	Mapeamento das Regiões de Saúde e realização de inquérito epidemiológico. Leitos de observação e estabilização com oxigenoterapia em todas as UBSs. Adequação das CMEs de todas as unidades para desinfecção de alto nível. Destinação de uma ambulância para transportes de pacientes APS>Rede Hospitalar. Atendimento agendados e emergências permaneceram funcionais.	Os funcionários que se enquadram no grupo de risco tiveram sua modalidade de trabalho alterada (<i>home office</i>).	Mudanças nas formas de trabalho, utilização dos meios eletrônicos.	

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Atenção ambulatorial especializada e processos de integração com APS	Facilidade em atendimento bem como facilidade ao acesso ao serviço de saúde, resolutividade nos atendimentos de alta complexidade. Organização de protocolos de atendimento e integração com os serviços especializados e da APS através de educação continuada. Criação do ambulatório Covid no Hospital Municipal com fluxograma bem definido entre a APS, UPA e ambulatório.	Escassez de especialidades médicas, bem como equipamentos de saúde específicos para diagnóstico rápido. Lentidão nos fluxos de atenção à saúde nos procedimentos de alta complexidade. Constante mudanças nas orientações e recomendações ocasionando grandes divergências entre os profissionais., ecocardiograma, Mapa, teste ergométrico..	Melhoria do modelo assistencial e situacional da população-alvo. Ampliar atendimento do ambulatório Covid-19 para pacientes com comorbidades ou acima de 40 anos. Programa de qualificação profissional. Reorganização da agenda das consultas eletivas. Definição de fluxos. Sensibilização e treinamento de equipes. Estabelecimento de fluxo único para facilitar o acesso dos pacientes.	Aumento do acesso as tecnologias disponíveis para a melhoria de vida e saúde da população. Implantação de policlínica (especialidades diversas) na região para reabilitação pós-Covid-19. Acesso a serviços especializados.
Atenção ambulatorial especializada e processos de integração com APS (continuação)	Leitos ambulatoriais e de UTI do hospital municipal exclusivo para Covid-19. Prontuário eletrônico. Atenção ambulatorial especializada estruturada e integrada com APS. Ambulatório de cardiologia geral e Ambulatório de insuficiência cardíaca. fisioterapia cardiopulmonar. Atendimento exclusivo para pacientes sintomáticos e positivos, teste rápido disponível, teste rápido antígeno. Monitoramento integral de pacientes suspeitos e positivos, encaminhados pelas unidades de atenção especializada. Fluxos de encaminhamento para monitoramento.	Período de internação curto. Dificuldades com protocolo do Samu. Falta de qualificação da equipe para atendimento a condições agudas. Suspensão das consultas especializadas. Acesso a exames e métodos diagnósticos em cardiologia. Município não dispõe de holter Contrarreferência. Falha na comunicação entre os profissionais, não utilização de protocolo único para atendimento. Não adesão do usuário (minoria). Não temos hospital		

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Atenção hospitalar – caráter eletivo e urgência	<p>Disponibilidade de leitos para atendimento de pessoas com eventos agudos , alta resolutividade das problemáticas de saúde e assistência de alta e média complexidade.</p> <p>Hospital municipal exclusivo para atendimento ao paciente Covid; demais diagnósticos, o atendimento eletivo é realizado nos três hospitais privados conveniados; urgência: atendimento na UPA 24 horas; prontuário eletrônico; contratação de profissionais.</p> <p>Rede materno-infantil exclusivo no Hospital Samaritano; protocolos de regulação efetivos; organização predial, insumos, equipamento e recursos humanos para estabilização de paciente graves e moderados</p>	<p>Quantidade de leitos insuficiente para atender à demanda de urgências com agilidade visto o alto número de procura.</p> <p>Demora na adesão da rede privada para atendimento ao paciente suspeito/confirmado Covid.</p> <p>Ausência de leitos de UTI na rede privada para Covid-19.</p> <p>Falta de acesso a leitos em unidades fora do município.</p> <p>Demora na regulação.</p> <p>No início da pandemia houve demora quanto a resposta de solicitação de vaga ; cirurgias eletivas foram suspensas.; racionamento de insumos (EPIs).</p> <p>Falta de recursos humanos; falta de capacitação dos profissionais; dificuldade de manutenção da equipe (contratação, contágio); dificuldade da manutenção de quantitativo adequado de EPIs e insumos de desinfecção para as equipes que atuam no Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho.</p>	<p>Melhoria da abordagem integral à família para melhor promoção e prevenção de agravos à saúde, para possível diminuição da procura de leitos em unidades de urgência de alta complexidade.</p> <p>EPS junto aos profissionais médicos constante; busca de parcerias e pactuações.</p> <p>Ampliação da oferta e do quantitativo de profissionais;</p>	<p>Aumento no número de leitos disponíveis para atendimento de emergência dos pequenos municípios.</p> <p>Transparência nos leitos de UTI na região.</p> <p>Educação em saúde em relação aos protocolos de conduta clínica aos pacientes hospitalizados.</p> <p>Acesso a vagas na região.</p> <p>Aumento da oferta de leitos e rapidez no atendimento.</p> <p>Oferta de vagas na região e Macrorregião de Saúde.</p> <p>Disponibilização de EPIs pelo estado e MS em demanda suficiente para o município..</p>

Macroproblema de Saúde – Covid-19 (continuação da tabela anterior)				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Atenção hospitalar – caráter eletivo e urgência (continuação)	<p>Destinação de 15 leitos de enfermaria para internação de pacientes com SG/SRAG, sendo 3 leitos equipados para SAV, com ventiladores mecânicos.</p> <p>Parceria com diversas empresas privadas, com doação de equipamentos e insumos e locação de equipamentos (gasômetro e ventiladores mecânicos).</p> <p>Hospital regional de médio porte (Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho).</p> <p>Ampliação da capacidade de atendimento ambulatorial hospitalar para pacientes suspeitos da infecção pelo novo coronavírus e com sintomas de síndrome gripal.</p> <p>Ampliação do número de leitos de enfermaria para internação exclusiva de pacientes confirmados da Covid-19.</p> <p>Ampliação do número de leitos para pacientes críticos e graves confirmados da Covid-19.</p> <p>Ampliação da capacidade de diagnóstico laboratorial da Covid-19.</p> <p>Organização do fluxo de exames de imagem para pacientes suspeitos ou confirmados da Covid-19.</p> <p>Estrutura física, em boas condições e equipada.</p>	<p>Dificuldade de implantação dos fluxos e protocolos de atendimento ao paciente.</p> <p>Dificuldade na padronização do manejo terapêutico do paciente ambulatorial.</p> <p>Dificuldade de manutenção dos insumos e medicamentos da UTI (aquisição e valores).</p> <p>Funciona somente para atendimento emergencial.</p> <p>Alta demanda de transportes (Samu) de pacientes Covid.</p> <p>Mesmo o município de pactuação, normalmente não tem vaga para ofertar, sendo que o município recebe recurso para isso.</p>	<p>Capacitação de profissionais.</p> <p>Ampliação da oferta e do quantitativo de profissionais; Capacitação de profissionais.</p> <p>Publicação de edital de chamamento profissional para as áreas Covid, com valores mais atrativos.</p> <p>Contratação de equipe.</p> <p>Aquisição de insumos, medicamentos e equipamentos.</p> <p>pactuada.</p>	<p>Organizar os serviços de forma que os atendimentos pactuados aconteçam de forma mais próxima do município de origem, mantendo compromisso, prestação de saldos de seis em seis meses para ver se está positivo ou negativo.</p>

Macroproblema de Saúde – Covid-19 (continuação da tabela anterior)				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Atenção hospitalar – caráter eletivo e urgência (continuação)	<p>Destinação do Hospital Municipal como unidade exclusiva Covid-19.</p> <p>Habilitação de 20 leitos de UTI-Covid.</p> <p>Habilitação de 20 leitos de suporte ventilatório.</p> <p>Encaminhamento dos procedimentos eletivos, urgência e internações para unidades privadas credenciadas ou não (mediante pagamento posterior de indenização).</p> <p>Implantação de Hospital de Campanha (100 leitos de enfermaria clínica).</p> <p>Capacitação dos profissionais quanto aos protocolos clínicos e fluxos de encaminhamento.</p> <p>Disponibilização de exames diagnósticos (tomografia, testes imunológicos e RT-PCR).</p> <p>Ampliação no número de unidades de transporte (1 USA e 2 USB) para transferências e exames de pacientes suspeitos e confirmados da Covid.</p>		<p>Realiza primeiro atendimento, estabiliza paciente e encaminha pra rede.</p> <p>Os municípios de referência devem ter compromisso de atender os municípios de pequeno porte que foram pactuados. Deverão pactuar somente a quantidade que conseguirão atender.</p>	

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e assistência farmacêutica	<p>Compra de testes para a Covid (testes rápidos de anticorpos, teste RT-PCR, teste rápido de antígeno) desde março/2020.</p> <p>Realização de tomografia em caso de necessidade.</p> <p>Aquisição de medicamentos conforme protocolo municipal (protocolo de atendimento precoce); aquisição de EPI conforme protocolo municipal; assistência farmacêutica abastecida.</p> <p>Protocolos de diagnóstico efetivos; contratualização de serviços de apoio diagnóstico e aquisição de insumos; contratação de serviço de imagem de média complexidade no município (TC).</p> <p>Ampliação dos exames realizados no município (D-dímero e RT-PCR).</p> <p>Distribuição de kit Covid-19 (medicação padronizada no município para tratamento dos sintomáticos respiratórios).</p>	<p>Quantidade de exames de apoio diagnóstico e terapêutico.</p> <p>Pacientes que procuram atendimento médico após muitos dias de sintomas.</p> <p>Profissionais que não aderiram ao protocolo municipal de medicação.</p> <p>Falta de recursos para custeio do diagnóstico.</p> <p>Distância dos serviços de diagnóstico.</p> <p>Demora na liberação dos resultados pelo Lacen.</p> <p>Dificuldade na aquisição de medicamentos padronizados.</p>	<p>Implantação de prontuário eletrônico e acesso à informática, possibilitando o registro clínico, a tomada de decisão clínica e a coordenação do cuidado para cada pessoa atendida, mas também o gerenciamento e a gestão da informação em saúde.</p> <p>Teste rápido de antígeno descentralizado nas unidades de saúde com priorização para pacientes do grupo de risco e sintomáticos.</p>	<p>Disponibilizar subsídios para melhoria dos apoios diagnósticos.</p> <p>Organização da região para sustentabilidade da aquisição de EPI, testes, equipamentos e medicações para o manejo do paciente Covid-19.</p>

Macroproblema de Saúde – Covid-19 (continuação da tabela anterior)				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e assistência farmacêutica (continuação)	<p>Aquisição de medicamentos e EPIs para serem utilizados para os pacientes de Covid-19 no ambiente ambulatorial e hospitalar.</p> <p>Ampliação da oferta de exames de diagnóstico para a Covid-19, organização dos fluxos do serviço, implantação de protocolos de biossegurança, garantia de exames de imagem para o apoio ao diagnóstico da Covid-19; organização da farmácia hospitalar para a garantia da continuidade do tratamento de pacientes internados, graves e críticos.</p> <p>Raio-X, USG, ECG, Laboratório de Análises Clínicas, ventilador mecânico, monitor multiparâmetros, farmácia própria abastecida.</p> <p>Abastecimento de toda a rede (insumos); licitação e oferta de exames diagnósticos RT-PCR; testagem de todos os profissionais de saúde envolvidos no enfrentamento da Covid-19; testagem em massa nas grandes empresas/indústrias. Monitoramento contínuo do estoque insumos, EPIs, medicamentos).</p> <p>Espaço físico.</p>	<p>Dificuldade na aquisição de EPIs preços abusivos.</p> <p>Dificuldades para aquisição de medicamentos e insumos (preços elevados, dificuldade de entrega).</p> <p>Exames de maior complexidade tem conseguido só nas emergências.</p> <p>Número de exames ofertados (testagem insuficiente).</p> <p>Demora na entrega dos medicamentos.</p> <p>Superfaturamento dos medicamentos.</p> <p>Falta de medicamento para compra.</p> <p>Verba para farmácia insuficiente pela demanda</p>	<p>Disponibilidade de medicação contida no protocolo em todos as UBS para agilizar o tratamento.</p> <p>Busca ativa de pacientes do grupo de risco para consulta presencial e investigação clínica.</p> <p>Contratação de laboratório.</p> <p>Uso de recursos municipais.</p> <p>Criação de uma segunda estratégia para compra dos medicamentos além dos pregões.</p>	<p>Acesso ao apoio diagnóstico em outros municípios.</p> <p>Oferta dos serviços nas microrregiões de saúde.</p> <p>Melhora no tempo de liberação dos resultados de RT-PCR pelo Lacen.</p> <p>Tem buscar suprir o <i>deficit</i> na rede particular.</p> <p>Fortalecer e criar outras alternativas que supram as necessidades dos municípios em relação aos medicamentos.</p>
Saúde Suplementar – cobertura, qualidade, relação com o SUS	<p>20% da população com cobertura de planos de saúde.</p> <p>Acessibilidade do paciente no tocante à necessidade.</p> <p>“Facilidade” na regulação de pacientes que tinham plano de saúde com indicação de leitos de UTI.</p> <p>Três leitos de enfermaria e 01 leito de isolamento/UTI.</p> <p>Disponibilização de Exames Diagnósticos (Tomografia, Testes Imunológicos e RT-PCR).</p> <p>Estrutura Física.</p> <p>Compra de serviço.</p>	<p>Muitos planos com coparticipação do usuário que migra para o SUS.</p> <p>Não temos saúde suplementar no município.</p> <p>Baixa cobertura dos planos de saúde.</p> <p>Falta de credenciamento dos profissionais locais.</p> <p>Ainda é pequena a participação da saúde suplementar na oferta de leitos para a Covid-19.</p> <p>Não existe bom relacionamento com o SUS. Deixa a desejar.</p> <p>Adesão aos protocolos recomendados pelas sociedades médicas e Anvisa.</p> <p>Capacidade/n. de leitos.</p> <p>Comunidade assistencialista.</p>	<p>Monitoramento diário das internações na rede privada para melhor controle da oferta de leitos disponíveis no município.</p> <p>Busca de parcerias e pactuações.</p> <p>Ofertar e cumprir as pactuações.</p>	<p>Criar mecanismos para que a rede privada atenda pacientes Covid-19 confirmados.</p> <p>Busca de parcerias e pactuações.</p> <p>Na maioria das vezes o paciente tem custeado o atendimento.</p> <p>Mais transparência nas regulações.</p>

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
1 – Dimensão assistencial – Desenho da Rede de Atenção de Saúde				
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Ações intersetoriais	<p>Parceria junto aos órgãos da prefeitura, empresas, Ministério Público, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e Sociedade Civil.</p> <p>Iniciativa de trabalho intersetorial.</p> <p>Envolvimento sistemático das demais secretarias e indústria.</p> <p>Integração Ensino-Serviço / Celebração do Coapes UFJ e SMS.</p> <p>Internato de clínica médica e cardiologia, estágios de fisioterapia, enfermagem, educação física.</p> <p>Distribuição de cestas básicas às famílias em condições de vulnerabilidade (Coesec e assistência social).</p> <p>Ações de Publicidade e conscientização da população (Secretaria de Comunicação).</p> <p>Inquérito Epidemiológico com a Universidade Federal de Pelotas/RS/Ibope.</p> <p>Inquérito Epidemiológico UFG.</p> <p>Inquérito Epidemiológico nas ILPs.</p> <p>Parceria entre SMS e SAS.</p>	<p>Impacto pela alta transmissão da Covid-19 nos frigoríficos do município.</p> <p>Falta de apoio dos outros setores (educação, assistência social, polícia, administração etc.).</p> <p>Não integração das ações intersetoriais.</p> <p>Não há apresentação de produto dos projetos ou da integração ensino-serviço.</p> <p>Falta de adesão da Secretaria Municipal de Educação.</p>	<p>Reuniões com as empresas de grande porte (Marfrig / BRF / Atvos).</p> <p>Reuniões com associação de igrejas, instituições de ensino, MP, associação comercial e industrial.</p> <p>Busca de parcerias e trabalho em conjunto.</p> <p>Integração das ações intersetoriais.</p> <p>Mobilizar todas as secretarias para envolvimento entre elas.</p>	<p>Ações do MPT em relação às indústrias.</p> <p>Busca de parcerias e trabalho em conjunto.</p> <p>Apoio para integração das ações intersetoriais.</p> <p>Promoção de mais cursos e materiais para os municípios.</p>

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Sistemas logísticos (regulação, transporte sanitário, informação)	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta rápida da Secretaria de Estado na configuração da rede hospitalar para o enfrentamento da pandemia. - Implantação de protocolo de acesso e fluxo aos serviços de maior complexidade dentro da rede. - Oferta de leitos hospitalares clínicos e de UTI em quantidade suficiente para a demanda do município. - Acesso regulado aos usuários, suspeitos ou confirmados. - Registro eletrônico em saúde na APS. - Equipe específica para monitoramento de pacientes regulados. - Integração da APS com atenção especializada municipal no referenciamento de consultas. - Trabalhamos com o sistema Servir para regulação de alta e média complexidade, contamos com o sistema na APS ESUS, e ESUS-VE (Covid-19), no qual é realizado a inserção dos dados. - População / usuários identificados pelo CNS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades na implantação de protocolo e padronização da assistência nos diversos pontos da rede de saúde (Hospital, UPA, APS). - Registro eletrônico de informações do usuário, sem implantação nos demais níveis de assistência. - Demora na regulação de pacientes. - Falta de gerenciamento e a gestão da informação em saúde. - Na região alguns municípios não comportam algumas especialidades, dificuldade de acesso na região. - Sistema de regulação em construção. - EPIs enviados pelo estado em quantidade extremamente insuficientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação dos próprios serviços de atendimento de urgência. - Adoção de protocolos clínicos padronizados. - Ampliação de oferta de serviços na região. - Implantação de prontuário eletrônico em toda a RAS, com sistema integrado. - Gestão da informação em saúde. - Ampliação da frota do transporte sanitário com realização de manutenção preventiva.. - Contratação de empresa para rastreamento e monitoramento da frota veicular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agilidade na central de regulação. - Capacitação sistemática dos servidores envolvidos em regulação. - Cartão cooperativo para abastecimento com abrangência estadual. - Aumento da oferta regional de Ambulâncias de Suporte Avançado.

Macroproblema de Saúde – Covid-19 (continuação da tabela anterior)				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Sistemas logísticos (regulação, transporte sanitário, informação) (continuação)	<ul style="list-style-type: none"> - Central Municipal de Regulação implantada para casos de urgência. - Definição do Samu como transporte inter-hospitalar de pacientes graves Covid. - Mecanismo de transporte intermunicipal regulamentado/Samu. - Transporte sanitário específico para essa condição de saúde eficiente. - Transporte e sistema de regulação em evolução atendendo a demanda. - Transporte sanitário renovado, central de regulação em funcionamento. - Equipe própria para transporte em alguns municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta integração das unidades de saúde em uma única base de dados. - Posicionamento divergente sobre deliberações de transporte, nas centrais de emergências regionais/Samu. - Transporte sem estrutura para pacientes com estado grave. - Distância dos serviços especializados de urgência. - Frota de veículos para transporte sanitário insuficiente. - Falta de manutenção preventiva e falta de sistema de rastreamento da frota de transporte sanitário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação dos próprios serviços de atendimento de urgência. - Adoção de protocolos clínicos padronizados. - Ampliação de oferta de serviços na região. - Implantação de prontuário eletrônico em toda a RAS, com sistema integrado. - Gestão da informação em saúde. - Ampliação da frota do transporte sanitário com realização de manutenção preventiva.. - Contratação de empresa para rastreamento e monitoramento da frota veicular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agilidade na central de regulação. - Capacitação sistemática dos servidores envolvidos em regulação. - Cartão cooperativo para abastecimento com abrangência estadual. - Aumento da oferta regional de ambulâncias de suporte avançado.

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Mecanismos de integração da rede	<ul style="list-style-type: none"> – Pontos de atenção à saúde, secundários e terciários, definidos no processo regulatório. – Integração com Atenção Básica, cuja demanda é proveniente desse nível de atenção. – O suporte da RAS específica para Covid-19 em nosso município é pela regional de saúde Sudoeste II. – Utilização de sistema de informação interligado em alguns municípios que possibilita a visualização do histórico do paciente em todas as unidades. 	<ul style="list-style-type: none"> – Mecanismos distintos de política e protocolos institucionais, para o mesmo agravo. – Não temos as governabilidades do problema. – Falta de transparência na regulação das vagas. – Inexistência de infraestrutura e/ou equipe qualificada para a gestão regional de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> – Acompanhamento do paciente pelas ESFs. – Fortalecimento dos sistemas de informações. – Integração da APS e AAE. – Estruturação RAS para gestão regional de saúde fortalecida. 	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivar/promover a padronização dos protocolos institucionais em conformidade com as definições do processo regulatório estadual.
Apoio para gestão regional / consórcios	<ul style="list-style-type: none"> – Observação da Região de Saúde como possível espaço para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, conforme níveis de atenção existentes. – Adesão ao consórcio de saúde já iniciada por alguns municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> – Não houve esforço em conjunto com outros municípios. – Falta de representatividade intermunicipal, para operacionalização de consórcios, no contexto de pandemia e fora dela. – Falta de integração e comunicação entre os municípios. – Falta adoção como estratégia local na ampliação da cobertura assistencial. – Nosso município não participa de nenhum consórcio. – A maioria dos municípios não participa do consórcio. 	<ul style="list-style-type: none"> – Adotar como estratégia o consórcio intermunicipal como forma de ampliação da cobertura assistencial. – Capacitar os gestores e técnicos municipais sobre o funcionamento e legalidade dos consórcios. 	<ul style="list-style-type: none"> – Participação efetiva do estado no funcionamento do consórcio regional. – Incentivo da participação dos municípios-polos nos consórcios. – Iniciar as discussões para a retomada do consórcio. – Falta de uma RAS para Covid-19. – Realização de consórcios para compras de serviços e insumos. – Ter o apoio do estado na contrapartida de rateio do consórcio, assim como encontrar uma forma legal de repasse direto seja do estado ou de recursos federais da contrapartida dos municípios em sua fração da contrapartida.

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Funcionamento da CIR e dos Colegiados Macrorregionais	<ul style="list-style-type: none"> - Palco de discussões e pactuações. - Apoio aos municípios no enfrentamento da pandemia. - Regulamentação e funcionamento adequado das Comissões Intergestores, e aproximação das Regionais I e II. - Pactuação de etapas e processos dos planejamentos municipais em consonância com os planejamentos regionais e estadual. - Colegiados CIR e Macrorregional está funcionando regular, efetivo, integrado e atuante na busca de soluções para a macrorregião. - Realizadas reuniões da CIR mensalmente e, se necessário, em caráter extraordinário, além de reuniões macrorregional possibilitando a integração com os demais municípios. - Fácil acesso aos servidores das regionais. - Base conhecimento, debates, esclarecimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adesão e participação municipais variáveis, nos espaços constituintes. - Falta de criação e implantação de políticas conjuntas entre os municípios. - Dificuldades para canalizar os recursos financeiros para fortalecimento da macrorregião. - Falta mobilização política para a região. - Por mais que tenha participação dos gestores, ainda temos municípios com baixa participação. - Pouco divulgado os assuntos discutidos em reuniões. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação nas reuniões, propondo soluções. - Articulação política para sensibilizar a bancada goiana, para o projeto regional de interesse comum. 	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar, junto à CIB, a aprovação do regimento e da regulamentação da Comissão Intergestores Macrorregional CIM. - Incentivar a adoção de políticas conjuntas. - Manutenção da aproximação entre as Regionais de Saúde (técnicos) e os gestores municipais.

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Programação e pactuação regional e macrorregional	<ul style="list-style-type: none"> - Acatamento dos compromissos acordados de pactuação e assistência entre municípios, mediadas pelo estado, com assistência de caráter tripartite no financiamento dos serviços ofertados. - As pactuações para enfrentamento são extras PPI. - O planejamento e a programação foram feitos com abrangência estadual o que possibilita um atendimento fora da macrorregião. - Pactuação regional e macrorregional efetivada. - Existência de uma rede específica para Covid-19 Sudoeste II e macrorregião. As demais redes participamos via Sudoeste II e macro. - Avançado processo de discussão em alguns municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poucas interações nos municípios-polos e muitas interações reguladas para fora da macrorregião. - Falta de pactuação regional. - Falta de acesso a municípios-polos. - Financiamento insuficiente, parâmetros assistência não está compatível com perfil da região. - Reconhecer sistematicamente a alocação dos recursos e as pactuações existentes. - Falta transparência de como vai acontecer os atendimentos. - Auditoria, levantamento PPI de cada município para saber por que o serviço é pago e nem sempre é ofertado. - Capacitar regional para passar aos municípios, informações onde estão sendo aplicado os recursos. - Falta recurso humano capacitado para prestação de contas das pactuações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Busca de parcerias para pactuação. - Alinhar o financiamento aos custos dos serviços na macrorregião, conforme demanda. - Reconhecer os serviços pactuados. - Pactuarem somente com a quantidade de municípios que eles consigam dar suporte no atendimento. - Os municípios pactuados deverão se organizarem para atender em tempo hábil (Diminuir a espera por atendimento) ser mais transparente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir estratégias de garantia do acesso às interações por Covid-19 dentro da própria macrorregião. - Disponibilizar pactuação. - Levantamento e monitoramento sistemático das execuções dos procedimentos executados. - Fazer levantamento da quantidade de município pactuados, que os municípios de contra referência conseguem atender de maneira eficaz. - Ser mais transparente de como, quando e o local em que o paciente será atendido.
Contratualização municipal, regional e macrorregional	<ul style="list-style-type: none"> - Garante o acesso aos serviços. - Alguns municípios possuem contratos com diversas especialidades e serviços. - Alguns municípios tem contrato com os serviços básicos de maior necessidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não temos departamento específico para realizar tal demanda. - Discussão específica para idealização de formas contratos. - Desenvolvimento de carteira de trabalho integrada. - Padronização de valores de serviços na macrorregião. - Falta recurso financeiro para suprir todas as necessidades. - Contratualizar ofertas de serviços mais próximos do município. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar tabela de valores de serviços padronizada para todos os municípios da macrorregião. - Organizar contratação de serviços mais próximos do município de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Municípios com oferta de serviços, abrir para atendimento a municípios "vizinhos". - Dar prioridade para os municípios mais próximos para serviços pactuados. - Atender as demandas dos municípios em um tempo determinado (mais transparência e agilidade)

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Instrumentos de Planejamento do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Atualização dos instrumentos de planejamento incluindo a diretriz, objetivos, metas e indicadores para o enfrentamento da Covid19. - Discussão com o CMS sobre a pauta. - Inclusão no Sistema e envio para a análise do CMS - A Maioria dos municípios, realizaram inclusão das metas relativas às ações executadas na pandemia Covid-19 e elencadas no Plano de Contingência no Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde, para posteriormente proceder a prestação de contas, no Relatório de Gestão. Utilização do DigiSUS. - Plano de Contingência atualizado e operante. - PMS, PAS, RAG e RDQA em dia e atualizados. - Adoção sistema de planejamento e gestão do Ministério da Saúde (DigiSUS). - Facilidade após ter disponibilizado instrumento de elaboração via sistema. - Revisado sistematicamente em alguns municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vários municípios não deram início a essa cascata de eventos, por desconhecimento e falta de informação, frente ao cenário novo. - Programa em fase de construção, dificuldades na sincronização de informações na base de dados nacional. - Falta capacitação para os técnicos municipais de como elaborar os PMS, PAS, RAG. - Falta conhecimento mais aprofundado sobre a PPI. - Dificuldade em envolver a equipe de trabalho para elaboração dos instrumentos de planejamento. - Falta de análise dos instrumentos de gestão em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Execução das ações planejadas dentro da realidade e possibilidade do município. - Implementação de sistema de planejamento com maior instabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidade da orientação aos municípios quanto ao preenchimento do DigiSUS. - Falta de planejamento regional. - Compartilhamento dos planos de saúde nas Comissões Intergestores. - Capacitação técnica.

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Situação dos Planos Regionais da RAS	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboração de um plano regional para o enfrentamento da pandemia. – Criação dos planos municipais, regionais e estadual de contingência à pandemia, a partir dos espaços assistenciais definidos e níveis de atenção. – Divulgação dos Planos de Contingência no painel estadual, tanto os municipais quanto os regionais, macrorregional e estadual. – Disponibilizou prontuário eletrônico. 	<ul style="list-style-type: none"> – Níveis diferenciados, por município, de compromisso com o instrumento. – Dificuldade em estabelecer fluxos municipais (fragmentação da rede intramunicipal), intermunicipais e regionais no primeiro momento de observação do agrav. – Falta discussão para criação da RAS. – Em processo de estruturação das redes assistenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> – Efetivação da RAS, ampliação de serviços na região. – Possuir equipe técnica com conhecimento suficiente para elaboração de forma correta dos documentos de gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> – Instituir um grupo de trabalho macrorregional para a atualização contínua dos planos de contingência. – Implantar da RAS. – Elaboração de planos regionais ascendente, a partir da estruturação do Planejamento Regional Integrado.
Participação social	<ul style="list-style-type: none"> – Envio de relatório mensal com a atualização da situação epidemiológica no município. – Aprovação nos Conselhos Municipais de Saúde de todas as ações de enfrentamento ao Covid. – Conselho Municipal de Saúde operante. – Todos os gastos com Covid-19 pela SMS foram informados e aprovados pelo conselho. – Conselhos Municipais de Saúde presentes nos municípios da região. 	<ul style="list-style-type: none"> – O CMS emitiu solicitação para que o município dialogasse e/ou mantivesse atualizado o conselho quanto à situação da pandemia. – Pouco envolvimento dos conselhos nas tomadas de decisões e no acompanhamento das ações. – Baixa participação no processo de planejamento e articulação. – O conselho tem todas as representações, mas mantém muito distantes das discussões para além de financiamento. – Capacitações frequentes para os conselheiros. 	<ul style="list-style-type: none"> – Divulgação e transparência nas ações da SMS. – Maior mobilização/Motivação de conselheiros no processo decisório da região. – Solicitar capacitações para regional. – Efetivar as ações intersetoriais nas atividades relacionadas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivar os municípios a incluir o conselho de saúde no planejamento e monitoramento das ações da Covid. – Ofertar mais capacitações para os membros dos conselhos. – Fiscalização do conselho municipal de saúde pelo conselho estadual.

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Interação com órgãos de controle externos e judicialização	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilização da legislação relativa a contratações públicas. - Órgãos públicos abrem-se para possibilidade de consultoria jurídica: Conasems, CGE. - Há três anos o município não recebe demanda judicial. - O paciente é assistido de acordo com a capacidade instalada no município. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestor público, incitado a decidir sob forte pressão. - Evidência de condições adversas, como a cobrança de preços acima dos valores de mercado e a exigência de pagamento antecipado por parte dos fornecedores. - Insegurança jurídica nos processos envolvidos. - Falta de acesso e comunicação com a justiça e órgãos de controle. - Excesso de burocracias e dispositivos legais. - Muita demanda em relação a medicação que não são dispensados via SUS. - Ainda não está funcionando a parceria com ministério público. - Falta de conhecimento específico do jurídico em alguns municípios. - Insegurança quanto a avaliação do Tribunal de Contas. - Nem sempre o município tem condições de atender a contento, dentro dos 15%, preconizado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento da legislação vigente. - Interação entre os órgãos técnicos, MP e judiciário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intermediar o acesso dos municípios aos órgãos de controle e assessoria jurídica. - Falta trabalho em conjunto entre os municípios para enfrentar esse problema. - Organização de Carteira de Trabalho e Planos de Atividades Integrados. - Criar grupo executivo para analisar as determinações impostas pelos Órgãos de Controle Externos e Judicialização. - Capacitação específica aos jurídicos das SMS.

Macroproblema de Saúde – Covid-19				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Recursos financeiros das três esferas/ emendas parlamentares	<ul style="list-style-type: none"> - Aporte financeiro do MS para investimento em ASPS com o cunho de mitigar os efeitos da doença e enfrentar a propagação do novo coronavírus no município. - Disponibilização de auxílios financeiros emergenciais, de forma complementar no Sistema Único de Saúde, para contratualização de serviços, com o objetivo de controle do avanço da pandemia. - Município e região recebem muitas emendas parlamentares. - Repasse de recursos financeiros federais em constante crescimento. - Serviços estruturados em decorrência do aumento dos repasses. - Município contemplado com recursos de emendas parlamentares, federal e estadual. - O município aplica no mínimo 15% de acordo com a lei. - Recebemos vários recursos específicos para ações da Covid-19 em repasses estadual e federal. - Município recebeu um valor significativo referente às emendas parlamentares nos últimos anos. - Contrapartida da SES atualizada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insegurança jurídica para os gestores da saúde na execução dos recursos. - Urgência temporal para lidar com as aquisições. - Inexistência de tempo hábil para o planejamento e definição otimizada na alocação e utilização de recursos. - Receios e dúvidas relacionadas à prestação de contas, a posteriori. - Falta de integração entre os municípios para ações coordenadas. - Pouca participação (planejamento) na escolha e priorização dos recursos a serem investidos no município. - Aumentar o limite mínimo para investimento municipal na saúde. - Aumentar os recursos financeiros repassados estadual e federal. - Dificuldade na utilização do recurso, compras e prestação de contas diante ao TCM. - Muito burocrática a forma de aplicar o recurso, é muito limitada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Execução dos recursos com transparência e foco nas reais necessidades do município. - Articular com parlamentares para flexibilizar os recursos para atender a demanda municipal conforme planejamento municipal e regional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento financeiro regional em consonância com a RAS. - Averiguar a realidade cada município, e planejamento para abrir janelas para melhor gastar esses recursos.

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Sistemas logísticos (regulação, transporte sanitário, informação)	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de informação e gestão que integra e operacionaliza as demandas de todas as unidades de saúde do município de Mineiros, qualificando os processos de registros de usuários e da RAS. - Base descentralizada do Samu que atende a micro região. - TFD (município dispõe de transportes sanitários com ônibus, vans e veículos pequenos e casa de apoio estabelecida na capital do estado. - Central de abastecimento farmacêutico (CAF) informatizada facilitando no município o planejamento, aquisição, distribuição, redução de custos e controle de medicamentos e insumos. - Oferta de AAE no município (consultas especializadas, Sadt). - Complexo Regulador Sudoeste II e utilização do Sisreg. Publicação do Protocolo de Regulação e Acesso Ambulatorial. - NIR em implantação na UPA. - Implantação do Sistema Servir na UPA. - Tempo de espera aceitável para encaminhamentos para o município de Goiânia ambulatorial e hospitalar. - Supervisão e controle dos processos de solicitação de TFD. - Padronização dos processos de trabalho do TFD por meio da publicação do Manual do TFD – município. - Registro eletrônico em saúde na APS na maioria dos municípios da macrorregião. - População/ usuários identificados pelo CNS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de espera inoportuno na retaguarda de alta complexidade em especial a cardiologia intervencionista, cirurgias cardíacas e vasculares. - Baixa utilização pelo município do telessaúde. - Ausência da contrarreferência para acompanhamento da APS. - Falta de transparência na regulação das vagas. - Reorganização do Sadt após a estadualização do HCSC. - Falhas no processo de referência e classificação de risco na APS. -Relação fragmentada entre APS e AAE. - Monitoramento incipiente da execução da PPI. - Normalmente não tem vaga para especialidade e tem alta taxa de recusa dos leitos de retaguarda e UTI. - Registro eletrônico de informações do usuário, sem implantação nos demais níveis de assistência. - Demora na regulação de pacientes. - Demora na realização de consultas eletivas. - Na região alguns municípios não comportam especialidades, e dificuldade de acesso na região. 	<ul style="list-style-type: none"> - Criar sistema de regulação regionalizado que comunique com as CRR. - Contratualização de serviços que anteriormente eram executados no HHC. - Ações de Matriciamento na APS pela AAE. - Ações de capacitação na APS para melhorar a qualidade dos encaminhamentos. - Educação continuada na APS para melhorar a resolatividade dos casos. - Pactuarem somente os municípios que consigam dar suporte no atendimento. - Implantação dos serviços próprios para atendimento especializado. - Implantação de central de agendamento e auditoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilitar os leitos de UTI geral no Hospital Municipal de Mineiros, para retaguarda hospitalar da microrregião, conforme PAR da RUE. - Implementar serviços no HC de Jatai, fortalecendo seu importante papel como hospital porta aberta de urgência da região. - Discussão e implantação da Rereme na região, com intuito de reduzir custos e aumentar a efetividade. - Habilitar serviço de hemodinâmica na Macrorregião Sudoeste e/ou fomentar a ampliação desse serviço em hospitais de grande porte (Goiânia ou Aparecida de Goiânia). - Fazer levantamento da quantidade de município que conseguem resolver de maneira eficaz.

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades Municipais	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
<p>Sistemas logísticos (regulação, transporte sanitário, informação) (continuação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prontuário eletrônico no ambiente hospitalar em alguns municípios. Central Municipal de Regulação implantada e operante (tanto para as urgências quanto para as eletivas), nos municípios-polos. - Integração da APS com atenção especializada municipal, no referenciamento de consultas em alguns municípios. - Sistematização da regulação com interação eletrônica em tempo real do solicitante com a equipe de regulação. - Transporte e sistema de regulação em evolução atendendo a demanda. - Regulação: uso de sistema informatizado. - Programa de educação continuada - Transparência. - Transporte sanitário: frota de veículos e profissionais resolutividade no âmbito do município. - Transporte sanitário regular e eficiente. - Transporte sanitário renovado, central de regulação em funcionamento. - Mecanismo de transporte intermunicipal regulamentado/ Samu. - Pacientes regulados, tem transporte sanitário disponível em ambulâncias suporte básico. - Contratualização pela maioria dos municípios de empresa especializada para o transporte e destino final controlado, dos resíduos dos serviços de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulação: Ausência de rede regionalizada de alta complexidade e dependência de outras regiões que não conseguem absorver toda demanda. - Falta de gerenciamento e a gestão da informação em saúde. - Inexistência de central municipal de agendamento de consultas, exames e procedimentos especializados em alguns municípios. - A maioria dos municípios não tem serviços de ouvidoria em saúde. - A maioria dos municípios não tem serviços de auditoria assistencial ou clínica. - Deficit de transporte sanitário, devido às grandes distâncias entre os municípios, e unidades de referência para internação. - Transporte: Sobrecarga do Samu, alta demanda de transporte de urgência e sanitário no âmbito regional. - Necessidade de renovação da frota para transporte sanitário em ambulâncias de suporte avançado. - Falta de manutenção preventiva e falta de sistema de rastreamento na frota de transporte sanitário. - Necessidade de implantação de aeronaves de transporte médico na macrorregião. 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilitação dos serviços de hemodinâmica com capacidade para atender a demanda da região. - Criar uma frota e itinerário comum entre os municípios da região para o transporte sanitário. - Ampliação da frota do transporte sanitário com realização de manutenção preventiva. - Contratação de empresa para rastreamento e monitoramento da frota veicular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agilidade na central de regulação. - Regionalização da rede de alta complexidade. - Aumento das vagas para consultas, exames, cirurgias especializadas na macrorregião. - Contratualização de novos serviços (buscando junto a SES e MS recursos para custeio desses serviços). Implementação ou implantação dos serviços de ouvidoria em saúde, e auditoria assistencial ou clínica. - Cartão cooperativo para abastecimento com abrangência estadual. - Aumento da oferta regional. - Ampliar e descentralizar bases/Samu para transporte sanitário dentro da macro região, com incentivo financeiro estadual e federal. - Melhorar valores dos repasses de custeio, para implantação de novos serviços descentralizados de Ambulâncias de Suporte Avançado (USA). - Em andamento a implantação de aeronaves de transporte médico na macrorregião.

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades Municipais	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Mecanismos de integração da rede	<ul style="list-style-type: none"> – Fortalecimento das relações de corresponsabilidades solidária e comunicação na microrregião – Fase inicial de implantação do PEC em toda a rede de saúde. – Alguns municípios têm pactuações com diversas especialidades. – Pontos de atenção à saúde, secundários e terciários definidos no processo regulatório. – Integração com Atenção Básica, cuja demanda é proveniente desse nível de atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de transparência no sistema Regulatório. – Falta de conhecimento da capacidade da rede. – Saúde suplementar não assume urgência e alta complexidade. – Falta da garantia da integralidade da atenção à saúde. – Implementação de ações mais eficazes, voltadas na promoção, prevenção e tratamento da obesidade. – Não há comunicação via sistema de informatização/ PEC entre APS, AAE, Farmácia, Sadt etc. – Demora na liberação das consultas especializadas. – Não temos as governabilidades do problema. – Ausência de contrarreferência e plano de cuidado integrado. – Inexistência de contrarreferência dos serviços especializados para atenção básica. – Sistema de regulação em construção. – Dificuldade na integração de redes em alguns municípios, em virtude da conectividade de péssima qualidade. – Necessidade de implementação da telemedicina, implantação de telediagnóstico, entre outras tecnologias 	<ul style="list-style-type: none"> – Promover e fomentar o planejamento da RAS entre os municípios da região. – Estudo de viabilidade para aquisição de software capaz de integrar os serviços, e melhorar conectividade – Os municípios pactuados deverão se organizar para atender em tempo hábil (Diminuir de espera por atendimento) ser mais transparente. – Acompanhamento do paciente pelas ESFs. – Adoção de protocolos clínicos padronizados, ampliação de oferta de serviços na região 	<ul style="list-style-type: none"> – Implantar complexo regulador na microrregião. – Instrumentalizar os municípios quanto aos mecanismos de integração da rede. – Instituição de contrarreferência da AAE para APS. – Apoio na implementação da telemedicina, e implantação telediagnóstico, entre outras tecnologias de apoio, principalmente nos pequenos municípios.
Apoio para gestão regional / consórcios	<ul style="list-style-type: none"> – Início da discussão de proposição de consórcio intermunicipal em saúde. – Aprovação da lei que autoriza o município a integrar o consórcio no legislativo. – Observação da Região de Saúde como possível espaço para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, conforme níveis de atenção existentes. – Existe um consórcio instituído, com participação de alguns municípios. – Adesão ao consórcio de saúde já iniciada. 	<ul style="list-style-type: none"> – Interrupção dos trabalhos. – Alguns municípios não participam de consórcio. – Falta de representatividade intermunicipal e participação estadual para operacionalização de consórcios. – Consórcio não operante. – Falta adesão como estratégia local na ampliação da cobertura assistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> – Capacitar os gestores e técnicos municipais sobre o funcionamento e os aspectos legais dos consórcios – Adotar como estratégia o consórcio intermunicipal como forma de ampliação da cobertura assistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> – Participação efetiva do estado no funcionamento do consórcio regional. – Incentivo da participação dos municípios-polos nos consórcios. – Iniciar as discussões para a retomada do consórcio. – Operacionalizar o consórcio regional.

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades Municipais	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Funcionamento da CIR e dos Colegiados Macrorregionais	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente representatividade regional. - Capacidade técnica para a proposição de políticas de saúde com alcance regional. - Consolidação do modelo de discussão macrorregional. - Base conhecimento, debates, esclarecimentos. - Regulamentação e funcionamento adequado das Comissões Intergestores, Regionais I e II. - Existência de Grupo de trabalho (GT), das Redes macrorregionais. - Colegiados CIR e Macrorregional está <ul style="list-style-type: none"> - Funcionando regular, efetivo, Integrado, e atuante na busca de soluções para a Macrorregião. - Implantação das Redes de Atenção à Saúde a nível regional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco divulgado os assuntos discutidos em reuniões. - Diminuição da participação dos gestores nas reuniões, quando passou a ser on-line. - Falta de criação e implantação de políticas conjuntas entre os municípios. - Dificuldades para canalizar os recursos financeiros para fortalecimento da Macrorregião. - Falta mobilização política para a região. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação nas reuniões propondo soluções. - Articulação política para sensibilizar a bancada goiana, para um projeto regional de interesse comum. 	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar, junto à CIB, a aprovação do regimento e da regulamentação da CIM, Comissão Intergestores Macrorregional. - Incentivar maior participação dos gestores nas reuniões. - Incentivar a adoção de políticas conjuntas. - Com base na Resolução n. 37/2018, implantar na macrorregião, o Comitê Executivo de Gestão da RAS (Cegras), que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de Macrorregiões de Saúde.

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Programação e pactuação regional e macrorregional	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento da PPI. - Região rica e com grande potencial de pactuação regional e macrorregional. - Pactuação regional e Macrorregional efetivada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta transparência de como vai acontecer os atendimentos com municípios pactuados. - A maioria dos municípios não tem familiaridade com PPI, ou seja, muitos estão há anos sem fazer nenhuma alteração. - Não é realidade de todos os municípios a existência de setor nas SMS que realize o controle/monitoramento das suas pactuações. - Os pacientes são encaminhados para os municípios de referência em cada serviço e ficam aguardando o aceite/recusa. Quanto à operacionalização, o SISPPi não roda no Windows 10, o qual é utilizado pela SES e regionais de saúde, e a maioria dos municípios utilizam, o que dificulta o acesso. A partir do ano de 2017, a PPI estadual não é disponibilizada, de rotina, para as regionais. A PGASS ainda não foi implementada. - Falta de atualização da pactuação regional. - Falta de acesso a municípios-polo. - Financiamento insuficiente, parâmetros, assistência não estão compatíveis com perfil da região. - Falta recurso humano capacitado para prestação de contas das pactuações. - Auditoria, levantamento PPI de cada município para saber por que o serviço é pago e nem sempre é ofertado. - Capacitar regional para passar aos municípios, informações onde estão sendo aplicados os recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atualizar valores da tabela SUS, hoje incompatível com o preço de mercado ou com os custos dos serviços próprios municipais. - Ser mais transparente de como, quando e o local em que o paciente será atendido. - Busca de parcerias para pactuação. - Alinhar o financiamento aos custos dos serviços na macrorregião, conforme demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso à PPI estadual para monitoramento à nível regional. - Instrumentalizar os municípios quanto ao monitoramento da PPI. - Incentivar a revisão da PPI/reserva técnica. - Disponibilizar pactuação. - Apoiar na implementação da PGAAS na macrorregião.

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Contratualização municipal, regional e macrorregional	<ul style="list-style-type: none"> – Terceirização, em caráter complementar ao SUS, com serviços hospitalares e de diagnósticos, para garantir a cobertura assistencial da população. – Contrato com os serviços básicos de maior necessidade. – Garante o acesso aos serviços. – Estrutura das unidades e oferta de serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> – Necessidade de fortalecer a estratégia de contratualização para garantir a oferta de serviços. – Falta recurso financeiro para suprir as necessidades. – Ofertar serviços mais próximos do município. – O hospital de referência não atende a contento a macrorregião, por não haver acordo financeiro. (termo simplificado de convênio?). – Ainda há uma dependência intensa da capital, em diversos serviços de média e alta complexidade. Devido à defasagem da tabela SUS, muitos serviços só aceitam trabalhar com tabela SUS na capital. – No interior, a rede privada não aceita contratualizar no valor da tabela SUS, exigem complementação. – Existe um contrato que o município de Goiânia faz com os municípios de origem de encaminhamento com o objetivo de o município complementar a pactuação quanto ao teto pactuado foi atingido. – Pouco praticado a nível regional ou macrorregional. – Financiamento insuficiente. – Hospital habilitado em alta de cardio e neuro (não executa a totalidade dos serviços, exigindo complementação/custeio). 	<ul style="list-style-type: none"> – Estabelecer mecanismos para complementar tabela SUS de forma legal. – Organizar serviços mais próximos do município de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> – Buscar mecanismos para atualizar a tabela SUS junto ao Ministério da Saúde. Estimular de policlínicas na região. Fortalecimento da participação das entidades de ensino superior na prestação de serviços de saúde de ensino e pesquisa. – Dar prioridade para os municípios mais próximos para serviços pactuados. – Atender as demandas dos municípios em um tempo determinado (mais transparência e agilidade, criando um protocolo para conhecimento do paciente. – Apoiar na habilitação de outro serviço de Hemodinâmica e a implantação de sistema de rateio. – Estudar junto aos órgãos de controle externo, a possibilidade da complementação da tabela SUS, dos serviços públicos de saúde, com transferência FUNDO a FUNDO, entre os municípios.
Situação dos planos regionais da RAS	<ul style="list-style-type: none"> – Disponibilizou prontuário eletrônico. – Rede de Atenção às Urgências e Emergências – aprovada pela Resolução CIB n. 375/2013. Implantada. – Existência do grupo de trabalho das redes macrorregionais em elaboração e implantação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Fica na teoria mais na prática, pouca resolutividade. – O prontuário eletrônico deveria ser disponibilizado em todos os serviços de saúde, não apenas na Atenção Básica. – Não possui Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas. – Não possui linhas de cuidados. – Falha na execução e operação da RAS. – Em processo de estruturação das redes assistenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ministério tinha de disponibilizar o recurso para prontuário eletrônico funcionar em todos os serviços, analisando a realidade de cada município. – Efetivação da RAS, ampliação de serviços na região. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ofertar/ buscar mais assistência tecnológica mais avançada para todos os municípios. – Retomada das discussões no GT das redes. – Incentivar a criação da Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e das linhas de cuidados. – Executar a RAS
Participação social	<ul style="list-style-type: none"> – Conselho Municipal de Saúde operante na maioria dos municípios. – Conselhos Municipais de Saúde presentes nos municípios da região. 	<ul style="list-style-type: none"> – Falta divulgar as ações dos CMS para a comunidade. – Falta de Grupos Técnicos dentro dos CMS para planejar e articular a linha de cuidado cardiocirculatória. – Capacitações frequentes para os conselheiros. – Pouca discussão da problemática da assistência ao paciente cardio-circulatório. – Dificuldade de composição do Conselho. – Baixa participação no processo de planejamento e articulação. – Baixo interesse dos conselheiros nas capacitações. 	<ul style="list-style-type: none"> – Orientações aos conselheiros sobre a importância das capacitações. – Divulgar as ações do CMS para a comunidade. – Formar GT nos CMS para estudar e planejar a linha de cuidado cardiocirculatória. – Solicitar capacitações para regional. – Divulgação e transparência nas ações da SMS. – Busca por cidadãos interessados na participação. – Maior mobilização/motivação de conselheiros no processo decisório da região. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ofertar mais capacitações para os membros do CMS. – Incentivar os municípios a incluir o conselho de saúde no planejamento e monitoramento da assistência ao paciente cardio-circulatório. – Fiscalização do conselho municipal de saúde pelo conselho estadual.

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Instrumentos de planejamento do SUS	<ul style="list-style-type: none"> – PMS extenso e abrangente. – Atualização das ferramentas incluindo ações de enfrentamento à Covid. – Encaminhamento ao CMS de todos os instrumentos de gestão. – Utilização do DigiSUS. – Utilização dos parâmetros SUS na análise da assistência cardiocirculatória macrorregional. – PMS, PAS, RAG e RDQA em dia e atualizados na maioria dos municípios. – Adoção sistema de planejamento e gestão do Ministério da Saúde (DigiSUS). 	<ul style="list-style-type: none"> – Desarticulação do PMS com o PPA e orçamento. – PMS, e PAS concebidos fora do modelo DigiSUS, que ainda não estava vigente, e que demanda adequações nos instrumentos. – Dificuldade no monitoramento das ações e na adesão da rede de saúde e lideranças para o processo de supervisão e monitoramento do PMS/PAS. – A maioria dos municípios não utilizam o relatório das conferências municipais de saúde para embasar o planejamento das ações e serviços de saúde. – Alguns municípios são resistentes ao planejamento regional e macrorregional. – Falta de análise dos instrumentos de gestão em saúde. – Dificuldade na execução de ações planejadas. – Programa em fase de construção, dificuldades na sincronização de informações na base de dados nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> – Articulação da PAS com PPA e a execução orçamentária. – Inserção e alimentação do DigiSUS. – Trabalho em parceria com o Conselho de Saúde. – Proposta da discussão de monitoramento e avaliação rotineira dos instrumentos de planejamento junto à rede de saúde. – Execução das ações planejadas dentro da realidade e possibilidade do município. – Implementação de sistema de planejamento com maior instabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> – Capacitação para a equipe técnica municipal de planejamento. – Continuidade da orientação aos municípios quanto ao preenchimento do DigiSUS. – Incentivar os municípios a utilizarem os parâmetros SUS nos planejamentos.

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Interação com órgãos de controle externos e judicialização	<ul style="list-style-type: none"> – Respaldo técnico do NAT-JUS, um serviço implantado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Ministério da Saúde e Hospital Israelita Albert Einstein para subsidiar magistrados de todo o País com informações para basear decisões relativas à saúde de quem procura a Justiça. – Presença de procurador municipal exclusivo para a saúde em alguns municípios. – Órgãos públicos abrem-se para possibilidade de consultoria jurídica: Conasems, CGE. – O paciente é assistido de acordo com a realidade do município. 	<ul style="list-style-type: none"> – Aumento da demanda de judicialização. – Excesso, e/ou intensa utilização da judicialização para acesso a exames, medicamentos e procedimentos de alto custo. – Falta de acesso e comunicação com a justiça e órgãos de controle em alguns municípios. – Falta de conhecimento específico do jurídico em alguns municípios. – Excesso de burocracias e dispositivos legais. – Nem sempre o município tem condições de atender a contento, dentro dos 15%, preconizado. – Alta demanda de judicialização de procedimentos de alta complexidade, tendo em vista a ausência de oferta regionalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> – Implementação de defesas e recursos judiciais. – Cumprimento das sentenças e mandados de segurança. – Jurídico exclusivo nas secretarias municipais de saúde, com conhecimento específico para casos de judicialização. 	<ul style="list-style-type: none"> – Intermediar o acesso dos municípios aos órgãos de controle e assessoria jurídica. – Intermediar trabalho em conjunto com os municípios para enfrentar esse problema. – Criar grupo executivo para analisar as determinações impostas pelos Órgão de Controle Externos e Judicialização. – Capacitação específica aos jurídicos das SMS.

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Recursos financeiros das três esferas/emendas parlamentares	<ul style="list-style-type: none"> – Aplicação superior aos 15% obrigatórios, chegando a 21% no 2 quadrimestre de 2020. – Aplicação regular e pontual do Ministério da Saúde. – Aumento do aporte de recursos estaduais na região, com o convênio do Hospital Padre Tiago e a estadualização do Hospital das Clínicas. – Repasse de recursos estaduais dos programas de custeio de forma regular e pontual. – Tem financiamento tripartite. 	<ul style="list-style-type: none"> – Falta cumprimento do estado com os municípios. – Falta de transparência no financiamento de alta complexidade em cardio, pois está incluso no teto MAC. – Subfinanciamento (baixo valor de teto MAC). Devido a defasagem da tabela SUS, muitos serviços só aceitam trabalhar com tabela SUS na capital. – No interior, a rede privada não aceita contratualizar no valor da tabela SUS, exigem complementação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Execução dos recursos com transparência e foco nas reais necessidades do município. – Articular com parlamentares para flexibilizar os recursos para atender a demanda municipal conforme planejamento regional e municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> – Planejamento conforme necessidade da Região de Saúde. – Mobilizar bancadas federais sobre problemas partilhados e soluções futuras. transferir valores financeiros da reserva técnica para o consórcio de saúde, gerir de acordo com as necessidades da região. Discussão do aporte financeiro de emendas com base na necessidade da Região de Saúde.

Macroproblema de Saúde – Doenças do Aparelho Circulatório				
2 – Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional				
Sistemas Logísticos / Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para enfrentamento dos problemas	
			Municipais	Cooperação regional
Recursos financeiros das três esferas/emendas parlamentares (continuação)	<ul style="list-style-type: none"> – Repasse de recursos financeiros federais em constante crescimento. – Município contemplado com recursos de emendas parlamentares, federal e estadual. – Acesso às emendas e elaboração dos projetos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Não tem financiamento específico para a rede de doenças crônicas. – As emendas parlamentares de custeio não têm garantia de continuidade. – As emendas parlamentares são disponibilizadas por critérios políticos e não técnicos. – Falta de planejamento para execução dos recursos. – Falta de integração entre os municípios para ações coordenadas. – Pouca participação (planejamento), na escolha e priorização dos recursos a serem investidos no município. – A maioria dos municípios aplicam acima de 20%, com recursos próprios na saúde, bem superior aos 15% preconizados pelo MS. 	<ul style="list-style-type: none"> – Articulação da PAS com PPA e a Execução Orçamentária. – Inserção e alimentação do DigiSUS. – Trabalho em parceria com o Conselho de Saúde. – Proposta da discussão de monitoramento e avaliação rotineira dos instrumentos de planejamento junto à rede de saúde. – Execução das ações planejadas dentro da realidade e possibilidade do município. – Implementação de sistema de planejamento com maior instabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivar as discussões para a definição das redes e do financiamento promover discussão técnica quanto à distribuição das emendas parlamentares. – Planejamento financeiro regional em consonância com a RAS. – Baixo repasse estadual. – Averiguar a realidade cada município, e planejamento para abrir janelas para melhor aplicar esses recursos. Estudar junto aos Órgãos de Controle Externo, a possibilidade da complementação da tabela SUS, dos serviços públicos de saúde, com transferência FUNDO a FUNDO, entre os municípios



Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
Clique aqui e responda a pesquisa.



DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**