



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

A Câmara Técnica não é deliberativa. Os itens aqui discutidos e pactuados serão avaliados na reunião da CIB e poderão ser alterados.

**ATA DA REUNIÃO DA
CÂMARA TÉCNICA DE GESTÃO**

LOCAL: Florianópolis.Virtual.

DATA: 06 de dezembro de 2021

HORÁRIO: 13h30min

PRESENTES À REUNIÃO/Virtual

SES: Lourdes de Costa Remor (CIB), Carmem Regina Delzivo (SPS), Grace Ella Berenhauser (GECO), Jane Laner Cardoso (DAPS), Helma Finta Ulba (GEPRO), Marcus Guckert (GEARS), Silvia (SUG/GEPSA), Gisele Damian Antonio (Núcleo de gestão clínica/DAPS), Jaqueline Reginatto (ATPCD), Eloana (DAPS), Viviana Jorge de Jesus (GEDHP/SES).

COSEMS: Sidnei Bellé (Cosems), Edson Medeiros (Fraiburgo), Priscila Nunes (Cosems) Fábio de Souza (Cosems), Clayton Camargo (Lages), Miriane Sartori (Maravilha), Thaise (Florianópolis), Odair José Felipe (Alto Uruguai Catarinense), Jeane Carla Mohr de Oliveira (Chapecó), Uiara Rautenberg Silva (Blumenau), Fabiana Conrado e Elisabeth (Jaraguá do Sul), Michele Voss (São Ludgero), Cleci Zanin (Xanxerê), Letícia (Criciúma), Claiton Camargo (SMS de Lages), Márcia (São Bento do Sul), Rafael (Florianópolis), Arnaldo Munhoz (Médio Vale), , Jocivania Pesenti (Apoiadora COSEMS), Cátia Marcon (apoiadora COSEMS), Dirceu Perondi (Apoiador COSEMS), Vanderlei Batti (Apoiador Cosems), Roseclair Barros (Apoiador COSEMS), Odila Waldrich (Apoiadora COSEMS), Ricardo de Paula (Apoiador COSEMS), Alessandra Nunes (Apoiadora COSEMS), Gabriela Dutra Fernandes, João Paulo Silveira, Yolanda Fontes, Suellen.Cresencio, Luisa .Biazotto,.

Convidado: Tales de Carvalho (CEFID).

COORDENAÇÃO DA REUNIÃO: FÁBIO DE SOUZA

PAUTA

1. Política de Reabilitação Catarinense (Carmem);
2. Revisão das Diretrizes Estaduais de Atenção a Saúde Auditiva (Sabrina);
3. Inclusão no MaxPPI da consulta de nível superior exceto médico, já contemplada na PPI mas como anexo da Deliberação nº 200. Esta pactuação irá contribuir para o acesso regulado do paciente com necessidades especiais para tratamento odontológicos nos hospitais previstos na PHC para este serviço (Grace);
4. PRI (Dulce);
5. Pactuação dos Indicadores Interfederativos 2021 (23 indicadores/Dulce);
6. Política Hospitalar Catarinense (Cirurgias Eletivas/Carmem);



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

47 7. Prorrogação da Campanha de Cirurgias Eletivas (Grace);

48 8. Incluída as APAEs.

49

50 **1. POLÍTICA DE REABILITAÇÃO CATARINENSE**

51 Carmem Delziovo, Superintendente de Planejamento da SES, contextualiza o tema
52 e passa a palavra para o médico (Talles) da UDESC para apresentar a política.
53 Com relação à reabilitação domiciliar, cita as doenças crônicas não transmissíveis.
54 Com a Covid, surgiu o modo como se faz a reabilitação para uma demanda
55 reprimida que ampliou com a Covid. A idéia é chegar às pessoas que precisam de
56 reabilitação. Ao Conasems, falou sobre os exercícios físicos e chegou a
57 reabilitação. Os atendimentos de forma remota ou híbrida, não se perdem qualidade
58 e mantém-se a redução de mortalidade morbidade. Com a busca ativa de pessoas
59 debilitadas que estão em suas casas, que mal conseguem caminhar, com
60 problemas neurológicos e cardiovasculares, se conseguem intervenções muito
61 positivas com reabilitação. Também, as insuficiências respiratórias estão comuns
62 pós Covid e necessitam de exercícios de reabilitação. No decorrer do tempo, é feita
63 a avaliação respiratória, desempenho físico. Cita, com a utilização de uma
64 plataforma, pode ser viabilizado um tratamento que consiga chegar ao paciente. O
65 Médico Talles coloca-se a disposição para os esclarecimentos que forem
66 necessários. Carmem coloca que seria uma política de estado para reabilitação na
67 atenção primária como um todo, não somente para a Covid. Contaria com um
68 financiamento estadual, atendendo alguns requisitos como número de profissionais
69 e especialidade. O incentivo seria de R\$ 3.000,00 por equipe por município, que
70 aderirem à política. Os recursos serão utilizados de acordo com a portaria de
71 financiamento da APS (PT 055). As equipes seriam proporcionais à população.
72 Para formalizar a adesão, o município encaminha a intenção para o estado e a
73 equipe disponível para trabalhar na política. A vigência da política será a partir de
74 janeiro de 2022 e a reavaliação será em novembro de 2022 para realizar possíveis
75 ajustes. Carmem ressalta que haverá atendimento presencial também, para os que
76 não possuem acesso a internet ou deslocamento. Haverá necessidade de
77 treinamento para o educador físico e o fisioterapeuta para que eles possam, de
78 acordo com o protocolo de atendimento, fazer a classificação e a estratificação e a
79 orientação. Contarão com o telessaúde para elaborar o matriciamento do nível
80 estadual para a macrorregião e para o coordenador municipal. Nos municípios, eles
81 poderão utilizar os seus próprios sistemas. Uma segunda proposta é são os centros
82 macrorregionais de reabilitação especializada. Carmem faz a leitura das duas
83 propostas, para a Reabilitação na Atenção Primária e para a Reabilitação na
84 Atenção Especializada. Nessa modalidade especializada, a adesão também é
85 voluntária. A equipe é ampliada nessa modalidade. Esses centros são para pessoas
86 com dificuldades pós Covid ou outras que necessitam de reabilitação, não são para
87 pessoas com deficiências, isto é, não são as pessoas dos centros da Rede de
88 Deficiências. A Rede de Atenção às Pessoas com Deficiências é outra Rede que
89 realiza reabilitação também. Fábio de Souza (Cosems) faz algumas ponderações e
90 cita que o documento chegou em cima da hora, não permitindo uma avaliação mais
91 apurada. Priscila Meira (Cosems) refere que possui algumas dúvidas referentes à
92 reabilitação da APS. Observou que a reabilitação domiciliar refere-se a reabilitação
93 física e funcional e no parágrafo 1º deixa claro que é por um profissional
94 fisioterapeuta ou profissional educador físico. Pergunta se há possibilidade de abrir



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

95 para outros profissionais que trabalham na reabilitação física e funcional (que já
96 trabalham com pessoas com problemas físicos e ou na fala e outros). Cita que sabe
97 que o recurso é finito. Questiona qual o prazo para o pagamento do custeio de R\$
98 3.000,00. Outro questionamento diz respeito ao CNES. Menciona que o código 72
99 está sendo aplicado nas equipes multiprofissionais. Refere que não possuem
100 objeção, somente solicita esclarecimentos. Carmem Delziovo, com relação aos
101 profissionais, passa a palavra ao médico Talles. Talles (médico da UDESC) coloca
102 que vários profissionais poderão atuar na reabilitação, mas a idéia da reabilitação a
103 distância é que ela funcione e seja efetiva. A princípio seria o fisioterapeuta e o
104 educador físico, mas nada impede que seja realizada por enfermeiro, como já
105 existem em outros países. Carmem coloca que a equipe mínima seria 20h para o
106 educador físico e 20h para o fisioterapeuta. Carmem, com relação ao recurso
107 financeiro de custeio, esclarece que o recurso é para ser contínuo como uma
108 política de estado. A reavaliação citada para 2022 é para ajustes. O CNES 72
109 utilizado, Carmem esclarece que a equipe não será exclusiva para a reabilitação.
110 Ela pode ser 20h para a reabilitação e 20h para a equipe multiprofissional, por isso
111 o código 72. O recuso se soma. Carmem refere que fará as adequações e
112 encaminhará para a reavaliação do Cosems. Leticia (criciúma) questiona o porquê o
113 Centro de Criciúma não está citado no documento. Carmem lembra que o Centro de
114 Criciúma está ligado à UNESC. Ele deveria ser ampliado para atender também a
115 Região de Laguna ou fazer pelo município. É necessário definir na Região, segundo
116 Carmem. Edson Medeiros, Secretário Municipal de Saúde de Fraiburgo, ressalta
117 que o atendimento deve ser regional e não localizado, municipal, dificultando o
118 acesso da população. Carmem menciona que o centro especifica a área de
119 abrangência na adesão à política. O território estará escrito na adesão. Edson
120 Medeiros lembra que a Lei 141/2012 fala em regionalização, mas não existe
121 segurança jurídica para transferência de recurso entre os municípios. O município
122 que assume como sede necessita ter essa clareza. Que o centro esteja habilitado
123 pelo MS e, soma-se ao recurso repassado pelo estado para manutenção do custeio.
124 Edson Medeiros coloca que, os CERs que já estão habilitados pelo MS, a adesão
125 deveria ser compulsória. Jaqueline Reginatto, Coordenadora da Rede de
126 Deficiência Estadual, cita que não concorda com a colocação de compulsória pelo
127 Secretário de Fraiburgo. Esclarece que os CERs são habilitados para atender
128 deficiência física e intelectual. Portanto, deve ser por adesão e não obrigatória.
129 Edson Medeiros refere que a não obrigatoriedade coloca o município numa situação
130 ruim. Clayton Camargo, Secretário Municipal de Saúde de Lages, questiona quanto
131 ao Centro de Lages, se existe a intenção de aderir. Jaqueline responde que o
132 Centro de Lages manifestou-se pela adesão. Fábio de Souza, nas suas
133 ponderações, questiona quanto ao parâmetro de procedimento pelo custeio.
134 Carmem esclarece que o parâmetro é o mesmo utilizado pelo MS. Jaqueline
135 Reginatto coloca que a média por paciente é de 20 procedimentos/mês. Fábio
136 questiona ainda se haverá controle periódico pela SES e como será feito esse
137 monitoramento dos procedimentos. Coloca que o recurso será repassado aos
138 fundos municipais, que era uma questão que ele havia levantado e já foi
139 esclarecido. Referente às agendas, que eram configuradas e reguladas pelo estado
140 e agora serão pelos municípios. Fábio lembra que esse item necessita de ajuste na
141 proposta. Clayton Camargo, SMS de Lages, questiona que no Município de Lages,
142 a regulação é do Município e continuará com o Município? Carmem Delziovo



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

143 esclarece que, a princípio, pensou-se em repassar por convênio aos Centros
144 Especializados e seria regulado pelo estado, mas foi modificada a idéia para não
145 criar outro tipo de repasse e será fundo a fundo, ficando a regulação com os
146 municípios. Clayton Camargo questiona ainda se o número de procedimentos são
147 400/mês? Carmem e Jaqueline esclarecem que serão 400 procedimentos/mês e
148 não monitorado por paciente. Inicialmente, 20 pacientes por mês. Carmem coloca
149 que as equipes serão capacitadas para a utilização do protocolo. O detalhamento
150 estará na Deliberação da Reabilitação de APS e na Deliberação da Reabilitação de
151 Atenção Especializada, bem como os ajustes sugeridos. Carmem coloca por fim,
152 que o objetivo é aprovar como política de estado.

153 **Encaminhamentos:** o Planejamento/SES fará as adequações e repassará ao
154 Cosems para aprovação na CIB.

155

156 **2. REVISÃO DAS DIRETRIZES ESTADUAIS DE ATENÇÃO A SAÚDE AUDITIVA.**

157 Jaqueline Reginatto, Coordenadora da Rede de Atenção às Pessoas com
158 Deficiências, cita sobre as demandas que vinha recebendo. Referente à a
159 alteração na Deliberação 230 no que se refere as diretrizes, diz respeito
160 ao check list. Hoje, a reposição de aparelho é por perda progressiva de
161 acordo com a portaria, por boletim de ocorrência ou por orçamento se o
162 aparelho quebrou. O que estava ocorrendo era que os municípios
163 estavam cobrando dos pacientes pelos orçamentos. A Comissão (Sabrina
164 e as fonodólogas) discutiu e foi pensado e criado o chek list pela
165 comissão que quando não houver possibilidade de orçamento, a
166 fonodióloga do serviço fará esse chek list para verificar a necessidade de
167 reposição. A assistente social preenche e leva na secretaria municipal de
168 saúde para fazer a reposição do aparelho. Esse check list deve ser
169 preenchido pelo serviço de saúde auditiva da referência habilitado e não
170 pelo município. A proposta de alteração nas diretrizes, uma é esta que se
171 refere a reposição dos aparelhos e outra, é um valor no
172 encaminhamento.

173 **Encaminhamentos:** levar para a CIB para aprovação, retificando a
174 Deliberação existente (Deliberação 230/2018).

175

176 **3. INCLUSÃO NO MAXPPI DA CONSULTA DE NÍVEL SUPERIOR EXCETO MÉDICO,
177 JÁ CONTEMPLADA NA PPI MAS COMO ANEXO DA DELIBERAÇÃO Nº 200.** Esta
178 pactuação irá contribuir para o acesso regulado do paciente com
179 necessidades especiais para tratamento odontológicos nos hospitais
180 previstos na PHC para este serviço.

181 Fábio de Souza (Cosems) lembra que a consulta de nível superior, exceto
182 médico, já foi contemplada na Deliberação 425 de 2010 e na Deliberação
183 200. Agora ela está sendo inserida nos termos de compromisso do
184 MAXPPI. Grace Ella Berenhauser, Gerente de Controle e Avaliação cita
185 que a proposta é incluir no MAXPPI como 03.01C, ficando mais
186 transparente, para facilitar a pactuação e também, para constar a
187 consulta de odontologia para pacientes de necessidades especiais. Esses
188 pacientes precisam ter acesso a consulta para poderem ter o acesso a



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

189 cirurgia. Não é recurso novo, é alocação do anexo da Deliberação
190 200/2016 (Esta Deliberação 200/2016 teve algumas retificações) para o
191 MAXPPI. Grace esclarece que esse item que está na Deliberação 200 será
192 revogado naquela Deliberação.

193

194 **4. PRI: PLANEJAMENTO REGIONALIZADO E INTEGRADO**

195 Silvia (GEPISA/SPS) contextualiza as bases legais e conceituais, citando
196 que o PRI instituído no Decreto em 7.508 de 2011 que estabelece a
197 organização do SUS em Regiões de Saúde. A Portaria Ministerial de 2010
198 que traz as diretrizes da organização em saúde no SUS. Documento
199 Tripartite de 2018 que traz as orientações para o planejamento
200 regionalizado e integrado. E há mais 03 Resoluções da Tripartite, a
201 23/2017 que fala sobre o processo de planejamento regionalização; a
202 37/2018 fala sobre a organização das redes nas regiões e em 2021 há
203 uma Resolução 1/2021 de Consolidação que estabelece os critérios para
204 o planejamento regionalizado e integrado. Essas normativas visam
205 orientar o planejamento integrado no estado. O desenho da rede,
206 quando não se completar dentro da região, ele fará integração com
207 outras, pactuando no nível macrorregional. Esse processo contribui para
208 o planejamento ascendente no SUS. O PRI é todo o seu processo deve
209 ser pactuado pela CIB. O PRI, coordenado pelo estado e articulado com
210 os municípios. O planejamento será com base nas necessidades de saúde
211 da população. O objetivo desse processo de planejamento regionalizado
212 e integrado é que se tenha um produto final que é a identificação da
213 macrorregião de saúde, oferecendo elementos para a avaliação das
214 necessidades dentro dessa macrorregião, capacidade instalada, vazios
215 assistenciais e outros. Os pontos de atenção devem ficar bem definidos e
216 o passo seguinte é a programação das ações e serviços para alocação de
217 recursos. O trabalho será em toda a rede de saúde e não somente em
218 algumas linhas de cuidado. E a instituição de Comitês de Governança que
219 irá monitorar esse processo. O projeto propõe um grupo condutor
220 estadual com a participação tripartite, o estado, O Cosems e o Ministério
221 da Saúde, representado pela Superintendência de SC. Propõe também,
222 grupo de trabalho nas macrorregiões de saúde. Todo esse trabalho será
223 pautado na educação permanente. Trabalharão a Benificência portuguesa
224 e o Hospital Osvaldo Cruz de SP na construção do processo do PPI. A
225 metodologia já está posta, sendo que a Benificência Portuguesa trará
226 para as discussões dentro do grupo condutor estadual e os grupos de
227 trabalho macrorregionais essa metodologia. Os grupos de trabalhos são
228 para a tomada de decisão dentro desse processo. A pauta hoje seria a
229 aprovação da constituição dos grupos, condutor estadual e de trabalho
230 macrorregional. Faltam indicar os representantes. Edson Medeiros, SMS
231 de Fraiburgo, sugere que os representantes do Cosems devem ser da
232 equipe central, até pela facilidade de articulação com o grupo condutor
233 estadual. Carmem Delziovo cita que havia pensado em um representante



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

234 por macrorregião, por um gestor macrorregional. Poderia ser uma
235 reunião mensal, virtual, para decisões estratégicas com participação de
236 gestores municipais. Por isso, pensou em um gestor por macrorregião
237 para o grupo condutor estadual. Os grupos de trabalho das
238 macrorregiões serão mais operacionais. Clayton Camargo, SMS de Lages
239 apresenta algumas ponderações sobre o compromisso dos gestores.
240 Edson Medeiros cita uma frase "a informação é um insumo para uma
241 gestão de excelência". Carmem reforça que a SES contará com a
242 metodologia da Benificência Portuguesa de SP, presencial e não virtual.
243 **Encaminhamentos:** Ficou consensuada a proposta para deliberar em
244 CIB. As duas propostas, da APS e a Especializada.

245

246 **5. PACTUAÇÃO DOS INDICADORES INTERFEDERATIVOS 2021 (23**
247 **INDICADORES)**

248 Silvia (GEPSA/SPS) lembra que a todos os municípios que devem inserir
249 na plataforma os indicadores pactuados. Cita que sabe que os
250 municípios, já estão trabalhando com esses indicadores, necessitando a
251 inserção no sistema de informação. Carmem Delzivo reforça que a
252 proposta é colocar os indicadores no VIGISUS.

253

254 **6. POLÍTICA HOSPITALAR CATARINENSE**

255 Carmem Dalzivo, Superintendente de Planejamento, passa o tema para
256 o Gerente de Articulação de Redes. Marcus Gueckert coloca que dentro
257 da política hospitalar foram elencados alguns hospitais com porte 4, 5 e 6.
258 Mas, foi identificado que alguns desses hospitais de porte 4, 5 e 6 não
259 possuem habilitação em alta complexidade. Eles teriam que fazer 100
260 cirurgias conforme o porte, cirurgias de média complexidade. Mas, como
261 eles não possuem habilitação para alta complexidade e possuindo porte
262 4, 5 e 6, eles deveriam fazer 150 procedimentos/mês de média
263 complexidade. Isso porque esses hospitais ficariam em desacordo com os
264 hospitais do mesmo porte que realizarão cirurgias de alta complexidade.
265 De 100 a 120 cirurgias/mês, esses hospitais farão 150 cirurgias/mês. Se
266 um desses hospitais for habilitado em alta complexidade, pode ser
267 ajustada a quantidade de procedimentos/mês desse hospital. Essa
268 Deliberação passará a vigorar em janeiro de 2022. Carmem Delzivo
269 esclarece que o hospital de porte médio receberá o recurso da política
270 hospitalar conforme o desempenho mais as cirurgias eletivas. Na alta
271 complexidade, o hospital receberá o recurso da política hospitalar mais
272 as cirurgias por produção, sendo que o hospital que faz alta
273 complexidade, pode também realizar cirurgias de média complexidade.
274 Mas, ele deve cumprir a meta da alta complexidade, independente de
275 realizar cirurgias de média complexidade. Carmem lembra que na alta
276 complexidade não existe incremento, não existe prêmio. As cirurgias
277 eletivas ficarão atreladas à Política Hospitalar Catarinense. Grace Ella
278 Berenhauser reforça que a Campanha de Cirurgias Eletivas ficou dentro



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

279 da PHC. Que hoje existe a meta MAC como anexo da Deliberação
280 008/2021 e hoje, foi feito o Anexo III da mesma Deliberação, para
281 definição da Meta MAC que já está dentro da PPI. Hoje, existe a Meta
282 MAC e a Meta FAEC e, a partir de 2022 haverá também, a Meta PHC. As
283 discussões que estão havendo, orientam para que a Meta PHC seja a
284 mesma Meta FAEC. O mínimo é o cumprimento da Meta FAEC. E a
285 proposta de prorrogação da Campanha até abril de 2022 é em função de
286 que na Deliberação 008/2021 está toda a lógica do encontro de contas,
287 do pagamento, do prêmio, o pacote. Grace informa que, quando é feito o
288 encontro de contas, é colocado no site da SES esse encontro de contas.
289 Toda a prestação de contas estará sempre disponibilizada no site da SES.
290 A avaliação da Campanha será feita como é feita na PHC dos hospitais da
291 gestão plena, quadrimestral. É necessário identificar as metas na
292 avaliação. Fábio de Souza sugere que os Planos Operativos dos Hospitais
293 sejam feitos de forma padronizada. Que todos os hospitais façam no
294 mesmo modelo para facilitar a avaliação. A questão das cirurgias eletivas
295 refere-se a uma situação desconfortável que foi identificada nos
296 encontros que o Cosems realizou nas regiões. Nesses encontros foi
297 constatado que os entendimentos estão bastante equivocados. Não
298 sabem se a SES estaria fazendo a adesão à Campanha por convênio,
299 pois essas discussões não estão sendo realizadas dentro dos Fóruns das
300 CIRs. Cita que observaram que em todas as regiões, os municípios estão
301 fazendo complementação de recursos para as cirurgias. Odair Felipe
302 (Concórdia) questiona como se darão os descontos. Se o prestador não
303 cumprir as metas, a SES solicitará a devolução do recurso. Como o
304 prestador irá devolver esse recurso. Carmem Delziovo esclarece que o
305 desconto será feito no mês subsequente a esse descumprimento. O
306 estado descontará na fonte, segundo Carmem. Grace esclarece que o
307 recurso repassado da PHC é descontado matriz pelas avaliações
308 quadrimestrais, já na fonte do estado. O recurso das cirurgias eletivas é
309 descontado no encontro de contas. Fábio de Souza questiona se a SES
310 estaria fazendo a adesão das cirurgias eletivas por convênio até para os
311 municípios em gestão plena, realizando o pagamento direto para o
312 hospital. Questiona, pois os prestadores fariam as cirurgias eletivas por
313 adesão e o acerto seria por encontro de contas, de acordo com a
314 Deliberação 008/2021. Se estiverem sendo feitas as adesões por
315 convênio, isso teria que estar escrita também na Deliberação 008/2021.
316 Carmem Delziovo esclarece que uma coisa é a PHC, outra coisa é a
317 Campanha de Cirurgias Eletivas. Cita que para a Campanha de cirurgias
318 eletivas não existem convênios feitos. Houve um movimento, mas não se
319 efetivou. O que existe é convênio para a Política Hospitalar Catarinense.
320 Os hospitais que estão em gestão plena recebem recurso via convênio.
321 Esses convênios terão desconto que é da PHC de acordo com a avaliação.
322 Fábio de Souza coloca então, que o entendimento é a continuação das
323 cirurgias eletivas por adesão e os ajustes por encontro de contas até 30



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

324 de abril de 2022 como vem sendo feita. Que as falas citadas sobre
325 convênios de cirurgias eletivas são equivocadas. Carmem Delziovo
326 reafirma que é isso mesmo, não existem convênio para cirurgias eletivas.
327 Grace esclarece, para resumir, que continua a PHC e a Campanha. A
328 Campanha continua pagando os procedimentos e a PHC que será
329 avaliada quadrimestralmente para ter o desconto da matriz. Carmem
330 Delziovo esclarece que o estado pagará os procedimentos das cirurgias
331 eletivas que estão dentro do prestador da PHC. Por exemplo, se a meta é
332 100 procedimentos de cirurgias eletivas e o prestador da PHC realizou os
333 100 procedimentos de cirurgias eletivas, ele receberá por esses 100
334 procedimentos, independente da avaliação da PHC. As cirurgias serão
335 pagas por procedimento. O desconto é na política. A mesma faixa da
336 campanha será utilizada, segundo Grace, para avaliar se o prestador
337 cumpriu as metas das cirurgias na PHC, tanto dos procedimentos
338 estadual como o federal, no porte da média complexidade. Na alta
339 complexidade, há umas particularidades. Grace acredita que deveria ser
340 elaborada uma Deliberação para realizar o pagamento da alta
341 complexidade. Fábio de Souza questiona quantos as faixas, estadual e
342 federal. Como diferenciar, pergunta Fábio. Grace pensa que o
343 cumprimento da meta independe da faixa se for federal ou estadual,
344 importa a soma total da meta cumprida. Grace lembra que ao receber
345 recurso federal, é feito o encontro de contas. Edson Medeiros sugere que
346 seja enviado ao MS, documento sobre toda a situação das cirurgias
347 eletivas de SC, do que foi realizado, do que foi pago e o que o estado
348 possui em haver no MS. Edson Medeiros cita que existem prestadores
349 que pretendem realizar procedimentos de alta complexidade via
350 consórcio. Edson refere que isso é um alerta, sendo que os municípios
351 continuam pagando complemento. Alguns prestadores recebem da PHC,
352 do município e do consórcio, segundo Edson. Grace pensa que tudo deve
353 ser normatizado, até porque, o recurso da PHC dobrou com relação ao
354 ano passado. Grace informa que a partir de outubro de 2021, o estado
355 está pagando todas as cirurgias eletivas. independente de faixa. Edson
356 Medeiros', na perspectiva Consórcio, o que os municípios não conseguem
357 com o prestador, acaba realizado via consórcio. O município paga com
358 recurso fonte 100 que também é recurso público, que deve ser feita
359 prestação de conta. O gestor deve ficar alerta sobre isso. Edson ressalta
360 o tanto de recurso que o estado está colocando nos hospitais, fato que
361 necessita ser cobrado pelos gestores municipais. Não dá para aceitar a
362 falta de acesso e justificativas sem fundamentos de alguns hospitais.
363 Fábio de Souza corrobora a fala do Secretário Edson Medeiros, sobre a
364 complementação dos pagamentos, constatados nas reuniões que o
365 Cosems vem fazendo nas regiões do estado. Clayton Camargo, SMS de
366 Lages, cita que é necessária capacitação para os gestores novos. É
367 necessário educação permanente. Fábio de Souza reforça a necessidade
368 de capacitação dos gestores para que os mesmos não fiquem refém dos



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

369 prestadores de serviços. Clayton Camargo menciona que os prestadores
370 estão mais próximos dos gestores municipais do que os apoiadores do
371 Cosems e da regulação municipal e estadual. Letícia (Criciúma) acredita
372 que a proposta exige ainda alguns ajustes. Cláudia Gonsalves,
373 Superintendente de Regulação, sobre a retirada do paciente da fila, o
374 assunto está pautado para o ano de 2022. Com relação ao drive refere
375 que se trata de um planejamento repassado aos hospitais para
376 acompanhar o lugar do paciente na fila. Não é o ideal, mas é o disponível
377 no momento.

378 **Encaminhamentos:** Atualizar a Deliberação 008/2021 para aprovação
379 na próxima reunião da CIB.

380

381 **7. PRORROGAÇÃO DAS CIRURGIAS ELETIVAS**

382 Grace Ella Berenhauser, Gerente de Controle e Avaliação, cita que a SES
383 propõe prorrogar a Campanha de Cirurgias Eletivas até 30 de abril de
384 2022, com a mesma metodologia.

385

386 **8. INCLUÍDA NA PAUTA AS APAES.**

387 Jaqueline Reginatto coloca que há uma demanda da Federação das APAEs,
388 solicitando a contratação de novos serviços. Jaqueline refere que em 2019 e 2020
389 foram feitos estudos de produção para contratação de novos serviços e os mesmos
390 não foram incluídos na época por falta de recurso. Jaqueline esclarece que as
391 equipes de controle e avaliação, das regionais, realizaram as vistorias de 20
392 serviços para verificar a adequação para habilitação, CNES e outros. Falta ver a
393 fonte de recurso. Cita que alguns serviços possuem pendências maiores para
394 adequação, sendo que 14 desses serviços estão aptos para habilitação, faltando
395 algumas adequações e definição da fonte de recurso. Jaqueline encaminhou o
396 processo dos 14 serviços para a Gerência de Contratualização para verificar se
397 esses serviços se adequaram para habilitar. Carmem Delziovo coloca que o recurso
398 será próprio do estado, pois não há recurso do Ministério da Saúde. Os critérios
399 serão os mesmos já pactuados para os outros serviços. Fábio de Souza lembra que
400 os serviços das APAEs deverão registrar a produção para a realização de série
401 histórica. Lembra ainda, que é difícil fazer algum ajuste de custeio por falta de série
402 histórica que é comum nesses serviços. Grace Ella Berenhauser cita que há
403 pedidos de revisão de APAEs, pontual, para revisão de teto. Jaqueline Reginatto
404 esclarece que agora não haverá revisão de teto. Letícia (Criciúma) questiona se
405 haverá revisão da AMA. Grace e Fábio citam que foram feitas 03 revisões em 2019
406 e terão que revê-las para verificar de quais serviços foram feitas.

407 **Encaminhamentos:** Que seja encaminhado ainda este ano com recurso para
408 vigorar a partir de janeiro de 2022.

409

410

411

412

LOURDES DE COSTA REMOR
Secretária da Comissão Intergestores Bipartite