



**REGIONALIZAÇÃO
DA SAÚDE SP**

1º Fórum de Experiências Exitosas na Constituição de Redes Regionais de Atenção à Saúde



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS



Secretaria da
Saúde



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188
São Paulo, SP, Brasil – CEP 05403-000
Telefone: (11) 3066-8000
www.saude.sp.gov.br

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Eleuses Paiva

Secretária Executiva da Saúde de São Paulo

Priscilla Perdicaris

Coordenação do Projeto de Regionalização da Saúde de São Paulo

Coordenador Geral
Renilson Rehem de Souza

Equipe Técnica

Aniara Nascimento Corrêa Santos
João Gabbardo Reis
Jucélia Barbosa
Luiz Maria Ramos Filho
Mariana Baleeiro Martins Carrera
Marília Tristan Vicente

Organizadores

Renilson Rehem de Souza
Aniara Nascimento Corrêa Santos
Beatriz Fioretti-Foschi
Glalco Cyriaco
João Gabbardo Reis
Jucélia Barbosa
Luiz Maria Ramos Filho
Mariana Baleeiro Martins Carrera
Marília Tristan Vicente
Nathalia Cristina Soares Franceschi
Suely Vallim
Vanessa Oliveira

Apoio: Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde

Silvia Helena Bastos de Paula

Centro de Apoio Técnico-Científico

Samuel Antenor

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica

Evelyn Karla Lira Viana

Bibliotecária do Instituto de Saúde

Tania Izabel de Andrade

1º Fórum de Experiências Exitosas na Constituição de Redes Regionais de Atenção à Saúde

Maio de 2024

Publicação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Tiragem: 500 exemplares

Projeto gráfico e edição

Beatriz Fioretti-Foschi, Isac Santos

Revisão

Fernanda Nascimento

Diagramação e editoração

Isac Santos, Brunna Carielo

Impressão

Athalaia Gráfica e Editora Ltda

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

P953

1º Fórum de experiências exitosas na constituição de redes regionais de atenção à saúde / Organização: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Maria Aparecida Novaes – São Paulo: Athalaia Gráfica e Editora Ltda, 2024.

164 p.: il.; color.
Vários autores
ISBN: 978-85-88169-40-1

1.Regionalização 2. Governança Regional 3. Pactuação Regional 4. Planejamento Regional Integrado 5. Sistema Único de Saúde

CDD 362.1

Bibliotecária: Tania Izabel de Andrade



REGIONALIZAÇÃO
DA SAÚDE SP

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: UM COMPROMISSO COM A EFICIÊNCIA E A EQUIDADE

A saúde pública enfrenta desafios constantes para garantir que toda a população tenha acesso a serviços de qualidade. No estado de São Paulo, com sua vasta extensão territorial e diversidade social e econômica, essa missão se torna ainda mais complexa. Nesse contexto, a regionalização da saúde se apresenta como uma das estratégias mais importantes para assegurar uma assistência mais eficiente, equitativa e resolutiva, respeitando as especificidades de cada território.

Regionalizar significa descentralizar o planejamento e a gestão, criando condições para que as decisões sobre a saúde sejam tomadas mais próximas de onde as demandas surgem. Isso permite maior agilidade na resposta às necessidades locais e otimiza a aplicação dos recursos disponíveis, priorizando ações que fazem sentido para a realidade de cada região. No caso de São Paulo, esse processo de descentralização é fundamental para enfrentar tanto as carências de áreas mais vulneráveis quanto para consolidar o atendimento de ponta em regiões mais desenvolvidas, sempre com o objetivo de reduzir as desigualdades.

A regionalização não é apenas uma questão de logística ou distribuição de serviços. Ela fortalece o pacto federativo e incentiva a corresponsabilidade entre municípios, estado e a União, fortalecendo a capacidade de governança regional. Envolve também a construção de parcerias estratégicas entre setores públicos e privados, com o foco no cidadão e na sua qualidade de vida. Ao integrar as redes de saúde, respeitando as características de cada localidade, garantimos que a população receba, onde estiver, o atendimento necessário e com a qualidade que merece.

Este é o compromisso da Secretaria de Estado da Saúde: garantir que cada região tenha um sistema de saúde robusto, capaz de oferecer desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade, de forma integrada e resolutiva. Juntos, estamos construindo um sistema mais justo e acessível, em que a saúde esteja ao alcance de todos, independentemente de onde vivam.

A regionalização da saúde no estado de São Paulo é um passo decisivo para um futuro em que a saúde pública seja sinônimo de equidade, eficiência e dignidade.

Eleuses Paiva

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

The background of the page is a repeating pattern of light gray speech bubble icons. Each icon is a simple outline of a speech bubble with a tail pointing towards the bottom-left. The pattern is uniform and covers the entire page.

Prefácio

1º FÓRUM DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NA CONSTITUIÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE SOCIALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO E FORTALECIMENTO COLETIVO DAS INICIATIVAS NO ÂMBITO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Aniara Nascimento Corrêa Santos, Glalco Cyriaco, João Gabbardo Reis, Jucelia Barbosa, Luiz Maria Ramos Filho, Mariana Baleeiro Martins Carrera, Marília Tristan Vicente, Nathalia Cristina Soares Franceschi Landi de Moraes, Renilson Rehem de Souza, Suely Vallim e Vanessa Oliveira

A administração descentralizada na Secretaria de Estado da Saúde antecede à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo das últimas décadas, diferentes arranjos político-administrativos voltados à descentralização foram implantados, iniciando-se em 1969 com a criação das Divisões Regionais e Distritos Sanitários. Em 1986, foram criados 57 Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), posteriormente ampliados para 65, substituindo as divisões anteriores. Em 1995, os ERSA foram transformados em 24 Diretorias Regionais de Saúde (DIR), com o objetivo de melhorar a gestão do sistema estadual de saúde. Em 2006, as DIR foram reorganizadas em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), estrutura que permanece até hoje.

A NOAS 2001 (Norma Operacional de Assistência à Saúde) e a NOAS 2002 foram instrumentos normativos importantes para a consolidação do SUS no Brasil, especialmente no que diz respeito ao processo de regionalização da saúde. Essas normas ampliaram as diretrizes estabelecidas pela NOB 96 (Norma Operacional Básica), com o objetivo de descentralizar a gestão e a prestação de serviços de saúde, garantindo maior equidade e eficiência na alocação de recursos. A regionalização proposta pela NOAS buscava organizar o SUS em Regiões de Saúde, nas quais municípios se uniriam para compartilhar responsabilidades e recursos, otimizando o acesso aos serviços de maior complexidade.

A NOAS 2001 trouxe proposições importantes para o avanço da descentralização, com a implantação dos Planos Diretores da Regionalização, que tinham como objetivo prover um conjunto mínimo de ações e serviços de saúde aos cidadãos o mais próximo possível de seu local de moradia. Introduz o conceito de Pólos de Referência, estabelecidos para oferecer serviços especializados, como exames de alta complexidade, que não poderiam ser providos por todos os municípios, devido à necessidade de equipamentos ou

profissionais especializados. Além da pactuação intermunicipal, apresentou a possibilidade de que municípios exercessem a gestão plena não apenas sobre a atenção básica, mas também sobre outros níveis de atenção, dependendo da sua capacidade de prestação de serviços.

A NOAS 2002 foi uma atualização e aprimoramento da NOAS 2001, com o objetivo de corrigir limitações e ajustar as diretrizes de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Ela trouxe critérios mais definidos para a organização do sistema, principalmente no que se refere à atenção à saúde de média e alta complexidades, além de ajustar os mecanismos de financiamento para garantir o cumprimento dos princípios de equidade e universalidade do SUS.

Seguindo a contextualização histórica do processo de regionalização da saúde, em 2006 foi implantado o Pacto de Saúde (Portarias GM/MS nº 399/2006 e nº 699/2006).

O Pacto pela Vida deu um passo à frente ao focar em resultados concretos de saúde, estabelecer metas prioritárias e fortalecer a corresponsabilidade entre os gestores. O pacto trouxe uma gestão mais voltada para o alcance de objetivos específicos, com mecanismos de monitoramento e avaliação, além de ampliar o envolvimento social e promover maior flexibilidade na gestão regional da saúde.

A SES-SP, em parceria com os municípios, estabeleceu 63 Regiões de Saúde. Essas regiões são formadas por municípios vizinhos que compartilham identidades culturais, econômicas e sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transporte, integrando o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Para fortalecer o processo de regionalização, foi criado o Colegiado de Gestão Regional (CGR), um fórum permanente para pactuação e cogestão cooperativa, voltado à organização de uma rede regional de ações e serviços de saúde integrada e resolutive (Deliberação CIB nº 153/2007). Em 2011, com base na Portaria GM/MS nº 4279/2010, que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS, foram criadas 18 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no estado de São Paulo.

Essas 18 RRAS contemplam regiões que agregam um conjunto de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas, abrangendo a atenção básica, média e parte da alta complexidade. Essas redes constituem a base para a implementação das redes temáticas do Ministério da Saúde, como a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Atenção Psicossocial, entre outras.

Em 2023, a Deliberação CIB 15/2023 instituiu o Grupo Condutor Bipartite da Regionalização, que visa promover uma distribuição equitativa de recursos e serviços, considerando as peculiaridades de cada macrorregião. A SES-SP, em parceria com as secretarias municipais de saúde e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), lançou o Projeto de Regionalização da Saúde de São Paulo, que tem como objetivo central otimizar a gestão de recursos e promover maior eficiência no atendimento à população.

Em 2023, foi realizado o primeiro ciclo de oficinas macrorregionais, com participação do Grupo Condutor CIB, dos Representantes dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), grupos de vigilância sanitária (GVS), grupos de vigilância epidemiológica (GVE), e nível central da SES, Cosems/SP, regulação regional e municipal, representantes de cada município da Região, representante de cada Unidade Ambulatorial de Especialidades (AME) e outro de cada Hospital (independentemente de sua natureza). O objetivo das oficinas foi obter um diagnóstico da capacidade instalada em cada RRAS, identificando os principais problemas e possíveis soluções da gestão regionalizada e, ainda, sensibilizar os gestores para conscientizá-los dos desafios da integração dos serviços para a gestão de saúde.

No momento da mesa de abertura de cada oficina foi assinado pelo Secretário de Estado da Saúde, pelo diretor do COSEMS, e pelos prefeitos ou Secretários Municipais de Saúde da região o Termo de Apoio e Compromisso de Gestão Regional de Saúde, documento inédito entre entes federativos, com o objetivo de formalizar a cooperação técnica com vistas à organização e integração das ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, superando a fragmentação da rede assistencial, com objetivo de garantir a integralidade da assistência à saúde da população e em consonância com os princípios e diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde e com o conjunto de normas legais e infralegais organizadoras do SUS.

Após dois ciclos de oficinas nas 18 RRAS, foram desenvolvidas ações complementares para garantir a sustentabilidade do processo de regionalização, com ações de fortalecimento da governança e atuação frente aos problemas prioritários de saúde identificados nas oficinas regionais. Pode se destacar, como uma das principais ações, o fortalecimento dos Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde (Deliberação CIB nº. 64/2024) que têm por competência:

- Colaborar com a organização do SUS no Estado, para aperfeiçoar a universalidade da saúde, garantir a integralidade da assistência e obter a equidade de acesso às ações e serviços de saúde nas macrorregiões do Estado (RRAS);

- Propor no âmbito das RRAS as diretrizes e estratégias para a elaboração e monitoramento do Planejamento Regional Integrado – PRI e subsidiar a CIR e CIB na tomada de decisão;
- Constituir a governança das RRAS, entendendo-se governança como, um sistema composto por mecanismos e princípios que, as instituições ou entes federados possuem, para auxiliar a tomada de decisões e administrar as relações, alinhado às boas práticas de gestão e às normas éticas, com foco em objetivos coletivos e princípios do SUS.

Em abril de 2024, o projeto iniciou uma nova frente, institucionalizando o papel dos facilitadores regionais. Os facilitadores regionais atuam no apoio à articulação entre os Departamentos Regionais de Saúde, municípios, prestadores de serviço e outros agentes que possam contribuir para a reorganização da rede de atenção à saúde. Foi realizado um criterioso processo seletivo, seguido por um movimento de acolhimento que incluiu momentos para construir uma linha de base sobre a regionalização nas RRAS, com análise documental de relatórios, matrizes de problemas I e II resultantes das oficinas, levantamento das bases normativas e estudo da análise de situação de saúde.

Em estreita supervisão realizada pela equipe de coordenação do projeto, este time de facilitadores regionais foi orientado a estabelecer contato inicial com todos diretores regionais de saúde, em aproximação cuidadosa ao território, e se inserindo nas agendas locais. A proposta de atuação inclui a participação presencial nos espaços de governança regionais: Comissão Intergestores Regionais, Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde, discussões técnicas com atores envolvidos na regionalização e participação em espaços de educação permanente. Para consolidar o processo de Regionalização nas Regiões do Estado, dando concretude a sua implantação, foi criado um eixo no projeto denominado Gestão do Conhecimento. Este eixo tem duas frentes de iniciativas: uma de educação permanente e outra de estratégias de socialização do conhecimento

Nesse sentido, em maio de 2024 foi realizado o “1º Fórum de Experiências Exitosas na Constituição das Redes de Atenção à Saúde”, com o objetivo de se constituir um espaço de compartilhamento, de discussão e de publicização com vistas à incentivar, reconhecer e recompensar o esforço das equipes de saúde regionais, independentemente do seu vínculo institucional (municipal, estadual ou dos prestadores de serviço), no desempenho de seu trabalho no território que resultasse em avanços para o processo de regionalização. O “1º Fórum de Experiências Exitosas na Constituição das Redes de Atenção à Saúde” aconteceu nos dias 20 e 21 de maio de 2024, no Centro de Convenções Rebouças, direcionado a gestores e técnicos da gestão estadual e municipal,

prestadores de serviços de saúde, universidades e demais atores sociais. O Fórum contou com mais de 700 pessoas inscritas, 174 trabalhos submetidos e apresentados por todas as 18 RRAS do estado de São Paulo.

Finalizada a avaliação por uma equipe de avaliadores indicados pela SES/SP, foram selecionadas 37 experiências exitosas para apresentação oral e as demais experiências foram direcionadas para exposição como banner eletrônico. As experiências para apresentação oral, foram distribuídas em cinco blocos, por afinidade dos temas desenvolvidos, em: 1- Bloco A: Tabela SUS Paulista e Pactuações Regionais 2- Blocos B e C: Regionalização e Acesso 3- Bloco D: Governança Regional 4- Bloco E: Revisão de Perfil Assistencial no âmbito da Regionalização.

Após as exposições, que contaram com a mediação de vários especialistas convidados, foram selecionados para premiação os seis trabalhos mais representativos e com melhores resultados, descritos a seguir:

- 1º lugar – “Pactuações em comissões intergestoras regionais (CIR) e Comitê de Governança da Rede de Atenção à Saúde”, do DRS de Barretos;
- 2º lugar – “Relato de Experiência: Socializando a prática desenvolvida pelo AME Ourinhos junto à Atenção Básica”, do DRS de Marília;
- 3º lugar – “A Divisão do trabalho e implantação da Plataforma online para acompanhamento do processo de regionalização na CIR de Rio Preto”, do DRS de São José do Rio Preto;
- 4º lugar – “A construção da rede de diálogos com o Hospital e Maternidade de Rancharia CIR do Alto Capivari”, do DRS de Presidente Prudente;
- 5º lugar – “Experiência Exitosa na Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular e Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia intervencionista da Santa Casa de Barretos”, do DRS de Barretos;
- 6º lugar- “Para uma melhor visão: Acesso a cirurgias oftalmológicas de média complexidade”, do DRS de Barretos.

O êxito do Fórum foi reunir uma gama de experiências exitosas de altíssima qualidade e contribuir para o aprimoramento do processo de pactuação das redes de saúde paulista a nível regionalizado. Para consolidar o avanço da regionalização da saúde, é fundamental reconhecer o esforço coletivo e compartilhar as boas práticas que estão transformando o sis-

tema de saúde em todo o estado de São Paulo. Nesse sentido, a publicação das experiências premiadas no 1º Fórum de Experiências Exitosas na Constituição das Redes de Atenção à Saúde será um marco importante. Ela não apenas reconhecerá o mérito de iniciativas inovadoras e eficazes, mas também funcionará como uma poderosa estratégia de gestão do conhecimento, permitindo que essas práticas sejam replicadas e adaptadas em outras regiões, ampliando os benefícios para toda a população.

Ao documentar e divulgar essas experiências, estamos criando um legado de aprendizado contínuo e incentivando um ambiente colaborativo entre gestores, profissionais de saúde e comunidades. A regionalização não avança sem esforços coordenados e compartilhamento de conhecimento, e essa publicação será um testemunho do que podemos alcançar juntos. Mais do que um simples registro, será uma ferramenta para inspirar e guiar o futuro da saúde no estado, solidificando o compromisso com a construção de redes de atenção integradas e eficazes, voltadas à equidade e qualidade no atendimento em todas as regiões.

Bloco A — Tabela SUS Paulista e Pactuações Regionais

- 1. Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde RRAS 9 Avanços no Planejamento e Gestão de Recurso em Saúde: Proposta de Expansão Tabela SUS Paulista**
Fabíola Leão Yamamoto, Cássia Aparecida Grando de Moraes, Priscila Lopes Pereira Nuzzi, Raquel Cristina Noranha Silva, Mônica Paes Soares.....19
- 2. Contribuição da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo e da Fundação Hospital Regional do Câncer na Ampliação do Acesso dos Usuários do SUS/SP aos Serviços de Oncologia da RRAS 11 de Presidente Prudente**
Mayara Moraes, Delza Maria Torres Kozuki.....21
- 3. Experiência Exitosa Na Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular e Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista da Santa Casa de Barretos - RRAS 13**
Ana Maria Batista da Silva Gonçalves Moreira, André Garzesi, Elma Aparecida Formiga.....23
- 4. Para Uma Melhor Visão: Acesso as Cirurgias Oftalmológicas de Média Complexidade- RRAS 13**
Elaine Cristina Basso de Oliveira, Elma Aparecida Formiga, Ivana Clemente Castro, Jussara Aparecida de Angelis Colli.....25
- 5. Papel do Prestador de Saúde de Alta Complexidade na Organização da RRAS 18 e Oferta de Serviços Antes Não Disponíveis na Região – CPRE / Tabela SUS Paulista**
Roberto Muniz Junior.....28

Bloco B — Temática - - Regionalização e Acesso

- 6. Construção, Desenvolvimento e Proposta de Protocolo de Regulação Regional da Dor Torácica - RRAS 5**
Cleide Emília de Oliveira Ayres Prestes, Rodrigo dos Santos Moraes, Kathleen Gomes de Lima, Aparecida Bispo Avelar.....30
- 7. A Regulação do HMI e a Interligação com a Rede: Pactuação com as Unidades CER - RRAS 1**
Karen da Cruz Assunção, Lourdes Cecília F. de Freitas, Rita de Cassia Silva Calabresi.....36
- 8. Tornando o Coração da Baixada Santista Mais Forte: Estratégias para Reduzir a Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio – Fluxo Porta Balão - RRAS 7**
Lilium Carla Moreira Couto, Elaine Cristina Silva Santos, Karla Roberta Mesquita.....39

9.	Implementação da Linha de Cuidado do Sobrepeso/Obesidade, na Rede de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis No Processo de Regionalização da Saúde – RRAS 10- Marília	
	<i>Célia Maria Marafiotti Netto; Isabel Cristina A. Stefano, Shirlene S.Teixeira, Lilian Boldorin D’lório, Luiz Henrique de O. Silva, Maria Elizabeth Hernandez Correa, Paulo Sergio Américo, Giovana G.B. Ferreira, Debora B da Silva, Rômulo B.F. Alcântara, Ana Cláudia F. Zerlotti.....</i>	41
10.	A Construção de Rede e Diálogos com o Hospital e Maternidade de Rancharia CIR do Alto Capivari – DRS XI - RRAS 11	
	<i>Larissa Galindo das Flores, Marco Antônio Rodrigues da Silva, Bezerra Pereira.....</i>	43
11.	GT Unacon na CIR de Limeira como Ferramenta Essencial no Aprimoramento da Rede de Assistência Oncológica - RRAS 14	
	<i>Vitor Sérgio Couto dos Santos, Faedra Rosada, Denise Ferro, Alexandre Ferrari Augusto.....</i>	45
Bloco C — Regionalização e Acesso		
12.	Monitoramento dos Processos de Regionalização na Região de Saúde do Extremo Oeste Paulista, como Potencializador da Atenção Básica	
	<i>Bruna Arfelli, Paulo Rogério Oliveira, Maria Helena B. de Moraes, Nelo Polleto.....</i>	49
13.	Potencialidades da Atenção Básica a Partir do Processo de Regionalização RRAS 11- Presidente Prudente	
	<i>Bruna Arfelli, Paulo Rogério Oliveira, Maria Helena B. de Moraes, Nelo Polleto.....</i>	51
14.	Qualificação da Regulação de Urgência da Rede de Atenção Psicossocial do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto	
	<i>Vanessa Fujino Mizuhira, Rosana de Souza Heron, Ana Luiza Miranda da Luz, Chrizeide da Silva Ragazzi Sanches, Nádía Cristiane de Mattia.....</i>	53
15.	Criação de Ambulatório Especializado Para Realização de Colposcopia no Município de Limeira/SP.	
	<i>Faedra Rosada, Denise Ferro, Vitor Sérgio Couto dos Santos.....</i>	57
16.	Celeridade, Segurança e Qualidade na Assistência aos Pacientes Oncológicos	
	<i>Ana Beatriz Hernandez Hernandez Palermo, Dercy de Fátima Aldolfo, Laysa Christina Pires do Nascimento, Maria Aparecida P. Piedade Monica Jacqueline Galvão, Simone Brito dos Santos Marcondes, Talyne Byane Farabello.....</i>	59
17.	Núcleo de Acesso A Qualidade Hospitalar (NAQH): Construções Coletivas para Integralidade do Cuidado do SUS.	
	<i>Natalia Ferrari Vedroni, Denise Paolinetti da Câmara Minelli, Esther Langhi Chiozzini, Gabriela Campos Hespanholo.....</i>	65
18.	Integração e Equidade: O Impacto da Regionalização dos Serviços de Saúde em Matão e Região Noroeste	
	<i>Orivaldo Ademir Reguin, Emanuel Marques de Sá Gomes da Silva, Jonathas Carlos Custodio, Viviane Rocha Sousa.....</i>	67

19. Saúde Mental e Processo de Regionalização no Município de Matão Região de Saúde Noroeste do Departamento Regional de Saúde de Araraquara <i>Orivaldo Ademir Reguin, Emanuel Marques de Sá Gomes da Silva, Jonathas Carlos Custodio, Viviane Rocha Sousa</i>	69
---	----

20. Regionalização e Protocolos de Saúde em Matão: Melhorando o Acesso e a Qualidade do Atendimento Cardiovascular <i>Orivaldo Ademir Reguin, Emanuel Marques de Sá Gomes da Silva, Jonathas Carlos Custodio</i>	70
--	----

Bloco D — Temática - Governança Regional

21. Monitoramento dos processos de regionalização na região de saúde do extremo oeste paulista, como potencializador da atenção básica <i>Bruna Arfelli, Paulo Rogério Oliveira, Maria Helena B. de Moraes, Nelo Polleto</i>	73
--	----

22. Potencialidades da atenção básica a partir do processo de regionalização Presidente Prudente <i>Bruna Arfelli, Paulo Rogério Oliveira, Maria Helena B. de Moraes, Nelo Polleto</i>	75
--	----

23. A Divisão De Trabalho E Implantação De Plataforma Online Para Acompanhamento Do Processo De Regionalização Na Cir Rio Preto – Drs XV <i>Bruna Arfelli, Paulo Rogério Oliveira, Maria Helena B. de Moraes, Nelo Polleto</i>	77
--	----

24. Criação de Subgrupos como Estratégia no Processo de Regionalização - CIR Rio Preto <i>Chrizeide da S. Ragazzi, Edimeia Ribeiro Alves Vieira, Francielle C. Durigan Maritns, Loilton Augusto Santana Salvini, Sandra Maria Liebana Mendes</i>	79
--	----

25. Comitê Executivo de Governança de RRAS 13: Estratégia para Tomada de Decisão para Organização de uma Macrorregião <i>Ricardo de Oliveira Bessa, Cristiane Ribeiro, Daniela Bessoni, Edna Barcelos, Elza Maria de Souza, Kelly Faleiros, Roberta Gomes, Thaila Gomes e Marília Nascimento</i>	81
--	----

26. Desintervenção da Santa Casa de Itápolis com a Implantação da Tabela SUS Paulista e o Processo de Regionalização do DRS3 <i>Rafaela Amanda Revoredo, Ana Lúcia Gonçalves Menini, Geversson de Mello Silva, Karolina Leiter</i>	83
--	----

27. Desintervenção da Santa Casa de Ibitinga no Contexto da Regionalização <i>Queila Teruel Pavani, Talita R. Valle de Carvalho, Katia Aparecida Correa Pires de Favere</i>	85
---	----

28. Planejamento, Monitoramento e Avaliação: a Tríade que Garante a Efetividade do Processo de Regionalização da RRAS 18 <i>Gabriela Nogueira Abi Jaudi, Marília de Moraes Monteiro Fuzaro, Mary Cristina Ribeiro Lacorte Ramos Pinto, Antônio Martins de Oliveira</i>	87
--	----

Bloco E — Tema - Revisão de Perfil Assistencial no âmbito da Regionalização

- 29. Comitê de Governança da Rras 7 – Espaço de Diálogo e Solidariedade.**
*Sônia Regina Souza Silva, Patricia Amorim Teixeira,
Rosani Bonadia Guterres*.....90
- 30. Um SUS Solidário É Possível**
*Sônia Regina Souza Silva, Patricia Amorim Teixeira,
Rosani Bonadia Guterres*.....92
- 31. Implantação de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral**
*Dr. Carlos Eduardo Ribeiro de Moura, Graziella Ferraresi de Castro, Fátima
Amorim Ávila*.....94
- 32. A Integração dos Gestores Municipais de Saúde e os Hospitais de Pequeno Porte Para O Fortalecimento da Rede Regional de Assistência à Saúde de Catanduva**
*Amarilis Biasi de Toledo Piza, Mônica Obara Macedo, Rita Luciane Alves Vila
Real, Valéria Mastrange Pugin, Valmira de Souza Porto*.....96
- 33. Hospital de Pequeno Porte (HPP) Pode Ser Solução?**
*Alessandra Zanovelli Publio, Poliana F. Kalinauskas Faria, Fúlvio Rogério
Garcia, Flávia A. G. Marques da Silva, João Daniel Bilachi Pinotti*.....98
- 34. Organização da Rede de Atenção às Urgências a Partir da Implantação do Grupo Técnico de Regulação.**
*Ricardo de Oliveira Bessa, Laurence Dias de Oliveira, Rosana Martins,
Waléria de S. Mascarenhas, Cristiane Ribeiro, Daniela Bessoni,
Edna Barcelos, Elza Maria de Souza, Kelly Faleiros,
Roberta Gomes, Thaila Gomes, Marília Nascimento*.....101
- 35. Pactuações em Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde**
Elma Aparecida Formiga, Ivana Clemente Castro.....103
- 36. Estudo e propostas de equipamentos para a Rede de Assistência Psicossocial – RAPS - RRAS 12**
Elma Aparecida Formiga, Ivana Clemente Castro.....105

Bloco F — TEMÁTICA. Atenção Ambulatorial Especializada na Regionalização

- 37. Produção de Redes e Apoio Matricial Entre AME e os 8 Municípios da Região de Mananciais**
*Maria Estela dos Santos, Aline Ferreira de Melo,
Vanessa Cristina Polegati, Dalva Pereira dos Reis*.....108
- 38. Construção Compartilhada da Linha de Cuidado da Pessoa com Demência**
*Vinicius da Fonseca Rancan, Marcia Maiumi Fukujima, Bibiana
Marie Semensato Povinelli, Eliana Tiemi Hayama,
Andréa Aparecida da Fonseca Monteiro*.....113
- 39. Relato de Experiência: Socializando a Prática Desenvolvida Pelo Matriciamento do AME de Ourinhos Junto a Atenção Básica**
*Luana Aparecida da Silva Prata, Mariana Tristão Valenick,
Maria Rosa Pereira, Pamela de Assis Salmazo Carvalheiro,
Jarbas Rocha Neto, Daniela de Souza*.....115
- 40. Protocolo de Regulação da Assistência**
*Ana Carolina Gonçalves de Paiva, Viviane Ruani dos Santos,
Thaiza Akemi Pereira*.....119

41. Ações para Diminuição do Absenteísmo no AME de Presidente Prudente <i>Ana Carolina Gonçalves de Paiva, Viviane Ruani dos Santos, Thaiza Akemi Pereira</i>	121
42. Apoio Matricial Três Colinas - Tecendo um Trabalho em Rede <i>Vilmar Martins Medeiros, Francisco Luis Coelho Rocha, Elane Cristina Aragon Souza</i>	124
43. Matriciamento, Ambulatório Médico de Especialidades e Atenção Primária Em Saúde - Município de Campinas <i>Carolina Furquim Degrande, Cleide Aparecida Moreira Sanches, Sheila T. Kimura Medorima</i>	126
44. Matriciamento de Cardiologia à Equipe de Atenção Básica do Município de Casa Branca/SP <i>Margarete Aparecida Fernandes Bernardi Leonardo Pippa Gadioli</i>	129
45. Banners do 1º Fórum de Experiências Exitosas na Constituição de Redes Regionais de Atenção à Saúde	131

Bloco A

**Tabela SUS Paulista
e Pactuações Regionais**

COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE RRAS 9 AVANÇOS NO PLANEJAMENTO E GESTÃO DE RECURSO EM SAÚDE: PROPOSTA DE EXPANSÃO TABELA SUS PAULISTA

Fabíola Leão Yamamoto¹

Cássia Aparecida Grando de Moraes²

Priscila Lopes Pereira Nuzzi³

Raquel Cristina Noranha Silva⁴

Mônica Paes Soares⁵

RESUMO EXECUTIVO

A oficina de Regionalização da Saúde do Estado de São Paulo na RRAS 09 selecionou o tema “Cardiologia” para discussão em todas as Regiões de Saúde. Nesta abordagem, o Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde da RRAS 9 elaborou a “Proposta de Utilização do Recurso de Expansão da Tabela SUS Paulista” visando expandir o diagnóstico precoce em cardiologia, assim como, realizar as demandas de maior ocorrência de exames registradas no Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP) além dos exames de cardiologia.

Composto por representantes dos gestores municipais, técnicos do DRS VI, representantes da CCD, representantes da CGCSS e CSS, o Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde da RRAS 9 foi instituído de acordo com a Deliberação CIB no 87, de 06-09-2023.

Em sua primeira reunião, realizada em fevereiro de 2024, discutiu-se a necessidade de melhoria de acesso e expansão do diagnóstico na rede de assistência, bem como a realização dos procedimentos mais comuns registrados no Cadastro de Demanda por Recurso no SIRESP.

A proposta elaborada pelo Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde da RRAS 09 visa ampliar o diagnóstico precoce das patologias cardiovasculares e outras, com objetivos específicos como a diminuição da demanda reprimida, assistência dentro da territorialidade, eficiência na utilização do recurso financeiro de Expansão da Tabela SUS Paulista e viabilização do acesso à saúde pública.

Com base nas discussões das oficinas de Regionalização da Saúde, o Comitê de Governança definiu como planejamento de ações prioritário a realização de toda a demanda reprimida de procedimentos cardiológicos contemplados na Tabela

1 Diretora Técnica de Saúde III, DRS VI - RRAS 09

2 Diretora Técnica de Saúde II, Centro de Planejamento e Avaliação, DRS VI – RRAS 09

3 Diretora Técnica de Saúde I, Núcleo de Organização das Redes de Serviços DRS VI – RRAS 09

4 Diretora Técnica de Saúde II, Centro de Qualificação para o SUS, DRS VI – RRAS 09

5 Diretora Técnica de Saúde II, Centro de Planejamento e Avaliação, Substituta DRS VI – RRAS 09

SUS Paulista, e com o recurso excedente, a realização das 05 maiores demandas em exames diagnósticos, analisadas por Região de Saúde.

Para as próximas reuniões, está prevista a definição dos prestadores elegíveis para dar continuidade às ações propostas. A Proposta de Expansão da

Tabela SUS Paulista realizada pelo Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde da RRAS 9 demonstra avanços no planejamento e gestão de recursos em saúde, visando garantir a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado para alcançar a eficiência do sistema de saúde.

CONTRIBUIÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO E DA FUNDAÇÃO HOSPITAL REGIONAL DO CÂNCER NA AMPLIAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO SUS/SP AOS SERVIÇOS DE ONCOLOGIA DA RRAS 11 DE PRESIDENTE PRUDENTE

Mayara Moraes¹
Delza Maria Torres Kozuki²

INTRODUÇÃO

A RRAS 11 compreende 5 Regiões de Saúde e 45 municípios, com uma população total de 746.402 habitantes (IBGE 2022). Neoplasias, como cânceres de brônquios/pulmão, cólon e mama, são a segunda maior causa de mortalidade na região (DataSUS/2022). Durante a 1ª Oficina de Regionalização, foi identificada a dificuldade de acesso à oncologia devido à escassez de consultas especializadas e procedimentos diagnósticos.

A RRAS 11 tem dois prestadores em oncologia: o Hospital Regional Dr. Domingos Leonardo Cerávolo e a Fundação Hospital Regional do Câncer. Em 2023, a SES destinou uma subvenção temporária de R\$ 2.500.000,00 para a FHRCPP, visando expandir a oferta de serviços de oncologia.

Além disso, a implementação da Tabela SUS Paulista, através da Resolução SS no 198 de 29 de dezembro de 2023, aumentou a remuneração dos serviços prestados pela instituição.

OBJETIVO

Melhorar o acesso dos usuários do SUS ao serviço de Oncologia da RRAS 11 de Presidente Prudente.

METODOLOGIA

Os gestores municipais, em colaboração com o DRS/SES, expuseram em reuniões de Regionalização as dificuldades de acesso ao tratamento oncológico pelo SUS. Ao constatarem a capacidade da FHRCPP para ampliar os serviços, solicitaram informações sobre sua disponibilidade de atendimento.

Com esses dados em mãos, o DRS enviou à SES/SP a capacidade do prestador, buscando expandir os serviços disponíveis.

RESULTADOS

A partir de janeiro de 2024, a Fundação teve seu orçamento reajustado, mostrando um aumento expressivo nas consultas médicas iniciais e nos procedi-

1 Gerente geral da Fundação Hospital Regional do Câncer; Delza Maria.

2 Facilitadora de regionalização da OPAS na RRAS 11.

mentos em comparação com janeiro de 2023, como demonstrado na Tabela 1:

Destaca-se que os atendimentos são oferecidos para toda a RRAS II pelo sistema SIRESP.

A introdução da Tabela SUS Paulista em janeiro de 2024 também gerou um aumento significativo no faturamento do Hospital, conforme demonstrado na Tabela 2:

Tabela 1- Aumento nos atendimentos na FHRCPP, 2023-2024.

Item	Oferta Janeiro 2023	Oferta Janeiro 2024	Percentual (%) de aumento
1a Consulta	101	190	88
Anatomo-Pat.	38	158	315
Mamografia	50	170	240
Ultrassonografia	135	557	312
Tomografia	83	698	740
Ressonância	264	300	13
Colonoscopia	25	220	780
Endoscopia	25	176	604
Quimioterapia	840	1199	42
Internação (AIH)	130	195	50

Fonte - DRS/CCPMIS/FPO

Tabela 2 - Aumento no faturamento da FHRCPP com a Tabela SUS Paulista, janeiro/2024.

Item	Aprovado MS	Tabela SUS Paulista	Total	Percentual (%) aumento
S.I.A	970.108,23	340.422,91	1.310.531,14	35,09
A.I.H	266.128,70	513.298,99	779.427,69	92,88
Total	1.236.236,93	853.721,90	2.089.958,83	

CONCLUSÃO

O aumento dos serviços pela FHRCPP melhora o acesso dos usuários do SUS, garantindo atendimento mais próximo.

A parceria entre SES-SP e FHRCPP fortalece o sistema de saúde regional, proporcionando segurança e satisfação aos pacientes.

Essa colaboração demonstra como a união entre órgãos governamentais e instituições de saúde beneficia diretamente os cidadãos.

EXPERIÊNCIA EXITOSA NA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR E CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DA SANTA CASA DE BARRETOS - RRAS 13

Temática: Revisão de redes assistenciais

Ana Maria Batista da Silva Gonçalves Moreira¹
André Garzesi²
Elma Aparecida Formiga³

METODOLOGIA

Construção do plano de ações para o enfrentamento dos problemas e elencando responsabilidade do Estado, Município e Cooperação Regional, nos diferentes níveis de Atenção à Saúde, em espaços constituídos, nos Colegiados de Gestão, com diferentes atores e níveis de assistência, com recursos leves e com uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, bem como recursos financeiros para ampliação e implantação de novos serviços; com previsão de monitoramento das ações.

Referência: Planejamento Estratégico segundo Carlos Matus; MATUS, apud MÜLLER, 1999b e MATUS, 1996 a/c ; Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde; Portaria GM/MS nº 1631 de 01 de outubro de 2015 que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS; Portaria GM/MS nº 487 de 05/04/2019.

RESUMO EXECUTIVO

É o relato da experiência, do processo de repactuação da unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular, cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista da Santa Casa de Misericórdia de Barretos, habilitada nos códigos 0801 e 0803, pelo Ministério da Saúde.

A SCB, entidade filantrópica, sob gestão do município de Barretos desde 04.05.1998 e sob intervenção municipal desde agosto de 2013. Desde final de 2016 passou a ter como interveniente a Fundação PIO XII, por meio de um contrato particular de administração e gestão. O interveniente da SCB notou a necessidade de adequar os atendimentos, tinha um hospital com UTI voltado ao setor privado, com baixa ocupação. Cedeu em contrato de comodato para a SCB. Assim, aumentou a oferta de cateterismo de doze para sessenta exames mês, reduzindo a fila.

1 Enfermeira RT da Unidade Coronariana da Santa Casa de Barretos

2 Coordenador Médico da Unidade Coronariana da Santa Casa de Barretos

3 Diretor Técnico de Saúde II – CPAS do DRS V Barretos RRAS 13

Gradativamente foi aumentando toda a produção, analisando junto ao planejamento e regulação do DRS os casos em fila, mesmo sem financiamento dos exames e diárias da UTI.

Inserida na região norte Barretos, composta de dez municípios, com população de 283.940 habitantes, sendo referência também para a região sul, composta por oito municípios com população de 142.804 habitantes, totalizando 426.744 habitantes. É o maior e o único hospital geral referência de média e alta complexidade para todos os municípios deste DRS.

Na regionalização do estado de São Paulo, no âmbito do DRS, foi apontado como um dos principais problemas o acesso aos serviços cardiovasculares. Com a necessidade de aprofundar o tema, além das oficinas programadas, foram realizados mais de 60 encontros, debates entre serviços de todos os níveis de atenção e complexidade.

Os problemas apontados foram a demora entre o primeiro atendimento e a realização de exames ou a execução de procedimentos; acesso à regulação da rede; oferta insuficiente de consultas e exames; tempo de espera para atendimento no serviço terciário/quaternário de cardiologia; referência em cardiologia saturada; falta de cumprimento da pactuação; filas de espera não cadastradas no CDR; demora no aceite dos casos cirúrgicos pactuados; necessidade de qualificação do primeiro atendimento e falta de revisão e/ou implantação de protocolos e desabastecimento de medicamentos.

Foi consenso que a solução seria a repactuação da UAC da SCB.

A solicitação de repactuação física e financeira da UAC da SBC, para amplia-

ção do serviço em tratativas discutidas na CT* e CEG*.

Esse processo de regionalização propiciou grande aproximação entre gestores, profissionais e prestadores de serviço, o que desencadeou vários avanços e um diagnóstico mais preciso das necessidades, melhora do acesso; ampliação de oferta; realização de marcapasso definitivo sem financiamento; implantação de avaliação odontológica para a cirurgia cardíaca; pactuação de fluxos para agilizar a realização das cirurgias.

O processo resultou na melhor compreensão das dificuldades dos municípios da região e os municípios compreenderam melhor a situação dos prestadores o que tem facilitado o processo de negociação, além de propiciar o atendimento às necessidades de saúde da região.

Em conjunto com os técnicos do DRS*, a UTI coronariana adulto tipo II foi habilitada pelo Ministério da Saúde em abril de 2024 com 10 leitos.

***Legenda:**

UAC – unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular e cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista

SCB – Santa Casa de Misericórdia de Barretos

DRS – Departamento Regional de Saúde

CIR – Comissão Intergestores Regionais

CT – Câmara Técnica da CIR

CEG – Comitê Executivo de Gestão

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SIRESP – Sistema de Regulação do Estado de São Paulo

CDR – Cadastro de Demanda por Recurso

PARA UMA MELHOR VISÃO: ACESSO AS CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE - RRAS 13

Temática: Redefinição de perfil assistencial e financiamento, baseado na necessidade da população

Elaine Cristina Basso de Oliveira¹

Elma Aparecida Formiga²

Ivana Clemente Castro³

Jussara Aparecida de Angelis Colli⁴

RESUMO EXECUTIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência na construção do Projeto de Regionalização em seu território. O projeto abrange dezoito municípios, divididos em duas Regiões de Saúde: Norte Barretos (dez municípios, população 283.940 habitantes) e Sul Barretos (oito municípios, população 142.804 habitantes), totalizando uma população de 426.744 habitantes (SEADE estimativa 2022). O projeto contou com a participação dos Gestores Municipais de Saúde, Apoiadores do COSEMS/SP, técnicos do DRS, Gestores de Instituições Públicas e Privadas de Saúde, Organização Social de Saúde, Docentes da Faculdade de Medicina Dr. Paulo Prata e Trabalhadores de Saúde dos diferentes níveis de escolaridade, de Atenção à Saúde e pontos de atuação.

A Oftalmologia na Atenção Especializada foi colocada pelo Núcleo de Regulação antes mesmo de iniciar as dis-

cussões com os grupos, por conta da falta de estruturação de uma rede de oftalmologia; serviços fragmentados; pacientes com comorbidades sem referência; oftalmologia infantil sem referência; escassez de consultas e exames; centros de referência saturados; descumprimento de pactuações e filas de espera não registradas no CDR.

Foram programadas ações como: identificação e avaliação das necessidades da demanda; apresentar em CIR o Plano de Gestão e o Contrato dos prestadores de gestão estadual; garantir que os encaminhamentos da UBS sejam preenchidos adequadamente, antes de serem enviados; responsabilização da Gestão Municipal; contratação e expansão dos serviços no Hospital do Olho, anexo da Maternidade Fernando Magalhães em Monte Azul Paulista. Foi elaborado e apresentado em CIR um Plano de Gestão, Contrato e a Produção do Hospital do Olho de Monte Azul Paulista anexo do Hospital e Maternidade Fernando

1 RRAS 13.

2 Diretor Técnico de Saúde II- CPAS.

3 Diretor Técnico de Saúde III DRS V.

4 Diretor Técnico de Saúde I _NR.

Magalhães; inserção da Fila de Espera no CDR; diminuição significativa de CDR em Cirurgias de Catarata; redução do tempo de espera para cirurgias oftalmológicas, exceto para retina e córnea; programação mensal de R\$363.216,19 para custos físicos e financeiros (Tabela SUS), impactando o valor de R\$257.002,74 na Tabela SUS Paulista, totalizando R\$620.219,03 mensais para atender a demanda oftalmológica do DRS V Barretos, incluindo procedimentos de alta complexidade (córnea e retina) e pacientes com comorbidades no Hospital do Olho MAP;

No CEG da RRAS 13 foi acordado recurso de expansão de R\$ 371.974,09 destinado

para oftalmologia, incluso contrato e subvenção e impacto da Tabela SUS Paulista para manter o atendimento atualmente subsidiado pelo Estado.

Nesse processo, houve maior integração da rede, aproximação entre gestores, profissionais e prestadores de serviço, facilitando negociações e atendendo às necessidades de saúde da região; agilidade no atendimento e avanço na reconfiguração da rede oftalmológica; habilitação do Hospital do Olho, vinculado à Maternidade Fernando Magalhães de Monte Azul Paulista, para realizar cirurgias mais complexas em oftalmologia: córnea, retina e pacientes com comorbidades.

Abreviações:

- CDR – Cadastro de Demanda por Recurso
- CEG – Comitê Executivo de Governança
- CIR – Comissão Intergestores Regional
- COSEMS/SP – Conselho de Secretários Municipais de Saúde/São Paulo
- DRS – Departamento Regional de Saúde
- MAP – Monte Azul Paulista
- RRAS – Redes Regionais de Atenção à Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde

REFERÊNCIAS

1. Série Oftalmologia Brasileira - Conselho Brasileiro de Oftalmologia - 3o Edição, 2013; sendo os volumes Doenças Externas Oculares e Córnea; Glaucoma; Retina e Vítreo; Uveítes - 4o Edição, 2016 Ed. Cultura Médica. Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo voll e II, 4o Edição, 2017, Ed. Cultura Médica; Cirurgia Refrativa 4o Edição 2018, Ed. Cultura Médica.
2. Basic and Clinical Science Course 2018-2019 American Academy of Ophthalmology.
3. Catarata- Tema Oficial CBO 2015 - Marco Antônio Rey de Faria/Walton Nosé, Ed. Cultura Médica, Rio de Janeiro 2015.
4. Cornea- Fundamentals, Diagnosis and Manegement vols I e II- 4th edition, Mark J. Mannis and Edward J. Holland, Ed. Elsvier, 2016.
5. Diagnósticos Complementares em Oftalmologia: da anamnese à genética. Tema Oficial CBO 2017, relatora Maria Auxiliadora M. Frazão - Ed. Cultura Médica, Rio de Janeiro, 2017.
6. Duane's Clinical Ophthalmology 6 vols -Tasmann, Willian; Jaeger, Edward A. 15a edição, Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
7. Farmacologia e Terapêutica Ocular - Tema Oficial CBO 2013, Marcos Ávila - Augusto Paranhos Jr - 1a Edição- 2013 – Ed. Guanabara Koogan.
8. Glaucoma - primário de ângulo aberto- Paulo A. de Arruda Mello; Geraldo Vicente de Almeida; Homero Gusmão de Almeida, Rio de Janeiro, 1a edição, Ed. Cultura Médica 2011.
9. Neuro-Oftalmologia- Adalmir M. Dantas, Mario Luiz R. Monteiro, 2a edição Ed. Santos, 2009. 10. Oftalmogeriatría– Marcela Cypel, Rubens Belfort Jr.; São Paulo, 1ª edição Ed. Roca, 2008. 11. Os Estrabismos – Carlos Souza-Dias, Mauro Goldchmit, 1ª edição Ed. Cultura Médica /Guanabara, 2011.
12. Prevenção à Cegueira: 10 anos para 2020 – Editores: Alexandre Taleb; Andrea Zin; Carlos Arieta; Celia Nakanami; Roberta Ventura, 1a edição, Rio de Janeiro Walprint Gráfica e Editora, 2010.
13. Programa de Ensino Online - Sistema O.N.E. (Ophthalmic News& Education) – American Academy of Ophthalmology.
14. Refratrometria e a Arte da Prescrição Médica, Milton Ruiz Alves, Mariza Polati, Sidney Júlio de Faria e Sousa - 5a edição, Ed. Cultura Médica, 2017.
15. Shields Tratado de Glaucoma- R. Rand Allingham 6a edição, Lippincott Williams & Wilkin-USA, 2005, Ed. Cultura Médica, Rio de Janeiro, 2014
16. PORTARIA No 1.631, DE 1o DE OUTUBRO DE 2015, Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
17. PORTARIA No 957, DE 15 DE MAIO DE 2008, Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Metodologia: do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus

PAPEL DO PRESTADOR DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE NA ORGANIZAÇÃO DA RRAS 18 E OFERTA DE SERVIÇOS ANTES NÃO DISPONÍVEIS NA REGIÃO – CPRE / TABELA SUS PAULISTA

Roberto Muniz Junior¹

RESUMO EXECUTIVO

A Santa Casa de São Carlos é uma instituição centenária dedicada ao atendimento da população da cidade e região coração da DRS3/RRAS 18. Com 177 leitos dedicados ao SUS, dentre eles 35 leitos de UTI adulto e 10 leitos de UTI Pediátrica e Neonatal, vem se reestruturando desde o processo de regionalização para atender a população com novos recursos antes indisponíveis com necessidade de transferência entre DRSs.

Dentro da temática da revisão do perfil assistencial e financiamento, baseado na necessidade da população, com o advento do programa estadual – “TABELA SUS PAULISTA” foi possível atender a necessidade regional (inicialmente região coração e região central) em colangiopancreatografia endos-

cópica retrograda terapêutica (CPRE terapêutica).

Neste cenário, até o dia 25 de abril deste ano foram realizadas 12 CPREs no serviço. A estimativa inicial seria de 1 caso por semana, porém com a organização rápida do setor, conseguimos realizar até 2 procedimentos por semana em caráter semi-eletivo, e também com capacidade de atender as urgências regionais.

Antes, estes pacientes eram referenciados para HCMFUSP – RP, com dificuldade e atraso diagnóstico e terapêutico, e agora a região ganha autonomia neste procedimento que evita morbimortalidade importante secundária a exploração aberta da via biliar.

O financiamento adequado permite elevar a complexidade dos atendimentos atendendo as necessidades da população de forma adequada e in loco.

1 Santa Casa de São Carlos – RRAS 18.

Bloco B

**Regionalização
e Acesso**

CONSTRUÇÃO, DESENVOLVIMENTO E PROPOSTA DE PROTOCOLO DE REGULAÇÃO REGIONAL DA DOR TORÁCICA - RRAS 5

Cleide Emília de Oliveira Ayres Prestes¹
Rodrigo dos Santos Moraes²
Kathleen Gomes de Lima³
Aparecida Bispo Avelar⁴

RESUMO EXECUTIVO

O processo de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) tem proporcionado maior integração entre gestores municipais, estaduais e prestadores de serviços. O objetivo da regionalização é aprimorar a organização regional da saúde para garantir um atendimento mais eficiente e qualificado à população. Na região da Rota dos Bandeirantes (RRAS 5), na Grande São Paulo, os gestores que compõem a Câmara Técnica (CT), Comissão Intergestores Regional (CIR) e Grupos Condutores se envolveram com as atividades propostas pela Regionalização. Foram indicados os cinco maiores problemas de saúde na RRAS 5: doenças oncológicas, cardiovasculares, dependência química, doenças neurológicas e transtornos mentais. Dois foram priorizados: oncologia e cardiovascular. Criaram-se grupos desses temas para discutir ques-

tões na Atenção Primária, Especializada e Hospitalar.

O infarto agudo do miocárdio é a maior causa de morte no país. Para diminuir o risco de morte, o atendimento organizado da rede de urgência e emergência e da linha de cuidado desses pacientes é fundamental para salvar vidas. Contudo, o atendimento ainda é heterogêneo, dada a capacidade técnica e estrutural de cada região.

ENFOQUE DO TRABALHO

Descrever os movimentos e desafios da produção do Grupo Cardiovascular, que tem como objetivo a padronização do atendimento e da linha de cuidado nos diferentes cenários de atendimento da RRAS 5.

PARTICIPANTES

Representantes dos sete municípios (Carapicuíba, Barueri, Itapevi, Jandira,

1 Articuladora de Humanização da RRAS 5 – NGH/SES-SP

2 Coordenador da Clínica Médica do Hospital Geral de Carapicuíba e Hospital Municipal de Osasco, ambos em SP

3 Diretora do Departamento Técnico de Urgência e Emergência da SMS Osasco (SP)

4 Chefe de Gabinete da Saúde da SMS Itapevi (SP)

Osasco, Pirapora do Bom Jesus e Santana de Parnaíba), do Hospital Geral de Itapevi, Hospital Geral de Carapicuíba e Hospital Regional de Osasco, e do CARS 5, sendo conduzido pela articuladora de Humanização da região.

METODOLOGIA/MOVIMENTOS DO GRUPO

a) produção de vínculo; b) discussão e análise a partir de uma matriz da região sobre os problemas relacionados às doenças cardiovasculares; c) organização dos elementos da matriz (causas,

consequências, ações estratégicas, produto esperado, atores responsáveis, gestão e prazo, de acordo com os problemas relacionados); d) execução das ações, iniciando pela elaboração de um Protocolo de Regulação Regional da Dor Torácica (para essa construção foi criado e enviado aos gestores um questionário para identificação de fluxos e recursos dos municípios, conforme anexo 1); e) os dados foram discutidos no grupo; f) o grupo elencou pontos de melhoria para a elaboração do protocolo (anexo 2) e g) apresentação do processo de trabalho em CT e CIR.

ANÁLISE DO PROCESSO

Grupo colaborativo na construção e análise da matriz, questionário, reconhecimento da CT e CIR da produção do grupo, apoio no direcionamento das estratégias propostas. Reconhecimento da realidade local no que diz respeito à assistência ao paciente com dor torácica. Apontamento dos principais desafios.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantação de um Protocolo de Atendimento de Dor Torácica na região da RRAS 5 que funcione como linha de cuidado da chegada à unidade de emergência até sua condução, para a prevenção secundária após a passagem por leito hospitalar.

DESAFIOS

Sustentação do cenário colaborativo do grupo para a continuidade da execução das ações. A otimização de recursos para o alinhamento de todo o processo frente a uma patologia que envolve o atendimento iniciado em unidade primária e que requer rápida resolução dependente de serviços de maior complexidade e que são escassos.

ANEXO 1 - LEVANTAMENTO DO FLUXO DE DOR TORÁCICA NOS MUNICÍPIOS DA ROTA DOS BANDEIRANTES

1. Nome
2. Município
3. Função/cargo

O caso a seguir servirá como condutor para melhor entendimento do fluxo atual, possibilitando a identificação de fragilidades e de oportunidades de melhorias para a adaptação de cada município no que diz respeito ao atendimento de paciente com dor torácica.

Paciente masculino, 58 anos, antecedente de hipertensão não controlada e diabetes insulino dependente, procura atendimento por quadro de dor torácica iniciada há 5 horas, em repouso, com irradiação para membro superior esquerdo, evoluindo com dispneia.

CENÁRIO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

4. Tendo ele procurado atendimento em uma UBS, o estabelecimento possui rotina de triagem com classificação de risco?
5. Tendo ele procurado atendimento em uma UBS, o estabelecimento possui enfermeiro treinado para aplicação do escore Manchester?
6. A UBS tem sala preparada para estabilizar o paciente (com monitor, oxigenioterapia etc)?
7. A UBS possui eletrocardiograma?
8. A UBS tem profissional médico capacitado para interpretar o eletrocardiograma em menos de 10 minutos após a chegada do paciente?
9. A UBS possui as medicações básicas para o atendimento inicial? Assinale as que estão disponíveis: oxigênio, AAS (VO), clopidogrel (VO), prasugrel (VO), ticagrelor (VO), enoxaparina (EV/SC) heparina não fracionada (EV), dinitrato de isossorbida (SL), nitroglicerina (EV), morfina (EV), alteplase (EV), tenecteplase (EV), metoprolol (EV), a(VO), IECA/BRA, sinvastatina e atorvastatina.
10. A UBS apresenta referência para centro de hemodinâmica com fácil regulação?
11. A UBS tem fácil acesso à REGULAÇÃO do paciente potencialmente instável para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA/PS Hospitalar)?
12. O paciente evoluiu com bradicardia. Novo ECG evidenciou BAVT. A UBS possui monitor com pás de marcapasso, atropina (EV), dopamina (EV) e aminofilina (EV)?
13. Para o transporte do paciente, a UBS possui acesso à ambulância UTI?
14. Acrescente detalhes sobre os temas abordados ou o que você acredita ser necessário destacar sobre o fluxo apresentado.

CENÁRIO UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

15. Tendo ele procurado atendimento em uma UPA, o estabelecimento possui rotina de triagem com classificação de risco?
16. Tendo ele procurado atendimento em uma UPA, o estabelecimento possui enfermeiro treinado para aplicação do escore Manchester?
17. A UPA possui sala preparada para estabilizar o paciente (com monitor, oxigenioterapia etc)?
18. A UPA possui eletrocardiograma?

19. A UPA tem profissional médico capacitado para interpretar o eletrocardiograma em menos de 10 minutos após a chegada do paciente?
20. A UPA tem laboratório capacitado para coleta de marcadores de necrose do miocárdio?
21. Caso esteja disponível a coleta de marcadores de necrose do miocárdio, qual(is) poderá(ão) ser utilizado(s): troponina convencional qualitativa, troponina convencional quantitativa, troponina ultrasensível ou CKMB?
22. Caso esteja disponível a coleta de marcadores de necrose do miocárdio, qual o tempo médio do resultado?
23. A UPA possui disponibilidade para realização de RX de tórax?
24. A UPA tem as medicações básicas para o atendimento inicial? Assinale as que estão disponíveis: oxigênio, AAS (VO), clopidogrel (VO), prasugrel (VO), ticagrelor (VO), enoxaparina (EV/SC) heparina não fracionada (EV), dinitrato de isossorbida (SL), nitroglicerinina (EV), morfina (EV), alteplase (EV), tenecteplase (EV), metoprolol (EV), atenolol (VO), IECA/BRA, sinvastatina e atorvastatina.
25. A UPA possui equipe treinada para a realização de trombólise química em até 30 minutos?
26. A UPA apresenta referência para centro de hemodinâmica com fácil regulação? Ou seja, TEMPO PORTA BALÃO < 120 minutos?
27. A UPA possui fácil acesso à REGULAÇÃO do paciente potencialmente instável para uma unidade hospitalar capacitada para atendimento de SCA com leitos de UTI?
28. O paciente evoluiu com bradicardia. Novo ECG evidenciou BAVT. A UPA possui monitor com pás de marcapasso, atropina (EV), dopamina (EV) e aminofilina (EV)?
29. Para o transporte do paciente, a UPA possui acesso à ambulância UTI?
30. Acrescente detalhes sobre os temas abordados ou o que você acredita ser necessário destacar sobre o fluxo apresentado.

CENÁRIO HOSPITALAR – PRONTO-SOCORRO (PS)

31. Tendo ele procurado atendimento em um PS, o estabelecimento possui rotina de triagem com classificação de risco?
32. Tendo ele procurado atendimento em um PS, o estabelecimento tem enfermeiro treinado para aplicação do escore Manchester?
33. O PS possui sala preparada para estabilizar o paciente (com monitor, oxigenioterapia etc)?
34. O PS é equipado com eletrocardiograma?
35. O PS possui profissional médico capacitado para interpretar o eletrocardiograma em menos de 10 minutos após a chegada do paciente?
36. O PS possui laboratório capacitado para coleta de marcadores de necrose do miocárdio (24h)?
37. Caso esteja disponível a coleta de marcadores de necrose do miocárdio, qual(is) poderá(ão) ser utilizado(s): troponina convencional qualitativa, troponina convencional quantitativa, troponina ultrasensível ou CKMB?
38. Caso esteja disponível a coleta de marcadores de necrose do miocárdio, qual o tempo médio do resultado?

39. O PS possui disponibilidade para realização de RX de tórax (24h)?
40. O PS possui as medicações básicas para o atendimento inicial? Assinale as que estão disponíveis: oxigênio, AAS (VO), clopidogrel (VO), prasugrel (VO), ticagrelor (VO), enoxaparina (EV/SC) heparina não fracionada (EV), dinitrato de isossorbida (SL), nitroglicेरина (EV), morfina (EV), alteplase (EV), tenecteplase (EV), metoprolol (EV), atenolol (VO), IECA/BRA, sinvastatina e atorvastatina.
41. O PS possui referência para centro de hemodinâmica com fácil regulação? Ou seja, TEMPO PORTA BALÃO < 120 minutos para hospitais sem hemodinâmica, e < 90 minutos para aqueles com hemodinâmica?
42. O PS possui protocolo e equipe capacitada para atendimento de SCA? Incluindo TEMPO PORTA AGULHA < 30 minutos (trombólise)?
43. O PS possui fácil acesso à REGULAÇÃO do paciente potencialmente instável para UTI?
44. O PS possui fácil acesso à REGULAÇÃO do paciente que necessita de cateterismo de resgate (pós-trombólise)?
45. O paciente evoluiu com bradicardia. Novo ECG evidenciou BAVT. O PS possui monitor com pás de marcapasso, atropina (EV), dopamina (EV) e aminofilina (EV)?
46. Para o transporte do paciente, o PS tem acesso à ambulância UTI?
47. O paciente evoluiu com estabilidade clínica e realizou estratificação invasiva, sendo indicada cirurgia de revascularização. Permaneceu internado em leito de enfermaria. Seu hospital tem fácil acesso à regulação para especialidade de cirurgia cardíaca voltada a pacientes internados?
48. Qual o tempo médio de espera para avaliação em centro de referência em cirurgia. Acrescente detalhes sobre os temas abordados ou o que você acredita ser necessário destacar sobre o fluxo apresentado.
49. Acrescente detalhes sobre os temas abordados ou o que você acredita ser necessário destacar sobre o fluxo apresentado.

ANEXO 2 – FRAGILIDADES E PONTOS DE MELHORIA ENCONTRADOS APÓS I. INTERPRETAÇÃO EM GRUPO DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

1. Implementar rotina de acolhimento e triagem para casos de demanda espontânea, especialmente DOR TORÁCICA em todas as UBS.
2. Garantir condições de sala de estabilização preparada em todas as UBS.
3. Garantir a realização de ECG e interpretação em até 10 minutos.
4. Garantir as medicações básicas do atendimento inicial.
5. Garantir acesso ao transporte seguro entre unidades de atendimento.
6. Nas UPAs e PS/hospitais, garantir a realização da triagem com classificação de risco e a realização de ECG com interpretação em até 10 minutos.
7. Adequar os marcadores de necrose do miocárdio e o tempo de resultado otimizariam definições de condutas e de questões financeiras.
8. Nas UPAs e PS, garantir as medicações básicas do atendimento inicial.
9. Considerar o acesso das unidades de emergências/hospitais a teste de estratificação não invasiva.

10. Garantir encaminhamento das UPAs a unidades de referência em tempo hábil.
11. Atualizar os pré-requisitos da ficha da Central de Regulação para solicitação de cine-angiocoronariografia (cateterismo cardíaco).
12. Utilizar as vagas de “cateterismo ambulatorial” para realização de alguns casos?
13. Criar/aumentar vagas exclusivas para os pacientes com SCASSST que deverão ser estratificados. CENTRO DE REFERÊNCIA COM FÁCIL ACESSO.
14. Implementar telemedicina para avaliação dos casos e definir indicação prioritária para realização do exame/seguimento ambulatorial, além das indicações para cirurgia cardíaca.
15. Capacitar equipes para trombólise, reservando casos de regulação de urgência para infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) de alto risco e cateterismo de resgate.
16. Garantir a contrarreferência para continuidade do cuidado.

A REGULAÇÃO DO HMI E A INTERLIGAÇÃO COM A REDE: PACTUAÇÃO COM AS UNIDADES CER - RRAS 1

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NA CONSTITUIÇÃO DE REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Karen da Cruz Assunção¹
Lourdes Cecília F. de Freitas²
Rita de Cassia Silva Calabresi³

RESUMO EXECUTIVO

Desde sua implantação na Instituição em 2015, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Maternidade Interlagos (HMI) “Waldemar Seyssel Arrelia” tem como uma de suas metas de regulação de vagas externas para garantir que gestantes, puérperas e recém-nascidos (RNs) tenham acesso integral à Rede de Atenção à Saúde durante a internação, para a realização de exames ou especialidades não disponíveis na instituição e no pós-alta. Desse modo, o acesso à Rede SUS proporciona a continuidade do cuidado nos serviços disponibilizados na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS). Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), o Centro de Apoio Regional à Saúde Sul (CARS 7 SUL), o Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo I (DRS1) e o Núcleo Gestor de Humanização da Região Sul da Cidade de São Paulo – Rede de Articuladores SES/SP, o HMI trabalha por um sistema público de saúde

no Brasil de acesso universal, com cobertura integral e qualidade.

Especialmente para os RNs egressos da Unidade de Neonatologia, a continuidade do cuidado é determinante para a condição de saúde futura da criança. A Unidade Neonatal do HMI – UTIN é um serviço hospitalar voltado ao cuidado de recém-nascido grave ou com risco de morte, entre os quais se incluem RNs nas seguintes condições: os de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória; menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; com malformações que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio portes; aqueles que necessitem de nutrição parenteral e os que precisem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, exsanguinotransfusão, transfusão

1 Articuladora de Humanização. Núcleo Gestor de Humanização

2 Coordenador do Núcleo Interno de Regulação do HMI

3 Diretor Técnico de Saúde III do HMI

de hemoderivados por quadros hemolítico agudos ou distúrbios de coagulação.

A alta deste RN de grande vulnerabilidade impõe à instituição uma responsabilidade enorme na inserção desta família na rede de atenção. Na busca pela transição do cuidado seguro e com qualidade, a equipe Multidisciplinar de Neonatologia, juntamente com o NIR,

promoveu encontros com os Centros Especializados em Reabilitação (CER) referenciados para RNs com necessidade de acompanhamento especial.

Nestes encontros, as equipes do HMI e do CERs puderam conhecer presencialmente os trabalhos de cada um, discutir os critérios de inclusão e consolidar o fluxo, proporcionando continuidade da assistência.

Desde a realização dos encontros, todos os RNs enquadrados nos critérios de inclusão tiveram suas vagas garantidas no sistema CER.

Para o HMI, esta construção representa uma experiência exitosa de interligação da Rede a partir de movimentos de união e parceria com as diversas equipes que compõe o SUS, qualificando a alta responsável e otimizando os serviços envolvidos.

Esta experiência, com possibilidade de ser replicada em outras maternidades, impactou de maneira significativa a continuidade do cuidado, garantindo o acesso a uma Rede de qualidade, tornando os agendamentos necessários pós-alta imediatos e estabelecendo o verdadeiro sentido da Rede de Atenção à Saúde.

IMPACTO DE RESULTADOS

Média de saídas da Unidade de Neonatologia: dados de janeiro a abril de 2024 = 65,3 altas. Total de solicitações ao CER = 43 e apenas 6 ainda aguardam agendamento.

ANEXOS

PLANILHA DE SOLICITAÇÕES AO CER

Agendamentos Mãe Paulistana Riscos Estabelecidos Para Agendamentos Consulta Reab: NIR/CER

- Encefalopatia hipóxico moderada e grave e/ou Apgar 5º minuto <6 – CID: P21.0
- Muito baixo peso (<1500 g) – CID: P07.0
- Permanência em UTI por mais de 5 dias – CID: Z51.9
- Ventilação extracorpórea ou assistida/Insuficiência respiratória neonatal – CID: P22
- Hemorragia ventricular – CID: P52.0
- Hiperbilirrubinemia com exsangüíneo transfusão – CID: P57.0
- Meningite bacteriana – CID: G00.9
- Infecções congênitas (rubéola, citomegalovírus, toxoplasmose, herpes, sífilis) – CID: P35.0
- Síndrome Alcoólica Fetal – CID: Q86.0
- Síndrome de Down – CID: Q90.0

- Síndromes genéticas – CID: Q89
- Paralisia cerebral – CID: G80.0
- Malformações do SNC/Anomalias craniofaciais – CID: Q07
- Alterações auditivas – CID: Q16
- Alterações visuais – CID: Q15
- Microcefalia – CID Q02 – Agendar CER/UNIFESP
- Lesão de plexobraquial – S 14 OU P14.3 (não são todas as unidades que realizam esse atendimento. É necessário confirmar com a unidade de referência)

Malformações: Hmimj

- Displasia coxofemoral – Q.65 - até os 17 anos (SEMPRE VERIFICAR CRITÉRIO NO SIGA)
- Pé torto congênito – Q.66 - agendamento até 1 ano de vida
- Hipospádia – Q.54 até os 16 anos de idade (SEMPRE VERIFICAR CRITÉRIO NO SIGA)
- Fenda labial e palatal - Q.35 - até 1 ano de idade e virgem de tratamento

Oftalmologia: HC/Santa Casa Sp – Cross

- Catarata congênita – Q.12
- Glaucoma congênito – Q.15
- Reflexo vermelho – não realizado ou falho

Alergologia: HC – Cross

- Triagem para dessensibilização à penicilina (para gestante) após teste intradérmico na maternidade de referência

Genética Clínica:

- Síndromes genética – Q 89/Q90 - INSTITUTO JÔ CLEMENTE/APAE – AGENDAR CER E IJC descoberto no início, o câncer de colo do útero possui maiores chances de cura.

TORNANDO O CORAÇÃO DA BAIXADA SANTISTA MAIS FORTE: ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR A MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO – FLUXO PORTA BALÃO - RRAS 7

Liliam Carla Moreira Couto¹
Elaine Cristina Silva Santos¹
Karla Roberta Mesquita¹

No âmbito do processo de regionalização da saúde, as doenças do aparelho circulatório despontam como a principal preocupação na Região Metropolitana da Baixada Santista (SP) e são objeto de discussão nas oficinas realizadas sobre esse tema. Dados alarmantes de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM) na Baixada Santista revelam que uma porcentagem significativa de óbitos está associada a doenças do aparelho circulatório, com uma proporção de óbitos ocorrendo fora do ambiente hospitalar.

Um levantamento conduzido recentemente na região destacou que 35,58% do total de óbitos é decorrente de doenças do aparelho circulatório, sendo que 66,6% desses óbitos ocorrem fora das instituições hospitalares. Diante desse quadro preocupante, urge a apresentação de propostas eficazes para mitigar tais estatísticas e ampliar o acesso aos tratamentos adequados.

Uma das iniciativas inovadoras foi a elaboração de um fluxo de acesso priori-

tário para pacientes com IAM no Hospital Estadual Guilherme Álvaro. Embora o hospital não detenha habilitação oficial pelo Ministério da Saúde, é reconhecido como a principal referência na região para procedimentos de cateterismo e angioplastia de urgência. A estratégia adotada para a implantação desse fluxo envolveu várias etapas-chave.

Etapa 1. O DRS IV promoveu uma reunião ampliada do Comitê Intergestores Regional (CIR) em colaboração com o Grupo Condutor Regional da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e a equipe do Hospital Guilherme Álvaro. Durante esse encontro, a proposta foi minuciosamente apresentada aos gestores de saúde e discutida em profundidade pelo grupo condutor. A reunião foi realizada no município de Praia Grande (SP), proporcionando um espaço propício para a troca de ideias e a construção de consensos.

Durante as discussões, diversos aspectos críticos foram considerados, incluindo

1 Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista – DRS IV Rede Regional de Assistência à Saúde – RRAS 7.

a capacidade operacional do hospital, a logística de transporte de pacientes, a disponibilidade de recursos humanos e materiais, bem como os protocolos de atendimento clínico. Após uma avaliação metódica, o fluxo de acesso ao paciente com IAM para o Hospital Estadual Guilherme Álvaro foi aprovado e oficialmente implementado.

Etapa 2. Elaboração de termos de compromisso assinados pelos gestores regionais e pela diretoria do Hospital, com os gestores comprometendo-se a disponibilizar leitos de clínica médica para pacientes após a alta da UTI, se necessário, para aliviar a pressão sobre os leitos do hospital Guilherme Álvaro (HGA) e permitir novas admissões.

Etapa 3. Capacitação da equipe do SAMU e das UPAs dos 9 municípios da

região. Esses treinamentos foram oferecidos pelo HGA em dois períodos distintos, visando alcançar o maior número possível de funcionários. Efetivamente, participaram da capacitação 9 municípios, com 65 funcionários de diversos pontos da urgência, 7 técnicos da gestão, 12 médicos e 44 enfermeiros.

Acredita-se que a implementação do fluxo proposto e a disseminação do conhecimento adquirido resultarão em melhorias substanciais nos indicadores regionais de mortalidade por IAM, levando a um avanço significativo na promoção da saúde cardiovascular na Baixada Santista. Para tanto, o acompanhamento e a avaliação do Fluxo do Porta Balão serão realizados trimestralmente e o resultado, apresentado em reunião de Câmara Técnica.

IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO/OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE – RRAS 10 – MARÍLIA (SP)

Célia Maria Marafiotti Netto¹
Isabel Cristina A. Stefano²
Shirlene S. Teixeira³
Lilian Boldorin D'Iório⁴
Luiz Henrique de O. Silva⁵
Maria Elizabeth Hernandez Correa⁶
Paulo Sergio Américo⁷
Giovana G. B. Ferreira⁸
Debora B. da Silva⁹
Rômulo B. F. Alcântara¹⁰
Ana Cláudia F. Zerlotti¹¹

Resumo: A obesidade é considerada uma epidemia em todo o mundo e está associada à alta ingestão no consumo de alimentos, a ausência ou baixo nível de atividade física e a um contexto mais complexo, no qual os ambientes socioeconômico, cultural e político são fatores preponderantes para que ela se instale. O problema atinge proporções epidêmicas no Brasil e no mundo, onde aproximadamente 60% da população acima de 18 anos apresentava excesso de peso e 26,8% das pessoas dessa faixa etária eram obesas (IBGE 2019). Na Região de

Marília (SP), durante as discussões na oficina de Regionalização, a alta mortalidade por doenças cardiovasculares foi identificada como um dos principais desafios, sendo o excesso de peso/obesidade um dos principais fatores de risco. Considerando que o sobrepeso/obesidade é influenciado por determinantes sociais e ambientais, para a organização das ações de promoção e prevenção da saúde e controle dessas condições, há necessidade da estratificação de risco pelo Índice de Massa Corporal (IMC) e a realização do diagnóstico precoce para

1 RRAS 10.

2 RRAS 10.

3 DRS IX – Marília

4 SMS Galia

5 SMS Oscar Bressane

6 ABHU

7 SMS Guaimbê

8 SMS Ubirajara

9 SMS Guarantã

10 SMS Campos Novos Paulista

11 SMS Marília; RRAS 10

intervenções em tempo oportuno; atuação em equipe multiprofissional nos diferentes pontos de atenção da rede e a integração das ações do cuidado nos territórios; formação e educação permanente (EP) de profissionais; adequação de infraestrutura nas Unidades de Saúde e organização de processos de trabalho, além da superação da perspectiva “culpabilizadora” e estigmatizante ainda presente nas práticas profissionais e de gestão. A implantação das ações para o controle do sobrepeso/obesidade na região do DRS IX – Marília iniciou-se em 2017, com oficinas e a adesão de 27 municípios. Com a continuidade dos trabalhos, utilizando metodologias ativas, participativas e EP, e a implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso/Obesidade, foi possível aumentar para 42 os municípios participantes. As oficinas de Regionalização possibilitaram ampliar o número de municípios para 52, considerando que essa é uma das estratégias exitosas para a redução das

Doenças Crônicas Não Transmissíveis e doenças cardiovasculares.

Objetivo: Implantar a Linha de Cuidado do Sobrepeso/Obesidade nos 62 municípios da área de abrangência do DRS IX – Marília até dezembro 2024.

Metodologia: Baseada em problemas/riscos; por meio de oficinas, utilizando Metodologia Ativa e EP; implantação do autocuidado apoiado e abordagem cognitiva comportamental feita por equipe multiprofissional.

Resultados: Aumento de 67,7% para 83,8% de municípios com a linha de cuidado implantada; aumento de 47,4% para 77,6% dos municípios com ações de alimentação e nutrição; aumento de 56,8% dos pacientes prontos, com mudança de hábitos e perda de peso, para realização da cirurgia bariátrica (de 66 pacientes em 2021 para 116 em 2023); redução das ações judiciais para realização de cirurgia de 91,3%, (de 23 ações em 2019 para 2 solicitações de avaliação em 2023).

A CONSTRUÇÃO DE REDE E DIÁLOGOS COM O HOSPITAL E MATERNIDADE DE RANCHARIA CIR DO ALTO CAPIVARI – DRS XI - RRAS 11

Larissa Galindo das Flores¹
Marco Antônio Rodrigues da Silva²
Renata Bezerra Pereira³

Após a 1ª Oficina de Regionalização das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS 11), formou-se o grupo condutor da Comissão Intergestores Regional (CIR) Alto Capivari com apoiadores, articulador, técnicos e gestores. Foram realizadas nove oficinas para discussões e levantamento das dificuldades.

Identificou-se pouca articulação entre o Hospital e Maternidade de Rancharia (HMR) e os municípios do Alto Capivari. Não houve representatividade deste na primeira oficina. Uma proposta foi convidar representantes do HMR para participar das reuniões da CIR, discutindo-se as dificuldades de aproximação com este hospital e na articulação da rede, sendo uma delas a linha de cuidado da saúde da mulher.

Com a mudança de gestão do HMR houve a participação de seus representantes nas reuniões da CIR e foram apontadas as necessidades para melhoria da assistência às gestantes.

A metodologia utilizada foram encontros dentro da instituição com a equipe

do hospital e dos municípios. O disparador foi a necessidade da realização da laqueadura, inserção de DIU pós-dequitação, implementação do plano de parto, visitas das gestantes e acompanhantes na maternidade, sendo que os municípios relatavam dificuldades de diálogo com o hospital e falta de integração da assistência com a antiga gestão.

As ações desenvolvidas foram: 1) integração dos municípios com o hospital; 2) visita das equipes dos municípios para conhecerem a estrutura física da maternidade e as enfermeiras obstétricas e 3) solicitação pelo hospital de credenciamento federal para realização das laqueaduras.

Tem sido construída uma rede de aproximação dos gestores municipais com a gestão do HMR e os resultados após este fortalecimento foram:

1. Pactuação para realização de partos das gestantes dos municípios de Iepê e Nantes, os quais ainda eram

1 HMR, Lenara Paganotti Duran Fernandes SMS Iepê.
2 SMS João Ramalho e Renata.
3 Departamento de Saúde Nantes; RRAS 11.

- realizados em um hospital municipal de pequeno porte, em Iepê;
2. Implementação do Grupo de Trabalho da Atenção Básica (GTAB) regional do Alto Capivari, iniciando as discussões do protocolo da saúde da mulher;
 3. Revisão do plano de parto (anexo) pelo hospital e pela área técnica do Departamento Regional de Saúde (DRS) (articuladora da Atenção Básica e da Saúde da Mulher) aprovado e consentido pelos técnicos dos municípios;
 4. Proposta de melhoria na ambiência da maternidade pelo hospital;
 5. Construção do fluxo de encaminhamento das laqueaduras e DIU pós-dequitação, discutido e acordado com os municípios;
 6. Implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) que, entre várias atividades, realiza o agendamento das laqueaduras;
 7. Implantação da alta responsável e contrarreferência;
 8. Formação de grupos nos municípios com participação de profissionais da eMulti para preparação das gestantes e acompanhantes para o momento do parto;
 9. Conscientização das gestantes de Iepê e Nantes sobre o parto normal;
 10. Visitas na maternidade organizadas pelo hospital com datas e horários pré-agendados para as gestantes após completarem o terceiro trimestre.
- Novos arranjos foram feitos a partir desses diálogos, garantindo que este serviço de atendimento à gestante funcione de forma organizada e articulada com os municípios.

GT UNACON NA CIR DE LIMEIRA COMO FERRAMENTA ESSENCIAL NO APRIMORAMENTO DA REDE DE ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA - RRAS 14

Vitor Sérgio Couto dos Santos¹

Faedra Rosada²

Denise Ferro³

Alexandre Ferrari Augusto⁴

Durante o processo de revisão da regionalização, a Comissão Intergestores Regional (CIR) de Limeira (SP) – composta pelos municípios de Limeira, Itacemópolis, Cordeirópolis e Engenheiro Coelho – elegeu duas áreas sensíveis na tentativa de otimizar a realização de ações de saúde no território, fortalecendo a relação entre estado e municípios. A Oncologia foi uma das áreas escolhidas.

Após o município de Limeira realizar reiterados estudos de extrapolação do teto financeiro da Oncologia, o Ministério da Saúde aumentou o repasse dos recursos financeiros que, aliado aos novos valores da tabela SUS Paulista 2024, permitiu a revisão e repactuação de todos os procedimentos e serviços de oncologia prestados pelo Centro de Oncologia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira (ISCML) para a CIR.

Como uma das ações para otimização, controle e verificação da efetividade desta

nova pactuação em relação às Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) surgiu a ideia, em consenso com a Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Piracicaba, e com a participação da ISCML e Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS), de constituir um grupo de trabalho para acompanhar de forma minuciosa a prestação de serviços oncológicos no município e região – CIR de Limeira. O grupo foi denominado GT UNACON.

O GT UNACON se mostrou essencial na fiscalização do atendimento prestado, dos prazos para consultas, exames, demandas de cirurgias, protocolos e medicamentos. Além disso, através desse grupo, houve a possibilidade de reformulação dos procedimentos voltados para atendimento dos pacientes, criando fluxos mais acessíveis e menos burocráticos. Outra conquista importante decorrente da criação do GT UNACON foi a consoli-

1 Secretário de Saúde da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Limeira; RRAS 14

2 Diretora de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Limeira; RRAS 14

3 Encarregada da Unidade da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Limeira, RRAS 14

4 Assessor-executivo da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Limeira, RRAS 14

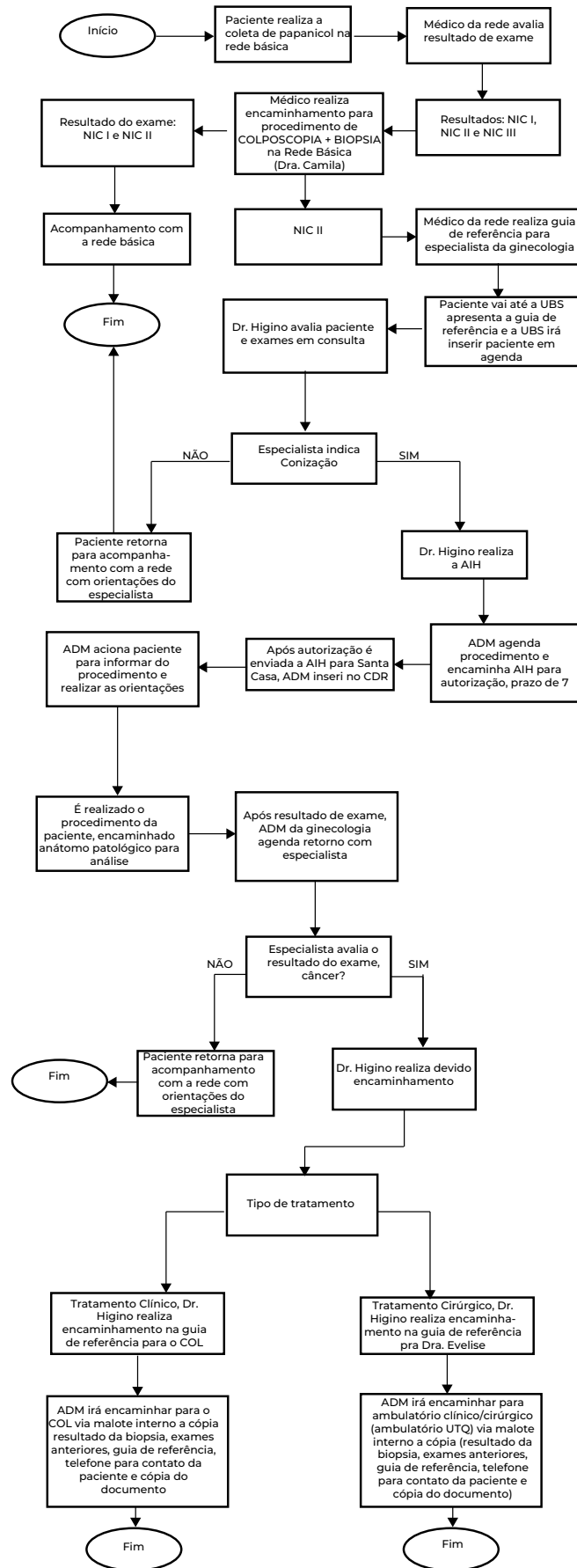
dação do conceito de “alta suspeição” na região da CIR de Limeira, o que garante ao paciente com suspeita de câncer o encaminhamento imediato ao serviço de oncologia. Em anexo, trazemos o exemplo um dos protocolos criados para alta suspeição de câncer de colo de útero.

Foram essenciais para os trabalhos do GT UNACON as deliberações das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) 53, de 21 de maio de 2021, que trata do “Protocolo estadual de alta suspeição em oncologia e diretrizes para a pactuação de protocolo regional de acesso à Rede de Alta Complexidade em Oncologia, no Estado de São Paulo” e da CIB 62, de 27 de junho de 2022, que trata do “Protocolo

clínico de regulação de acesso para tratamento de alta complexidade em oncologia”. Ambas trouxeram elementos bem definidos para a caracterização da “alta suspeição”, que pode ser verificada já nos atendimentos prestados pela Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, o paciente pode ser referenciado diretamente ao serviço especializado de oncologia.

Concluimos que a criação e efetivação do GT UNACON foi essencial na repactuação e no fortalecimento do atendimento de oncologia na CIR de Limeira, constituindo uma política de saúde mais eficaz ao controle dos serviços de oncologia, pelo prestador de serviço e municípios em conjunto com a DRS de Piracicaba.

ANEXO 1 - FLUXOGRAMA DE PACIENTES DE ALTA SUSPEIÇÃO DA GINECOLOGIA



Bloco C

**Regionalização
e Acesso**

MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO DE SAÚDE DO EXTREMO OESTE PAULISTA, COMO POTENCIALIZADOR DA ATENÇÃO BÁSICA

Bruna Arfelli¹

Paulo Rogério Oliveira²

Maria Helena B. de Moraes³

Nelo Polleto⁴

RESUMO EXECUTIVO

A partir das matrizes de processamento dos problemas priorizados, a Região de Saúde do Extremo Oeste Paulista, em discussão nas Câmaras Técnicas e CIR, percebeu a importância de monitorar os resultados das estratégias propostas para enfrentamento dos problemas de saúde, os quais foram discutidos nas oficinas envolvendo os técnicos dos municípios, do Departamento Regional de Saúde (DRS), gestores e mediadores (COSEMS e SES/SP).

A pertinência dessa ação possibilitou revisitar os processos de trabalho na Atenção Básica, potencializando os técnicos municipais e suas equipes de trabalho no fortalecimento de um olhar focado para a promoção e prevenção da saúde, o que impacta nos resultados da

assistência prestada aos usuários. Para esse monitoramento, utilizamos uma planilha com os temas trabalhados divididos por municípios. Nesse documento, os técnicos relatam os avanços alcançados e pensam em novas estratégias a partir da troca de experiência entre eles. A seguir, destacamos alguns exemplos.

SAÚDE MENTAL

Discussão do caderno 34, integração da Atenção Básica e Saúde Mental ao processo de Educação Permanente, potencializando o cuidado aos pacientes em sofrimento mental.

- Fortalecimento das discussões em reunião do GTAB para ações de saúde mental na APS, promovendo a integração das equipes.

1 Enfermeira – Marabá Paulista – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

2 Secretário Municipal de Caiuá – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

3 Articuladora da Atenção Básica – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

4 COSEMS – Mediador – Regionalização – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

ACESSO À REDE DE ONCOLOGIA

- Capacitação dos profissionais com relação ao protocolo de suspeição.
- Articulação com agendador do município na elaboração de planilha para monitoramento dos pacientes inseridos na rede, visando ao acompanhamento da equipe de APS.
- Implantação/implementação das equipes de regulação municipal.
- Articulação com instituições parceiras para aumento da realização de exames (mamografia e citopatológico).

SÍFILIS CONGÊNITA

- Potencialização de ações de busca ativa dos parceiros para realização de testes para IST.
- Realização do tratamento de sífilis nas gestantes (Benzetacil) nas Unidades Básicas de Saúde.
- Capacitação de médicos e enfermeiros por meio da VE municipal, abordando o protocolo de tratamento.
- Fortalecimento para o acompanhamento das gestantes diagnosticadas com sífilis.

POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO RRAS 11 – PRESIDENTE PRUDENTE

Bruna Arfelli¹
Paulo Rogério Oliveira²
Maria Helena B. de Moraes³
Nelo Polleto⁴

RESUMO EXECUTIVO

O processo de discussão dos problemas levantados pelos municípios a partir das oficinas de regionalização proporcionou um olhar focado na Atenção Básica (AB), por meio do qual os gestores perceberam a importância de rever processos de trabalho na construção de novas práticas, possibilitando impactos positivos na qualidade da assistência aos usuários.

Na Região de Saúde do Extremo Oeste Paulista, foram trabalhados três problemas: o acesso à Rede de Oncologia, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sífilis congênita. A partir das matrizes, os gestores municipais, técnicos dos municípios, técnicos do DRS, articulador da Atenção Básica e representante do COSEMS (mediador) construíram estratégias para o enfrentamento dos problemas a partir de ações na AB.

A dinâmica de discussão nas reuniões de Câmara Técnica e CIR favoreceu o for-

talecimento desses espaços, garantindo aos gestores protagonismo na tomada de decisões e nas reflexões sobre a rotina de trabalho com a equipe técnica.

A proposta de implantação do GTAB integrando três regiões de saúde, com pactuação nas três CIRs (RS Alta Paulista/ Extremo Oeste Paulista e Pontal do Paranapanema), promoveu a integração e troca de experiências para o fortalecimento da Atenção Básica, processo este conduzido pelos articuladores da AB das respectivas regiões.

A necessidade de capacitação dos profissionais da Atenção Básica em relação ao protocolo de suspeição favoreceu sua qualificação e organizou as equipes de regulação municipal, além do acesso ao SIRESP para acompanhamento dos pacientes inseridos na rede, fortalecendo o cuidado e a responsabilidade sanitária da equipe em relação ao usuário.

- 1 Enfermeira – Marabá Paulista – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11
- 2 Secretário Municipal de Caiuá – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11
- 3 Articuladora da Atenção Básica – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11
- 4 COSEMS – Mediador – Regionalização – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

Com relação à Saúde Mental, houve fortalecimento do Grupo Conductor da RAPS com a APS, por meio do próprio espaço do GTAB, unindo Saúde Mental e Atenção Básica, e integrando os profissionais para melhor resposta a essa demanda.

Discussões do caderno 34: planejamento conjunto com outros setores pertinentes a esta necessidade, processo de trabalho articulado por meio de reuniões municipais, processo de EP potencializado pelos técnicos do DRS e AAB .

Na questão da sífilis congênita, têm-se como resultados a reorganização dos fluxos de atendimento e o processo de trabalho a partir dos protocolos e tratamento realizado nas unidades de saúde.

A região implantou o monitoramento das estratégias propostas e, a cada reunião de Câmara Técnica, sob a coordenação do articulador da Atenção Básica, faz-se avaliação dos processos implantados.

RESULTADOS ALCANÇADOS

- Melhora na realização de exames de mamografia e Papanicolau, com articulação dos municípios com os serviços e carreta .
- Capacitações de profissionais da AB (protocolo de suspeição, protocolo de sífilis congênita e saúde mental).
- Potencialização da busca ativa de pacientes diabéticos, para melhor acompanhamento (Marabá Paulista).
- Implantação de grupos de atividade física (Caiuá).
- Reativação de eMultis , favorecendo a promoção e a prevenção da saúde.
- Reorganização das equipes de regulação.

Com a continuidade das discussões, as perspectivas são de possibilitar a incorporação de estratégias efetivas que levem as equipes de APS a promover o cuidado integral aos usuários.

QUALIFICAÇÃO DA REGULAÇÃO DE URGÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Vanessa Fujino Mizuhira¹

Rosana de Souza Heron²

Ana Luiza Miranda da Luz²

Chrizeide da Silva Ragazzi Sanches²

Nádia Cristiane de Mattia³

O processo de regionalização do estado de São Paulo iniciou-se em julho de 2023, e as regiões de saúde dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) tiveram oportunidade de elencar os principais problemas para discussão e estratégias de qualificação em todos os níveis de complexidade. A Região de Saúde de Fernandópolis priorizou a fragilidade da assistência à saúde mental, para iniciar as discussões na Primeira Oficina de Regionalização. Essa região de saúde possui um CAPS AD e CAPS II regionais, oferece consultas psiquiátricas feitas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Fernandópolis (CISARF), e os hospitais Nossa Senhora da Divina Providência, em Jaci, Santa Casa de Tanabi e Mahatma Gandhi, em Catanduva, são referências para as sete regiões de saúde do DRS XV de São José do Rio Preto.

Os gestores e representantes dos serviços de urgência municipais apontaram a dificuldade e demora na regulação de urgência dos pacientes psiquiátricos, devido à ausência de conduta uniforme pelos hospitais de referência para avaliação/acesso desses pacientes, provocando atraso no tratamento do transtorno mental. Dessa forma, foi proposta pelos representantes da região de saúde a elaboração de um protocolo de acesso único para os hospitais de referência, com objetivo de qualificar a regulação de urgência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O método utilizado para a elaboração do protocolo foi um conjunto de reuniões presenciais conduzidas pelos técnicos do DRS XV de São José do Rio Preto, com a participação dos diretores administrativos e clínicos dos hospitais de referência e representantes médicos dos serviços de urgência e emergência da região de saúde.

1 Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto, RRAS 12

2 RRAS 12

3 Secretaria Municipal de Saúde de Fernandópolis, RRAS 12

Na primeira reunião, foram apresentadas aos representantes dos hospitais de referência a importância e necessidade do protocolo de acesso e acordada a elaboração conjunta com os representantes médicos dos serviços de urgência. Durante a segunda reunião, discutiu-se sobre as dificuldades dos serviços de urgência na avaliação e regulação dos pacientes psiquiátricos. Também houve esclarecimentos aos hospitais psiquiátricos sobre a importância da avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa antes da internação. Na terceira reunião, foi elaborado e discutido o protocolo com os representantes, além de esclarecerem a importância de cada exame e do alinhamento de situações específicas.

O protocolo elaborado está sendo utilizado pelas três referências hospitalares, como piloto; na próxima etapa, ele será apresentado na Câmara Técnica (CT) com as possíveis adequações e aprovação na Comissão Intergestor Regional (CIR). Em seguida, será replicado a todas as regiões de saúde. Dessa forma, o protocolo propiciará a correta avaliação e indicação de internações psiquiátricas, favorecendo a regulação/acesso dos casos e tratamento em tempo oportuno. Além disso, fortalecerá a Rede de Atenção Psicossocial do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto.

PROTOCOLO DE ACESSO À URGÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Linha de Cuidado para Atendimentos de URGÊNCIAS PSQUIÁTRICAS:

SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA:

1. Ideação suicida com planejamento;
2. Delírios ou alucinações (surto psicótico);
3. Auto/heteroagressividade;
4. Confusão mental com desorganização.

RISCO BAIXO

1. Nunca tentou suicídio;
2. Ideias de suicídio passageiras e percebidas como perturbadoras;
3. Não planeja como se matar;
4. Transtorno mental com sintomas bem controlados, se presente;
5. Boa adesão ao tratamento;
6. Tem vida e apoio sociais.

RISCO MODERADO

1. Tentativa de suicídio prévia;
2. Depressão ou transtorno bipolar;
3. Ideias persistentes de suicídio vistas como solução;
4. Não tem um plano de como se matar;
5. Não é pessoa impulsiva;
6. Não abusa ou é dependente de álcool ou drogas;
7. Conta com apoio social.

RISCO ALTO

1. Tentativa de suicídio prévia;
2. Depressão grave com delírios e alucinações;
3. Abuso/dependência de álcool e/ou outras drogas;
4. desespero, tormento psíquico intolerável, não vê saída;

5. Plano definido de se matar;
6. Tem meios de como se matar;
7. Já tomou providências para ATO SUICIDA.

NOS CASOS DE PACIENTES COM RISCO ALTO: TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA

1. Encaminhar para hospital clínico de referência da rede, para exclusão de causas orgânicas.
2. Ambulância simples se paciente calmo e sem rebaixamento de nível de consciência; utilizar UTI se paciente confuso ou agitado.

TRANSFERÊNCIA INVOLUNTÁRIA

1. Sedação se agitação psicomotora;
2. Acionar equipe especializada de remoção psiquiátrica para hospital geral de referência, para descartar causas orgânicas.

MODELO DE RELATÓRIO PARA ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL GERAL DE REFERÊNCIA

Orientações clínicas para o hospital de referência:

- Encaminho para hospital clínico de referência paciente que buscou nosso serviço com queixas compatíveis com quadro de.....
- Diante da avaliação clínica, ponderamos a necessidade de internação psiquiátrica pela seguinte apresentação.....
- Sendo necessária a exclusão de causas orgânicas por meio da avaliação clínica, é uma exigência da rede a solicitação dos seguintes exames:

A) EXAMES LABORATORIAIS

- Hemograma
- Sódio
- Potássio
- Glicemia
- Ureia
- Creatinina
- TGO, TGP
- Urina tipo 1
- Beta HCG e/ou teste rápido de gravidez para mulher em idade fértil (de 10 a 49 anos)
- *TSH, T4 (na suspeita de Síndrome Tireotóxica, utilizar referência clínica)

B) EXAMES DE IMAGEM

- Tomografia de crânio (nos casos de 1º surto ou 1ª vez do paciente acima de 40 anos, com urgência psiquiátrica)

OBSERVAÇÕES

A) *Gestante* internada em hospital psiquiátrico – Termo de Responsabilidade assinado pelo gestor do município acordando:

- Consultas pré-natal (acompanhamento na referência).
- Garantir o acompanhamento e transporte.

B) *Vulnerável sem documento*: Assistência Social do município deve providenciar.

- Inserir Boletim de Ocorrência no anexo do SIRESP por sua validade legal.
- O Termo de Compromisso do Gestor quanto à internação e alta poderá ser anexado ao SIRESP ou entregue no ato da internação.

C) Paciente alcoólatra com síndrome de abstinência, período de observação 72 horas, após última ingesta.

D) Idosos, na maioria são causas orgânicas, descartar demência senil e síndrome metabólica.

E) Clínica IST/AIDS, em caso de necessidade, município de residência deverá providenciar os exames complementares e garantir o acompanhamento e transporte, quando necessário.

REFERÊNCIAS

1. Botega, Neury José. Crise Suicida. Artmed Editora, 2015.
2. Semple, David; Smyth, Roger. Oxford Handbook of Psychiatry. Oxford University press, 2019.
3. Clínicas Einstein. Linha de Cuidado para Atendimentos de Urgência Psiquiátrica, Hospital Albert Einstein, 2022.

CRIAÇÃO DE AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO PARA REALIZAÇÃO DE COLPOSCOPIA NO MUNICÍPIO DE LIMEIRA/SP

Faedra Rosada¹

Denise Ferro²

Vitor Sérgio Couto dos Santos³

A revisão e repactuação dos procedimentos e serviços de oncologia prestados pelo Centro de Oncologia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira (ISCML) para a Comissão Intergestores Regionais (CIR) de Limeira (contemplada pelos municípios de Limeira, Itacemápolis, Cordeirópolis e Engenheiro Coelho), executadas no decorrer do processo de regionalização, motivaram o município de Limeira a reorganizar seu fluxo interno de encaminhamentos para colposcopia.

Este exame tem grande importância no controle do câncer de colo do útero (CCU), uma vez que busca lesões no trato genital inferior feminino (vulva, vagina e colo do útero) que não são identificadas a olho nu, permitindo a coleta de biópsia para análise, se necessário.

A fila de espera para a realização da colposcopia que, durante as primeiras conversas do processo de repactuação contava com 125 mulheres aguardando

vaga, sempre foi motivo de preocupação para os gestores de Limeira. O exame era realizado no ambulatório de especialidades da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira (ISCML) durante consulta ginecológica, utilizando equipamentos cedidos pelo município, para o qual destinavam-se apenas três vagas/mês para toda a rede municipal de saúde, resultando em acúmulo de mulheres com resultado de exame citopatológico alterado aguardando para prosseguimento no tratamento.

Desta forma, devolvemos à municipalidade por meio do Departamento de Atenção Primária à Saúde, a responsabilidade pela condução do laboratório, com o objetivo de suprir a demanda reprimida e propiciar a conduta necessária às pacientes. A superintendência da ISCML foi comunicada sobre a modificação, solicitando o equipamento e o prontuário de todas as pacientes que estavam em acompanhamento pelo ambulatório.

1 Diretora de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Limeira

2 Encarregada da Unidade de Saúde da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Limeira

3 Secretário de Saúde da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Limeira

rio, para busca ativa por meio de planilha no Google Drive (Figura 1) e retomada das atividades, totalizando 150 mulheres necessitando do procedimento (125 na fila de espera do CROSS e 25 que haviam sido agendadas no ambulatório, mas, por conta de quebra do colposcópio, não haviam realizado o exame).

Contratou-se uma médica ginecologista especialista via consórcio CISMETRO, estipulando-se a realização de 20 exames por semana, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ampla, com sala adequada para a realização do procedimento e possíveis desdobramentos, como realização de cirurgia de alta frequência (CAF) e excisão da zona de transformação (EZT) para contenção de casos de NIC 1 e NIC 2 em nível ambulatorial. Ainda, requisitamos a compra de alças de cauterização e aspirador de vapores para tornar os procedimentos

acima citado seguros e viáveis de serem realizados em nível primário.

O ambulatório iniciou suas atividades em janeiro de 2024 e, até o momento, atendeu 253 mulheres, suprimindo a demanda reprimida de pacientes. Identificou quatro casos de adenocarcinoma invasivo, encaminhando as pacientes imediatamente para o setor de oncologia; dez casos foram encaminhados para realização de conização na ISCML, uma vez que se tratava de NIC 3, e oito casos de NIC 1/2 estão aguardando a chegada dos equipamentos para realização de CAF/EZT em nível ambulatorial. Dessa forma, compreendemos que a reorganização do fluxo de colposcopia contribuiu de forma significativa para diagnóstico e tratamento precoces, visto que, quando investigado e descoberto no início, o câncer de colo do útero possui maiores chances de cura.

CELERIDADE, SEGURANÇA E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Ana Beatriz Hernandez Hernandez Palermo¹

Dercy de Fátima Aldolfo²

Laysa Christina Pires do Nascimento³

Maria Aparecida P. Piedade⁴

Monica Jacqueline Galvão⁵

Simone Brito dos Santos Marcondes⁶

Talyne Byane Farabello⁷

A Rede de Saúde do Litoral Norte faz parte da RRAS 17. Contempla quatro municípios, que abrigam uma população com cerca de 350 mil habitantes.

Na regionalização, o problema eleito foi a oncologia, iniciando pela topografia câncer de mama.

Com o objetivo de avaliar os fatores relacionados ao acesso aos serviços e ao tratamento o mais brevemente possível, este processo foi conduzido com a participação integral de todas as esferas que compõem a linha de cuidado, responsáveis pelo rastreamento, diagnóstico e tratamento, utilizando os dados da realidade da região desde a Atenção Primária à Atenção Especializada. Foram envolvidos 82 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Estratégias Saúde da Família (ESFs), 4 centros de especialidades municipais, 4 núcleos municipais de oncologia, 1 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em

Oncologia (UNACON Pediátrica), 1 ambulatório médico de especialidades estadual e 1 UNACON com radioterapia, totalizando 93 equipamentos.

Para isso, foram mapeados todos os processos envolvidos no diagnóstico precoce e tratamento. A partir desses dados, foram elaborados fluxogramas os quais foram apresentados e avaliados com o objetivo de identificar as oportunidades de melhoria em nível primário, secundário e terciário. Após a análise, o grupo elaborou um plano de ação frente às necessidades de adequações, que abrangeu a elaboração das seguintes ações:

- Fluxo Regional Padrão (Anexo I)
- Implantação/fortalecimento do Sinal de Alerta nos casos de BIRADS 0,4 e 5
- Estudo do quantitativo de oferta de exames diagnósticos e sua adequação
- Análise da oferta das especialidades

1 DRS XVII

2 SMS Caraguatatuba

3 SMS São Sebastião

4 SMS Ilhabela

5 DRS XVII

6 SMS Ubatuba

7 DRS XVII

Levantamento dos dados para análise e monitoramento das ações.

A Atenção Primária foi especialmente trabalhada, tendo havido um esforço significativo por parte dos gestores municipais nas ações de educação, na intenção de promover a conscientização e o empoderamento dos processos pelos profissionais da Atenção Primária.

A elaboração de um fluxograma regional padrão representou um marco significativo para o grupo, pois proporcionou um alinhamento de condutas frente aos casos.

O estudo da demanda e oferta dos exames diagnósticos foi conduzido utilizando os parâmetros do INCA 2022. A partir das estimativas, os núcleos de regulações apresentaram os dados de oferta, absenteísmo e perda primária, possibilitando uma análise macrorregional aprofundada sobre a necessidade de ajustes nas ofertas existentes. Como resultado, o AME de Caraguatatuba ajustou a agenda de ultrassonografia mamária e consultas com mastologistas. Uma ação pontual de oferta de mamografia foi realizada no HRLN. Paralelamente, ações municipais trabalharam o absenteísmo. Sendo assim, a readequação das agendas existentes foi outra conquista, refletindo na melhoria de oferta dos serviços de saúde.

Durante o processo, o grupo reconheceu a necessidade premente de acessar dados que pudessem evidenciar o progresso das ações, visando avaliar e monitorar os processos já realizados.

Mais uma conquista vem sendo trabalhada: a análise dos dados disponíveis na UNACON, objetivando elaborar e examinar indicadores. Essas informações serão fundamentais para demonstrar o

impacto positivo das ações desenvolvidas, permitindo uma avaliação precisa e um monitoramento eficaz do progresso alcançado pelo projeto de regionalização.

O impacto mais importante desse trabalho é poder viabilizar a celeridade do tratamento dos pacientes com CA de mama, aspirando qualidade e acolhimento em todas as fases da assistência. A Rede de Saúde do Litoral Norte faz parte da RRAS 17. Contempla quatro municípios, que abrigam uma população com cerca de 350 mil habitantes.

Na regionalização, o problema eleito foi a oncologia, iniciando pela topografia câncer de mama.

Com o objetivo de avaliar os fatores relacionados ao acesso aos serviços e ao tratamento o mais brevemente possível, este processo foi conduzido com a participação integral de todas as esferas que compõem a linha de cuidado, responsáveis pelo rastreamento, diagnóstico e tratamento, utilizando os dados da realidade da região desde a Atenção Primária à Atenção Especializada. Foram envolvidos 82 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Estratégias Saúde da Família (ESFs), 4 centros de especialidades municipais, 4 núcleos municipais de oncologia, 1 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON Pediátrica), 1 ambulatório médico de especialidades estadual e 1 UNACON com radioterapia, totalizando 93 equipamentos.

Para isso, foram mapeados todos os processos envolvidos no diagnóstico precoce e tratamento. A partir desses dados, foram elaborados fluxogramas os quais foram apresentados e avaliados com o objetivo de identificar as oportunidades de melhoria em nível primário, secun-

dário e terciário. Após a análise, o grupo elaborou um plano de ação frente às necessidades de adequações, que abrangeu a elaboração das seguintes ações:

- Fluxo Regional Padrão (Anexo I)
- Implantação/fortalecimento do Sinal de Alerta nos casos de BIRADS 0,4 e 5
- Estudo do quantitativo de oferta de exames diagnósticos e sua adequação
- Análise da oferta das especialidades
- Levantamento dos dados para análise e monitoramento das ações.

A Atenção Primária foi especialmente trabalhada, tendo havido um esforço significativo por parte dos gestores municipais nas ações de educação, na intenção de promover a conscientização e o empoderamento dos processos pelos profissionais da Atenção Primária.

A elaboração de um fluxograma regional padrão representou um marco significativo para o grupo, pois proporcionou um alinhamento de condutas frente aos casos.

O estudo da demanda e oferta dos exames diagnósticos foi conduzido utilizando os parâmetros do INCA 2022. A partir das estimativas, os núcleos de regulação apresentaram os dados de oferta, absenteísmo e perda primária, possibilitando uma análise macrorregio-

nal aprofundada sobre a necessidade de ajustes nas ofertas existentes. Como resultado, o AME de Caraguatatuba ajustou a agenda de ultrassonografia mamária e consultas com mastologistas. Uma ação pontual de oferta de mamografia foi realizada no HRLN. Paralelamente, ações municipais trabalharam o absenteísmo. Sendo assim, a readequação das agendas existentes foi outra conquista, refletindo na melhoria de oferta dos serviços de saúde.

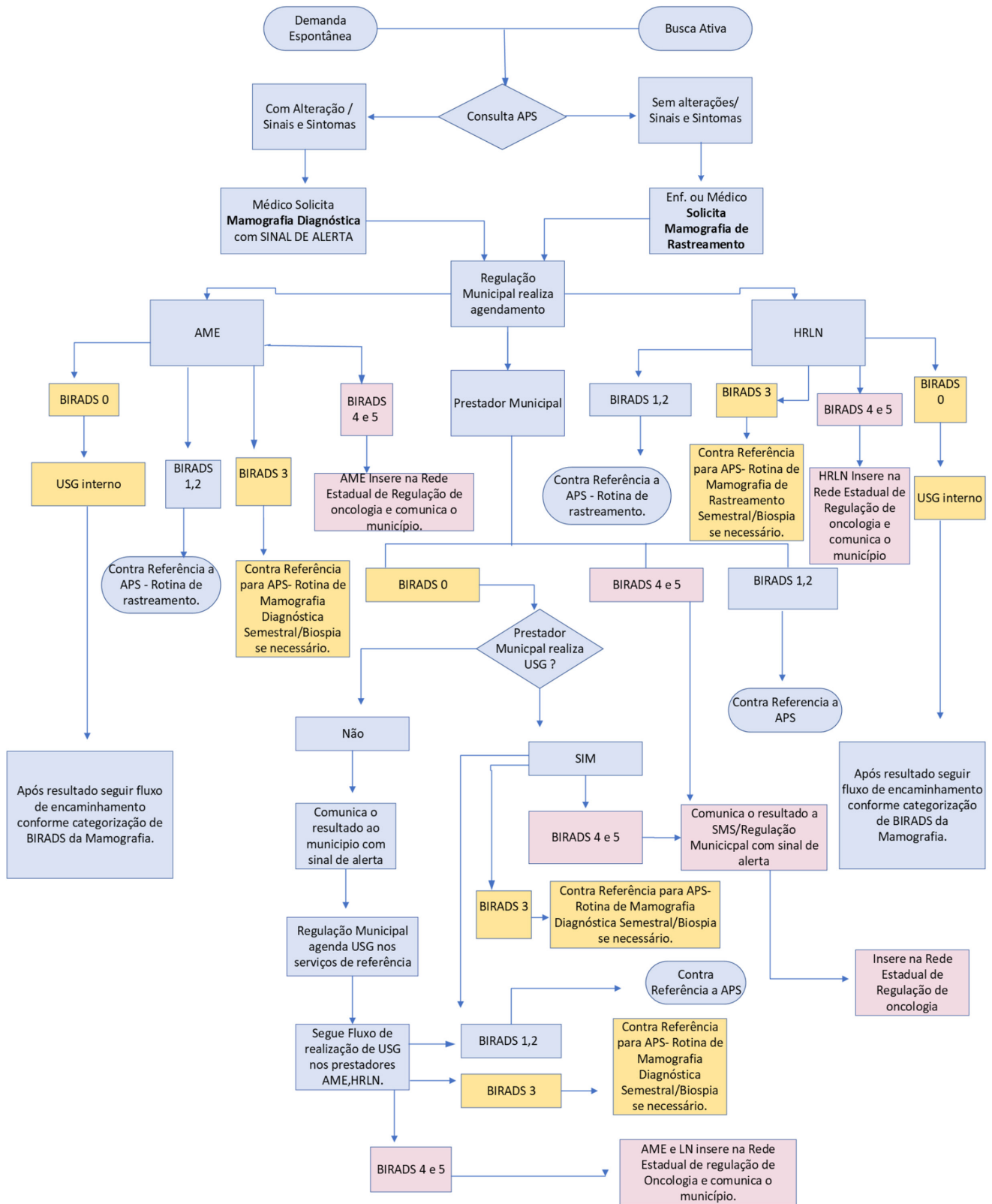
Durante o processo, o grupo reconheceu a necessidade premente de acessar dados que pudessem evidenciar o progresso das ações, visando avaliar e monitorar os processos já realizados.

Mais uma conquista vem sendo trabalhada: a análise dos dados disponíveis na UNACON, objetivando elaborar e examinar indicadores. Essas informações serão fundamentais para demonstrar o impacto positivo das ações desenvolvidas, permitindo uma avaliação precisa e um monitoramento eficaz do progresso alcançado pelo projeto de regionalização.

O impacto mais importante desse trabalho é poder viabilizar a celeridade do tratamento dos pacientes com CA de mama, aspirando qualidade e acolhimento em todas as fases da assistência.

Anexo I

FLUXO DE DIAGNÓSTICO AMBULATORIAL DE ALTA SUSPEIÇÃO PARA CÂNCER DE MAMA



ANEXO II

Modelo 1 de Ferramenta utilizada para coleta dos dados

**PROTOCOLO ESTADUAL DE ALTA SUSPEIÇÃO EM ONCOLOGIA
PARA ACESSO À REDE DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA
(DELIBERAÇÃO CIB Nº 53/2021)**

5 PRINCIPAIS TOPOGRAFIAS		PROCEDIMENTOS PRIORITÁRIOS À INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA		TOTAL GERAL MUNICÍPIOS		
LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DA NEOPLASIA MALIGNA		CÓDIGOS	TIPOS	SOMA DA OFERTA EM SERVIÇO PRÓPRIO E CONTRATADO		
				OFERTA	AGENDAMENTO	AUSÊNCIAS
1 MASTOLOGIA		0204030030	Mamografia			
		0204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO			
		0205020097	Ultrassonografia mamária bilateral			
		0201010607	Punção de mama por agulha grossa			
		0201010569	Biópsia/exerese de nódulo de mama			
2 GINECOLOGIA	Colo uterino	0211040029	Colposcopia			
		0201010666	Biópsia do colo uterino			
		0409060089	Excisão Tipo 1 do colo uterino			
		0409060305	Excisão Tipo 2 do colo uterino			
		0409060038	Excisão Tipo 3 do colo uterino			
	Corpo uterino/ endométrio	0205020186	Ultrassonografia Transvaginal			
		0211040045	Histeroscopia (Diagnóstica)			
		0409060178	Histeroscopia cirúrgica c/ ressectoscópio			
		0209030011	Histeroscopia cirúrgica			
		0409060097	Exerese de pólipos de útero			
		0201010151	Biópsia de endométrio			
		0201010160	Biópsia de endométrio por aspiração manual Intrauterina			
	Vagina/vulva	0201010500	Biópsia/punção de vagina			
		0201010518	Biópsia/punção de vulva			
	Ovário	0205020160	Ultrassonografia pélvica (ginecológica)			
		0205020046	Ultrassonografia de abdômen total			
		0206030037	Tomo da pelve/bacia/abdômen inferior			
		0206020031	Tomografia computadorizada de tórax			
3 TÓRAX		0206020040	Tomo de hemitórax, pulmão ou do mediastino			
4 APARELHO DIGESTIVO	ESÔFAGO	0209010037	Esôfagogastroduodenoscopia com biópsia			
	ESTÔMAGO	0209010037	Esôfagogastroduodenoscopia com biópsia			
	PÂNCREAS	0206030010	Tomografia computadorizada de abdômen superior			
	FÍGADO E VIAS BILIARES	0206030010	Tomografia computadorizada de abdômen superior			
	CÓLON/RETO/ CANAL ANAL	0209010053	Retossigmoidoscopia com biópsia			
		0209010029	Colonoscopia (coloscopia) com biópsia			
		0201010046	Biópsia de ânus e canal anal			
	RETROPERITÔNIO	0206030010	Tomo de abdômen superior			
		0206030037	Tomo de pelve/bacia/abdômen inferior			
	5 UROLOGIA	Próstata	0205020100	Ultrassonografia de próstata por via abdominal		
0205020119			Ultrassonografia de próstata (via transretal)			
0201010410			Biópsia de próstata			
Bexiga urinária		0205020054	Ultrassonografia de aparelho urinário			
		0206030037	Tomo de pelve/bacia/abdômen inferior			
Rim/adrenal		0205020054	Ultrassonografia de aparelho urinário			
		0206030037	Tomo de pelve/bacia/abdômen inferior			
Pênis		0201010380	Biópsia de pênis			
Testículo		0205020070	Ultrassonografia de bolsa escrotal			

ANEXO III

Modelo 2 de Ferramenta utilizada para coleta dos dados

Estimativas para o ano de 2022 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (TABELA 31/INCA), por municípios do ESP.

PARÂMETROS DO INCA 2022

Município	Masculino	Feminino	Total Pop	Estimativa de casos novos	Cirurgias de câncer principal (60%)	Procedimentos de cirurgias de câncer principais esperados	Quimioterapia (70%)	Procedimentos quimioterapia esperados	Radioterapia (60%)	Tratamentos de Radioterapia esperados	Mama feminina
Caraguatatuba	57.881	60.202	118.083	313	188	204	219	1.660	188	188	0
Ilhabela	17.194	16.983	34.177	91	54	59	63	481	54	54	0
São Sebastião	44.121	45.067	89.188	237	142	154	166	1.254	142	142	0
Ubatuba	44.648	46.008	90.656	240	144	156	168	1.274	144	144	0
Total	163.844	168.260	332.104	881	528	573	617	4.668	528	528	0

Estado Taxa Bruta p 100.000 hab. Fonte INCA 2023

Fonte:

Estimativa da População por sexo. SEADE 2023

Estimativa 2023 incidência de câncer no Brasil / INCA-Região Sudeste, Tabela 31, Estado São Paulo/São Paulo

NÚCLEO DE ACESSO À QUALIDADE HOSPITALAR (NAQH): CONSTRUÇÕES COLETIVAS PARA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO SUS

Natalia Ferrari Vedroni Denise Paolinetti da Câmara Minelli Esther Langhi Chiozzini
Gabriela Campos Hespanholo

RESUMO EXECUTIVO

Introdução: O presente trabalho traz um olhar a respeito da importância do Núcleo de Acesso à Qualidade Hospitalar (NAQH) como dispositivo para a integralidade do cuidado em rede de atenção à saúde. A iniciativa partiu de reuniões com a RRAS 18, nas quais o hospital apresentou as dificuldades relacionadas aos arranjos assistenciais no município e região. A problemática parte da necessidade de mudanças de rotinas, sendo essencial a análise de indicadores, onde foi possível analisar a produção de regulação, sendo esta de urgência/emergência e também ambulatorial. Com base nessas análises, foram discutidas de forma interna as possibilidades de melhorias para o aperfeiçoamento da regulação e assim garantir maior acesso aos pacientes que procuram os serviços de saúde e o aumento da oferta de cirurgias, tendo em vista que havia um número significativo de procedimentos represados.

Objetivos: Proporcionar maior acesso aos pacientes que procuram os serviços de saúde.

Metodologia: Reuniões internas na instituição com as equipes de regulação de urgência, ambulatorios e administração, com o intuito de dialogar com os profissionais a respeito da análise assertiva de indicadores e reorganizar os atendimentos, de modo a aumentar a aceitação de casos na regulação e a oferta de cirurgias. Também houve reuniões temáticas do grupo com a RRAS 18 e a gestão municipal, nas quais, posteriormente, houve um comparativo de produção. Na ocasião, além das discussões em equipe, também houve a contratação de profissionais de mais especialidades médicas.

Resultados: Maior aceitação por parte da equipe médica a respeito dos casos regulados na urgência/emergência. A respeito das agendas ambulatoriais, houve um aumento significativo da oferta de cirurgias eletivas, tendo em vista as novas organizações ambu-

latoriais, incluindo melhorias na comunicação com os pacientes, como disponibilização de atendimento via Whatsapp. A aproximação com a gestão municipal também foi essencial no sentido de compartilhar as filas de espera para organizar de forma mais assertiva o acesso dos pacientes aos serviços.

Conclusão: Consideramos que para que haja um cuidado de forma integral, é essencial que os serviços estejam articulados, e para que isso ocorra, que os profissionais possam traçar estratégias de cuidado em conjunto. Desta forma, foi de suma importância essa articulação entre

profissionais, RRAS 18, gestão municipal, que juntos fizeram a revisão dos processos de trabalho, com o intuito de discutir casos e observar com maior atenção as demandas da população. Destaca-se atualmente que o NAQH, além das reuniões internas, também está realizando encontros bimestrais com os municípios da região para apresentação de indicadores, entre eles o aumento significativo de procedimentos realizados, além da abertura para sugestões com escuta ativa aos demais pontos de atenção para proporcionar um cuidado de forma integral e humanizado.

INTEGRAÇÃO E EQUIDADE: O IMPACTO DA REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MATÃO E REGIÃO NOROESTE

Orivaldo Ademir Reguin¹

Emanuel Marques de Sá Gomes da Silva²

Jonathas Carlos Custodio³

Viviane Rocha Sousa⁴

A regionalização da saúde em Matão, anteriormente parte da região Norte, evoluiu significativamente com a integração da região Centro-Oeste para formar a nova região Noroeste. Esta mudança estruturou uma nova dinâmica em que ambos os territórios se beneficiam mutuamente, melhorando a qualidade e a disponibilidade dos serviços de saúde, especialmente nos cuidados de alta complexidade, como ortopedia, cardiologia e gestação de alto risco.

A integração visou equilibrar os recursos entre as duas regiões, promovendo um acesso mais uniforme aos serviços de saúde. Enquanto a região Norte, incluindo Matão, possuía uma infraestrutura de saúde mais estabelecida, a região Centro-Oeste trazia consigo potenciais para expansão e novas oportunidades de desenvolvimento de serviços. Com a união, a estratégia foi utilizar os pontos fortes de cada área para suprir as carên-

cias da outra, estabelecendo um sistema de saúde mais coeso e eficiente.

Este processo resultou em uma rede integrada de cuidados, onde recursos são compartilhados e as capacidades de cada região são utilizadas para melhorar o atendimento ao paciente em todo o território Noroeste. A colaboração entre os sistemas de saúde locais permitiu uma melhor distribuição de especialidades médicas e a implementação mais uniforme de práticas baseadas em evidências.

Agora, pacientes em ambas as regiões têm acesso melhorado a tratamentos especializados e cuidados de alta complexidade. Por exemplo, o acompanhamento de gestações de alto risco foi ampliado, garantindo que todas as mulheres recebam o suporte necessário com maior proximidade e eficiência. A integração também facilitou a mobilidade de especialistas e a utilização de equipamentos médicos avançados de maneira mais estratégica.

1 Secretário de Saúde Matão - RRAS 18

2 Médico SMS Matão – RRAS 18

3 SMS Matão – RRAS 18

4 DRS III – RRAS 18

Além disso, a regionalização fortaleceu o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. Com um sistema mais integrado, as decisões podem ser tomadas com base em uma visão mais ampla das necessidades de saúde da região Noroeste, promovendo uma abordagem mais holística e equitativa na Saúde Pública.

Essa nova configuração não apenas harmonizou a distribuição de serviços de saúde entre as regiões Norte e Centro-Oeste, mas também elevou o padrão de cuidado em toda a região Noroeste, demonstrando o poder da colaboração e do planejamento estratégico no fortalecimento dos sistemas de saúde locais.

SAÚDE MENTAL E PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MATÃO - REGIÃO DE SAÚDE NOROESTE DO DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA

Orivaldo Ademir Reguin¹

Emanuel Marques de Sá Gomes da Silva²

Jonathas Carlos Custodio³

Viviane Rocha Sousa⁴

A regionalização em Matão influenciou diretamente a distribuição e o acesso aos equipamentos de saúde mental no município. Esse processo, fundamental para entender a disposição dos recursos, também destacou a problemática da escassez de leitos psiquiátricos, uma questão crítica durante e após a pandemia de Covid-19 na região de saúde Noroeste do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III).

A regionalização, ao organizar os municípios em áreas com distintos níveis de serviços e infraestruturas, impactou no modo como os serviços de saúde mental são oferecidos. Municípios de maior porte podem ter melhor acesso a centros de atendimento e profissionais especializados, enquanto municípios de pequeno porte sofrem a falta desses serviços. Essa distribuição desigual afeta diretamente a eficácia do atendimento à população, especialmente em tempos de crise sanitária, quando a demanda por esses serviços aumenta substancialmente.

Nas discussões nas oficinas, a falta de leitos psiquiátricos é uma das consequências mais graves da insuficiência de infraestrutura adequada. Essa carência tornou-se ainda mais evidente com o aumento de casos de transtornos mentais que requeriam internações. A regionalização foi uma ferramenta estratégica para o planejamento e alocação de recursos, inclusive leitos, de maneira mais equitativa e eficiente.

Portanto, para Matão, foi crucial investir nas discussões com os equipamentos de saúde mental disponíveis no município e a referência para internação dos usuários nos leitos psiquiátricos, mas também utilizar a regionalização como um meio de garantir que todos os segmentos da população tenham acesso igualitário e adequado a esses serviços essenciais. Este é um desafio que, se bem administrado, pode significar um avanço importante na qualidade de vida e no bem-estar da comunidade.

1 Secretário de Saúde Matão - RRAS 18

2 Médico SMS Matão - RRAS 18

3 SMS Matão - RRAS 18

4 DRS III - RRAS 18

REGIONALIZAÇÃO E PROTOCOLOS DE SAÚDE EM MATÃO: MELHORANDO O ACESSO E A QUALIDADE DO ATENDIMENTO CARDIOVASCULAR

Orivaldo Ademir Reguin¹

Emanuel Marques de Sá Gomes da Silva²

Jonathas Carlos Custodio³

Viviane Rocha Sousa⁴

No município de Matão, a implementação de protocolos regulatórios em serviços de saúde está integrada à estratégia de regionalização, buscando melhorar o acesso e a equidade no atendimento especializado, particularmente em saúde cardiovascular. Essas medidas fazem parte de um esforço mais amplo para construir um sistema de saúde mais eficiente, resolutivo e acessível a todos os segmentos da população, alinhando-se às diretrizes de regionalização que visam otimizar recursos em uma área mais ampla.

Os protocolos em Matão abrangem desde a reorganização da rede de atendimento até a adoção de diretrizes clínicas baseadas em evidências, integrando os serviços de saúde do município com a região circundante. Isso inclui o fortalecimento da Atenção Primária, essencial para garantir que os pacientes recebam o primeiro atendimento de forma rápida e eficaz. Uma triagem eficiente permite encaminhar casos que necessitam de

cuidados especializados para serviços apropriados dentro da região, reduzindo o tempo de espera e melhorando a qualidade do atendimento.

A regionalização também influencia o planejamento da capacitação contínua dos profissionais de saúde, desde médicos e enfermeiros até gestores e técnicos. Isso garante a aplicação das melhores práticas no diagnóstico e tratamento de doenças.

cardiovasculares, contribuindo para uma abordagem mais precisa e atualizada das condições de saúde e potencializando os resultados clínicos e a satisfação dos pacientes.

Adicionalmente, a integração de sistemas de informação é crucial. Com registros adequados e análise de dados, é possível monitorar a incidência de doenças cardiovasculares em uma escala regional, avaliar a eficácia das intervenções e ajustar estratégias conforme necessário. Isto não só melhora o gerenciamento de recursos, mas também

1 Secretário de Saúde Matão - RRAS 18

2 Médico SMS Matão – RRAS 18

3 SMS Matão – RRAS 18

4 DRS III – RRAS 18

promove uma saúde pública mais responsiva e adaptada às necessidades locais e regionais.

A implementação desses protocolos, ao qualificar os encaminhamentos, reduz a quantidade de exames desnecessários, proporcionando um atendimento mais focado e clinicamente pertinente.

Em resumo, a experiência de Matão ilustra como a regionalização dos serviços de saúde, por meio de protocolos regulatórios e do foco na capacitação e integração, pode levar a um sistema de saúde mais equitativo e de alta qualidade, com impactos diretos na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares.

Bloco D

**Governança
Regional**

MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO DE SAÚDE DO EXTREMO OESTE PAULISTA, COMO POTENCIALIZADOR DA ATENÇÃO BÁSICA

POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA REGIONALIZAÇÃO E MONITORAMENTO COMO FERRAMENTADO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Bruna Arfelli¹
Paulo Rogério Oliveira²
Maria Helena B. de Moraes³
Nelo Polleto⁴

RESUMO EXECUTIVO

A partir das matrizes de processamento dos problemas priorizados, a Região de Saúde do Extremo Oeste Paulista, em discussão nas Câmaras Técnicas e CIR, percebeu a importância de monitorar os resultados das estratégias propostas para enfrentamento dos problemas de saúde, os quais foram discutidos nas oficinas envolvendo os técnicos dos municípios, do Departamento Regional de Saúde (DRS), gestores e mediadores (COSEMS e SES/SP).

A pertinência dessa ação possibilitou revisitar os processos de trabalho na Atenção Básica, potencializando os técnicos municipais e suas equipes de trabalho no fortalecimento de um olhar focado para a promoção e prevenção da saúde, o que impacta nos resultados da

assistência prestada aos usuários. Para esse monitoramento, utilizamos uma planilha com os temas trabalhados divididos por municípios. Nesse documento, os técnicos relatam os avanços alcançados e pensam em novas estratégias a partir da troca de experiência entre eles. A seguir, destacamos alguns exemplos.

SAÚDE MENTAL

Discussão do caderno 34, integração da Atenção Básica e Saúde Mental ao processo de Educação Permanente, potencializando o cuidado aos pacientes em sofrimento mental.

- Fortalecimento das discussões em reunião do GTAB para ações de saúde mental na APS, promovendo a integração das equipes.

1 Enfermeira – Marabá Paulista – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

2 Secretário Municipal de Caiuá – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

3 Articuladora da Atenção Básica – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

4 COSEMS – Mediador – Regionalização – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

ACESSO À REDE DE ONCOLOGIA

- Capacitação dos profissionais com relação ao protocolo de suspeição.
- Articulação com agendador do município na elaboração de planilha para monitoramento dos pacientes inseridos na rede, visando ao acompanhamento da equipe de APS.
- Implantação/implementação das equipes de regulação municipal.
- Articulação com instituições parceiras para aumento da realização de exames (mamografia e citopatológico).

SÍFILIS CONGÊNITA

- Potencialização de ações de busca ativa dos parceiros para realização de testes para IST.
- Realização do tratamento de sífilis nas gestantes (Benzetacil) nas Unidades Básicas de Saúde.
- Capacitação de médicos e enfermeiros por meio da VE municipal, abordando o protocolo de tratamento.
- Fortalecimento para o acompanhamento das gestantes diagnosticadas com sífilis.

POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO PRESIDENTE PRUDENTE

POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA REGIONALIZAÇÃO E
MONITORAMENTO COMO FERRAMENTADO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Bruna Arfelli¹
Paulo Rogério Oliveira²
Maria Helena B. de Moraes³
Nelo Polleto⁴

RESUMO EXECUTIVO

O processo de discussão dos problemas levantados pelos municípios a partir das oficinas de regionalização proporcionou um olhar focado na Atenção Básica (AB), por meio do qual os gestores perceberam a importância de rever processos de trabalho na construção de novas práticas, possibilitando impactos positivos na qualidade da assistência aos usuários.

Na Região de Saúde do Extremo Oeste Paulista, foram trabalhados três problemas: o acesso à Rede de Oncologia, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sífilis congênita. A partir das matrizes, os gestores municipais, técnicos dos municípios, técnicos do DRS, articulador da Atenção Básica e representante do COSEMS (mediador) construíram estratégias para o enfrentamento dos problemas a partir de ações na AB.

A dinâmica de discussão nas reuniões de Câmara Técnica e CIR favoreceu o fortalecimento desses espaços, garantindo aos gestores protagonismo na tomada de decisões e nas reflexões sobre a rotina de trabalho com a equipe técnica.

A proposta de implantação do GTAB integrando três regiões de saúde, com pactuação nas três CIRs (RS Alta Paulista/Extremo Oeste Paulista e Pontal do Paranapanema), promoveu a integração e troca de experiências para o fortalecimento da Atenção Básica, processo este conduzido pelos articuladores da AB das respectivas regiões.

A necessidade de capacitação dos profissionais da Atenção Básica em relação ao protocolo de suspeição favoreceu sua qualificação e organizou as equipes de regulação municipal, além do acesso ao SIRESP para acompanhamento dos pacientes inseridos na rede, fortalecendo

1 Enfermeira – Marabá Paulista – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

2 Secretário Municipal de Caiuá – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

3 Articuladora da Atenção Básica – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

4 COSEMS – Mediador – Regionalização – Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – RRAS 11

o cuidado e a responsabilidade sanitária da equipe em relação ao usuário.

Com relação à Saúde Mental, houve fortalecimento do Grupo Condutor da RAPS com a APS, por meio do próprio espaço do GTAB, unindo Saúde Mental e Atenção Básica, e integrando os profissionais para melhor resposta a essa demanda.

Discussões do caderno 34: planejamento conjunto com outros setores pertinentes a esta necessidade, processo de trabalho articulado por meio de reuniões municipais, processo de EP potencializado pelos técnicos do DRS e AAB.

Na questão da sífilis congênita, têm-se como resultados a reorganização dos fluxos de atendimento e o processo de trabalho a partir dos protocolos e tratamento realizado nas unidades de saúde.

A região implantou o monitoramento das estratégias propostas e, a cada reunião de Câmara Técnica, sob a coordenação do articulador da Atenção Básica, faz-se avaliação dos processos implantados.

RESULTADOS ALCANÇADOS

- Melhora na realização de exames de mamografia e Papanicolau, com articulação dos municípios com os serviços e carreta.
- Capacitações de profissionais da AB (protocolo de suspeição, protocolo de sífilis congênita e saúde mental).
- Potencialização da busca ativa de pacientes diabéticos, para melhor acompanhamento (Marabá Paulista).
- Implantação de grupos de atividade física (Caiuá).
- Reativação de eMultis, favorecendo a promoção e a prevenção da saúde.
- Reorganização das equipes de regulação.

Com a continuidade das discussões, as perspectivas são de possibilitar a incorporação de estratégias efetivas que levem as equipes de APS a promover o cuidado integral aos usuários.

A DIVISÃO DE TRABALHO E IMPLANTAÇÃO DE PLATAFORMA ONLINE PARA ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA CIR RIO PRETO – DRS XV

Bruno Henrique Ribeiro¹
Karyna Camillo²
Dra. Ana Flávia Cian Aguiar³
Liliane Nakata⁴

RESUMO EXECUTIVO

O Processo de Regionalização retomado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), em parceria com o Conselho de Secretarias municipais de Saúde e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), teve sua primeira oficina em nossa região 12 de julho de 2023.

O processo que tem como objetivo reorganizar a rede de atenção à saúde, otimizando a distribuição dos serviços ofertados, regionalmente, garantindo que toda a população tenha acesso à Saúde sem a necessidade de grandes deslocamentos. Atualmente, os municípios aplicam até 40% do seu orçamento na Saúde, no entanto, em razão da desorganização das unidades que não estão integradas em rede, muitas vezes o cidadão não tem suas necessidades atendidas.

Nossa CIR (CIR Rio Preto) contém 20 municípios, dentre eles o município de São José do Rio Preto com população

de acima de 400 mil habitantes e temos municípios com menos de 5 mil habitantes, ou seja, com realidades diferentes.

O problema central proposto na primeira oficina foi, “DIAGNÓSTICO TARDIO POR FALTA DE ACESSO A EXAMES E CONSULTAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO NA REDE ASSISTENCIAL”, considerando a amplitude do tema, tornou-se então necessário uma amplitude de ações para que os atores envolvidos no processo pudessem acompanhar todo o processo de conteúdos produzidos, desdobramentos que foram necessários para discutir a problemática.

Portanto, foi criado e vem sendo “alimentado” um histórico do Processo de Regionalização, também chamado de repositório, iniciado em julho de 2023 na plataforma Padlet, que pode ser acessado por qualquer pessoa seja da CIR Rio Preto, seja, demais regiões de saúde para acompanhar todos os conteúdos produzidos.

1 Gestor do Município de Guapiaçu

2 Representante Regional do Gestores CIR Rio Preto e gestora de Uchoa

3 médica diretora clínica de Guapiaçu) – CIR Rio Preto, DRS XV

4 Apoiadora COSEMS

Alguns processos como o exemplo da Assistência Farmacêutica desencadearam um evento de Experiências Exitosas regional, com experiências de municípios de diferentes portes, incentivando a adoção de parâmetros, REMUMES que possam ser minimamente conhecidas pelos prestadores, prescritores para que quando o paciente migre de uma cidade para outra não tenha desassistência no seu tratamento.

No desafio do problema central desencadearam 6 grupos de trabalhos, sendo eles:

1. Protocolos de acesso, matriciamento;
2. Reorganização das equipes de regulação municipal, - regulação estadual, fluxos e monitoramento;
3. Linhas de cuidado, h.A., Dia, mulher e criança;
4. Cobertura de APS (2 municípios com menor cobertura já aumentaram nesse período);
5. financiamento (pausa para análise da tabela SUS paulista e novo financiamento da APS);
6. HPP – com desdobramentos dos próprios hospitais sinalizado suas

características de capacidade para absorção de demanda.

CONCLUSÃO

Considera-se que o método de uso de tecnologia de fácil acesso (via internet), repositório do histórico de documentos, produções sendo realizadas em forma de “linha do tempo” contribuiu e continuará a contribuir para uma maior visibilidade do processo como um todo da Regionalização, podendo ser replicado por outras regiões de saúde, tendo assim um fácil acesso para que uma Região de Saúde possa ter acesso aos desdobramentos de outras Regiões, sendo um processo contínuo de troca de saberes entre os municípios paulistas e até mesmo de outros estados.

FOTOS E LINK DA PLATAFORMA – PADLET



CRIAÇÃO DE SUBGRUPOS COMO ESTRATÉGIA NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO - CIR RIO PRETO

Chrizeide da S. Ragazzi¹
Edimeia Ribeiro Alves Vieira²
Francielle C. Durigan Maritns³
Loilton Augusto Santana Salvini⁴
Sandra Maria Liebana Mendes⁵

O processo de Regionalização proposto pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) provocou um importante movimento na Região de Saúde Rio Preto. O problema priorizado na região foi: “Diagnóstico tardio por falta de acesso a exames e consultas de média e alta complexidade para continuidade do cuidado na rede de assistência”. Durante as discussões para processamento do problema identificou-se várias questões que fazem interfaces e contribuem para esta situação, nos diferentes pontos de atenção da rede, entre elas: falta de efetividade nas Linhas de Cuidados das doenças crônicas não transmissíveis, fragilidade no processo de trabalho das Equipes Municipais de Regulação, oferta de serviços regionais de referência de média complexidade insuficientes, ausência e desatualização das REMUMES municipais entre outros. Neste processo, o grupo entendeu que os aspectos que sustentam o problema

são muito diversificados e propôs a formação de subgrupos, formados por gestores, técnicos municipais e estaduais, e prestadores de serviços. Foram formados quatro subgrupos: Linha de Cuidado, Regulação, Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e Assistência Farmacêutica. O subgrupo de Regulação se dividiu em dois, para trabalhar separadamente os temas de Regulação Municipal e Protocolos. Os subgrupos criaram agendas de trabalho para aprofundamento das causas dos problemas e, sequencialmente, realizaram apresentação de diagnósticos e propostas no coletivo dos Gestores para ampliar as discussões, encaminhamentos regionais e pactuações. Para registro das atividades durante este processo, foi utilizada a ferramenta “Padlet”, link <https://padlet.com/lilianenakata/regionaliza-o-s-ijos-do-rio-preto-jklf02ev5ikbia7>. Até o momento, os encaminhamentos sugeridos pelos subgrupos, discutidos

1 Sanches - Diretor Técnico de Saúde II/DRSXV- RRAS 12;

2 AAB/DRS XV – RRAS 12;

3 Diretor Técnico de Saúde I/DRSXV – RRAS 12;

4 AAB/DRS XV – RRAS 12;

5 AAB/DRS XV – RRAS 12.

e pactuados entre os Gestores foram: Proposta de reorganização das equipes de Regulação Municipal, com dimensionamento de profissionais, respeitando porte populacional dos municípios e processos de trabalho com alinhamento de rotinas, qualificação das equipes municipais nos protocolos de acesso, estudo das necessidades e parâmetros assistenciais; Elaboração de Protocolo de Acesso para as especialidades de Cardiologia e Neurologia pelos especialistas do Hospital de Base; Alinhamento das atividades das Linhas de Cuidado de Hipertensão e Diabetes, baseado nos documentos técnicos, experiências exitosas de municípios, para atualização de instrumentos e alinhamento dos processos de trabalho nos serviços na região de saúde, respeitando as necessidades dos usuários e especificidades dos territórios; Estudo e pactuação para ampliar a oferta de serviços respeitando as vocações e especificidades dos hospitais de

pequeno porte da região; Levantamento e conhecimento das REMUMES municipais para alinhamento com os serviços de especialidades; Realização de Seminário Regional para compartilhar “Experiências Exitosas” e “Boas Práticas de Assistência Farmacêutica” dos municípios da região Rio Preto. Todas estas atividades foram realizadas e vem sendo acompanhadas com o apoio dos três Articuladores de Atenção Básica, Técnicos do Centro de Planejamento e Avaliação (CPA) e Apoiador do COSEMS. O processo de Regionalização na CIR Rio Preto, tendo subgrupos como forma de aprofundamento no estudo temático, tem mobilizado Gestores para reconhecer e visitar os processos de trabalho na Atenção Primária de Saúde (APS), ofertas de serviços de referência, considerando as necessidades de saúde dos usuários e encaminhar propostas de melhorias na organização da rede de atenção a saúde na região.

COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RRAS 13: ESTRATÉGIA PARA TOMADA DE DECISÃO PARA ORGANIZAÇÃO DE UMA MACRORREGIÃO

Ricardo de Oliveira Bessa¹ Cristiane Ribeiro¹
Daniela Besson¹
Edna Barcelos¹
Elza Maria de Souza¹
Kelly Faleiros¹ Roberta Gomes¹
Thaila Gomes¹
Marília Nascimento¹

RESUMO EXECUTIVO

A RRAS 13 é composta por três Departamentos Regionais de Saúde, sendo eles Barretos, Franca e Ribeirão Preto, perfazendo um total de 66 municípios, e que a partir do processo de regionalização da saúde se aproximaram, principalmente para estabelecer a aplicação do recurso financeiro de expansão da Tabela SUS Paulista, a partir do diagnóstico de necessidades regionais para reduzir as demandas das necessidades da população.

O Comitê Executivo de Governança da RRAS 13 reúne-se mensalmente, com representatividade de todas as regiões de saúde, bem como com prestadores e técnicos das vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, e vem esgotando a discussão sobre a expansão dos procedimentos e a divisão do recurso financeiro, conforme necessidades evidenciadas durante as Oficinas de Regionalização. Esse espaço de negociação vem fortalecendo o protagonismo dos gestores, DRS e institui-

ções, de modo a empoderar esses atores nas suas funções de planejamento e possibilitando a melhoria do acesso do usuário à oferta de serviços. Vale ressaltar que com o comprometimento e engajamento do comitê, tornou-se possível estabelecer um cronograma por um período de 12 meses para a execução do recurso de expansão, conforme os problemas levantados.

O DRS de Barretos teve como problema prioritário a oftalmologia, seguida pela cardiologia e ortopedia. Já o DRS de Franca teve como prioridades a oncologia e cardiologia, e o DRS de Ribeirão Preto, a urologia adulto e infantil, seguida pela ortopedia.

Frente aos problemas elencados, foi realizada a divisão do recurso de expansão no valor de R\$ 3.049.818,22, estratificados conforme segue:

- DRS Ribeirão Preto: R\$ 1.513.059,70
- DRS Franca: R\$ 905.564,57
- DRS Barretos: 630.375,73

1 Departamento Regional de Saúde de Franca – DRS VIII – RRAS 13.

O monitoramento da execução deste recurso será realizado mensalmente pelo comitê e o recurso poderá ser realocado a qualquer momento, conforme avaliação e necessidade de cada DRS. Por meio do Comitê de Governança, foi possível a aproximação de todos os envolvidos e o entendimento das necessidades e prioridades, após o levantamento ocorrido nas Oficinas de Regionalização e posterior discussão nesse espaço do comitê, permitindo a negociação com o objetivo de ampliar o acesso aos usuários do SUS.

DESINTERVENÇÃO DA SANTA CASA DE ITÁPOLIS COM A IMPLANTAÇÃO DA TABELA SUS PAULISTA E O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO DRS3 – RRS 18

Rafaela Amanda Revoredo
Ana Lúcia Gonçalves Menini
Geverson de Mello Silva
Karolina Leite

O processo de regionalização é desencadeado pela SES em 2023, que trouxe ao Departamento Regional de Saúde de Araraquara DRSIII, desafios com uma demanda de extrema relevância para o Município de Itápolis, da Região Noroeste do DRS III Araraquara: O processo de Desintervenção da Santa Casa de Itápolis com a Implantação da Tabela SUS Paulista.

O processo teve início com as reuniões realizadas pelo DRS III Araraquara, com o Prefeito Municipal, Equipe da Secretaria de Saúde e Diretoria da Santa Casa de Itápolis.

A Santa Casa, único hospital do Município de Itápolis, com atendimento de 60% destinados ao SUS, está sob intervenção administrativa da Prefeitura Municipal, desde 10/10/2007; e, com a publicação da Resolução SS nº 13; de 31 de janeiro de 2024, a qual autoriza o apoio financeiro pela Tabela SUS Paulista às entidades que estejam sob Intervenção; considerando que os municípios colocam recursos próprios nos prestadores sob sua gestão, vislumbrou-se a possibilidade de um aporte financeiro importante para a Instituição, que possa

desafogar o aporte financeiro realizado mensalmente pelo próprio Município.

Considerando que as intervenções em Instituições Hospitalares não podem ser eternas, a SMS de Itápolis, apresentou a proposta de Desintervenção da Santa Casa ao Conselho Municipal de Saúde e a Comissão de Intergestores Regional, com a justificativa fundamentada do ato formal da intervenção, com documentação específica. O Município de Itápolis enviou a documentação conforme versa a Resolução SS nº 13, de 31 de janeiro de 2024 para análise do DRS.

Para tanto foram apresentados: o plano de atendimento aos usuários do SUS local e regional para o período analisado; o plano de adequações administrativas; o relatório financeiro; o prazo para término da intervenção, com especial atenção aos casos em que se detectar a prorrogação da medida administrativa; além do Decreto Municipal que aprovou o final da intervenção previsto para 25/10/2024, já que a intervenção foi devido a problemas administrativos e financeiros e a SMS firmou compromisso de sanear as circunstâncias que originaram a intervenção da Santa Casa de Itápolis

Considerando a importância desta Santa Casa para toda a população de Itápolis e região, sabe-se, que os recursos oriundos da Tabela SUS Paulista são fundamentais para a Instituição, pois atende demandas ambulatoriais e hospitalares, urgências, além de possuir credenciamento de leitos de UTI. A Instituição tem implantado as comissões de Controle de Infecção Hospitalar; de Notificação de Doenças e de Revisão de Óbitos. Possui o Protocolo de Humanização; Núcleo Interno de Regulação - NIR e é a

porta de entrada regulada pela CROSS. A Instituição atende ainda, às Políticas Prioritárias do SUS. Hoje este Hospital presta assistência odontológica à pacientes autistas do Município e pretende expandir esse serviço a nível regional.

Por fim, o Processo de Regionalização e implantação da Tabela Paulista, proporcionará o término de uma intervenção Municipal que já estava ocorrendo há 17 anos, sendo um grande avanço para o Município, Região de Saúde Noroeste e RRAS 18.

DESINTERVENÇÃO DA SANTA CASA DE IBITINGA NO CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO

Queila Teruel Pavani¹
Talita R. Valle de Carvalho²
Katia Aparecida Correa Pires³
Daniela de Favere⁴

RESUMO

A Santa Casa de Caridade e Maternidade de Ibitinga é o único hospital na cidade com atendimento SUS, e está sob intervenção judicial desde 11/4/2003, em decorrência da Ação Civil Pública, diante de grave crise financeira. Ao longo desses 21 anos, diversos interventores foram nomeados para gerir a entidade e também realizar a tão almejada desintervenção, porém, em nenhum momento foi dado início ao.

No entanto, com o movimento da regionalização e a criação da Tabela SUS Paulista, surgiram argumentos de extrema relevância que não somente justificam, mas também embasam a discussão com o sistema judiciário para a desintervenção desta Santa Casa.

Em janeiro de 2024, mais precisamente em 25/1/2024, novo interventor judicial foi nomeado, juntamente com a contratação de empresa especializada em gestão hospitalar, com a incumbên-

cia de cessar o aumento gradativo das dívidas da Santa Casa e, por meio da Tabela SUS Paulista, com gestão, planejamento e empenho, realizar a desintervenção já mencionada.

A proposta é aumentar o faturamento da instituição com a oferta, ampliação e implementação dos serviços existentes, implantar os controles internos, contenção de despesas e melhoria de processo, com o objetivo de economizar recursos, além de melhorar a receita financeira da instituição. O planejamento de ampliação da produção dos serviços prestados pela instituição envolve disponibilizar 40% da sua capacidade instalada para a rede privada, mantendo 60% da oferta ao SUS, garantindo, assim, com o processo de desintervenção, que a instituição continue recebendo a complementação da Tabela SUS Paulista. Isto diminuiria o déficit existente em razão da tabela SIGTAP, suprimindo as demandas apresentadas pelo hospital e pelo município, além de promover um aumento gradual no fatu-

1 Serviço Autônomo Municipal de Saúde de Ibitinga

2 Serviço Autônomo Municipal de Saúde de Ibitinga

3 Serviço Autônomo Municipal de Saúde de Ibitinga;

4 Santa Casa de Caridade e Maternidade de Ibitinga – RRAS 18

ramento, impactando positivamente na quantidade e qualidade das ações e serviços ofertados.

Por meio da desintervenção, com os recursos advindos da Tabela SUS Paulista, a entidade passará a ter maior autonomia em sua gestão, com o compromisso de ofertar maior número de ações e serviços à Região de Saúde, principalmente com mutirão de cirurgias eletivas, diminuindo as filas existentes tanto no município quanto na região atendida, além de investir em insumos e equipamentos, sempre considerando as necessidades apresentadas e a qualidade do cuidado ofertado.

Também para o município de Ibitinga, verifica-se que a desintervenção se apresenta como um procedimento útil e necessário, já que, como os demais

entes municipais, a Prefeitura de Ibitinga já possui inúmeras demandas de sua população a serem supridas – a exemplo de demandas educacionais, habitacionais e sociais –, de modo que o trabalho da saúde poderá voltar a se concentrar com o Serviço Autônomo Municipal de Saúde (SAMS), ficando a gestão do hospital sob incumbência de corpo administrativo especializado, desvinculado de fatores políticos.

Nessa linha, na data de 22/2/2024, foi realizada uma assembleia a fim de criar uma Comissão de Desintervenção (documento anexo), demonstrando assim que as pactuações e medidas já estão sendo tomadas para que no prazo aproximado de 12 (doze) meses seja finalizada a desintervenção da Santa Casa de Caridade e Maternidade de Ibitinga.

PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: A TRÍADE QUE GARANTE A EFETIVIDADE DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA RRAS 18

Gabriela Nogueira Abi Jaudí¹
Marília de Moraes Monteiro Fuzaro¹
MaryCristina Ribeiro Lacorte Ramos Pinto¹
Antônio Martins de Oliveira¹

RESUMO EXECUTIVO

O processo de regionalização desencadeado pela Secretaria de Estado da Saúde em 2023 impôs aos técnicos do Departamento Regional de Saúde – DRS III Araraquara novos desafios como a coordenação e execução de oficinas para identificação, pelos gestores, dos cinco principais problemas de cada uma das regiões de saúde (RS), bem como sua priorização. A proposta e a categorização de cada problema foram definidas a partir de critérios epidemiológicos ou causalidade.

O primeiro problema categorizado foi trabalhado na Primeira Oficina Macrorregional em agosto de 2023, a partir de matriz onde foram apontados nós críticos, estratégias a serem adotadas para enfrentamento, responsáveis prazos e produto esperado.

Na continuidade, coube aos técnicos do DRS III coordenar, em cada RS, o processamento dos demais problemas. No mês março de 2024, todas as RSs haviam terminado o processamento dos três pri-

meiros problemas, porém surgiu a necessidade de observar os produtos de forma integrada: o processamento de cada problema em separado implicou em prazos não factíveis, uma vez que foram programadas várias ações envolvendo os mesmos atores para o mesmo período.

Assim, foi elaborada planilha de Excel contendo, para cada ponto de atenção, as ações, prazos e responsáveis anteriormente apontados, bem como o público envolvido e a área técnica do DRS III incumbida de apoiar a ação.

A primeira Oficina de Monitoramento do Plano de Regionalização aconteceu no dia 10/4/2024, com 40 participantes, e teve como objetivo principal redefinir os prazos e identificar as ações já iniciadas. O público-alvo se restringiu aos gestores e técnicos municipais e contou com a participação da facilitadora da Secretaria de Estado da Saúde/OPAS.

Contabilizamos 107 ações programadas para os três primeiros problemas, no período de agosto/2023 a dezembro/2024 e, como resultado, constatou-se que 24 haviam sido iniciadas/realizadas,

o que representa 22% das ações programadas pelos gestores, sendo que a responsabilidade pela realização dessas 24 ações competia ao DRS III – Araraquara.

Além disso, tivemos como produto desta oficina 100% de ajuste dos prazos pelos gestores, que participaram ativamente e concordaram entre si, adequando suas necessidades às possibilidades em um contexto regional. A 1ª Oficina de Monitoramento da RRAS 18 conseguiu organizar os prazos das ações que devem ser iniciadas ou realizadas pelos gestores, possibilitando uma visão

sistêmica das propostas e facilitando o monitoramento dos resultados do processo de regionalização.

Após a primeira oficina, a percepção da equipe evidenciou que o monitoramento sistemático poderá contribuir para identificar desigualdades no acesso aos serviços de saúde, propor ajustes na distribuição de recursos, promover a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e garantir que as políticas públicas estejam sendo implementadas de forma adequada em todas as regiões.

Bloco E

**Revisão de
Perfil Assistencial no
âmbito da Regionalização**

COMITÊ DE GOVERNANÇA DA RRAS 7 – ESPAÇO DE DIÁLOGO E SOLIDARIEDADE

Sônia Regina Souza Silva¹
Patricia Amorim Teixeira¹
Rosani Bonadia Guterres¹

No processo de governança do SUS há forte interdependência federativa nos procedimentos de formulação e implementação de políticas, na organização e gestão dessas redes de atenção à saúde, sendo que as estratégias e os instrumentos de coordenação intergovernamental assumem papel de destaque na regionalização. Entre as estratégias estabelecidas pelo SUS-SP está o Comitê Executivo de Governança, instituído por meio da Deliberação CIB nº 87 de 8/9/2023, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS.

Os comitês são compostos por representantes da gestão estadual (diretores dos Departamentos Regionais de Saúde – DRSS), por gestores municipais dos DRS que compõem a Rede Regionalizada de Atenção à Saúde (RRAS) e representantes da CCD. Um diferencial é a participação de representantes dos prestadores SUS, bem como do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Promover o diálogo entre estes entes é um grande desafio e de muito cresci-

mento, em vista da necessidade de superar os interesses individuais para pensar no bem maior, que é o atendimento de qualidade ao usuário do SUS.

De modo geral, as redes de atenção demandam muitas discussões e negociações a respeito de seu complexo modelo de implantação e operacionalização. Neste espaço há uma disputa de poderes, já que cada um representa uma instituição e acaba defendendo seus interesses. Mas quando o objetivo comum é salvar vidas, o bom senso e a integridade ética e técnica devem prevalecer. Fazer estes enfrentamentos é fundamental porque a instância estadual reúne os principais setores e o conglomerado de serviços que, se bem articulados, auxiliam de forma poderosa na garantia de uma saúde de qualidade para população.

Esperamos que este espaço se solidifique como o grande defensor do SUS na região e que tenha poder de argumentação e enfrentamento técnico-político. E que, apesar de não ser deliberativo, possa embasar os membros da Comissão

1 Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista – DRS IV Rede Regional de Assistência à Saúde – RRAS 7

Intergestores Regional (CIR) com a sustentabilidade que, muitas vezes, o gestor isoladamente não tem. A junção do estado, gestor, prestador e COSEMS é a aposta de que o SUS se faz em diferentes e diversas instâncias, de forma a contemplar as mais variadas peculiaridades da população, quer seja em um município de mil habitantes como no de 1 milhão. Diversos atores e vários olhares permitem a elaboração de propostas mais coesas e ações menos fragmentadas.

O SUS não é apenas uma rede de serviços... ele vai além disso. É uma rede de

atores com diversos pensares e saberes que quando se complementam refletem a riqueza e a importância do diálogo. Espaços de conversa e discussão sempre são bem-vindos e se bem aproveitados, podem e devem fazer a diferença! O Comitê Executivo de Governança começou agora; ainda é um recém-nascido frente ao tempo que o SUS existe, mas cremos que será um espaço importante para consolidar este sistema de saúde tão precioso para a população, que apesar de suas fragilidades, ainda tem muita potência para ser viabilizado e implementado.

UM SUS SOLIDÁRIO É POSSÍVEL - RRAS 7

Sônia Regina Souza Silva¹
Patricia Amorim Teixeira¹
Rosani Bonadia Guterres¹

No estado de São Paulo, o processo de construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde iniciou-se em 2011 e efetivou-se com a constituição de 17 Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS), dentre elas a RRAS 7, composta por municípios do DRS IV – Baixada Santista e do DRS XII – Registro, totalizando 24 municípios e 2.155.723 habitantes. Este mesmo desenho regional foi reafirmado no processo de regionalização disparado no estado de São Paulo em 2023.

A RRAS 7 tem características peculiares por possuir extensa área territorial com barreiras geográficas naturais. Entretanto, o que mais difere são as particularidades dos municípios que compõem os Departamentos Regionais de Saúde. Os municípios que constituem a RRAS 7 têm como característica populacional o fato de serem grandes aglomerados urbanos, em que, dos nove municípios, seis possuem mais que 100 mil habitantes. Inversamente, os que compõem o DRS XII são em sua maioria pequenos aglomerados, onde o maior município possui 54.137 habitantes. Em termos populacionais, a região

da Baixada Santista representa 87% da população da RRAS 7.

Na retomada do processo de regionalização em 2023, o estado de São Paulo tem feito um trabalho exaustivo de repactuação de recursos financeiros e na reorganização das redes, cofinanciando e incrementando o funcionamento por meio de recursos do Tesouro Estadual. Uma das iniciativas adotadas foi a implantação, por meio da Resolução SS 198, de 19/12/2023, da Tabela SUS Paulista. Essa Resolução propõe novos valores para os procedimentos produzidos da Tabela SUS Nacional, os quais tiveram acréscimos entre 20% e 400% em seus valores. Além disso, a resolução definiu valores para expansão da assistência cuja responsabilidade para propor sua utilização ficou a cargo do Comitê Executivo de Governança da RRAS, espaço este instituído nesse processo de regionalização. Reforçando ainda que toda decisão tomada pelo comitê deve ser referenda pela Comissão Intergestores Regional (CIR), já que é a instância deliberativa do SUS.

Na RRAS 7, foram realizadas reuniões do comitê onde se discutiram as neces-

1 RRAS 7.

sidades de cada DRS, utilizando como base os principais problemas referentes à assistência. Interessante destacar que mesmo quando o problema era igual entre os DRSs, as necessidades eram totalmente diferentes. Na Baixada Santista, o grande nó é mais direcionado à área de tratamento, enquanto o de Registro ainda está na necessidade de diagnóstico.

O objetivo principal destas primeiras reuniões do comitê foi definir a divisão do recurso, a fim de minimizar as dificuldades apontadas pelos gestores e reduzir as desigualdades. Um dos critérios apontados como sendo normalmente utilizado para divisão financeira

sempre foi a questão per capita; entretanto, devido à diversidade das realidades dos dois DRSs, se utilizássemos este critério, Registro seria muito prejudicado e não conseguiria atender minimamente às necessidades da população. De uma forma consensual e, utilizando o princípio da equidade, apesar do DRS IV ter direito a 87% do recurso, ficou acordada a divisão de 70% para a Baixada e 30% para Registro.

Parece ser um detalhe, mas esperamos que este seja o primeiro passo para construir um SUS solidário e que amplie o olhar para a região, superando a individualidade, característica predominante entre os municípios de maior porte.

IMPLANTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL - RRAS 8

Dr. Carlos Eduardo Ribeiro de Moura¹
Graziella Ferraresi de Castro²
Fátima Amorim Ávila³
Merigley Carvalho de Arruda Albuquerque⁴

RESUMO EXECUTIVO

A RRAS 8 (Departamento Regional de Saúde – DRS XVI Sorocaba) conta com 48 municípios, subdividida em três Regiões de Saúde (Sorocaba, Itapetininga e Itapeva). No passado, essa RRAS mereceu destaque por ter sido considerada um polo manicomial com mais de 2 mil leitos em sete hospitais psiquiátricos, que foram fechados a partir do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), fato que contribuiu para a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O TAC favoreceu a criação de um Plano da RAPS para a região e entre 2012 e 2018 foram implantados 90 Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) e 47 Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Nas oficinas de regionalização, a linha de cuidado da saúde mental constou nas matrizes com formulação de propostas de ações à Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP), tais como: mode-

los assistenciais, melhoria de financiamento e apoio do Ministério Público Federal (MPF).

Dessa forma, promovemos a “1ª Oficina Sobre Implantação de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral”.

Essa oficina teve como objetivo a sensibilização dos gestores, administradores e profissionais da RAPS para a implantação dos leitos, abordando os valores propostos por meio do Programa de Regionalização do Governo do Estado de SP/Tabela SUS, bem como a construção do Projeto Terapêutico Institucional (PTI) das enfermarias pactuadas.

Para a realização da oficina, foram enviados convites à rede e elaborados formulários que possibilitaram o monitoramento da participação no evento, que contou, no período da manhã, com:

- O MPF, que abordou na abertura a conscientização da pactuação e necessidade territorial

1 Diretor Técnico de Saúde III DRS XVI Sorocaba – RRAS 8

2 ATPS II – Psicóloga DRS XVI Sorocaba – RRAS 8

3 ATAS II – Psicóloga DRS XVI Sorocaba – RRAS 8.

4 Articuladora de Humanização DRS XVI Sorocaba – RRAS 8

- A diretoria do DRS e a Coordenação Estadual de Saúde Mental, que incentivaram a importância da melhoria contínua para fortalecimento da RAPS
- Os técnicos do DRS, que promoveram orientação técnica para a reflexão sobre os compromissos oficialmente pactuados, caminhos de financiamento (incluindo a Tabela SUS, seus procedimentos e valores adicionais), sobre as dificuldades na adaptação às alterações da legislação, demora nas habilitações e necessidade de aporte financeiro.

Em seguida, a área técnica da saúde mental promoveu discussões abordando realidades e possibilidades a partir da exibição de vídeos que permitiram ao grupo realizar uma imersão em duas unidades hospitalares (regional e municipal), demonstrando estrutura física e linha de cuidado dessas unidades.

À tarde, o grupo foi dividido em três salas, de acordo com as regiões de saúde,

considerando as pactuações entre os hospitais e os municípios, visando ao início da construção do PTI, a partir do manual de orientação redigido pela equipe de Saúde Mental do DRS, disponibilizado por QR CODE.

Foi observado que a exibição do vídeo quanto ao cotidiano da enfermaria, a utilização do manual de orientação para suporte da construção do PTI e as considerações da dra. Lisiane Braecher (procuradora federal) foram fundamentais para a mobilização dos municípios. A aproximação entre as referências permitiu maior entrosamento entre os grupos, e agora, com o site <https://sites.google.com/view/oficina-de-saude-mental/página-inicial>, qualquer profissional engajado poderá acessar essa experiência.

A primeira oficina impulsionou o interesse em desenvolver a implantação dos leitos pactuados, e na segunda oficina continuaremos a elaboração do PTI, documentação necessária para as habilitações.

A INTEGRAÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE E OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE PARA O FORTALECIMENTO DA REDE REGIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE CATANDUVA - RRAS 12

Amarilis Biasi de Toledo Piza¹
Mônica Obara Macedo²
Rita Luciane Alves Vila Real³
Valéria Mastrange Pugin⁴
Valmira de Souza Porto⁵

O Sistema Único de Saúde (SUS), apresentado no artigo 198, estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Viana *et al* (2012) refere que a regionalização na saúde é um processo político, condicionado pelas relações estabelecidas entre diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos) no espaço geográfico, admitindo múltiplos partícipes, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território. O objetivo deste estudo é apresentar a importância das oficinas de

regionalização na promoção da integração entre serviços de saúde e gestores e, a partir desse processo, buscar soluções relacionadas ao acesso do cuidado de média e alta complexidade, apresentando uma rede regional de saúde mais qualificada e resolutiva. A Região de Saúde Catanduva é composta por 19 municípios, com 2 hospitais de grande porte sob gestão estadual no município de Catanduva, que atendem os usuários de todos os municípios da região em média e alta complexidade, e mais 6 hospitais de pequeno porte, sob gestão municipal, subutilizados na sua capacidade instalada, estando localizados nos municípios de Itajobi, Novo Horizonte, Pirangi, Santa Adélia, Tabapuã e Urupês. O acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional, que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção.

1 Secretaria Mun. de Saúde Novo Horizonte, RRAS 12

2 DRS XV São José do Rio Preto/AAB – RRAS 12

3 Irmandade São José de Novo Horizonte – RRAS 12

4 DRS XV São José do Rio Preto/AAB – RRAS 12

5 DRS XV São José do Rio Preto/AAB – RRAS 12

Sendo assim, no problema priorizado nas discussões da oficina de regionalização, relacionado às doenças cardiovasculares e com as discussões desencadeadas nos vários encontros, observou-se a necessidade de melhorar o acesso para internações, cirurgias e outros procedimentos, uma vez que os encaminhamentos em algumas especialidades para os hospitais de referência da região de saúde Catanduva, Hospital Padre Albino e Hospital Emílio Carlos, já apresentavam produção máxima dos

contratos e pactuações. A partir destes encontros, a construção de novas pactuações foi desencadeada com os hospitais de pequeno porte e cada equipe de gestão hospitalar apresentou suas potencialidades enquanto serviço para fortalecer a rede assistencial, de acordo com a sua capacidade instalada, o que promoveu ampla discussão entre os gestores municipais de saúde e os respectivos hospitais, proporcionando o fortalecimento da integração e dos vínculos, procurando alcançar os objetivos deste projeto.

HOSPITAL DE PEQUENO PORTE (HPP) PODE SER SOLUÇÃO? - RRAS 12

Alessandra Zanovelli Publio¹
Poliana F. Kalinauskas Faria¹
Fúlvio Rogério Garcia¹
Flávia A. G. Marques da Silva¹
João Daniel Bilachi Pinotti¹

RESUMO EXECUTIVO

A Santa Casa de Votuporanga é um hospital geral com 214 leitos que fica ao noroeste do estado de São Paulo, pertencente à DRS 15, que compõe a RRAS 12. Esta é referência para 17 municípios de uma microrregião de saúde e para 53 na alta complexidade. Atualmente, é designada para atendimentos em urgência e emergência (RUE) e Terapia Renal Substitutiva (TRS). Atende média e alta complexidade, fazendo parte da Rede de Cardiologia e Ortopedia, e com oferta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral adulto, Unidade Coronariana (UCO) e em neonatologia. A instituição, hoje, assume sua vocação para a assistência de pacientes de maior complexidade, porém ainda recebe muitos pacientes de média complexidade cirúrgica e principalmente de clínica médica, de forma regulada, por não ter outras referências na região. Com isso, vem excedendo sua capacidade de internação em clínica médica em até 28% nos últimos 12 meses, dificultando a realização de procedimentos cirúrgicos

eletivos de média e alta complexidade devido à falta de leito e recursos para tal. Portanto, a instituição acaba por atender mais que sua proposta definida em plano operativo, tanto na clínica médica quanto nas urgências cirúrgicas.

Com a proposição do estado, que tem como meta em seu Plano Estadual de Saúde 2024-2027 dar continuidade ao processo de regionalização, iniciaram as reuniões para discussão deste e outros temas. Nesses encontros, foram convidados a participar desde representantes de saúde do estado, municípios, instituições de ensino, até os prestadores de serviços. Como resultado dos encontros de nossa microrregião de saúde, foram identificados problemas e apresentadas algumas propostas de soluções. Entre elas, o reconhecimento do Hospital São Domingos, na cidade de Nhandeara, que fica a 36 km de Votuporanga, como Hospital de Pequeno Porte (HPP). Localizado na mesma microrregião de saúde e com capacidade, potencial e desejo de crescimento, o São Domingos tem 49 leitos, sendo 22 ofertados ao SUS, divididos

1 Hospital São Domingos de Nhandeara – RRAS 12

entre clínica médica e cirúrgica, além de possuir um pronto atendimento de referência para o atendimento inicial daquela região e de mais sete municípios.

Após esta identificação, foram realizadas três reuniões presenciais entre as instituições, intermediadas pelo Departamento Regional de Saúde (DRS 15), com objetivo de identificar, planejar e organizar ações em rede com os envolvidos para que a instituição São Domingos pudesse não apenas ser um hospital de retaguarda, mas também realizar um maior número de internações clínicas e cirúrgicas de baixa e média complexidade daquela região, bus-

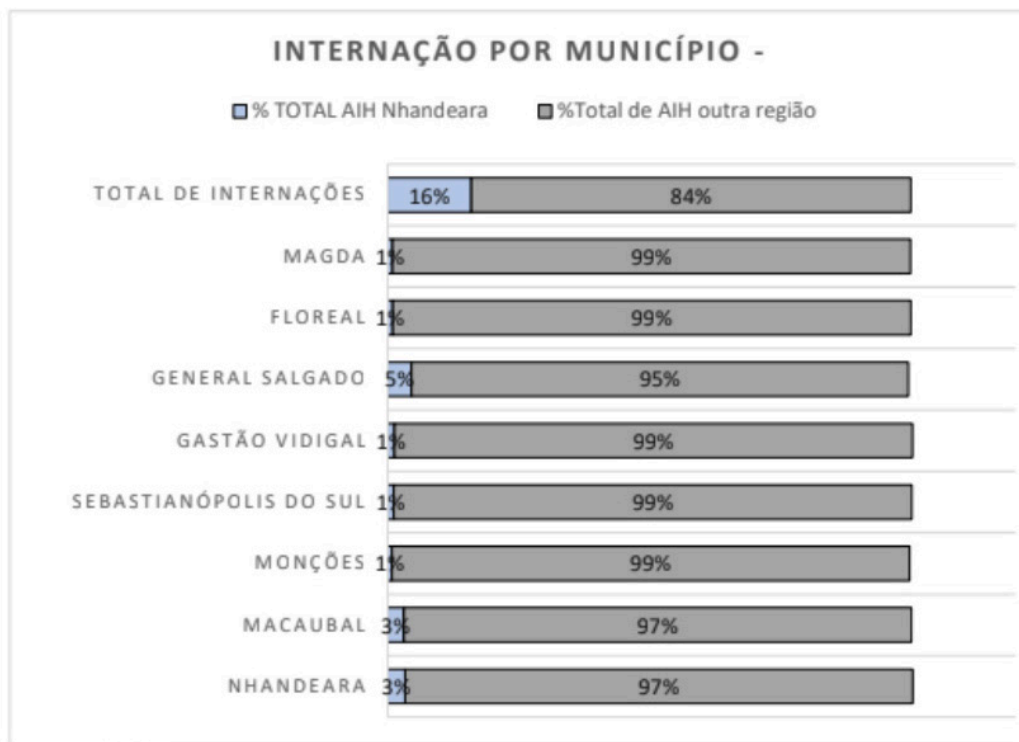
cando um crescimento e resolutividade institucional, além de atingir o quantitativo pactuado com estado, possibilitando o cumprimento de metas da pactuação e das regras diferenciadas da nova Tabela SUS Paulista. Ademais, nos 4 meses deste ano, houve um aumento de 69% no volume de internações, passando de 101 autorizações de internação hospitalar (AIHs) para 171 no mês de abril. Assim, o Hospital São Domingos poderá colaborar para reduzir as internações clínicas e cirúrgicas de baixa e média complexidade, estimando uma redução de até 10% das internações na Santa Casa de Votuporanga.

ANEXOS

Tabela 1 - Relação das ações propostas e prazos de execução após reuniões entre as instituições e DRS-15.

Propostas	Ação	Responsável	Prazo
1. Adequar o Hospital São Domingos para ser Pronto Atendimento da sua Micro região de saúde - 07 municípios;	Fornecer serviço de RX 24h e US alcançável; 24/7.	Diretora Técnica HSD-Nhandeara	30/06/2024
2. Atualizar NIR;	Adequar serviço do NIR conforme regulamentação;	Administração DRS-15 e HSD-Nhandeara	30/06/2024
3. Abrir grade (CROSS) para Hospital São Domingos de Nhandeara;	Passar a ser Unidade Executante no CROSS para visualização das fichas permitindo aceitar até casos de nossa região.	Administração DRS-15 e HSD-Nhandeara	30/06/2024
5. Padronizar antibióticos para dar seguimento a tratamentos;	Alinhar com HSC Votuporanga os carbapenêmicos necessários.	Diretora Técnica e Farmácia Clínica HSC Votuporanga e HSD-Nhandeara	30/05/2024
6. Revisão da planilha com CID's de Clínica e Cirúrgico para resolução em Nhandeara;	Alinhamento entre os Hospitais;	Diretora Técnica HSC Votuporanga e HSD-Nhandeara	30/05/2024
7. Assumir tratamento de fraturas conservadoras de baixa e média complexidade de sua microrregião;	Abertura de agenda em Ambulatório de Ortopedia para acompanhamento.	Diretora Técnica HSD-Nhandeara	30/06/2024
8. Outras propostas: resoluções cirúrgicas de Baixa e Média Complexidade.	Alinhamento entre os Hospitais;	Diretora Técnica HSD-Nhandeara	30/06/2024

Gráfico 1 - Percentual de internações na Santa Casa de Votuporanga, nos período de março de 2023 a fevereiro 2024, referente a região Nhandeara e demais municípios. INTERNAÇÃO POR MUNICÍPIO - % TOTAL AIH Nhandeara %Total de AIH outra região



Fonte: Tabwin

ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO GRUPO TÉCNICO DE REGULAÇÃO - RRAS 13

Ricardo de Oliveira Bessa¹
Laurence Dias de Oliveira¹
Rosana Martins¹
Waléria de S. Mascarenhas¹
Cristiane Ribeiro¹
Daniela Besson¹
Edna Barcelos¹
Elza Maria de Souza¹
Kelly Faleiros¹
Roberta Gomes¹
Thaila Gomes¹
Marília Nascimento¹

RESUMO EXECUTIVO

As oficinas ocorridas durante o processo regionalização da Saúde proporcionou a discussão sobre a fragilidade da Rede de Atenção às Urgências da Região de Saúde Três Colinas, pertencente ao Departamento Regional de Saúde VIII de Franca. Essa fragilidade é caracterizada pela demora nas regulações de urgências ocorridas entre as unidades solicitantes no município de Franca para a unidade executante, sendo esta a única referência de média e alta complexidade para essa Região de Saúde.

Durante as discussões ocorridas nas oficinas microrregionais, evidenciou-se o déficit de leitos clínicos e cirúrgicos, causando a demora na aprovação das regulações. Porém, este problema estava potencializado em razão das falhas no processo de comunicação entre as unidades solicitantes e executante, assim como das dificuldades na definição de respon-

sabilidades de cada ponto de atenção da rede, agravando ainda mais a situação.

Para tentar solucionar o problema, foram iniciadas reuniões semanais do Grupo Técnico de Regulação (ação definida como de curto prazo na matriz), com a participação efetiva do diretor regional do DRS VIII, de técnicos estaduais, bem como da gestão municipal (diretores das unidades solicitantes e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde) e da instituição executante (diretoria técnica, clínica e técnicos).

Os principais objetivos do grupo foram a organização da Rede de Atenção às Urgências – visando à redução da fila e do tempo de espera na unidade solicitante –, a implementação de ações a fim de otimizar os recursos disponíveis e o fortalecimento do processo de regionalização.

Diante disso, a partir da problemática evidenciada, as discussões tiveram desdobramentos com ações concretas e efetivas, como a ampliação de 40 lei-

tos clínicos e cirúrgicos, análise e qualificação das solicitações de regulação e alinhamento das necessidades das solicitações. Essas ações proporcionaram o fortalecimento do grupo para tomada de decisões em conjunto, possibilitando a organização do fluxo de regulação, com redução da fila e do tempo de espera.

As discussões são realizadas embasadas pelo diagnóstico situacional durante a semana, utilizando como ferramenta os relatórios extraídos da Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS), relatórios de atendimentos qualitativos e quantitativos da Rede

de Urgência Municipal e relatórios consolidados de internação e do Núcleo Interno de Regulação da instituição prestadora de serviços, com o intuito de promover relações mais cooperativas entre os entes envolvidos.

Por meio do Grupo de Regulação, foi possível a otimização dos recursos disponíveis para redução do tempo de resposta nas solicitações de urgências, a definição de novos fluxos de regulação e pactuações e, principalmente, o fortalecimento do diálogo entre DRS, gestores e instituições, proporcionando assim o acesso oportuno e qualificado aos usuários.

PACTUAÇÕES EM COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS (CIR) E COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Elma Aparecida Formiga¹
Ivana Clemente Castro²

Estratégia: Diagnóstico dos problemas prioritizados a partir da construção de ações para o enfrentamento dos problemas e responsabilidades do estado, municípios e cooperação regional, nos diferentes níveis de Atenção à Saúde, em espaços constituídos, colegiados de gestão, grupo condutores, oficinas, fóruns, reuniões técnicas, entre outros, e com recursos financeiros para ampliação e implantação de novos serviços, com monitoramento e avaliação.

Referência: Planejamento Estratégico segundo Carlos Matus.

RESUMO EXECUTIVO

Trata-se de um relato da experiência, cujo objetivo é descrever o processo de trabalho no DRS V Barretos na construção do Projeto de Regionalização dentro do seu território de abrangência. Dividido em duas Regiões de Saúde: Região Norte – Barretos composta por 10 municípios e população de 283.940 habitantes, e a Região Sul – Barretos com 8

municípios e população de 142.804 habitantes, totalizando 426.744 habitantes (SEADE, estimativa 2022). Foram constituídos espaços de discussão como pré-oficinas, grupos condutores e técnicos, sendo realizadas cerca de 60 reuniões, com participação de técnicos do DRS, gestores municipais, apoiadores do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), gestores de instituições públicas e privadas, Organização Social de Saúde (OSS), docentes e alunos da Faculdade de Medicina, além de trabalhadores de saúde de diferentes pontos de atuação.

No questionário aplicado, foram apontados diversos problemas assistenciais: no ambulatório de obesidade mórbida; a baixa cobertura vacinal; cirurgias em pacientes com comorbidades; tempo na fila de espera para cirurgias especializadas (dermatologia, endocrinologia, reumatologia, urologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia); para exame de colonoscopia; no atendimento a doenças cardiovasculares, neurológi-

1 Diretor Técnico de Saúde II – CPAS/DRS V – Barretos

2 Diretor Técnico de Saúde III – DRS V – Barretos

cas, oncológicas e relacionadas ao envelhecimento; no acompanhamento de gestantes de alto risco ou com sífilis; nas internações de urgência; problemas com a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis; com a falta de SAMU na Região Sul – Barretos e no atendimento à saúde mental (transtorno mental, internação para pacientes psiquiátricos e dependência química),

Conforme o caminhar das discussões, a Região Norte priorizou cinco gargalos: doenças cardiovasculares, saúde mental, oftalmologia, mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e baixa cobertura vacinal (VIP D3), enquanto a Região Sul destacou as doenças cardiovasculares, oftalmologia, dificuldade de acesso à cirurgia eletiva de ortopedia e neurocirurgia (5º) e saúde mental (4º).

Posteriormente, com a realização de inúmeros encontros em diferentes espaços e com serviços de todos os níveis e especialidades, as prioridades foram tomando forma, passando a se agrupar. Em seguida, foram desenhados e trabalhados quatro problemas, priorizados por falta de estruturação e organização das redes, por ausência de pontos de atenção, não cumprimento das pactuações e outros, sendo eles: cardiovascular, oftalmologia, saúde mental e ortopedia.

Na sequência, as Comissões Intergestores Regionais apontaram a

necessidade de aporte financeiro e o Comitê Executivo de Governança os recursos de Expansão para Repactuação do credenciamento da Santa Casa de Barretos, solicitado credenciamento em Unidade de Alta Complexidade Vascular e Endovascular Extracorpórea e habilitação junto ao Ministério da Saúde da UCO da referida instituição; contratação de serviço de oftalmologia do Município de Monte Azul Paulista, Maternidade Fernando Magalhães/Hospital do Olho. Quanto a Saúde Mental foi reativada o Grupo Conductor da RAPS, reunindo uma vez ao mês mantendo grupo de WhatsApp e pactuação de novos pontos de atenção.

Ainda foi reativado o grupo conductor da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e constituído o Grupo de Hospitais de Pequeno Porte e de Matriciamento. Esse processo resultou na diminuição de filas de espera, na melhoria do acesso, na ampliação da oferta de serviços e na melhor compreensão dos prestadores acerca das dificuldades. Por outro lado, os municípios compreenderam melhor a situação dos prestadores, houve maior interação da rede e a aproximação entre gestores, profissionais e prestadores de serviço, facilitando o processo de negociação, propiciando o atendimento às necessidades de saúde da região e avançando na reconfiguração das Redes de Atenção à Saúde.

ESTUDO E PROPOSTAS DE EQUIPAMENTOS PARA A REDE DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL – RAPS - RRAS 12

Daniele Catelan
Leticia Aparecida de Souza Silva
Leila Molinari
Vanderléia A. Vidal

O Departamento Regional de Araçatuba (DRS 2) em seu processo de regionalização, na região Consórcio, indicou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS -anexo 1) como problema de maior relevância. A partir das discussões sobre a rede, dos levantamentos de números de leitos necessários, do perfil dos hospitais existentes, das ações judiciais e da demanda reprimida, realizou-se um estudo de necessidades de equipamentos para a RAPS.

Desta forma, a partir do estudo de perfis hospitalares, foram planejados e propostos os leitos de saúde mental (SM), de acordo com a Portaria GM/MS nº 148 de 31/1/2012 e Portaria GM/MS nº 1.615 de 26/7/2012, considerando a revogação da Portaria nº 3.588 pela Portaria nº 757, incluindo novamente nessa discussão os Hospitais de Pequeno Porte.

Diante dos estudos realizados, evidenciou-se a necessidade de 34 leitos de SM em hospital geral para atender a população do DRS 2, que atualmente é de 772.485 habitantes, de acordo com a estimativa SEADE 2023, sendo o parâmetro de 1 leito para cada 23.000 habitantes.

De acordo com o cálculo feito, os leitos necessários foram distribuídos nas três regiões de saúde, atentando-se para proximidade da família. Porém, após a negativa de alguns gestores municipais em implantar estes leitos, propôs-se que todos eles fossem concentrados em apenas um prestador, atendendo a algumas regiões (anexo 3): Comissão Intergestores Regional (CIR Central) – 13 leitos, sendo 5 para Guararapes e 8 para Valparaíso; CIR Consórcios – 12 leitos, dos quais 12 ou 7 para Penápolis e 5 para Buritama; e CIR Lagos – 9 leitos, sendo 9 em Ilha Solteira ou Andradina, ou até 8 em Pereira Barreto, havendo ainda a possibilidade de dividir os leitos entre esses hospitais.

Outra ação realizada na região foi a proposta de implantação de novos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) e a abertura de residências terapêuticas (estudo custo médio por morador) nas três regiões. Porém, encontramos aqui um desafio, uma vez que existe um vazio assistencial significativo e poucos municípios com população condizente com o critério estabelecido para a implantação

desse dispositivo. Diante disso, o matriciamento para a Atenção Primária aparece como um dos focos das discussões.

Em relação ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), desde o início da regionalização, a área técnica de SM realizou um processo de diagnóstico situacional de 332 pacientes aguardando pela conclusão. O estado de São Paulo possui dois serviços conveniados: Associação de Amigos do Autista (AMA) e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que ofertam 124 vagas de tratamento do TEA.

A demanda reprimida avaliada nos ambulatórios de especialidades apontou 47,79% dos pacientes diagnosticados com TEA, 15,44% com outros diagnós-

ticos (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH + atraso de fala; Transtorno Opositivo Desafiador – TOD; epilepsia; hiperatividade) e 36,76% que faltaram à avaliação. O DRS está em processo de ampliação de vagas, pois existe demanda reprimida de 43 vagas e há 15 pacientes aguardando conclusão diagnóstica.

A retomada dos grupos condutores das RAPS das três CIRs foi provocada pelo processo de regionalização, com a potencialização desse coletivo juntamente com os Núcleos de Educação Permanente e Humanização do território. Essa experiência tem aproximado os profissionais para atualização e implementação dos planos da RAPS.

Bloco F

**Atenção Ambulatorial
Especializada na Regionalização**

CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DA LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DEMÊNCIA - RRAS 6

Vinicius da Fonseca Rancan¹
Marcia Maiumi Fukujima²
Bibiana Marie Semensato Povinelli³
Eliana Tiemi Hayama⁴
Andréa Aparecida da Fonseca Monteiro⁵

Trata-se de um relato de experiência sobre a construção compartilhada de uma linha de cuidado da pessoa com demência entre o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Idoso Sudeste e a Supervisão Técnica de Saúde de Vila Mariana/Jabaquara. Essa experiência está pautada na Atenção Integrada para a Pessoa Idosa e Diretrizes do Ministério da Saúde (ICOPE), com destaque para a Política de Humanização do SUS e suas diretrizes: acolhimento, clínica ampliada, defesa dos direitos dos usuários, cogestão e produção de redes.

Os governos têm a oportunidade e a responsabilidade de aumentar a conscientização, detecção e diagnóstico de demência, cumprindo as metas do Plano de Ação Global sobre Demência da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Foi estimado no Relatório Mundial de Alzheimer que no Brasil, 70% das pessoas idosas que vivem com demência não são diagnosticadas. O território de referência do AME Idoso Sudeste compreende a Região Sudeste, com 549.242 pessoas

com 60 anos ou mais, a Região Sul, com 376.970, e a Região Centro, com 95.169, totalizando 1.021.381 idosos.

Considerando o índice de demência, que é de 2,9% em pessoas de 65 a 69 anos e de 33% a partir dos 90 anos, podemos estimar a existência de cerca de 107.000 pessoas idosas vivendo com demência no território.

Dessa forma, o paciente e sua rede socioafetiva, bem como os profissionais da Atenção Primária à Saúde, necessitam de orientações e cuidados específicos. As linhas de cuidado (LC) padronizam técnicas relativas à organização da oferta de ações de saúde em rede e descrevem rotinas da trajetória do paciente, contemplando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Reuniões são realizadas periodicamente para alinhamento, planejamento, discussão de casos e melhoria no decorrer do processo. O plano de cuidado da pessoa com demência é construído de modo a integrar a Atenção Básica e a Atenção Especializada. Formou-se um

1 Núcleo Gestor de Humanização e Segurança do Paciente da SES São Paulo (NGHSP/SES/SP)

2 AME Idoso Sudeste

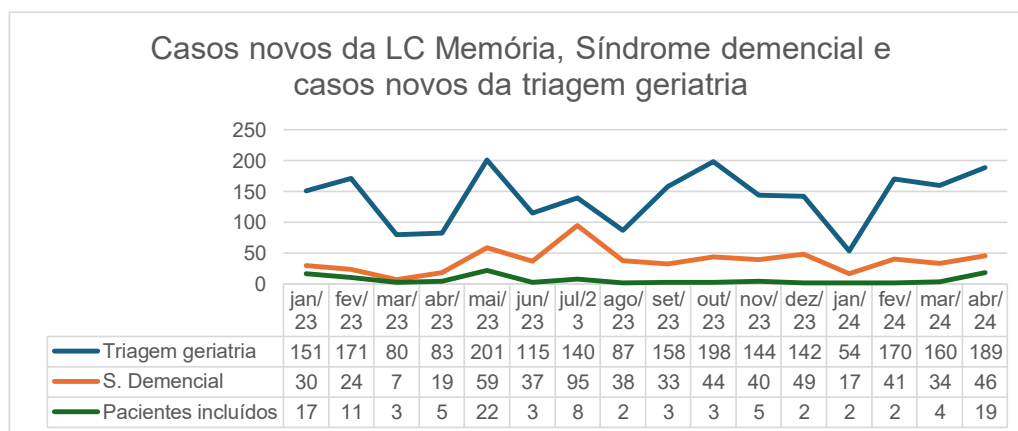
time multiprofissional composto por terapeuta ocupacional, assistente social e farmacêutico). Os pacientes com família/cuidador acolhidos com critérios acordados com a Atenção Básica do território passam cerca de 1 ano em atendimentos

ANEXO 1 - RESULTADOS

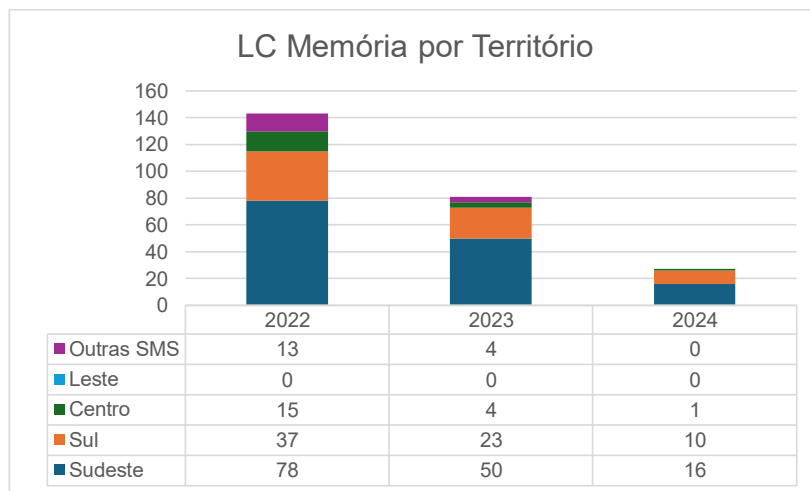
Inclusão de pacientes:

Ano	Número de pacientes incluídos
2022	147
2023	84
2024	27

Em 2022 foram incluídos pacientes a partir de critérios clínicos sem considerar o território de residência e possibilidade de acompanhamento.



Análise de dados em 2023 mostrou que pacientes de regiões distantes, principalmente de outros municípios tinham muita dificuldade em aderir aos protocolos.



ANEXO 2 – Representação das fases de implantação da linha de cuidado

Trabalho em rede	AME Idoso Sudeste - LC Memória Processos de trabalho - organização		Continuidade do cuidado
<p>Critérios de encaminhamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queixa cognitiva • Exame de imagem • Exames de sangue <p>Pactuações com Atenção Básica</p> <p>Oferta de vagas</p>	<p>Equipe Básica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico • Enfermeiro <p>Gestão de caso</p>	<p>Equipe de Apoio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropsicólogo • Terapeuta Ocupacional • Assistente Social • Farmacêutico <p>Atendimentos de apoio</p>	<p>Contrarreferência Matriciamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta qualificada • Agenda de discussão de caso com Atenção Básica <p>Treinamento sobre Demência em EAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação de 100% das UBS do território definido para fase piloto • Plano de expansão
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acolhimento ➤ Atendimentos conforme protocolo: Diagnóstico -> tratamento -> orientação ➤ Monitoramento ➤ Canal de comunicação, cartilhas de apoio ➤ Grupo Informativo de Cuidadores ➤ Grupo terapêutico de Cuidadores 		

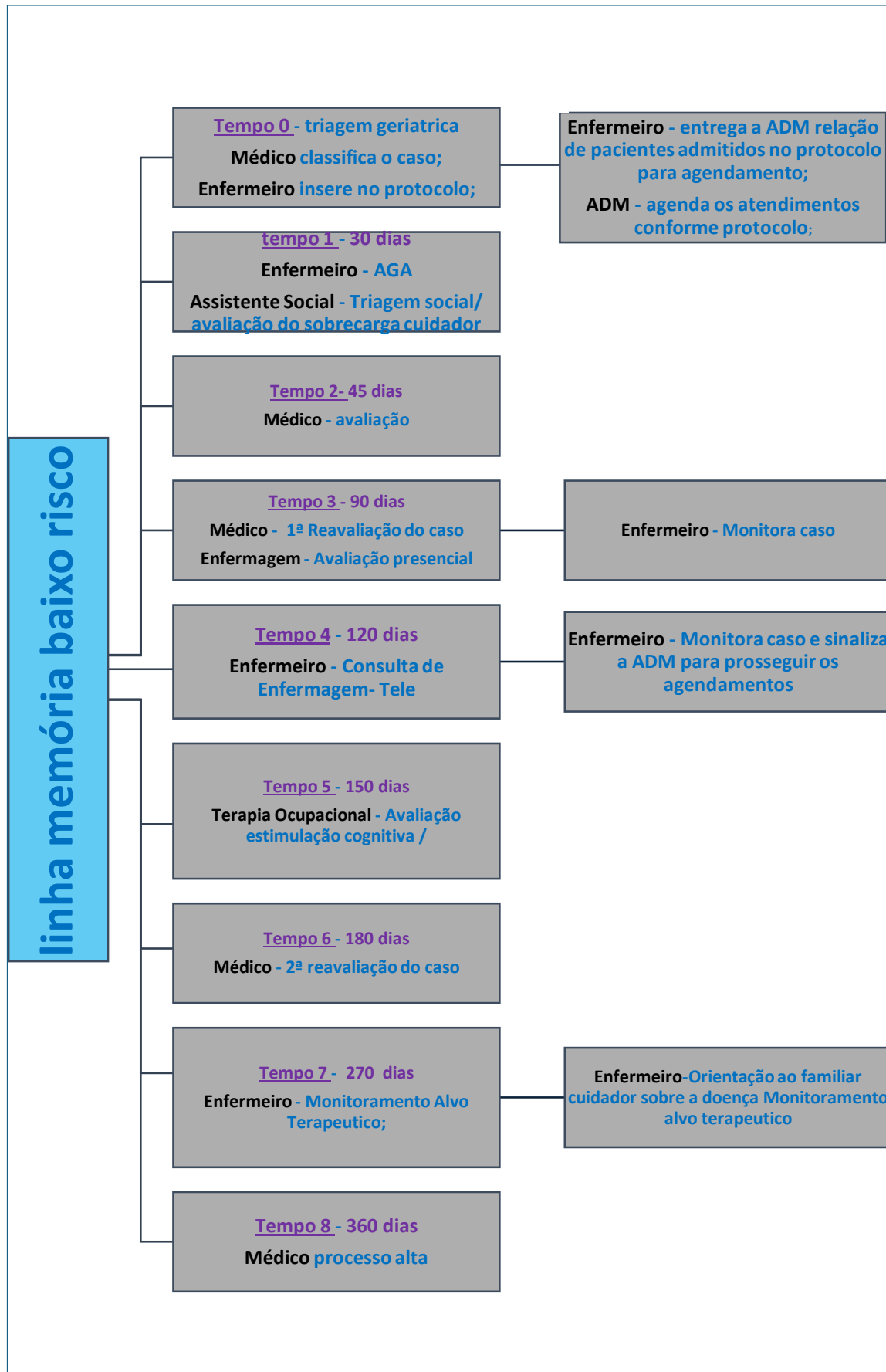
programados, incluindo consultas, sessões de reabilitação, grupos de cuidadores com materiais educativos e canal telefônico de apoio. Depois, são matriciados para as Unidades Básicas de Saúde para continuidade do cuidado.

Para que a proposta de matriciamento fosse executada, foi elaborado e oferecido um treinamento sobre demência para as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no formato de educação à distância, composto por quatro módulos, com encontros para discussão no final de cada módulo. O aproveitamento pelos profissionais foi positivo.

A organização dos processos de trabalho, baseada em diretrizes estabelecidas, permite a transformação de um panorama de pacientes com carência de diagnóstico, orientações e abordagens terapêuticas adequadas em um cenário de atenção mais qualificada, especializada e humanizada, com a continuidade do cuidado garantida nas UBS e com equipes capacitadas para prosseguir o plano terapêutico.

A partir de julho de 2023, após análise dos desfechos, optou-se por restringir o território de atendimento, não mais inserindo pacientes de outros municípios ou com problema de acesso.

ANEXO 3 - FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO – LINHA DE CUIDADO MEMÓRIA



DESFECHOS ATÉ O MOMENTO:

- 44 altas administrativas por falta de adesão, pedido de alta por diversos motivos (distância, conveniência, etc.).
- 18 altas clínicas com contrarreferência para unidades básicas.
- 33 óbitos.
- Demais pacientes encontram-se em acompanhamento na linha de cuidado.
- Resultados esperados:
- Melhorar o diagnóstico e abordagens terapêuticas medicamentosa e não medicamentosa, incluindo programa de orientação de cuidadores.
- Melhorar qualidade de vida da pessoa com demência.
- Educar cuidadores e familiares sobre preconceitos e cuidados.
- Sensibilizar e capacitar a Atenção Básica na linha de cuidado da pessoa com demência para encaminhamento adequado, acompanhamento de longo prazo e discussões sobre cuidados paliativos.
- Reduzir internações de urgência por complicações comportamentais da demência.

PRODUÇÃO DE REDES E APOIO MATRICIAL ENTRE AME E OS 8 MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE MANANCAIS - RRS 4

Maria Estela dos Santos¹
Aline Ferreira de Melo²
Vanessa Cristina Polegati³
Dalva Pereira dos Reis⁴

RESUMO EXECUTIVO

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) abrange a articulação dos diferentes níveis de atenção: hospitalar, especializada e Atenção Básica (AB) entre gestores, trabalhadores e usuários. É um desafio da rede aumentar a conexão entre os serviços para a maior integralidade do cuidado.

A regionalização da SES/SP tem entre seus objetivos a reorganização das redes, otimização de recursos, redução de desigualdades regionais e acesso oportuno dos usuários. A perda primária e o absenteísmo de consultas e exames, somados às filas de espera, representam desafios aos equipamentos de saúde e municípios.

As discussões sobre o matriciamento já ocorriam no processo de apoio em humanização à equipe do Ambulatório Médico de Especialidades de Taboão da Serra (AMETS) e a inclusão do Indicador de Matriciamento aos contratos de ges-

tão do estado de São Paulo, em 2019, contribuiu para a ampliação e intensificação do debate sobre este processo com os municípios.

Participantes: gerente de enfermagem, equipe de matriciamento do AMETS, articuladora de humanização, representantes dos municípios e do Centro de Apoio Regional à Saúde (CARS).

Metodologia: a) apresentação da proposta na Câmara Técnica (CT) e no Comitê Intergestores Regional (CIR) pela equipe do AMETS; b) participação em reuniões de grupos técnicos (crônicos e de regulação) e em outros espaços de discussão regionais; c) encontros entre equipe de matriciamento e representantes da regulação municipais; d) compartilhamento de indicadores de absenteísmo e perda primária; e) reconhecimento da capacidade instalada e ofertas de vagas em especialidades nos municípios; f) redistribuição de vagas de acordo com as necessidades dos municí-

1 Biografia da Maria Estela

2 AME Taboão

3 Núcleo Gestor de Humanização – SES/SP

4 CARS 4

pios em parceria com a Regulação – DRS 1; g) discussões e compartilhamento de protocolos de acesso e assistenciais; h) reuniões “dia D” com especialista do AMETS e médicos da AB; i) compartilhamento de dados de pacientes que não conseguiram contato para busca ativa pelo município; j) discussões de casos e busca ativa de acordo com necessidades identificadas dos usuários; k) acesso ao estudo mensal de demanda reprimida realizado pelo grupo de regulação regional, e l) comunicação efetiva entre AMETS e município, não se restringindo às reuniões de matriciamento.

ANÁLISE DE RESULTADOS 2023 A 2024

Produção de redes: melhoria de indicadores de perda primária e absenteísmo, com redução em 1,5% no absenteísmo total da região (Anexo 1); monitoramento da perda primária, com redução de 5% para 2%, chegando a 0% em algumas especialidades com alta

demanda na região, como urologia e cardiologia (Anexos 2); monitoramento diário das cotas ofertadas juntamente com o DRS; otimização de vagas entre os municípios, de acordo com as necessidades; melhoria e qualificação de encaminhamentos ao AMETS; apoio na qualificação de filas de espera, vínculo e interface com municípios; maior entendimento sobre as necessidades; reconhecimento das ofertas disponíveis em ambulatórios de especialidades municipais e discussão de casos.

A experiência pode ser considerada um processo inovador desde 2020, pela sustentabilidade do matriciamento, com resultados que envolvem: integração do AMETS à rede, fortalecimento do vínculo, confiabilidade, parceria, produção do cuidado e de redes, reconhecimento e valorização do trabalho em equipe. O processo foi apresentado em outros espaços regionais e compartilhado com outros AMES, havendo possibilidade de replicabilidade em outros contextos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: SOCIALIZANDO A PRÁTICA DESENVOLVIDA PELO MATRICIAMENTO DO AME DE OURINHOS JUNTO À ATENÇÃO BÁSICA - RRAS 10

Luana Aparecida da Silva Prata¹

Mariana Tristão Valenick²

Maria Rosa Pereira³

Pamela de Assis Salmazo Carvalheiro⁴

Jarbas Rocha Neto⁵

Daniela de Souza⁶

RESUMO

Introdução: Visando fortalecer as ações desenvolvidas pela equipe de Matriciamento do AME de Ourinhos, após período pandêmico da covid 19, foram realizadas visitas técnicas à Atenção Básica dos municípios referenciados, permitindo que se fizesse um diagnóstico regional e a identificação da relevância de potencializar as atividades da Atenção Primária e direcionar as equipes de saúde para o papel de protagonistas da intervenções.

Objetivo: Relatar as principais ações executadas pelo Matriciamento na Atenção Básica dos municípios referenciados, com relevantes impactos no processo de regionalização.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa retrospectiva com tipologia descritiva e abordagem quali-quantitativa,

que envolveu relato de experiência das ações desenvolvidas pelo Matriciamento no ano de 2023 a abril de 2024. A coleta dos dados foi realizada por meio de elementos subjetivos da própria experiência, enquanto a observação e a reflexão sobre os elementos objetivos foram feitas após entrevista por meio de formulário aplicado nos 13 municípios referenciados e com os médicos especialistas do AME.

Resultados alcançados: As reuniões, capacitações e treinamentos com os agendadores auxiliaram no aprendizado quanto ao uso e manuseio do Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP), na conscientização sobre a inserção de todos os pacientes no sistema, e na reflexão sobre as taxas de absenteísmo e da perda primária.

Considerando o diagnóstico regional realizado com a Atenção Básica, evidenciou-se uma significativa demanda

1 Supervisora de Regulação do Ambulatório Médico de Especialidades – AME Ourinhos/SP RRAS 10 – DRS IX

2 Enfermeira do Ambulatório Médico de Especialidades – AME Ourinhos/SP RRAS 10 – DRS IX

3 Assistente Social do AME Ourinhos/SP RRAS 10 – DRS IX

4 Enfermeira do AME Ourinhos/SP RRAS 10 – DRS IX

5 Médico do Matriciamento do AME Ourinhos/SP RRAS 10 – DRS IX

6 Coordenadora administrativa do AME Ourinhos/SP RRAS 10 – DRS IX

de pacientes com o diagnóstico de diabetes mellitus (DM) e agravamentos da doença. Para ajudar na resolução do problema, foram realizados treinamentos e capacitações para tratamento pé diabético e outros curativos, além de divulgação e socialização da ficha Hiperdia e da implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), dando início à investigação de dois casos de pacientes femininas nos municípios de Bernardino de Campos e São Pedro do Turvo. O PTS se encontra em andamento e já foi possível realizar atendimentos compartilhados, corresponsabilizar e potencializar as equipes e serviços como protagonistas das ações, como parte integrante na reabilitação/tratamento das pacientes, além de encaminhamento ao AME e identificação dos aspectos socioeconômicos e emocionais para, a partir dessas informações, traçar as intervenções necessárias.

Na pesquisa realizada com os médicos do AME, que responderam sobre suas percepções quanto aos encaminhamentos da Atenção Básica, os resultados apontaram que 38,89% estavam

adequados, porém podendo melhorar (total de 18 especialistas). Tal resultado, somado à grande demanda de pacientes com diagnóstico de DM e agravamento da saúde em decorrência da doença e aos casos do PTS, incentivou a capacitação dos especialistas do AME na Atenção Primária, com foco nos encaminhamentos e na relevância do acompanhamento dos casos na rede. A ação foi iniciada pelo nefrologista e pelo cirurgião vascular.

As reuniões com o objetivo de melhorar as articulações e a socialização de informações sobre protocolos, além do processo de tratamento dos pacientes em atendimento no AME, entre os profissionais que mais articulam com o serviço atualmente (agendadores, assistentes sociais, enfermeiros e gestores de saúde), auxiliaram na construção/manutenção e no fortalecimento dos vínculos. Diante da pesquisa realizada com as equipes de saúde da Atenção Básica com o objetivo de investigar a percepção dos profissionais sobre as melhorias na articulação com o AME, os resultados apontaram que 30,77% julgaram como ótima e boa, atualmente.

ANEXO II

1- Ficha Hiperdia



FICHA DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO PACIENTE EM SEGUIMENTO NO HIPERDIA

Município de Origem: _____
 UBS: _____
 Telefone do serviço: _____
 Dados do paciente:
 Nome: _____
 Idade: _____ Estado civil: _____
 Profissão: _____
 Tipo de diabetes : () Tipo 1 () Tipo 2 () pré-diabetes
 () outro _____ Tempo de diabetes: _____ anos/meses
 Complicações crônicas referidas:
 () RETINOPATIA: () ã proliferativa () Proliferativa
 () NEFROPATIA: () Incipiente () Instalada () Sd nefrótico () IRC
 () NEUROPATIA PERIFERICA
 () NEUROPATIA AUTONÔMICA
 () DOENÇA ATEROSCLERÓTICA () periférica () coronária () encefálica
 Doenças associadas: () HAS () dislipidemia () ITU repetição
 () hepatopatia () tireopatia () osteopenia/osteoporose
 () Transtorno depressivo () Transtorno ansioso () glaucoma
 () outros: _____
 Tratamento realizado: _____
 Exames complementares recentes e *necessários para o agendamento da consulta:
 *Glicose de jejum: _____ *Glicose pos-prandial: _____ *HbA1c: _____
 *Creatinina: _____ *K+: _____ *CT: _____ *TG: _____ *HDL: _____
 *Urina 1: _____
 *Microalbuminúria/ proteinúria: _____
 *ECG: _____
 Ecocardiograma _____
 Ultrassom Renal _____
 () Mapa da glicemia capilar anexa:
 () outros: _____
 Motivo do encaminhamento: _____

Fonte: Autores - Readaptado

1- Pesquisa realizada com os médicos - Entrevista com formulário

AOS MÉDICOS DO AME

Olá, a **Equipe do Matriciamento** do AME de Ourinhos/SP, pensando em **aprimorar a articulação e com isso melhorar os serviços prestados pelo ambulatório aos municípios**, solicita aos Médicos que respondam esta breve pesquisa abaixo:

Durante os anos de 2023 e 2024 a equipe matricial, desenvolveu suas ações com foco em orientações para melhorar os encaminhamentos aos especialistas no AME. Considerando tal ação, você julga que atualmente os encaminhamentos de primeira consulta estão vindo de forma:

- Super adequada ()
- Adequada, porém podendo melhorar ()
- Satisfatória ()
- Insatisfatória ()
- Ruim ()

Especialidade: _____

Fonte: Autores - Readaptado

2- Pesquisa realizada com os Municípios - Entrevista com formulário

AOS MUNICÍPIOS

Olá, a **Equipe do Matriciamento** do AME de Ourinhos/SP, pensando em **aprimorar a articulação e com isso melhorar os serviços prestados pelo ambulatório**, solicita aos funcionários de saúde que responda esta breve pesquisa abaixo:

Durante os anos de 2023 e 2024 a equipe matricial, desenvolveu suas ações para aproximar os municípios com o AME e melhorar assim nossa forma de articulação, visando melhorias na oferta dos serviços prestados aos nossos pacientes. Considerando tal ação você julga que atualmente a articulação com o AME tem sido:

Ótima ()

Boa ()

Satisfatória ()

Insatisfatória ()

Ruim ()

Dê sua opinião sobre o que o Matriciamento contribuiu para o seu município:

OBS: Seu parecer é importante para nós!!

Fonte: Autores - Readaptado

ANEXO III

1- Resultado da pesquisa

1.1- Tabela 1: Pesquisa realizada com os Municípios

<i>Durante os anos de 2023 e 2024 a equipe matricial, desenvolveu suas ações para aproximar os municípios com o AME e melhorar assim nossa forma de articulação, visando melhorias na oferta dos serviços prestados aos nossos pacientes. Considerando tal ação você julga que atualmente a articulação com o AME tem sido:</i>		
OPÇÕES	N	%
ÓTIMA	4	30,77%
BOA	4	30,77%
SATISFATÓRIA	0	0,00%
INSATISFATÓRIA	0	0,00%
RUIM	0	0,00%
NÃO RESPONDEU	5	38,46%
TOTAL	13	100,00%

Fonte: Autores - Readaptado

1.2 - Tabela 2: Pesquisa realizada com os Municípios

<i>Durante os anos de 2023 e 2024 a equipe matricial, desenvolveu suas ações com foco em orientações para melhorar os encaminhamentos aos especialistas no AME. Considerando tal ação, você julga que atualmente os encaminhamentos de primeira consulta estão vindo de forma:</i>		
OPÇÕES	N	%
ADEQUADA	0	0,00%
ADEQUADA, PORÉM PODENDO MELHORAR	7	38,89%
SATISFATÓRIA	5	27,78%
INSATISFATÓRIA	4	22,22%
RUIM	2	11,11%
TOTAL	18	100,00%

Fonte: Autores - Readaptado

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA - RRAS 11

Ana Carolina Gonçalves de Paiva¹
Viviane Ruani dos Santos²
Thaiza Akemi Pereira³

Introdução: Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, Art. 2º, A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. §1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RRAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

O Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Presidente Prudente é referência para 45 municípios pertencentes aos DRS XI, e oferece atendimento especializado em 26 espe-

cialidades médicas e 6 especialidades não médicas. Diante disso, considerando a alta demanda em determinadas especialidades médicas, bem como encaminhamentos indevidos/incorretos, com o apoio do corpo clínico, elaboramos protocolos de regulação para que a Atenção Básica tenha subsídios para tratar o paciente, e se não for resolutivo, encaminhá-lo de forma correta para a especialidade indicada para o caso.

Objetivo: Qualificar os encaminhamentos da Atenção Básica para a Atenção Especializada, visando à melhor resolubilidade de atendimento e redução das filas de espera para consulta especializada.

Metodologia: Após identificação de alguns encaminhamentos indevidos/ incorretos para determinadas especialidades por meio de relato médico, bem como de casos que poderiam ser solucionados e tratados na Atenção Básica,

- 1 Médica do Matriciamento do AME de Presidente Prudente – RRAS 112. Enfermeira do Ambulatório Médico de Especialidades – AME Ourinhos/SP RRAS 10 – DRS IX
- 2 Enfermeira do Matriciamento do AME de Presidente Prudente – RRAS 114. Enfermeira do AME Ourinhos/SP RRAS 10 – DRS IX
- 3 Assessora administrativa do AME de Presidente Prudente – RRAS 11

foi elaborado o protocolo de regulação institucional. Atualmente, existem protocolos de regulação nas especialidades de cardiologia, neurologia, otorrinolaringologia, nefrologia, endocrinologia, cirurgia vascular, dermatologia e tumores de pele, todos com apoio dos profissionais médicos especialistas na área, para que o médico da Atenção Básica possa fazer um diagnóstico prévio com indicação de tratamento inicial, de exames a serem realizados, e quando se faz necessário o encaminhamento para a Atenção Especializada.

Resultado: Após implantação e treinamentos articulados pelo Serviço de Matriciamento do AME de Presidente Prudente com médicos, equipes de regulação e agendadores, foram enviados os referidos protocolos aos municípios.

Com essa ação, percebemos a melhora dos encaminhamentos com uma redução nos encaminhamentos indevidos ou de casos de baixa complexidade que podem ser tratados na Atenção Básica. Com isso, a Atenção Básica passa a ter maior autonomia nos atendimentos prestados, sendo mais resolutivos, bem como há uma redução nas filas de espera de consulta especializada. Ademais, o serviço de matriciamento vem atuando ativamente com os municípios, por meio de ações de apresentação deste protocolo e de ações com especialistas, além de discussão de casos.

Referências: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, Ministério da Saúde. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

AÇÕES PARA DIMINUIÇÃO DO ABSENTEÍSMO NO AME DE PRESIDENTE PRUDENTE - RRAS 11

Ana Carolina Gonçalves de Paiva¹
Viviane Ruani dos Santos²
Thaiza Akemi Pereira³

Introdução: Durante o período da pandemia causada pela covid 19, as taxas de absenteísmo na unidade atingiram percentuais jamais vivenciados, chegando a 30%. Desde então, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Presidente Prudente vem traçando estratégias para redução dessas taxas. Sabe-se que a utilização inadequada de vagas causa prejuízos na prestação dos serviços de saúde tanto no aspecto financeiro como no individual, tendo em vista que a falta do paciente atrasa o seu próprio diagnóstico/tratamento e impede que outro paciente tenha acesso ao atendimento necessário, bem como resulta no aumento do número de atendimentos nas unidades de emergência e a não resolução da necessidade de saúde. O absenteísmo influencia os resultados da atenção aos pacientes, afetando as demandas por atendimento, que são elevadas em relação ao que o serviço tem a oferecer.

Objetivos: Diminuir a taxa de absenteísmo a 15%, e assim reduzir as filas de espera de consultas e exames,

visando realizar o diagnóstico precoce. Conscientizar os municípios para que seja feita uma gestão ativa do CDR, para que o agendamento seja efetivo, com a utilização das cotas para pacientes que realmente necessitem daquela consulta ou exame, bem como incentivar a participação ativa do paciente na responsabilização da redução desses índices.

Metodologia: Começamos tabulando os motivos do porquê o paciente não compareceu na consulta/exame agendado. Diante disso, iniciamos a divulgação da nossa taxa de absenteísmo mensalmente, por meio das reuniões de Comissões Intergestores Regionais (CIRs) por municípios e por especialidade/exame, para que o município pudesse avaliar suas fragilidades e traçar estratégias. Também participamos do grupo de agendadores da região, para o qual passamos informações pertinentes ao absenteísmo e a encaminhamentos indevidos nesse grupo. Foram realizadas ações de matriciamento relacionadas ao tema da atenção primária, estimulando a qualifi-

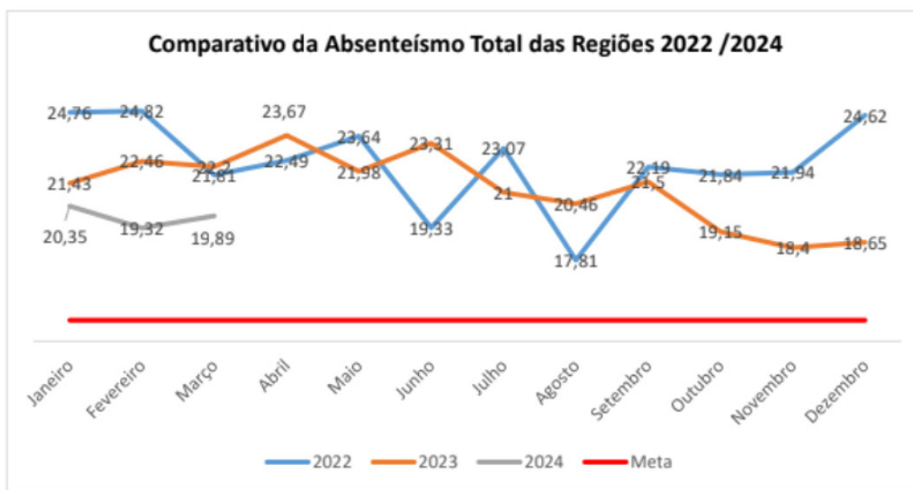
1 Médica do Matriciamento AME de Presidente Prudente – RRAS 11

2 Enfermeira Matriciamento AME de Presidente Prudente – RRAS 11

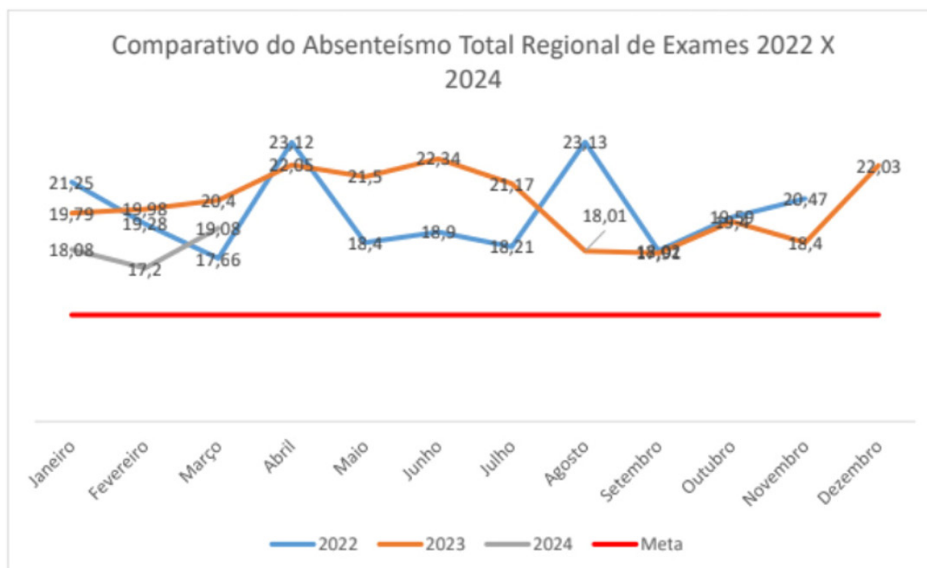
3 Assessora Administrativa AME de Presidente Prudente – RRAS 11

cação de CDR externo e a atualização do cadastro do paciente. Foram elaborados protocolos de regulação da assistência de algumas especialidades para qualificação do encaminhamento, a fim de evitar encaminhamentos indevidos. Duas vezes ao mês, é enviada para o DRS XI uma planilha com todos os agendamentos realizados no AME, para que o municí-

pio tenha ciência e possa tomar medidas que garantam o comparecimento do paciente no dia e horário agendados. Também iniciamos a divulgação dos números de telefone do AME aos pacientes, em razão da dificuldade de comunicação com aqueles que não atendiam a nossas ligações, intensificando a quantidade de chamadas para confirmação de comparecimento na consulta ou exame,



R. José Bongiovani, 1297 | Bloco VII | Cidade Universitária | CEP: 19050-680 | Presidente Prudente - SP
 Fone:(18) 3918-9850 | FAX:(18) 3918-9858 | CNPJ: 53.221.255/0033-28 | e-mail:amepresidentepudente@alsf.org.br
 www.amepresidentepudente.org.br | www.franciscanosnaprovidencia.org.br/



e fizemos a qualificação de CDR interno de colonoscopia e ultrassom com doppler, exames estes com maior índice de absenteísmo. Divulgamos, ainda, a campanha “Sua falta faz falta”, iniciativa do AME para promover a atuação ativa do paciente e

conscientizá-lo sobre a necessidade de solicitar o cancelamento e reagendamento da consulta, caso não consiga comparecer.

Resultado: Com essas ações, houve uma queda significativa na taxa de absenteísmo, como podemos ver no gráfico abaixo:

Ademais, com essas ações, muitos municípios começaram a se mobilizar e desenvolver ações específicas dentro do seu território, a fim de reduzir estes índices, assim como passamos a colocar o paciente como protagonista no cuidado de sua saúde com a conscientização de que “Sua falta faz falta”. Entendemos que ainda não atingimos a meta preestabelecida e que esta não é a taxa ideal, mas, considerando que a unidade atende a 45 municípios, que a extensão territorial do Oeste Paulista é grande e que muitos pacientes dependem do transporte público para se locomoverem, além de outros fatores, os resultados são satisfatórios, e a tendência é de que até o final do ano corrente a meta seja atingida.

REFERÊNCIA

O Absenteísmo dos Pacientes em Consultas Ambulatoriais: Revisão Integrativa da Literatura. Rev. esc. enferm. USP 55 · 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/reeusp/a/NYZmytbwHwQ3CwTFgjzZy9s/?lang=pt>

APOIO MATRICIAL TRÊS COLINAS – TECENDO UM TRABALHO EM REDE - RRAS 13

Vilmar Martins Medeiros¹
Francisco Luis Coelho Rocha¹
Elane Cristina Aragon Souza¹

Introdução: Os Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) são unidades de alta resolutividade que oferecem consultas, exames e, em alguns casos, cirurgias em um mesmo local, proporcionando maior rapidez ao diagnóstico e ao tratamento dos pacientes. Os atendimentos nos AMEs são referenciados e programados, e têm como objetivo serem próximos e acessíveis ao cidadão, por meio da prestação de um conjunto de serviços que garantam uma intervenção rápida e eficaz, a fim de promover o diagnóstico precoce, orientar a terapêutica e ampliar a oferta de serviços ambulatoriais especializados.

O Apoio Matricial em saúde objetiva fortalecer o trabalho em rede e assegurar a retaguarda especializada às equipes e profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo, de modo que um especialista com determinado núcleo de formação

apoia especialistas com outro núcleo, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação.

Objetivo geral: Fortalecer o apoio matricial como retaguarda assistencial e o apoio técnico-pedagógico à Atenção Básica, via educação permanente, pautados pela interprofissionalidade, pelo trabalho em redes, pela atuação em território definido, pelo compartilhamento de saberes e pela deliberação conjunta.

Metodologia: Realizar o diagnóstico situacional e elaborar as ações com as equipes, Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) e seus gestores, construindo ações integradas em rede e envolvendo não somente as equipes profissionais, mas o paciente e seus familiares no processo de cuidado.

Resultados esperados: Como as demandas de cada município são dinâmicas, o resultado é exitoso quando envolve e capacita toda equipe. Sendo assim, os resultados esperados são:

1 Ambulatório Médico de Especialidades de Franca – Departamento Regional de Saúde de Franca – DRS VIII – RRAS 13

- Baixo absenteísmo de primeira consulta, interconsultas e retornos
- Sem perda primária
- Encaminhamentos médicos de forma coerente, seguindo protocolo
- Extensão da educação continuada em rede
- CDR atualizado
- Equipe envolvida e capacitada no cuidado ao paciente em uso de anticoagulantes e com doenças crônicas

Resultados alcançados: Diante das ações do matriciamento, o vínculo entre AME e municípios vem sendo fortalecido por meio das reuniões presenciais com a equipe matriciadora, DRS, gestores e representantes dos serviços de saúde, discussões de casos entre os médicos, e pelo canal aberto para os municípios entrarem em contato com a equipe matriciadora

e receber as orientações que solicitarem. O absenteísmo do Ame Franca está entre os dez menores entre todos os AMEs do estado de São Paulo, com redução de perda primária. Este é o resultado de um trabalho em campo com os médicos, encaminhamentos mais resolutivos, conscientização da população sobre a importância de comparecer à consulta e envolvimento dos agentes comunitários de saúde in loco para levantar os motivos dos pacientes faltosos, possibilitando assim traçar melhores estratégias.

Contamos também com um grupo de estudo de médicos com especialistas no AME para melhor terapêutica e seguimento na atenção primária, e com equipes multiprofissionais que receberam orientações referentes aos protocolos, sendo este um trabalho contínuo, desafiador, inovador, e que veio para fortalecer o trabalho em saúde.

MATRICIAMENTO, AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – MUNICÍPIO DE CAMPINAS - RRAS: 15

Carolina Furquim Degrande¹
Cleide Aparecida Moreira Sanches¹
Sheila T. Kimura Medorima¹

RESUMO EXECUTIVO

O Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Campinas iniciou suas atividades ambulatoriais efetivamente em setembro/2021, após duas paralizações para atendimentos a pacientes com covid 19, como hospital de campanha.

No terceiro trimestre de 2022, foi apresentado à DRS VII o projeto de matriciamento e, em decisão conjunta com a Coordenação de Especialidades da Secretaria de Saúde de Campinas, o município foi selecionado para desenvolver esse projeto, sendo a maior cidade da RMC em extensão territorial/populacional, e o maior demandante de consultas/exames.

Os objetivos principais para o desenvolvimento do projeto foram:

- Redução de absenteísmo e perda primária
- Estabelecer a aproximação com a regulação municipal, apoiadores

dos distritos de saúde e equipes da Atenção Primária à Saúde (APS)

- Contribuir com a redução/qualificação da fila de exames

Iniciamos o matriciamento com a apresentação dos nossos protocolos de acesso aos apoiadores dos distritos de saúde, aos coordenadores das mais de 70 unidades geradoras de agendamentos e, respectivamente, com os agendadores da APS, com o objetivo de ampliar o conhecimento desse protocolo e, como resultado, a melhor utilização das ofertas de consultas, exames e cirurgias. Nesses encontros, foram demonstrados os indicadores de perda primária e absenteísmo, a fim de apresentar a melhor utilização da ferramenta do Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP).

Em 2023, foi selecionado para ser matriciado o Centro de Saúde São Bernardo, unidade com cobertura de 70.000 habitantes pertencente, na época, ao Distrito Sul. Nesta unidade, foram identificadas como necessidades:

- Reduzir o absenteísmo (20% em consultas)
- Reduzir a perda primária em consultas (9,9% em consultas)
- Reduzir/qualificar a fila de exames com doppler MMII
- Cirurgia vascular
- Cardiologia clínica

Ações realizadas: Capacitação pela cardiologista dra. Sheila T. K. Medorima e pela cirurgiã vascular dra. Raffaella Federico, membros de nosso corpo clínico, com 44 médicos da APS abordando os seguintes temas:

- Protocolo clínico para identificação/tratamento de pacientes de alto risco cardiovascular e quando encaminhar para cirurgia vascular
- Cuidados clínicos ao paciente com doença vascular periférica
- Insuficiência venosa crônica e diagnósticos diferenciais
- Fluxo de encaminhamento ao AME, discussão de casos e resumo

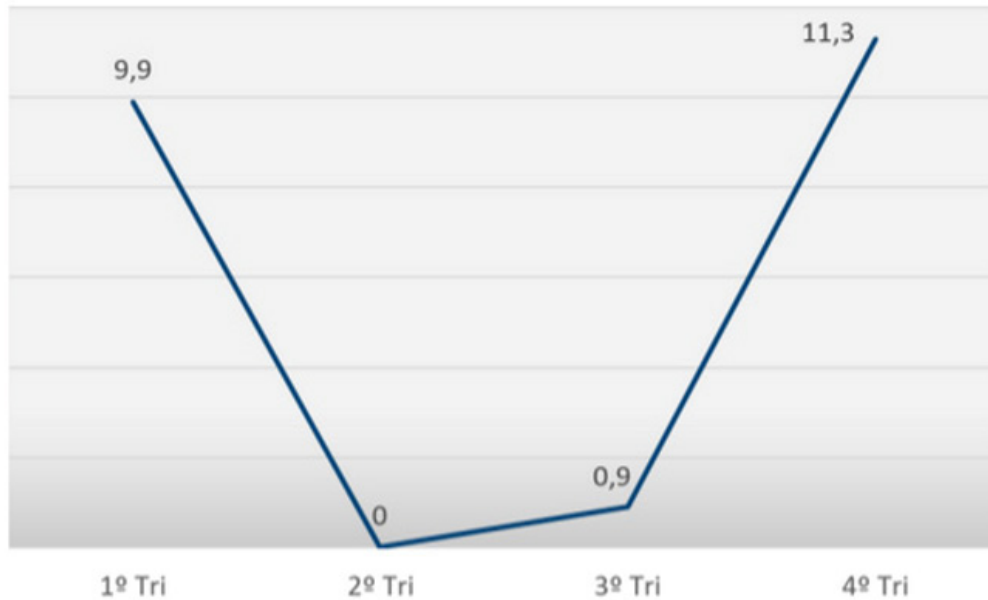
- Qualificação da fila de doppler vascular

RESULTADOS OBTIDOS

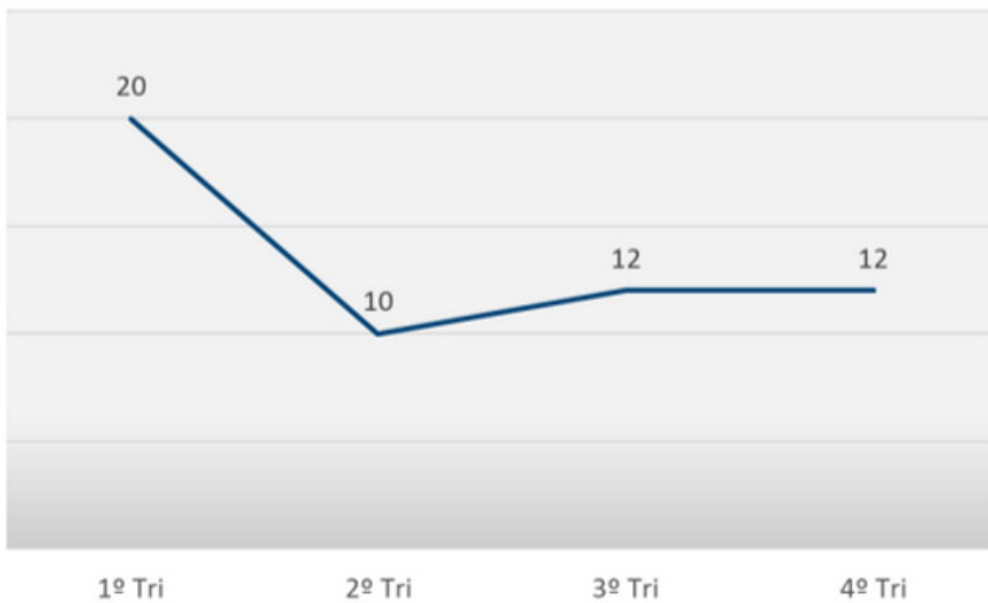
- Redução do absenteísmo
- Redução da perda primária
- Melhor aproveitamento das vagas
- 402 solicitações de doppler vascular avaliadas (prioridade de 12 por insuficiência arterial e 51 por insuficiência venosa; proporção de 15,6%).

O matriciamento tem papel fundamental, em conjunto com a APS, no estabelecimento de ações voltadas para facilitar o acesso dos usuários ao nível secundário de atenção à saúde, seja por meio de capacitações médicas, estabelecimento de protocolos clínicos que possam apoiar médicos nas tomadas de decisão e direcionar casos mais complexos, seja na capacitação das equipes e, principalmente, pelas ações de aproximação entre os níveis de saúde.

PERDA PRIMÁRIA - 2023



ABSENTEÍSMO - 2023



MATRICIAMENTO DE CARDIOLOGIA À EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CASA BRANCA/SP - RRAS 15

Margarete Aparecida Fernandes Bernardi¹
Leonardo Pippa Gadioli²

RESUMO EXECUTIVO

Esta experiência tem como objetivo diminuir e, principalmente, qualificar os encaminhamentos à especialidade de cardiologia do município de Casa Branca. Iniciamos no ano de 2023 o apoio matricial do especialista em cardiologia aos médicos clínicos da rede de Atenção Básica.

No período havia, conforme levantamento da Gerência de Regulação Municipal, trezentos e cinquenta pacientes no serviço de regulação aguardando vaga para a cardiologia. Todos encaminhados pelos médicos clínicos das unidades básicas, e outras especialidades da Atenção Especializada.

Importante informar que esta demanda existia mesmo com o município disponibilizando vagas de referência no AME de Casa Branca, e vagas na Atenção Especializada (temos um médico cardiologista na rede municipal).

Assim, em reuniões e discussões entre Atenção Especializada, Regulação e o cardiologista, avaliamos que o que faltava era a qualificação desses encaminhamentos. Com isso, elaboramos etapas de organização da fila de espera, com o objetivo de iniciar o apoio matricial, sendo:

Etapa I: verificar se os pacientes que aguardavam na fila ainda estavam na espera ou se já tinham procurado outros recursos (geralmente, particulares) para o atendimento.

Etapa II: pedido de todos os exames necessários dos pacientes que aguardavam na fila de espera, como RX de tórax; hemograma completo; ECG (todos atualizados).

Etapa III: após todos os exames prontos, realizamos “mutirão” com três cardiologistas. Foi marcada uma consulta presencial para que os cardiologistas, já com os exames em mãos, avaliassem se o paciente seria encaminhado para iniciar acompa-

1 Gerente de Atenção Especializada da Secretaria de Saúde do Município de Casa Branca – RRAS 15 E DRS XIV de São João da Boa Vista/SP

2 Cardiologista da Atenção Especializada e do AME Casa da Secretaria de Saúde do Município de Casa Branca – RRAS 15 E DRS XIV de São João da Boa Vista/SP

nhamento com especialista ou reencaminhado ao serviço de atenção básica para dar continuidade com médico clínico.

Etapa IV: em paralelo ao levantamento da demanda e do mutirão, foi elaborado o Protocolo de Cardiologia (pelo dr. Leonardo Pipa), que foi apresentado e discutido com os médicos clínicos.

Etapa V: início das reuniões de apoio matricial entre os clínicos, cardiologista, gerências de regulação e especializada, enfermeiras das unidades, médico regulador e secretário municipal.

Após as etapas de organização, os pacientes avaliados e encaminhados para o serviço especializado utilizaram as vagas do AME e da Atenção Especializada Municipal; já os demais voltaram, com o apoio matricial de discussão do caso e orientações do especialista, para dar continuidade ao tratamento nas unidades básicas.

Foram realizadas algumas reuniões online para discussão do protocolo, tirar dúvidas e decidir como se dariam as discussões dos casos.

Após todo esse trabalho, temos hoje no serviço de regulação praticamente “fila zero” de espera para cardiologia ou espera somente do que foi encaminhado dentro do mês.

O apoio matricial acontece semanalmente entre o especialista e os clínicos, que discutem (presencialmente e por

telefone) todos os casos com o cardiologista antes de encaminhar para regulação; ou seja, o pedido já chega para o especialista qualificado, com todos os exames apropriados e realmente avaliados pelos dois médicos.

Para potencializar e qualificar as equipes, ainda foram feitas as capacitações dos enfermeiros da AB e discussões entre as equipes (AME /AB/Especializada).

Dificuldades encontradas: Falta de adesão de todos os profissionais das equipes.

Resultados alcançados: Qualificação dos encaminhamentos, consolidação da responsabilização clínica na AB, valorização do cuidado interdisciplinar.

Resultados esperados: Manutenção do apoio matricial, adesão de todos profissionais e ampliação da experiência a outras especialidades.

Relevância da proposta dentro do contexto da regionalização da saúde:

Esta experiência pode interferir de forma positiva no acesso à saúde, uma vez que propõe atendimento qualificado e integralidade da atenção à saúde dentro das possibilidades e recursos regionais existentes. A experiência já foi apresentada nas reuniões das redes de serviços da DRS XIV e temos a proposta de apresentá-la na Comissão Intergestores Regional (CIR).

**BANNERS DO
1º FÓRUM DE EXPERIÊNCIAS
EXITOSAS NA CONSTITUIÇÃO
DE REDES REGIONAIS
DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Para acesso aos
banners, leia o
QR Code ao lado



A CONSTRUÇÃO DO NÚCLEO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS ESFS NO MUNICÍPIO DE JOÃO RAMALHO

Marco Antônio Rodrigues da Silva
Karen Namie Sakata So
Tauani Fernanda da Silva Mendes
Ana Paula de Araújo Alves Silva
Joelma Fernanda Aureliano dos Santos
João Ramalho

RRAS 11

A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO ATIVA E DO ENGAJAMENTO DO PRESTADOR DE SERVIÇOS NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NA DISCUSSÃO E CRIAÇÃO DE UMA REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE – RRAS 18

André Peluso Nogueira
Carina Guerreiro
Ana Villa
Fernanda Gonçalves Fernandes
Mariana Mendes
Jeferson Yashuda

RRAS 18

A JORNADA DO PREVINE BRASIL EM PRAIA GRANDE

Ariadne Szwarfuter
Fábio Santana da Silva

RRAS 7

**A LINHA DE CUIDADO TECENDO A RAPS DA
REGIÃO DE SAÚDE ALTA ANHANGUERA**

Ricardo Bessa
Cristiane Ribeiro
Daniela Bessoni
Edna Bracellos, Elza Souza
Kelly C. Faleiros
Marília Nascimento Roberta Gomes,
Thaila S. Gomes

RRAS 13

**A REGIONALIZAÇÃO, A ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E
O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PRODUÇÃO
DO CUIDADO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA REGIÃO
DE SAÚDE DE TUPÃ DO DRS IX MARÍLIA – RRAS 10**

Ana Maria Celestrino

RRAS 10

**A REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE COMO
POTENCIALIZADORA DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO
DA RAPS NO MUNICÍPIO DE NOVA EUROPA**

Nathalia Denardi Casotti
Daniela de Jesus Ferreira

RRAS 13

ADEQUAÇÃO NO PREPARO DO EXAME DE COLONOSCOPIA

Vera Elaine Lacerda
Mariana Miriam Correia
DRS XV RRAS 12

ALTA QUALIFICADA EM SAÚDE MENTAL COMO FRUTO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA RRAS 18

Mary Cristina R. Lacorte R. Pinto
Marilia de Moraes Monteiro Fuzaro
Antônio Martins de Oliveira
RRAS 18

ALTA RESPONSÁVEL: CONSTRUÇÃO DE REDES VIVAS NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO DE SAÚDE DO VALE DO JURUMIRIM

Bruno Wesley Rodrigues
Fátima Regina Longo
Maria Emília Ferreira
Regina Márcia Maestrello Bolis Paula Meira
RRAS 9

AMBULATÓRIO NOTURNO ITINERANTE DE MONGAGUÁ

Enf.^a Ana Paula Camargo
Enf.^a Fabiane Cristina da Silva
RRAS 15

AME PARIQUERA-AÇU: COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO NA PRODUÇÃO DE REDES DE SAÚDE

Adriana Fernandes
Maria Fernanda
Christianne Costa Andriello
Camila Alves dos Santos
RRAS 7

APLICAÇÃO DO POTENCIAL DE EXPANSÃO DA RRAS 18: UTILIZANDO O CADASTRO DE DEMANDAS POR RECURSO – CDR COMO SUBSÍDIO PARA O PLANEJAMENTO

Mary Cristina R. Lacorte R. Pinto
Antônio Martins de Oliveira
RRAS 18

**APOIO EM POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO: TRANSIÇÃO
DO CUIDADO E PRODUÇÃO DE REDES ENTRE
HOSPITAL GERAL DE PIRAJUSSARA E MUNICÍPIOS
DE EMBU DAS ARTES E TABOÃO DA SERRA**

Vanessa C. Polegati
Renata Delphim de Moraes
Eliane T. Leite Almeida
Cristiane Marchiori Pereira

RRAS 4

**APOIO MATRICIAL E PROCESSO DE TRABALHO DA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) – DRS IX MARÍLIA – RRAS10**

Mara Cristina Agostino Marcato
Débora Pires de Oliveira
Maria Madalena Pollon Sá Freire
Célia Maria Marafiotti Netto
Mônica Martins de Oliveira Viana

RRAS 10

APOIO MATRICIAL EM ONCOLOGIA

Ana Carolina Gonçalves de Paiva
Viviane Ruani dos Santos
Thaiza Akemi

RRAS 11

**APOIO REGIONAL DESCENTRALIZADO COMO POSSIBILIDADE
DE ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO ESTADO E MUNICÍPIOS
NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO**

Márcio Roberto de Lúcio
Débora Teixeira do Amaral
Flávia Carotta
Marcelo Nascimento

RRAS 1

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REGIÃO DE SAÚDE
DE OURINHOS: DESCENTRALIZAÇÃO DO NÚCLEO
DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – NAF ASSIS**

Daniele Dionisio Alves
Mara Cristina Agostino Marcato
Célia Maria Marafiotti Netto
Luciane Platine Moreno
Lúcia Tutui Nogueira
Rogério Luis Areão

RRAS 10

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: ESTRATÉGIAS
PARA SUA ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO NO ÂMBITO
DAS REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Chrizeide S. Ragazzi Sanches
Loilton Augusto Santana Salvini
Cristina Durigan Martins
Valéria da Cruz Oliveira de Castro

RRAS 12

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Mayumi Maria Quintella Baptista
Diego Ferreira de Andrade Garcia
Raquel de Fatima Lichy
Andrea de Medeiros Matsushita

RRAS 6

AVANÇOS E DESAFIOS NA REDUÇÃO MORTALIDADE INFANTIL E TRANSMISSÃO VERTICAL COM APOIO DA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA REGIONAL

Glaucia Aparecida dos Santos Fernandes
Paula de Carli Perinetto
Raphael Aparecido de Souza

RRAS 3

AVANÇOS NA REGIÃO DE ASSIS COMO FRUTO DA OFICINA DE REGIONALIZAÇÃO: ACORDAMOS!

Angela Maria Major Noronha
Célia Maria Marafiotti Netto
Cintia da Cunha Alfredo Funabashi
Flávia Vernaschi Lima
Magali Aparecida Belotti
Margarida Midori Ushida

RRAS 10

**“CADERNO DE APOIO TÉCNICO” COMO FERRAMENTA
PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE DO
PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO
REGIONAL DE SAÚDE DA BAIXADA SANTISTA**

Isabela Galvão Gobato
Natalia C Almeida Akamine
Patrícia Amorim Teixeira
Silvia Regina Pereira
Tania Cristina Messias Rocha

RRAS 7

CENTRAL DE INFUSÕES NO MUNICÍPIO DE SANTOS

Andre Luiz Ferreira Lawand
Silvia de Almeida Mendes Andrade

RRAS 7

**CICLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE COM
ENFOQUE NA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL**

Fabiana Patucci

RRAS 7

COMUNICAÇÃO EFETIVA: APLICATIVO PARA CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA EM CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS

Mara Vanessa de S. B. Cirilo
Ítalo Salgado Fantini
Vanusa F. Leite

RRAS 12

CONSTRUÇÃO DE UM GRUPO TÉCNICO REGIONAL DE ESTUDO DE PERFIS HOSPITALARES

Ana Carolina Covolo Braga
Daniele Catelan
Jéssica Moreira Fernandes
Leticia Aparecida de Souza Silva

RRAS 1

CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO EM SÃO VICENTE

Daniela C. A. A. Marques
Michelle Luis Santos
Mara Regina Annuniação
Cristiane Marchiori Pereira

RRAS 7

CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO INTEGRADO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Andre Luiz Ferreira Lawand
Maria De La Gloria Dominguez Alonso
Silvia de Almeida Mendes Andrade

RRAS 7

CUIDADOS PALIATIVOS NA REDE DE ONCOLOGIA: PRODUÇÃO DE REDES DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO DA BAIXADA SANTISTA

Mara Regina Annuniação
Cristiane Marchiori Pereira
Patrícia Amorim Teixeira

RRAS 7

DA GESTÃO À GOVERNANÇA – O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO COMO FATOR DE APRIMORAMENTO

Moisés Francisco Baldo Taglietta

RRAS 14

DESENVOLVIMENTO CENTRAL DE LAUDOS AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Ana Carolina Nassar Villares
Ana Elisa Costa Ferreira Cirto
André Luiz Rodrigues
Wellinton Cardoso Teodoro

RRAS 15

DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA SELO HOSPITAL AMIGO DO IDOSO NO HCFAMEMA

Adriana Avanzi Marques Pinto
Amanda Sabatine dos Santos
Luciana Meneguim Pereira de Queiroz
Tereza Raquel Schorr Calixto

RRAS 10

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO EIXO TRANSVERSAL- ESTRUTURANTE NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Sônia Regina Souza Silva
Maria José da Silva
Eduardo Carvalho de Souza
Luzana Mackevicius Bernardes
Daniel Marques dos Santos
Liliana Vaz de Lima Santos

RRAS 7

EDUCAÇÃO PERMANENTE E PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO: UMA PROPOSTA DE OFICINA DE GOVERNANÇA EM SAÚDE

Júlia de Campos Cardoso Rocha
Maria Dalva Amim dos Santos
Marília Cristina Prado Louvison
Pedro Ivo F. de C. Yahn

RRAS 3

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POTENCIALIDADE PARA O FORTALECIMENTO DA REDE ASSISTENCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Maria José da Silva
Luzana Mackevicius Bernardes
Eduardo Carvalho de Souza
Ivaldo Reis dos Santos
Daniel Marques dos Santos

RRAS 7

ESPAÇOS DE GOVERNANÇA REGIONAL NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA RRAS 14 – PIRACICABA

Érica Ap. Setten Pedronetti

RRAS 14

**FORTALECIMENTO DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE,
NA REGIÃO DE MARÍLIA, PARA ACESSO OPORTUNO E
DIAGNÓSTICO PRECOCE NA ATENÇÃO CARDIOVASCULAR**

Adriana Ramires Silva
Vera Cruz
Adriana Fonseca Santos
Ademilson Roberto Fernandes
Cecília Cristina Togashi Roselli
Célia Maria Marafiotti Netto
Isabel Cristina Aparecida Stefano
Deyse R. Serapião Grejo
Sandra Valéria Pereira

RRAS 10

**FÓRUM REGIONAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DA BAIXADA SANTISTA – DRS IV**

Sônia Regina Souza Silva
Patrícia Amorim Teixeira

RRAS 7

**GRUPO TÉCNICO EM SAÚDE MENTAL – AÇÕES E
CONTRIBUIÇÕES NA PERSPECTIVA REGIONAL**

Fabíola Leão Yamamoto
Isis Araujo Silva Sousa
Priscila Lopes Pereira Nuzzi
Cássia Aparecida Grando de Moraes

RRAS 9

GTAB CIR DO ALTO CAPIVARI – DRS XI: UMA POTÊNCIA NO FORTALECIMENTO DA RRAS

Andréia Benquique Ojopi
Eloá Modesto Norões
Liliane Lopes Fritsky
Karen N. Sakata So

RRAS 11

IMPACTO NA SAÚDE DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE INDIANA

Ana Paula do Nascimento Voltarelli
Mayara Gervazoni Madeira
Maria Eduarda Prativiera Franco Pinheiro

RRAS 11

IMPACTO NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO APÓS A IMPLANTAÇÃO DO CER III DE ITÁPOLIS COMO EQUIPAMENTO DA RPCD NA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Stefany Gentile Miqueletti
Rafaela Amanda Revoredo
Ana Lúcia Gonçalves Menini
Geverson de Mello Silva

RRAS 18

IMPLANTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL REGIONAL DA BAIXADA SANTISTA

Ana Maria Fernandes Guimarães
Izabelly dos Santos Ramalho
Rosianne Aby Azar Reis
Nayra Gomes Peres

RRAS 7

IMPLANTAÇÃO DE PONTO DE ATENDIMENTOS ÀS URGÊNCIAS BÁSICAS E O PROCESSO DA REGIONALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE ANHUMAS – SP

Mário Henrique Machado
Lucas Vinícius Silva Alves

RRAS 11

IMPLANTAÇÃO DE TELEORIENTAÇÃO PARA MATRICIAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE MULHERES COM ALTO RISCO GESTACIONAL – UMA APROXIMAÇÃO FUNDAMENTAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM A TERCIÁRIA

Adriana Gomes Luz
Carla de Brito Fortuna
Giuliane Jesus Lajos
Luciane G. Goulardins Bertelli

RRAS 15

**IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE DIABETES MELLITUS
TIPO 1 COM SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA
DE GLICOSE PARA PACIENTES SUS PERTENCENTES
À REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE RIO CLARO**

Ligia Parreira Duarte
Maisa Roberta de Almeida
Werner Widmer

RRAS 14

**IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ REGIONAL DE PROTOCOLOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – Região de Saúde de Bauru**

Amanda Sierra Sardi
Ana Alice Batis

RRAS 9

**IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO ESPECIALIZADO EM
OBESIDADE E METABOLISMO EM UM MUNICÍPIO DA
REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA**

Guilherme Augusto Braga Silva
Eduardo Yabuta Silveira

RRAS 7

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DIGA NÃO À
VIOLÊNCIA NO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À
SAÚDE EM ALTA COMPLEXIDADE (DASAC)**

Ana Paula Fakhouri
Evelyn Gracielle Vieira Correa
Luciana Meneguim Pereira de Queiroz
Tereza Raquel Schorr Calixto

RRAS 10

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DIGA NÃO À
VIOLÊNCIA NO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO
À SAÚDE MATERNA INFANTIL (DASMI)**

Ana Paula Fakhouri
Maria Fernanda Gomes Fernandes Nardi
Miriam Rosa Ferraz Jose
Vanessa Nafitali S. Martins

RRAS 10

**IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO DE FACILITADORES DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E DO CUIDADO, COM
FOCO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)**

Ana Maria Celestrino Reis
Glenda Groeschel
Célia Maria Marafiotti Netto
Mara Cristina Agostino Marcato
Rosângela de Souza Urel Gaspar

RRAS 10

**INCLUSÃO DAS UNIDADES PRISIONAIS DA SECRETARIA
DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA NA ÁRVORE
DE DISTRIBUIÇÃO DE EXAMES E CONSULTAS DE
ESPECIALIDADES COMO UNIDADES SOLICITANTES PARA
AGENDAMENTO NO SIRESP NA RRAS 14 – PIRACICABA**

Jane Ignacio dos Reis Marcelino
Sandra Aparecida Salvador Cruz
Alexandre Lazinho Santos

RRAS 14

**INICIATIVA “DE VOLTA PARA CASA” – MODELO DE
TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PARA REABILITAÇÃO**

Fernanda Martins
Moisés da Cunha Lima
Mariana Cavazzoni Lima de Carvalho
Fabio Pacheco Muniz de Sousa e Castro

RRAS 6

**INTEGRAÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE CENTRO-OESTE
E NORTE DO DRS III – ARARAQUARA – RRAS18**

Viviane da Rocha Sousa
Valdir Ferreira
Geverson de Melo Silva
Antônio Martins de Oliveira

RRAS 18

INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS NA RRAS 9 – ORGANIZAÇÃO DA REDE E ACESSO AO DIREITO À SAÚDE

Fabíola Leão Yamamoto
Isis Araujo Silva Sousa
Priscila Lopes Pereira Nuzzi
Cássia Aparecida Grando de Moraes
RRAS

MANEJO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL

Célia Maria Marafiotti Netto
Mara Cristina Agostino Marcato
Débora Pires de Oliveira
Flávia Vernaschi Lima
Maria Madalena Pollon Sá Freire
Rossana Maria Seabra Sad
RRAS 10

MATRICIAMENTO DE SAÚDE MENTAL E ESPECIALIDADES NA APS, UNINDO COMPETÊNCIAS TÉCNICAS PARA O PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

Benedito Romulo Fonseca Junior
Eliete Maria Nogueira
Rafael Aveiro
Flavia Forner
Cindy Camargo Ferreira
Roseli Correa dos Santos
RRAS 17

**MATRICIAMENTO DO AMBULATÓRIO MÉDICO DE
ESPECIALIDADES (AME) NAS LINHAS DE CUIDADO DA
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Edimeia Ribeiro Alves Vieira
Loilton Augusto Santana Salvini
Márcia Cristina Ayres Alves,
Marzo André Xavier Bueno
Maria José Manzano Garcia Orati
Sandra Maria Liebana Mendes
Tania Maria Issa Marques Dias

RRAS 12

**MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL OFERECIDO
PELA EQUIPE DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) À ATENÇÃO BÁSICA**

Dayane Aparecida de Moraes Antunes
Simone Mendes da Silva Linsenmayer
Rafaela das Neves Fernandes

RRAS 7

**MOVIMENTO DE CONDUÇÃO DO PROCESSO DE
REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO DA ROTA DOS BANDEIRANTES**

Ana Claudia Barbosa Oliveira

RRAS 5

O PAPEL DO GRUPO TÉCNICO DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Anymary Aparecida Nunes Dini
Adriana Maria Sturion
Kelly Teixeira Razzé

RRAS 14

O PROCESSO DE TRABALHO JUNTO A POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA RRAS 13

Ricardo de Oliveira Bessa
Daniela Bessoni
Cristiane Ribeiro
Edna Barcelos
Elza Souza
Kelly Faleiros
Roberta Gomes
Thaila Gomes
Marília Nascimento

RRAS 13

O PROJETO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO GRUPO TÉCNICO DE ATENÇÃO BÁSICA DO DRS X – PIRACICABA/RRAS 14

Adriana Maria Sturion
Anymary Aparecida Nunes Dini
Kelly Teixeira Razzé

RRAS 14

OFICINAS DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS E VULNERABILIDADES EM OBSTETRÍCIA DE BAURU, MARÍLIA E REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO COM APOIO DO NÚCLEO GESTOR DE HUMANIZAÇÃO/SES

Cleusa Maria Gomes de Abreu
Bruno Wesley Rodrigues
Karen da Cruz Assunção
Márcia Régis Rodrigues
RRAS 6, 9, 10

OFICINAS DE REGIONALIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL NO DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE IV (BAIXADA SANTISTA): ESPAÇOS DE PLANEJAMENTO E DE REFLEXÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

Carlos Eduardo Pedroso
RRAS 7

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESF DO MUNICÍPIO DE CAIABU

Kátia Ferreira Marcondes Venancio
José Cristiano Correia da Silva
Gabrielle Paulo Servio da Silva
Grasielli Rodrigues dos Santos
RRAS 11

PERDA PRIMÁRIA E ABSENTEÍSMO DOS AMES, UM DESAFIO FRENTE AO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA RRAS 18

Angela Rachel de Oliveira Schiavon
Isabela Carolina Galli Baroni Sedenho
Antonio Martins Oliveira
Simone Aparecida de Carvalho

RRAS 18

PINTANDO O QUADRO DO DIAGNÓSTICO REGIONAL COM CORES VIBRANTES

Flávio Luís de Amorim Nogueira
Thiago Amado de Campos
Raphael Aparecido de Souza
Aparecida de Lourdes Pellizari Silveira

RRAS 3

PLANO DE AÇÕES MUNICIPAIS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DO MUNICÍPIO DE MONGAGUÁ

Osmar da Silva Vieira

RRAS 7

**POR UM SUS UNIVERSAL, INTEGRAL E EQUÂNIME
– NOTAS DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO
NA REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGANÇA**

Lisamara Dias de Oliveira Negrini
Fernanda Penatti Ayres Vasconcelos

RRAS 16

**1º FÓRUM DE SAÚDE MENTAL DO DRS VI
BAURU: “A MEDICALIZAÇÃO NO SUS”**

Fabíola Leão Yamamoto
Carla Afonso Cazarote
Isis Araujo Silva Sousa
Priscila Lopes Pereira Nuzzi
Cássia Aparecida Grando de Moraes
Raquel Cristina Noranha Silva
Marisa Silva

RRAS 9

**PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO DOS
MANANCIAIS – EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO COLETIVA**

Dalva Pereira dos Reis
Fausto Souza Martino
Isabel Cristina Pagliarini Fuentes

RRAS 4

**PROJETO DE QUALIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE
DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA RRAS-10: IMPLANTANDO O
MATRICIAMENTO PARA PROMOÇÃO DO ACESSO AO CUIDADO**

Mirela Machado Picolini-Pereira
Roberta Cardozo Flores
Karina Cicarelli
Maria Cristina Martinez Capel
RRAS 10

**PROMOÇÃO NATALÍCIA PARA PREVENÇÃO DE
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM MULHERES**

Cláudia Maria Lincoln Silva
Daniela Rissardi de Oliveira
Marco Antônio Zanardi
Fabiane Cristina Felisbino Caldeira
Gisela Bonfanti
Amanda Aparecida da Silva Voltarelli
Aline Oliva
Suelen de Oliveira Reis
RRAS 15

**PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO DE UM NOVO EQUIPAMENTO
HOSPITALAR PARA A REGIÃO DO DRS II – ARAÇATUBA**

Daniele Catelan
Leticia Aparecida de Souza Silva
Ricardo Burato Dias
Tânia Cristina dos Anjos
RRAS 12

**PROPOSTA DE MATRICIAMENTO PARA GERENCIAMENTO
DE CASOS E DO ABSENTEÍSMO EM PRIMEIRA
CONSULTA MÉDICA NO AME IDOSO CRI NORTE**

Andreia Cristiane Magalhães
Bruna Valquiria Baviera
Ana Paula Maeda e Freitas
Ivan Piazarolo Ho
RRAS 6

**PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO
MÉDICO DE ESPECIALIDADES (AME) FERRAMENTA
IMPRESINDÍVEL PARA AUXILIAR A ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NOS AGENDAMENTOS**

Márcia Cristina Ayres Alves
Marzo André Xavier Bueno
RRAS 12

**QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR
NO DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO**

Sueli Aparecida de Castro
Adriana Ruzene
Marta Moraes Ramos
Maura Aparecida Souza Vasco
Luciane Marcucci
RRAS 13

QUALIFICAÇÃO DA REDE DE VIOLÊNCIA

Hildegarth Schultz
Salete Aparecida Ramos Takahashi

RRAS 6

QUALIFICAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO: APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Claudia Cristina Costa Canela
Elaine Regina Sardinha da Silva Baldin
Juliana Garcia Pinto
Rossana Flavia Rodrigues Silvério Dos Santos

RRAS 12

QUALIFICAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA ALTA RESPONSÁVEL

Lucinéia L de Oliveira Santos
Maria José Manzano Garcia
Tania Maria Issa
Rosana de Souza Heron

RRAS 12

REATIVAÇÃO DO GRUPO TÉCNICO DA ATENÇÃO BÁSICA DO DRS VIII

Ricardo Bessa
Elza de Souza
Kelly Faleiros, Roberta Gomes
Thaila Gomes
Marília Nascimento
Daniela Bessoni

RRAS 13

REDE REGIONALIZADA DE ATENÇÃO À SAÚDE 18: INCLUINDO ATORES E DIVIDINDO RESPONSABILIDADES NA CONSTRUÇÃO DA GOVERNANÇA DA REDE

Mary Cristina R Lacorte R Pinto
Sonia Regina Souza Silva
Ana Lúcia Menini
Antônio Martins de Oliveira

RRAS 18

REDUÇÃO DA PERDA PRIMÁRIA APÓS IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO NO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

Wilson P. Junior
Rosani Pagani
Pâmella G. O. Toledo

RRAS 7

(RE) REGIONALIZAÇÃO: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REDE REGIONALIZADA DE ATENÇÃO À SAÚDE ARARAQUARA – RRAS 18

Mary Cristina R. Lacorte R. Pinto
Sonia Regina Souza Silva
Antônio Martins de Oliveira

RRAS 18

REGIONALIZAÇÃO É O CAMINHO!

Fabiana Patucci
RRAS 7

REORGANIZAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA CIR DE LINS ANA HILARA MANCUSO GOUVEA

Bruno Wesley Rodrigues
Fabiana Ap. Monção Fidelis

RRAS 9

REORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES MUNICIPAIS DE REGULAÇÃO

Ericka Juliene Moraes Gerencer Francisco

RRAS 7

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA REGIÃO DE SAÚDE BONIFÁCIO

Maria José Manzano Garcia Orati

Tânia Maria Issa Marques Dias

RRAS 12

“RESPIRA VALE” UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR EM DPOC/ASMA PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA APS DO VALE DO RIBEIRA – DRS XII DE REGISTRO/RRAS 7

Maria Inês Paulina dos Santos

Maria Alonso de Azevedo

RRAS 7

REVISÃO E READEQUAÇÃO DA UNIDADE AME JARDIM DOS PRADOS DENTRO DA PROPOSTA DO PRI

Roberto B. Favaretto
Eliana O. G. Cabral
Barbara C. S. Utimi
Fabiana Nunes de Lima

RRAS 6

SAÚDE DIGITAL – O POTENCIAL DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NA QUALIFICAÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO NA REDE

Chrizeide S. R Sanches
Rosana S Heron
Francielle C. Durigan Martins

RRAS 12

SUPERANDO DESAFIOS: CAPACITANDO PROFISSIONAIS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER INFANTOJUVENIL NA REGIÃO DO VALE DO PARAÍBA

Rosemary Dominguez Sanz
Marcelo Milone Silva
Eliane dos Santos Francelino
Alexandra da Silva

RRAS 17

TECENDO A REDE NA RRAS 18: ARTICULAÇÃO ENTRE O GRUPO TÉCNICO DA ATENÇÃO BÁSICA E O FÓRUM DE SAÚDE MENTAL

Viviane da Rocha Sousa
Marilia de Moraes Monteiro Fuzaro
Gabriela Nogueira Abi Jaudi
Mary Cristina R. Lacorte R. Pinto

RRAS 18

TERRITÓRIO ATIVO – AMPLIANDO POSSIBILIDADES DE CUIDADO

Maria Aparecida Silva Crispim
Rita de Cássia Sandrini

RRAS 13

TRANSIÇÃO DO CUIDADO E GARANTIA DE DIREITOS DE PESSOAS QUE FAZEM USO DE GASTROSTOMIA

Carolina Perracini
Karen Assunção, Cynthia Wolle
Maria Alice S. M. Silva

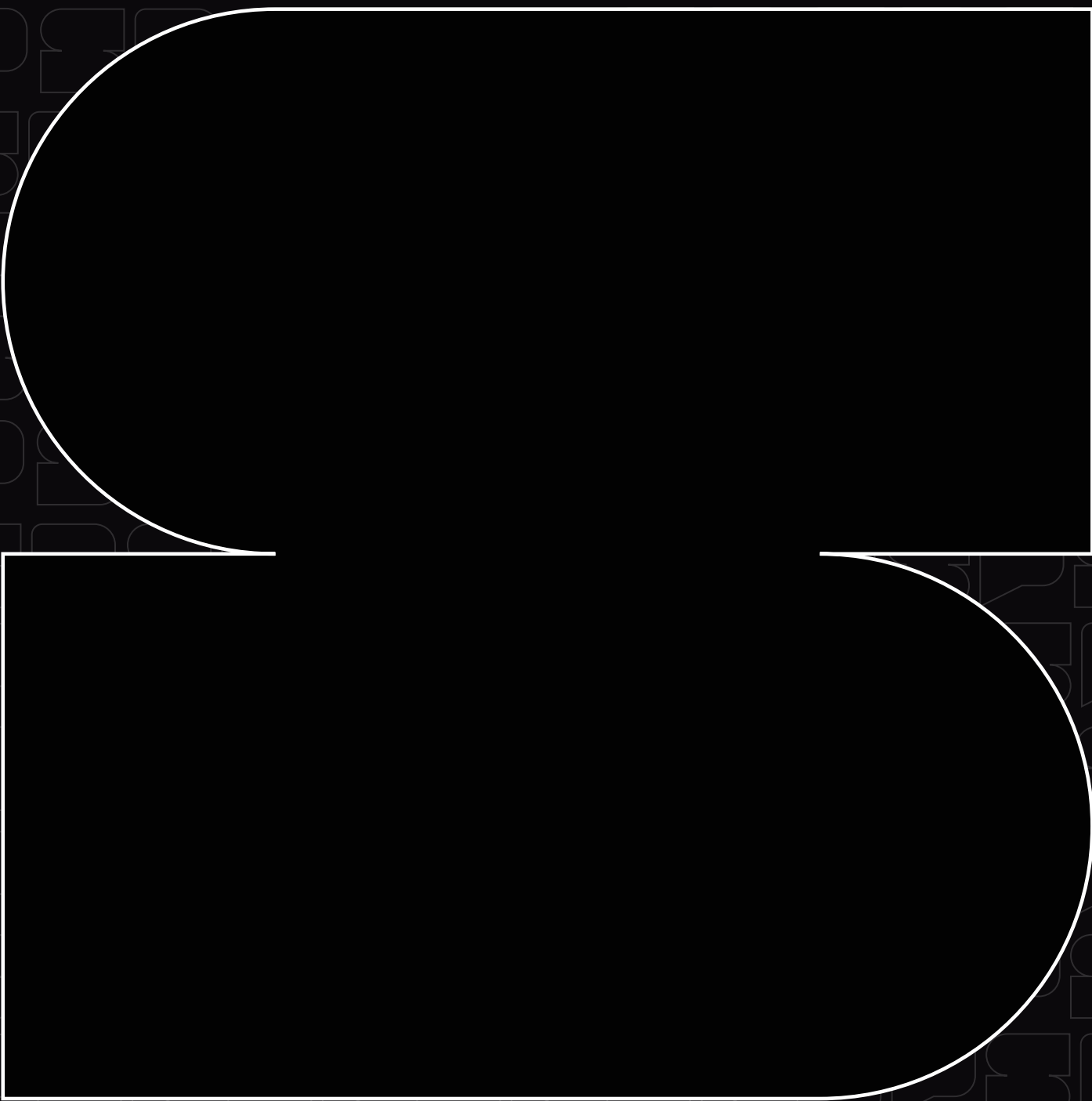
RRAS 6

TRANSIÇÃO DO CUIDADO: EXPERIÊNCIA EXITOSA DO AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE VOTUPORANGA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ALTA DO PACIENTE

Claudia Cristina Costa
Elaine Regina Sardinha da Silva Baldin
Juliana Garcia Pinto
Rossana Flavia Rodrigues Silvério Dos Santos
RRAS 12

TRIAGEM DE ACUIDADE VISUAL EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR DA REDE MUNICIPAL DE ESTIVA GERBI /SP (PROJETO PILOTO)

Eduardo Abe
Ana Maria Ortiz de Campos Rego
Erika Cisi Domingues
Luiz Felipe de Castro
RRAS 15



APOIO



REALIZAÇÃO



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde



Secretaria da
Saúde



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS