



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 REGULAÇÃO

1
2
3 **LOCAL:** Virtual

4 **DATA:** 19 de junho de 2024

5 **HORÁRIO:** 13h30min

6
7 **PRESENTES À REUNIÃO**

8 **SES:** Lourdes de Costa Remor (CIB), Cláudia Gonsalves (SUR), Marcus Aurélio
9 Gucker (DAES), Grace Ella Berenhauser (GERAM), Ana Probst (GERAM), Juliano
10 Manozzo (SUR), Liliane Oliveira (SUH), Karla Gomes Floriano (SUR), Sérgio
11 Beduschi Filho (GERAM), Roberto Benedetti (SUH), Luciana Almeida (SUR).

12
13 **COSEMS:** Clemilson de Souza (COSEMS), Mauri (COSEMS/SC), Cleudeni Morais
14 dos Santos (Região GFPOILIS), Mariana Zopeletto (Joaçaba/ Meio Oeste), Siomara
15 Muhlmann Corrêa (Três Barras), Luis Fraga (Serra Catarinense), Elisabeth Rolim
16 Espanhol Bachmann (Jaraguá do Sul), Deysi Chaves de Souza (Itapema), Flávio
17 Paulo (Irani – Alto Uruguai Catarinense), Jardel Scremin (São José), Jocivania
18 Pesenti (COSEMS, Alto Vale do Rio do Peixe), Cleci Scheibel Zanin (Xanxerê -
19 Oeste), Vanderlei Bez (COSEMS), Alexandre Manoel Dalabrida (Indaial CIR –
20 Médio Vale do Itajaí), Maristela de Fátima Valler (Extremo Oeste), Juliane
21 Zanon(Carbonífera), Dirceu Antônio Perondi (Oeste e Extremo Oeste), Henrique
22 Besser (Araranguá), Kaite Peres (COSEMS), Leandra Porto (Chapecó), Aline da
23 Silveira Bittencourt (São José), Denise L. de Souza (Turvo), Gabriela Borges Pessi
24 (Turvo), Rosane Gimenes de Souza(Turvo), Ricardo de Paula (Planalto Norte),
25 Barbara Biar Zaleuski (Três Barras), Cibelle Catunda (São José), Silvana Maria
26 Trucollo (Biguaçu).

27
28 **COORDENAÇÃO DA REUNIÃO:** Clemilson de ouza.

29
30 **PAUTA**

- 31 1 - Alterações nos fluxos da Deliberação 066/CIB/2018;
32 A) ANEXO 1 – Alteração do Fluxograma de Cirurgias Eletivas;
33 B) ANEXO 2 – Novo Detalhamento do Fluxograma de Cirurgias Eletivas;
34 C) ANEXO 3 – Alteração do Fluxograma de regulação em Hospital Dia/Pequenas
35 Cirurgias com autorização por AIH. Contempla pequenos procedimentos,
36 Gastrostomia, CPRE, fístula arteriovenosa;
37 D) ANEXO 4 – Novo do Fluxograma de autorização de AIH para procedimentos
38 por APAC. Contempla Postectomia e Oftalmologia. (unificado com o fluxograma
39 de AIH de Oftalmologia para pacientes especiais);
40 E) ANEXO 5 – Alteração do Fluxograma de atendimento a pacientes que
41 necessitem retirar cateter Duplo J;
42 F) ANEXO 6 – Alteração do Fluxograma do processo de regulação TRAUMA-
43 FRATURA.



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

- 44 G) ANEXO 7 – Alteração do Fluxograma do processo de regulação Trauma-
45 Retirada material de síntese;
46 H) ANEXO 8: Novo Fluxograma de atendimento a pacientes que necessitam de
47 Cranioplastia;
48 I) ANEXO 9: Novo Fluxograma de atendimento a pacientes que necessitem de
49 Fechamento de Enterostomia;
50 J) ANEXO 10: Alteração do Fluxograma de Oftalmologia – Catarata;
51 K) ANEXO 11: Alteração do Fluxograma de Oftalmologia – Retina.
52 2 - Deliberação para pacientes que necessitam de Bariátrica.
53 3 - Retificação do Art. 22 da Deliberação 47/2016.
54 4 - Inserções de trauma em agenda de consultas ambulatoriais.
55 5 - Óbitos nas solicitações ambulatoriais.
56

57 **1. Alterações nos fluxos da Deliberação 066/CIB/2018:** cirurgias eletivas.
58 Cláudia Gonsalves (Superintendente de Regulação) coloca os fluxos da
59 Deliberação 66/2018 e esclarece por que trouxe os fluxos para esta reunião.
60 Lembra a Deliberação 66/2018 que trata exclusivamente das cirurgias eletivas.
61 Cita a migração do drive (que é uma planilha do excel) para o novo sistema
62 agenda cirurgia a partir de abril de 2024. Coloca que iniciaram a migração do
63 drive para este novo sistema agenda cirurgia e, portanto, perceberam a
64 necessidade de ajustar e unificar alguns anexos (11 anexos) da Deliberação
65 66/2018. Outro fluxo é o novo fluxo da postectomia que passou da AIH para
66 APAC para receber o recurso federal. Clemilson de Souza (cosems) refere que o
67 visual está muito bom, muito claro, que já falavam em realizar a revisão desses
68 fluxos. Parabeniza pela proposta e cita alguns apontamentos. **Dos 10**
69 **fluxogramas, os fluxogramas dos anexos 01, 03, 04, 06 (ordem na pauta)**
70 **estão adequados, segundo Clemilson. Com relação aos anexos 10 e 11**
71 **(ordem na pauta) da oftalmologia (catarata e retina por APAC) ficou uma**
72 **dúvida se serão necessários agrupar todos os anexos com APAC. Ver se**
73 **existem outros fluxos com APAC e unificar. Ficou acordado a unificação**
74 **dos fluxos por APAC. Clemilson sugere outro agrupamento: retirada de**
75 **duplo J, cranioplastia, material de síntese e fechamento de enterostomia**
76 **que são agendados pelo NIR do Hospital. Cláudia Gonsalves questiona se**
77 **não seria melhor ele voltar para o município, porque o paciente pode ser**
78 **visualizado.** Luis Fraga (serra) coloca que, quando o paciente deve voltar ao
79 município, voltar à fila das eletivas é um retrocesso. O paciente atendido na porta
80 da urgência para esses procedimentos (**retirada de Duplo J, Cranioplastia,**
81 **Material de Síntese e Fechamento de enterostomia**) citados devem ser
82 agendados internamente pelo hospital. E o hospital somente fará a inserção
83 desse paciente no momento que ele for internado no hospital. A Deliberação
84 66/2018 das cirurgias eletivas com os fluxos e após, foram incluídos os anexos.
85 Referente ao anexo descritivo, Clemilson salienta que não houve consenso no
86 Cosems. Para inserir o paciente no sistema, ele deve ter a consulta regulada e o
87 paciente deve ter consultado onde ele fará o procedimento. Sugeriu-se outras
88 portas, múltiplas entradas. No município vizinho que consulta pelo consórcio e é
89 regulado pelo município que pode criar outras questões. Cláudia Gonsalves



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

90 esclarece que há município que atende pelo consórcio e que possui cirurgião que
91 emite o laudo e que fará a cirurgia, é de responsabilidade do município que está
92 comprando essas consultas. Toda inserção de cirurgia no Sisreg pelo município
93 deve ter a consulta regulada. Clemlison de Souza cita que se surpreende pela
94 posição da SES quanto ao consórcio. Clemlison exemplifica um paciente atendido
95 pelo consórcio da Grande Florianópolis, se esse paciente pode ser inserido na fila
96 do Hospital da SES para fila cirúrgica. Luis Fraga cita que Lages regula várias
97 filas de cirurgias. Se o médico de Palmeiras que atende pelo consórcio, aqueles
98 pacientes passarão todos na frente da fila cirúrgica, pois ele entra por outra porta.
99 Os gestores estão discutindo sobre o consórcio e que consórcio ficou definido que
100 realizarão: consultas, exames e pequenos procedimentos. O consórcio não
101 prestará serviço de cirurgias eletivas. Cláudia menciona que não discutirão
102 consórcio aqui hoje, pois está sendo discutido em outro grupo. Voltando às
103 discussões. Cláudia refere que o município insere a consulta para a fila de cirurgia
104 pelo sistema de regulação ambulatorial. Carla (Região do Vale) cita que o
105 paciente passa pela consulta de especialidades em seu município para realizar a
106 cirurgia no hospital do município. Cláudia Gonsalves questiona se o município
107 prestador possui policlínicas onde o médico consulta os pacientes dentro dessa
108 Policlínica e, que realizarão as cirurgias no hospital do município. Isso que ocorre
109 na Região do Vale de Itajaí. Todo o acesso deve ter a consulta regulada. O
110 acesso para cirurgia eletiva deve ter consulta regulada, questiona Deyse (Foz do
111 Rio Itajaí). Quem regula as consultas são os municípios via Sisreg. Os
112 ambulatorios funcionam pelos municípios e não pela unidade executante que é o
113 hospital. Cláudia coloca que, por exemplo, Luis Alves iniciou a realização de
114 cirurgias eletivas, tendo portanto, que ampliar o acesso ao seu ambulatório pelo
115 Município de Itajaí. Sugere fazer essa fala dentro da CIR. Deyse questiona se a
116 lógica para entrar é a PPI, para dar acesso deve estar na PPI. Cláudia coloca que
117 sim, que nem todos os pacientes que entram na fila da consulta cirúrgica podem
118 não fazer cirurgia, mas, o médico deve receber a consulta. Cláudia sugere que
119 discutam dentro da CIR, que Itajaí deve dar acesso nas especialidades para os
120 municípios da CIR. Mariana Zopeletto questiona se a cirurgia eletiva se dá pela
121 PPI ou pelo Programa de Valorização Hospitalar (Joaçaba). Grace Ella
122 Berenhauser (Gerente da GERAM) esclarece que o estado, pela Deliberação
123 139/2022 e retificada em 19/10/2023, abriu, independente da PPI, consultas com
124 especialistas para fazer o diagnóstico. Salienta que a consulta da cirurgia eletiva
125 está dentro da PVH, para a realização da cirurgia e não para diagnóstico. A
126 Deliberação 139/2022 não está cobrando a PPI para realização de diagnóstico
127 para o município e região que possui município em seu território. Ricardo e Paula
128 (Cosems) coloca que entendeu que gestão estadual possui acesso livre e gestão
129 plena municipal, o prestador vê se há capacidade e PPI. Fábio de Souza refere
130 que muitos municípios que solicitam acesso, o estado pede remanejamento de
131 teto pela PPI. Outros já possuem acesso com abertura de agenda. Grace
132 esclarece que a Deliberação 139/2022 cita o hospital na região de saúde para
133 abrir a agenda. Quando o município está na região de saúde do prestador, todos
134 os municípios possuem acesso à consulta. Quanto aos exames, como a oferta é
135 pequena, é realizado via PPI. Luis Fraga coloca sobre a habilitação do Hospital



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

136 Seara do Bem e solicitaram que os municípios trouxessem a PPI para Lages.
137 Questiona se ofertam acesso para todos ou somente para os que trouxeram a
138 PPI. Grace esclarece que o atendimento é pelo termo de compromisso de alta
139 complexidade e não PPI. Clemilson refere que alguns pequenos ajustes sejam
140 realizados pela SUR. Excluir policlínicas como unidade executante. Pacientes
141 especiais e pediátricos são pacientes regulados no ambulatório com código 0403
142 pelo NIR para autorização no Sisreg. É a continuidade do atendimento
143 ambulatorial da unidade hospitalar. Os procedimentos realizados em hospital dia
144 devem ser inseridos no mesmo dia da realização do procedimento. Alexandre
145 (Indaial) questiona se o procedimento for bilateral como prótese de joelho
146 bilateral, como autorizar as AIHs se o tempo entre os dois joelhos for
147 considerável. Juliano Manosso (médico regulador) no caso citado, quando for
148 solicitado cirurgia bilateral de joelho, podem solicitar as duas cirurgias, pois é um
149 paciente classificado como amarelo. Um paciente que acabou de realizar uma
150 artroscopia tem prioridade em fazer a segunda cirurgia em função de problemas
151 que podem ocorrer com a falta de simetria. Com relação ao cancelamento de AIH
152 de cirurgia por falta de identificação da unidade desejada, Clemilson sugere que
153 seja devolvido para o município para cancelar a cirurgia. Cláudia informa que a
154 regulação encaminha e-mail para o município comunicando sobre o cancelamento
155 da AIH. Cláudia cita que são raros os casos de inserção de pacientes sem
156 mencionar a unidade desejada. Cláudia cita que estão trabalhando com a agenda
157 cirúrgica. A Regulação fará os ajustes necessários e devolve para o Cosems.

158 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB.

159

160 **2 - Deliberação para pacientes que necessitam de Bariátrica.**

161 Cláudia Gonsalves informa que a SES fez os termos das cirurgias bariátricas e a
162 Linha de Cuidado na mesma lógica do paciente oncológico. Os pacientes na fila
163 de espera ainda não estão aptos a realizarem a cirurgia, segundo Cláudia, pois foi
164 feito um levantamento. O paciente entrará no serviço habilitado, fará o seu
165 acompanhamento e, quando o paciente estiver apto a realizar a cirurgia, o
166 hospital emite o laudo, o município autoriza e o paciente realiza a cirurgia.
167 Clemilson sugere levar o artigo 3º para incorporar na Deliberação 104/2022 e
168 suprimir da proposta desta Deliberação.

169 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB.

170

171 **3 - Retificação do Art. 22 da Deliberação 47/2016:** classificação.

172 Grace Ella Berenhauer (GERAM) pergunta se houve dúvidas quanto aos prazos
173 de classificação, na proposta encaminhada ao Cosems. Sérgio Beduschi (médico
174 regulador) coloca que os novos prazos são para atualizar de acordo com a
175 realidade e não postergar. Juliano Manosso (Médico regulador) cita quanto a
176 qualidade das informações. Refere que as informações registradas são de baixa
177 qualidade. Juliano lembra que a regulação é ambulatorial, não sendo tão urgente
178 se for estendido um pouco o prazo. Cláudia coloca que, com o aumento da
179 demanda de regulação, foi solicitado ampliar um pouco o prazo máximo para
180 classificação. Mariana Zopeletto refere que concorda com a ampliação do prazo
181 desde que o prazo seja cumprido. Grace informa que o médico regulador que



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

182 entra em férias há um substituto para classificar o paciente na fila, acumulando
183 agendas. Mariana coloca que não podem deixar em aberto o prazo, estendendo
184 muito o prazo da classificação. Sérgio Beduschi salienta que a ampliação do
185 prazo não é para atrasar a classificação e sim, para conceder um tempo máximo
186 para classificação. Luis Fraga Serra) cita que 14 dias não é um prazo grande. A
187 preocupação é o prazo das especialidades oncológicas. Com relação à oncologia,
188 Cláudia Gonsalves esclarece que a especialidade oncológica apresenta oferta em
189 algumas macros. Não há como deixar de classificar nos prazos previstos. Grace
190 Ella Berenhauser cita que na especialidade oncológica, não passam de 3 dias a
191 classificação. Em Lages, não tem problemas de fila oncologia. Se houve
192 problema, foi pontual. Juliana (Criciúma) informa que a classificação do paciente
193 está demorando mais de 60 dias na fila em Criciúma. O paciente procura a
194 Secretaria Municipal e o paciente é orientado sobre a classificação. Cita que
195 concorda com a fala da Mariana, que o prazo não exceda os 14 dias para a
196 classificação do paciente na fila. Sérgio reforça que estender o prazo de 7 dias
197 para 14 não é atrasar a classificação, é adequar a realidade, para colocar em dia
198 a capacidade de todos. Quanto a demora de classificação em 60 dias, a
199 coordenação central de regulação da SES deve ser comunicada. Se estiver
200 demorando 60 dias, é necessário ver o que está acontecendo. Juliana informa
201 que encaminham à GERAM para que chegue ao coordenador e ao médico
202 regulador. Alexandre (Indaial) coloca que deixa mais confortável a regulação no
203 município, até pela oscilação do sistema. Alexandre coloca também, que o
204 médico no município não fica o tempo todo em tela o que acaba atrasando o
205 processo regulatório. Com relação ao paciente oncológico, Alexandre informa que
206 leva um dia para classificar o paciente na fila, como também, a gestante de alto
207 risco. Juliana questiona quanto à migração dos pacientes de Criciúma para o
208 estado com a mudança da gestão. Grace coloca que os pacientes foram puxados
209 para o estado, mas, podem ter ficado algum paciente fora da fila. Deyse sugere a
210 inclusão de consulta em medicina fetal.

211 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB a retificação do Art. 22 da Deliberação
212 47/2016 aumentando o prazo de 7 para 14 dias a classificação de risco, com
213 exceção da oncologia, gestante de alto risco, consulta em medicina fetal.

214

215 **4 - Inserções de trauma em agenda de consultas ambulatoriais.**

216 Juliano Manosso (médico regulador) com relação a inserção de trauma em
217 agenda de consultas ambulatoriais (de especialidades), coloca que todas
218 macrorregiões inserem fratura aguda de 2 dias, de uma semana, de 15 dias,
219 porque esse paciente já foi tratado e não cabe em uma agenda ambulatorial. A
220 agenda é ambulatorial e não cabe uma fratura, uma infecção, uma luxção, de
221 maneira alguma. Esses são pacientes que estão em tratamento de continuidade,
222 pois já foram atendidos, não cabendo encaminhamento para agenda ambulatorial.
223 Se o paciente foi atendido numa emergência, ele recebe uma imobilização com
224 tala e volta para uma unidade básica. Não cabe a inserção de tratamento de
225 continuidade na agenda ambulatorial. Cita que parece que o solicitante no
226 município não conhece as agendas e acabam inserindo errado. Por exemplo, um
227 problema de mão é inserido na ortopedia geral onde a demanda é enorme. É



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

228 importante inserir na agenda correta, que o paciente acaba sendo atendido mais
229 rápido. Juliano coloca que é necessário capacitações para os gestores, técnicos e
230 para os médicos também. Cláudia informa que, muitas vezes, essa inserção
231 errada é devolvida para o município e o município insere errado novamente.
232 Mariana refere que o paciente atendido em uma UPA pode ser encaminhado para
233 a agenda ambulatorial. Esse paciente da UPA, se não for resolvido, deve ser
234 encaminhado para urgência e emergência e não para ambulatorial. Se for
235 encaminhado para ambulatorial que é uma inserção errada, acaba prejudicando o
236 paciente pela demora no atendimento do paciente no fluxo correto. Se chega uma
237 fratura de criança e o hospital não faz pediatria, a fratura deve ser
238 imobilizada e o paciente encaminhado para urgência e emergência de outro
239 hospital. Juliano reforça a necessidade de capacitação para as pessoas que
240 realizam a inserção no sistema. Quanto mais tempo se perde na fila, mais
241 complexo ficará o tratamento de uma fratura. Alexandre (Indaial) cita que os
242 gestores precisam saber onde estão as suas referências em urgência e
243 emergência para dar os encaminhamentos. Clemlson de Souza coloca que os
244 problemas estão identificados. Sugere um tipo de acesso rápido para o regulador
245 que está lá na ponta. E, referente a um espaço de capacitação contínua, cita a
246 Sede do Cosems, em que o município pode se inscrever pontualmente e vir a
247 Florianópolis e fazer a capacitação, sempre que identificar a necessidade. Refere
248 que esse espaço é do Cosems e da SES. Sugere também, capacitação para
249 médicos reguladores na Sede do Cosems.

250 **Encaminhamentos:**

251

252 **5 - Óbitos nas solicitações ambulatoriais.**

253 Grace Ella Berenhauer informa sobre o levantamento dos óbitos, cruzando o
254 Sistema SIM com as solicitações do sistema de regulação e identificaram 3.772
255 óbitos de pacientes que estavam na fila. Grace informa ainda que devolveram a
256 origem do paciente para certificar o óbito e realizar o cancelamento na fila. Grace
257 cita que pode haver um problema no registro do sistema de óbitos ou o paciente
258 foi inserido errado, se esse número levantado não estiver correto. O município
259 deve cancelar a solicitação de agendamento quando o paciente for a óbito. Essa
260 lista foi devolvida aos municípios de origem dos pacientes identificados como
261 óbitos. Cláudia menciona que esse levantamento está sendo feito na fila
262 ambulatorial e na fila hospitalar.

263

264 Grace Ella Berenhauer informa que foram publicadas 02 Portarias MS sobre
265 Telessaúde e uma é específica com recurso financeiro para ponto de telessaúde.
266 Outro ponto, sobre a exportação de uma agenda para outra, mudança de
267 nomenclatura, se não estiver no perfil da unidade, não se consegue migrar no
268 perfil regulador de uma agenda para outra, de um município para outro, de uma
269 macro para outra. Isso vai ser inserido na próxima atualização.

270

271

272

LOURDES DE COSTA REMOR

Secretária da Comissão Intergestores Bipartite