



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.

1 **ATA DA REUNIÃO DA CÂMARA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

2
3 **LOCAL:** Presencial, Sede do Cosems. Avenida Vereador Najib Jabor, 475 - 1º andar,
4 auditório prata.

5 **DATA:** 26 de novembro de 2025

6 **HORÁRIO:** 9h30min

7
8 **PRESENTES À REUNIÃO**

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

15
16 **COSEMS:** André Fagundes (COSEMS), Fábio Souza (COSEMS), Meri Machado
17 (COSEMS SC), Clemilson de Souza (COSEMS); Jaqueline Mocelin (SMS de
18 Indaial); Daniela C. Bogo (Massaranduba); Cleudeni Morais dos Santos (Palhoça);
19 Divan da Silva (Porto Belo); Patricia Rambo (Videira); Carolini de Castro (Imaruí);
20 Milena Ariana (Taió); Ivania Travaglia (Rio do Sul); Vera Lucia Leal (Araranguá);
21 Alessandra Maass (Navegantes); Cristine H. Wille (Guaramirim); Gabriela Porto
22 (Indaial); Jocelita Cardozo Colagrande (Joinville), Ana Luiza (CIR Xanxerê),
23 Eduarda (Blumenau).

24
25 **COORDENAÇÃO DA REUNIÃO:** André Fagundes; Leandra Oliveira (Chapecó).

26
27 **PAUTA**

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

33
34 **1. DELIBERAÇÃO 66/2018: RETIFICAÇÃO: INSERÇÃO DA AIH PELA UNIDADE
35 HOSPITALAR E GRAU DE PRIORIDADE NO MOMENTO DA CONSULTA.**

36 Talita Rosinski (Superintendente de Regulação/SES) faz uma apresentação,
37 destacando alguns pontos propostos para mudanças. Destaca as atribuições dos
38 municípios, com relação às internações hospitalares lembrando que o município
39 insere a AIH no SISREG. Esclarece que foi incluído o critério de prioridade na
40 inserção da AIH na lista de espera, além da classificação de risco. O cirurgião terá
41 o conhecimento melhor do paciente, sobre a gravidade do paciente, se necessita
42 de prioridade do ato cirúrgico. Jaqueline Mocelin (Indaial) lembra que o paciente
43 entra no SISREG e do SISREG vai para agenda cirúrgica. Questiona se é nesse
44 momento que é registrado o grau de prioridade. Karla Gomes (SUR) esclarece
45 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

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

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

106

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

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



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

142 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB.

143

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

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

160 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB.

161

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

163 Jaqueline Reginatto (Gerente da GEHAR/SES) lembra a aprovação em fevereiro
164 do PAR Estadual da Rede de Deficiência, aprovado para encaminhamento ao
165 MS, para garantir o orçamento. Em abril foi aprovado o regimento. Nesta reunião,
166 apresenta a atualização do PAR Estadual e informa que os Planos de Ação as
167 macrorregiões irão como anexos. Foram encaminhados os Anexo 2
168 (escalonamento dos pleitos) e anexo 1 (PAR Estadual com os anexos de cada
169 PAR). Informa que mantiveram no Plano Estadual, os pleitos de 2020 que ainda
170 não haviam entrado (estruturas e equipamentos). Esclarece que a atualização é
171 por componente. Os critérios utilizados para o escalonamento foi por componente
172 (habilitação, construção, oficina, equipamentos). Critérios: foram priorizados os
173 pleitos de 2020 que não haviam entrado ainda; as oficinas ortopédicas e os vazios
174 assistenciais e por ordem de chegada dos PARs. Para garantir o recurso federal,
175 foram colocados na planilha em vermelho, os valores, que serão analisados pelo
176 MS. Jaqueline Reginatto cita os valores que constam na planilha de atualização.
177 O M² é de R\$ 2.981,00 para a Região Sul do país (reforma e construção).
178 Jaqueline Reginatto informa que ainda faltam alguns PARs, que nem todas as
179 macrorregiões encaminharam à SES. O prazo máximo é até a véspera da CIB,
180 dia 10 de dezembro de 2025.

181 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB.

182

183 Jaqueline Mocelin (SMS de Indaial) coloca sobre a solicitação do Ministério da
184 Saúde na Oficina da APS, onde foi discutido o cofinanciamento da APS, com
185 relação aos indicadores de qualidade da saúde bucal no estado. Que o estado
186 realizasse uma avaliação dos indicadores de saúde bucal, pois há proposta de
187 adequação de indicadores e de metodologia. Meri Machado (Cosems) informa
188 que já estão coletando os indicadores de saúde bucal do estado, pois a cobertura
189 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**

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

194

195

196

LOURDES DE COSTA REMOR
Secretaria da Comissão Intergestores Bipartite