ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE

OFÍCIO Nº 2545/2025/SES/GABS Florianópolis, (data da assinatura digital).

Excelentíssimo Senhor Deputado,

Cumprimentando-o cordialmente, acuso o recebimento do Ofício Externo nº 144/2025, por meio do qual Vossa Excelência solicita informações referentes ao conteúdo veiculado na imprensa, acerca de supostas falhas na regulação das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) do Estado, bem como das medidas adotadas por esta Pasta frente às constatações apontadas pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC).

Respeitosamente, reconhecemos a importância e o papel legítimo do TCE/SC como Tribunal da Governança Pública catarinense, ou seja, um órgão que visa a melhoria dos serviços prestados à população. Órgão fundamental do Estado Democrático de Direito que contribui para o aprimoramento da gestão pública de forma independente e autônoma. Ademais, encaminharemos ao TCE/SC manifestação com detalhamento robusto e atualizado de informações para apreciação da Corte de Contas quanto às determinações estabelecidas em decisão.

Quanto à temporalidade dos eventos, informamos que as matérias sobre o assunto são fundamentadas em decisão do TCE/SC de 07 de novembro de 2025, subsidiada pelo relatório de auditoria operacional DAE - 38/2025 de 16 de julho de 2025. O relatório DAE - 38/2025 utiliza dados de monitoramento de 2024. Destacamos que todas as ações implementadas e planejadas posteriormente ao monitoramento realizado não estão contempladas em relatório.

Em divergência ao veiculado na mídia e conforme estabelecido pelo próprio relatório de auditoria operacional DAE 38 - 2025, afirmamos ser ***inapropriada e indevida a associação realizada entre a ocorrência de óbitos no Estado de Santa Catarina e a tempestividade da conclusão do ato regulatório de autorização do SISREG***, conforme transcrição literal abaixo:

Ao Senhor
NEODI SARETTA
Deputado
Presidente da Comissão de Saúde
Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina - Alesc

Red. GABS/YGS

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3664-8847/3664-8848
E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br

Pág. 01 de 11 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00284737/2025 e o código 9Q12ATP2.

> "*Cumpre esclarecer que, embora os dados apontem para a existência de óbitos em contextos de regulação intempestiva,* ***o presente monitoramento não teve como escopo a identificação e análise do nexo de causalidade entre tais eventos***…" - grifo nosso. Relatório de Auditoria Operacional DAE 38 - 2025- página 22.

As inferências realizadas em matéria jornalística não possuem respaldo técnico, pois não estão dentro do escopo do TCE/SC e da metodologia do relatório em questão. Sendo necessária a realização de um estudo epidemiológico com análise estatística apropriada da relação de causa e efeito dos óbitos citados, o que não é o caso.

Conforme revisão técnica compartilhada abaixo, a associação em estudos epidemiológicos refere-se à relação estatística entre duas variáveis, indicando que elas variam juntas mais frequentemente do que seria esperado pelo acaso. No entanto, associação não implica necessariamente que uma variável cause a outra; pode ser resultado de confusão, viés ou acaso. Estudos de associação, como estudos transversais, caso-controle e de coorte, identificam padrões e relações, mas não estabelecem causalidade por si só. [1-4]

1. Arriving at Correct Conclusions: the Importance of Association, Causality, and Clinical Significance. Rosenberg EI, Bass PF, Davidson RA. Southern Medical Journal. 2012;105(3):161-6. doi:10.1097/SMJ.0b013e31824b9a19.

2. Associations in Medical Research Can Be Misleading: A Clinician's Guide to Causal Inference. Karamitros G, Grant MP, Lamaris GA. The Journal of Surgical Research. 2025;310:145-154. doi:10.1016/j.jss.2025.03.043.

3. Bias. Delgado-Rodríguez M, Llorca J. Journal of Epidemiology and Community Health. 2004;58(8):635-41. doi:10.1136/jech.2003.008466.

4. Understanding and Minimizing Epidemiologic Bias in Public Health Research. Choi BC, Pak AW. Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique. 2005 Jul-Aug;96(4):284-6.

O conhecimento científico na área da saúde está em constante construção. Cada artigo científico representa um tijolo desta construção. E as evidências são compostas pela

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3664-8847/3664-8848
E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br

Pág. 02 de 11 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00284737/2025 e o código 9Q12ATP2.

visualização do prédio como um todo e não de partes isoladas. Consta citação no relatório de auditoria de três artigos científicos que identificaram associação de potencial aumento de risco entre tempo superior a 6 horas de ocupação do leito de UTI e mortalidade.

Os artigos não mensuraram atos regulatórios. Os locais onde os estudos foram realizados não tem correspondência com a realidade local. As populações dos estudos são distintas da população do relatório do TCE/SC. A metodologia dos estudos é completamente diferente da realizada.

Um estudo de coorte realizado em Chicago (outro sistema de saúde, outra população, outra metodologia), de pacientes exclusivamente em pós operatório cirúrgico e com alto risco cardiológico, não pode ser automaticamente associado com um relatório de auditoria operacional com foco em processo de trabalho, sem base epidemiológica e bioestatística apropriada. Importante ressaltar que no próprio estudo citado, realizado em hospitais de Chicago e da Universidade de Chicago, 46% dos pacientes foram transferidos para a UTI com tempo superior a 6 horas.[5]

5. Association Between Intensive Care Unit Transfer Delay and Hospital Mortality: A Multicenter Investigation. Churpek MM, Wendlandt B, Zadravecz FJ, et al. Journal of Hospital Medicine. 2016;11(11):757-762. doi:10.1002/jhm.2630.

Na província de Ontário, Canadá, no período de abril de 2007 a março de 2012, foi realizado um estudo de tempo de atendimento no setor de emergência até a ocupação de um leito de UTI. O estudo utilizou uma amostra de atendimentos de 118 departamentos de emergência que resultaram em 314.836 admissões em UTI. De 314.836 admissões em UTI no período, 58,6% (184.494) ocorreram após 6 horas. Ainda mais surpreendente, 10,5% das admissões em UTI (33.058) ocorreram em período superior a 24 horas. E o dado mais impactante deste estudo: o tempo de permanência no departamento de emergência por período superior a 6 horas não se associou ao aumento de mortalidade em 90 dias (OR, 0.99; 95% CI, 0.97–1.02).[6]

6. Emergency Department Length of Stay for Critical Care Admissions. A Population-Based Study. Rose L, Scales DC, Atzema C, et al. Annals of the American Thoracic Society. 2016;13(8):1324-32. doi:10.1513/AnnalsATS.201511-773OC.

Oferta de leitos como principal fator de garantia de acesso - a ampliação da rede assistencial em Santa Catarina:

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3664-8847/3664-8848
E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br

Pág. 03 de 11 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00284737/2025 e o código 9Q12ATP2.

Na opinião dos técnicos estaduais, a principal causa para o desfecho óbito quando da regulação de leitos para pacientes graves é a escassez de leitos. A relação do número de leitos implica diretamente na capacidade de dar acesso ao tratamento necessário em tempo oportuno.

Nesse sentido, é notória a expansão que a rede estadual recebeu, especialmente nos últimos dois anos, a qual já perpassa um incremento de 291 leitos em todas as regiões do estado. Desde 2023, Santa Catarina ampliou 291 novos leitos de UTI, sendo 65 neonatais, 73 pediátricos e 153 adultos, abrangendo todas as macrorregiões.

Os leitos já abertos foram destinados a hospitais de diversos municípios catarinenses: Araranguá e Sombrio, na macrorregião Sul; Blumenau, Brusque, Indaial e Timbó, no Vale do Itajaí; Itajaí, na Foz do Rio Itajaí; Lages, na Serra; Mafra, no Norte e Nordeste; São José e Santo Amaro da Imperatriz, na Grande Florianópolis; Caçador e Joaçaba, no Meio-Oeste; Chapecó e Concórdia, no Grande Oeste.

Para o funcionamento dos leitos, a Secretaria de Estado da Saúde está custeando integralmente, até a habilitação pelo Ministério da Saúde, com repasses de R$ 1,2 mil por leito vago e R$ 1,8 mil por leito ocupado, sendo um dos únicos estados do país a complementar valores de UTI, o que propiciou a maior expansão da história em dois anos.

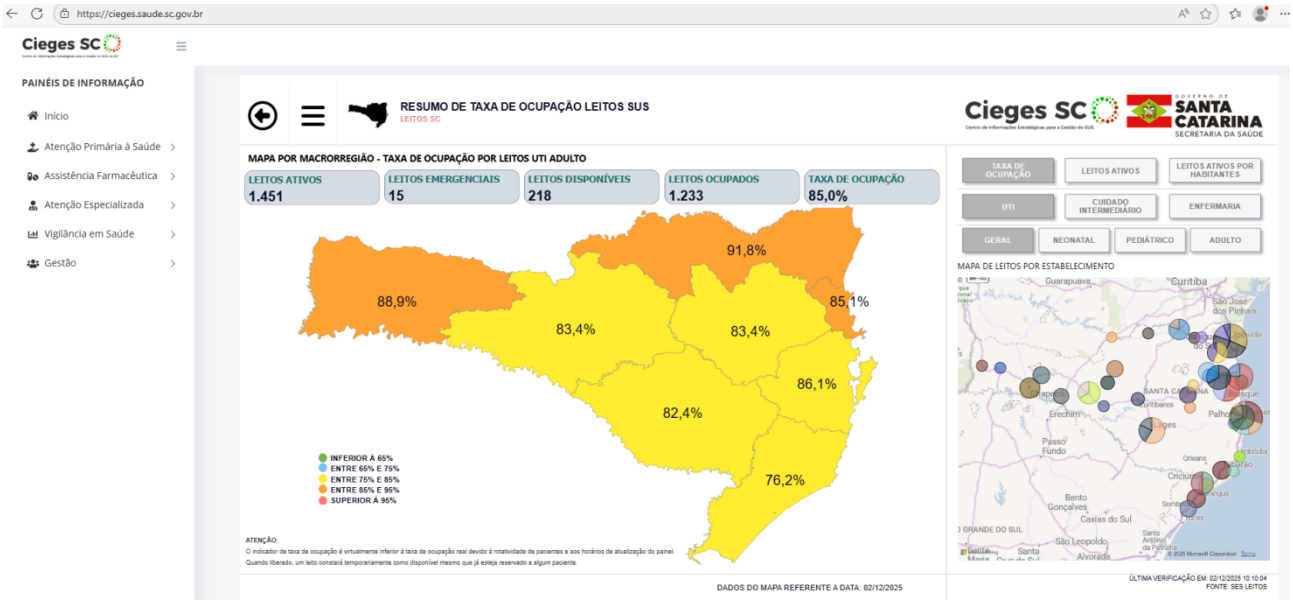
Da organização estrutural na regulação de leitos em Santa catarina:

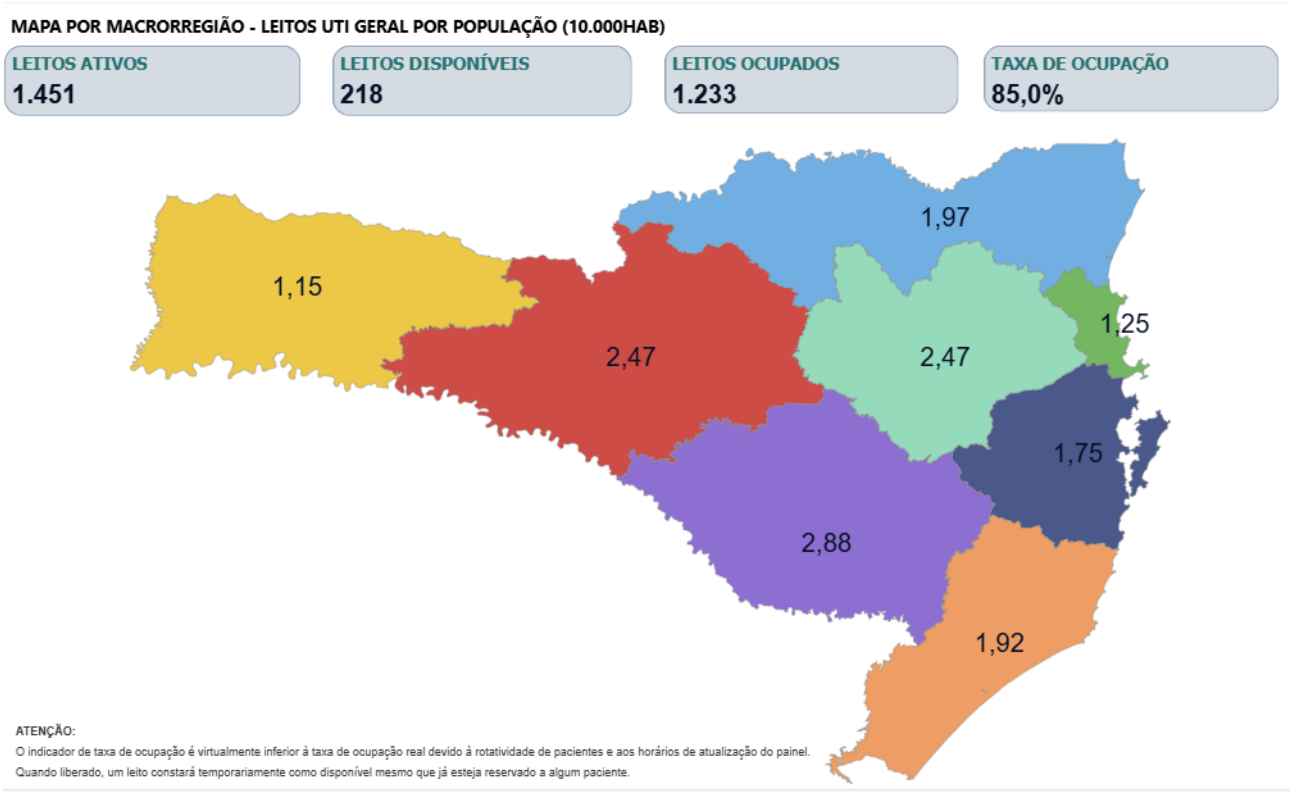
Cabe destacar que a SES, no que se refere ao processo de regulação de leitos tem uma estrutura de recursos humanos robusta e conta hoje com 258 profissionais médicos e videofonistas atuando na regulação de leitos, configurando portanto uma das Centrais mais bem providas do cenário nacional. Além desses, nas unidades próprias, a SES mantém 11 NIRs os quais possuem 186 profissionais atuando para apoiar a gestão da oferta de serviço nas unidades hospitalares próprias.

Além da ampliação dos recursos humanos, a SES desenvolveu e vem aprimorando o sistema SES leitos. Esta ferramenta é um sistema de informação e gestão de casos utilizado pelas unidades hospitalares e Centrais de regulação de leitos para gestão e regulação de leitos e tem contribuído inclusive no processo de transparência das informações sob a gestão de leitos. Os dados do SES leitos são atualmente espelhados em painel público disponível no CIEGES demonstrando as taxas de ocupação, assim como o número de leitos ativos por 10.000/ habitantes, conforme print abaixo:

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3664-8847/3664-8848
E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br

Pág. 04 de 11 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00284737/2025 e o código 9Q12ATP2.





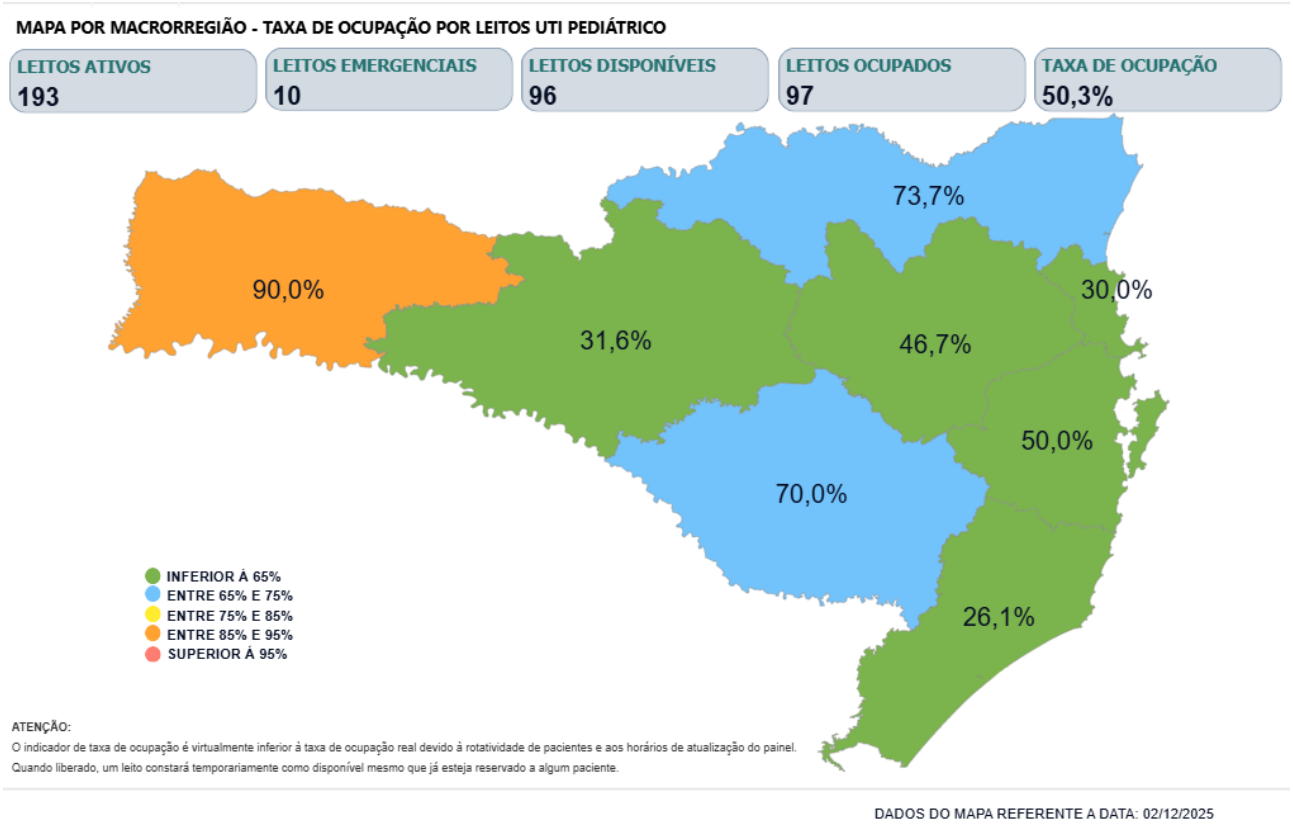
O número ideal de leitos de UTI, segundo parâmetros de literatura é de de 1 a 3 leitos para cada 10 mil habitantes, proporção essa alcançada em todas as macroregiões do estado quando avaliadas individualmente como pode ser visualizado na imagem acima. Cabe ressaltar, novamente, que os leitos são para atender os pacientes SUS de todo o estado, pois o sistema hospitalar catarinense funciona em forma de rede.

Red. GABS/YGS

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3664-8847/3664-8848
E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br

Pág. 05 de 11 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00284737/2025 e o código 9Q12ATP2.

Como exemplo dessa expansão e da disponibilidade de leitos, citamos as UTIs pediátricas que no ano de 2023 eram um dos maiores gargalos da saúde de Santa Catarina, e que hoje, com o quantitativo atual de leitos, suporta períodos de sazonalidade como o inverno, quando sabidamente há aumento de ocupação por conta das Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) e em outras épocas do ano existe até ociosidade na ocupação dos leitos, conforme imagem a seguir.



Ainda assim, a secretaria de estado da Saúde co-financia esses leitos para que os mesmos fiquem disponíveis para a população, uma vez que adota a estratégia de aplicar o co-financiamento pela disponibilidade do leito, o que oportuniza que haja a manutenção das vagas pelas unidades hospitalares, mantendo continuamente o provimento de leitos na rede SUS.

Tendo em vista a apresentação da ampliação de rede e organização dos recursos para a gestão de leito realizado na SES desde 2023, cabe ainda esclarecer alguns pontos avaliados pela SES como não incompatíveis com a realidade das atividades de regulação citados na auditoria:

1) <u>Associação de óbitos com falta ou pouca tempestividade no processo regulatório por ausência de profissional médico regulador:</u>

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3664-8847/3664-8848
E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br

Pág. 06 de 11 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00284737/2025 e o código 9Q12ATP2.

Um dos principais apontamentos da auditoria tange a associação de suposta ausência de médico regulador em atividade nas bancadas de regulação, o que supostamente teria determinado demora no processo regulatório.

Cabe esclarecer que a regulação de leitos em Santa Catarina, está organizada por meio de duas estruturas que atuam de maneira complementar, sendo elas as Centrais macrorregionais de regulação de leitos e a Central estadual unificada de regulação de leitos. O processo regulatório pela busca de leito se inicia quando uma unidade assistencial (hospital, UPA, outros), realiza a solicitação de busca de um leito à partir da Central Macrorregional de Saúde. A central macrorregional ao receber a solicitação da unidade assistencial inicia o processo regulatório neste momento e procura a oferta de leito mais próxima da origem do paciente. Quando o perfil de vaga necessária para atender ao caso não está disponível na macrorregião, a busca é expandida e a central estadual dá sequência ao procedimento nas demais macrorregiões do estado. Cabe a Central estadual unificada realizar a interseção entre as centrais macrorregionais, assim como é a Central estadual a responsável por toda a operacionalização da busca de leitos, estando seu RH também a disposição da atuação nas macrorregiões caso haja alguma necessidade de cobertura no âmbito macrorregional, ou seja, podemos seguramente afirmar que em nenhum momento, nenhum ponto do estado ficou sem médico regulador atuando na busca de leitos.

Outro ponto a ser esclarecido ainda no aspecto “ausência de médicos na regulação de leitos”, se refere ao fato de que a mensuração realizada pelo TCE para localizar a atuação médica foi de verificar o login do médico no sistema SISREG. Esse método pode apresentar uma série de problemas na aferição pois as centrais atuam em diversos ambientes virtuais concomitantemente, de acordo com a demanda recebida. Por ex, Central macroregional norte e nordeste. Possui os ambientes Central Jaragua, Central Joinville, Central Canoinhas e Central Rio Negrinho, não há clareza nos apontamentos quanto a checagem concomitante de todos os ambientes e certamente não houve a consideração da utilização dos mesmos ambientes pela Central estadual unificada.

Portanto, consideramos que não foram considerados na verificação todos os reguladores médicos envolvidos no processo regulatório. É nesse contexto que se inserem as aproximadamente 1.200 horas mencionadas pelo TCE, período no qual, mesmo diante da excepcionalidade, não houve qualquer desassistência aos pacientes.

2) Avaliação da tempestividade do ato regulatório à partir da autorização do leito no SISREG:

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3664-8847/3664-8848
E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br

Pág. 07 de 11 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00284737/2025 e o código 9Q12ATP2.

Outro ponto de extrema relevância e destaque é que o TCE considera o momento AUTORIZAÇÃO no Sisreg como métrica para o tempo decorrido no ato regulatório. Cabe esclarecer que as equipes técnicas discordam quanto a utilização desse marco temporal uma vez que a autorização do SISREG é um ato administrativo e final que informa o número de uma Autorização de Internação Hospitalar a ser utilizada para fins de faturamento. O ato regulatório, se inicia de fato à partir do momento que a solicitação chega a Central de regulação e a equipe das Centrais (médicos e videofonistas) iniciam a busca do leito. É preocupação prioritária para a Central de Leitos a busca, a comunicação e a locação do paciente em leito com a máxima celeridade, sendo a autorização um processo secundário nesse rito uma vez que a prioridade da Central é garantir o aceite do paciente no local onde o leito será disponibilizado e organizar a transferência do doente. Cabe destacar que atualmente o ato regulatório é realizado por meio de outros instrumentos não aferidos pelo TCE como o sistema SES leitos e a comunicação por e mail oficial junto às centrais e esses não foram associados a verificação de tempestividade no ato regulatório.

3) Compreensão inadequada do papel do NIR na regulação de leitos

Ao analisar o conteúdo do Relatório de Monitoramento, observa-se que a conclusão do TCE/SC sobre o funcionamento dos Núcleos Internos de Regulação (NIRs) parte de premissa incompatível com o papel originalmente definido para esses núcleos nos documentos federais e estaduais. O entendimento adotado pela auditoria ampliou indevidamente as atribuições do NIR, especialmente ao considerar que a ausência presencial de médico nesse setor equivaleria à interrupção do processo de regulação de leitos de UTI/SUS.

A seguir, demonstram-se os elementos que evidenciam essa compreensão inadequada.

O NIR não realiza a regulação do acesso aos leitos de UTI, essa competência é exclusiva das Centrais de Regulação, segundo a Lei Estadual nº 16.158/2013, a regulação do acesso aos leitos de UTI/SUS é responsabilidade exclusiva das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares (CRIH/CRIH-MR), que operam obrigatoriamente 24 horas por dia (art. 4º, §3º) .

Assim, não compete ao NIR autorizar internações em UTI, visto que o médico regulador do NIR não realiza aprovações no SISREG. O NIR tem atuação como solicitante de internação no SISREG e executante da internação na unidade onde atua. A Central de regulação realiza a autorização no SISREG, por meio do médico regulador de internação de urgência.

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3664-8847/3664-8848
E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br

Pág. 08 de 11 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00284737/2025 e o código 9Q12ATP2.

A conclusão da auditoria desconsidera essa distinção fundamental, atribuindo ao NIR obrigações que não lhe pertencem no marco normativo estadual.

O papel do NIR é a regulação interna e a gestão da capacidade instalada, não a regulação externa.

O Manual de Implantação e Implementação do NIR (MS, 2017) estabelece que o NIR atua na:

- Gestão da clínica e priorização interna (cap. 4.1);
- Padronização das transições de cuidado;
- Articulação interna com equipes assistenciais e serviços de apoio;
- Monitoramento de indicadores hospitalares (cap. 4.3).

Portanto, o NIR: gerencia leitos dentro do hospital, organiza a ocupação conforme critérios de gravidade, promove bom uso dos recursos hospitalares, mas não autoriza o acesso aos leitos de UTI. A auditoria entendeu o NIR como se fosse uma unidade de regulação externa, o que contraria tanto a legislação estadual quanto a política nacional de regulação, assim sendo a SES realizará contraposição às afirmativas apresentadas nesse sentido.

Ausência presencial de médico no NIR não significa ausência de regulação interna:

Este é um ponto central que precisa ser esclarecido tecnicamente: a ausência presencial de um profissional médico no NIR não implica na interrupção da regulação interna de leitos, incluindo os de UTI.

Isso porque:

i. A equipe de enfermagem do NIR mantém a atualização contínua das informações clínicas, a vigilância dos leitos e a interlocução com a assistência e com a central de regulação.

ii. A equipe médica assistencial do hospital — plantonistas, intensivistas e cirurgiões — é responsável por registrar necessidades, prioridades clínicas e condições do paciente, assegurando que as informações essenciais à regulação estejam atualizadas no prontuário e nos sistemas de regulação.

iii. O NIR funciona como núcleo organizador, cujo processo de trabalho prossegue independentemente da presença física do médico regulador, especialmente no período em que há sobreaviso, conforme previsto no Manual do MS.

iv. A regulação externa (autorização de vagas de UTI) continua a cargo da CRIH/CRIH-MR, que opera ininterruptamente e não depende da presença do médico no NIR para executar suas funções, visto que a interface passa a ser realizada pelos profissionais da enfermagem.

Assim, ao vincular diretamente a ausência física do médico regulador à interrupção da regulação de leitos de UTI, o relatório do TCE/SC desconsiderou que a atuação do NIR é multiprofissional, contínua e apoiada na integração entre a equipe assistencial, enfermagem, direção e Centrais de Regulação.

Red. GABS/YGS

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3664-8847/3664-8848
E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br

Pág. 09 de 11 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00284737/2025 e o código 9Q12ATP2.

O Manual do NIR não determina funcionamento presencial 24h — a auditoria interpretou a recomendação como obrigatoriedade:

O Manual orienta que os NIRs devem operar “conforme a necessidade da unidade hospitalar” (Manual NIR, p. 11 e 29) , o que inclui:

- Modelos presenciais,
- Modelos híbridos (presencial + sobreaviso),
- Diiferentes arranjos organizacionais.

Ou seja, o próprio documento federal não exige presença contínua de médico no NIR. A auditoria, todavia, tratou essa recomendação como imposição normativa, o que não encontra respaldo em lei ou em portaria. Nos NIRs sob gestão direta da SES, os portes hospitalares e idiossincrasias são considerados ao realizar a alocação de recursos humanos, contando com unidades que dispõe de médico presencial 24 horas por dia e unidades que possuem médicos em dias úteis, por exemplo.

A auditoria concluiu que lacunas de presença física de médico regulador equivalem a:

I. Interrupção da regulação,
II. Risco ao acesso à UTI,
III. Descumprimento do funcionamento ininterrupto.

Contudo:

a. O NIR não autoriza o acesso à UTI (papel da Central de Regulação de Urgência);
b. O processo regulatório de UTI continua ativo mesmo sem médico presencial no NIR;
c. A equipe assistencial e de enfermagem do NIR mantém a gestão interna do leito e a atualização dos dados dos pacientes, garantindo continuidade do cuidado e garantia de acesso;
d. A equipe assistencial e de enfermagem do NIR tem autonomia e capacidade técnica para solicitar à Central de regulação de Internações leitos externos conforme a demanda dos pacientes e indisponibilidade de leitos na unidade hospitalar;
e. A Central de Regulação assegura 24h o fluxo regulatório, conforme exige a legislação estadual.
f. O NIR objetiva garantir o acesso aos recursos necessários a cada paciente, sem interrupção do cuidado assistencial, independente da presença ou ausência do médico regulador, como interface com a Central de Internações.

Assim, fica demonstrado que a conclusão do monitoramento decorreu de uma compreensão inadequada do papel do NIR na rede de regulação do Estado a qual deverá ser esclarecida pela SES ao TCE.

Adicionalmente, informa-se que, após o envio das respostas desta Secretaria ao TCE/SC, foram implantados novos fluxos de regulação, acompanhados da atualização e padronização das informações operacionais, conferindo maior segurança, rastreabilidade e

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3664-8847/3664-8848
E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br

Pág. 10 de 11 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00284737/2025 e o código 9Q12ATP2.

eficiência ao processo regulatório. Tais aprimoramentos reafirmam o compromisso institucional desta Pasta com a melhoria contínua e com a plena conformidade às orientações dos órgãos de controle e respondem aos apontamentos considerados como não cumpridos, são reorganizações em curso:

1. Instituição novo fluxo para solicitação e regulação de internações de terapia intensiva (Portaria n°1039 de 31 de julho de 2025) - Em atenção às determinações avaliadas como não cumpridas pelo TCE (Ítens 2.1.7, 2.1.9,2.1.10 e 2.1.12);

2. Reorganização do Fluxo de acesso ao paciente em situação de urgência no estado de Santa Catarina (aprovado na CT de assistência em saúde em 26/11/2025, a ser pactuada em CIB em 11/12/2015);

3. Reedição do Manual de Normas e Rotinas e atribuição dos NIRs;

4. Instituição regimento interno dos NIRs;

5. Reestruturação de Plano de Educação Permanente;

Registra-se, ainda, que todas as medidas recomendadas estão sendo analisadas e estão em atendimento com a adoção de melhorias estruturais e procedimentais, com absoluta transparência, rigor técnico e comprometimento com a melhoria contínua.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer informações complementares que Vossa Excelência julgar pertinentes.

Atenciosamente,

Diogo Demarchi Silva
Secretário de Estado da Saúde
(assinado digitalmente)

Red. GABS/YGS

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3664-8847/3664-8848
E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br

Pág. 11 de 11 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00284737/2025 e o código 9Q12ATP2.

Assinaturas do documento

Código para verificação: **9Q12ATP2**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

DIOGO DEMARCHI SILVA (CPF: 010.XXX.009-XX) em 02/12/2025 às 18:22:47
Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/08/2023 - 13:06:44 e válido até 02/08/2123 - 13:06:44.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTlfMDAyODQ3MzdfMjg3MzE4XzIwMjVfOVExMkFUUDI= ou o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo **SES 00284737/2025** e o código **9Q12ATP2** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.