

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
389ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES/MS
29 DE AGOSTO DE 2025

Secretária executiva

1 Ao vigésimo nono dia do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e cinco, às dez horas e 30
2 minutos, reuniu-se para a realização da 389ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de
3 Saúde/CES/MS no auditório do Conselho Estadual de Saúde, situado na Rua 25 de Dezembro, n.º
4 1231 – Cruzeiro, na cidade de Campo Grande/MS, os conselheiros estaduais, titulares e suplentes.
5 Presentes os seguintes Conselheiros: **Segmento dos Gestores e Prestadores de Serviços do SUS:**
6 Maurício Simões Corrêa (Secretaria de Estado de Saúde – SES/MS), Edelma Lene Peixoto
7 Tibúrcio (Secretaria de Estado de Saúde – SES/MS), Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves
8 (Secretaria de Estado de Saúde – SES/MS), Larissa Domingues Castilho de Arruda (Secretaria de
9 Estado de Saúde – SES/MS), Ana Claudia Artigas Figueiredo (Secretaria de Estado de Saúde –
10 SES/MS), Vinício de Faria e Andrade (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato
11 Grosso do Sul - COSEMS/MS, Josiane de Souza Palmieri Oliveira (Federação das APAEs do
12 Estado do Mato Grosso do Sul - FEAPAES-MS) e Hermeto Macario Amim Paschoalick (Hospital
13 Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados - HU-UFGD). **Segmento dos**
14 **Trabalhadores da Área da Saúde:** Walkes Jacques Vargas (Conselho Regional de Psicologia -
15 14ª Região - CRP14-MS), Diva Vieira dos Santos Laurindo (Sociedade Brasileira de Podólogos
16 Regional MS), Genivaldo Dias da Silva (Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do
17 Sul - Coren-MS), Regina Marcia Ferreira dos Anjos (Fórum Nacional das Representações dos
18 Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias – FNARAS), Eleonor de
19 Jesus Ximenes (Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso do Sul - CRO-MS), Ivete
20 Alves Arantes (Associação Nacional dos Auxiliares e Técnicos em Odontologia – ANATO),
21 Ricardo Alexandre Correa Bueno (Sindicato dos Trabalhadores em Seguridade Social no Mato
22 Grosso do Sul - SINTSS-MS), Maria Neuza Eduardo de Santana (Sindicato dos Trabalhadores na
23 Área de Enfermagem do Estado de Mato Grosso do Sul – SIEMS), Renato Soares (Federação
24 Sindical dos Servidores Públicos Estaduais e Municipais do Estado de Mato Grosso do Sul –
25 FESERPMS), David Chadid Warpechowski (Sindicato dos Odontologistas de Mato Grosso do Sul
26 – SIOMS), Caio Leonedas de Barros (Central Única dos Trabalhadores - CUT-MS) e João Batista
27 Botelho de Medeiros (Sindicato dos Médicos de Mato Grosso do Sul – SinmedMS). **Segmento**
28 **dos Usuários do SUS:** Emilene Maria de Paula (Associação de Combate ao Câncer da Grande
29 Dourados – ACCGD), Heindnea da Silva Masselink (Associação Sul Matogrossense de Fibrose
30 Cística – ASMFC), Raquel Correa Gomes (Associação de Mulheres com Deficiência de Mato
31 Grosso do Sul – AMDEFMS), Rosangela de Oliveira (Associação dos Ostomizados do Estado de
32 Mato Grosso do Sul – AOMS), Ada Maria da Cunha Rodrigues Venturini (Associação Brasileira
33 de Redução de Danos – ABORDA), Sebastião de Campos Arinos Junior (União Comunitária
34 Grupo Iguais de Mato Grosso do Sul), Neuza Socorro da Silva (Associação de Mulheres
35 Voluntárias Sul-Mato-Grossense e Humanização de Apoio a Vida), Adriane da Silva Soares
36 (Instituto Cultural Dandara – ICD), Edivaldo Vieira (Federação dos Trabalhadores em Educação
37 de Mato Grosso do Sul – FETEMS), Jair Bezerra Xavier (Associação Instituto Cisalpina de
38 Pesquisa, Educação Socioambiental e Defesa do Patrimônio Cultural de Brasilândia-MS),
39 Francisco Antônio de Souza (Pastoral da Pessoa Idosa), Cleide Martins Queiroz (Igreja Episcopal
40 Anglicana do Brasil – IEAB), Maria Antônia Conceição de Souza Kuendig (Pastoral da Criança)
41 e Elias Rodrigues Santana (Federação das Associações de Moradores de Mato Grosso do Sul -
42 FAMEMS-MS). **Participantes:** Melissa Helena Flores Acosta Dalmolin, Ana Claudia Cubilha,
43 Johnnatan Araujo Borges, Kamilla Nunes Ratier Camacho, Ivanilda Benites Ferreira, Wagner S.
44 da Silva, Vinícius Carvalho Ennes, Antônio Elias das Neves Ferreira de Moraes, Ecleine S.
45 Amarila, Alana Grabielle F. da Silva, Karine Cavalcante da Costa, Dionizio G. AVALHAES, Valeska
46 Rodrigues Ramos, Edson Damada Torres Filho, Eduardo Rodrigues, Maria Angélica Benetasso,
47 Maithe Vendas Galhardo, Francielly Sayuri Leite Caneppele e Barbara Rocha de Oliveira. **Apoio**
48 **Administrativo do CES:** Alan Deleclodi Tominaga, Deborah Leny Nascimento Espinoza, DeJane
49 Barbosa de Oliveira, Fernando Alexandre da Luz dos Santos, Amanda Bartha Fernandes, Isadora

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
389ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES/MS
29 DE AGOSTO DE 2025

Secretária executiva

50 Bordignon da Rocha, Aline Maria Dietz e Neraldo Dall Pogetto. **Secretária Executiva do CES:**
51 Livia Thaís Rodrigues Dutra. O **Presidente Ricardo Bueno**, conferiu o quórum e seguiu a pauta.
52 **1. EXPEDIENTE; 1.1.** Justificativas de ausências; André Vinicius Batista de Assis, Ludelça
53 Dorneles dos Santos, Paulo Eduardo Limberger e Maria do Socorro Evangelista de Souza. **1.2.**
54 Apreciação e aprovação da Pauta nº 189/2025; O **Vice-Presidente Sebastião Junior** incluiu no
55 item deliberação **2.2** Aprovar a Prorrogação da Comissão Intersetorial de Educação Permanente
56 para o Controle Social do SUS/CES/MS e no item informe **4.11** Apresentação sobre a Fibrose
57 Cística. **1.3.** Apreciação e aprovação da Ata nº 34 da Reunião Extraordinária e das Atas nº 378ª e
58 388ª da Reunião Ordinária; **aprovadas por unanimidade. 2. DELIBERAÇÕES; 2.1.** Aprovação
59 da substituição de membros na Comissão Intersetorial de IST/AIDS; o **Presidente Ricardo Bueno**
60 informou as seguintes substituições de membros: Secretaria de Estado de Saúde – SES/MS -
61 Titular: Alessandra Salvatori (em substituição a Larissa Martins do Nascimento). Secretaria de
62 Estado de Educação – SED/MS - Suplente: Sueli Aparecida Barbosa (em substituição a Ana Lúcia
63 Franco). Programa Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais de Campo Grande/MS - Suplente:
64 Roberto Paulo Braz Junior (em substituição a Isabelle Mendes de Oliveira). **APROVADA. 2.2**
65 Aprovar a Prorrogação da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social
66 do SUS/CES/MS; o **Presidente Ricardo Bueno** questionou se havia alguma objeção. Ninguém se
67 manifestou. **APROVADA**, com validade até 31/12/2025. **3. DISCUSSÃO TEMÁTICA; 3.1.**
68 Programa Estadual de Hospitais/MS e Novo perfil assistencial para o Hospital Regional Dr. José
69 de Simone Netto - Ponta Porã; O **Conselheiro Mauricio** deu início à apresentação do projeto, que,
70 segundo avaliação da Secretaria, representa uma mudança de paradigma, sobretudo no modelo de
71 financiamento da assistência hospitalar em Mato Grosso do Sul. Destacou-se que parte do projeto
72 já havia sido apresentado no ano anterior e que o mesmo vinha sendo desenvolvido desde 2023.
73 Informou-se, ainda, que naquela semana seria publicada uma resolução instituindo um novo
74 programa de financiamento da rede hospitalar estadual, o qual, neste primeiro momento, não
75 contemplaria todos os hospitais, permanecendo de fora aqueles de maior porte e complexidade.
76 Antes da apresentação do projeto, explicou o novo mapa de regionalização, que manteve as quatro
77 macrorregiões, sendo elas: Centro, Cone Sul, Costa Leste e Pantanal e 9 regiões de saúde
78 (Pantanal, Baixo Pantanal, Norte, Nordeste, Leste, Sudeste, Sul Fronteira, Centro-Sul e Centro).
79 Destacou que, diferentemente do modelo anterior, os nomes das regiões deram-se de forma
80 contemplar todos os municípios, ampliando o senso de pertencimento e participação. Esclareceu
81 que as novas definições foram elaboradas com base em indicadores epidemiológicos, necessidades
82 em saúde, capacidade instalada, disponibilidade de recursos humanos, acessibilidade geográfica e
83 tecnológica, além dos gastos em saúde por município. Citou diferenças entre municípios de maior
84 poder aquisitivo, como Costa Rica e Chapadão do Sul, e outras com menor investimento em saúde.
85 Informou que, para a definição das regiões de saúde, foram utilizados dados de mortalidade da
86 população, variação da taxa de crescimento, percentual de habitantes acima de 60 anos e abaixo
87 de 5 anos, bem como indicadores relacionados à capacidade instalada, como leitos SUS e não SUS,
88 leitos de UTI e leitos SUS por 100 mil habitantes. Também foram considerados aspectos de
89 recursos humanos, incluindo cobertura de agentes de endemias, cobertura de agentes comunitários,
90 número de médicos e enfermeiros, além da oferta de serviços e equipamentos disponíveis, como
91 tomógrafos, mamógrafos e aparelhos de raio-X. Ressaltou que todos esses parâmetros foram
92 organizados e analisados para subsidiar o agrupamento das novas regiões. Informou, ainda, que
93 foi realizado um inventário da rede hospitalar estadual, identificando que a situação da rede
94 hospitalar SUS possui 103 estabelecimentos no Estado; Foi observado que municípios de porte
95 populacional semelhante apresentam grande disparidade na estrutura hospitalar, com unidades que
96 variam, por exemplo, entre 5, 10, 30 ou 80 leitos. Dos 4.637 leitos identificados, 1.825 estão
97 concentrados em 66 estabelecimentos. Uma característica desses hospitais é o baixo índice médio
98 de ocupação, que não ultrapassa 40%, indicando unidades que permanecem abertas com alto custo,

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
389ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES/MS
29 DE AGOSTO DE 2025

Secretária executiva

99 mas atendendo a poucos pacientes. Essa situação provoca o deslocamento de pacientes para os
100 hospitais macrorregionais de Campo Grande, Dourados e Três Lagoas, que operam com
101 sobrecarga. Do total de estabelecimentos, 45 estão sob gestão estadual, 21 sob gestão municipal,
102 e 11 municípios não possuem hospital cadastrado. Ressaltou-se que a gestão estadual ocorre
103 quando o município não dispõe de estrutura de unidade hospitalar, cabendo ao Estado essa
104 responsabilidade. Apresentou o diagnóstico situacional da rede hospitalar, destacando a baixa
105 capacidade de resolução, índices reduzidos de ocupação e permanência, sobrecarga dos hospitais
106 grandes e número insuficiente de hospitais com perfil cirúrgico, mesmo em unidades que possuem
107 centros cirúrgicos equipados. Ressaltou que muitas dessas unidades não possuem equipe cirúrgica
108 fixa nem anestesistas, o que limita a realização de procedimentos locais e gera dependência de
109 mutirões e programas estaduais para atender à demanda. Relatou que visitou inúmeros hospitais
110 que possuem centro cirúrgico com três salas montadas, avaliadas em cerca de um milhão de reais
111 cada. O **Conselheiro Mauricio** explicou que, ao considerar o preço de uma mesa de cirurgia de
112 foco, de um carrinho de anestesia, de bisturi elétrico e do material cirúrgico, o valor de um milhão
113 de reais por sala de cirurgia não corresponde à realidade. Destacou que, como são três salas de
114 cirurgia, o investimento total chega a três milhões de reais, e, mesmo assim, cada sala realiza
115 apenas duas ou três cirurgias por semana. Ele ressaltou que esse valor é muito pouco,
116 especialmente na expectativa de que o Estado promova mutirões, como o Mais Saúde, para
117 viabilizar a realização de cirurgias. Citou que a rede é extensa, fragmentada e de alto custo, pois
118 manter um hospital aberto envolve despesas mesmo quando ele está ocioso, fazendo com que o
119 Estado pague duas vezes pelo serviço. O **Conselheiro Mauricio** informou que, a classificação
120 hospitalar do Estado de Mato Grosso do Sul, de acordo com a Resolução n. 598/CIB/SES, 54
121 hospitais locais/municipais, 7 Hospitais de Apoio Regional, 6 Hospitais de Referência Regional,
122 10 Hospitais de Referência macrorregional, 7 Hospitais de referência estadual dos sete hospitais
123 de referência estadual, seis estão localizados em Campo Grande e um em Paranaíba. Destacou
124 que as cores no mapa definem a classificação dos hospitais. Sobre Paranaíba, esclareceu que, de
125 acordo com a resolução, para um hospital ser considerado de referência estadual, ele deve ter um
126 número superior a 120 leitos ou ser um hospital especializado. No caso de Paranaíba, trata-se de
127 um hospital psiquiátrico. Os demais hospitais de referência macrorregional têm menos de 120
128 leitos. Comentou que algumas situações, como o caso de Dourados, precisam ser revistas, já que
129 o município possui 171 leitos, mas não está classificado como referência estadual. Observou ainda
130 que os municípios sem hospital estão indicados em branco no mapa. Apesar do Estado possuir
131 muitos hospitais locais e municipais, ressaltou que a maioria apresenta baixa resolutividade. Por
132 meio do sistema de internação do Sistema Único de Saúde (SIH), foi verificado onde os pacientes
133 realmente são internados de acordo com o município de residência, permitindo classificar os
134 municípios conforme a capacidade de internação local: De 70% a 100% das internações realizadas
135 no próprio município, apenas 14 municípios; De 50% a 69% apenas 24 municípios; De 25% a 49%
136 apenas 19 municípios; Menos de 25% apenas 6 municípios, que encaminham a maior parte dos
137 pacientes para outros municípios. Observou que regiões como Ribas do Rio Pardo e Camapuã são
138 extremamente carentes, sem hospitais próprios ou com hospitais incapazes de internar seus
139 pacientes, o que faz com que muitos casos sejam direcionados a Campo Grande. Ressaltou que o
140 desafio é planejar uma estratégia hospitalar hierarquizada e regionalizada para o Estado,
141 considerando seu desenvolvimento econômico. Segundo ele, o plano diretor hospitalar da década
142 passada já não reflete a realidade atual, com novas áreas de desenvolvimento, como o Vale da
143 Celulose, e a futura Rota Bioceânica. Ele explicou que as premissas do projeto estabelecem que
144 os hospitais de referência devem atender pacientes de alta complexidade e procedimentos agudos,
145 como é o caso da Santa Casa, do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande
146 Dourados (HU-UFGD), do Hospital da Vida e da Nossa Senhora Auxiliadora. Esses hospitais, que
147 possuem capacidade para procedimentos de alta complexidade, não devem internar pacientes com

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
389ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES/MS
29 DE AGOSTO DE 2025

Secretária executiva

148 baixa complexidade, como casos de pneumonia ou apendicite, que podem ser tratados com
149 segurança em hospitais de menor porte. Destacou que não devem ser internados em ambientes de
150 alta complexidade pacientes que não necessitam de assistência terciária, sendo necessário
151 organizar o sistema hospitalar. Para isso, ele explicou que foi criado o Programa Estadual de
152 Incentivo Hospitalar, voltado para hospitais locais, de apoio regional e de referência regional em
153 Mato Grosso do Sul, ressaltando que todos já conhecem a PPI (Programação Pactuada e Integrada).
154 Explicou que a PPI é uma pactuação em que alguns municípios com maior estrutura recebem
155 verbas dos demais municípios para atender pacientes pactuados. No entanto, observou que os
156 municípios menores transferem recursos, mas não conseguem transferir os pacientes, pois os
157 hospitais receptores recebem pouco e, dessa forma, não têm interesse em atender, assumindo
158 apenas custos sem receita correspondente. Para superar essa dificuldade, foi formada uma
159 comissão, da qual algumas pessoas presentes participam, para propor um programa de
160 financiamento que incentivasse os hospitais e municípios com maior estrutura a receber pacientes,
161 transformando o atendimento em oportunidade de receita e não apenas em custo. Explicou que a
162 proposta consistiu em estratificar os hospitais por complexidade e perfil assistencial, utilizando a
163 base de dados de 2023 e 2024 para entender o perfil de cada hospital. Ressaltou que, por exemplo,
164 se um hospital tem perfil clínico ou obstétrico, não adianta pressioná-lo para realizar
165 procedimentos cirúrgicos ou ortopédicos. Caso o hospital já possua perfil ortopédico, o incentivo
166 financeiro é direcionado para estimular essa área, com base na estratificação da complexidade. O
167 financiamento do programa possui dois módulos: um fixo, destinado à manutenção das equipes
168 contratadas no hospital, e um variável, que estimula a produção. Destacou que, atualmente,
169 estabelecendo metas, os hospitais perdem o interesse em operar após alcançá-las, mas com o
170 modelo proposto, quanto mais procedimentos realizarem, maior será o incentivo financeiro. O
171 programa abrange pronto-atendimento, clínica médica adulta e pediátrica, parto e nascimento,
172 cirurgia geral, traumatologia e ortopedia, e cirurgia ginecológica. Explicou que hospitais com
173 leitos de UTI recebem remuneração diferenciada, considerando que atualmente existem
174 discrepâncias, alguns hospitais com UTI recebem 500 mil reais do Estado, enquanto outros
175 recebem um milhão e meio. Para resolver isso, foram criados parâmetros fixos de remuneração
176 para hospitais que oferecem UTI. Ressaltou também a atenção especial aos hospitais de fronteira
177 internacional, devido às características específicas dessas regiões. Destacou que a alta
178 complexidade deve ser destinada exclusivamente aos hospitais estruturados para esse nível de
179 atendimento. Explicou o que está sendo considerado alta complexidade, incluindo procedimentos
180 endovasculares que exigem máquina de hemodinâmica, materiais de alto custo, neurocirurgia,
181 cardiologia intervencionista, cirurgia vascular periférica, assistência à gravidez de alto risco,
182 cuidados neonatais e toda a linha assistencial oncológica. Destacou que foi desenhado um modelo
183 estadual, identificando em vermelho os municípios que já possuem um hospital de referência
184 estadual, com o objetivo de criar um cinturão de atenção, especialmente ao redor das maiores
185 cidades, como Dourados, Três Lagoas e Campo Grande. Também foram contempladas as unidades
186 próprias do Estado, incluindo projetos já em andamento, como o Hospital Regional de Corumbá,
187 Hospital Regional de Três Lagoas, Hospital Regional de Campo Grande, Hospital Regional de
188 Ponta Porã e Hospital Regional de Dourados. O **Conselheiro Mauricio** detalhou a situação do
189 Hospital Regional Magid Thomé, destacando que se trata de um hospital bem estruturado em
190 termos de porte físico. Explicou que foram construídas a Unidade 1 e a Unidade 2 (área produtiva
191 do hospital), mas a Unidade 3 (área de internação) ainda não foi concluída. Atualmente, o hospital
192 possui 10 salas de cirurgia e, mesmo com apenas um dia de cirurgias por semana, os leitos ficam
193 lotados, evidenciando a necessidade de ampliar a capacidade de internação para dar suporte ao
194 centro cirúrgico, 64 leitos, podendo chegar a 70 quando incluídos os leitos de pronto-atendimento.
195 A previsão é que a Ala C seja construída com 100 leitos, considerando que o hospital possui ofertas
196 Assistenciais: UTI Adulto e pediátrica, Alta Complexidade de Cardiologia e Neurologia, cirurgias

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
389ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES/MS
29 DE AGOSTO DE 2025

Secretária executiva

197 eletivas adultas e pediátricas. Sobre a região do Pantanal, o Hospital Regional em Corumbá
198 informou que o governador assinou um termo de compromisso com o Ministério Público, e que já
199 está sendo desenvolvido um projeto para a construção de uma maternidade tipo 2 com 140 leitos
200 e um hospital geral, integrados a uma policlínica, configurando um novo polo de saúde. Ele
201 ressaltou que esta é uma região remota, de difícil acesso, com estradas em condições precárias, e
202 que, na ausência de transporte aéreo, não há outra forma de transportar os pacientes. Na
203 macrorregião centro, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul o projeto contempla a ampliação
204 do hospital regional. O edital da parceria público-privada será publicado em breve, prevendo o
205 aumento do número de leitos com a construção de uma nova torre e o retrofit da torre existente.
206 Explicou que o prédio novo será adequado às necessidades da medicina pelos próximos 20 a 30
207 anos, incluindo a possibilidade de cirurgia robótica, como a prostatectomia radical, que em breve
208 será incorporada ao Sistema Único de Saúde. Ele ressaltou que, em vez de construir um novo
209 hospital, optou-se por ampliar a estrutura existente, aproveitando toda a expertise do hospital de
210 alta complexidade e reforçando o corpo clínico com novos profissionais. Sobre a macrorregião
211 Cone Sul, Hospital Regional de Dourados informou que está prevista a inauguração do Hospital
212 Regional de Dourados ainda em setembro, com data a ser confirmada entre os dias 26 e 29. No
213 primeiro momento, será inaugurada apenas a policlínica, considerando que não seria adequado
214 inaugurar o hospital com pacientes em atendimento e com toda a movimentação de uma cerimônia
215 oficial. **O Conselheiro Mauricio** explicou que, no momento da inauguração, será aberta apenas a
216 policlínica, que funcionará com agendamento ambulatorial, evitando qualquer tipo de tumulto. O
217 hospital deverá entrar em funcionamento até o final do ano, mas a operação plena está prevista
218 para o início do próximo ano, ressaltando que não é possível colocar um hospital de alta
219 complexidade em funcionamento total em apenas dois ou três meses, pois é necessário treinar as
220 equipes para o atendimento a pacientes críticos. Ele detalhou que o hospital conta atualmente com
221 três unidades assistenciais e seis salas cirúrgicas: a policlínica, destinada ao diagnóstico; duas alas
222 hospitalares já concluídas; e uma terceira ala, que abrigará hemodinâmica, unidade coronariana e
223 internação. O hospital de cirurgia continuará em atividade, mesmo após alternância na gestão da
224 organização social, sem que a população de Dourados tenha ficado desassistida. Apresentou as
225 especialidades cirúrgicas previstas no Centro de Especialidades e Diagnósticos, destacando que a
226 Unidade 1, em agosto, apenas trocou de gestão sem interrupção do funcionamento, e que a unidade
227 de Centro de Especialidades entrará em operação em setembro. Ele estimou que, entre abril e maio
228 do próximo ano, o hospital estará em pleno funcionamento. Sobre o Hospital Regional de Ponta
229 Porã, explicou que houve necessidade de renovação do contrato com a organização social gestora,
230 mas foi identificado que a entidade possuía pendências junto ao Tribunal de Contas de outro
231 estado, o que impede a contratação ou renovação de acordo com a lei estadual. Diante disso, a
232 Secretaria convocou a segunda colocada no processo de chamamento original de 2019, que já
233 assumia o Hospital de Cirurgias de Dourados, para gerir o Hospital de Ponta Porã, garantindo
234 funcionamento adequado conforme informado pelo prefeito e secretário municipal. Ele destacou
235 que, por se tratar de contrato emergencial, o plano assistencial da organização social permanece o
236 mesmo do primeiro chamamento, enquanto a Secretaria Estadual de Saúde já iniciou novo
237 processo de chamamento, previsto para ser concluído em até 180 dias, com ampliação da estrutura
238 assistencial, incluindo a construção de um novo bloco com 29 leitos, cujo projeto anterior foi
239 interrompido devido à desistência da empresa contratada. **O Conselheiro Mauricio** estimou que
240 o processo de estabelecimento completo do Hospital de Ponta Porã ocorrerá a partir de abril do
241 próximo ano. Encerrou suas considerações destacando que a estrutura hospitalar encontrada
242 apresenta hospitais capazes de atender às demandas locais, porém com financiamento heterogêneo
243 e sem lógica clara em relação à estrutura, competências, capacidade e produção. Ele reforçou que
244 o novo programa de financiamento hospitalar visa incentivar os hospitais a resolverem os pacientes
245 localmente, evitando transferências desnecessárias, com base em uma metodologia semelhante à

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
389ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES/MS
29 DE AGOSTO DE 2025

Secretária executiva

utilizada no programa MS Saúde, que oferece financiamento condizente para estimular a produção e a resolutividade. O **Conselheiro Mauricio** finalizou solicitando apoio do Conselho para implementação do novo programa, destacando que o financiamento proposto é semelhante ao modelo utilizado no MS Saúde, já comprovadamente mais atrativo e eficiente. Encerradas as considerações, colocou-se à disposição da mesa. O **Presidente Ricardo Bueno** sugeriu que, diante da apresentação realizada pelo Conselheiro Dr. Maurício, fossem abertas as perguntas pertinentes. Propôs suspender, neste momento, a pauta referente aos informes, considerando que a maioria deles tratava de questões simples. Ressaltou, ainda, que haveria informe relativo a decreto, cujo debate seria longo, não se tratando apenas de um simples informe. Acrescentou que essa medida evitaria prejuízo aos conselheiros que estavam apenas de passagem. Abriu as inscrições. O **Conselheiro Eleonor Ximenes** registrou que havia sido gestor em dois mandatos no município de Coronel Sapucaia, entre 2005 e 2008. Relatou que, de fato, era real a situação mencionada, pois metade da verba disponível era destinada à manutenção do hospital, cuja produtividade era praticamente nula. Informou que, à época, ainda se utilizavam métodos antigos, com profissionais que realizavam cesarianas, pequenas cirurgias e apendicectomias, mas que esses atendimentos também haviam cessado. Diante da nova programação apresentada, observou que quase todos os municípios possuíam hospitais, e questionou como estava sendo pensado o funcionamento dessas unidades. Ressaltou que, para que elas produzissem, seria necessário garantir a presença de especialistas e profissionais dispostos a atuar no local. Pontuou que a realidade atual mostrava muitos profissionais atuando apenas de forma referenciada, por meio do que denominou de “ambulancioterapia”, transferindo pacientes continuamente para frente. Perguntou qual seria a proposta para os hospitais da região Sul Fronteira, de modo a garantir uma oportunidade de funcionamento adequado, evitando a sobrecarga dos hospitais de Ponta Porã e Naviraí, sedes maiores da região. O **Conselheiro Mauricio** retomou as considerações do projeto do plano diretor de regionalização, ressaltando que é necessário que os municípios da mesma região identifiquem suas áreas de atuação de acordo com a capacidade de seus profissionais. Observou que não se pretende permitir que procedimentos sejam realizados por profissionais sem competência, evitando riscos aos pacientes. Esclareceu que, caso um município conte com obstetra e pediatra, pode se candidatar, junto à sua região, a ser núcleo de obstetrícia, realizando partos normais de gravidez habitual, mas não casos de alto risco, que devem ser referenciados. Da mesma forma, se houver cirurgia geral disponível, este poderá assumir a realização de cirurgias gerais. Destacou que o plano de financiamento foi estruturado em dois módulos; Fixo: para garantir que o médico resida na cidade, evitando a prática de profissionais volantes; Variável: para estimular a produção, remunerando adicionalmente pelos atendimentos e procedimentos realizados. Ressaltou que a proposta busca a fixação de profissionais nos municípios, de modo que estejam disponíveis quando houver necessidade, e não apenas de passagem. Na sequência, o **Conselheiro Jair Bezerra**, representante do segmento usuários e conselheiro do Hospital Regional de Três Lagoas, manifestou preocupação diante da mudança recente na administração hospitalar. Relatou que o antigo administrador, Dr. Henrique, desenvolvia excelente trabalho, mas foi remanejado, e a nova gestora é a mesma que atuava no Hospital de Ponta Porã, onde, segundo informações da comunidade local, a gestão não estava sendo satisfatória. Questionou o motivo dessa substituição em um hospital que estava apresentando bons resultados. O **Conselheiro Mauricio** esclareceu que os conselheiros podem encaminhar à Secretaria um manifesto formalizando a insatisfação com a troca, para que seja levado à organização social responsável. Ressaltou, no entanto, que a sociedade de Ponta Porã possuía grande apreço pela gestora, vista inclusive pela própria Secretaria como competente. Pontuou, ainda, que as melhorias no Hospital de Três Lagoas decorreram principalmente das ações da equipe da Superintendência de Governança, Auditoria e Avaliação da Secretaria de Saúde, que atuou junto à organização social exigindo ampliação da cobertura e da qualidade assistencial, mais do que da gestão individual. Por fim, destacou que, caso a nova

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
389ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES/MS
29 DE AGOSTO DE 2025

Secretária executiva

295 administração não atenda às expectativas, os conselheiros devem se manifestar diretamente à
296 Secretaria, que tomará as devidas providências, mas, em um primeiro momento, a expectativa é
297 de que a gestora atenda satisfatoriamente. O **Presidente Ricardo Bueno** relatou que o Hospital
298 Regional se encontra em situação de indefinição quanto ao funcionamento de seu conselho, em
299 razão de divergências anteriores entre a esfera municipal e a estadual. Quando o hospital estava
300 sob gestão municipal, o conselho era vinculado ao município. Com a mudança para a gestão
301 estadual, não se conseguiu visualizar a legalidade da continuidade, pois seria necessário alterar o
302 decreto publicado pelo governo referente ao Conselho da Fundação. Destacou a necessidade de
303 adequar o referido conselho nos mesmos moldes dos conselhos dos Hospitais de Três Lagoas e de
304 Ponta Porã, de forma que possa estar vinculado à esfera estadual, permitindo a indicação de novos
305 membros. Ressaltou-se que, em razão dessa pendência, o Conselho local encontra-se paralisado
306 há algum tempo, sendo urgente providenciar a regularização. O **Conselheiro Mauricio** lembrou
307 que, em reunião realizada no ano anterior, a então representante Auxiliadora convidou para
308 participação nas discussões. Na ocasião, foi destacada a importância de prestar satisfações, sendo
309 registrado que a conselheira Marielle também esteve recentemente no local para dar explicações,
310 conforme confirmado pelo conselheiro Sebastião. Ressaltou a necessidade de organizar a questão
311 legal, uma vez que, sob gestão estadual, o Hospital Regional de Campo Grande deve satisfações
312 ao Conselho Estadual de Saúde, independentemente da forma de constituição do conselho local.
313 Observou que a regularização da situação jurídica é fundamental para evitar futuros
314 enfrentamentos e garantir que não haja retrocesso à condição de desorganização. Destacou que
315 esta medida se insere no contexto de aprimoramento da governança. O **Vice-Presidente Sebastião**
316 **Junior**, complementando a fala do Conselheiro Bueno sobre os conselhos locais, é necessário
317 revogar um decreto que chegou a instituir esses conselhos de forma diferente dos demais,
318 especialmente considerando a recente mudança de gestão. Esse decreto precisa ser revogado, e
319 acredito que a questão será resolvida rapidamente na mesa. Gostaria de registrar que fiquei
320 realmente surpreso com a troca de gestores no Hospital de Três Lagoas. Quem, como nós, atua há
321 muitos anos nos Conselhos em defesa do SUS, já passou por diversas crises, epidemias e situações
322 complexas, e a atuação daquele gestor se destacou pela rapidez e eficiência em situações de
323 emergência algo que, muitas vezes, não se vê nem nas instituições filantrópicas, mesmo
324 considerando sua autonomia, e que no serviço público frequentemente não acontece. Por exemplo,
325 quando foi necessário abrir os leitos de CTI, em menos de cinco dias ele conseguiu estruturar toda
326 a unidade. Eu comentei com a equipe: “Era exatamente isso que precisávamos: respostas
327 imediatas, porque estão em jogo vidas”. Perguntei a ele como conseguia realizar isso e por que os
328 serviços públicos ou filantrópicos não conseguiam. Ele explicou, no conselho local, que havia
329 locado os equipamentos rapidamente, resolvendo o problema, que na ocasião envolvia
330 principalmente o atendimento respiratório infantil, de maior incidência. Além disso, quando foi
331 preciso contratar a equipe, sugeri a contratação emergencial, e o Estado sinalizou financiamento,
332 mesmo antes de ter recebido qualquer recurso. Essa é a resposta que se espera durante uma
333 epidemia ou emergência, e, sinceramente, nunca tinha observado uma atuação tão rápida nem
334 mesmo aqui em Campo Grande, onde um decreto de emergência de 90 a 120 dias não conseguiu
335 garantir a estrutura adequada, cujos estão em condições precárias. Quem visitou pode constatar.
336 Portanto, quando observamos a resposta eficiente em apenas cinco dias em Três Lagoas, fica a
337 reflexão: quando um gestor demonstra competência e agilidade, por que ele é substituído? Claro,
338 há experiências diferentes, como em Ponta Porã, que talvez exijam paciência e adaptação, mas
339 momentos de emergência mostram claramente a importância de respostas rápidas e eficazes. O
340 **Conselheiro Mauricio** ressaltou que não pretende retirar o mérito do gestor Henrique,
341 reconhecido como um administrador atento às exigências e necessidades contratuais estabelecidas
342 ao longo do tempo. Destacou que a resposta em cinco dias só foi possível porque houve,
343 previamente, o sinal da Secretaria de Saúde autorizando a montagem da estrutura, com a garantia

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
389ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES/MS
29 DE AGOSTO DE 2025

Secretária executiva

de que o contrato seria aditivado. Essa ação já vinha sendo planejada antecipadamente, uma vez que se previa a evolução da epidemia e o esgotamento da rede de Campo Grande. A estrutura criada, inclusive, não teve como foco atender a região leste, que se encontrava em situação confortável, mas sim a região centro, para onde foram transferidos diversos pacientes. Ressaltou que a estrutura emergencial foi viabilizada a partir da sinalização financeira, permitindo ao gestor realizar a locação imediata dos equipamentos. Foi enfatizado que o fator determinante não é o modelo de gestão em si (se próprio, por OS ou por PPP), mas sim as pessoas que atuam nele. Todos os modelos podem funcionar de forma eficiente quando conduzidos por profissionais competentes, assim como qualquer modelo pode falhar se administrado por pessoas incompetentes ou corruptas. Concluiu que, no caso do Hospital de Três Lagoas, o êxito foi resultado de um conjunto de fatores: estratégia adequada, disponibilidade de recursos, profissional competente e estrutura bem montada, o que possibilitou a resposta rápida e eficiente diante da crise. O **Presidente Ricardo Bueno** informou que, em razão do adiantado da hora, foi decidido interromper a reunião, com concordância de todos os presentes. Como informe final, comunicou que, na segunda-feira seguinte, será publicado o edital referente à complementação da eleição. Encerrou a reunião, agradecendo a presença de todos e desejando um bom retorno a todos. E para constar está ata foi lavrada por Fernando Alexandre da Luz dos Santos e após aprovada será assinada pela 1ª Secretária Maria Antônia Conceição de Souza Kuendig.