



RESOLUÇÃO Nº. 1286/2022

O Conselho Estadual de Saúde - CES/ES, no uso de suas atribuições capituladas na Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei Estadual Nº 7.964 com as modificações estabelecidas pela Lei Estadual 10.598 de 08 de dezembro de 2017, e Decreto Nº 921-S, de 06 de maio de 2005, publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo em 09 de maio de 2005, e em consonância às deliberações da 235ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde, realizada em 15 de setembro de 2022;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar as Atas da 96ª Reunião Extraordinária e da 234ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde, realizadas em 09 de agosto de 2022 e 18 de agosto de 2022, respectivamente, conforme anexo.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - O conteúdo desta Resolução, na íntegra, está disponibilizado no endereço eletrônico: www.saude.es.gov.br.

Vitória - ES, 19 de setembro de 2022.

Paulo Roberto Alves Guimarães

Presidente do Conselho Estadual de Saúde – CES/ES

Homologo a Resolução Nº. 1286/2022 nos termos da Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, de acordo com a delegação contida no Art. 1º, § 1º da Lei Nº. 7.964, de 27 de dezembro de 2004, publicada em 29 de dezembro de 2004.

Nesio Fernandes de Medeiros Junior

Secretário de Estado da Saúde

ANEXO

Conselho Estadual de Saúde – CES/ES
ATA – 96ª Reunião Extraordinária – Ano 2022
9 de agosto de 2022

Aos 9 (nove) dias do mês de agosto do ano de 2022 (dois mil e vinte e dois) às 13h51min realizou-se a 96ª (nonagésima sexta) Reunião Extraordinária do Conselho Estadual de Saúde - CES/ES, on-line por meio de plataforma digital: <https://us02web.zoom.us/j/88117205100?pwd=WXhYZml5ZVFhNVVozNIQ4OHhVY1Fkdz09>. A sessão foi coordenada pelo Presidente Ricardo Ewald e secretariada pela Secretária Executiva Cynara Azevedo. **Conselheiros (as) presentes presencialmente:** Ricardo Ewald(FEHOFES),



Mansour Cadais Filho (FAMOPES), Milene da Silva Weck Terra (UBM), **Conselheiros (as) presentes virtualmente:** Nésio Fernandes de Medeiros Júnior (SESA), Cristiano Luiz Ribeiro Araújo (SESA), Paulo Roberto Alves Guimarães (SESA), José Tadeu Marino (SESA), Phablo Gabriel Dobrovolsky da Silva (FEHOFES), Cristina Hamester (MS), Denise Mara Ramaldes Pedrosa (COSEMS-ES), Alexandre Coutinho Sattler (SINFES), Pablo Reis Garcia Perez (SINFES), Rudge Vigato da Silva (SINDPSI-ES), Tatiana Peixoto Carvalho Tibúrcio (SINDIENFERMEIROS), Deise Berger Veltem Ramos (SINODONTO), Maria Rita de Boni (SINDSAÚDE-ES), Débora Randov de Oliveira (FETAES), Márcio Flávio Soares Romanha (CUT), Sidney Parreiras de Oliveira (RNP+), Wellington Barros Nascimento (UNEGRO), João Carlos dos Santos (SINDNAPI-ES), Gleicy Blank (UBM), João Paulo dos Santos Souza (ANPG), Genecy Teixeira de Oliveira (MITRA), Flavio Gustavo Rodrigues (FINDES), Rosini Helena Gurgel Lopes (FEAPAES). **Justificaram Ausências:** Geiza Pinheiro Quaresma (SINDISAUDE-ES), Judismar Tadeu Pedroni (SIMES). A Secretária Executiva Cynara Azevedo iniciou saudando a todos e informou inversão do ponto 2 da pauta para iniciar a reunião, ao invés de iniciar com o ponto 1. O Presidente Ricardo Ewald às 13:51h iniciou cumprimentando a todos e convidou o Secretário de Saúde Nésio Fernandes de Medeiros Junior a fazer a sua apresentação **2º - Ponto de Pauta: Novo Modelo de Contratualização dos Serviços de Saúde e Regulação Formativa.** O Secretário de Saúde Nésio Fernandes iniciou saudando a todos e agradeceu a oportunidade de apresentar a Política de Contratualização e Atualização da Política realizada no Estado. Informou que o conjunto de decisões tomadas no primeiro ano de Governo foram respectivamente aprovadas nos planos anuais, nos planos de saúde e todas as políticas desenvolvidas no Estado ao longo da pandemia, com a certeza de entregar ao Sistema Único de Saúde muitos avanços no Estado. No entanto, o Estado tem uma situação aonde parte daqueles que prestam serviços no Sistema Único de Saúde na dimensão do acesso tanto hospitalar, quanto do acesso ambulatorial, viviam sob a égide do modelo normativo e de compra de serviço de saúde, que avaliam, era um modelo obsoleto. Um modelo focado na produção hospitalar e na produção ambulatorial com foco em quantitativo de consultas ofertadas por um valor muito ruim dentro da pactuação dos convênios e pela tabela SUS. No Estado do Espírito Santo, a filantropia ocupa um componente estratégico na capacidade da oferta de serviço de saúde e também na capacidade da garantia da integralidade do cuidado, no entanto, as lógicas que permeavam a contratualização até a publicação dessa Portaria, eram lógicas que não estimulavam e não reconheciam o papel dos territórios, tinham uma fragilidade muito grande do ponto de vista da vinculação de contrato com a atenção básica e na verdade, um modelo de atenção hospitalar que normatizou a rede complementar filantrópica numa lógica extremamente produtivista, quase que inampista. Então o Estado decidiu inserir e construir no âmbito do Estado do Espírito Santo, praticamente uma mini reforma da atenção hospitalar do Sistema Único de Saúde. Resolveu construir uma série de discussões, debates técnicos dentro daquilo que foi aprovado nos planos de saúde, das diretrizes de uma organização, de inovação do sistema, na perspectiva de garantia que o Espírito Santo pudesse ter, em cada território, um hospital para chamar de seu, com um perfil muito claro, com metas de desempenhos, com resultados esperados a serem contratados na relação entre a SESA e os hospitais filantrópicos. Ao mesmo tempo, decidiu-se, também, contribuir para o processo do fortalecimento da gestão municipal do SUS, com estratégia de indução do fortalecimento do comando único e da gestão plena dos contratos, o qual será elaborado no decorrer dessa apresentação. O Objetivo da Política Estadual é modernizar o modelo de contratualização dos hospitais filantrópicos, buscando maior eficácia e eficiência na aplicação dos recursos e garantia do acesso aos usuários SUS. Modernização, eficácia, ou seja, alcançar o uso e os recursos disponíveis, eficiência, impacto social, naqueles recursos que foram executados junto as metas, isso com foco na garantia do acesso. O Secretário Nésio Fernandes falou da forma de organização de acesso dentro do Sistema Único de Saúde que estava fundada em diversas políticas que caminhavam separadas e que decidiram agrupar todas elas e integrá-las dentro de instrumentos normativos que dialogassem com as engrenagens regulatórias, dialogassem com os diversos níveis de atenção e



que pudessem ter uma capacidade de simplificação, tanto da formalidade do contrato como também do acesso. **Princípios: I – Simplificação de formalidades** - a partir desse momento a Procuradoria Geral do Estado e a Secretaria de Controle de Transparência, padronizaram os valores dos leitos, critérios dos contratos, as metas, os códigos de desempenho. Se o Estado precisar amanhã assinar um contrato novo de um hospital ou fazer um aditivo de um hospital, tem todos os critérios e requisitos padronizados, tanto pela Procuradoria, quanto pela SECONT. **II – Territorização** – O Secretário explicou que tal hospital, como para tal perfil, com tantos leitos e com tantos serviços ambulatoriais, será responsável por tais equipes da saúde da família e seus territórios abrangentes. **III – Garantia do acesso e desjudicialização; IV – Responsabilização pelo cuidado; e V – Isonomia nas relações entre Estado e entidades complementares**, ou seja, os mesmos critérios e os mesmos pagamentos para hospitais da região sul, serão para região metropolitana e região norte do Estado. A ideia é avançar nos **Objetivos Específicos** com: ampliar a segurança jurídica na contratualização; garantir a estabilidade econômica nos convênios firmados; gerar autonomia, para os hospitais, na gestão dos recursos e na gestão dos serviços prestados; qualificar a assistência, de acordo com a grade hospitalar definida, as necessidades territoriais e capacidade instalada dos hospitais; desjudicializar o acesso ao SUS, com a garantia de acesso pleno; otimizar aplicação de recursos da rede privada para a rede filantrópica contratualizada; induzir execução de serviços assistenciais nos termos das políticas do SUS, reduzindo vazios assistenciais; garantir acesso às cirurgias eletivas; e ampliar o papel da transparência do SUS com indicadores e resultados. O Secretário Nécio explicou que não dá para fazer de conta que a tabela SUS pagar a conta e que o SUS financia os hospitais e os hospitais entregam o que tem que entregar. Informou que decidiram reconhecer que a tabela SUS não era e não se constitui hoje, um instrumento adequado para sermos centro e a regra de todas as relações filantrópicas. A tabela SUS é importante porque ela dimensiona, codifica os procedimentos e permite registrar o que se paga em hospital. Ela pode ser referência para alguns procedimentos, mas não pode ser a produção da tabela SUS. o centro da unidade da produção do contrato. Os hospitais serão obrigados a cumprir os mandados e a parar de criar subsídios para a jurisdição. Os hospitais terão políticas transparentes e indicadores claros. Explicou que o Estado vinha caminhando com um modelo de contratualização com muitos gargalos. **Gargalos da contratualização vigente e soluções da contratualização proposta: Comparativo – Contratualização Vigente:** Não há isonomia dos valores de recurso estadual de incentivos; avaliação da produção faturada; glosa de produção pela Ficha de Programação Orçamentária - FPO; pagamento por produção das internações; avaliação trimestral, com retenção de 10%, apenas da média complexidade. **Soluções da Contratualização Proposta:** Isonomia da base de cálculos entre os hospitais; pagamento valor global com pós-fixado na atividade ambulatorial e Fundo de Ações Estratégicas de Compensação - FAEC; FPO da média complexidade atualizada pela SESA, sempre que necessário para que não haja glosa; valor global por disponibilidade de leitos, sem glosa com ocupação abaixo de 85%; avaliação quadrimestral, com pagamento integral do valor global, sem retenção no 1º quadrimestre. O Secretário explicou que para cada hospital tinha um valor diferente pago, mesmo considerando os mesmos serviços, onde a avaliação era pela produção faturada. Existia uma engrenagem da operação dos contratos da produção da FPO que tinha o recurso disponível, meta de um segmento de contrato que estava faltando no outro e não podia remanejar esse saldo de produção entre contratos; o pagamento era por produção das internações, então, se o hospital internasse um paciente com pneumonia, sem complicações adquirida na comunidade que poderia ser tratada ambulatorial e acompanhada diariamente, ele era estimulado a internar esse paciente e garantindo o tempo de permanência exigindo Autorização Internação Hospitalar(AIH) e isso não é adequado, porque hoje sabe-se que dependendo da idade, das comorbidades, das cirurgias anteriores, dependendo de uma série de questões, uma pneumonia pode ser tratada em casa, pode ser tratada com uma internação de curto espaço de tempo ou pode ser tratada com uma internação de maior espaço de tempo. Isso é algo que varia



de paciente para paciente e a avaliação era trimestral com a retenção de 10%. O Secretário explicou que partiram então para o novo modelo, que pagaria os mesmos valores, pelos mesmos serviços proporcionados nos hospitais, que também tem o valor de pagamento por produção de acordo da componente de alta complexidade. O valor global pela disponibilidade de leitos sem glosa de ocupação baixa de 85% e avaliação passaria a ser quadrimestral sem glosa no 1º quadrimestre, então assim, conseguiríamos vencer os gargalos com a burocratização, solicitação constante de inclusão de procedimentos de valores de complementação da tabela SUS para o modelo que extingue a lógica e a ideia do estratégico e foca na obtenção de resultados ligados na integralidade e ligados na garantia do acesso. Continuando a apresentação: **Gargalos da contratualização vigente e soluções da contratualização proposta: Comparativo – Contratualização Vigente:** Monitoramento manual, com contagem de procedimentos por avaliação de prontuário; constante solicitação de pagamento indenizatório de produção realizada acima do valor contratualizado (extra teto); constante solicitação de inclusão de procedimentos hospitalares, com valor complementar de tabela SUS; burocratização na tramitação de aditivos. **Soluções da Contratualização Proposta:** Monitoramento orientado por desempenho e resultados; não se aplica o conceito de extra teto; os procedimentos hospitalares estão contemplados dentro dos valores das diárias dos leitos, de acordo com o perfil assistencial. Agilidade de aditivos contratuais devido à padronização. **Modelo Vigente: 90% / 10% - Média complexidade e Incentivos Estaduais, Portaria 3410/2013, 60% / 40% Parte pré-fixada (Média complexidade e todos incentivos) - Contratualização Proposta 80% / 20%.** O Secretário informou que antes havia um modelo de 90%/10%, ou seja, pagava 90% e retinha 10% numa avaliação trimestral. A Portaria nº 3410/2013 do Ministério da Saúde recomendava 60% pré-fixado 40% pós e o Estado decidiu adotar o modelo 80%/20%. Maior orçamentação global pré-fixada daquele contrato, onde daquela orçamentação global no 2º quadrimestre aplicaria sobre 20%, o score de desempenho que determinará se vai dar ou não o desconto no pagamento do 2º quadrimestre daquele percentual de 20% mais pagamento de produção da alta complexidade. **Parte Pré-Fixada** - A composição do valor total a ser contratualizado será formada por uma parte pré-fixada e outra pós-fixada, tendo a forma de repasse definida nesta Portaria. **Parte Pré-Fixada (Orçamentação Global)** - A parte pré-fixada, com orçamentação global, será definida com base na capacidade instalada e no perfil assistencial na Unidade Hospitalar e vinculada aos seguintes critérios: Habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos, conforme valores definidos no Anexo I da Portaria nº 076-R, de 19/05/2022; qualificação e disponibilidade de leitos de Sala Vermelha - Pronto Socorro; consultas ambulatoriais especializados no novo modelo de regulação ambulatorial - Auto Regulação Formativa Territorial (ARFT) conforme valores definidos no Anexo I da Portaria nº 076-R, de 19/05/2022; incentivos federais e efetivação de repasses federais. A parte Pré-fixada (Orçamentação Global) se conseguiu padronizar. O Secretário informou que tem uma quantidade de proporção de leitos habilitados, que criaram um Estatuto da Habilitação Estadual, no qual conseguiram padronizar cada leito de cirurgia geral, de ortopedia, de clínica médica e que chegaram uma definição de valores. Uma Resolução da Comissão Bipartite faz habilitação desses leitos por meio de Resolução da CIB e leitos habilitados estadualmente passam a receber aquela remuneração. O mesmo explicou que se vier uma habilitação federal o hospital não vai ganhar a habilitação estadual, mas habilitação federal. A habilitação federal é só uma fonte pagadora daquela habilitação estadual. Cada hospital ficará obrigado a ter no mínimo 10 leitos de sala vermelha, que é algo fundamental para a garantia de acesso principalmente na vaga zero do SAMU, na rede de urgência e emergência em todo o Estado do ES. **Parte Pós-Fixada** - Fica com o pagamento ligado a oncologia que não teve modificação, a procedimentos de alta complexidade, ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) que são procedimentos que o Governo Federal paga por produção (cirurgias bariátricas, a cardiologia e aquisição complementar de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) externo - SADT externo - "quero comprar tomografia para atender a referência regional". O valor de tomografia é paga por produção e com base no valor da



tabela SUS. A compra de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) externo passa ser também ofertada como pagamento por produção nesses hospitais e tendo como valor de referência a tabela SUS. **Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar – Política de Contratualização Proposta em 8 Dimensões:** 1 - Qualificação da Estrutura e Processos; 2 - Qualificação de pessoas; 3 - Segurança Assistencial; 4 - Experiência do usuário; 5 - Acesso ao sistema; 6 - Eficiência no uso do leito; 7 - Continuidade dos cuidados; 8 - Avaliação e auditoria. Nessas 8 dimensões tem-se um conjunto de pontos que vão somar 100 pontos. Se na avaliação no quadrimestre somar 90 pontos, tem desconto no contrato. Daqueles 20% na orçamentação global se aplicaria 25% de desconto se o hospital pontuar 84 pontos. **Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar – Score Máximo:** qualificação da estrutura e processos 10,0 score; qualificação de pessoas 10,0 score; segurança assistencial 20,0 score; experiência do usuário 10,0 score; acesso ao sistema 20,0 score; eficiência no uso do leito 15,0 score; continuidade dos cuidados 5,0 score; avaliação e auditoria 10,0 score, perfazendo um total 100,0. O desempenho alcançado, em cada uma das apurações quadrimestrais impactará no repasse financeiro dos 20% do valor global pré-fixado. **1 - Qualificação da Estrutura e Processos – Descrição:** 1.1 – Atender a Legislação Brasileira - **Meta:** 100% dos alvarás e licenças atualizadas, em até 12 meses após a assinatura do convênio - score 5,0; **Descrição:** 1.2 – Certificação de Organização Nacional de Acreditação (ONA) - **Meta:** Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a certificação alcançada, conforme Hospital Estruturante: ONA nível 1 em 18 meses; ONA nível 2 em 30 meses; ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio. **Hospital Estratégico:** Certificação ONA 1 em 18 meses. **Hospital Apoio:** Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses - score 5,0. **2 – Qualificação de Pessoas – Descrição:** 2.1 – Qualificação do corpo clínico - **Meta:** 50% do corpo clínico atende ao requisito de possuir titulação de especialista em uma das especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; 70% em até 18 meses e 80% em até 36 meses após a celebração do convênio - score 5,0. **Descrição:** 2.2 – Qualificação do corpo de enfermagem e equipe multiprofissional de apoio - **Meta:** Apresentar Plano de Educação Continuada ativo com meta de 2 horas de treinamento/funcionário mês - imediato - score 5,0. **3 – Segurança Assistencial – Descrição:** 3.1 – Eventos adversos infecciosos graves - **Meta:** Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA - score 10,0. - **Descrição:** 3.2 – Eventos adversos não infecciosos graves - **Meta:** Notificar os eventos adversos não infecciosos graves em plataforma a ser definida pela SESA - score 5,0. - **Descrição:** 3.3 – Reinternações Hospitalares - **Meta:** Notificar as reinternações hospitalares em plataforma a ser definida pela SESA - score 5,0. **4 – Experiência do Usuário – Descrição:** 4.1 – Experiência do usuário - **Meta:** Parâmetro de Transição: - Indicador 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre. Carência dos primeiros 3(três) meses para implantação, monitoramento e avaliação - score 10,0. - Pesquisa avaliada pela metodologia do - **Net Promoter Score(NPS)** - Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre. 5 pts - atingir o NPS 50, 10 pts - atingir o NPS 65. **5 – Acesso ao Sistema – Descrição:** 5.1 – Acesso Hospitalar - **Meta:** 100% dos pacientes aceitos dentro do perfil - score 4,0. - **Descrição:** 5.2 – Tempo de Regulação - **Meta:** 100% das solicitações respondidas em até 2 horas - score 3,5. - **Descrição:** 5.3 – Acesso pela ARFT - **Meta:** 1º Quadrimestre: 10-20% dos atendimentos por meio de opinião formativa. A partir do 2º Quadrimestre: 15-40% dos atendimentos por meio de opinião formativa - score 3,5. - **Descrição:** 5.4 – Prazo de atendimento das consultas da ARFT (Presencial ou por telemedicina) - **Meta:** 1º Quadrimestre: 70% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II. - A partir do 2º Quadrimestre: 95% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II - score 4,0. - **Descrição:** 5.5 – Fila Cirúrgica - Prazos para realização das cirurgias: - Emergente: Até 6 horas, - Urgentes: Até 24 horas, - Eletivo Urgente: Até 14 dias, - Eletivo (Essencial): Até 90 dias, Eletivo Não Essencial: Até 150 dias. - **Meta:** 1º Quadrimestre: 70% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos. A partir do 2º Quadrimestre: 95% dos pacientes do



território de abrangência atendidos dentro dos prazos – score 5,0. **6 – Eficiência no uso do Leito** – **Descrição:** 6.1 – Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores abaixo: Internação por causas sensíveis à atenção primária; média de permanência; taxa de reinternação; condições adquiridas. **Meta** – Alcançar, até o 18º mês de assinatura do convênio, o percentil de 75% do referencial brasileiro do Diagnosis Related Group (DRG) para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínico-perfil brasileiro. – **Meta:** Alcançar, até o 24º mês de assinatura do convênio, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica. score 15,0. **7 – Continuidade dos Cuidados** – **Descrição:** 7.1 – Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar. **Meta:** Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de “call center” ou mensagens eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo: 1º Quadrimestre: 20% das altas; 2º Quadrimestre: 40% das altas; 3º Quadrimestre: 80% das altas - score 5,0. **8 – Avaliação e Auditoria** – Profissionalização com a contratualização de uma equipe de auditoria independente. **Descrição:** 1.2 – Cumprir as obrigações definidas no convênio de contratualização, avaliadas pela auditoria externa independente. **Meta:** cumprir e manter 95% das obrigações elencadas em até 06 (seis) meses após a celebração do convênio - score 0 a 10,0. Os indicadores acima deverão constar no Documento Descritivo, em que poderá ainda, crescer ou reduzir indicadores, de acordo com o perfil assistencial e característica de cada hospital. A ficha técnica de cada indicador constará no documento descritivo. **Requisitos e Níveis de Atenção** – Requisitos para a prestação de Serviços Especializados de Assistência Ambulatorial à Saúde. Os serviços especializados ambulatoriais serão contratados na modalidade hora de serviço e deverão compreender atividades médicas assistenciais desenvolvidas por meio de telemedicina, consultas compartilhadas, atendimentos presenciais, e emissão de opinião formativa, assim entendida como a avaliação e a orientação técnica especializada sobre condutas clínicas a serem adotadas pelos profissionais solicitantes. A proposta é micro regionalizar 21 especialidades médicas (Nível I ao Nível IV). Nível I - 8,8H/Mês - Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia. Nível II - 3,4H/Mês - Geriatria, Cardiologia, Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Angiologia. Nível III - 2,8H/Mês - Dermatologia Sanitária, Neurologia Clínica Adulto, Endocrinologia e Metabologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Gastrenterologia, Radiologia e Diagnóstico por imagem Endoscopista. Nível IV - 1,6H/Mês - Cardiologista - apoio diagnóstico, Neurologia Pediátrica, Reumatologia, Pneumologia, Nefrologia. Nível V - 0,8H/Mês - Atendimento em Neurofisiologia (Eletroneuromiografia), Hematologia e Hemoterapia, Cardiopediatria, Alergologia e imunologia, Infectologia, Mastologia, Neurocirurgia. Nível VI - 0,3H/Mês - Uroginecologia, Hepatologia, Genética Médica, Urologia Pediátrica, Nutrologia, Endocrinopediatria, Reumatologia Pediátrica, Psiquiatria infantil, Nefrologia Pediátrica, além de 40 especialidades médicas. **Número Máximo de Habitantes Vinculados a um Único Especialista** – Nível I - 4 mil habitantes; Nível II - 3,4 H/Mês 182 mil habitantes; Nível III - 2,8H/Mês 217 mil habitantes; Nível IV - 1,6H/Mês 378 mil habitantes; Nível V - 0,8H/Mês 756 mil habitantes; Nível VI - 0,3H/Mês 2,09 mil habitantes. **Critérios para composição:** - Micro regionalização, acesso rodoviário, decisão do gestor, otimização das estruturas e contratos existentes. Não é necessário continuidade territorial. **Polos – Região Central Norte:** Micro Polo São Mateus (04 Municípios) – Conceição da Barra, Jaguaré, Pedro Canário, São Mateus – População abrangente: 218.335 habitantes. Micro Polo Nova Venécia (10 Municípios) – Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Ecoporanga, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pinheiros, Ponto Belo, Vila Pavão. População abrangente: 212.264 habitantes. Micro Polo Linhares (08 Municípios) – Águia Branca, Alto Rio Novo, Governador Lindemberg, Linhares, Marilândia, Rio Bananal, Sooretama, Vila Valério – População abrangente: 279.866 habitantes. Micro Polo Colatina (06 Municípios) – Baixo Guandu, Colatina, Mantenópolis. Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha – População abrangente: 213.084 habitantes. – **Região Sul:** Micro Polo Caparaó (12 Municípios) – Alegre, Apiacá, Bom Jesus do Norte, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama,



Irupiú, Iúna, Jerônimo Monteiro, Muniz Freire, São José do Calçado – População abrangente: 181.547 habitantes. Micro Polo Centro Sul (05 Municípios) – Atilio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim, Mimoso do Sul, Muqui, Vargem Alta – População abrangente: 283.912 habitantes. Micro Polo Litoral Sul (08 Municípios) – Alfredo Chaves, Anchieta, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma, Presidente Kenedy, Rio Novo do Sul – População abrangente: 175.518 habitantes. - **Região Metropolitana:** Micro Polo Santa Teresa (08 Municípios) – Fundão, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Roque do Canaã – População abrangente: 145.737 habitantes. Micro Polo Serrana (08 Municípios) – Afonso Cláudio, Brejetuba, Castelo, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Ibatiba, Marechal Floriano, Venda Nova do Imigrante – População abrangente: 196.512 habitantes. - **Grande Vitória:** Micro Polo Aracruz (03 Municípios) – Aracruz, João Neiva, Ibatuba – População abrangente: 130.367 habitantes. Micro Polo Serra – Serra – População abrangente: 517.510 habitantes. Micro Polo Vitória – Vitória – População abrangente: 362.097 habitantes. Micro Polo Vila Velha (02 Municípios) – Vila Velha, Guarapari – População abrangente: 618.697 habitantes. Micro Polo Cariacica (02 Municípios) – Cariacica, Viana – População abrangente: 459.524 habitantes. **Prestação de Serviço de Saúde baseada em Contratos de Desempenho** – O tempo resposta às solicitações realizadas será, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas. Prazos para realização dos atendimentos autorizados: Muito Alto Risco – Até 10 dias; Alto Risco – Até 14 dias; Médio Risco – Até 30 dias; Baixo Risco – Até 60 dias. O Secretário explicou que na prática desenharam o modelo da fila zero. Modelo onde o hospital é pago de acordo ao desempenho da garantia de tempo de acesso. Foi apresentado também a **Tabela de Valores de Diária de Leitos Hospitalares Habilitados e Qualificados para Contratualização** onde a planilha define os valores das diárias dos leitos e aí pelo Leito de Clínica Médica pagando a diária do Hospital Estruturante de R\$175,00 reais. Nos R\$875,00 reais, está incluindo todos os procedimentos, todos os medicamentos, tudo que for necessário para a resolução do cuidado daquele paciente, ou mesmo, na Enfermaria Psiquiátrica, na Clínica Cirúrgica ou na Clínica Ortopédica. O Secretário aproveitou para informar que abriram serviços de ortopedia com cirurgia eletiva em Venda Nova do Imigrante, Guaçuí, Itapemirim. Ampliaram hospitais próprios no Estado - Santa Teresa, na perspectiva de ampliarem a capacidade de ofertas. Melhoraram e ampliaram a ortopedia em Barra de São Francisco no Hospital Roberto Silveiras e do Hospital Silvio Ávidos em Colatina. E aí de acordo com o valor da diária pelo número total de leito, se faz os cálculos de quanto vai ser o preço naquele hospital. Apresentou também outros valores e outros tipos de leitos, onde o pagamento por valor global é de R\$120/hora ambulatorial e por 120/hora o hospital terá que ofertar Telessaúde/Telemedicina – consultas presenciais componente formador de 2 a 6 consultas/hora equivalente ao mínimo mensal de 346 e máximo de 1039 consultas. O Secretário apresentou a **Tabela Simulação da Valoração de Hospitais Estruturantes** (de como se especifica um contrato). **Dispositivo de Transição: Leitos da Sala Vermelha** - os hospitais deverão disponibilizar 10(dez) leitos de sala vermelha no Pronto Socorro ou, se adequar, no prazo de 06(seis) meses. **Extra Teto** – os faturamentos extra teto do período anterior à assinatura do novo convênio serão preservados e pagos mediante comprovação da execução e instrução processual. **Etapas - Implementação da Nova Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao SUS: 20/04/2022** – Reunião de Apresentação aos Filantrópicos; **Maio** – Retorno dos filantrópicos à SESA sobre dúvidas e/ou considerações; **A partir de junho** – Iniciou a nova contratualização com hospitais estruturantes; **A partir de julho** – nova contratualização com os demais hospitais. O mesmo informou que já temos quase 20 hospitais que assinaram a nova Política Estadual de Contratualização. A nova política estadual de contratualização com a rede complementar visa ampliar a **governabilidade** para a **gestão dos leitos** bem como a **autonomia da gestão de recursos e serviços** prestados ao SUS capixaba. O Secretário informou que na perspectiva de estarem certos terá uma proposta de nova contratualização extremamente arrojada, inovadora e em condições de poder apresentar uma ampliação gigantesca da quantidade de cirurgias eletivas, consultas ambulatoriais, exames e



organização da rede. Que a partir desse momento, cada hospital terá o seu território. Explicou que estarão reduzindo o tamanho da média complexidade ambulatorial, jogando-a para média complexidade hospitalar ou como núcleo de apoio direto territorial de ação da família, de modo que uma hérnia inguinal diagnosticada na atenção básica, ela poderá ser encaminhada direto ao Cirurgião Geral do hospital que opera naquele território. Falou que estão simplificando os procedimentos de acesso e para poder modernizar essa relação, iniciaram uma implantação de uma nova plataforma chamada **Acesso e Confia**, onde já traz a telemedicina, a segunda opinião, a vinculação, todas as regras de negócios, inclusive o NPS dentro dessa plataforma. Diante de todos esses elementos apresentados estabeleceram uma grande mobilização das estruturas da SESA com a Federação das Entidades Filantrópicas na pactuação dessa modelagem que já inicia a sua execução. O Secretário Nésio fez um reconhecimento público a todos aqueles que se dedicaram a construção desse modelo dentro da SESA, a todos os trabalhadores e trabalhadoras do SUS no Estado do Espírito Santo que de maneira muito arrojada consolidaram um desenho que pudesse de fato fazer o Sistema Único de Saúde se orientar a ter a sua relação com as entidades privadas orientadas por uma expectativa e por mecanismo de desempenho com garantia de acesso. Na Secretaria de Contratualização, de Regulação, da Atenção à Saúde, nas Regionais, a Federação das Entidades Filantrópicas, do ICEPi um conjunto grande de trabalhadores que se mobilizaram para a construção desse modelo. Informou que a expectativa era iniciar no ano de 2020, mas, no entanto, em janeiro de 2020 iniciaram as tentativas com a Federação das Entidades Filantrópicas e, que em seguida, veio a Pandemia. Para se organizar a rede, é necessário de um tempo de estabilidade. Não dava para especificar um contrato a cada 30, 60, 90 dias, tinham que aumentar a quantidade de leitos, perfil de leitos. Conquistou-se, apostou-se na ciência, nas vacinas e no SUS, um momento melhor de estabilidade do controle da Pandemia, que permitiu o Estado do Espírito Santo repensar toda a regionalização, toda a rede hospitalar do Estado. Com esses elementos o Secretário Nésio concluiu a sua apresentação inicial sobre o Modelo da Nova Contratualização e se colocou à disposição para possíveis esclarecimentos. O Presidente Ricardo Ewald agradeceu a apresentação do Secretário Nésio e em seguida abriu o espaço para que fossem feitas as perguntas caso houvesse e iniciou perguntando ao Secretário se já está em vigência o novo modelo de contratualização. O Secretário informou que sim e assinado com quase 20 hospitais no Estado. O Mansour Cadais Filho/FAMOPES saudou a todos, parabenizou o Secretário pela apresentação e comentou que não tem dúvidas, mas sim uma constatação por que observando essa proposição no sentido de estar, exatamente, diminuindo aquele gargalo que havia, aquele afunilamento que tanto o angustiava os usuários e na expectativa e na esperança, de que o novo modelo consiga diminuir essa demanda e observa também a preocupação com a desjudicialização. Porque antes havia uma cultura dos Estados, dos Municípios e até os servidores nas recepções existentes, que induziam os usuários a judicializar. Era uma prática muito comum. Observa agora essa preocupação em desjudicializar, não para que se perca seu direito, de um direito, mas sim de que não venha a ter a judicialização, pois tem um custo e se houver um atendimento digno, o acesso necessário, não haverá a necessidade de estar judicializando e sim de desjudicializar, diminuindo o custo das ações que anteriormente eram abertas. Agradeceu e parabenizou novamente o Secretário. O Secretário confirmou e agradeceu a colocação e explicou que as judicializações no SUS quase chegou a 220 milhões de reais por ano. Disse que conseguiram reduzir no ano passado para menos de 90 milhões de reais. Genecy Teixeira de Oliveira/MITRA saudou a todos e informou que foi um trabalho intenso, envolvendo muitos trabalhadores, uma apresentação rápida e de qualquer forma surgem dúvidas, mas gostaria de saber em relação aos envolvimento dos municípios nesse processo de territorialização, se eles entram nessa proposta automaticamente ou se teve envolvimento com seminários, debates para que eles participem desse processo ou é mais ou menos parecidos com o processo de consórcio dos municípios. O Secretário agradeceu a colocação da Genecy e explicou que o sistema de regulação já faz a vinculação do profissional de atenção básica com o especialista de referência. A nova aplicação que



está entrando em funcionamento e que passou por 2 meses de transição, oficinas com os municípios, auto cadastro, vinculação e que tem todos os nossos cadastros conferidos na plataforma. Essa plataforma semana que vem, já vem com o cadastro de medicina também, podendo fazer consulta on-line e presencial. Ela já traz a regra de vinculação, onde cada equipe terá um especialista vinculado a ela. Isso o próprio sistema já faz. O Secretário informou que já fizeram várias oficinas com os municípios, treinamentos com os prestadores e esse processo se dar na aplicação. A oferta do Estado está toda ofertada nesse modelo. Os municípios a partir da semana que vem, poderão fazer a oferta dos serviços próprios deles, também dentro do mesmo sistema. O Governo do Estado vai dar aos municípios acesso ao sistema para organização do complexo municipal que já é feito hoje, e que na verdade só estão substituindo a plataforma atual por uma nova que vai ser mais completa e que irá permitir melhor monitoramento. Genecy perguntou se algum Estado do País já trabalha com esse modelo. O Secretário informou que não, mas que tinham experiência nas regiões: Sul, Sudeste, Bahia, São Paulo, Ceará e Minas Gerais e que agruparam em um único. Genecy disse esperar que melhore o atendimento da população dos municípios mais afastados da Grande Vitória e em seguida agradeceu. Márcio Flávio Soares Romanha/CUT saudou a todos e em seguida perguntou sobre a questão do atendimento do interior do Estado e a questão dos Polos (Noroeste, Norte, Sul e Grande Vitória) será disponibilizado consultas, exames, cirurgias e hemodiálise ou se eles precisarão continuar vindo para cá. O Secretário informou que a hemodiálise já regularizou muitos processos no Estado e que hoje tem serviços em quase todas as micro regiões, inclusive irão inaugurar mais um serviço em Barra de São Francisco. Informou que temos 21 especialidades médicas já composta na pactuação dela sendo ofertada no município ou na micro região. Os municípios poderão se juntar por meio de consórcio, ou de um município polo que contrate um hospital filantrópico, ou por um município que queira ofertar para toda a micro região esse serviço e o Estado coloca 6 e 30 per cápita ano. Na pactuação do município coloca 6 e 30 e pegar mais 6 e 30 do teto mac dos municípios e coloque nessas ofertas. O processo de micro regionalização já está pactuado em Resolução CIB e nesse momento está em licitação em diversos lugares. Informou que ontem foi a licitação de dois polos da região norte que irão fazer pelo consórcio, um em São Mateus e o outro em Nova Venécia. Explicou que já temos o serviço funcionando no polo do Caparaó, temos a região central sul (Cachoeiro para baixo – litoral sul também) que está viabilizando via hospital filantrópico com consórcio, a oferta desses serviços. Os hospitais de cada região, ficarão responsáveis pela oferta das cirurgias eletivas também. Aquilo que não está no micro polo e está no hospital. O Secretário exemplificou: Hospital Evangélico de Cachoeiro atende à demanda do Sul, portanto, o Evangélico e Itapemirim serão da Região do Micro Polo Sul. A Santa Casa de Guaçuí atende a Ortopedia da Região do Caparaó, então micro regionalizou também a referência do hospital que dava para micro regionalizar e aquelas especialidades que exigem uma complexidade maior, maior escala até para ter qualidade do serviço, deixaram na referência Regional, no caso da referência da Oncologia, em Cachoeiro. Dessa maneira a redução da quantidade de pacientes se deslocando fora das regiões já é muito significativa. Informou que haviam feito um grande processo nesses 3 anos na região Sul, Central e Norte de tirarem referências da Grande Vitória para colocarem na própria região. Citou uma conversa que teve com o Secretário Henrique de São Mateus, onde o mesmo perguntou ao Secretário Henrique como estava sendo a ida para Vitória com o transporte de pacientes. O Secretário Henrique informou que antes tinham 3 ônibus por dia para Vitória e que agora não consegue encher 1 ônibus de pacientes para Vitória. O Secretário Nésio explicou que esse movimento acontece desde 2019 e com os micros polos irá avançar ainda mais, porque abriram o polo de cirurgia oftalmológica em Conceição da Barra. Informou que a fila de Catarata na Região Norte, Região do Rio Doce e Região Sul estão zeradas e com mais de 3.000 consultas/mês ofertadas no Hospital Evangélico, só de Oftalmologia. Esses grandes avanços são estruturantes somado ao longo desses 3 anos e a nova contratualização veio para melhorar ainda mais essas questões para simplificar o acesso. Disse que até o Nível 4, a ideia é que o município oferte na



micro região e no município e os Níveis 5 e 6, o Estado banque na contratualização com os hospitais filantrópicos ou hospitais próprios geridos pela SESA, Filantrópicos e Fundação. Marcio Romanha agradeceu ao Secretário o esclarecimento e parabenizou a apresentação. O Presidente Ewald deu a palavra ao Pablo Reis Garcia Perez/SINFES que saudou a todos e informou que havia uma dúvida na apresentação onde foi colocado o modelo 80/20 migrando do 90/10. Perguntou quais os critérios foram adotados para o modelo 80/20 sendo que a recomendação é 60/40. O Secretário Nésio explicou que se trabalha com as perspectivas da sustentabilidade do modelo da ideia do custo fixo, de um custo potencialmente variável de acordo com o desempenho. A prefixação dos hospitais filantrópicos, ela trabalha com patamares financeiros de valores na prefixação que paga menos do que custa a gestão direta, paga menos do que custa a gestão por OS e do que custa a gestão pela fundação. É um modelo com melhor relação custo e benefício de prestação de serviços e se ampliar muito o desconto poderiam perder o equilíbrio econômico do contrato e já significa um percentual de redução da receita muito significativo, quando se aplicamos 90% sobre 20%. Um contrato de R\$10.000.000,00 milhões de reais haveria um desconto de R\$1.800.000,00 um milhão e oitocentos mil reais por mês, durante 4 meses se não alcançarem todas as metas. É uma penalização bem significativa, capaz de induzir uma busca pelo bom desempenho do hospital e garantir o equilíbrio do contrato. O Secretário explicou que existe um elemento que não foi colocado na apresentação onde menciona que se o hospital, reiteradas vezes, não cumprir o contrato e colapsar, o próprio contrato prever dispositivos de intervenção do Estado naquele hospital. Informou que abriram cláusulas de contrato que pudessem, inclusive, subsidiar em alguma situação absurda de descumprimento contínuo do contrato e não garantindo o acesso a capacidade da intervenção do Estado naqueles contratos, então, tudo isso ficou desenhado dentro da política e do novo modelo da nova contratualização. O Presidente Ewald passou a palavra ao Alexandre Coutinho Sattler/SINFES que saudou a todos e perguntou ao Secretário Nésio como o mesmo está deslumbrando a avaliação do controle social, principalmente, aos indicadores de desempenho hospitalar. Se vai ter uma plataforma, um site, que o controle social possa adentrar e conhecer os indicadores e desempenho da rede hospitalar contratualizada. Como é que está essa perspectiva da divulgação da transparência dessas informações. O Secretário Nésio explicou que a expectativa de incluírem o NPS é justamente a perspectiva de ter o dado de experiência do usuário. O mesmo informou que todos os indicadores, avaliação dos hospitais, que estiverem lá, serão dados públicos. A SESA terá uma plataforma a partir do segundo quadrimestre, um site onde todos esses indicadores de avaliação de cada contrato estarão sendo colocados para acesso dos Conselheiros, da Sociedade, das Instituições e Órgãos de controle externo. A perspectiva é dar a plena transparência naquilo que os contratos tem previsto como expectativas de resultados e aquilo que de fato eles estarão produzindo para o fortalecimento da relação de confiança com a sociedade. Os gestores públicos recebem uma missão de poder fazer bem tudo aquilo que lhes delega a gestão pública, respeitando os princípios e a transparência e a participação social, vem se consolidando como um melhor caminho para conquistar a confiança da população. Para que as decisões não sejam decisões frágeis, não sejam só decisões de Governo. Que elas possam permanecer mais tempo e na perspectiva de fortalecer a transparência, os indicadores serão todos publicados em site da SESA e a outra questão é a plataforma da DRG, onde terá um espaço para notificar eventos adversos graves, infecciosos ou não e também, as reinternações e as condições sensíveis a atenção básica. Tudo isso será notificado na própria plataforma DRG. O João Carlos dos Santos/SINDNAPI-ES informou que esteve em uma unidade hospitalar para atender uma denúncia de maus tratos com uma idosa e o hospital comunicou ao conselheiro que não tinham contrato com o Conselho, mas sim, com a SESA. Que o hospital não sabia nada sobre o Conselho Estadual. Mediante a este fato, solicitou ao Secretário Nésio cópia dos contratos dos hospitais, para que pudessem ter um conhecimento melhor quanto ao contrato firmado com os respectivos hospitais. O Secretário Nésio informou que irá solicitar o encaminhamento de todos os contratos para o Conselho Estadual, mas esclareceu ao Conselheiro



que todos os contratos assim que são assinados, os extratos são enviados para o diário e o contrato para o site da SESA. O mesmo informou que temos na avaliação de auditoria 10 pontos no score, a onde a criação de todos os conselhos e comissões, ela é avaliada, se o hospital não tiver com os conselhos e comissões em funcionamento, ele pode ser penalizado por regra do contrato. Reforçou que temos dispositivos de cobrança de garantia da transparência da participação social dentro dos conselhos de cada unidade dessa. O Secretário Nécio agradeceu o espaço, a gentileza, as boas perguntas e colocações apresentadas e em seguida finalizou a sua apresentação. O Presidente Ewald agradeceu ao Secretário pela presença e informou que se houvesse mais alguma pergunta, que fosse enviada para o CES, que providenciariam a resposta via assessoria do Secretário e devolveriam para quem perguntou. O Presidente Ricardo Ewald passou para o **1º ponto de Pauta – Deliberação da CIOF – Relatoria: Mesa Diretora via Comissão Intersectorial de Orçamento e Finanças** – onde o mesmo passou a palavra para o **Paulo Roberto Alves Guimarães/SESA** que saudou a todos e iniciou informando que o Parecer da CIOF é relativamente adequações das metas e indicações naqueles dois pontos sobre a questão da hemodiálise e de acordo com a Nota Técnica Nº 001/2022/SSEPLANTS/GPEDI. O mesmo apresentou o Parecer da CIOF: "**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - COMITÊ INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANÇAS – CIOF - MESA DIRETORA DO CES. REFERÊNCIA: Adequação das metas e indicadores do Plano Estadual de Saúde - PES 2020-2023 - NOTA TÉCNICA Nº 001/2022/SSEPLANTS/GPEDI e Adequação das ações da PAS 2022 – Programação Anual de Saúde - NOTA TÉCNICA Nº 002/2022/SSEPLANTS/GPEDI. PARECER:** O presente parecer é relativo adequação das metas e indicadores do Plano Estadual de Saúde - PES 2020-2023, bem como na Programação Anual de Saúde para o ano de 2022 – PAS 2022, conforme descrito nas NOTAS TÉCNICAS Nº 001 e 002/2022/SSEPLANTS/GPEDI. Considerando que o PES 2020-2023 é o instrumento normativo utilizado pelos gestores do SUS como ferramenta de gestão que define as diretrizes, objetivos e metas para o período; considerando que a Programação Anual de Saúde – PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados; considerando que o planejamento estratégico do SUS é um processo dinâmico, sujeito a ajustes em função de alterações dos cenários de saúde ao longo do tempo, seja para maior eficiência na execução das metas pactuadas ou para inserção de novos conteúdos diante de alterações do contexto epidemiológico-sanitário, econômico e social; considerando que foram constatadas algumas necessidades de ajustes nas metas originalmente construídas e implementadas no decorrer da execução do PES 2020-2023 e; considerando, ainda, que ao se promover correções e atualizações no PES 2020 – 2023, tais ações necessitam ser descritas e quantificadas nas Programações Anuais de Saúde e conforme sugerido na Nota Técnica 002/2022/SSEPLANTS/GPEDI, propõe-se que haja alterações na PAS 2022; **a CIOF sugere ao Pleno a aprovação das adequações das metas e indicadores do Plano Estadual de Saúde – PES 2020-2023 e na PAS – Programação Anual de Saúde 2022 nos termos das NOTAS TÉCNICAS Nº 001 e 002/2022/SSEPLANTS/GPEDI, em anexo.** Vitória, 08 de Agosto de 2022. *Andréa Cellin/Coordenadora CIOF*". Também apresentou a Nota Técnica Nº001 e 002/2022/SSEPLANTS/GPEDI onde informa: Nota Explicativa à CIOF/CES ES - relativa à NOTA TÉCNICA Nº 001/2022/SSEPLANTS/GPEDI, que trata da solicitação de inclusão de novas metas no PES 2019-2023 e encontra-se em análise no CES. A CIOF/CES solicita informações complementares em relação à proposta de alteração da meta 1.4.4, que apresentou a seguir. OBJETIVO 4: Ampliar e implementar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças e Agravos Crônicos em todas as regiões de saúde. **Onde se lia:** 1.4.4 - Habilitar, junto ao Ministério da Saúde, de forma regionalizada, serviços especializados em nefrologia para diálise peritoneal de pacientes com doença renal crônica - Número de serviços habilitados. **Passa a valer a nova redação da meta e do indicador:** 1.4.4 - Reduzir o tempo de espera para disponibilização de vagas para hemodiálise dos pacientes hospitalizados - Percentual de vagas de hemodiálise



disponibilizadas em até 72 horas. Anexou abaixo as informações disponibilizadas no RAG 2020, 2021 e 1º RDQA 2022, todas já enviadas ao CES - RAG 2020 e 2021 já aprovados, 1º RDQA 2022 em apreciação - onde fica bem caracterizada a reestruturação da política de TRS e os avanços significativos obtidos ao longo destes 03 anos. A meta original inserida no PES 20219-2023 buscava alternativas para tratamento em tempo adequado aos pacientes renais crônicos por meio da diálise peritoneal. Entretanto, com as diversas medidas de gestão adotadas, foram significativamente ampliadas as vagas de hemodiálise, com ampliação de novos serviços e mais vagas nos serviços existentes, garantindo que 90% das novas demandas sejam atendidas em até 72h (77% em 24h), praticamente, eliminando filas de espera para TRS. Assim, a nova meta busca monitorar a continuidade da garantia de acesso em tempo adequado (até 72h), preservando os resultados obtidos no momento (sem filas) e evitando a permanência indevida de pacientes com Doença Renal Crônica em ambiente hospitalar pela demora no acesso às clínicas de TRS. Este monitoramento indicará também a eventual necessidade de ampliação da oferta e/ou redistribuição das vagas de TRS entre as diversas clínicas habilitadas nas 03 regiões de saúde, evitando disparidades de acesso entre as regiões. **Transcrição do conteúdo do RAG 2020, 2021 e 1º RDQA 2022 em relação à meta 1.4.4: RAG 2020:** No tocante à TRS, houve ampliação do número de vagas de hemodiálise nos serviços existentes **(276 novas vagas), com aumento de 2631 para 2907 (aumento de 10,5%) das vagas SUS contratualizadas.** Também foi implementado o monitoramento do tempo resposta para desospitalização de pacientes, foi atualizado o Protocolo de Desospitalização e formulados os Protocolos de Trânsito, Transferência e Ambulatorial e foi elaborada a Instrução Normativa do fluxo regulatório, formulário de solicitação de vaga e formulário de solicitação de transferência. A atualização e formulação de documentos padronizados, assim como o monitoramento contínuo do número de vagas dos serviços contratualizados contribuíram para a implementação da operacionalização do processo regulatório realizado pela SESA, propiciando a melhoria do fluxo de acesso aos serviços de TRS. **RAG 2021:** Relativamente à meta 1.4.4, **houve a centralização da regulação dos pacientes de TRS** e a atualização dos protocolos de acesso. O processo de regulação já se desenvolve conforme protocolos atualizados. **A disponibilização de vagas em até 72 horas para hemodiálise de pacientes hospitalizados alcançou em 2021 88,5% das vagas solicitadas (foram regulados 531 pacientes e desses 470 tiveram a vaga garantida em até 72 horas). A disponibilização de vagas em até 72 horas para TRS de pacientes ambulatoriais alcançou em 2021 100% das vagas solicitadas (foi garantida vaga para todos os 112 pacientes em até 72 horas).** 1º RDQA 2022: Relativamente à meta 1.4.4, no primeiro quadrimestre de 2022 foi dada continuidade à centralização da regulação dos pacientes de TRS no nível central da SESA, desenvolvida conforme protocolos atualizados. **A disponibilização de vagas em até 72 horas para hemodiálise de pacientes hospitalizados alcançou nesse quadrimestre 89,5% das vagas solicitadas - foram recebidas 196 solicitações de vagas de tratamento de Terapia Renal Substitutiva para pacientes internados.** Dessas solicitações, 12 foram canceladas e 184 foram reguladas em até 72 horas). Das 184 vagas reguladas obtivemos o seguinte resultado: 142 respondidas até 24 horas (77,10%), 16 respondidas em até 48 horas (8,7%), 07 respondidas em até 72 horas (3,8%). Disse estar à disposição dessa Comissão e do Pleno do CES para quaisquer esclarecimentos complementares. Vitória, 05 de agosto de 2022. **GPEDI/SSEPLANTS/SESA. Paulo Roberto Alves Guimarães/SESA** informou que conseguiram alcançar todos os planos e agora estão trabalhando só com a diminuição do tempo de espera daquelas regiões que foram contempladas em seguida passou a palavra para o Presidente Ewald que explicou como é matéria deliberativa, ficaria em aberto se alguém tivesse alguma fala que poderia se inscrever e em seguida deliberaria votando sobre o assunto em pauta. Informou que não havendo manifestação, entrariam em regime de votação e que seria nominal e os favoráveis se manifestassem dizendo se aprova o pleito. A Secretária Executiva Cynara Azevedo comunicou que foram 17 votos a favor. O Presidente Ricardo Ewald informou que pela votação indicada, está aprovado a matéria. O mesmo



seguiu para o **3º ponto de pauta – Deliberações da Plenária e Conferência – Relatoria: Comissão Organizadora da Etapa Estadual da 5ª CNSM e da Plenária Estadual de Saúde.**

O Mansour Cadais Filho/FAMOPES agradeceu e informou da mudança da data, conforme programado anteriormente, porque a licitação deu **deserto** e informou que o processo foi aberto novamente e até o dia 15/08/22 já teremos abertura do pregão e o resultado para socializarmos com o pleno do conselho e com os demais municípios. Informou que já foi programado uma live aquecedora para delegados e delegadas não perderem o foco em relação aos debates que fizeram em todas as etapas municipais e regionais com relação as propostas. Comunicou que no dia 29/08/22 às 09:30h vai acontecer a reunião da Coordenação Estadual para tratarmos sobre a 16ª Plenária Estadual de Conselho de Saúde; que estará reunido com todos os coordenadores municipais para, exatamente, rever, inclusive, participações, porque já faz muito tempo que foram feitas estas inscrições e com certeza já houve modificações nos membros desses conselhos e precisa ser revisto. Informou que seria basicamente isso e que estariam aguardando no dia 15/08/22 o resultado desse novo pregão em relação ao local e realização da 16ª Plenária Estadual de Saúde e da Etapa Estadual da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Em seguida, passou a palavra para o Coordenador de Projeto Alexandre de Oliveira Fraga que agradeceu ao Mansour, saudou a todos e em seguida informou que a comissão organizadora discutiu e chegaram no entendimento de que até por conta do processo eleitoral que está em nosso Estado e o envolvimento dos atores sociais que estão envolvidos nesse processo de campanha eleitoral, chegaram à conclusão que não seria possível a realização dessa Etapa Estadual e Conferência antes do 1º Turno da eleição. A proposta que foi trabalhada consta no edital de convocação, o edital do pregão eletrônico, conforme o Mansour informou que será feito a disputa no dia 15/08/22. Informou que a Comissão Organizadora propõe a realização da Etapa Estadual da Conferência para os dias 04 a 06 de outubro, logo após a realização do 1º turno das eleições. Explicou que no dia 04/10/22 (Terça-feira) irá acontecer a 16ª Plenária de Conselho de Saúde e nos dias 05 e 06/10/22 será realizado a Etapa Estadual da Conferência. Alexandre informou que realizarão no dia 22/08/22 uma Live com todos os delegados e delegadas que foram eleitos para Etapa Estadual e que espera contar com os delegados e as pessoas que se colocaram pelo Conselho Estadual de Saúde. Lembrou que das vagas que o Conselho Estadual de Saúde dispõe algumas, ainda, não foram preenchidas. Explicou que é uma situação preocupante, porque entendemos que é uma matéria extremamente importante para o controle social, a questão das Políticas de Saúde Mental e o Conselho Estadual da Saúde dispor de vagas e não ocuparem essas vagas para participarem dessa conferência, é preocupante e que isso precisa ser tratado pelo Pleno do Conselho. Explicou que no dia 22/08/22 teremos essa Live com os delegados, delegadas e com as representações dos Conselhos Municipais para mantermos esse processo de mobilização em torno da conferência ativo. Lembrou que é a quinta vez que alteram a data da conferência. Primeiro em decorrência do calendário nacional e agora em decorrência do próprio processo licitatório que acabou fracassando o pregão eletrônico e que agora esperam que dê tudo certo, que possam realizar os eventos nesse período. Alexandre informou também que no dia 22/08/22 a Comissão de Relatoria irá apresentar aos delegados o consolidado das propostas regionais. A equipe de relatoria trabalhou, incansavelmente, nesse último período, na consolidação do conjunto de propostas que surgiram nas 3 etapas regionais da conferência e esse material será apresentado e enviado aos delegados para que eles já possam ir estudando os temas, as propostas, porque é esse conjunto de propostas que estarão sendo submetidos ao debate e a votação na Etapa Estadual da Conferência e que as pessoas, os delegados possam construir as suas emendas, fazendo os ajustes necessário e que essa matéria possa ser amplamente discutidas pelos movimentos sociais, pelos fóruns, pelas entidades e com todos os seguimentos que compõem o controle social do SUS. Espera que todos os segmentos, todos os atores e entidades que compõem o Conselho Estadual de Saúde se empenhem na mobilização desses delegados e delegadas para a conferência e que a realização de um evento tão brilhante, de qualidade, tenha uma produção



significativa e com propostas interessantes a serem levadas a Conferência Nacional que como já sabido de todos, foi transferida para Maio do próximo Ano. Alexandre informou que o Plenário precisa baixar uma Resolução deliberando a acolhida da nova data da Conferência Estadual e da Plenária para que, com isso produzir os efeitos legais necessários. O Presidente Ricardo Ewald explicou a necessidade de aprovar as datas de 04 a 06/10/22 para emitir a Resolução e se alguém tivesse alguma posição em contrário que se manifestasse. Não havendo manifestação contrária considerou as datas 04 a 06/10/22 para a 16ª Plenária de Conselho de Saúde e a Etapa Estadual da Conferência aprovadas, registrada e oficializada. Nada mais havendo a tratar, o Presidente Ricardo Ewald agradeceu a todos e encerrou a Reunião Extraordinária às 15h17min.

Cynara Azevedo

Secretária Executiva

Conselho Estadual de Saúde – CES/ES

Ricardo Ewald

Presidente

Conselho Estadual de Saúde – CES/ES

Conselho Estadual de Saúde – CES/ES
Ata – 234ª Reunião Ordinária – Ano 2022
18 de agosto de 2022

Aos 18 (dezoito) dias do mês de agosto do ano de 2022 (dois mil e vinte dois) às 14h18min realizou-se a 234ª (ducentésima trigésima quarta) Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde CES/ES, on-line por meio de plataforma digital, link: <https://us02web.zoom.us/j/.88117205100?pwd=WxHYZml5ZVFhNVVozNlQ4OHhVY1Fkdz09>. A sessão foi iniciada pelo Presidente Ricardo Ewald e secretariada pela Secretária Executiva Cynara Azevedo. **Conselheiros (as) presentes presencialmente:** Ricardo Ewald (FEHOFES), Júlio César de Moraes (SESA), João Carlos dos Santos (SINDINAPI-ES), Pablo Reis Garcia Perez (SINFES). **Conselheiros (as) presentes virtualmente:** Nésio Fernandes de Medeiros Júnior(SESA), Cristiano Luiz Ribeiro de Araújo (SESA), Paulo Roberto Alves Guimarães(SESA), José Tadeu Marino(SESA), Rafael Vulpi Caliarri(SESA), Cristina Hamester(MS), Denise Mara Ramaldes Pedrosa(COSEMS), Judismar Tadeu Pedroni(SIMES), Rudge Vigato da Silva(SINDPSI-ES), Deise Berger Velten Ramos(SINODONTO), Maria Rita de Boni (SINDSAÚDE), Raissa Correia Rosa(FETAES), Débora Randov de Oliveira(FETAES), Márcio Flávio Soares Romanha(CUT), Sidney Parreiras de Oliveira(RNP+ES), Edson Ferreira(UNEGRO), Ivanete Santa da Conceição Silva(FAMOPES), Milene da Silva Weck Terra (UBM), João Paulo dos Santos Souza(ANPG), Flávio Gustavo Rodrigues(FINDES), Rosini Helena Gurgel Lopes(FEAPAES). **Justificativa de Ausências:** Alexandre Coutinho Sattler(SINFES), Tatiana Peixoto Carvalho Tibúrcio (SINDIENFERMEIROS), Geiza Pinheiro Quaresma (SINDSAÚDE-ES), Wellington Barros Nascimento (UNEGRO), Mansour Cadais Filho (FAMOPES). O Presidente Ricardo Ewald iniciou os trabalhos, com saudações aos presentes e aos que acompanhavam a transmissão. Em seguida, informou que queria rapidamente fazer uma colocação, um breve relato da ida a Brasília, foram na segunda-feira (15/08/22) e voltaram no dia (17/08/22). Explicou que foi uma visita muito produtiva à Sede do Conselho Nacional de Saúde. Estavam presentes: Ricardo Ewald, Cynara Azevedo, Alexandre Fraga e Paulo Roberto Alves Guimarães e a Equipe do Projeto, que inclusive levaram o Projeto para mostrar ao Pessoal do Conselho Nacional de Saúde. Que no dia (17/08/22) tiveram a oportunidade de participar de parte inicial da Plenária do Conselho Nacional de Saúde para entenderem a dinâmica do organismo nacional também de suma



importância de aprendizado de educação permanente naquilo que se propõe o Projeto. O Presidente Ricardo Ewald esclareceu que em caráter especial e atendendo a pedido do Sr. Rafael Vulpi Caliari, passou a palavra para o mesmo. Rafael Vulpi Caliari (SESA) saudou a todos, agradeceu a fala e informou que passou no processo seletivo de doutorado da UFES, o que fez o mesmo ter a necessidade de sair da ouvidoria com bastante tristeza. Explicou que gostaria de fazer essa fala para agradecer, o quanto foi importante a participação do Conselho em sua vida, que o mesmo cresceu dentro do conselho, que foi importante reconhecer esse espaço de participação social e o quanto o conselho apoiou a ouvidoria no seu desenvolvimento. Foram 3 anos muito importante, onde nesses anos com Pandemia no meio tiveram um grande avanço de manifestações a partir das divulgações e por conta da Pandemia também, passaram de 3.000 para 11.000 manifestações por ano em 2021. A instituição de um espaço de comunicação importante e efeito para gestão a partir de avaliação dos usuários. Explicou que terá 4 anos de Doutorado para falar de Ouvidoria do SUS que é o que gosta, afirmou ter certeza do que fizeram foi importante para cidadania e para os usuários; ser um soldado igual a todos e se colocou à disposição caso precisem e em seguida agradeceu. A Secretária Executiva Cynara Azevedo agradeceu e desejou "boa sorte e sucesso na sua jornada". Passou a palavra para o Presidente Ricardo Ewald que agradeceu pela contribuição do Rafael Vulpi Caliari desejando ao mesmo êxito na sua nova jornada e ressaltando na sua fala de que, como Soldado, ele continue no controle social acompanhando de perto e apoiando, já que irá buscar mais conhecimento e que na medida do possível será convidado a retornar. O Presidente comunicou que saiu na publicação, oficializando Cynara Azevedo como Secretária Executiva do Conselho. A mesma já tem colaborado com o CES-ES na Secretaria e solicita ao Pleno homologar seu nome oficialmente; e pergunta se alguém tem uma posição contrária para se manifestar. Sem manifestação contrária do Pleno, fica homologado e oficializado o nome de Cynara Azevedo como Secretária Executiva do CES-ES. O Presidente Ricardo Ewald passou para o primeiro ponto de pauta: **1 – Informes, Indicações e Expediente.** A Secretária Executiva Cynara Azevedo fez a leitura dos informes: **Informes: 1.1 – Boletim Informativo Nº 26 de junho de 2022 – Situação dos Instrumentos de Planejamento de Gestão.** O Boletim que foi compartilhado com a CIOF comissão específica, a Mesa Diretora e encaminhado aos conselheiros junto com o e-mail da convocação dessa reunião. **1.2 – Ofício Nº024/2022 da Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer – AFEC** vem através deste, informar o convênio firmado com o Hospital Santa Rita de Cássia e o Ministério da Saúde, por meio de recursos de Emendas Parlamentares. **1.3 – Ofício – SEI Nº222/2022/SUP/HUCAM – UFES – EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – HUCAM,** indicações para o Conselho Consultivo do HUCAM – UFES. A Secretária Executiva Cynara Azevedo lembrou que o Conselheiro Sidney já é o Conselheiro Suplente. A mesma informou que Sidney tem participado das agendas, havendo necessidade de indicar um suplente ou titular para o conselho Consultivo. Após debates ficou acordado que Mansour Cadais Filho (FAMOPES) ficará como Suplente do Sidney Parreiras de Oliveira (RNP+ES) passará para a titularidade. **1.4 – Seminário Nacional que discutirá os resultados da Pesquisa Covid19 e Controle Social no SUS** acontecerá no dia 26/08/2022 das 09:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h e que será virtual. **1.5 – 1º Seminário de Planejamento CES/ICEPi** que irá acontecer no dia 23/08/2022 no Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves da Região Metropolitana e que o Alexandre Fraga dará mais detalhes sobre o assunto durante os informes do projeto. O Presidente Ricardo Ewald passou para o segundo ponto de pauta: **2 – Aprovação da Ata 233ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde** - Não houve manifestação com relação à ata, então o Presidente colocou a mesma em votação. A ata da 233ª reunião ordinária foi aprovada por unanimidade. O Presidente passou para o terceiro ponto da pauta. **3 - Apresentação do relatório do 1º Seminário de Planejamento PDPI/CES** - O Presidente Ricardo Ewald passou a palavra para as analistas de Política Social - Ana Clara Fraga



e Juliana Vieira Wald Pereira apresentando a relatoria referente a Oficina que foi realizada no dia 04/08/2022 apresentando o Diagnóstico Situacional do Conselho feito pela equipe do ICEPi e inicialmente pela Professora do Departamento de Serviço Social da UFES – Ana Targina Ferraz.

Diagnóstico Situacional CES – Projeto de Desenvolvimento de Práticas Inovadoras para Qualificação da Participação Social – Aspirando a eficácia e qualidade dos serviços prestados, neste primeiro momento do projeto debruçaram-se a desenvolver o diagnóstico situacional interno do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo. Foi apresentado na última quinta-feira, dia 04 de agosto de 2022, aos conselheiros(as) presentes no Hospital Estadual de Urgência e Emergência em Vitória, análise da atual situação do conselho. O objetivo da Oficina de Planejamento Estratégico, é que essas pesquisas sirvam como subsídio para a elaboração de propostas de reorganização e melhor participação no controle social do Estado. Junto a isso, foram apresentados os dados preliminares da pesquisa realizada pela Universidade Federal do Espírito Santo, pela Professora Ana Targina Ferraz. A pesquisa consistiu-se na análise das atas e documentos presentes no site da SESA no período de 2019. Após apresentação da metodologia, comentou sobre as características dos conselheiros, a participação de cada um deles, bem como as lacunas que haviam dentro das diversas discussões. Nessa última etapa, mostrou quais assuntos foram tratados e quais não tratados na oficina. A conclusão preliminar da pesquisa aponta os seguintes pontos: o vazio da discussão das pautas da saúde no âmbito do CES/ES; a pouca participação dos conselheiros nessas discussões; a pouca visibilidade das atividades do CES/ES perante a sociedade, em face da pouca disponibilidade nos meios de comunicação analisados. Em seguida, apresentaram o diagnóstico interno realizado pelo Projeto do ICEPi, onde demonstraram a metodologia utilizada (analisaram mais de 66 atas, resoluções e recomendações que o CES emitiu durante os meses de setembro de 2021 a julho de 2022). Analisaram mais de 60 memórias de reuniões de comissões e comitês durante este período. Também contaram com a participação de 21 conselheiros(as) na pesquisa sobre o perfil e opinião de conselheiros(as) em relação as suas participações nos meios divulgados (e-mail e whatsapp). A partir deste levantamento de informações mostraram questões e encaminhamentos da oficina.

Questões surgidas nessa análise: Falta de padronização das memórias de reuniões; dificuldade em saber se as reuniões foram realizadas ou não; calendário anual das reuniões de comissões e comitês não sendo utilizado; reuniões esvaziadas; poucos temas nas pautas e conselheiros presentes; poucas reuniões realizadas; dificuldade em entender os fluxos dos processos; baixa resolutividade dos temas levantados; pouca participação dos conselheiros na pesquisa.

Encaminhamentos da oficina: revisão dos fluxos de procedimentos e debates do CES; pactuar a questão do papel das comissões como espaço de produção política do CES; efetivar a participação dos Conselheiros nas Comissões e Comitês do CES; promover a revisão do regimento interno do CES-ES garantindo presença e participação dos conselheiros eleitos nas comissões e comitês; necessário o funcionamento efetivo dos espaços do CES para que o Projeto PDPI/CES tenha êxito; definido a pouca qualidade dos meios de comunicação do CES/ES. Por fim, foi realizada uma breve avaliação do evento com os conselheiros presentes para que todas as atividades realizadas pelo projeto sejam pautadas de forma efetiva, com o objetivo de se ter um trabalho feito de forma conjunta e agradável para todos. O Presidente Ricardo passou para o quarto ponto de pauta: **4 – Recomposição das Comissões e Comitês** – A Secretária Executiva Cynara Azevedo falou que muitas das comissões não têm conselheiros participando, como foi apresentado pelo ICEPi. Explicou que é preciso recompor essas comissões, que o CES-ES enviou e-mail para todos com os conselheiros membros de comissões e também aos demais conselheiros solicitando disponibilizar seus nomes nas comissões que gostariam de participarem, inclusive as comissões externas ao Conselho e que não havia chegado pelo e-mail nenhum pedido de participação, fato comunicado ao Presidente. O Presidente reforçou a solicitação do e-mail aos membros do Pleno. O Presidente Ricardo Ewald passou a palavra para o Coordenador de Projeto Alexandre Fraga que explicou a falta de participação de conselheiros nas



comissões, um dos temas feito no debate realizado no Seminário de Planejamento, da necessidade de se encontrar um caminho que comprometa os conselheiros na participação das comissões e comitês do CES, até porque é nesse espaço onde são produzidas as políticas, as propostas, os encaminhamentos para que o Pleno do conselho possa deliberar. Informou que estiveram ontem (17/08/2022) na reunião do Conselho Nacional de Saúde, quando ouviram na reunião do Conselho Nacional de Saúde a dinâmica que é adotada naquele espaço onde os assuntos são trazidos após um debate amplo, profundo, dentro das comissões intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde para deliberação do Pleno, ou seja, o espaço da reunião do Pleno do Conselho é um espaço terminativo, onde a matéria chega devidamente lapidada para que os conselheiros possam, apenas, fazerem um ajuste final e uma manifestação final acerca daquele assunto e a partir daí o conselho possa deliberar. É no espaço das comissões e comitês onde a política é produzida. Se não tiver uma representação não só dos conselheiros, mas tiver de forma organizada a possibilidade de atores externos contribuírem também nesse espaço, dificilmente se conseguirá responder as necessidades da sociedade, conforme falou o Dr. José Tadeu Marino (SESA). Rosini Helena Gurgel Lopes (FEAPAES) se colocou à disposição como usuária. A Secretária Executiva Cynara Azevedo disse ter vagas nas comissões e sugeriu que Rosini observasse nas comissões e representações em qual ela quer ficar e contribuir. Sugeriu aos demais que enviassem suas escolhas para compor comissões, por e-mail e em seguida agradeceu a Júlio César de Moraes (SESA) que saudou a todos e esclareceu ser suplente do Paulo Roberto Alves Guimarães (SESA), que também faz parte da Comissão dos Direitos Humanos, onde o mesmo atua desde o mandato anterior e que no momento traz proposta para o CES-ES. Falou sobre o Comitê da Promoção da Equidade, o qual está desativado desde a Pandemia quando pararam com as reuniões, mas que esse comitê existe desde 2013. A proposta seria juntar a Comissão de Direitos Humanos com o Comitê da Promoção da Equidade, formando a Comissão de Direitos Humanos e Promoção da Equidade, trazendo atores que estão no Comitê da Promoção da Equidade que são 6 povos tradicionais (LGBT, Pop Rua, População Negra) envolvendo a Luta Antimanicomial nesse comitê, além do Fórum Antidrogas com um representante. Solicitou ao Secretário revogação da Portaria vigente do Comitê da Equidade e a criação desse espaço no CES, onde seria um espaço tanto para dentro do Conselho com também para dentro da gestão e se poderia pensar em algumas outras áreas técnicas da SESA para vir compor essa Comissão ou Comitê. João Carlos dos Santos (SINDNAPI-ES) ressaltou a pouca participação, em relação aos comitês e comissões. Citou duas comissões que mais participam: Municipalização e Conselho de Gestores, no seu ponto de vista. Em relação a Comissão de Direitos Humanos, tentaram juntá-las, anteriormente e que se deveria pensar também nos idosos. Disse que todos os Conselhos Estaduais de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, tem o Conselho em Defesa do Direito do Idoso. Observou que não vê os idosos representados no CES e que tem a representação através do Sindicato Nacional dos Aposentados e Idosos, mas dentro do CES não tem uma comissão para defender os direitos dos idosos. Perguntou como criar um Comitê em Defesa dos Idosos e fez um apelo para que essa criação aconteça, se torne uma realidade. Paulo Roberto Alves Guimarães (SESA) contribuiu nesse ponto, explicando as muitas dificuldades nas comissões, nos grupos de trabalho que estão instalados, tanto nos que são obrigatórios, como nos temporários, mas se pegarem esse estudo, onde fala muito bem, só vai ter 6 a 7 conselheiros que participam de tudo e acabam fazendo tudo, porque os conselheiros que se inscreveram para compor as comissões, não têm condições e sem entrar em detalhes, porque não conseguem participar e acabam prejudicando o trabalho dessas comissões. Sugeriu que seja encomendado projeto ao ICEPi; que todos encaminhem para o projeto do ICEPi, suas propostas, sugestões, citou como exemplo: a do Júlio César de Moraes, João Carlos dos Santos; e até mesmo, ele, Paulo Roberto Alves Guimarães teria sugestões para dar. Continuou dizendo que seria interessante que a Mesa Diretora convocasse as entidades que disputaram a eleição do Conselho e que estão como suplentes para participar ao menos das comissões, pois, muitas



entidades de usuários que disputaram a eleição do conselho e ficaram de suplentes, mas que teriam muita contribuição para dar em todos os segmentos, essa seria uma forma de contribuir para o debate e mostrar para elas que não estavam ali só para eleição. O Regimento Interno do CES permite convite a pessoas, entidades para fazer parte das comissões, dar contribuição e mesmo assessorá-las. Sugeriu levantamento através do Conselho para ver quem tem interesse em contribuir, as entidades das diferentes áreas e que consigam fazer essas comissões funcionarem de forma satisfatória. Ressaltou que hoje tem a Comissão de Municipalização, a da Mulher, a CIOF e a dos Conselhos Gestores “penando” para dar resultado e não conseguem. Centralizam em 6 a 7 pessoas todo o trabalho do Conselho e isso é até injusto com esses titulares e suplentes que fazem parte dessas comissões e que acabam acumulando todo o trabalho das comissões e grupo de trabalho. A sugestão é que façam solicitação de o Projeto ao ICEPi através da Mesa Diretora e façam o acompanhamento, que até a próxima Reunião Ordinária tenham um caminho para indicar e uma saída justa para essa discussão que é muito importante e é o que depende o trabalho desse Conselho. São de suas comissões, que saem os frutos dos trabalhos, sendo importantíssimo que elas funcionem bem. Finalizou agradecendo a todos. O Presidente Ricardo Ewald explicou que a primeira proposta de Unificação vem trazendo um escopo que seria bastante importante, daria mais resultados, já que os assuntos são bem congêneres e uma das primícias dessa proposta seria manter esse assunto em pauta. Que João Carlos dos Santos deu uma contribuição importante, na medida em que a equipe aponte aqui o que está sendo proposto pelo Pleno e persigam esse assunto para que, de fato fique dentro do contexto do Conselho, assim, com certeza terá sucesso considerando a importância das comissões e chamando para compô-las os conselheiros titulares e suplentes que compõem o Pleno e que possam contribuir com esse importante órgão do Controle Social – o Conselho Estadual de Saúde. Paulo Roberto Alves Guimarães informou ao Presidente Ricardo Ewald que o encaminhamento não ficou claro e perguntou se poderiam acatar o encaminhamento que deram sugestão de encomendar Projeto ao ICEPi para reformulação e debate nas comissões. O Presidente Ricardo Ewald concordou e explicou que as contribuições agrupadas agora, elas passam pelo crivo da Mesa Diretora e então terá o CES um fato novo de contribuição para fazer acontecer daqui para frente e nas próximas reuniões. E passou para o quinto ponto de pauta: **5 – Retorno das reuniões presenciais** – A Secretária Executiva Cynara Azevedo disse que tem sido muito debatido a volta de reunião presencial, onde alguns consideram viável e outros não. A questão aqui em pauta é o **retorno** ou **não**. Esclareceu que quem não achasse o retorno das reuniões presenciais viáveis que votasse **não**, porque o ponto é **voltar** ou **não**. Votando **sim** a reunião voltaria a ser presencial e votando **não** será mantido o sistema **híbrido**. Continuando informou ao Presidente que se não tivesse nenhum esclarecimento a fazer, poderia colocar em votação. Paulo Roberto Alves Guimarães disse que para deixar claro, quando fizeram os debates na Mesa Diretora, falaram disso, retornando as reuniões presenciais, mas que também, as mantenham de forma híbrida; que não sejam só presenciais ou só virtuais, que disponibilizem as duas opções, facilitando a participação de todos. O Presidente Ricardo Ewald colocou em regime de votação: **voto sim – reunião presencial** ou **voto não – permanece o modelo híbrido** adotado desde o início da pandemia. A Secretária Executiva Cynara Azevedo iniciou a chamada para a votação. Houve um empate **8 votos Sim** e **8 votos Não** e o Presidente Ricardo Ewald **desempatou** com **1 voto Não**, permanecendo o **modelo híbrido**. O Presidente passou para o sexto ponto de pauta: **6 – Resolução para Prorrogação do Mandato dos Coordenadores de Plenárias** – A Secretária Executiva Cynara Azevedo informou que seria só para referendar, porque o Conselheiro Mansour é o coordenador atual participando das reuniões do Conselho Nacional de Saúde e o CES precisa de uma Resolução prorrogando o mandato dele até que se realize a Plenária com uma nova eleição. E complementou explicando que a Plenária para encerrar o mandato e chamar novas eleições teria que ser junto com Conferência da Saúde Mental, informando que a nova licitação teve sucesso, com a nova data realizando os dois



eventos juntos: a 16ª Plenária e a Etapa Estadual da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental e que até lá ficaria prorrogado o mandato do coordenador, pois para circular no Conselho Nacional de Saúde, o CES precisa referendar a prorrogação do mandato do Coordenador de Plenária.. A Secretária Executiva Cynara Azevedo informou que a minuta da resolução está pronta, esperando aprovação do Plenário. Paulo Roberto Alves Guimarães sugeriu que fosse feito um ajuste no texto para que não precisasse fazer a ratificação novamente sugeriu colocar no texto a seguinte informação: **fica prorrogado o mandato da Coordenação de Plenária até a realização da 16ª Plenária.** O Presidente perguntou se teria alguma manifestação contrária a essa prorrogação de mandato. Sem manifestação contrária foi aprovada a prorrogação do mandato. Em seguida, o Presidente passou para o sétimo ponto de pauta: **7 – Reconvocação da 10ª Conferência Estadual de Saúde** - A Secretária Executiva informou que o Pleno do CES tem que referendar o início de todo o processo da 10ª Conferência Estadual de Saúde e passou a palavra para o Coordenador de Projeto Alexandre de Oliveira Fraga que fez um retrospecto de todo o processo que a 10ª Conferência Estadual de Saúde estava prevista para o ano 2021 e que por motivo da Pandemia foi adiada para 2022. Foi convocada, com Resolução e Regimento Interno aprovados e que em virtude do agravamento da Pandemia Covid 19 foi adiada e o processo da 10ª Conferência Estadual da Saúde foi transformado na Etapa Estadual da 17ª Conferência Nacional de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde aprovou Resolução de reconvocação da conferência com prazos que começarão a partir do 1º dia de novembro de 2022 com as Etapas Municipais e terminam em 31 de março de 2023; as Etapas Estaduais acontecerão nos meses de abril e maio de 2023 e a Etapa Nacional acontecerá em julho de 2023. Assim, a Comissão Organizadora sugeriu ao Plenário do CES aprovar a reconvocação da 10ª Conferência Estadual de Saúde para dar início a revisão do regimento da conferência, montagem da estrutura, orientação aos municípios para que deem início aos seus processos organizativos para suas etapas. Lembrou que é uma discussão que tem sido feita no Conselho Nacional de Saúde, que essa conferência no âmbito Estadual e a mesma ganhará uma importância significativa no próximo período, uma vez que se pretende discutir diretrizes para a construção dos planos regionais de saúde, que inclusive, estão em debate na SESA e que precisam ter o olhar e uma opinião do controle social para que possam orientar assuntos e temas a serem contemplados nesses planos regionais de saúde. Paulo Roberto Alves Guimarães (SESA) sugeriu que remetesse a proposta para a Mesa Diretora e que na próxima reunião, que ela apresente uma proposta de calendário, formato da conferência, de regimento, composição da comissão organizadora. Explicou que havia uma proposta, mas que, logicamente, ela sofrerá algumas alterações e mudanças em relação ao tipo do formato da conferência, a própria comissão organizadora que teve muitas alterações na composição do conselho. Sugeriu como proposta que encomendasse para a Mesa Diretora que encaminhasse para a próxima reunião do Pleno todo esse arcabouço para organização e realização da próxima Conferência Estadual de Saúde. A Secretária Executiva sugeriu além da proposta do Paulo Roberto que fosse convocado uma Reunião Extraordinária para que pudessem ter mais tempo para resolverem questões de Termo de Referência e todas burocracia. Paulo Roberto sugeriu que chamasse já uma Reunião Extraordinária da Mesa Diretora com esse tema específico. O Presidente perguntou ao Plenário se poderia encaminhar a proposta do Paulo Roberto. Os presentes concordaram O mesmo agradeceu a contribuição e informou que ficou definido a proposta do Paulo Roberto juntamente com a sugestão da Cynara Azevedo. O Presidente Ricardo Ewald passou para o oitavo ponto de pauta: **8 – Deliberação sobre aprovação dos nomes para compor a Comissão de Saúde da Mulher CISMu** – Secretária Executiva Cynara Azevedo explicou que o CES recebeu um documento do Fórum Nacional de Mulheres Negras solicitando a inclusão dos nomes: Adriana da Silva e Ariane Silva Carvalho para participarem da Comissão de Saúde da Mulher do CES. O Presidente Ricardo Ewald informou que se tratava do Ofício nº 006 de 30/07/2022 que chegou ao Conselho endereçado a CISMu do CES. Passou a palavra para Milene da Silva Weck



Terra(UBM) que informou que esses nomes já foram aceitos pela Comissão de acordo com o Art. 31 e só precisaria ser referendado pelo Pleno aqueles que são indicados pelo Conselho e os demais não teria necessidades de serem referendados pelo Pleno e são referendados pela comissão e a comissão já referendou esses nomes e disse que tem poucos conselheiros compondo a comissão. O Presidente Ricardo Ewald agradeceu e sem manifestação contrária do Pleno, referendou os nomes de Adriana da Silva e Ariane Silva Carvalho para composição da CISMu do CES. Agradeceu a Milene pela contribuição e passou para o nono ponto de pauta. **9 – Informes e Comissões** – O Presidente informou que a relatoria seria dos coordenadores das comissões em seguida abriu a fala. Milene da Silva Weck Terra (UBM) comunicou que se inscreveu para falar da Comissão de Comunicação e Educação Permanente. Disse que tem realizado algumas atividades em conjunto e gostaria de alertar os Conselheiros para uma atividade que está sendo promovida em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde e o Centro de Educação Assessoramento Popular - CEAP no dia 19/08/22 às 14h e que o Seminário será virtual, que o Conselho Nacional de Saúde realizará o mesmo evento, em todos os Estados do Brasil, que tem como o tema **Diálogos sobre a Defesa do SUS no Espírito Santo** com a duração de 1h30m; que o evento envolve os Conselhos Municipais de Saúde e que seria também importante a participação dos Conselheiros Estaduais de Saúde, por fazer parte de um programa de formação contínua. O evento será virtual, sendo que tiveram outras atividades realizadas junto com o Conselho Nacional de Saúde e o CEAP, que foi presencial. E considerando o panorama atual, onde é preciso reafirmar a importância da defesa do SUS estar dialogando e debatendo sobre esse assunto seria de grande importância. Continuando que estará sendo realizado junto aos Conselhos Municipais de Saúde, oficinas de escutas com a equipe do programa, com o propósito de montar uma capacitação voltada para os Conselhos e que esta oficina de escuta dará um panorama dos principais temas; será uma parceria e uma maneira do CES ter esse vínculo auxiliando no funcionamento dos demais Conselhos. A primeira delas acontecerá no dia 23/08/22 na Região da Grande Vitória e posteriormente será realizado em outras Regiões onde farão um diagnóstico junto aos Conselhos para que eles orientem as diretrizes de ação em relação a comunicação e educação permanente junto a esses Conselhos. O Presidente Ricardo Ewald reforçou sobre o evento do dia 19/08/22 a partir das 14h dentro sobre o tema e em seguida informou o encerramento da pauta às 15h45m. Agradeceu a todos os presentes e que no contexto apresentado, uma pauta extensa com 9 itens, foi concluída nessa a reunião 234ª reunião, em 18 de agosto de 2022. Agradeceu mais uma vez a participação de todos.

Cynara Azevedo
Secretária Executiva
Conselho Estadual de Saúde – CES/ES

Ricardo Ewald
Presidente
Conselho Estadual de Saúde – CES/ES

ASSINATURAS (2)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

PAULO ROBERTO ALVES GUIMARAES
ASSESSOR ESPECIAL NIVEL III QCE-01
GS - SESA - GOVES
assinado em 19/09/2022 15:53:39 -03:00

NESIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
SECRETARIO DE ESTADO
SESA - SESA - GOVES
assinado em 19/09/2022 15:59:39 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 19/09/2022 15:59:39 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por MARIANA FORNACIARI FAVARATO (ASSISTENTE SOCIAL - QSS - CES - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2022-NDPZQ9>