



**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: Florianópolis. VIRTUAL.

DATA: 15 de outubro de 2021

HORÁRIO: 13h30min

PRESENTES À REUNIÃO/Virtual

SES: Lourdes de Costa Remor (CIB), Ramon Tartari (SUR), Grace Ella Berenhauer (GECO), Jane Laner (DAP), Helma Finta Ulba (GEPRO), Ana Probst (SUR), Marli Adami (SUR), Ariadna Ibacache (SUR), Márcia Pinho (SUR), Viviana Jorge (SUH), Eloana (DAPS).

COSEMS: Sidnei Bellé (Cosems), Clemilson Augusto de Souza (Cosems), Michelle Voss (São Ludgero), Clayton Camargo (Lages), Siomara Correia (Três Barras), Cleci Zanin (Xanxerê), Cledenir Morais dos Santos (Macro Grande Fpolis/Palhoça), Rodrigo Dellavechia (Herval do Oeste), Alexandre (Indaial), Gisele Maria Cardoso (Araranguá), Luis Fraga (Meio Oeste), Gideon Barros (Cosems).

COORDENAÇÃO DA REUNIÃO: RAMON TARTARI

PAUTA

- 1- Proposta de mudança de fluxo no processo regulatório das cirurgias eletivas (inserção das AIHs pelo hospital) (SUR)
- 2- Comunidades terapêuticas (atualização das discussões e devolutivas) (SUR)
- 3- Retificação da Del. n. 66/2018, Fluxo de retirada do cateter Duplo J. (SUR)
4. Alteração de protocolo de USG obstétrico, permitindo que solicitações possam serem realizadas por profissional da enfermagem, conforme Resolução do Cofen Nº 627/2020, e com jurisprudência evidenciada pela decisão Nº 1037525-81.2021.4.01.3400(Cosems);
5. Bloqueio de acesso a grupos do Sisreg para solicitações de procedimentos, com justificativa de falta de prestador (Cosems);
6. Alterações na Deliberação CIB 143/2021 que trata da regulação das Comunidades Terapêuticas (Clemilson)..

Informes

1. Grade de Referência das Comunidades Terapêuticas: retorno por parte da SUR;
2. Retorno sobre solicitação de alteração de utilização do Sistema Controle AC;
3. Retorno sobre inclusão de cirurgias de retirada de fixadores como "procedimento de continuidade".



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

43 **1. PROPOSTA DE MUDANÇA DE FLUXO NO PROCESSO REGULATÓRIO DAS CIRURGIAS**
44 **ELETIVAS (INSERÇÃO DAS AIHS PELO HOSPITAL)**

45 Ramon Tartari, Superintendente de Regulação da SES, abre a reunião, colocando
46 a proposta de mudança do fluxo no processo regulatório das cirurgias eletivas. Na
47 Deliberação 66/2018 das cirurgias eletivas, o fluxograma traz, após o atendimento
48 do paciente pelo especialista, momento que ocorre a emissão da AIH, essa AIH é
49 encaminhada juntamente com o paciente para a Secretaria Municipal de Saúde –
50 SMS para ser inserida no SISREG. A Secretaria Municipal de Saúde que insere a
51 AIH no Sistema SISREG. Ramon Tartari cita que foi observado que, nem sempre
52 é o paciente que leva a AIH na SMS. Às vezes, é o motorista que trouxe o
53 paciente para a consulta que entrega a AIH na SMS. Dependendo da SMS, nem
54 sempre está presente naquele momento o técnico para solicitar a inserção no
55 sistema. Isso acaba acarretando alguns problemas como a atualização do
56 cadastro do paciente sem a presença do paciente, a conferência necessária da
57 entrada regulada. Algumas vezes, o município insere no sistema sem a entrada
58 regulada. Além disso, há não conformidade no preenchimento. A proposta da
59 Superintendência da Regulação é que após a consulta pelo especialista. Ele
60 confere a AIH recebida, emitida pelo médico, a entrada regulada, atualiza o
61 cadastro do paciente, checa o preenchimento e verifica alguma não
62 conformidade, devolvendo imediatamente ao médico para fazer as correções se
63 for o caso ou se estiver tudo de acordo, o NIR já insere a AIH no sistema
64 SISREG. Ramon Tartari refere que a Regulação pode assumir todo o processo
65 com o NIR ou parte dessa função com o NIR. Parte da função seria,
66 minimamente, a entrada regulada, atualizar o cadastro e checar os vícios de
67 preenchimento e a inserção poderia continuar sendo pela SMS. Acredita que o
68 assunto não evolua para uma Deliberação hoje, mas, se podem ir amadurecendo
69 a idéia. A Superintendência de Regulação já assumiu os NIRs dos hospitais. Os
70 hospitais devem possuir 03 setores de NIR: NIR ambulatorial, NIR cirúrgico e NIR
71 internação e gestão de leitos. Isso aumenta o controle e concede maior
72 autonomia ao NIR. Cita que estão em franca estruturação dos NIRs, sendo
73 importante agregar isso nesse momento. Cleilson de Souza (Cosems) cita que
74 na reunião prévia da Câmara Técnica essa proposta foi discutida. Lembra que
75 essa proposta já havia sido falada pelo Superintendente de Regulação em 2019.
76 Cita algumas dúvidas quanto à equipe formada e o processo de trabalho, com as
77 responsabilidades. E, se isso estenderia a outros hospitais ou somente aos de
78 gestão SES. Refere como muito bom que a proposta evoluiu como algo positivo.
79 Ramon Tartari cita que a previsão seria concluir todo o processo no fim do ano
80 para iniciar em 2022 a mudança no processo de trabalho. A idéia é dar
81 treinamento para os profissionais dos NIRs e trazer experiências externas para
82 dentro dos NIRs antes da conclusão e implantação. Num segundo momento,
83 acredita-se que essa proposta possa ser estendida para todos os hospitais.
84 Clayton Camargo, Secretário Municipal de Saúde de Lages, cita que soube que o
85 NIR do Hospital Teresa Ramos já está sob a gestão da SUR. Quanto ao fluxo
86 ambulatorial, preocupa com a regulação dos hospitais filantrópicos diferentemente
87 dos hospitais da SES. Acredita que é necessária amadurecer a proposta para
88 resolver as dificuldades.

89 **Encaminhamentos:** Voltará para a Câmara Técnica.

90



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

91 **2. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: ATUALIZAÇÃO DAS DISCUSSÕES E DEVOLUTIVAS; E**
92 **ALTERAÇÕES NA DELIBERAÇÃO CIB 143/2021 QUE TRATA DA REGULAÇÃO DAS**
93 **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.**

94 Clemilson de Souza, com relação às comunidades terapêuticas, surgiram
95 algumas dúvidas quanto ao encaminhamento, aferição das condições clínicas e
96 outras. Em uma reunião realizada no Cosems com a participação da SES ficou
97 acordado em elaborar um formulário padrão para aferição das condições clínicas
98 para a entrada do paciente na comunidade. O formulário é semelhante ao que já
99 existem para outros procedimentos. O documento seria um norteador da
100 avaliação do paciente. Com o formulário preenchido com as condições clínicas,
101 dispensaria o encaminhamento, podendo o paciente já ser inserido com esse
102 formulário preenchido. Ramon Tartari parabeniza a todos que estão envolvidos
103 nesse processo. Tirou essas comunidades do quase anonimato. Ramon Tartari
104 cita que, juntamente com o Cosems, a DAPS, a RAPS e a Regulação, poderá ser
105 desenvolvido um protocolo para as comunidades terapêuticas. Ramon Tartari
106 sugere um pequeno Grupo de Trabalho para se chegar a um documento único.
107 Jane Laner Cardoso, Diretora da DAPS, cita que concorda com a proposta e as
108 capacitações das comunidades terapêuticas em realizar conjuntamente. Ramon
109 Tartari informa que as comunidades terapêuticas estão pleiteando a ampliação
110 dos valores repassados pela SES. Pensa que se forem ampliados os valores,
111 deverá haver alguma contrapartida por parte das comunidades terapêuticas. Cita
112 também, que há uma idéia que a SES poderia estar devolvendo as comunidades
113 terapêuticas para a Secretaria de Desenvolvimento Social. Mas, acredita que ela
114 deva fazer parte da Rede de Saúde, da RAPS. Ramon Tartari cita que, após
115 várias reuniões, o único ponto que ainda diverge das comunidades terapêuticas e
116 a SES e municípios, diz respeito a especificidade desse paciente. Surgiu a
117 discussão de que o paciente não deveria passar pela avaliação prévia do médico
118 do SUS obrigatoriamente. Deveria ser avaliado previamente por médico, mas não
119 precisaria obrigatoriamente ser do SUS, esse é o ponto divergente. Essa
120 avaliação médica prévia poderia ser particular. Essa avaliação viria para a
121 regulação para que seja checado os critérios e refutar se essa avaliação não vier
122 com o nome do médico e a responsabilidade. Clemilson de Souza cita que a
123 expectativa que tinham era de que o serviço fosse acessível com porta de entrada
124 SUS. Esse caráter de emergência é contrário ao proposto como tratamento
125 eletivo nas comunidades. É um serviço que compõe a Rede de Saúde Mental,
126 embora, não se tenha solução nesse momento. Pensa que fica confuso em como
127 encaminhar isso, do encaminhamento poder ser pelo prestador também.
128 Concorda com os encaminhamentos, pela evolução que já foi alcançada até
129 agora com a regulação e o controle para que não haja duplo pagamento. Mas,
130 cita que é importante o vínculo com o médico da APS. Gisele (Araranguá) informa
131 que compravam vagas nas comunidades e controlavam o fluxo numa planilha no
132 drive. Nesse drive era informada a entrada do paciente e a sua evolução pela
133 comunidade. Cita que tem funcionado bem esse fluxo e essa comunicação.
134 Gisele questiona o porquê o paciente não pode ser o encaminhamento por uma
135 equipe multidisciplinar da APS e não por um médico particular. Ramon Tartari
136 refere que é o ponto que falta pacificar refere-se a essa avaliação médica prévia.
137 As comunidades reclamam dos CAPS e que encaminham o paciente para os
138 CAPS ou APS e o paciente não volta mais. Eles entendem que perderam de fazer



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

139 o tratamento do paciente. Gisele coloca sobre o encaminhamento pelo médico
140 particular. Que o prestador não poderia ser o solicitante. Acredita que o paciente
141 chegando com o encaminhamento do médico particular na APS, a APS somente
142 irá inserir esse encaminhamento, funcionando como um 'passadouro'.
143 **Encaminhamentos:** A Deliberação não será alterada para não inviabilizar o
144 funcionamento nesse momento. No futuro, pode ser discutido novamente.

145

146 **3- RETIFICAÇÃO DA DEL. N. 66/2018, FLUXO DE RETIRADA DO CATETER DUPLO J.**

147 Ramon Tartari, Superintendente de Regulação da SES, apresenta a proposta da
148 retificação da Deliberação 66/2018 para retirada do cateter duplo J. Essa
149 Deliberação faz a distinção da porta de entrada, a partir do atendimento na
150 emergência e a partir da consulta ambulatorial. O paciente tem um prazo para a
151 retirada do cateter e, portanto, é importante ser agendado pelo NIR. É uma
152 inclusão na Deliberação 66/2018. Clemilson de Souza refere que essa inclusão
153 virá para solucionar a recusa de atendimentos por alguns hospitais, hospitais que
154 se recusam a retirar o cateter duplo J. Michele Voss (São Ludgero) questiona
155 quanto aos pacientes que já estão na fila de espera, aguardando a retirada.
156 Clemilson de Souza questiona se seria possível que o NIR fosse responsável pela
157 inserção da solicitação no Sisreg, dispensando assim o retorno do paciente à
158 SMS com o laudo de AIH para Inserção. Dr. Ramon concorda que seria viável
159 seguir esse fluxo internamente. Ramon Tartari esclarece que fará o movimento
160 interno na Regulação para falar com os hospitais, com os NIRs. Ramon Tartari
161 cita que ficará com o compromisso de ver como ficarão os pacientes que já estão
162 inseridos, pois o fluxo foi feito para os novos pacientes. O prestador que colocou o
163 cateter deve fazer a retirada. Clayton Camargo, Secretário Municipal de Saúde de
164 Lages, lembra que, além da retirada do cateter duplo J, há outros procedimentos
165 que se enquadram como procedimento pós-cirúrgico como a retirada de pinos.
166 Futuramente, deverão ser elencadas as várias situações. Clemilson questiona se
167 há prazo máximo para a retirada do cateter duplo J. Ramon Tartari cita que está
168 na Deliberação o critério médico para a retirada.

169 **Encaminhamentos:** Levar para aprovar na CIB.

170

171 **4. ALTERAÇÃO DE PROTOCOLO DE USG OBSTÉTRICO, PERMITINDO QUE SOLICITAÇÕES**
172 **POSSAM SER REALIZADAS POR PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM, CONFORME RESOLUÇÃO**
173 **DO COFEN Nº 627/2020, E COM JURISPRUDÊNCIA EVIDENCIADA PELA DECISÃO Nº**
174 **1037525-81.2021.4.01.3400.**

175 Clemilson de Souza coloca que esse item foi trazido em função da recusa em
176 uma região em aceitar a solicitação do USG Obstétrico simples por enfermeiro no
177 acompanhamento do pré-natal. Cita que é uma prática realizada em várias
178 regiões no acompanhamento do pré-natal em SC. USG de baixo risco, Ramon
179 Tartari não vê problemas como médico. Mas é necessário solicitar um parecer ao
180 Conselho de Medicina. Carla (médica da SUR) obteve a negativa do Conselho
181 Regional de Medicina, mas como ficou esclarecido que o exame de USG é de
182 baixa complexidade, solicitarão ao CRM um parecer explicitando a situação em
183 que o enfermeiro solicita o exame. Clemilson de Souza chama atenção para que
184 lembre o CRM para que veja o protocolo do Pré-Natal do Ministério da Saúde.

185 **Encaminhamentos:** A Regulação solicitará um parecer ao CRM.

186



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

187 **5. BLOQUEIO DE ACESSO A GRUPOS DO SISREG PARA SOLICITAÇÕES DE**
188 **PROCEDIMENTOS, COM JUSTIFICATIVA DE FALTA DE PRESTADOR.**
189 Clemilson de Souza cita que essa pauta veio do Município de Araranguá.
190 Clemilson refere que a falta de prestador não justifica a falta de referência, a falta
191 de porta. Isso tem ocorrido corriqueiramente. Por falta de prestador a Central de
192 Regulação exclui o grupo do procedimento no SISREG sem aviso prévio aos
193 municípios. Questiona qual o critério para inserir o paciente: a gravidade ou a PPI.
194 Como há a política de regulação, é seguida a política de regulação. A lógica da
195 regulação é a gravidade como prioridade. O paciente está ficando sem acesso.
196 Acredita que deveria ter um melhor entendimento de quando fechar essa porta.
197 Gisele (Araranguá) menciona que faltou colocar sobre o procedimento de
198 tomografia óptica. Como fazer com os pacientes que estão aguardando já que
199 não há o serviço disponível. Ramon Tartari cita que os municípios pactuaram os
200 seus serviços e voltaram à SES para pactuar os serviços que não conseguiram
201 pactuação em outros municípios. Ocorre que a SES não estava com os seus
202 planos operativos elaborados, gerando grandes problemas. A SES começou, a
203 partir daí de maneira heterogênea para vários municípios. Hoje, há pessoas na
204 fila sem pactuação em função dessa situação. Não é culpa do município, segundo
205 Ramon Tartari. Finalmente, cita Ramon Tartari, que a SES estão construindo os
206 planos operativos dos hospitais da SES, com alguns já concluídos, que deveriam
207 ter sido feitos em 2017 quando os serviços foram devolvidos aos municípios. Isso
208 logo trará as soluções para esses problemas por falta de prestador. A idéia que os
209 planos operativos sejam concluídos, e juntamente com o Cosems a Regulação
210 fará uma repactuação dos serviços ofertados pela SES. Os municípios estão
211 solicitando o que não está pactuando nesse momento. Marli Adami (SUR) cita
212 que as especialidades retiradas são as especialidades que os municípios não
213 possuem pactuação. A central estava sem alguns prestadores em algumas
214 especialidades e diante disso, foi retirado o acesso da central e encaminhado
215 para as Superintendências competentes, solicitando a busca de prestador. Alguns
216 exames que foram retirados acesso: eletroneuromiografia em 2020, do termo da
217 alta da neuro; reabilitação intelectual do autista no CCR, mas já foi regularizado; o
218 OCT; RX contrastado no HU; agendas de baixa visão; prótese ocular; CPRE não
219 consta do contrato ambulatorial do HU, somente para internados; geriatria geral
220 que não consta no contrato geral do HU, mas o Hospital Universitário está
221 concluindo a fila que seriam poucos pacientes restantes. A geriatria deveria estar
222 na APS. Ramon Tartari esclarece que deixar o paciente na fila sem prestador não
223 resolve e atrapalha, pois o paciente ficará esperando um atendimento que poderá
224 não existir. Ramon Tartari lembra que a SES trabalha com regulação de acesso.
225 A SES vem estudando as agendas para ver quais estão mais equilibradas ou
226 mais atrasadas para serem ajustadas. Cledenir (Palhoça) questiona que o
227 bloqueio da tomografia óptica foi devido à despactuação e não a falta de
228 prestador pois ela estava sendo liberada com idade livre. Marli esclarece que o
229 bloqueio foi devido a falta de prestador. Quanto à idade, está aguardando o
230 SIGTAP para normalizar para quais faixas serão abertas. Grace Ella Berenhauer
231 refere que o Plano Operativo do Hospital Waldomiro Colautti já está pronto e já
232 pode ser pactuado. A idéia, depois de construir todos os planos operativos, eles
233 serão encaminhados para o Cosems para ver as pactuações que estão sendo
234 solicitadas pelos municípios. Na página estão os termos de garantia de acesso



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

235 dos municípios e os termos de garantia de acesso dos hospitais contratualizados.
236 À medida que forem concluídos os planos operativos dos hospitais próprios,
237 também serão disponibilizados na página da SES. Grace coloca a idéia é concluir
238 os planos operativos até o fim de 2021. Clemilson de Souza cita que existem
239 várias alternativas para dar conta das demandas. Parabeniza a Grace pelos
240 planos operativos. Lembra que em 2017 quando foram devolvidos os serviços em
241 sua interpretação, foi uma 'furada' do Cosems e SES, pois já sabiam que não iam
242 funcionar. Minimamente, o pensamento que se tem é dar acesso enquanto
243 chegamos a pactuação. Orientar os municípios que, momentaneamente estamos
244 sem o serviço, para que o município procure uma solução. Ariadna (DAPS) é
245 necessário ver a agenda da eletroneuromiografia. Ela não deveria estar no termo
246 de alta complexidade, pois é um exame de média complexidade. Ela é solicitada
247 por ortopedista, por dermatologista. É necessário fazer essa revisão desse exame
248 para oferta ambulatorial. O que é complicado é que existe o prestador e o
249 paciente não possui o acesso. Ramon Tartari informa que foram encaminhados
250 ofícios para hospitais para solicitarem as ofertas para a regulação. Ramon Tartari
251 solicita que Ariadna oficialize sobre as vagas existentes no HU. Marli Adami cita
252 que encaminhou para a GECOA e para GECOS para que outros profissionais
253 solicitassem a eletroneuromiografia na PPI. Marli cita ainda, que desconhece a
254 eletroneuromiografia no contrato do HU. Ramon Tartari diz que sondará o
255 hospital. Ramon Tartari se compromete, a partir de agora, a não bloquear a
256 agenda, acesso por falta de prestador até que se concluam os planos operativos
257 dos hospitais da SES, sendo que a previsão de conclusão são 3 meses. Gisele
258 pergunta por fim onde está disponível a tomografia óptica, em qual hospital.
259 Ramon Tartari solicitará a SUH sobre o retorno do serviço e em qual hospital e
260 dará o retorno aos Membros da Câmara Técnica. Grace cita que o Município de
261 Penha estaria disponível para realizar a tomografia de coerência ótica e foi feito
262 um parecer para o planejamento. Grace esclarece que nos termos da alta
263 complexidade, também existem exames de média complexidade para o
264 atendimento ambulatorial, esclarecendo a fala da Ariadna (SUR). Refere que
265 colocará a eletroneuromiografia dentro da PPI, recurso novo. Ramon Tartari
266 coloca que Florianópolis não tem pactuação com a SES. Clemilson de Souza,
267 com relação à tomografia de coerência óptica, estaria incluso na linha de cuidado,
268 pois se assim fosse, não necessitaria de pactuação. Clemilson também agradece
269 ao não bloqueio das agendas pela Regulação até que os serviços sejam
270 pactuados pelos municípios. A tomografia óptica foi incluída na tabela há pouco
271 tempo no teto MAC. Por conta do MS que ainda não atualizou a portaria da
272 oftalmologia, para que se possa realizar o Plano da Oftalmologia do Estado na
273 sua integralidade. Hoje, se trabalham em serviços pontuais, como a Glaucoma,
274 Vitrectomia e outros.

275

276

INFORMES

277

1. Grade de Referências das Comunidades Terapêuticas

278

Ramon Tartari informa que a Grade de Referências das Comunidades Terapêuticas está em fase de conclusão e será apresentado na próxima reunião da Câmara Técnica. Marli Adami (SUR/CERA) cita que a planilha será ajustada em função da nova configuração das Regiões de Saúde.

279

280

281

282



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

283 **2. Retirada dos Fixadores**

284 Ramon Tartari cita que a retirada de fixadores irá na mesma lógica da retirada do
285 duplo J e será entregue uma devolutiva aos Membros da Câmara Técnica.

286

287 **3. Retorno sobre solicitação de alteração de utilização do Sistema Controle**
288 **AC.**

289 Clemilson de Souza lembra que esse item foi discutido em reunião anterior. O que
290 foi posto hoje é que o controle AC não é mais utilizado para o controle do acesso.
291 Existe o SISREG. Foi solicitado que encaminhassem um ofício para a SUR o que
292 foi feito e estão no aguardo. Ramon Tartari refere que avaliará a geração de
293 APAC pelo próprio serviço, mas que isso necessitará de discussão para a
294 devolutiva. Marli Adami questiona sobre as APACs que o hospital quer preencher.
295 Cita que verificará o documento encaminhado pelo Cosems. Hoje cada município
296 faz o seu controle AC das cirurgias de cataratas.

297

298 **4. E-mail do Serviço de Oftalmologia do HGCR**

299 Marli Adami informa que o HGCR estará realizando um evento no dia 06 de
300 novembro com avaliações por vários médicos, de pacientes de oftalmologia.
301 Serão encaminhados os pacientes que estão aguardando avaliação de
302 Fundoscopia. Marli informa que há mais de 100 pacientes aguardando.
303 Agendarão os pacientes residentes próximos a Florianópolis. Marli encaminhará
304 por e-mail aos municípios, sem autorização via SISREG. O evento será no SESC
305 da Prainha. Se o paciente não comparecer, o município será informado para
306 reinserir o paciente no SISREG. O paciente leva o encaminhamento médico com
307 a folha do SISREG. Grace coloca que foi atualizado o formulário de
308 preenchimento da PPI Ambulatorial. Ramon Tartari solicita ao Cosems que
309 divulgue sobre a atualização do formulário da PPI.

310

311

312

LOURDES DE COSTA REMOR
Secretária da Comissão Intergestores Bipartite