



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: 25 de junho 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), Otília (GEMAPS/GERAM/SUR), Guilherme (GAPS/DAPS).

COSEMS: André Fagundes (COSEMS), Fábio Souza (COSEMS), Henrique Besser (Araranguá), Luis Fraga (Lages - CIR SERRA), Suzana Ines Berlt (Chapecó), Vanderlei Bez Batti (Apoiador COSEMS), Alexandre Manoel Dalabrida (Indaial - Cir Médio Vale do Itajaí), Clecí Zanin (Xanxerê), Mariana Itamaro (Florianópolis), Lucineia Cardoso (Massaranduba), Suzana Ines Berlt (Chapecó), Siomara Três Barras, Franci Maiara Machado.

PRESENTES À REUNIÃO

.

COORDENAÇÃO DA REUNIÃO: Talita Rosinski.

PAUTA

1. Revisão do fluxo de internação em saúde mental;
2. Fluxo de acesso de exames de alto custo em medicina genética.
3. Proposta de Deliberação pele (grupo trabalho faturamento) (retirada de pauta); retirada de pauta.
4. Proposta de Deliberações cirurgias múltiplas (grupo trabalho faturamento) (retirada de pauta); retirada de pauta.
5. Regulação Cirúrgica da Oferta Consórcios;
6. Portaria regulação leitos.

1. Revisão do fluxo de internação em saúde mental.

André Fagundes (Cosems) coloca que a Deliberação 99/2021, sobre o fluxo de internação em saúde mental não passou pela CIB, pois não encontrou o feedback da Deliberação para saber das internações involuntárias. O que não encontrou foi sobre as internações involuntárias em saúde mental. Iva Libardo (Central de Regulação) informa que a Deliberação 99/2021 foi retificada em 04 de abril de



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

41 2024. A retificação da Deliberação 99/2021 foi feita por conta da política
42 manicomial do judiciário, pois não se sabia como iriam ser as internações
43 judiciárias. As internações compulsórias não estavam nesta Deliberação, por isso,
44 houve a necessidade de retificar. Iva Libardo cita o fluxo da internação em saúde
45 mental da Deliberação 99/2021 que foram incluídas as internações judiciais,
46 compulsória, mas não consta as internações involuntárias. O paciente entra na
47 APS, vai para o CAPS e, se for necessário a internação, o CAPS solicita ao
48 sistema de regulação que procurará o leito em saúde mental. Iva coloca que as
49 internações involuntárias podem ser incluídas neste fluxo que está em vigor. Nos
50 casos de pacientes graves, em surto, esses são atendidos em hospitais gerais e,
51 se houver necessidade de internação, o hospital solicita ao sistema de regulação
52 que autorizará a internação no hospital ou em outro, conforme a vaga. Se não
53 houver vaga na macrorregião, esse paciente pode ser encaminhado para a central
54 estadual. Talita Rosinski sugere uma reunião entre SES e Cosems (Iva, Rafael,
55 André, APS e outros se forem necessários) para revisar esse fluxo das
56 internações em saúde mental. Cleci Zanin (Xanxerê) cita que a central estadual é
57 que insere as internações em todo o estado. Questiona, porque na pediatria
58 psiquiátrica, a macrorregional, muitas vezes não consegue hospital onde inserir a
59 solicitação de internação. Iva Libardo esclarece que no ajuste dos fluxos, poderão
60 também clarear quais hospitais serão referências para alguns pacientes
61 pediátricos. André Fagundes relata que alguns municípios questionam que, às
62 vezes, a família do paciente vai até o hospital e não conseguem a internação e
63 precisam judicializar para conseguir uma internação involuntária. Talita Rosinski
64 sugere que André deixe aberto para os municípios enviarem mais sugestões e
65 relatos para contribuir no ajuste necessário à Deliberação 99/2021, sobretudo,
66 com relação as internações involuntárias e compulsória. Rafael F. Mendes
67 (médico/SUR) refere que é importante alinhar as expectativas, pois quem sabe se
68 o paciente precisa ser internado é o médico assistente que avaliou aquele
69 paciente. Lembrar que a internação involuntária deve possuir um critério muito
70 específico técnico, pois, o paciente pode ser conduzido por vizinho, ou outra
71 pessoa que não sejam os familiares. O critério técnico específico é importante para
72 que não seja caracterizada a internação como um cárcere privado. A instituição
73 tem até 72h para comunicar ao Ministério Público sobre a internação. Todas as
74 internações involuntárias são comunicadas ao Ministério Público para que haja um
75 tipo de fiscalização, para que não hajam abusos nas internações. Guilherme
76 (Médico psiquiátrico da área de atenção psicossocial da DAPS e integra a
77 comissão de revisão de internação involuntária do estado) coloca que não existem
78 internações voluntárias para menores. Internações involuntárias são de riscos
79 graves, critérios que já existem, pois o risco justifica a internação. Enquanto área
80 técnica em saúde mental, colocam-se a disposição para auxiliar e esclarecer
81 dúvidas.

82 **Encaminhamentos:** Realizar a reunião (SUR (Rafael, Iva Libardo) APS
83 (Guilherme), Cosems (André Fagundes) para realizar os ajustes da Deliberação



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

84 99/201 – fluxo de regulação de internação em saúde mental ou propor uma nova
85 Deliberação.

86
87 **2. Fluxo de acesso de exames de alto custo em medicina genética.**

88 Talita Rosinski (Superintendente de Regulação) coloca que é um item solicitado
89 pelo Cosems (André). André Fagundes cita que há relatos da Região Oeste e
90 Região Norte sobre as consultas genéticas e que os municípios informam que a
91 SES não possui prestador. Para evitar a judicialização exacerbada, trouxe esse
92 item para a reunião. Talita refere que é importante saber que tipos de exames que
93 os pacientes estão relatando que não existem ofertas ou referências. Talita
94 informa que existem processos em habilitação no MS. Esclarece ainda, que, se o
95 município não encontrou oferta para a demanda, não adianta inserir o paciente no
96 sistema novamente, pois o paciente ficará esperando sem expectativa de
97 atendimento. Portanto, é importante saber quais exames os pacientes estão
98 solicitando e que não existem ofertas na região. Encaminhar a SES, para a
99 regulação. Otília (GEMAPS/GERAM/SUR) informa que genética são atendidos no
100 Hospital Infantil Joana de Gusmão (Para crianças), Agenda no Hospital
101 Universitário de Florianópolis. Foi aberto recentemente na Renal Vida. Também
102 informa, que há um serviço de referência em genética em Criciúma. Otília
103 questiona se esses serviços citados que estão devolvendo os exames de genética.
104 Cleci Zanin sugere fazer um levantamento dos exames devolvidos e encaminhar a
105 central de regulação do estado para verificar se há prestador no estado ou se
106 estão sendo devolvidos por hospital habilitado. André cita que um exame
107 devolvido foi na Renal Vida em Joinville. Talita lembra que existe o contrato e que
108 é necessário ver se o exame está previsto no contrato ou na Linha de Cuidado, o
109 exame que está sendo devolvido ao município. Siomara (Três Barras) cita a
110 demora nos agendamentos, que possui paciente agendado desde 2021 e que não
111 há serviço para ser comprado na região. Talita informa que há proposta na
112 teleconsultoria para suprir ofertas. Solicita que André centralize a coleta de
113 informações adicionais, dos relatos dos municípios para levar ao serviço de
114 regulação do estado. Ressalta a necessidade de expansão desses serviços no
115 estado. Rafael (SUR) informa que, mesmo no privado é difícil conseguir oferta, pois,
116 é quase inexistente alguns serviços. Isso é um problema em todos os estados.
117 Muitos dos exames são encaminhados para São Paulo. Cita também, que é
118 importante ver que tipo de exame foi negado pela Renal Vida, pois pode ser
119 exames que não são ofertados por esse serviço por não haver compatibilidade
120 com o serviço.

121
122 **3.Regulação Cirúrgica da Oferta Consórcios.**

123 Talita Rosinski (SUR), com relação a regulação da oferta de cirurgias eletivas
124 pelos consórcios e sobre as filas cirúrgicas. Cita que alguns municípios trouxeram
125 que consultas de consórcios feitas em serviços contratualizados estavam emitindo
126 AIH. Cita ainda, que receberam documentos sobre essa situação em todo o



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

contexto de Santa Catarina. Está havendo emissão de AIH originada pelo consórcio e não pelo serviço contratualizado para a realização de cirurgias eletivas. É uma prática que algumas regiões entendem que consulta cirúrgica de consórcio feita por algum médico vinculado a algum serviço contratualizado já pode emitir AIH. Talita coloca que a SES tem uma clareza que o consórcio contribui para o SUS, a SES incentiva o uso do consórcio, tanto que há legislação que transfere recurso para os consórcios. Aqui se está falando na lógica da regulação, com práticas de regulação. É aplicar os princípios da regulação. Talita cita que avaliaram essas AIHs emitidas a partir dos consórcios. Alguns pontos foram encontrados e citados aqui. Só podem emitir AIH, o profissional que possuir um Centro Cirúrgico para realizar a cirurgia e que esteja ligado a instituição. Outra questão, chegava AIH emitida por um município para um hospital que não possuía amparo contratual para a realização daquela cirurgia. Outro ponto, chegava uma AIH para o hospital que era contratado, mas não realizava o procedimento para a qual a AIH foi emitida. Talita ressalta que, principalmente no Oeste, não é encaminhada para a CERA o agendamento das cirurgias eletivas. As entradas são pelo consórcio. Há prestadores que argumentam que não vão ofertar pelo contrato se poderão consultar pelo consórcio. Talita menciona que municípios relataram que, se não consultarem pelo consórcio, não conseguem acesso no ambulatório do hospital. Ressalta que a lógica do consórcio é para complementar os serviços e acaba que, o consórcio está sendo a única porta de entrada do SUS em algumas regiões. Quanto à remuneração, na PVH são pagas as cirurgias e pacotes pré e pós operatórios, OPME e o que se fizer necessário. Quando se faz o pagamento para o prestador, não é excluída a consulta ou pacote, pois é entendido que esse prestador realizou tudo que estava previsto naquele procedimento. São identificados duplos pagamentos. Regulação ambulatorial é atendido por ordem cronológica e por classificação de risco. Tem que existir fila única. Talita conclui, esclarecendo que o consórcio deve cadastrar a oferta na central de regulação; ofertar para a regulação primeiro o previsto no contrato, depois a oferta do consórcio. Os pacientes devem ser classificados por risco, conforme protocolo em vigor. Talita propõe um texto de Deliberação para uniformizar as práticas no estado. Talita coloca por fim, que serão consideradas AIH cirúrgicas emitidas por consórcios, desde que o paciente é de primeira consulta regulada, respeitando alguns princípios (primeira consulta regulada são aquelas agendadas na CERA ou autorizadas na regulação municipal quando o município é o gestor do contrato), devendo haver fila única em uma das centrais citadas. A central deve fazer a gestão dos dois recursos, do contrato e das consultas via consórcio. Talita coloca que dará um prazo de transição para os consórcios se ajustarem à regulação. Talita apresenta o desenho desse fluxo regulatório e informa que o Oeste iniciou a descentralização da regulação ambulatorial. Suzana Berlt (Chapecó) refere que é importante que os reguladores constatarem os procedimentos que o hospital realiza antes do agendamento em determinado hospital. Franci Maiara Machado sugere realizar uma agenda com os consórcios. A SES coordenar o processo de



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

transição. Hoje, as referências das altas complexidades são as que estão nos termos de compromisso de garantia de acesso.

Encaminhamentos: Levar para a CIB. Ver o que for aprovado na CIB.

4.Portaria regulação leitos – 100% dos leitos.

Talita Rosinski contextualiza sobre uma portaria de regulação de leitos. Basicamente é uma portaria publicada pela SES. Talita cita que já existe uma portaria sobre a regulação de leitos que diz que o estado é responsável pela organização, estruturação e execução da regulação de leitos. A lógica de regulação de leitos de UTI é feita nas 08 Macrorregiões e na Central de Regulação do estado. Procura-se nas 08 Macrorregiões e se não encontrar, procurar na bancada estadual. A segunda forma de regular leitos de UTI é no próprio hospital após a uma cirurgia, se for necessário um leito de UTI. Mas, o ajuste é que todos os leitos sejam solicitados pelas centrais de regulação e não mais pelos NIRs. A nova proposta é que o médico regulador tenha conhecimento prévio dessa internação. O médico vai avaliar e regular e, caso seja necessário um leito de UTI após a cirurgia, o regulador fará a reserva do leito de UTI. O Hospital Nereu Ramos será o hospital piloto para essa proposta. Talita lembra que o estado paga o leito disponibilizado e não ocupado. A proposta é publicar portaria SES, mas aqui, o objetivo é validar o mérito. A gestão da central de leitos já é da SES. 100% dos leitos devem ser regulados previamente, ou seja, passar pelas centrais de regulação antes da internação.

Encaminhamentos: Após o piloto, será feita a proposta de portaria SES.

LOURDES DE COSTA REMOR
Secretária da Comissão Intergestores Bipartite