



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

LOCAL: Virtual

DATA: 23 de Abril de 2025

HORÁRIO: 13h30min **SES:** Lourdes de Costa Remor (CIB), Talita Rosinski (SUR), Ivaldina Libardo (SUR/GERIH), Rafael F. Mendes (SUR), Michele Brofman (Gerente de Atenção Psicossocial/SES), Julia Pinheiro Machado (Gerência de Atenção Psicossocial – SES/SC), Karla Gomes Floriani (SUR).

COSEMS: Fábio Souza (COSEMS), Maria Cristina Willemann (COSEMS), Henrique Besser (Araranguá), Alessandra DN (CIR MO), Luis Fraga (Lages - CIR SERRA), Mariana Zopeletto (Meio Oeste), Dirceu Antônio Perondi (apoiador COSEMS SC), Suzana Ines Berlt (Chapecó), Cláudia Weimer, Vanderlei Bez Batti (Apoiador COSEMS), Alexandre Manoel Dalabrida (Indaial - Cir Médio Vale do Itajaí), Jardel Scremin Magagnin (São José), Williams (Concórdia), Dayse (Itapema), Mariana (SMS de Florianópolis), Cleci Zanin (Xanxerê), Juliane e Letícia (Criciúma), Patrícia (Luís Alves).

PRESENTES À REUNIÃO

COORDENAÇÃO DA REUNIÃO: Talita Rosinski.

PAUTA

1. Revisão de protocolos de acesso e encaminhamento Saúde Auditiva;
2. Alteração Deliberação 66/2018: Mudança montagem do mapa cirúrgicos dos hospitais- alinhamento com a fila pública
3. Alteração Deliberação 66/2018: Solicitação de prioridades em cirurgias eletivas;
4. Grupo de faturamento:
 - A) Protocolo Rizotomia
 - B) Deliberação para 2902
5. Formação Grupo Condutor Estadual OCIs;
6. Panorama estadual leitos de saúde mental e comunidades terapêuticas.

INFORMES

- 1) Descentralização regulação ambulatorial Oeste e Serra
- 2) Transição gestão Hospital Marieta - transição regulação ambulatorial para macro Foz
- 3) Data treinamentos Municípios portarias/sistema agenda cirúrgica
- 4) Revisão das grades de referências.

1. REVISÃO DE PROTOCOLOS DE ACESSO E ENCAMINHAMENTO SAÚDE AUDITIVA.

Sabrina (DAES) inicia, colocando que a proposta é ter uma nova agenda para saúde auditiva, que é uma agenda de revisão de aparelhos, pois todos os pacientes estão na fila de avaliação inicial. Muitos pacientes são pacientes para



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

44 reposição de aparelho. Cita que foi construído um protocolo para reposição de
45 aparelho auditivo. Seria uma fila de revisão de aparelho, sendo construído um
46 protocolo e criando uma nova agenda, mostrando quando pacientes tem de
47 primeira vez e quantos pacientes estão na fila para reposição de aparelho. Refere
48 que o encaminhamento ficou na Deliberação mais os dois protocolos. Fábio de
49 Souza (cosems) cita a adequação da Deliberação 105/2024 da saúde auditiva,
50 em que foi alocado recurso de custeio para os atendimentos em saúde auditiva.
51 Menciona que foi sugerido já na Deliberação 105 uma melhora do acesso para
52 pacientes que necessitam algum tipo de reposição de aparelho ou insumo, pois,
53 pode ser uma troca de pilha. Maria Cristina Willemann (Cosems) pensa que é
54 uma ótima iniciativa a criação de duas agendas. Alexandre Manoel Dalabrida
55 (Indaial/CIR Médio Vale do Itajaí), (Indaial) questiona se os pacientes que já estão
56 na fila já mudarão de fila. Sabrina esclarece que sim, que o regulador devolverá o
57 paciente para ser inserido na fila correta. Fábio de Souza sugere que o texto de
58 encaminhamento das duas agendas fosse incluído na Deliberação 105/2024.
59 Colocar um artigo na Deliberação 105/2024. Será revisada a Deliberação
60 105/2024 e encaminhar para a CIB os protocolos como Nota Informativa.

61 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB a proposta das duas agendas e os
62 protocolos.

63

64 **2. ALTERAÇÃO DELIBERAÇÃO 66/2018: MUDANÇA MONTAGEM DOS MAPAS**
65 **CIRÚRGICOS DOS HOSPITAIS/ALINHAMENTO COM A FILA PÚBLICA. ALTERAÇÃO**
66 **DELIBERAÇÃO 66/2018: SOLICITAÇÃO DE PRIORIDADES EM CIRURGIAS ELETIVAS.**

67 Karla Gomes Floriani (SUR) apresenta a proposta da alteração da Deliberação
68 66/2018. Cita que a Deliberação 66/2018 traz que os pacientes deveriam ser
69 submetidos à cirurgia por ordem cronológica do subgrupo. E o que se enxerga na
70 lista de espera é a posição do paciente por procedimento, portanto, sugerido a
71 alteração da Deliberação por subgrupo e não por procedimento. A montagem do
72 mapa cirúrgico não será mais pela ordem do procedimento e sim por ordem
73 cronológica do subgrupo. Informa que foi solicitado ao hospital a sua capacidade
74 técnica, para não inflar muito o hospital que pode não dispor de capacidade. O
75 hospital deve encaminhar essa capacidade técnica para a central, respeitando o
76 contrato. Talita Rosinski relata as várias queixas de pacientes que se enxergam
77 na fila e nunca são chamados. Isso resultou nesta avaliação. O mapa cirúrgico
78 montado trazia 30 procedimentos de cirurgia ortopédica para um hospital e era,
79 por exemplo, realizadas 30 cirurgias de joelho e não fariam nenhuma cirurgia de
80 outro código de ortopedia. Isso levou a alterar o mapa cirúrgico por ordem
81 cronológica, subgrupo e capacidade instalada daquele hospital. É uma
82 reorganização de trabalho. Dayse (Itapema) questiona se o paciente se
83 visualizará como primeiro em fila. O paciente vai aparecer no tempo dele, refere
84 Talita Rosinski. Talita refere que um dos maiores gargalos das cirurgias eletivas
85 no estado, são as cirurgias de ortopedia. O planejamento do mapa cirúrgico deve
86 ser encaminhado com 60 dias de antecedência, lembra Mariana (SMS de
87 Florianópolis). Cleci Zanin (Xanxerê) concorda com a conferência dos dados e
88 informações, pois muitos hospitais optam pelo que dá mais rendimento financeiro.
89 Cleci questiona quanto a emissão de AIH por consórcio. Talita esclarece que



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

90 somente a unidade executante emite AIH. Suzana Berlt (Chapecó) coloca que em
91 reunião no Oeste, com presença de técnicos da SES (Cláudia, Karla
92 Gomes/06/2024) onde colocaram que consórcio é porta de entrada. Talita
93 Rosinski refere que desconhece essa informação. Suzana encaminhará os
94 documentos da reunião citada para a SES/SUR. Juliane (Criciúma) solicita a
95 devolutiva da avaliação e das orientações sobre os documentos que serão
96 enviados pela Suzana de Chapecó, com relação a reunião ocorrida no Oeste,
97 com orientações sobre emissão de AIH. Talita mantém a orientação da emissão
98 de AIH por unidade executante. Para que fiquem alinhados os conhecimentos.
99 Fábio de Souza (Cosems) pergunta se o que Suzana está falando trata-se de
100 consulta para cirurgia, pois, se for isso, quem deve fazer essa consulta e os
101 exames é a unidade executante. Essa consulta e exames estão incluídos no
102 Programa de Redução de Fila. Cleci Zanin questiona quem acompanha o
103 cumprimento do hospital, pois o paciente volta para fazer consultas e exames.
104 Talita Rosinski esclarece que, se isso estiver acontecendo, está havendo dupla
105 cobrança, pois esses pagamentos estão incluídos no Programa de Redução de
106 Fila. Cleilson de Souza (Cosems) questiona onde há hospitais com sobras de
107 vagas para vender para consórcio, quando não cumprem o contrato e quais
108 municípios estão pagando para o consórcio para pacientes fazer cirurgia. O
109 consórcio tem finalidades específicas. Cleci Zanin coloca que desconhece o que o
110 hospital tem contratualizado. Portanto, acabam pagando para o paciente, pois não
111 sabem se esta é uma obrigação daquele hospital.

112 **Encaminhamentos:** Levar a alterações para a CIB.

113

114 **3. GRUPO DE FATURAMENTO:**

115 A) Protocolo Rizotomia

116 B) Documento com grupo de procedimentos: 2902

117 **A) Rizotomia:** Talita Rosinski (SUR) coloca algumas sugestões que surgiram do
118 grupo que estuda o faturamento das cirurgias eletivas e outros pertinentes às
119 cirurgias eletivas, grupo constituído por alguns secretários municipais com a
120 coordenação da Secretária Adjunta de Estado da Saúde. Alguns procedimentos
121 foram sugeridos e serão colocados aqui pelo médico regulador. Rafael F. Mendes
122 (médico da Regulação (SUR) apresentará o protocolo da Rizotomia com a
123 proposta de Deliberação. Da Rizotomia, cita o que precede a cirurgia e o intuito é
124 unificar os entendimentos, critérios e onde entra dentro do processo de regulação,
125 como tramitará na regulação. O código 2902 também entra nesse procedimento.
126 Coloca que alguns hospitais serão referências para esse procedimento. Há alguns
127 esclarecimentos para quando houver indicação do paciente para esse
128 procedimento e o hospital não for habilitado. O paciente não voltará para a fila.
129 Esse paciente transitará internamente. Que o paciente não seja prejudicado.
130 Coloca alguns detalhes da proposta de Deliberação, como: que é necessário que
131 o solicitante descreva as condições do paciente com relação ao quadro clínico, e
132 o que já foi feito de intervenção e outros. A proposta foi distribuída aos membros
133 da CT. Maria Cristina questiona se haverá uma Deliberação para cada
134 procedimento (Rizotomia, código 2002 e já passou a retirada do duplo J). Talita
135 Rosinski (SUR) que a sugestão são de 5 procedimentos, inicialmente. Rafael



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

136 esclarece que os procedimentos escolhidos inicialmente foram devidos à alta
137 demanda. Alexandre (Indaial) questiona quanto ao protocolo, que irá em anexo a
138 Deliberação. Pergunta se os pacientes da sua região que estão na fila poderão
139 entrar no NIR. Pergunta também, como foram negadas as cirurgias a cirurgia de
140 rizotomia, a regulação poderá visualizar. Talita esclarece que sim, que a
141 regulação visualizará, embora a Rizotomia é indicada para pacientes que já
142 passaram por outros tratamentos para a dor.

143 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB a Proposta de Deliberação da Rizotomia e
144 o protocolo de acesso da Rizotomia como anexo.

145

146 **B) Documento com grupo de procedimentos: 2902:** O objetivo é mais
147 esclarecer que deliberar. Muitas interpretações diferentes são dadas a esse
148 documento, código. O 2902 veio do MS como um programa e com certa
149 flexibilidade, em que os gestores poderiam habilitar alguns serviços de alta
150 complexidade para alguns procedimentos. Habilitar uma unidade a realizar
151 procedimentos em um grupo, pode não significar que o hospital estará habilitado
152 em todos os procedimentos daquele grupo. A primeira etapa é ver se o hospital
153 ou a unidade poderá ser habilitada para aquele procedimento específico e
154 segunda etapa, se o hospital ou a unidade tenham capacidade instalada para
155 realizar aquele procedimento específico. Isso é validado por uma equipe de
156 vistoria. Chama atenção que nem todos os hospitais ou unidades conseguem
157 realizar todos os procedimentos do código 2902, mesmo que esteja habilitado em
158 alta complexidade. Reforça que o objetivo maior desta reunião, com relação ao rol
159 de procedimentos 2902, é esclarecer que o hospital ou a unidade poderá ou não
160 realizar todos os procedimentos que constam no documento do rol de
161 procedimentos do 2902. Esse elenco de procedimentos colocados pelo MS no
162 2902 podem não ser elegíveis para todos os hospitais ou unidades habilitadas.
163 Alguns procedimentos, para serem realizados, são necessários habilitação
164 específica. SC aderiu a um grupo de procedimentos do 2902 do MS, o que não
165 significa que todos os hospitais ou unidade do estado poderão escolher qualquer
166 procedimento que esteja nessa relação.

167 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB para deliberar. Não vai protocolo nesta
168 Deliberação.

169

170 **4. FORMAÇÃO GRUPO CONDUTOR ESTADUAL OCIs.**

171 Talita Rosinski (SUR) com relação à Política do Mais Especialidades, é
172 necessário a formação do Grupo Condutor para o acompanhamento das OCIs.
173 Há tarefas a cumprir para receber o recurso e acompanhar a execução da
174 Política. Esse grupo deve ser composto por membros da regulação e de outras
175 áreas. Coloca que é importante que os municípios se manifestem quanto a
176 participação no grupo. Cita que seria, pelo menos, 02 representantes dos
177 municípios, de preferência, município que possua prestador de serviço pertinente.
178 O Cosems encaminhará os 02 nomes que representarão os municípios. Maria
179 Cristina Willieman ficará responsável para o encaminhamento dos nomes dos
180 municípios.

181 **Encaminhamentos:** Constituir o grupo. Aguardar nomes dos municípios.



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

182

183

5. PANORAMA ESTADUAL LEITOS DE SAÚDE MENTAL E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.

184

Iva Libardo (SUR), referentes aos leitos de saúde mental, apresenta o panorama, as filas do estado. Informa que existem 583 solicitações de internações em saúde mental, pendentes no estado. Dessas, a maioria é igual ou maior a 15 anos. A Macrorregião Oeste possui a maior lista de espera, seguida das Macrorregiões do Meio Oeste e Sul. Apresenta o número de leitos em saúde mental em SC. Existem leitos habilitados pelo MS e leitos custeados pela Política de Valorização Hospitalar (PVH). Cita que a maioria dos pacientes são pacientes de álcool e drogas.

185

186

187

188

189

190

191

192

CT – REGULAÇÃO 23.04.2025

193

Solicitações que aguardam pendentes por Internações psiquiátricas (Adulto e Pediátricas) no estado de Santa Catarina

194

195

196

583 solicitações pendentes.

197

198

199

200

Destas, **569** são referentes a pacientes com idade **≥ 15 anos**, e **14 (quatorze)** são **≤ a 14 anos**.

201

202

203

204

205

206

207

208

209

<u>CRIHM</u>	≥ 15 anos	≤ e 14 pediátricos.
Grande Oeste	220	01
Meio Oeste	112	02
Serra Catarinense	22	07
Planalto Nordeste	08	01
Vale	37	00
Foz	00	00
Grande Florianópolis	00	00
Sul	170	3
TOTAL	569	14



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

Referente a disponibilidade de leitos no Estado

79 (setenta e nove) leitos (87) habilitados pelo Ministério da Saúde,
846 leitos adultos com custeio da PHV
e 47 leitos Infantil (PVH)

Ano	Tipo de Leito	Macrorregião de Saúde	Leito 87 Ministério da Saúde	Leito PVH Adulto	Leito PVH Infantil
2025	<input type="checkbox"/> Leito 87 Habilitado MS <input type="checkbox"/> Sem Leito 87 Habilitado MS <input type="checkbox"/> Leito PVH Adulto <input type="checkbox"/> Sem Leito PVH Adulto <input type="checkbox"/> Leito PVH Infantil <input type="checkbox"/> Sem Leito PVH Infantil				
fevereiro	<input type="button" value="Limpar Filtro"/>	Foz do Rio Itajaí	0	0	8
Região		Grande Florianópolis	0	312	0
Todos		Grande Oeste	0	156	0
Município		Meio Oeste	8	105	15
		Planalto Norte e Nordeste	8	50	14
		Serra Catarinense	10	30	10
		Sul	23	113	0
		Vale do Itajaí	30	80	0
		Total	79	846	47

210 Talita Rosinski (SUR) coloca que algumas portarias do MS são restritivas para a
211 realidade do estado. A Portaria MS 148/2012 traz basicamente, um regramento
212 para o Hospital Geral, utilizar 15% dos leitos totais em saúde mental, até completar
213 30 leitos. Talita menciona que há a necessidade de leitos em saúde mental frente a
214 realidade que se apresenta. A proposta é ampliar o percentual de leitos, chegando
215 a 35 e no máximo, 40 leitos. Isso se apresenta de acordo com o cenário do estado.
216 Não serão criadas unidades novas para internações em saúde mental. A proposta
217 é ampliar leitos em hospital geral. A escassez de leitos em saúde mental impacta
218 na judicialização, segundo esclarecimentos da Superintendente de Regulação da
219 SES. Michele Brofman (Gerente de Atenção Psicossocial/SES) cita que
220 acompanha de perto essas discussões. O componente hospitalar é um dos
221 componentes da Rede de Atenção Psicossocial. A partir das portarias do MS,
222 Michele coloca que o estado não possui uma escassez de leitos de internações em
223 saúde mental. O que é necessário é organizar o fluxo dos pacientes dentro da
224 Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Na população infanto juvenil, comparando
225 os parâmetros, faltariam leitos no estado e, não é essa faixa que está
226 demonstrando a escassez de leitos de internações em saúde mental. Talita
227 Rosinski faz um contraponto a fala de Michele. Talita cita que a disponibilidade de
228 leitos é uma das estruturas necessárias, mas há dificuldades em ofertas de leitos.
229 A construção de protocolos são importantes, fluxos e não dispor de leitos. Cita que
230 existem unidades que não dispõe de estrutura para habilitar leitos em saúde
231 mental, mesmo querendo habilitar leitos. Maria Cristina Willemann (Cosems) coloca
232 aqui que nesta Câmara Técnica, a percepção do ponto de vista da gestão, é de
233 que há necessidade de leitos em saúde mental, que há necessidade de dar vazão
234 a essa demanda crescente. Cita a pandemia em que mostrou que parâmetros
235 servem para muito poucas coisas. Menciona os parâmetros, alegando que os
236 mesmos são inadequados para o perfil do estado. Cita ainda que, não é simples a
237 tomada de decisão, mas é um momento que exige uma ação, embora exista um



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

238 embate legal. Coloca que o Cosems se manifesta favorável a ampliação de leitos
239 de internações em saúde mental no estado. Talita Rosinski construirá a proposta
240 de ampliação de leitos para ser encaminhada à aprovação da CIB. Talita Rosinski
241 informa que o Secretário de Estado da Saúde Diogo Demarchi está levando esta
242 pauta para o Conass.

243 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB para apreciação e aprovação.

244

245 **INFORMES**

246 **1) Descentralização regulação ambulatorial Oeste e Serra.**

247 Talita Rosinski informa que o processo de descentralização ambulatorial iniciou
248 em dezembro de 2024 nas Macrorregiões Oeste e Serra. As cirurgias eletivas já
249 são descentralizadas para a regulação macrorregião. O funcionamento da
250 regulação no Oeste e Serra terão início em 3 de maio de 2025. O alto custo
251 demorará um pouco para descentralizar ainda.

252

253 **2) Transição Gestão Hospital Marieta - transição regulação ambulatorial para
254 macro Foz do Rio Itajaí.**

255 Talita Rosinski informa que estão iniciando uma conversa com o Secretário de
256 Itajaí para a descentralização da regulação ambulatorial com a absorção da
257 regulação ambulatorial de Itajaí. Já serão iniciados os treinamentos.

258

259 **3) Data treinamentos Municípios portarias/sistema agenda cirúrgica.**

260 Talita Rosinski coloca que os treinamentos das agendas cirúrgicas serão híbridos.
261 Cita as sugestões de datas para os treinamentos: 12/05: Macro Foz e Grande
262 Florianópolis; 13/05: Grande Oeste e Meio Oeste; 14/04: Norte/Nordeste e Serra;
263 15/05: Planalto Norte e Sul.

264

265 **4) Revisão das grades de referências.**

266 Talita Rosinski informa que iniciou na CIR da Grande Florianópolis, a revisão da
267 grade de referências, para que os novos gestores tenham conhecimento sobre a
268 oferta de serviços. É necessário informar onde estão as ofertas de serviços, as
269 referências. A intenção é dar transparência aos gestores, elaborar novas
270 pactuações se forem necessárias. Maria Cristina Willemann coloca que é
271 necessária essa revisão da grade de referências, até para auxiliar os gestores nas
272 macrorregiões.

273

274

275

LOURDES DE COSTA REMOR
Secretária da Comissão Intergestores Bipartite