



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 ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**LOCAL:** Presencial, Sede do Cosems. Avenida Vereador Najib Jabor, 475 - 1º andar, auditório prata.

**DATA:** 26 de novembro de 2025

**HORÁRIO:** 9h30min

**PRESENTES À REUNIÃO**

**SES:** Lourdes de Costa Remor (CIB), Talita Rosinski (SUR), Willian Wesphal (SAS), Luana Weber (GEMAS), Helma Finta Uba (DPRO), Marcus Guckert (DAES/SAS), Emanuella Soratto (SUE); Jaqueline Reginatto (GEHAR/SES); Karla Gomes Floriani (SES/SUS); Fábio Gaudenzi (SUV); Otília Cristina Rodrigues (GERAM/SES); Patrícia Alves de Souza (DAPS/SAS), Michele (DAPS); Grace Ella (GETRA), Rafael Freygang Mendes (SUR).

**COSEMS:** André Fagundes (COSEMS), Fábio Souza (COSEMS), Meri Machado (COSEMS SC), Clemilson de Souza (COSEMS); Jaqueline Mocelin (SMS de Indaial); Daniela C. Bogo (Massaranduba); Cleudeni Moraes dos Santos (Palhoça); Divan da Silva (Porto Belo); Patricia Rambo (Videira); Carolini de Castro (Imaruí); Milena Ariana (Taió); Ivania Travaglia (Rio do Sul); Vera Lucia Leal (Araranguá); Alessandra Maass (Navegantes); Cristine H. Wille (Guaramirim); Gabriela Porto (Indaial); Jocelita Cardozo Colagrande (Joinville), Ana Luiza (CIR Xanxerê), Eduarda (Blumenau).

**COORDENAÇÃO DA REUNIÃO:** André Fagundes; Leandra Oliveira (Chapecó).

**PAUTA**

1. Deliberação 66/CIB/2018;
2. Proposta de fluxo de regulação unificada para Pctes potencialmente graves;
3. Pagamento extraordinário endovascular e neurovascular;
4. Revisão PAR RCPD e retificação da Deliberação 017/CIB/2025.

**1. DELIBERAÇÃO 66/2018: RETIFICAÇÃO: INSERÇÃO DA AIH PELA UNIDADE HOSPITALAR E GRAU DE PRIORIDADE NO MOMENTO DA CONSULTA.**

Talita Rosinski (Superintendente de Regulação/SES) faz uma apresentação, destacando alguns pontos propostos para mudanças. Destaca as atribuições dos municípios, com relação às internações hospitalares lembrando que o município insere a AIH no SISREG. Esclarece que foi incluído o critério de prioridade na inserção da AIH na lista de espera, além da classificação de risco. O cirurgião terá o conhecimento melhor do paciente, sobre a gravidade do paciente, se necessita de prioridade do ato cirúrgico. Jaqueline Mocelin (Indaial) lembra que o paciente entra no SISREG e do SISREG vai para agenda cirúrgica. Questiona se é nesse momento que é registrado o grau de prioridade. Karla Gomes (SUR) esclarece que o médico já coloca a prioridade na primeira consulta. A proposta trazida hoje ,



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

46 segundo Talita Rosinski é a responsabilidade da inserção da AIH pela unidade  
47 hospitalar. O paciente não precisará mais andar com papel 'para cima e para  
48 baixo'. A inserção simultânea da AIH e do pedido de prioridade pela unidade  
49 hospitalar. Talita mostra o novo desenho do fluxo da inserção da AIH no SISREG.  
50 Talita mostra como o município derá gerar relatórios, aplicando filtros, enfatizando  
51 a mudança nos processos de trabalho. Coloca sobre o início dessa mudança de  
52 fluxo. Jocelita Cardozo Colagrande (Joinville) questiona se o monitoramento será  
53 realizado pelo relatório gerado no município. Talita Rosinski esclarece que a fila  
54 será por unidade hospitalar e que toda unidade de saúde possui a prerrogativa de  
55 atualizar o CADWEB. Talita explica sobre as tratativas de contato com o paciente.  
56 A unidade deve registrar as 03 tentativas de contato, a unidade pode fazer busca  
57 ativa do paciente. Se não conseguir contato com paciente, há Deliberação CIB  
58 para esses casos, de como proceder. Se a unidade hospitalar inserir uma AIH  
59 sem a consulta regulada, o regulador da central regulará por meio de conferência,  
60 negando e informando a unidade hospitalar que o paciente não possui porta de  
61 entrada. Talita ressalta que a macrorregião já verifica se a consulta foi regulada.  
62 O regulador pode conferir se há pertinência na solicitação, mas, via de regra, a  
63 inserção é conferida pelo regulador. Ana Luiza (CIR de Xanxerê) apresenta uma  
64 dúvida, de como o documento não voltará mais para o município, qual a  
65 informação irá para o município? Como o município saberá se foi emitida uma AIH  
66 para aquele paciente. Sugere que sejam inseridas informações sobre o paciente  
67 no momento da emissão da AIH pelo NIR do Hospital. Talita Rosinski coloca que  
68 pode ser elaborado um protocolo para entregar ao município. Embora, isso nunca  
69 se obteve 100%. Leandra Oliveira (Regulação de Chapecó) pergunta nos casos  
70 em que o paciente for encaminhado a um ambulatório que aquela unidade não  
71 realiza o procedimento. Como se dará esse processo de retorno. Talita Rosinski  
72 esclarece que o paciente deve ser reencaminhado ao município para o  
73 reencaminhamento correto do paciente. Os fluxos de contrarreferências  
74 continuam. Talita Rosinski menciona que poderão acrescentar as  
75 contrarreferências nas atribuições da unidade executante. Cristine H. Wille  
76 (Guaramirim) contextualiza o fluxo atual da inserção da AIH no SISREG e como  
77 ficará agora o fluxo que a AIH será inserida pelo prestador, sem passar pelo  
78 município. Sugere fortalecer o controle e avaliação e se o município poderá negar  
79 alguma AIH inserida no SISREG pelo prestador. Talita cita que a segurança não é  
80 100%, mas a unidade será responsabilizada se for inserida ou deixar de ser  
81 inserida alguma AIH. O prestador se compromete com essas atribuições. Caroline  
82 (Região de Laguna) questiona como proceder se o paciente procurar o município  
83 neste período de transição. Jaqueline Mocelin (Indaial) menciona a preocupação  
84 em deixar a inserção da AIH com o prestador, pois o município é que dá  
85 satisfações para o Ministério Público em casos de inconsistências. Sugere que o  
86 paciente saia da consulta já com o protocolo, com o registro do atendimento,  
87 para que não fique em situação desvantajosa na fila, não fique para trás. Que seja  
88 feita a inserção a AIH de imediato, honrando a ordem cronológica do acesso. Isso  
89 regularia a cronologia de entrada do paciente no sistema. Outro ponto, Jaqueline  
90 refere que o município perderá o controle do paciente com a inserção da AIH pelo  
91 prestador. Com isso, não terá como o município acompanhar o paciente,  
92 sugerindo uma lista nominal. Cita também, a preocupação com o início desse  
93 novo fluxo a partir de janeiro de 2026, pois os hospitais precisarão de preparação,



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

necessitarão de mais trabalhadores. Sugere iniciar em fevereiro de 2026. Outra pergunta, de quando a AIH não for emitida pela unidade hospitalar. Talita Rosinski esclarece que AIHs não serão emitidas por consórcios e a fila é única. Os municípios não precisarão mais comprar as consultas nos consórcios. Talita coloca por fim, que essas modificações trazidas pela SES são também, demandas do Ministério Público. Os secretários e técnicos dos municípios solicitaram ajustes no texto apresentado por Talita Rosinski, como a inclusão de contrarreferência nas unidades hospitalares; preocupação com solicitações que não tiveram o fluxo regulatório correto; período de transição da reorganização do fluxo; protocolo na emissão da AIH para ser entregue ao município. O documento da proposta será encaminhado ao Cosems com as inclusões sugeridas.

**Encaminhamentos:** Levar a proposta das mudanças para a CIB.

**2. PROPOSTA DE FLUXO DE REGULAÇÃO UNIFICADA PARA PCTES POTENCIALMENTE GRAVES, EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA.**

Willian Wesphal (Superintendente da SAS/SES) dá prosseguimento na reunião, substituindo Talita Rosinski. Rafael Freygang Mendes (Médico da SUR) apresenta a proposta de fluxo para pacientes em situação de urgência, potencialmente graves, com proposta de padronização da regulação do acesso do paciente em situação de urgência. Gabriel conceitua pacientes em situação de urgência: 1. Paciente com evento agudo ou crônico agudizado com condição clínica que caracteriza risco iminente de morte ou lesão permanente e que requer ação imediata ou em minutos – condições tempo sensíveis. Exemplos: Acidente Vascular Cerebral (AVC) com tempo hábil para intervenção e tentativa de reversão dos sintomas, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com Supra de ST, colisão de trânsito com vítima, trabalho de parto prematuro, tentativa de suicídio, entre outras condições previstas no Protocolo Catarinense de Acolhimento e Classificação de Risco, Protocolo de Manchester e Protocolos de Regulação das Urgências do Ministério da Saúde. 2. Paciente com evento agudo ou crônico agudizado com condição clínica que requer atendimento, avaliação e ou definição diagnóstica especializada e/ou tratamento, o qual não caracteriza risco iminente de morte, porém com necessidade de assistência em tempo oportuno e que não preenche critério para fluxo eletivo de regulação (ambulatorial ou hospitalar). Inclui os pacientes em unidades de saúde que esgotaram os recursos diagnósticos e terapêuticos da instituição. Exemplos: fratura fechada de paciente estável em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), gestante em trabalho de parto na unidade básica de saúde, abdome agudo em paciente estável em local sem cirurgião ou método diagnóstico, ideação suicida, etc. Gabriel cita que a proposta define que a regulação do acesso do paciente em situação de urgência de média e alta complexidade, **independente do local de origem (via pública, domicílio, unidade de saúde, UPA, hospital), será realizada pelas Centrais de Regulação de Urgência (CRU) – SAMU 192.** Se forem transferências de pacientes em situação de urgência deverão ser encaminhadas à Central de Regulação das Urgências – SAMU 192, que atuará como instância única de regulação inicial do acesso, responsável pela avaliação técnica inicial e definição da conduta mais adequada ao caso. A proposta distribuída aos Membros da CT traz todo o detalhamento do fluxo da regulação de pacientes graves, acrescentada pelos esclarecimentos de Gabriel.



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

**Encaminhamentos:** Levar para a CIB.

**3. PAGAMENTO EXTRAORDINÁRIO ENDOVASCULAR E NEUROVASCULAR.**

Rafael Freygang Mendes (Médico da SUR) apresenta a proposta. Coloca sobre as filas de espera e, esclarece que os valores da proposta foram calculados com base no SIGTAP e nos preços praticados no mercado. A proposta considera a diferença entre esses valores. O incentivo será incluído na tabela catarinense ao que já constam na tabela catarinense de procedimentos cirúrgicos eletivos vigentes. A vigência dos incentivos será de 12 meses, quando serão avaliados. Fábio de Souza (Cosems) coloca que todos os procedimentos estão contemplados nos encontros de contas e no programa de redução de filas. Que existe complemento da neurologia, mas não há complemento da cardiologia. Pergunta se esses dois incentivos serão incluídos no programa de redução de filas. Rafael Freygang Mendes esclarece que na sequência a tabela catarinense será atualizada. Helma Finta Uba (Gerente da Gepro/SES) ressalta que essa proposta objetiva a redução da fila. Questiona como ficam os pacientes que já estão na fila. Gabriel cita que a operacionalização ainda não foi concluída. Gabriel cita que o incentivo será para todos os códigos da endovascular.

**Encaminhamentos:** Levar para a CIB.

**4. REVISÃO PAR RCPD E RETIFICAÇÃO DA DELIBERAÇÃO 017/CIB/2025.**

Jaqueline Reginatto (Gerente da GEHAR/SES) lembra a aprovação em fevereiro do PAR Estadual da Rede de Deficiência, aprovado para encaminhamento ao MS, para garantir o orçamento. Em abril foi aprovado o regimento. Nesta reunião, apresenta a atualização do PAR Estadual e informa que os Planos de Ação as macrorregiões irão como anexos. Foram encaminhados os Anexo 2 (escalonamento dos pleitos) e anexo 1 (PAR Estadual com os anexos de cada PAR). Informa que mantiveram no Plano Estadual, os pleitos de 2020 que ainda não haviam entrado (estruturas e equipamentos). Esclarece que a atualização é por componente. Os critérios utilizados para o escalonamento foi por componente (habilitação, construção, oficina, equipamentos). Critérios: foram priorizados os pleitos de 2020 que não haviam entrado ainda; as oficinas ortopédicas e os vazios assistenciais e por ordem de chegada dos PARs. Para garantir o recurso federal, foram colocados na planilha em vermelho, os valores, que serão analisados pelo MS. Jacqueline Reginatto cita os valores que constam na planilha de atualização. O M<sup>2</sup> é de R\$ 2.981,00 para a Região Sul do país (reforma e construção). Jacqueline Reginatto informa que ainda faltam alguns PARs, que nem todas as macrorregiões encaminharam à SES. O prazo máximo é até a véspera da CIB, dia 10 de dezembro de 2025.

**Encaminhamentos:** Levar para a CIB.

Jaqueline Mocelin (SMS de Indaial) coloca sobre a solicitação do Ministério da Saúde na Oficina da APS, onde foi discutido o cofinanciamento da APS, com relação aos indicadores de qualidade da saúde bucal no estado. Que o estado realizasse uma avaliação dos indicadores de saúde bucal, pois há proposta de adequação de indicadores e de metodologia. Meri Machado (Cosems) informa que já estão coletando os indicadores de saúde bucal do estado, pois a cobertura está baixa. Meri Machado cita os registros da APS. Solicitam a melhora dos



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

indicadores e a cobertura. Meri coloca que esperam melhorar para 2026. Informa também, que os municípios que necessitarem de equipes, que solicitem o credenciamento até 30 de novembro.. A prioridade do MS é pelas equipes que já estão montadas. ACSs, se necessitarem, solicitem pequenas quantidades.

**LOURDES DE COSTA REMOR**  
**Secretária da Comissão Intergestores Bipartite**