



**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 INTEGRADA DA CÂMARA TÉCNICA DE
REGULAÇÃO E GESTÃO**

LOCAL: Florianópolis. Reunião Virtual

DATA: 15 de abril de 2021

HORÁRIO: 13h30min

PRESENTES À REUNIÃO/Virtual

SES: Lourdes de Costa Remor (CIB), Márcio Mesquita Júdice (SUH), Carmem Delziovo (SUG), Grace Ella Berenhauser (GECOS), Marcus Gueckert (GEARS), Helma Finta Uba (GEPRO), Jane Laner Cardoso (DAPS).

Ramon Tartari (SUR) justificou ausência em função de reunião no COES.

COSEMS: Claiton Camargo (SMS de Lages), Clemilson Augusto de Souza (Cosems), Fábio de Souza (Cosems), Priscila Meira (Cosems), Edenice Silveira (SMS de Florianópolis), Talita Cristine Rosinski (SMS Florianópolis), Odair José Felipe (Seara), Cleci Zanin (Xanxerê), Elizabeth Rolim Espanhol Bachmann (Nordeste/Jaraguá do Sul), Fabiana Conrado (Nordeste), Leslie Lia Hermes Tschöke (Planalto Norte), Alessandra Maass (Vale do Itajaí) Scheley Raap do Nascimento (Meio Oeste).

PAUTA

01. Portaria nº 3.712, de 22 de dezembro de 2020: Recurso Oncologia para ser redistribuído (Fábio/Cosems).

02. Portaria MS nº 3.426, de 14 de dezembro de 2020: Recursos Federais Cito e Anátomo. (Fábio/Cosems).

03. Deliberação com os Critérios e Fluxo sobre remanejamentos de Teto da PPI (Fábio/Cosems).

04. Saúde Auditiva (Fábio/Cosems).

05. Atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) de pessoas desospitalizadas com diagnóstico de Covid-19 em uso de oxigenoterapia domiciliar no cenário de emergência de saúde pública em Santa Catarina

Demandas já solicitadas em outras reuniões

06 – Campanha de Cirurgias Eletivas - Cirurgias Ambulatoriais Oftalmológicas com AIH para pacientes especiais (Cosems).

07 – Outras Cirurgias Ambulatoriais com AIH para pacientes especiais (Cosems)

COORDENAÇÃO DA REUNIÃO: CLEMILSON DE SOUZA E FÁBIO DE SOUZA (COSEMS)

01. PORTARIA Nº 3.712, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2020: RECURSO ONCOLOGIA PARA SER REDISTRIBUÍDO (MAMOGRAFIA E CITOPATOLÓGICO).

Fábio de Souza (Assessor técnico do Cosems) referente à Portaria nº 3.712, de 22 de dezembro de 2020 da Oncologia que trata do câncer feminino. Com relação às



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

45 ações a serem desenvolvidas para o fomento, Fábio de Souza coloca que já
46 apresentou 03 propostas para à SES para a destinação dos R\$ 8.594.129,60. A
47 faixa de idade é dos 35 anos a 69 anos de idade, com uma distribuição per capita.
48 Daí surgiram algumas propostas de alocação desse recurso. Fábio cita que a
49 destinação do recurso seria proporcional, correspondente à faixa etária citada
50 existente nos municípios. O recurso não é permanente, será repassado em parcela
51 única para fomentar a prevenção do câncer feminino de mama e cito. Sendo assim,
52 não poderia entrar na programação da PPI. Fábio questiona quanto a divisão desse
53 recurso em citopatológico e mamografias. Quanto ficaria para a cito e quanto ficaria
54 para as mamografias e, se a distribuição seria pela fila existente, produção ou pelo
55 que está pactuado. Fábio coloca ainda, que na proposta da SES, havia uma
56 sugestão de destinar uma parte desse recurso para a saúde da mulher na Atenção
57 primária em Saúde – APS. Mas não foi especificado pela SES o percentual a ser
58 destinado e em quais ações seriam aplicadas, haja vista, que o Ministério da Saúde
59 - MS cobrará a realização das ações em que foi o utilizado o recurso de fomento.
60 Grace Ella Berenhauser, Gerente de Controle e Avaliação da SES, contextualiza o
61 recurso. A Portaria MS 3.712/2020 estabeleceu recursos para fomentar a
62 realização de exames de mamografia e citopatológico, no montante de R\$
63 8.594.129,60, sendo R\$ 6.215.659,34 para mama e R\$ 2.378.470,26 para cito,
64 para faixa etárias específicas de mulheres. Cita que realizaram algumas reuniões
65 como foi citado pelo Fábio e dessas reuniões surgiram 03 propostas. Primeiro, foi
66 feito o estudo do citopatológico e da mamografia. Grace coloca que a Portaria já
67 traz o impacto para aplicação na mamografia e no cito. Vistos as faixas e dividido o
68 recurso per capita para os 295 municípios. 1ª proposta: Alocaria os 100% do
69 recurso no MAC. 2ª: Dividir o recurso, deixando 20% para APS e 80% para o MAC.
70 3ª proposta: Deixaria 40% do recurso para APS e o restante no MAC. A Portaria
71 cita que os serviços deverão aumentar em 30% a produção desses procedimentos.
72 Diante dessas 03 propostas, onde se alocaria o recurso? Nas referências que
73 estão na PPI; Nos municípios que possuem o prestador que realiza o serviço
74 conforme a PPI, sem alocação. O que é necessário decidir é se destina uma parte
75 do recurso para APS ou se aloca em 100% nos 02 procedimentos. Grace cita que
76 solicitaram um parecer jurídico, pois há um parecer que diz que não se pode alocar
77 recurso do MAC nos Fundos Municipais de Saúde. Se for ficar uma parte na APS,
78 teria que ser semelhante ao cofinanciamento. Grace sugere deixar o recurso na
79 referência da PPI. Marcus Gueckert, Gerente da Articulação das Redes, questionou
80 ao MS, que esse recurso deve ser rastreado. Cita que está aguardando o parecer
81 do Coordenador do Fundo Estadual de Saúde. Mas, ressalta que entende que não
82 daria para rastrear se o recurso for aplicado na APS. Fala que é corroborada por
83 Fábio de Souza, pois a finalidade é diagnóstica. Acredita que teria que aplicar os
84 100% do recurso nos procedimentos. Fábio de Souza questiona como a SES fará o
85 monitoramento da aplicação na APS. Carmem Delziovo, Superintendente de
86 Planejamento da SES, cita que concorda que a aplicação seja 100% nos
87 procedimentos, pois entende que será difícil rastrear a aplicação na APS. E o
88 rastreamento do recurso é obrigatório de acordo com o MS. Marcus lembra que o
89 Município terá que comprovar também no Relatório de Gestão Anual se parte da
90 aplicação do recurso for destinado às ações em APS. Carmem Delziovo sugere
91 que SES e Cosems elaborem as orientações de preenchimento do SISCAN. Helma
92 Finta Uba, Gerente de Processamento da SES, cita que poderão fazer uma



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

93 capacitação e ver qual estratégia para trabalharem conjunto SES e Cosems. Fábio
94 de Souza sugere que seja feita uma Nota de Esclarecimentos para os municípios.
95 Fábio coloca por fim, quanto ao encaminhamento do recurso, que ficaria 100%
96 para os procedimentos. Grace questiona se os 100% do recurso serão aplicados
97 nos 295 municípios ou nas referências da PPI. Grace apresenta em tela a
98 produção das mamografias e citopatológicos dos municípios e mostra também, os
99 municípios que possuem recurso alocado para esses procedimentos e não
100 possuem produção. Fábio lembra que o recurso não é programável, sendo assim, o
101 mais correto seria aplicar nos serviços que apresentam produção, tanto para o cito
102 quanto para a mamografia. Grace coloca que poderá haver sobra. Fábio ressalta
103 que os 295 municípios devem estar cobertos na faixa etária dos 35 a 69 anos.
104 Grace cita que a idéia é fazer per capita para os municípios que possuem
105 produção. Helma Finta Uba cita que a mamografia é registrada no BPAI, dando
106 para rastrear. Grace sugere alocar pela PPI. Fábio cita que quem possui teto, tem
107 pactuação na PPI, deveria ter produção. Ficou consensuado alocar na referência
108 PPI. Não será modificado o parâmetro da PPI. Ficou definido que o recurso será
109 remanejado de forma proporcional para as referências desses serviços na PPI em
110 parcela única. O recurso da portaria atualmente está no Fundo Estadual.

111 **Encaminhamentos:** Levantar para aprovação na CIB. Ficou consensuado o recurso
112 alocado na referência PPI. Será alocado e depois retirado, pois não é recurso
113 permanente. Grace fará uma planilha com o demonstrativo dos municípios a serem
114 alocados o recurso e também, colocará na planilha os municípios que possuem
115 teto e não apresentam produção para que se manifestem. O MS deverá ser
116 informado sobre a destinação do recurso.

117

118 **2. PORTARIA MS Nº 3.426, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2020: RECURSO FEDERAL CITO E**
119 **ANATOMO (ATUALIZAÇÃO DO CUSTO MÉDIO DE CITO E ANATOMO NA PPI).**

120 Fábio de Souza (Cosems) coloca que esse recurso é para atualização dos
121 procedimentos de anatomo e citopatológico. Solicita ao Controle e Avaliação da
122 SES que faça o estudo para incorporação desse recurso na PPI, atualizando o
123 custo médio e o parâmetro. Grace Ella Berenhauser, Gerente de Controle e
124 Avaliação da SES informa que já fez o estudo e irá apresentar em seguida. Grace
125 cita os termos de compromisso de Garantia de Acesso da oncologia, pois o
126 anatomo está nos TCGA da onco. Existem 02 linhas para seguirem. O cito e o
127 anatomo dos termos e o cito e o anatomo dos TCGA. Em uma planilha, Grace
128 pegou todos os UNACONS (excluindo os que não possuem anatomo) e levantou a
129 produção de 2019 (2020 foi atípico), quantidade e valor. E colocou a quantidade
130 prevista para cada ano e a produção. Alguns serviços produzem além da cota do
131 TCGA, como por exemplo, o CEPON. Alguns produzem abaixo da cota do TCGA.
132 Outros, fazem dentro da lógica. O custo médio está em R\$ 92,00, mas Grace cita
133 que este custo está errado, somando o físico e o financeiro. Se aplicar o custo
134 médio da Portaria, o valor é menor. Chegou-se num custo médico de R\$ 68,02
135 segundo Grace. Aplicando os R\$ 68,02 de custo médio, passaria de R\$ 152.000,00
136 para R\$ 258.000,00, ressaltando que alguns UNACONS não estão produzindo de
137 acordo como os TCGAs. Grace refere que os termos podem estar superestimados.
138 Outro custo médio a ser atualizado é o pactuado é o citopatológico pactuado na
139 PPI, também produção de 2019. O citopatológico não está nos TCGAs. Tomando a
140 produção geral, municipal e estadual, o custo médico de R\$ 7,41. A produção está



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

141 em 70% do pactuado na PPI, abaixo do teto. O custo médio do cito pela portaria
142 chegaria a R\$ 20,50 (02 e 03A) e o anátomo (02. e 03B) chegaria a R\$ 68,02.
143 Necessitaria de aproximadamente R\$ 15.000.000,00 para atualizar nesses custos
144 médios. Esse valor ultrapassa o valor da portaria que é de \$ 10.084.970,337. Grace
145 questiona se coloca tudo na PPI em cito e anátomo ou coloca também nos
146 UNACONS referente aos anátomos (No UNACON daria o valor de R\$ 1.000.000,00
147 aproximados para os anátomos). Grace coloca que, se reduzir a cota física na PPI,
148 daria para ajustar toda a cota da PPI, mas, a proposta seria pelo financeiro. Talita
149 Cristine Rosinski (SMS Florianópolis), com relação à parte ambulatorial do
150 anátomo, há um procedimento prevalente na PPI (grupo xxxx). O custo médio
151 desse procedimento é de R\$ 29,59. Não serão atualizados os TCGAs nesse
152 momento, somente os procedimentos da PPI, foi a conclusão. Grace cita que os
153 recursos já estão nos municípios que apresentam produção, mas serão revistos
154 para atualizar os que apresentam produção e não possuem teto. O cito entrará
155 dentro da programação da PPI e não irá mais como anexo.

156 **Encaminhamentos:** A Portaria MS 3.426/2020 atualizou vários procedimentos de
157 cito e anatomo, com impacto anual de R\$ 10.084.970,337. Feito estudo pela
158 GECON do anátomo nos TCGAs da onco e ficou demonstrado que a maioria dos
159 UNACONS não utiliza a cota no termo, com exceção do CEPON e HU, portanto
160 nesse momento não serão atualizados os TCGAs da Onco. Ião ser atualizados o
161 custo médio dos procedimentos na PPI de forma parcial, pois o recurso
162 encaminhado pelo MS é insuficiente para atualizar a PPI. O Cito, pela portaria seria
163 custo médio de R\$ 20,50 e o anátomo de R\$ 68,02. Será atualizado o custo médio
164 em R\$ 15,92 para cito e R\$ 55,51 para anatomo na PPI, em função da quantidade
165 do recurso. O recurso da portaria atualmente está nos gestores conforme anexo da
166 portaria, e com a atualização acima serão reavaliados os recursos e redistribuídos
167 para as referências da PPI. **Retificar a Deliberação 200/2016 e atualização pelo**
168 **custo médio na PPI.**

169

170 **3. ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) DE PESSOAS**
171 **DESOSPITALIZADAS COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19 EM USO DE OXIGENOTERAPIA**
172 **DOMICILIAR NO CENÁRIO DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA EM SANTA CATARINA**

173 Talita Cristine Rosinski (SMS Florianópolis), gerente de Regulação da SMS de
174 Florianópolis cita que fará uma pequena introdução. Essa temática iniciou no
175 Fórum de discussão do Município de Florianópolis. Foram montados grupos de
176 trabalho, entre os quais, o grupo da Atenção Primária. Receberam um consultoria
177 da OPAS, da dra. Ho Yeh Li, responsável pela UTI dos Hospital das Clínicas.
178 Trouxe a proposta da desospitalização ou com alta precoce, de pacientes com
179 alguma estabilidade clínica, para atendimento domiciliar, com a continuidade dos
180 cuidados em ambiente domiciliar. A SES trouxe uma proposta de protocolo com
181 padrões técnicos, que condições o paciente teria condições para a alta. Critérios
182 alinhados com o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar já existente. A proposta da
183 SES seria trazer os pacientes para cuidado domiciliar pela Atenção Primária, sendo
184 que o Programa Domiciliar é uma das atribuições da Atenção Primária. A proposta
185 da SES seria que a Atenção Primária assumisse as altas hospitalares de pacientes
186 aptos a terem alta, mas que necessitariam de oxigenoterapia domiciliar. A proposta
187 teve opiniões divergentes. Os municípios de pequenos portes se posicionam que
188 até poderiam absorver alguns pacientes com oxigenoterapia domiciliar. Mas, a



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

189 manifestação de 03 municípios maiores, Florianópolis, São José e Biguaçu que
190 detém 70% da população da Grande Florianópolis trouxeram a proposta como
191 inviável, pelo próprio papel da equipe no enfrentamento da pandemia – Covid – 19.
192 O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar atende um paciente diferente de um pós
193 Covid. Esses 03 municípios citam que são favoráveis a proposta, mas entendem
194 que necessitam de trabalhar com equipe específica. Nesse sentido, precisariam
195 que a SES trabalhasse cofinanciada com os municípios. Na prática, foram
196 observados hospitais dando alta para pacientes com necessidade de
197 oxigenoterapia, sem que houvesse esse entendimento. Talita refere que o grupo
198 ampliou o estudo da proposta ajustada pela SES, mesmo assim, o fórum técnico
199 entende que o serviço foge a competência da Atenção Primária. Talita cita a
200 Portaria MS 825/2016 que implementa o Serviço de Atendimento Domiciliar, art. 2º
201 e art. 3º Esses artigos trazem à tona o cerne da necessidade de onde se concebeu
202 que é a capacidade hospitalar disponível e paciente com condições de recuperação
203 no ambiente domiciliar. Sendo assim, não se pode transferir essa função para APS
204 sem capacidade tecnológica para isso. Esse serviço requer equipe específica,
205 extravasando as funções da APS. Talita justifica essa pauta da APS nessa reunião
206 da Câmara Técnica de Gestão e Regulação em função da necessidade de recurso
207 para implementação desse serviço. O valor do impacto financeiro seria de R\$
208 65.000,00 e R\$ 86.000,00 por equipe. A seguir, Jane Laner Cardoso, diretora da
209 Atenção Primária em Saúde na SES, apresenta a proposta da SES, citando que as
210 discussões começaram na Região do Grande Oeste. Informa que a Nota Técnica
211 003/2020 foi revogada para uma nova revisão. Cita que foram ajustados alguns
212 pontos, o critérios do concentrador de oxigênio. Jane alega que o projeto da SES é
213 diferente da proposta apresentada pela Grande Florianópolis. Jane coloca,
214 considerando as estratégias de enfrentamento à Emergência de Saúde Pública em
215 SC; a transmissão acelerada da COVID-19 com aumento no nº de casos
216 confirmados de internações hospitalares e elevadas taxas de ocupação dos leitos
217 hospitalares em todo o território catarinense; a necessidade do acompanhamento
218 de pessoa desospitalizada com diagnóstico de COVID-19 que necessita de
219 oxigenoterapia prolongada em domicílio, faz-se necessário alinhamento dos
220 atendimentos individuais no domicílio e dos fluxos na APS com a alta hospitalar. O
221 objetivo seria ajustar o fluxo de atendimento das pessoas desospitalizadas com
222 diagnóstico de COVID-19 que necessitam de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada
223 (ODP) no domicílio. O público alvo: pessoas desospitalizadas com diagnóstico de
224 COVID-19 que necessitam de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) no
225 domicílio. Jane refere que define-se como oxigenoterapia prolongada o uso de
226 oxigênio suplementar por pelo menos 15 horas por dia em pessoas com hipoxemia.
227 Lembrando que é necessária a gasometria arterial para a documentação precisa do
228 grau de hipoxemia. Jane ressalta que as indicações para uso de ODP a baixos
229 fluxos no domicílio destinam-se aos pacientes que apresentarem condições
230 estáveis, com suporte de oxigenioterapia abaixo de 5L/min, nas últimas 48-72
231 horas, sem outras disfunções orgânicas que justifique necessidade de manutenção
232 em unidade hospitalar. **Jane coloca que a adesão do município não é**
233 **obrigatória.** As observações colocadas por Jane: Medida NECESSÁRIA e
234 TEMPORÁRIA diante do grave cenário de superlotação hospitalar. A meta
235 proposta é que após a solicitação médica, a instalação domiciliar do concentrador
236 de oxigênio (prazo de 48-72 horas). Todas as fichas e solicitações devem ser



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

237 utilizadas conforme definido pelas Diretrizes de Oxigenoterapia e Ventilação
238 Domiciliar da SES/SC/2019. É necessário realizar a gasometria para liberar o
239 concentrador de ar para o atendimento no domicílio. Importante ressaltar que: **a**
240 **adesão às orientações desta nota técnica é facultativa aos municípios. Os**
241 **municípios que tiverem interesse em aderir, terão apoio da DAPS para**
242 **adaptação dos fluxos necessários. Aos municípios que optarem por não**
243 **aderir, deverão da mesma forma garantir a continuidade da assistência sem**
244 **que haja prejuízo nos cuidados à saúde da pessoa.** Jane chama atenção,
245 ressaltando que a Nota Técnica é de recomendação e não está em vigor ainda.
246 Cita também, que esse Projeto é diferente do apresentado pela Grande
247 Florianópolis. Cita que cada município possui especificidades e muitos municípios
248 pretendem fazer a adesão desse Projeto de desospitalização com Oxigenoterapia.
249 O critério de alta é do médico. O oxigênio deve ser 5L/min, sendo que esse
250 paciente não pode ter apresentado distúrbio nas últimas 48h. E o paciente só
251 poderá ir de alta, se o concentrador de oxigênio estiver já em domicílio. Não
252 aceitar o paciente sem que o concentrador de oxigênio esteja no domicílio do
253 paciente. A instituição hospitalar deve garantir a contrarreferência das pessoas
254 desospitalizadas à APS, com as informações pertinentes; O ambiente domiciliar
255 deve ser avaliado antes da chegada da pessoa desospitalizada, se possível em
256 conjunto com a assistente social; O sumário de alta hospitalar deve ser entregue na
257 alta hospitalar para a pessoa e/ou familiar que deverá entregar para equipe de
258 APS; Deve ser disponibilizado EPI aos profissionais para a realização dos
259 atendimentos no domicílio. As recomendações para a equipe de saúde:
260 preferencialmente nas **primeiras 24hs da desospitalização** o profissional médico
261 ou enfermeiro deve **realizar o atendimento no domicílio**; Os demais
262 atendimentos devem ser planejados pelas equipes de acordo com o quadro clínico;
263 Sempre que for identificada pela equipe de enfermagem e/ou ACS alguma situação
264 que necessite de intervenção: discutir demanda com a equipe de saúde para
265 definir/reavaliar o cuidado; Reforçar as medidas de precauções para controle e
266 prevenção da COVID-19; Garantir a presença de EPIs completos para
267 paramentação durante o atendimento no domicílio; Reforçar junto aos cuidadores e
268 familiares as orientações, prestadas pela empresa, de manuseio e cuidado com os
269 concentradores de O₂; Registrar os cuidados realizados na Ficha CDS de
270 atendimento individual do eSUS AB no domicílio para realizar a evolução do
271 atendimento no prontuário eletrônico do cidadão do e-SUS AB. Os cuidados
272 clínicos durante o atendimento no domicílio compreende a manutenção da
273 avaliação da oximetria de pulso domiciliar: **HIPÓXIA SILENCIOSA!!!** Observar se
274 presença de sinais de hipóxia; Avaliar sinais vitais; perfusão periférica e realizar
275 ausculta pulmonar. As recomendações para pessoa desospitalizadas, cuidadores e
276 familiares: Manter a pessoa desospitalizada em isolamento até que não sejam mais
277 infecciosos; Reforçar a técnica das medidas de precauções de prevenção e
278 controle da COVID-19; Orientar às pessoas desospitalizadas, cuidadores e
279 familiares para usarem máscara cirúrgica; Estimular o distanciamento social;
280 Orientar acerca das medidas para manutenção dos parâmetros de oxigenação
281 prescritos. Diante da observação de descompensação clínica/sinais de alerta a
282 família deverá comunicar imediatamente a equipe da APS e/ou acionar a Rede de
283 Urgência e Emergência conforme o protocolo local estabelecido através do número
284 192; Reforçar junto aos cuidadores e familiares as orientações e prestadas pela



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

285 empresa, de manuseio e cuidado com os concentradores de O2. Jane menciona
286 que essa proposta passou pela Regulação e pela Hospitalar. Com as sugestões do
287 Cosems, já foram feitos alguns ajustes na proposta. Fábio de Souza cita que a
288 situação lhe assusta. Que no início da pandemia ficou claro que a responsabilidade
289 hospitalar era do Estado. Os leitos clínicos Covid saem em portaria, mas não são
290 fomentados pela Governo Federal e nem Estadual, segundo o Fábio. Preocupa as
291 condições domiciliares, pois a responsabilidade passará para o município se o
292 mesmo aderir a esse projeto. Pela questão assistencial, o Estado poderia fomentar
293 o leito clínico. Durante a Câmara Técnica de Gestão foi muito discutida essa
294 questão de custeio. Cita que há os R\$ 32.000.000,00 no Estado para a Covid.
295 Carmem Delziovo coloca que Fábio está misturando os assuntos. O projeto é para
296 atenção primária, para os pacientes que estão em condições de alta, mas que
297 necessitam de oxigênio. Priscila Meira (Cosems) enfatiza que os municípios não
298 são contra a proposta, as funções da atenção primária. Mas, os municípios não
299 querem que fiquem somente a cargo da atenção primária esse projeto. Questiona
300 se existirá algum apoio do Estado nesse projeto. Clemilson de Souza refere que
301 na discussão prévia houve vários consensos, não há oposição ao movimento.
302 Ficou claro também, que o município de pequeno porte possui maior capacidade
303 para assumir esse tipo de paciente do que grandes municípios que possuem porta
304 aberta. Esse paciente que vem de alta hospitalar com o perfil citado no projeto
305 deverá ser comunicado ao município com antecedência. E isso não tem
306 acontecido, citando exemplo de seu município que não houve o comunicado com
307 antecedência para saber se o município teria condições de assumir. E acredita que
308 necessitaria de algum apoio financeiro também do Estado. Fábio de Souza entende
309 isso mesmo falado por Clemilson. Edenice Silveira (SMS de Florianópolis) refere
310 que a proposta apresentada pela SES não parece tão distante do que o MS
311 apresenta como assistência de oxigênio domiciliar na atenção primária. Mas, a
312 proposta possui muito do que a proposta apresenta por Talita Cristine Rosinski
313 (SMS Florianópolis). Acredita que a proposta é bem similar. Claiton Camargo,
314 Secretário Municipal de Saúde de Lages, coloca a questão dos concentradores,
315 demorando para chegar no município entre outros. Carmem Delziovo,
316 Superintendente de Planejamento da SES, sugere constituir um grupo menor para
317 ajustar as duas propostas em uma que seja viável para todos. Márcio Mesquita
318 Júdice, Superintendente dos Hospitais Públicos da SES, coloca que essa situação
319 dos pacientes irem embora com oxigênio já está ocorrendo. O importante é triar
320 corretamente esse paciente, sendo que o paciente só deva ir para casa com o
321 concentrador instalado em domicílio. Cita que o Programa de Oxigenoterapia
322 Domiciliar já prevê visita com terapeuta e visita domiciliar. Claiton Camargo cita que
323 os hospitais não respeitam que o concentrador esteja em domicílio para dar a alta
324 ao paciente, ficando uma responsabilidade para o município. Márcio Júdice refere
325 que existe uma pressão dos hospitais, mas o município não deve ceder a essa
326 pressão do hospital. Jane Laner Cardoso coloca também, que esses pacientes
327 estão no território e acredita que a proposta da SES seja diferente da apresentada
328 por Florianópolis, pois não se trata de cofinanciamento e sim de uma atribuição da
329 Atenção Primária. Talita cita que concorda com a fala da Carmem Delziovo de que
330 a proposta atenda a todos os municípios, pois com a vigência do Projeto, a
331 demanda aumentará. Se o município consegue absorver na Atenção Primária, tudo
332 bem, mas, no momento que a proposta for institucionalizada, a demanda será



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

333 ampliada não havendo garantia da assistência em todos os municípios. A estrutura
334 oferecida é a que proporciona a recuperação do paciente. Essa é a preocupação
335 segundo Talita e, isso não será possível sem um cofinanciamento. Clemilson de
336 Souza (Cosems) menciona a Fala de Márcio Mesquita (SUH) de que o paciente já
337 está indo para casa com o oxigênio. Sugere, como sugeriu Carmem Delziovo, a
338 constituição de um grupo menor para encontrar uma proposta viável para todos.
339 Carmem Delziovo acredita que é necessário mais uma discussão para que se
340 possa tomar uma decisão a respeito da proposta. Márcio Mesquita Júdice cita que
341 toda alta hospitalar passa pelo Núcleo Interno de Regulação, então, o que se
342 poderia fazer é comunicar a Regional de Saúde para que esta já contate o
343 município para que o mesmo conheça a situação do paciente previamente.
344 Carmem Delziovo cita que é importante melhorar a comunicação do NIR, citado por
345 Márcio Mesquita Júdice, que ele já antecipe a informação à Regional de Saúde
346 e/ou ao município.

347 **Encaminhamentos:** Definir grupo e data para elaboração da proposta unificada.

348

349 **04. DELIBERAÇÃO COM OS CRITÉRIOS E FLUXOS SOBRE REMANEJAMENTOS DE TETO DOS**
350 **TERMOS DE COMPROMISSOS AMBULATORIAL: A PPI**

351 Fábio de Souza cita que já foram definidas as competências dos municípios e do
352 Estado. A questão levantada, quem ficaria responsável quando o remanejamento
353 tratar-se de serviço que está sob gestão do Estado. Outra situação é o que vai para
354 o Termo da Regulação ou que está no Plano Operativo. Há várias pactuações de
355 CIR e não são atualizadas, pois, em alguns casos a Central de Regulação – CERA
356 diz que deve ser o Termo de Compromisso ou o Plano Operativo. Grace Ella
357 Berenhauser cita que as áreas técnicas da SES é quem avaliam as planilhas e
358 solicitações de remanejamento, pois é a coordenadora da gestão. O fluxo interno
359 da SES foi adaptado, mas segue a mesma lógica, encaminhando para o Cosems
360 até o dia 10. Quando o hospital é próprio, a solicitação vai para a CERA para
361 emissão de parecer. Quando é hospital contratualizado, primeiro é feito um filtro
362 para verificar se os procedimentos estão no Plano Operativo da PPI. Pode
363 acontecer que o Plano Operativo já esteja maior que a PPI, não necessitando de
364 aditivo contratual. Delibera e informa o município para dar o acesso. Se precisar
365 aditivo contratual, a CERA informará se há demanda reprimida e se for possível, a
366 Gerência de Contratualização para o aditivo do contrato. Se a Gerência de
367 Contratualização não for favorável ao aditivo, a solicitação é devolvida ao Cosems.
368 A CERA somente poderá abrir agenda se houver termo aditivo do procedimento.
369 Quando for necessário termo aditivo, é necessário que o município espere pra que
370 a CERA dê acesso ao município para que o procedimento seja agendado. Fábio
371 questiona esse trâmite burocrático. Grace refere que é necessário esse trâmite.
372 Fábio cita que isso somente acontece com os hospitais contratualizados com a
373 SES. Sendo assim, seria conveniente que as alterações de fluxos sejam
374 bimestrais. Grace cita que a solicitação pode ser mensal, mas a alteração deve ser
375 bimestral, pois é importante que a solicitação assinada esteja aqui com
376 antecedência se for necessário o termo aditivo. Ficou consensuada a alteração
377 para cada 02 meses e a solicitação mensal.

378 **Encaminhamentos:** Fábio de Souza concluirá o texto juntamente com Grace e
379 levará para a aprovação na CIB.

380



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

381 **05. SAÚDE AUDITIVA**

382 Fábio de Souza (Cosems) com relação a Deliberação 146/2020 que seria paga em
383 parcela única nos tetos dos serviços de saúde auditiva. Mas esse pagamento não
384 foi feito em parcela única. Fábio cita que discutiram na reunião prévia uma proposta
385 para retificar a Deliberação. Fábio de Souza propõe que o recurso seja alocado da
386 forma que está sendo feito, mas que, quem se propõe a fazer mutirão como é o
387 caso da Região Sul para reduzir a fila, deliberaria em CIR correspondente e a SES
388 decidiria como seria a melhor alocação do recurso, se em parcela única ou outra
389 forma. Fábio coloca que foi efetivada a Deliberação diferente do que foi pactuado e
390 que já oficializou a SUR. Fábio coloca também, que se a Otopida que está sob
391 gestão estadual optar por outra forma de repasse. Grace Ella Berenhauser cita que
392 concorda com a proposta de alocação, antecipando para 12 meses o repasse.

393 **Encaminhamentos:** Fábio de Souza reescreverá a Deliberação, retificando de
394 acordo com a proposta e metodologia e encaminhará para avaliação da SUR. Se a
395 SUR concordar, será deliberada novamente como retificação.

396

397 **DEMANDAS SOLICITADAS ANTERIORES**

398

399 **1. Fluxo de encaminhamento para procedimentos em oftalmologia**
400 **ambulatorial, que exigem a anestesia e AIH**

401 Fábio de Souza solicita novamente a elaboração do fluxo para encaminhamento de
402 procedimentos da oftalmologia para pacientes que necessitam de anestesia, de
403 AIH, como paciente especial, criança, idoso, que não conseguem se submeter a
404 cirurgia com anestesia local. Como será o fluxo no SISREG? Questiona Fábio.
405 Isso para Campanha de Cirurgias Eletivas. Fábio reforça a solicitação do fluxo.

406

407 **2. Confecção de fístula para hemodiálise**

408 Esse procedimento já foi incluído na Deliberação 008/2021 e seu anexo. Incluído o
409 prêmio para elaboração da fístula. Solicitado que se coloque a referência no termo.

410

411 **3. Consulta para cirurgias ginecológicas**

412 Grace Ella Berenhauser informa que encaminhará na próxima reunião da Câmara
413 Técnica a inclusão no MAXPPI, das consultas para cirurgias ginecológicas.

414

415 Grace informa também, que o encontro de contas das cirurgias eletivas de janeiro
416 de 2021 já está disponível na página.

417

418

LOURDES DE COSTA REMOR

419

Secretária da Comissão Intergestores Bipartite

420

421

422