



**ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE**  
**2016-2019**

**Campo Grande – MS**  
**2015**

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

**Reinaldo Azambuja  
Governador**

**Rosiane Modesto de Oliveira  
Vice-Governadora**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**Nelson Barbosa Tavares  
Secretário de Estado de Saúde**

**Lívio Viana de Oliveira Leite  
Secretário Adjunto de Saúde**

**Justiniano Barbosa Vavas  
Diretor – Presidente/FUNSAU**

**Maurício Peralta  
Superintendente Geral de Administração e Finanças**

**Salim Cheade  
Superintendente Geral de Atenção à Saúde**

**Angela Cunha Lopes  
Superintendente Geral de Vigilância em Saúde**

**Edelma Lene Peixoto Tiburcio  
Superintendente Geral de Gestão Estratégica**

**Maria de Fatima Meinberg Cheade  
Superintendente Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**

**Silvana Fontoura Dorneles  
Coordenadora Geral de Planejamento e Suporte Técnico**

**Alessandra Ferreira Viana  
Coordenadora Técnica Especializada**

## **PROCURADORES DO ESTADO ATUANDO NA SES/MS**

**Ivanildo Silva Costa  
Juliana Nunes Matos Ayres  
Fábio Jun Capucho  
Samara Magalhães de Carvalho  
Waleska Assis de Souza**

## **EQUIPE DE ELABORAÇÃO – SES**

**Angela Maria Marques  
Ecleine Santos Amarila  
Melissa Carolina Durau Rodrigues Macedo  
Robson Yutaka Fukuda**

## **CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL**

### **MESA DIRETORA DO CES-MS - GESTÃO 2013 -2015**

**Presidente: Ricardo Alexandre Correa Bueno  
Segmento dos Trabalhadores em Saúde**

**Vice-Presidente: Florêncio Garcia Escobar  
Segmento dos Usuários do SUS**

**1ª Secretária: Josy Mariani Thaler Martini  
Segmento dos Gestor/Prestador de Serviços do SUS**

**2ª Secretária: Cleonice Alves de Albres  
Segmento dos Usuários do SUS**

## CONSELHEIROS MEMBROS – GESTÃO 2013-2015

NOME DO CONSELHEIRO	CONDIÇÃO	REPRESENTAÇÃO
Nelson Barbosa Tavares	Titular	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Edelma Lene Peixoto Tiburcio	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Marcio Luis Soares	Titular	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Marcelo César de Arruda Ferreira	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Josy Mariani Thaler Martini	Titular	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Jamal Mohamed Salim	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Patrícia Marques Magalhães	Titular	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Ana Cristina Rodrigues Rosa Souza	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Eleonor de Jesus Ximenes	Titular	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Keila Regina de Oliveira	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Ana Lucia Lyrio de Oliveira	Titular	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Rosa Conceição da Costa Vilas Boas	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços do SUS
Giane França Alvarez	Titular	Trabalhadores em Saúde
Carlos Afonso Marcondes Medeiros	Suplente	Trabalhadores em Saúde
Guadalupe Lazcano Mores	Titular	Trabalhadores em Saúde
Maria José Batista da Silva	Suplente	Trabalhadores em Saúde
Fausto Fraga Fernandes	Titular	Trabalhadores em Saúde
Diovaner Cesar Souza Ifran	Suplente	Trabalhadores em Saúde
Fernando de Oliveira Rocha	Titular	Trabalhadores em Saúde
Shirlei Santana Gonçalves	Suplente	Trabalhadores em Saúde
Maria de Lourdes Silva	Titular	Trabalhadores em Saúde
Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara	Suplente	Trabalhadores em Saúde
Ricardo Alexandre Correa Bueno	Titular	Trabalhadores em Saúde
Ione de Souza Coelho	Suplente	Trabalhadores em Saúde
Márcia Gomes de Moraes	Titular	Trabalhadores em Saúde
Francisco Tavares da Câmara	Suplente	Usuários do SUS
Maria Inês de Carvalho Silva	Titular	Usuários do SUS
Pr. Laury Azambuja	Suplente	Usuários do SUS
Adilva Ponciano Schuler	Titular	Usuários do SUS
Marina Conceição Benitez	Suplente	Usuários do SUS
Sebastião de Campos Arinos Júnior	Titular	Usuários do SUS
Nuilena Elizabeth dos Santos da Silva	Suplente	Usuários do SUS
Micheál Dominic Feeney	Titular	Usuários do SUS
Sebastiana Oliveira da Silva	Suplente	Usuários do SUS
Cleonice Alves de Albres	Titular	Usuários do SUS
Neide Eliane Gordo de Oliveira	Suplente	Usuários do SUS
Lúcia Helena Coelho da Silva	Titular	Usuários do SUS
Elisa Magaly Nantes Vieira	Suplente	Usuários do SUS
Leossir Antonio Koprowski	Titular	Usuários do SUS
Ruthi Lopes dos Santos	Suplente	Usuários do SUS
João Brito de Souza	Titular	Usuários do SUS
Maria Aparecida Queiroz Mariano	Suplente	Usuários do SUS
José Feliciano de Paiva	Titular	Usuários do SUS
Francisco Antonio de Souza	Suplente	Usuários do SUS
Florêncio Garcia Escobar	Titular	Usuários do SUS
Orieta Consuelo Fernandes	Suplente	Usuários do SUS
Pedro Macedo Granja	Titular	Usuários do SUS
Zilda Maria Calegari Franco	Suplente	Usuários do SUS

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAF	Coordenadoria Estadual de Assistência Farmacêutica
CECAA	Coordenação Estadual de Controle Avaliação e Auditoria
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CERA	Coordenação Estadual de Regulação da Assistência
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIEVS	Coordenação de vigilância epidemiológica – Doenças Endêmicas
CIR	Comissão Intergestores Regional
COAP	Contratos Organizativos de Ação Pública
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DTP	Vacina Tríplice Bacteriana de Células Inteiras
ESP	Escola de Saúde Pública
ETSUS	Escola Técnica do SUS
GM	Gabinete do Ministro
H1N1	Influenza Suína tipo A
HEMOSUL	Rede de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso do Sul
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRMS	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LACEN	Laboratório Central
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAR	Planos de Atenção Regionais
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIPSA	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil
SAMU	Sistema de atendimento móvel de urgência
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TFT	Taxa de Fecundidade Total
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	9
2. ANÁLISE SITUACIONAL .....	11
2.1. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.....	11
2.1.1. Aspectos Demográficos e Sócio-Econômicos .....	11
2.1.1.1. População Indígena .....	16
2.1.2 Aspectos Econômicos e Sociais .....	19
2.1.2.1 Produto interno bruto per capita (PIB per capita) .....	20
2.1.2.2 Índice de Desenvolvimento Humano .....	21
2.1.3 Perfil Epidemiológico.....	23
2.1.3.1 Aspectos da Morbimortalidade .....	23
2.1.3.2 Aspectos gerais de mortalidade .....	23
2.1.3.3 Doenças Transmissíveis de Notificação Compulsória .....	29
2.1.3.3.1 Coqueluche.....	29
2.1.3.3.2 Hepatites Virais.....	30
2.1.3.3.3 AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida .....	31
2.1.3.3.4 Sífilis Congênita .....	33
2.1.3.3.5 Tuberculose .....	34
2.1.3.3.6 Hanseníase.....	36
2.1.3.3.7 Raiva.....	37
2.1.3.4 Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses .....	39
2.1.3.4.1 Dengue.....	39
2.1.3.4.2 Zika Virus .....	40
2.1.3.4.3 Febre Chikungunya .....	41
2.1.3.4.4 Leishmaniose Visceral Americana.....	44
2.1.3.4.5 Leishmaniose Tegumentar Americana .....	45
2.1.3.5 Doenças imunopreveníveis.....	46
2.1.3.5.1 Meningites.....	46
2.1.3.5.2 Influenza.....	48
2.1.3.6 Imunobiológicos .....	49
2.1.3.7 Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT .....	49
3.1. GESTÃO EM SAÚDE NO ESTADO.....	54
3.1.1. Organização Administrativa da SES .....	54
3.1.2. Planejamento e Gestão .....	56

3.1.3.	Plano Diretor de Regionalização.....	58
3.1.4.	Controle, Avaliação e Auditoria .....	62
3.1.5.	Educação em Saúde.....	63
3.1.6.	Gestão Participativa .....	64
3.1.7.	Atenção à Saúde .....	67
3.1.7.1.	Atenção Básica .....	67
3.1.7.2.	Atenção Especializada .....	68
3.1.7.3.	Assistência Farmacêutica .....	70
3.1.7.4.	Rede de Sangue e Hemoderivados.....	73
3.1.8.	Vigilância em Saúde .....	74
4.1.	REDE DE ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE .....	77
4.1.1.	Capacidade Instalada .....	77
4.1.2.	Produção de serviços - SIA e SIH .....	79
4.1.3.	Equipes de Saúde da Família Implantados.....	89
4.1.4.	Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	90
4.1.4.1.	Redes de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RAPD).....	91
4.1.4.2.	Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) .....	92
4.1.4.3.	Redes de Urgência e Emergência (RUE).....	93
4.1.4.3.1.	PAR RUE Região de Campo Grande .....	94
4.1.4.3.2.	PAR RUE - Região de Saúde de Corumbá.....	95
4.1.4.3.3.	PAR RUE Região de Dourados .....	95
4.1.4.3.4.	PAR RUE Região de Três Lagoas.....	96
4.1.4.4.	Rede Cegonha.....	97
4.1.4.4.1.	PAR REDE CEGONHA - Região de Campo Grande .....	98
4.1.4.4.2.	PAR REDE CEGONHA - Região de Saúde de Corumbá.....	99
4.1.4.4.3.	PAR REDE CEGONHA - Região de Dourados .....	99
4.1.4.4.4.	PAR REDE CEGONHA - Região de Três Lagoas .....	100
4.1.5.	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.....	101
5.1.	FORTALECIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE .....	104
6.1.	DIRETRIZES, OBJETIVOS E AÇÕES.....	109
7.1.	PROJEÇÃO DE RECURSOS .....	122
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
	<b>ANEXOS</b> .....	126
	Referencias .....	130



# **APRESENTAÇÃO**



## **APRESENTAÇÃO**

O Plano Estadual de Saúde (PES) tem por finalidade orientar a Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS no Estado de Mato Grosso do Sul, no período de 2016 a 2019, sistematizando diretrizes, objetivos e ações conforme os preceitos contidos no Decreto 7.508/2011, Lei Complementar 141/2012 e Portaria 2.135/2013 do Ministério da Saúde, que definem o Plano de Saúde como o instrumento central de planejamento de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Explicita os compromissos do governo do estado para o setor saúde, e reflete a partir da análise situacional as necessidades de saúde da população, bem como, constitui a base para a execução, o monitoramento e a avaliação da gestão do sistema de saúde com o objetivo de ampliar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade.



# **ANÁLISE SITUACIONAL**

## **2. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **2.1. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**

Na análise situacional busca-se a abordagem das condições de saúde, dos determinantes e aspectos da gestão do sistema de saúde que possibilita, a partir de uma visão geral da situação da saúde no estado e, em particular, de suas regiões de saúde, identificar as prioridades para a tomada de decisão.

#### **2.1.1. Aspectos Demográficos e Sócio-Econômicos**

A apresentação dos aspectos demográficos permite delinear o perfil da população, e evidenciam suas diferenças quanto ao tamanho e a evolução da estrutura etária (se é uma população jovem ou envelhecida), segundo o sexo (masculino, feminino), condições de fecundidade (quantos nascem, tipo de parto, condições de saúde-mãe e filho) e mortalidade (número de óbitos segundo a estrutura por sexo e faixa etária e causas de morte), situação de domicílio (rural, urbana), distribuição quanto ao porte dos municípios, entre outras informações relevantes

O estado de Mato Grosso do Sul é o 6º do país em extensão territorial, o que corresponde a 4,19% da área total do Brasil e 22,23% da área da Região Centro-Oeste, mas ainda com baixa densidade populacional, média de 7,4 habitantes por km<sup>2</sup>.

Sua população estimada em 2015 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 2.651.235 habitantes, residentes nos 79 municípios distribuídos geograficamente, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), em 4 regiões de saúde e respectivas 11 microrregiões.

Dentre os municípios do estado, 49 (quarenta e nove), tem população inferior a 20.000 habitantes e estão vinculados a um centro urbano de referência, que são as sedes das microrregiões de saúde.

Em torno de 32,2% (853.622) da população do estado reside na Capital Campo Grande (IBGE, 2015), pertencente à Região de Saúde de Campo Grande. O município registrou no período de 2011-2015 uma taxa de crescimento superior à média do Estado de 1,26%a.a. (Tabela 1). Concentra a maioria dos serviços do setor terciário, demandando maior oferta de empregos, escolas, universidades e serviços de saúde, entre outros.

**Tabela 1 - População residente. Região de Saúde, 2011-2015.**

Macrorregião de Saúde	População Estimada 1º/07/2011	População Estimada 1º/07/2012	População Estimada 1º/07/2013	População Estimada 1º/07/2014	População Estimada 1º/07/2015
<b>MATO GROSSO DO SUL</b>	<b>2.477.542</b>	<b>2.505.088</b>	<b>2.587.269</b>	<b>2.619.657</b>	<b>2.651.235</b>
Campo Grande	1.347.408	1.364.668	1.410.696	1.429.202	1.447.248
Corumbá	124.266	125.179	128.453	129.498	130.516
Dourados	750.461	758.680	783.345	793.001	802.417
Três Lagoas	255.407	256.561	264.775	267.956	271.054
<b>Crescimento absoluto. 2000-2015</b>					
		2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
<b>MATO GROSSO DO SUL</b>		<b>27.546</b>	<b>82.181</b>	<b>32.388</b>	<b>31.578</b>
Campo Grande		17.260	46.028	18.506	18.046
Corumbá		913	3.274	1.045	1.018
Dourados		8.219	24.665	9.656	9.416
Três Lagoas		1.154	8.214	3.181	3.098
<b>Taxa de Crescimento Geométrica %a.a. 2011-2015</b>					
		2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
<b>MATO GROSSO DO SUL</b>		<b>1,11</b>	<b>3,28</b>	<b>1,25</b>	<b>1,21</b>
Campo Grande		1,28	3,37	1,31	1,26
Corumbá		0,73	2,62	0,81	0,79
Dourados		1,1	3,25	1,23	1,19
Três Lagoas		0,45	3,2	1,2	1,16

Fonte: IBGE.

Segundo a classificação de gênero, em 2000 50,5% da população era representada por homens, em 2015 este valor obteve um leve declínio, média de 50,2%, com tendência decrescente para 2020 (Tabela 2).

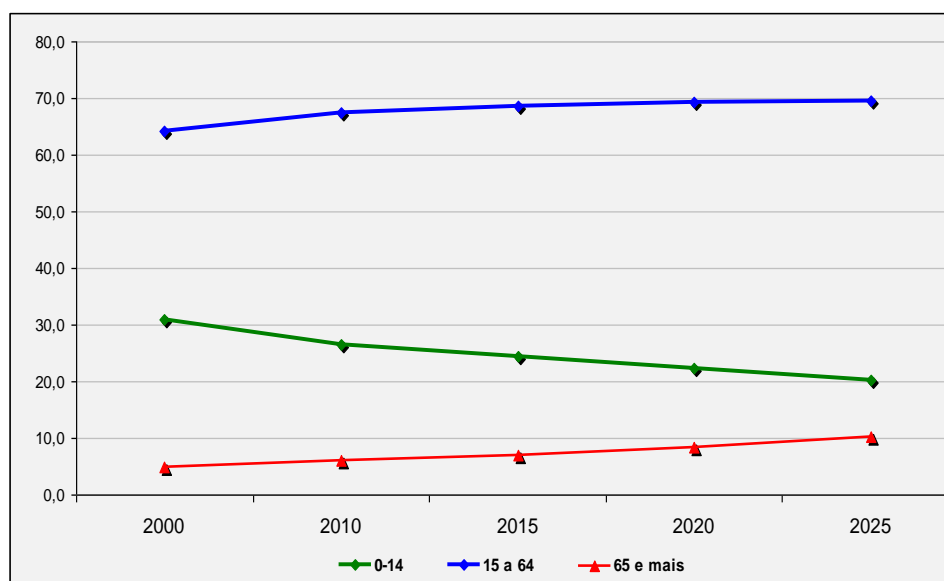
**Tabela 2 - Distribuição da População segundo o gênero. MS, 2000-2020**

Períodos	Homens	Mulheres
2000	50,5	49,5
2010	50,3	49,7
2015	50,2	49,8
2020	50,1	49,9

Fonte: IBGE

Por outro lado, caracteriza-se por ter uma população com padrão etário jovem e tendência ao envelhecimento (Gráfico 1).

**Gráfico 1 - Projeção da População - Grupos Etários -MS. 2000-2025**



Fonte: IBGE.

A Taxa de Fecundidade Total (TFT) - número de filhos de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) entre 2010 e 2015 diminuiu em média -1,5% no estado, enquanto no país a média de queda foi de -1,6%.

A queda da taxa de fecundidade reflete em menor entrada de crianças na população e proporcionalmente diminuição no número de jovens, por outro lado a queda das taxas de mortalidade infantil e geral, são os fatores determinantes do envelhecimento da população (Tabela 3). As pirâmides etárias (estrutura por sexo e

idade) refletem a tendência do aumento da expectativa de vida e o índice de envelhecimento populacional no estado e perspectiva para 2020 (Gráficos 1 e 2).

Esta perspectiva remete a uma visão de futuro no qual a gestão da saúde do estado deverá priorizar suas ações para um cenário de aumento na prevalência dos agravos por causas externas e os decorrentes do envelhecimento da população, especialmente os relacionados às condições crônicas, com reflexo direto na demanda por serviços mais onerosos como os atendimentos em alta complexidade.

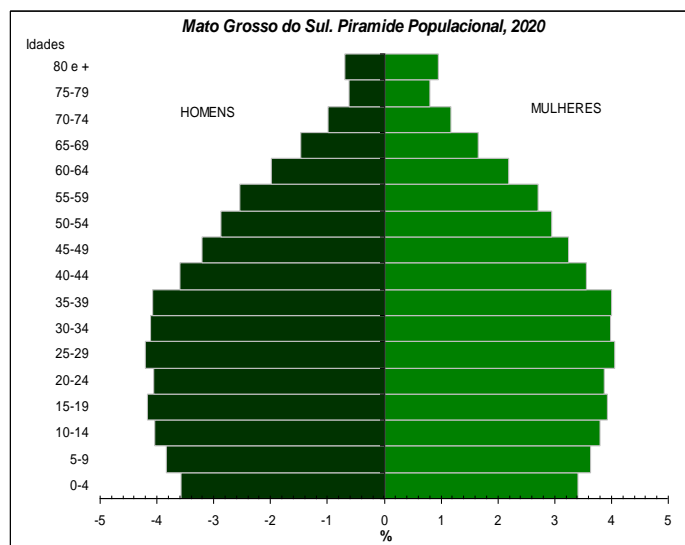
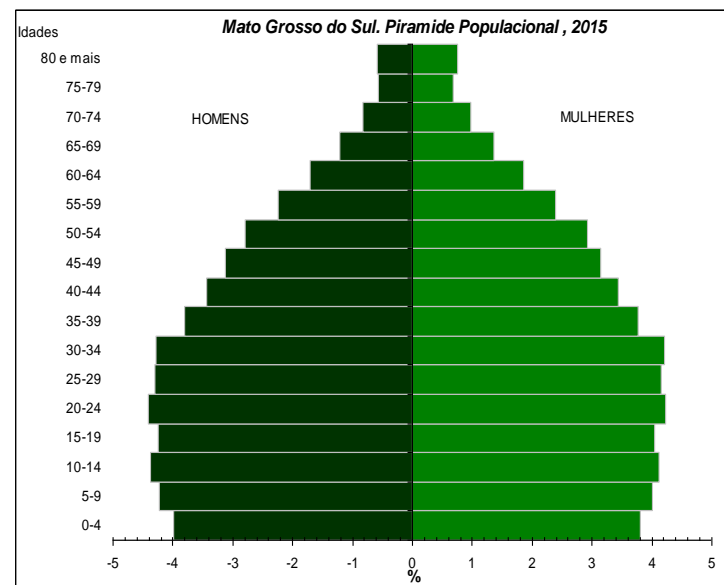
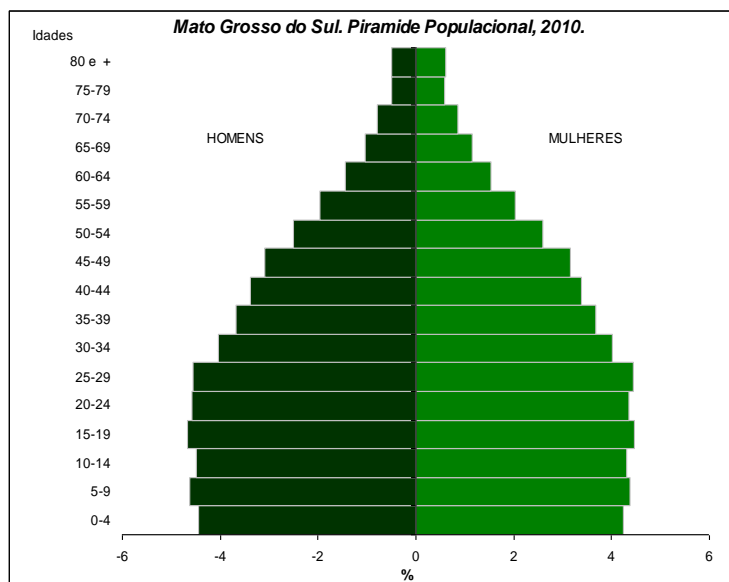
**Tabela 3 - Taxa de Fecundidade Total (TFT), Esperança de Vida ao Nascer (e), Índice de Envelhecimento. Brasil, MS, 2010-2020.**

		2010	2015	2020
<b>Taxa de Fecundidade Total -TFT</b>				
Brasil		1,82	1,72	1,61
Mato Grosso do Sul		1,96	1,86	1,73
<b>Esperança de Vida ao Nascer - e<sup>0</sup></b>				
Brasil	homens	70,21	77,60	73,86
	mulheres	71,88	79,05	75,44
	total	73,26	80,25	76,74
Mato Grosso do Sul	homens	70,41	71,86	75,28
	mulheres	77,56	72,88	76,30
	total	73,80	73,12	76,53
<b>Índice de Envelhecimento Populacional</b>				
Brasil		26,54	34,05	45,09
Mato Grosso do Sul		22,72	28,50	37,64

Fonte: IBGE: Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, por sexo e idade, Revisão 2013. RIPSA.

Nota: Índice de Envelhecimento = (nº pessoas de 60 anos e mais / nº pessoas de 0 a 15 anos) \*100

**Gráfico 2. Pirâmide Populacional. Mato Grosso do Sul, 2010-2020**



Fonte: IBGE. Elaboração: RIPSA-MS

### 2.1.1.1. População Indígena

O Mato Grosso do Sul possui a segunda maior população indígena do país, perdendo somente para o Estado do Amazonas.

Dados do DSEI-MS/SESAI - Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, demonstram que há aproximadamente 73.181 indígenas distribuídos em 75 aldeias, contemplando sete etnias, que abrangem diversos municípios do estado. Já em relação ao total de moradores do território estadual, os indígenas representam 9% do total dessa população, segundo o IBGE.

**Tabela 4 - Distribuição etnias por municípios, 2015.**

Nº	Povos Indígenas	Municípios
1	<b>Atikum</b>	Nioaque (Aldeia Brejão)
2	<b>Guarani-Kaiowá</b>	Amambaí, Antonio João, Aral Moreira, Bela Vista, Caarapó, Coronel Sapucaia, Dourados, Eldorado, Japorã, Juti, Laguna Carapã, Maracaju, Paranhos, Ponta Porã, Rio Brilhante, Sete Quedas e Tacuru.
3	<b>Guató</b>	Corumbá
4	<b>Kamba</b>	Corumbá (origem Boliviana)
5	<b>Ofayé</b>	Brasilândia
6	<b>Kadiwéu-Kinikawa</b>	Bodoquena, Bonito e Porto Murtinho
7	<b>Terena</b>	Anastácio, Aquidauana, Campo Grande, Dois Irmãos do Buriti, Dourados, Miranda, Nioaque, Rochedo e Sidrolândia.

Fonte: DSEI/Funasa-MS.

**Tabela 5 - Caracterização demográfica, étnico-cultural dos povos indígenas no DSEI-MS, 2015**

Pólo base	Município (Aldeia)	Aldeia	Residência	total		
				Aldeia	Mun (aldeia)	Pólo Base
AMAMBAÍ	AMAMBAI	AMAMBAI	1602	7031	8.991	12.953
		JAGUARI	85	350		
		LIMÃO VERDE	371	1602		
	ARAL MOREIRA	GUASSUTY	181	723	873	
		GUAYVYRY	47	150		
	CORONEL SAPUCAIA	TAQUAPERY	673	2946	3.089	
ACAMPAMENTO KURUSU AMBA*		42	143			
ANTÔNIO JOÃO	ANTONIO JOAO	CAMPESTRE	157	609	1.121	2.088
		CERRO MARANGATU	132	512		
	BELA VISTA	PIRAKUÁ	110	495	495	
	PONTA PORA	KOKUE-Y	42	160	472	
		LIMA CAMPO	95	312		



Pólo base	Município (Aldeia)	Aldeia	Residência	total		
				Aldeia	Mun (aldeia)	Pólo Base
AQUIDAUANA	ANASTACIO	ALDEINHA	101	398	398	6.770
	AQUIDAUANA	ÁGUA BRANCA	155	563	4.959	
		BANANAL	250	1109		
		COLINIA NOVA	48	143		
		CÓRREGO NOVA	45	162		
		IMBIRUSSÚ	45	172		
		LAGOINHA	124	571		
		LIMÃO VERDE	249	1161		
		MORRINHOS	52	300		
		YPEGUE	213	736		
		ACAMPAMENTO ESPERANÇA	10	42		
	NIOAQUE	ÁGUA BRANCA NIOAQUE	72	287	1.413	
		BREJÃO	131	537		
		CABECEIRA	82	298		
TABOQUINHA		79	291			
BODOQUENA	PORTO MURTINHO	ALVES DE BARROS	174	839	968	968
		CAMPINA	25	106		
		CORREGO DE OURO	4	23		
BONITO	PORTO MURTINHO	BARRO PRETO	11	55	587	661
		SÃO JOÃO	68	323		
		TOMÁSIA	39	209		
	GUIA L LAGUNA	CERRO Y	14	74	74	
CAARAPÓ	CAARAPO	CAARAPÓ	1168	4694	4.849	6.290
		GUIRA-ROKA	25	80		
		PYNDOROKY	13	75		
	JUTI	JARARÁ	77	289	572	
		TAQUARA	74	283		
	LAGUNA CARAPA	GUAIMBÉ	108	445	869	
RANCHO JACARÉ		106	424			
BRASILANDIA	BRASILANDIA	OFAIÉ	24	105	105	105
CAMPO GRANDE	CAMPO GRANDE	MARÇAL DE SOUZA	14	51	3.080	3.149
		URBANIZADO	143	3029		
	ROCHEDO	BÁLSAMO	14	69	69	
CORUMBA	CORUMBA	UBERABA	40	165	165	165
DOURADOS	DOURADINA	PANAMBI	167	610	875	15.186
		ACAMP. GUYRA KAMBY	20	80		
		ACAMP. TEKHARA-ITA-Y	49	185		
	DOURADOS	ACAMP.ITHAUM	12	73	13.883	
		ACAMP.PICADINHA	7	33		
		ACAMP.PAKURITI	3	6		
		ACAMP.CURRAL DE ARAME	3	7		
		ACAMP.MUDAS MS	12	91		
		ACAMP.NHUVERÁ	18	101		
		ACAMP.BOQUEIRÃO	10	34		
		BORORÓ	1476	6341		
		JAGUAPIRÚ	1558	6753		
		PANAMBIZINHO	100	347		
	PORTO CAMBIRA	10	47			
	RIO BRILHANTE	ACAMP.AROEIRA	7	15	155	
		ACAMP.JHUICUA	*	*		
		ACAMP.NHANDERU LARANJEIRA	12	110		
		ACAMP.SR.WILSON	5	30		
	MARACAJU	SUCURI	69	323	323	

Pólo base	Município (Aldeia)	Aldeia	Residência	total			
				Aldeia	Mun (aldeia)	Pólo Base	
IGUATEMI	ELDORADO	CERRITO	126	488	488	5.106	
	JAPORA	ACAMP. YVY KATU	107	350	4.296		
		PORTO LINDO	1023	3.946			
	SETE QUEDAS	ACAMP. SOMBRERITO	51	171	171		
IGUATEMI	ACAMP. PYELYTO KUE	59	151	151			
MIRANDA	MIRANDA	ARGOLA	133	651	7.357	7.357	
		BABAÇU	129	620			
		CACHOEIRINHA	313	1606			
		LOGOINHA	30	137			
		LALIMA	357	1436			
		ACAMP. MÃE TERRA	51	222			
		MOREIRA	272	1123			
		MORRINHO	73	341			
PASSARINHO	295	1221					
PARANHOS	PARANHOS	ARROIO CORÁ	111	537	4.924	4.924	
		PARAGUASSÚ	149	761			
		PIRAJUÍ	437	2.219			
		POTRERO-GUASSU	169	726			
		SETE CERROS	108	566			
		ACAMP. YPOY YVIKATU	52	115			
SIDROLANDIA	DOIS IRMAOS DO BURITI	AGUA AZUL	77	302	2.236	4.436	
		BARRERINHO	31	107			
		NOVA BURITI	80	256			
		BURITI	233	953			
		OLHO DAGUA	40	212			
		OLIVEIRA	43	155			
		RECANTO	53	251			
	SIDROLANDIA	SIDROLANDIA	CÓRREGO DO MEIO	153	574		2.200
			LAGOINHA	71	309		
			ACAMPAMENTO 10 DE MAIO	18	64		
			TERERÉ	214	952		
			NOVA TERÉ	84	301		
TACURU	TACURU	JAGUAPIRÉ	234	912	3.023	3.023	
		SASSORÓ	539	2111			
<b>15</b>	<b>32</b>	<b>99</b>	<b>16.787</b>	<b>73.181</b>	<b>73.181</b>	<b>73.181</b>	

Fonte: DSEI/Funasa-MS.

Das etnias mais populosas, destacam-se Guarani com média de 40.000 pessoas, Terena com 30.000 pessoas e Kadiweu com média de 2.000 pessoas.

No Mato Grosso do Sul, a SES através de suas áreas técnicas apoia as ações da Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI na realização de ações de saúde aos povos indígenas. No contexto de morbidade, os agravos mais prevalentes são as doenças infecciosas e carenciais. A proximidade aos centros urbanos acrescentou também a esta agenda as doenças psiquiátricas (depressão e a adição alcoólica e a drogas ilícitas) e também as doenças crônicas decorrentes de mudanças nos hábitos alimentares e comportamentais, incluindo os referentes ao planejamento familiar.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) 49% das mortes de crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento estão relacionadas à desnutrição.

A desnutrição é um problema de saúde pública, pois ela aumenta o risco de uma série de doenças e pode afetar o crescimento e o desenvolvimento cognitivo. Além disso, crianças desnutridas têm mais chance de apresentar complicações de saúde na idade adulta. Por isso, a segurança alimentar e nutricional é uma questão básica da saúde para a infância.

A mortalidade infantil em Mato Grosso do Sul chama a atenção para a gravidade da desnutrição infantil em comunidades indígenas, a qual já reduziu significativamente com a execução de ações de segurança alimentar e nutricional a essa população.

Os índices de desnutrição infantil nas comunidades indígenas do Estado reduziram-se de 15% para 12%, o que ainda representa mais que o dobro da média nacional. A situação alarmante das aldeias de Mato Grosso do Sul motivou uma série de medidas emergenciais para reduzir o problema no Estado.

## **2.1.2 Aspectos Econômicos e Sociais**

Na análise da situação socioeconômica da população residente em Mato Grosso do Sul, dois indicadores foram selecionados: o Produto Interno Bruto - PIB per capita e o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH.

O PIB per capita é um indicador macroeconômico que mede o crescimento da riqueza da população em relação ao crescimento da riqueza do país. Não considera em seu escopo o nível de desigualdade de renda dos indivíduos, enquanto o IDH é um contraponto ao PIB per capita, pois é uma mudança de perspectiva: com o desenvolvimento humano, o foco é transferido do crescimento econômico, ou da renda, para o ser humano (PNUD, 2015).

### 2.1.2.1 Produto interno bruto per capita (PIB per capita)

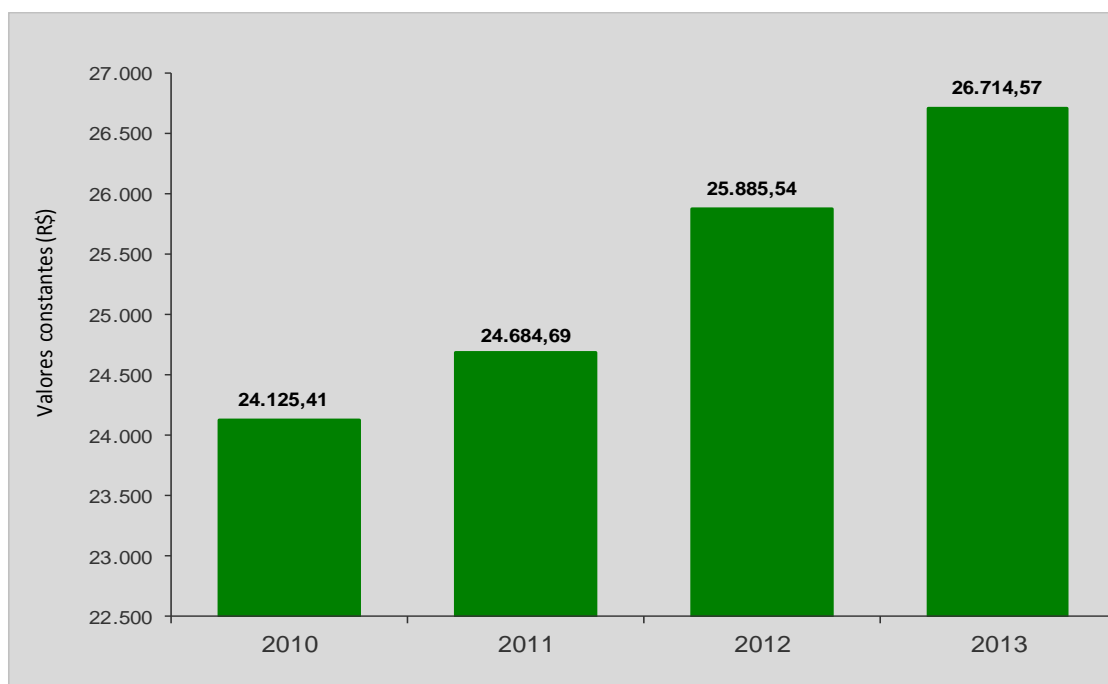
O Estado de Mato Grosso do Sul com suas características socioeconômicas direcionadas para o setor agropecuário e ao mercado externo, no período entre 2010 a 2013 registrou um crescimento do PIB per capita de 10,73%, em grande parte devido ao crescimento recente dos setores industriais no Estado. O setor cresceu acima da média dos demais setores, com taxa média de crescimento de 6,56%, contribuindo para uma diversificação das atividades produtivas no Estado (Tabela 6).

**Tabela 6 - Crescimento dos setores de atividade e do PIB. Mato Grosso do Sul, 2011-2013. (%)**

Setor de Atividade /Anos	2011	2012	2013	Média de Crescimento %
Primário	-6,87	8,11	14,30	5,18
<b>Secundário</b>	<b>5,92</b>	<b>6,71</b>	<b>7,06</b>	<b>6,56</b>
Terciário	5,00	4,84	3,96	4,60
<b>PIB/MS</b>	<b>3,50</b>	<b>6,03</b>	<b>6,59</b>	<b>5,37</b>

Fonte: IBGE. Elaboração: Semade/MS.

**Gráfico 3 - PIB per capita em reais de 2013. Mato Grosso do Sul, 2010-2013.**



Fonte: IBGE. Elaboração: Semade/MS.

### 2.1.2.2 Índice de Desenvolvimento Humano

Os três pilares que constituem o IDHm<sup>1</sup>. (saúde, educação e renda) são mensurados a partir dos dados dos censos demográficos, delineados conforme as faixas que avaliam o nível de desenvolvimento humano municipal (Tabela 7).

**Tabela 7 - Faixas de Desenvolvimento Humano municipal, MS, 1991-2010.**

Faixas	IDH-m		
Muito baixo	0	-	0,499
Baixo	0,500	-	0,599
Médio	0,600	-	0,699
Alto	0,700	-	0,799
Muito alto	0,800	-	1

Fonte: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/idhm/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/)

Dentre os estados brasileiros (27 unidades federativas), Mato Grosso do Sul ocupou, em 2010, a 10<sup>a</sup> posição no ranking de Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHm), permanecendo na mesma posição do ranking de 2000, quando decresceu 2 pontos na classificação em relação a 1991 (Tabela 8).

**Tabela 8 - Índice de Desenvolvimento Humano municipal, MS, 1991-2010.**

Posição	IDHM	IDHM Renda	IDHM Longevidade	IDHM Educação
	1991			
8 <sup>o</sup>	0.488	0.641	0.699	0.259
	2000			
10 <sup>o</sup>	0.613	0.687	0.752	0.445
	2010			
10 <sup>o</sup>	0.729	0.740	0.833	0.629

Fonte: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/o\\_atlas/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas/)

<sup>1</sup> Em 2012, o PNUD Brasil, o Ipea e a Fundação João Pinheiro assumiram o desafio de adaptar a metodologia do IDH Global para calcular o IDH Municipal (IDHM) dos 5.565 municípios brasileiros. Esse cálculo foi realizado a partir das informações dos 3 últimos Censos Demográficos do IBGE – 1991, 2000 e 2010 – e conforme a malha municipal existente em 2010. O IDHM brasileiro considera as mesmas três dimensões do IDH Global – longevidade, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais.

**Tabela 9 - Índice de Desenvolvimento Humano municípios de Mato Grosso do Sul, 2010.**

Município	IDHM, 2010	Ranking Estadual	Município	IDHM, 2010	Ranking Estadual	Município	IDHM, 2010	Ranking Estadual
<b>Campo Grande</b>	<b>0,784</b>	<b>1º</b>	Angélica	0,697	31º	Rochedo	0,651	61º
Chapadão do Sul	0,754	2º	Nova Alvorada do Sul	0,694	32º	Taquarussu	0,651	62º
Dourados	0,747	3º	Deodópolis	0,694	33º	Novo Horizonte do Sul	0,649	63º
Três Lagoas	0,744	4º	Caarapó	0,694	34º	Caracol	0,647	64º
Maracaju	0,736	5º	Aquidauana	0,688	35º	Antônio João	0,643	65º
São Gabriel do Oeste	0,729	6º	Mundo Novo	0,686	36º	Santa Rita do Pardo	0,642	66º
Cassilândia	0,727	7º	Sidrolândia	0,686	37º	Nioaque	0,639	67º
Nova Andradina	0,721	8º	Eldorado	0,684	38º	Dois Irmãos do Buriti	0,639	68º
Paranaíba	0,721	9º	Bataiporã	0,684	39º	Aral Moreira	0,633	69º
Glória de Dourados	0,721	10º	Selvíria	0,682	40º	Miranda	0,632	70º
Minhema	0,72	11º	Inocência	0,681	41º	Juti	0,623	71º
Rio Brilhante	0,715	12º	Sonora	0,681	42º	Itaquiraí	0,62	72º
Fátima do Sul	0,714	13º	Bandeirantes	0,681	43º	Sete Quedas	0,614	73º
Jardim	0,712	14º	Guia Lopes da Laguna	0,675	44º	Tacuru	0,593	74º
Alcinópolis	0,711	15º	Amambai	0,673	45º	Coronel Sapucaia	0,589	75º
Vicentina	0,711	16º	Rio Verde	0,673	46º	Paranhos	0,588	76º
Bataguassu	0,71	17º	Laguna Carapã	0,672	47º	<b>Japorã</b>	<b>0,526</b>	<b>77º</b>
Rio Negro	0,709	18º	Corguinho	0,671	48º			
Jateí	0,708	19º	Pedro Gomes	0,671	49º			
Costa Rica	0,706	20º	Bonito	0,67	50º			
Ladário	0,704	21º	Água Clara	0,67	51º			
Coxim	0,703	22º	Anaurilândia	0,67	52º			
Camapuã	0,703	23º	Bodoquena	0,666	53º			
Ponta Porã	0,701	24º	Porto Murtinho	0,666	54º			
Brasilândia	0,701	25º	Jaraguari	0,664	55º			
Corumbá	0,7	26º	Ribas do Rio Pardo	0,664	56º			
Naviraí	0,7	27º	Anastácio	0,663	57º			
Douradina	0,699	28º	Iguatemi	0,662	58º			
Bela Vista	0,698	29º	Terenos	0,658	59º			
Aparecida do Taboado	0,697	30º	Itaporã	0,654	60º			

Fonte: PNUD/2010 . Elaboração: SES/MS

Campo Grande, a capital, ocupa o 100º lugar entre as cidades brasileiras, a melhor posição do estado e o município de Japorã tem o pior desempenho.

## **2.1.3 Perfil Epidemiológico**

### **2.1.3.1 Aspectos da Morbimortalidade**

Na análise das tendências dos aspectos da morbimortalidade no estado, foram utilizados dados do Sistema de informações do Ministério da Saúde/DATASUS e do IBGE.

Os dados do IBGE se referem ao estudo sobre a Projeção da População por sexo e idade para o país e unidades da federação com a finalidade de orientar a tendência de comportamento do perfil epidemiológico, uma vez que a base de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) referente aos anos de 2014 (preliminar) e 2015 não se encontraram fechados.

### **2.1.3.2 Aspectos gerais de mortalidade**

Aproximadamente 30,9% do total de óbitos no estado em 2011, foram relativos às doenças do aparelho circulatório. Entre a população de mulheres, óbitos por essas causas representaram em média 33,0% do total de óbitos. A taxa de mortalidade total (ambos os sexos) devido a essas causas foi de 178 óbitos para cem mil habitantes, no período em análise. Em seguida, a 2ª causa dos óbitos (ambos os sexos) que ocorreram no estado foram consequentes das causas externas de morbidade e mortalidade (89,8%). Os homens ainda representam a maior proporcionalidade de óbitos por causas externas, média de 20,7% do total de óbitos em 2011 e 19,7% em 2014.

Esse quadro de mortalidade tem uma ligeira mudança para o período de 2014, quando as causas de neoplasias (tumores) passam a ser a 2ª causa de óbito (16,8%) entre a população residente no estado, uma taxa média de mortalidade de 96 óbitos para cada 100 mil habitantes.

**Tabela 10. Principais Causas de Óbito, Capítulos CID-10. Mato Grosso do Sul, 2011.**

Causas (Capítulos CID-10)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Taxa*	Óbitos	%	Taxa *	Óbitos	%	Taxa*
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.567	29,6	103,6	1.854	33,0	74,8	4.421	30,9	178,4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.794	20,7	72,4	430	7,7	17,4	2.224	15,6	89,8
II. Neoplasias (tumores)	1.248	14,4	50,4	952	16,9	38,4	2.200	15,4	88,8
X. Doenças do aparelho respiratório	858	9,9	34,6	668	11,9	27,0	1.526	10,7	61,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	451	5,2	18,2	457	8,1	18,4	908	6,4	36,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	483	5,6	19,5	259	4,6	10,5	742	5,2	29,9
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	312	3,6	12,6	201	3,6	8,1	513	3,6	20,7
VI. Doenças do sistema nervoso	189	2,2	7,6	170	3,0	6,9	359	2,5	14,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	179	2,1	7,2	161	2,9	6,5	340	2,4	13,7
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	160	1,8	6,5	150	2,7	6,1	310	2,2	12,5
Todos os demais capítulos	426	4,9	17,2	318	5,7	12,8	744	5,2	30,0
<b>Total</b>	<b>8.667</b>	<b>100,0</b>	<b>349,8</b>	<b>5.620</b>	<b>100,0</b>	<b>226,8</b>	<b>14.287</b>	<b>100,0</b>	<b>576,7</b>

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Obs. Não considerados os óbitos com sexo ignorado.

\* Taxa de mortalidade segundo o capítulo (CID10) por 100.000 habitantes.



**Tabela 11. Principais Causas de Óbitos, Capítulos CID-10. Mato Grosso do Sul, 2014.**

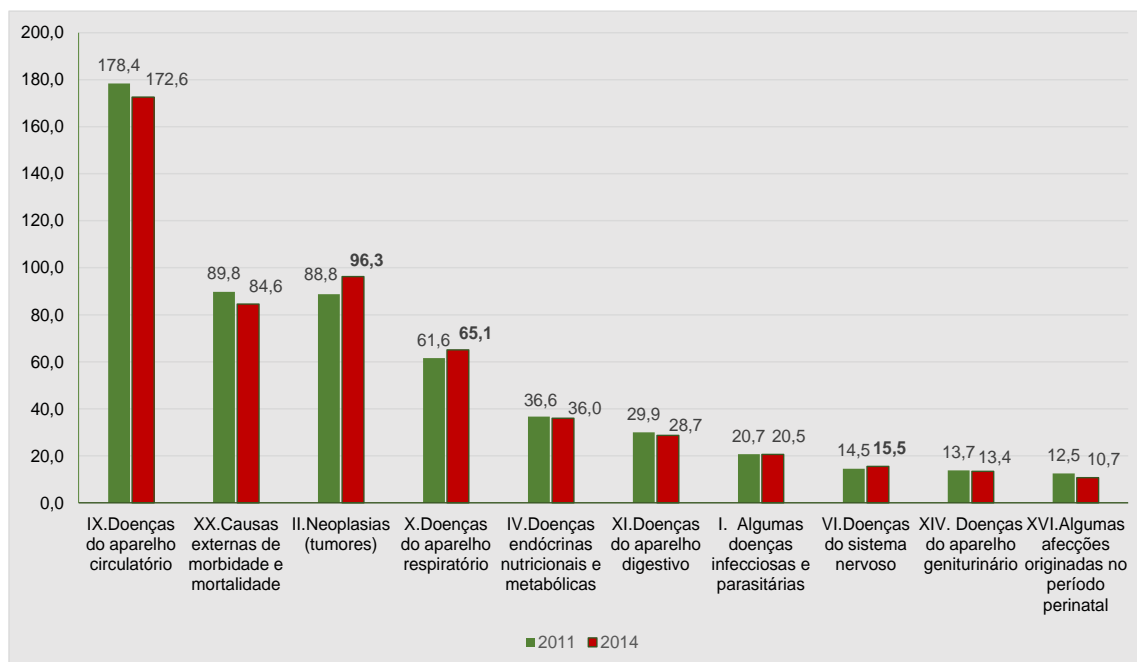
Capítulos CID-10	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Taxa*	Óbitos	%	Taxa *	Óbitos	%	Taxa*
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.574	28,9	98,3	1.947	31,9	74,3	4.521	30,1	172,6
II. Neoplasias (tumores)	1.426	16,0	54,4	1.096	18,0	41,8	2.522	16,8	96,3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.753	19,6	66,9	462	7,6	17,6	2.215	14,7	84,6
X. Doenças do aparelho respiratório	930	10,4	35,5	775	12,7	29,6	1.705	11,4	65,1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	466	5,2	17,8	477	7,8	18,2	943	6,3	36,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	474	5,3	18,1	277	4,5	10,6	751	5,0	28,7
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	324	3,6	12,4	214	3,5	8,2	538	3,6	20,5
VI. Doenças do sistema nervoso	198	2,2	7,6	208	3,4	7,9	406	2,7	15,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	170	1,9	6,5	180	3,0	6,9	350	2,3	13,4
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	156	1,7	6,0	123	2,0	4,7	279	1,9	10,7
Todos os demais capítulos	451	5,1	17,2	336	5,5	12,8	787	5,2	30,0
<b>Total</b>	<b>8.922</b>	<b>100,0</b>	<b>340,6</b>	<b>6.095</b>	<b>100,0</b>	<b>232,7</b>	<b>15.017</b>	<b>100,0</b>	<b>573,2</b>

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (dados preliminares).

Obs. Não considerados os óbitos com sexo ignorado.

\* Taxa de mortalidade segundo o capítulo (CID10) por 100.000 habitantes.

**Gráfico 4 - Taxa de Mortalidade\* segundo Capítulos CID-10. Mato Grosso do Sul, 2011-2014.**



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.

\*Taxa de mortalidade segundo capítulos CID-10 = óbitos /100 mil habitantes

2014-Dados preliminares.

O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 foi elaborado objetivando o enfrentamento das DCNT nos próximos anos, considerando a magnitude que essas doenças (acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) se constituem no país. De acordo com o Plano, cerca de 70% das causas de mortes, atingem fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Ressalta, também, que na última década ocorreu uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros (BRASIL, 2011).

Em Mato Grosso do Sul, essa realidade é muito presente, a taxa de mortalidade total por essas causas representam 335 óbitos para 100 mil habitantes,

em 2013. Percebe-se uma redução de 8,99% entre o período de 2010 a 2013, representando uma sensível melhora nos indicadores (Tabela 12).

**Tabela 12 - Evolução da Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Mato Grosso do Sul, 2010-2013.**

2010	2011	2012	2013
<i>Número de óbitos</i>			
3.946	3.794	3.712	3.862
<i>Taxa de mortalidade por 100 mil/hab</i>			
368,8	350,6	339,2	335,7

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.

Base de dados: 18/06/2013

Notas: Doenças Crônicas Não Transmissíveis-conjunto das 4 principais doenças (do aparelho circulatório câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Valor absoluto de óbitos para municípios com menos de 100 mil habitantes.

Taxa de mortalidade para municípios com mais de 100 mil habitantes

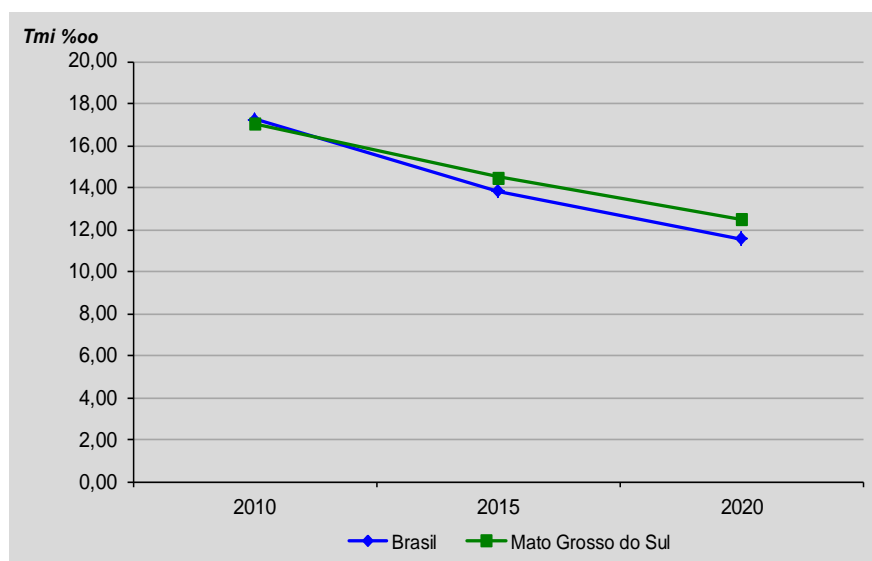
População alvo: 30 a 69 anos

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção (BRASIL, 2011).

As equipes de saúde atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT (BRASIL, 2011).

Em relação à mortalidade infantil as taxas estimam o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida – (RIPSA, 2013). Para o estado, segundo as projeções do IBGE (2010-2020) prospectam um futuro de diminuição dos óbitos infantis, seguindo a tendência do país.

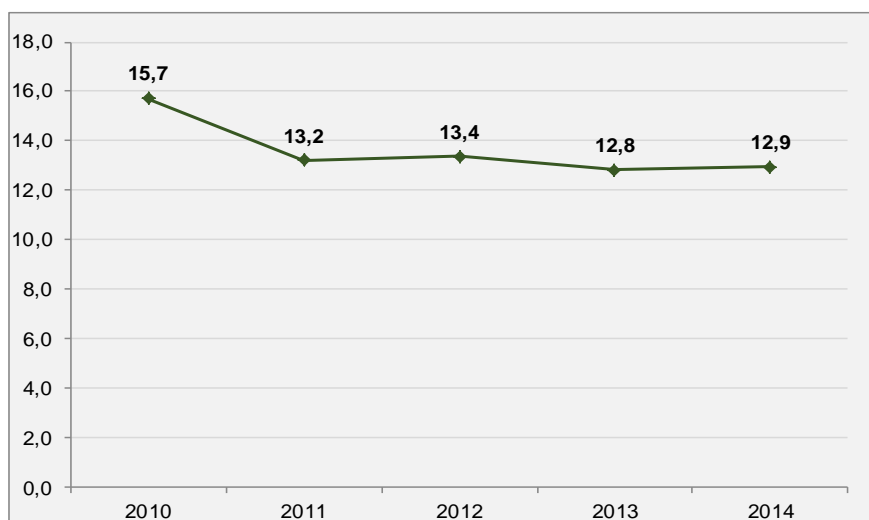
**Gráfico 5 - Taxa de mortalidade infantil (%oo), Brasil, MS, 2010-2020.**



Fonte: IBGE.

A partir das informações sobre o número de óbitos infantis do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do número de crianças nascidas vivas do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) observa-se entre o período de 2010 e 2014 um decréscimo de 17,7%. As taxas calculadas no período em análise mostram variações entre 15,7 por mil (2010) e 12,9 (2014) por mil nascidos vivos no estado.

**Gráfico 6 - Taxa de mortalidade infantil. MS, 2010-2014.**



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

Nota: 2014 – dados preliminares.

Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20)<sup>2</sup>, parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico. Valores abaixo de 10 por mil são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrindo más condições de vida em segmentos sociais específicos.

Essas taxas refletem, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (RIPSA, 2013).

### **2.1.3.3 Doenças Transmissíveis de Notificação Compulsória**

As doenças transmissíveis continuam sendo um importante problema de saúde pública no Estado, considerando o impacto da mesma sobre a morbidade e a mortalidade que ocasionam na população em geral. Entre as principais podemos citar:

#### **2.1.3.3.1 Coqueluche**

A **coqueluche** ou **pertussis** é uma doença infecciosa aguda e transmissível, que compromete o aparelho respiratório (traquéia e brônquios). É causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. A doença evolui em três fases sucessivas. A fase catarral inicia-se com manifestações respiratórias e sintomas leves, que podem ser confundidos com uma gripe: febre, coriza, mal-estar e tosse seca. Em seguida, há acessos de tosse seca contínua. Na fase aguda, os acessos de tosse são finalizados por inspiração forçada e prolongada, vômitos que provocam dificuldade de beber, comer e respirar. Na convalescença, os acessos de tosse desaparecem e dão lugar à tosse comum. Bebês menores de seis meses são os mais propensos a

---

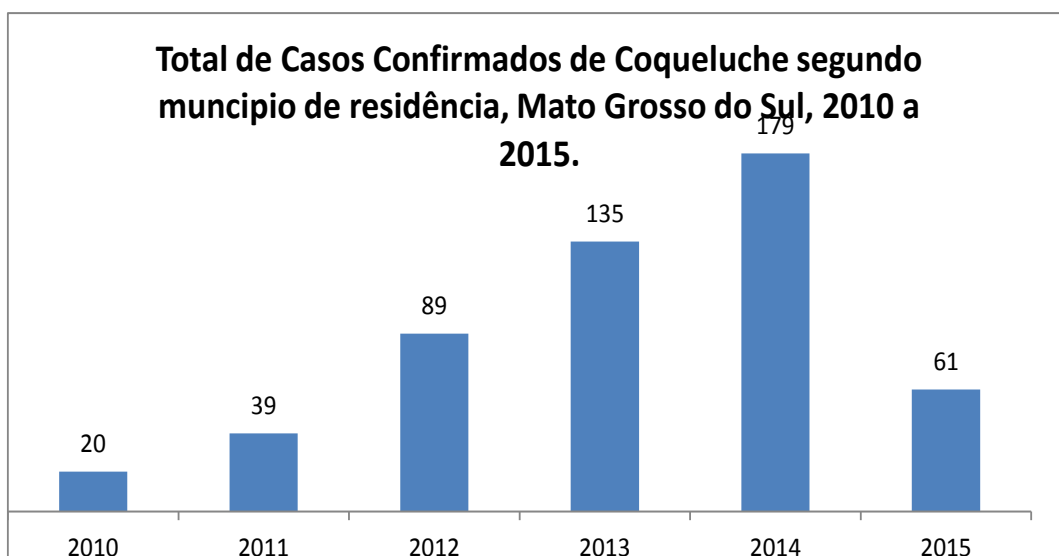
<sup>2</sup> Pereira, MG. Mortalidade. Epidemiologia: Teoria e Prática. Capítulo 6, pág. 126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995. Citado in: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/CapituloC.pdf>

apresentar formas graves da doença, que podem causar desidratação, pneumonia, convulsões, lesão cerebral e levar à morte.

Apenas os indivíduos que já tenham adquirido a doença ou recebido a vacina DTP (mínimo de três doses) não correm o risco de adquiri-la. Não existe característica individual que predisponha à doença, a não ser presença ou ausência de imunidade específica. Graças aos programas de vacinação, a ocorrência de casos de coqueluche no Brasil (que já chegou a cerca de 40 mil casos notificados por ano entre 1981 e 1991) vem sendo reduzida.

Em Mato Grosso do Sul, observamos um aumento dos casos em 2014 que pode corresponder à ciclicidade da doença, que ocorre entre três a cinco anos. Essa doença afeta principalmente crianças menores de 6 meses, ainda não devidamente protegidas pela imunização contra a coqueluche, que hoje se faz com a vacina Pentavalente (Difteria, Tétano, Pertussis, Hib e Hepatite B).

**Gráfico 7**



Fonte: SINAN-NET/SES/MS. Dados sujeitos a alteração.

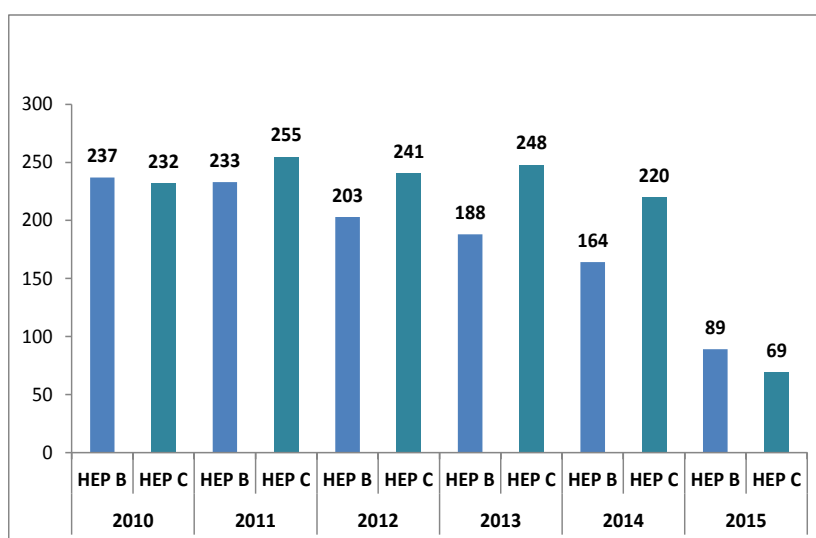
### **2.1.3.3.2 Hepatites Virais**

O acompanhamento do sistema de notificações tem demonstrado aumento no número absoluto de casos de Hepatite C em relação aos casos de Hepatite B

desde 2011. Em que pese a inversão desta relação nos últimos anos, temos observado também, em ambos os casos, uma redução progressiva em suas taxas de incidência, possivelmente associadas as ações de prevenção executadas no Estado.

A maioria da população desconhece seu status sorológico, agravando ainda mais a cadeia de transmissão. Diante desta situação a ampliação da testagem sorológica para as hepatites virais vem sendo fomentada no Estado, visando à detecção precoce de portadores permitindo o acesso às medidas de prevenção e tratamento, em especial após a introdução do novo Protocolo de Tratamento para Hepatite C.

**Gráfico 8 - Casos novos de Hepatites B e C, Mato Grosso do Sul.**



Fonte: SINAN NET/ SGVS/ CEVE/ PEDST/AIDS/HV.

### **2.1.3.3.3 AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**

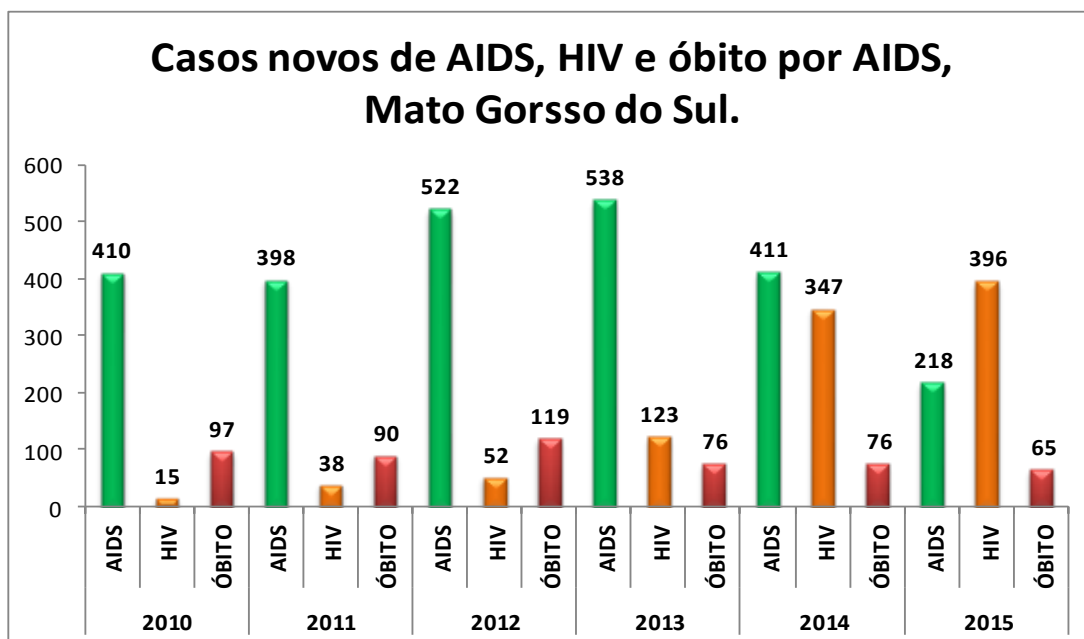
O Número de casos notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN ao longo dos últimos 6 anos apresenta uma estabilidade preocupante, uma vez que fica evidente a interiorização e masculinização da

epidemia no Estado, uma vez que desde 2013 o crescimento do número de notificações trata-se em particular no sexo masculino.

Em 06/06/2014 foi publicada a nova portaria de agravos de notificações compulsórias (Portaria Nº 1271) incluindo-se pela primeira vez o HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus*) como de notificação compulsória, fato este que nos permite avaliar de forma mais fidedigna o comportamento e a circulação viral em Mato Grosso do Sul. Conseqüentemente a queda do número de casos de AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*) deve-se as inúmeras notificações equivocadas de HIV+ como se tratasse de AIDS.

Os óbitos permanecem também com média estável, chamando a atenção para a situação do diagnóstico tardio, que apesar da ampliação da oferta de testagem rápida, ainda observamos que em grande parte dos casos de óbito apresentam um intervalo menor que 01 ano entre o diagnóstico e o óbito.

**Gráfico 9**



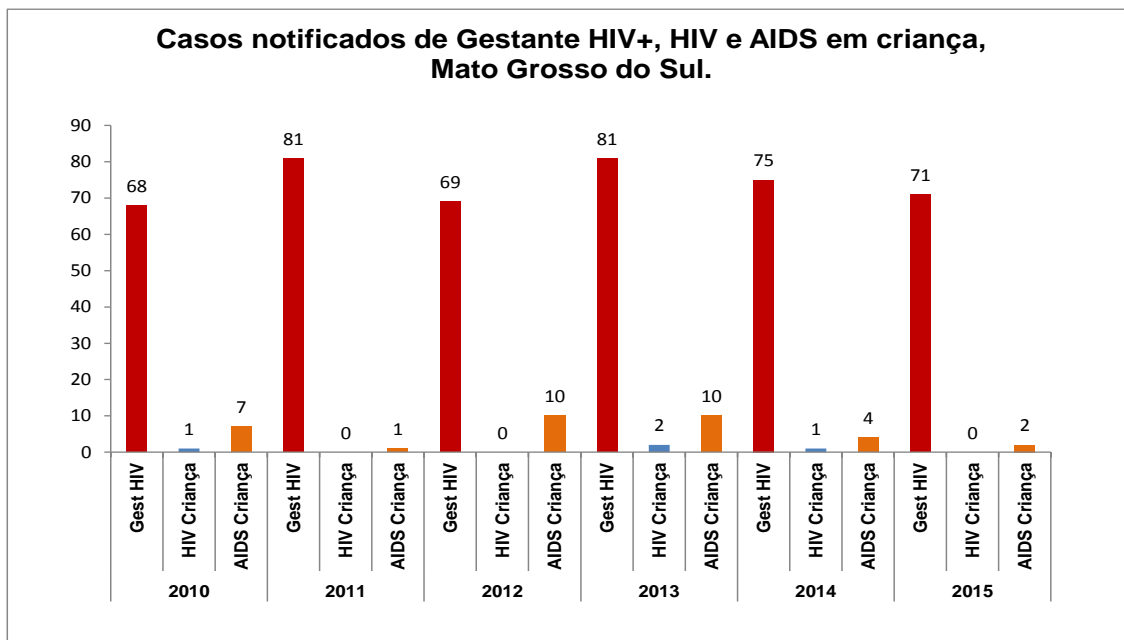
Fonte: SINAN NET/ SGVS/ CEVE/ PEDST/AIDS/HV.

No estado foi observado um aumento acentuado nos casos de AIDS em criança nos anos de 2012 e 2013, demonstrando a falha no atendimento da gestante HIV+, contudo após ações junto aos programas municipais e hospitais, foi observada



em 2014 uma queda de 60% e no ano de 2015, outra redução na transmissão vertical do HIV em relação ao ano anterior de mais 50%.

**Gráfico 10**



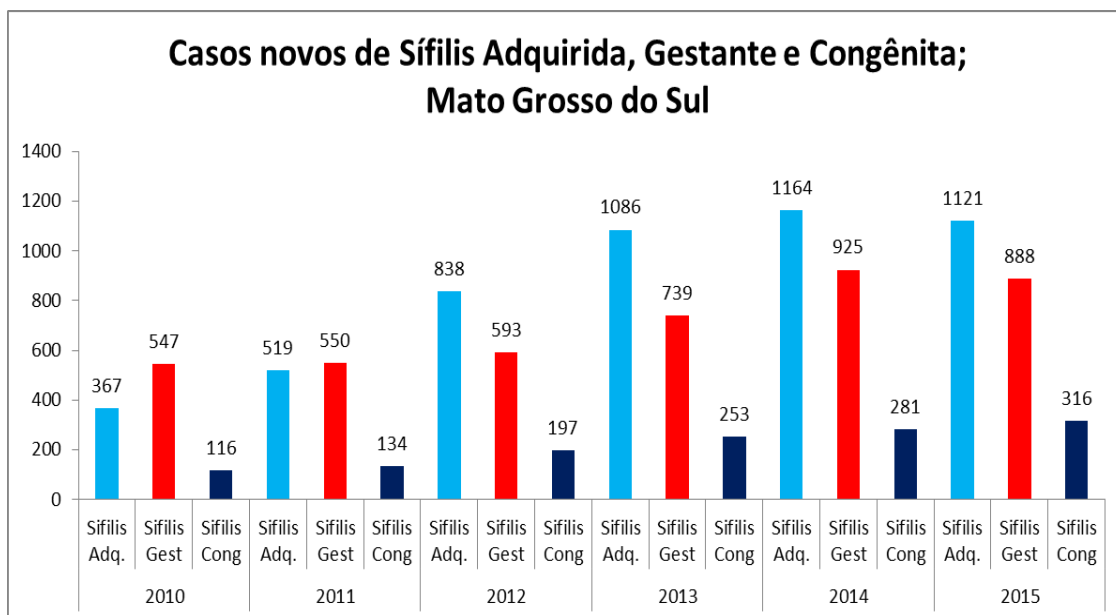
Fonte: SINAN NET/ SGVS/ CEVE/ PEDST/AIDS/HV.

#### 2.1.3.3.4 Sífilis Congênita

A sífilis é um problema de saúde pública de tratamento simples e eficaz quando adequado. No estado, os casos notificados de sífilis congênita têm apresentado um aumento entre 2014 e 2015 de 12,5%, devido em especial a falta de abastecimento por parte da indústria farmacêutica de Penicilina Benzatina, único tratamento adequado para a gestante, uma vez que é o único medicamento que ultrapassa a barreira placentária e trata mãe e feto.

No ano de 2013, Mato Grosso do Sul foi o estado com maior incidência nacional de sífilis em gestante, com 739 casos, já em 2014 houve um aumento dos casos notificados de 25%, o que demonstra uma falha na interrupção da cadeia de transmissão.

**Gráfico 11**



Fonte: SINAN NET/ SGVS/ CEVE/ PEDST/AIDS/HV.

### 2.1.3.3.5 Tuberculose

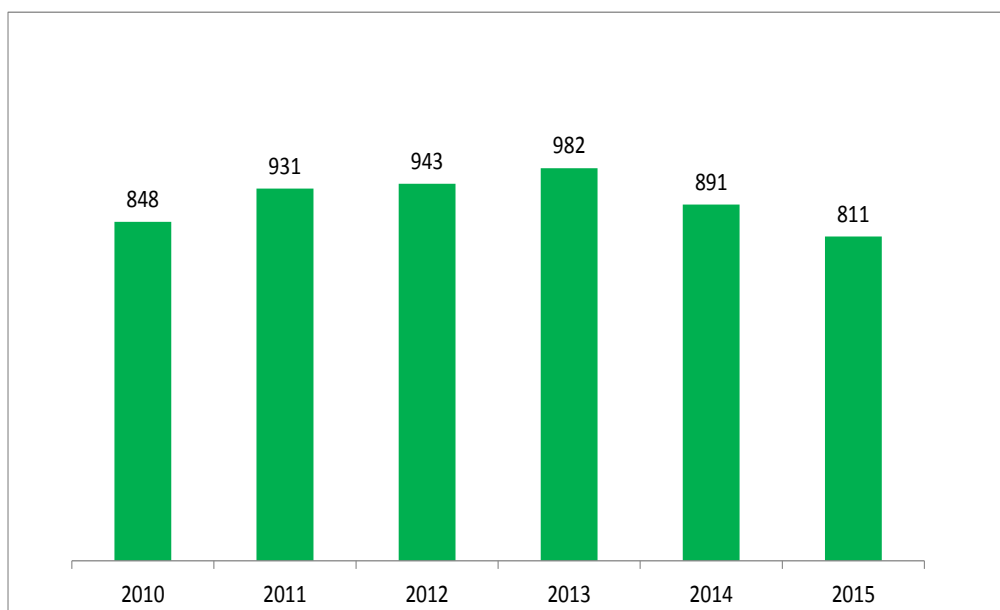
A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões. A doença é curável. Anualmente são notificados milhões de novos casos em todo o mundo. O surgimento da AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose resistente aos medicamentos agravam ainda mais esse cenário.

A tuberculose é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. O Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo.

Nos últimos 17 anos, a tuberculose apresentou queda de 38,7% na taxa de incidência e 33,6% na taxa de mortalidade. A tendência de queda em ambos os indicadores vem-se acelerando ano após ano, o que pode determinar o efetivo controle da tuberculose em futuro próximo, quando a doença poderá deixar de ser um problema para a saúde pública.

No estado nos últimos anos houve uma queda nos números dos casos, conforme demonstra o Gráfico abaixo:

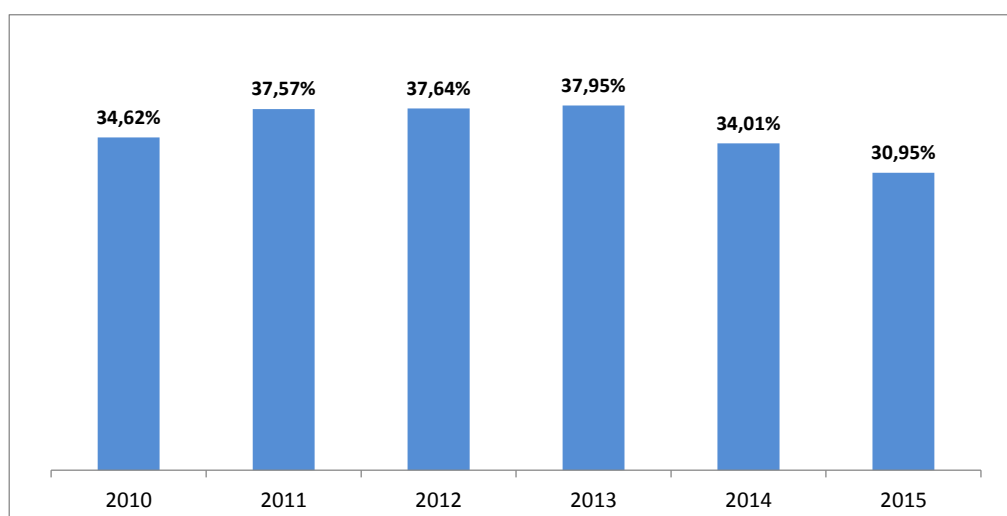
**Gráfico 12 - Série Histórica de Casos novos de Tuberculose, MS, 2010 a 2015.**



Fonte: SINAN NET/ SGVS/ CEVE

No período de 2010 a 2015 foram diagnosticados 5.406 casos de tuberculose no Estado, o plano Estadual esta em intensificar o diagnóstico da tuberculose precocemente com tratamento oportuno e adequado, enfatizando a busca de contatos para Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose-ILTB, reduzindo a carga bacteriana e a incidência da doença no país como pode ser observado o gráfico abaixo.

**Gráfico 13 - Incidência casos de Tuberculose por 100.000 hab, MS 2010 a 2015.**



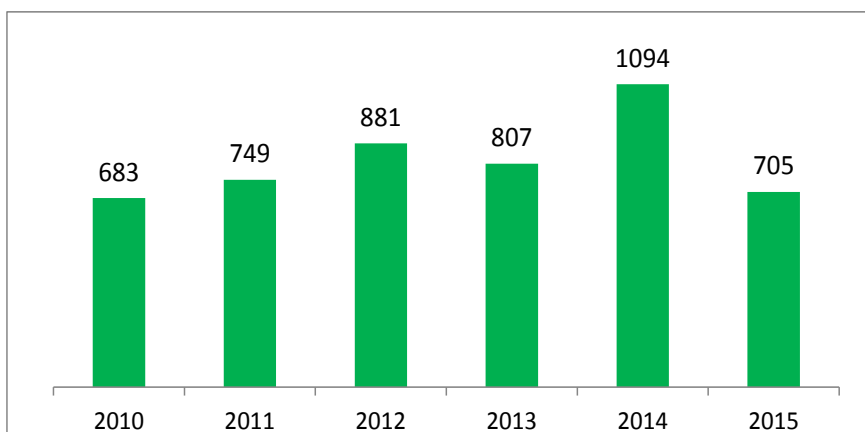
Fonte: SINAN NET/ SGVS/ CEVE

### 2.1.3.3.6 Hanseníase

Do ano de 2004 a 2009 foram diagnosticados 3.855 casos novos de Hanseníase no Estado, em comparação com outras áreas também endêmicas com o mesmo perfil epidemiológico, como o Estado de Mato Grosso, percebeu-se que o Estado de Mato Grosso do Sul, por ser área hiperendêmica em hanseníase, apresentava subnotificação em relação aos casos novos. A partir de 2010 foram desenvolvidos trabalhos voltados a treinamento/capacitação de profissionais de saúde, buscando melhorar a qualidade e precocidade dos diagnósticos de doentes com Hanseníase.

Em 2010 iniciaram-se os treinamentos teóricos e práticos, onde todos os profissionais de saúde envolvidos no programa de hanseníase tiveram oportunidade de ter o aprendizado sobre diagnóstico, tratamento, avaliação de incapacidade, busca de contatos e reabilitação de paciente. Conforme gráfico, de 2010 a 2015 foram diagnosticados um total de 4.919 casos novos de hanseníase no Estado, ou seja, houve um incremento de 18,10% de casos, quando comparado com os 6 anos anteriores a 2010.

**Gráfico 14 - Casos Novos Confirmados de Hanseníase, MS, 2010 a 2015.**



Fonte: SINAN NET/ SGVS/ CEVE

### **2.1.3.3.7 Raiva**

A raiva é uma zoonose transmitida ao homem por um vírus da família *Rhabdoviridae* presente na saliva e secreções de algum animal infectado. É uma doença infecciosa aguda que compromete o Sistema Nervoso Central (SNC) com taxa de letalidade de 99,9%. No mundo, apenas três pessoas atingiram a cura, sendo um brasileiro, que havia se infectado após ter sido mordido por um morcego.

A sintomatologia é bastante diversa, e o paciente pode apresentar as fobias consideradas clássicas da raiva (hidrofobia e aerofobia), a tríade parestesia, parestesia e paralisia, a Síndrome de Guillain-Barré e inúmeros outros sinais e sintomas. Pela proximidade com seres humanos, o cão e o gato, atuam como os principais transmissores da doença, no entanto, a transmissão pode ocorrer por meio de contato com outros animais ditos de “sangue quente”, como: morcegos, macacos, furões, raposas, coiotes, guaxinins e gambás.

A melhor maneira de controlar a disseminação do vírus é através da realização periódica de vacinação de cães e gatos. No Brasil, campanhas anuais de vacinação são realizadas, com o intuito de evitar que casos humanos ocorram como pode ser observado na Tabela 13, que demonstra os resultados das campanhas de 2010 a 2015. No entanto, cabe ressaltar que muitos municípios ainda não enviaram os dados relacionados ao último ano e, por isso, a cobertura vacinal está bem abaixo da meta esperada, que é a vacinação de 80% dos animais de cada município.

Entre 2010 e 2015, no Estado, foram notificados 44.504 atendimentos antirrábicos realizados em pessoas que, de alguma forma, foram agredidas ou entraram em contato com animais suspeitos. E, em Corumbá, foi confirmado um caso da doença em humano, no ano de 2015, após 20 anos sem nenhum registro no Estado. Ainda em 2015, 93 animais positivos foram confirmados e a principal espécie envolvida foi a canina, com 71 casos de raiva.

Corumbá e Ladário foram as únicas cidades do Estado com casos de raiva canina e registraram, respectivamente, 57 e 14 animais positivos, conforme a Tabela 14. Fato que pode ser justificado pela ausência de uma estimativa de população

canina confiável, levando a uma cobertura vacinal aquém da realidade e, também, pela proximidade com a Bolívia, que faz fronteira seca com Corumbá, e não realiza atividades de prevenção e controle de zoonoses.

Ações de bloqueio do tipo "casa a casa" foram realizadas nas primeiras 72 horas após a detecção de cada caso e a campanha de vacinação antirrábica foi realizada em duas etapas em 2015. Corumbá e Ladário continuarão com duas campanhas de vacinação antirrábica canina e felina, sendo a primeira etapa programada para Abril de 2016.

**Tabela 13 - Resultado das Campanhas de vacinação antirrábica animal, realizadas em MS no período de 2010-2015.**

ANO	POP CANINA EST.	META	POP FELINA EST.	CAES VACINADOS			GATOS VACINADOS			TOTAL	COB. VACINAL CANINA (%)	COB. VACINAL FELINA (%)
				URBANA	RURAL	TOTAL	URBANA	RURAL	TOTAL			
2010	465.096	372.065	93.031	206.192	59.143	265.335	25.317	13.245	38.562	303.897	57,0	41,5
2011	465.096	372.065	93.031	119.067	21.547	140.614	20.597	5.450	26.047	166.661	30,2	28,0
2012	463.686	370.876	92.734	264.337	78.951	343.288	42.242	16.775	56.017	402.305	74,0	63,6
2013	463.686	370.949	97.737	271.248	98.448	371.565	49.386	20.897	70.283	441.848	80,1	75,8
2014	465.586	372.468	93.177	275.327	97.148	372.475	59.076	20.388	79.464	451.939	80,0	85,3
2015	465.601	372.480	97.117	-	-	159.964	-	-	30.690	190.654	34,3	31,6

Fonte: CECV/ SES/ MS

\*Os resultados da campanha de vacinação antirrábica de 2015 ainda não estão completos.

**Tabela 14 - Animais positivos para raiva por município, MS, 2015.**

Municípios	Espécies				TOTAL
	Canina	Quiróptero Não hematófago	Bovino	Equino	
Bela Vista	-	-	2	-	2
Bonito	-	-	-	1	1
Campo Grande	-	-	9	1	10
Corumbá	57	-	2	1	61
Ladário	14	-	-	-	14
Pedro Gomes	-	-	3	-	3
Ribas do Rio Pardo	-	-	1	-	1
Rio Brillhante	-	-	1	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>93</b>

Fonte: CECV/ SES/ MS

## 2.1.3.4 Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses

### 2.1.3.4.1 Dengue

A reintrodução do *Aedes aegypti* em inúmeros pontos do território nacional suscita diversas questões de ordem sanitária que merecem atenção especial dos responsáveis pelo planejamento de ações de Saúde Pública, nos âmbitos federal, estadual e dos municípios.

Recuando algumas décadas em nossa história, percebe-se que a erradicação do *Aedes aegypti* que se tornou um dos objetivos nacionais através do Decreto no 8.675, de 4/2/1942, já era, desde 1934, extra-oficialmente, uma das finalidades precípuas do serviço de combate à febre amarela.

A possibilidade da ocorrência de epidemias de dengue é outro aspecto que não pode ser desprezado na avaliação dos riscos a que permanecem expostas as populações das áreas reinfestadas pelo mosquito.

Em 2013 foram notificados 102.026 casos de dengue, e em 2014 ocorreu a maior queda dos últimos anos nos casos notificados, já em 2015 esse número foi de 46.070 casos, número este, menor que em 2013 e maior que 2014.

**Tabela 15 – Casos notificados de Dengue, MS, 2010-2015.**

<b>Ano</b>	<b>Notificados</b>
<b>2010</b>	82.597
<b>2011</b>	15.506
<b>2012</b>	16.506
<b>2013</b>	102.026
<b>2014</b>	9.256
<b>2015</b>	46.070

Fonte: Planilha Simplificada CCV/SES/MS

#### **2.1.3.4.2 Zika Virus**

É uma doença viral aguda, transmitida principalmente por mosquitos, sendo o vetor principal, o *Aedes aegypti*, contaminado pelo vírus Zika. É caracterizada por exantema maculopapular pruriginoso, febre intermitente, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia e dor de cabeça. Apresenta a evolução benigna e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3 a 7 dias.

Os dados analisados do vírus Zika apresentados na Tabela mostram uma intensa vigilância de casos sintomáticos no Mato Grosso do Sul a partir do mês de novembro de 2015. A SES através da Coordenação de vigilância epidemiológica – área técnica de Doenças Endêmicas, CIEVS e Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN MS, iniciaram as reuniões de construção de Notas Técnicas e protocolos para ampla divulgação no Estado. Todos os municípios foram alertados quanto aos sintomas da doença e critérios para realização de coleta de amostra e envio ao LACEN. Mesmo com todas essas orientações, o número elevado de amostras enviadas se dá pela grande repercussão nacional do agravo e inexperiência de profissionais no seguimento dos critérios de casos suspeitos.

A população por sua vez se mantém em alerta, principalmente as gestantes, procurando os serviços de saúde para coleta do material. As mesmas são priorizadas pela SES e LACEN na coleta e envio de amostras, por serem elas as que possuem maiores riscos caso sejam infectadas com o vírus Zika. Os demais, mesmo que infectados, tem sintomas brandos que desaparecem em até 7 dias.

Para o Estado, este é o momento de definição da circulação do vírus: quais municípios e com que incidência ele está presente.



**Tabela 16 – Situação Epidemiológica de Vírus Zika, MS, 2015**

MUNICÍPIOS	TOTAL SUSPEITOS	CONFIRMADOS	DESCARTADOS POR AUSÊNCIA DE CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO	DESCARTADOS POR RESULTADO LABORATORIAL
Alcinópolis	0	0	4	0
Amambai	0	0	1	0
Anastácio	59	0	39	6
Aquidauana	41	1	55	10
Campo Grande	219	6	237	37
Bataiporã	0	0	1	0
Corguinho	0	0	4	0
Corumbá	0	0	0	2
Coxim	3	0	3	1
Jardim	1	0	1	0
Dourados	14	0	3	6
Glória de Dourados	1	0	0	0
Ladário	1	0	0	0
Laguna Carapã	0	0	1	0
Maracaju	3	0	5	6
Nova Andradina	2	0	0	0
Nioaque	0	0	6	0
Paranaíba	13	0	7	0
Pedro Gomes	0	0	15	0
Rio Verde	0	0	3	0
Sidrolândia	3	0	12	0
São Gabriel do Oeste	1	0	0	0
Três Lagoas	1	0	3	0
<b>TOTAL</b>	<b>362</b>	<b>7</b>	<b>400</b>	<b>68</b>

Fonte: SVS/LACEN/SES/MS

### 2.1.3.4.3 Febre Chikungunya

No final do ano de 2013 e durante o ano de 2014 foram notificados para a Organização Mundial de Saúde (OMS) milhares de casos de febre de *Chikungunya*, inicialmente somente nos países do Caribe, mas posteriormente também na América do Sul, Central e do Norte. Dessa forma, considerou-se que o risco de introdução da doença no país era alto devido à importação por viajantes, vetores competentes (mesmos vetores da dengue) e população suscetível, sendo essencial a preparação em antecedência para a introdução do vírus CHIKV, da família *Togaviridae*. Condição que se tornou realidade quando os primeiros casos autóctones da doença foram notificados no país em agosto e setembro de 2014.

Dos casos confirmados de Febre *Chikungunya* 2 foram importados da Bolívia e 04 autóctones de Corumbá. Já se tem evidenciado a circulação do vírus da Febre *Chikungunya* na Bolívia e em Corumbá.

A suscetibilidade ao vírus é universal. No entanto, fatores de risco individuais, tais como idade, etnicidade, presença de comorbidades e infecção secundária podem determinar a gravidade da doença. Plano de Contingência Nacional para a Febre de *Chikungunya* os vírus são transmitidos através da picada do mosquito infectado das espécies *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. No Brasil, o *Aedes aegypti* está amplamente distribuído em 4.318 municípios, enquanto o *Aedes albopictus* é encontrado em 2.126 municípios. A ocorrência de casos nas Américas, em particular no Caribe e, considerando o intenso deslocamento de turistas do País para essas localidades, amplia a possibilidade de indivíduos infectados retornarem ao Brasil durante o período de viremia. Ademais, conforme explanado anteriormente, a ampla distribuição dos vetores incrementa a probabilidade de ocorrência de casos autóctones, surtos ou até epidemias da doença no País.

Os condicionantes que podem permitir a expansão do *Chikungunya* no Brasil, assim como nas Américas, referem-se, em grande parte, ao modelo de crescimento econômico implementado na região, caracterizado pelo crescimento desordenado dos centros urbanos com importantes lacunas no setor de infraestrutura, tais como dificuldades para garantir o abastecimento regular e contínuo de água, a coleta e o destino adequado dos resíduos sólidos. Ressalta-se que mais de 80% da população do País está concentrada na área urbana. Outros fatores, como a acelerada expansão da indústria de materiais não biodegradáveis, além de condições climáticas favoráveis, agravadas pelo aquecimento global, conduzem a um cenário que impede a proposição de ações visando à erradicação do vetor transmissor.

**Tabela 17 – Situação Epidemiológica da Febre do Chikungunya, segundo município de residência, Mato Grosso do Sul, 2015**

MUNICÍPIOS	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	AGUARDANDO RESULTADO DO I.E.C.	DESCARTADOS - CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO	DESCARTADOS - CRITÉRIO LABORATORIAL	TOTAL DE DESCARTADOS
Aquidauana	38		27	4	7	11
Anastácio	4		2		2	2
Angélica	1				1	1
Aparecida do Taboado	4				4	4
Aral Moreira	1				1	1
Brasilândia	1				1	1
Campo Grande	67	1	5	24	37	61
Chapadão do Sul	2			1	1	2
Corumbá	20	*6	2	2	10	12
Costa Rica	1				1	1
Coxim	1		1			
Dourados	6	1	2	2	1	3
Iguatemi	1				1	1
Jaraguari	3		3			
Ladário	2		2			
Maracaju	4				4	4
Miranda	1		1			
Nioaque	1		1			
Paranaíba	1		1			
Paranhos	4				4	4
Porto Murtinho	1				1	1
Ponta Porã	1			1		1
Ribas do Rio Pardo	1				1	1
Rio Verde	1				1	1
São Gabriel do Oeste	2			1	1	2
Sidrolândia	4		3	1		1
Três Lagoas	2		1		1	1
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>8</b>	<b>51</b>	<b>36</b>	<b>80</b>	<b>116</b>

Fonte: SINANNET/CEVE/SES/MS

\* Dos 6 confirmados: 2 importados da Bolívia e 4 Autóctones de Corumbá  
 Já se tem evidenciado a circulação do vírus da febre do Chikungunya na Bolívia e em Corumbá. Para tanto segue alerta para novos possíveis casos sintomáticos

01 caso confirmado residente de Campo Grande com deslocamento e infecção na Colombia em Novembro de 2014

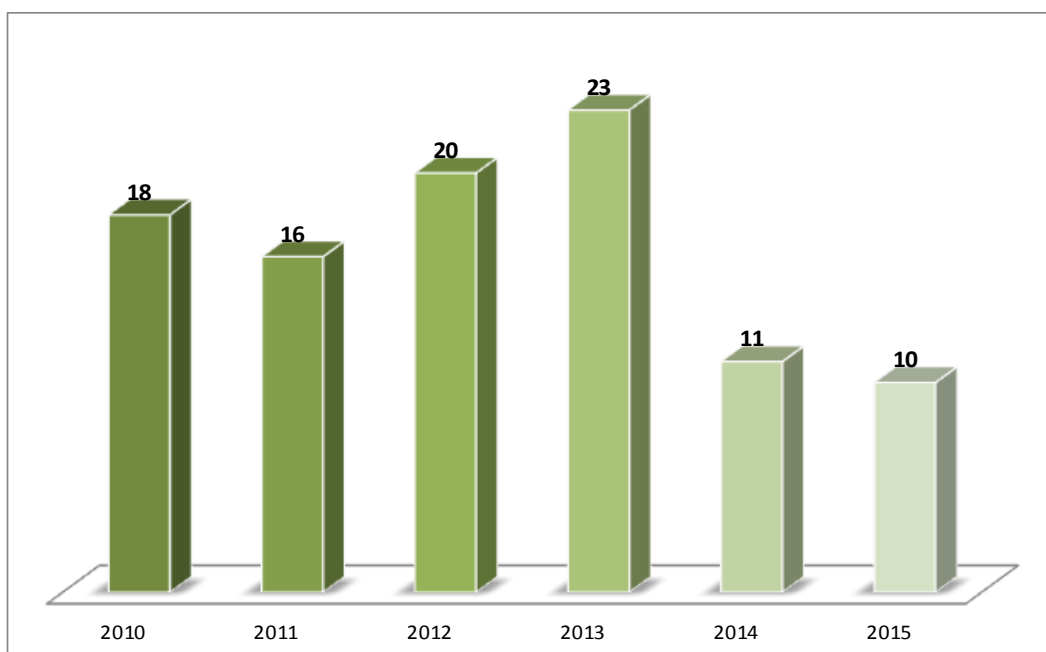
01 caso confirmado residente de Dourados teve deslocamento e infecção no Estado da Bahia - Caso Importado

#### 2.1.3.4.4 Leishmaniose Visceral Americana

A leishmaniose visceral é uma endemia em franca expansão geográfica, com casos humanos relatados em, aproximadamente, 54 países situados em regiões tropicais e subtropicais. É considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, já que, por ano, em média 400.000 pessoas são infectadas e, dessas, 51.000 morrem devido à doença. É uma zoonose causada por protozoários do gênero *Leishmania* sp., transmitidos ao homem e aos animais pela picada do flebotomíneo, popularmente conhecido como “mosquito-palha” (*Lutzomyia longipalpis* e *Lutzomyia cruzi*).

O Mato Grosso do Sul apresenta o maior número de casos notificados de leishmaniose visceral humana, sendo que a maior parte destes ocorre em Campo Grande. Por essa razão, as medidas de controle adotadas no estado têm como objetivo a redução da morbimortalidade humana, através do diagnóstico oportuno e tratamento adequado dos casos, bem como, a redução da densidade vetorial. Houve redução do número absoluto de óbitos no estado (Gráfico 15) com exceção do município de Corumbá que registrou quatro óbitos por leishmaniose visceral no ano de 2015, como demonstrado na Tabela 18.

**Gráfico 15 - Óbitos por leishmaniose visceral em MS, 2010-2015.**



Fonte: SINAN NET/ CECV/ SES/ MS

**Tabela 18 - Óbitos confirmados por leishmaniose visceral segundo município de residência, Mato Grosso do Sul, 2010-2015.**

<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Água Clara			1			
Anastácio	1		1			
Aquidauana	3	1	2	1	1	
Bandeirantes			1			
Bela Vista	1			1		
Brasilândia			1			
Camapuã				1		
Campo Grande	6	3	13	12	6	3
Chapadão do Sul				1		
Corumbá	1	1			3	4
Coxim	1	1				
Dourados				1		
Jardim						1
Guia Lopes da Laguna				2		
Ladário						1
Maracaju				1		
Ponta Porã	1					
Rio Verde	1	4		1		
São Gabriel do Oeste		1			1	
Selvíria	1					
Terenos		1				
Três Lagoas	2	4	1	2		1
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>10</b>

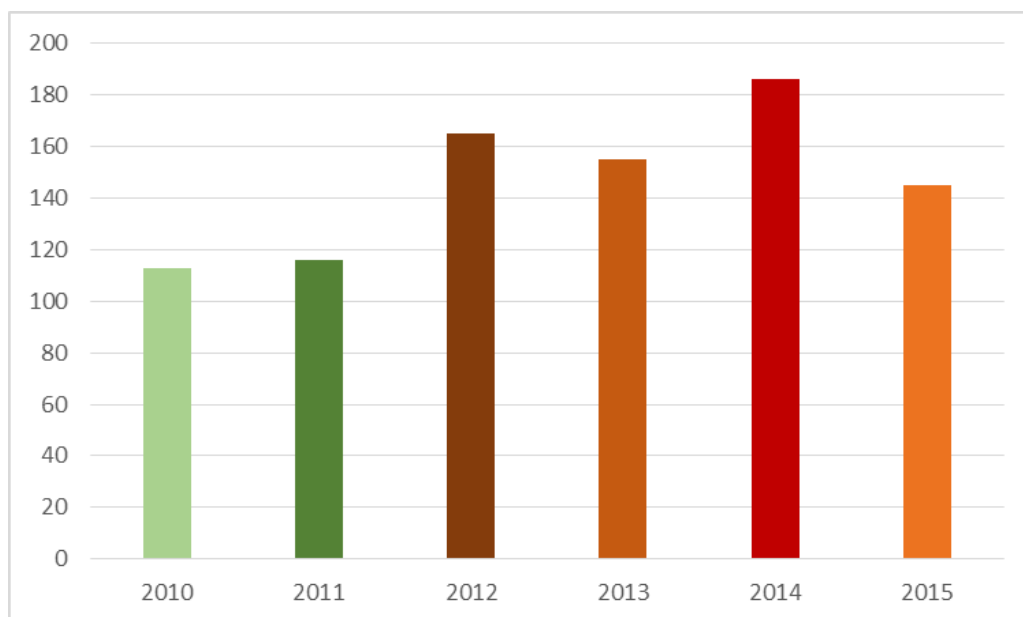
Fonte: SINAN NET/ CECV/ SES/ MS

#### **2.1.3.4.5 Leishmaniose Tegumentar Americana**

Considerada um problema de saúde pública, a leishmaniose tegumentar americana (LTA), tem ampla distribuição mundial com registros em 88 países de quatro continentes (Américas, Europa, África e Ásia). As mudanças ambientais ocorridas de maneira natural ou provocadas pelo homem contribuíram para o aumento no número de casos registrados da doença nos últimos anos, já que, em média, 1 a 1,5 milhão de novos casos surgem e, segundo a OMS, aproximadamente 350 milhões de pessoas vivem em áreas endêmicas, com risco de contrair a doença. Doença infecciosa, mas não contagiosa, também é causada por protozoários do gênero *Leishmania* sp. e transmitida através da picada de mosquitos vetores flebotomíneos. Classicamente, a LTA se manifesta sob duas formas: leishmaniose cutânea e leishmaniose mucosa, esta última também conhecida como mucocutânea,

e todas podem apresentar inúmeras manifestações clínicas. Entre 2010 e 2015, 881 casos da doença foram notificados no Estado de Mato Grosso do Sul e, desses, 880 foram confirmados (Gráfico 16). Em relação a esses casos, 17 óbitos foram confirmados, sendo 4 em decorrência de LTA e 13, por outras causas.

**Gráfico 16 - Casos de LTA confirmados em MS, 2010-2015.**



Fonte: SINAN NET/ CECV/ SES/ MS  
\*Dados 2015.

### **2.1.3.5 Doenças imunopreveníveis**

As doenças imunopreveníveis, em Mato Grosso do Sul, como no Brasil apresentam resultados positivos de controle e redução significativa decorrentes da maior disponibilidade de vacinas e ampliação das coberturas nas diferentes faixas etárias da população. Entre esses resultados podemos citar:

#### **2.1.3.5.1 Meningites**

No Estado do Mato Grosso do Sul nos anos de 2010 a 2015 o total de casos confirmados de meningite somam a 1031 casos (Tabela 19), segundo a sua etiologia as meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e

vírus, são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos e óbitos.

De modo geral, a sazonalidade da doença caracteriza-se pelo predomínio das meningites bacterianas no inverno e das meningites virais no verão. A *N. meningitidis* é a principal bactéria causadora de meningite. Tem distribuição mundial e potencial de ocasionar epidemias. Acomete indivíduos de todas as faixas etárias, porém apresenta uma maior incidência em crianças menores de 5 anos, especialmente em lactentes entre 3 e 12 meses.

As meningites se constituem em um grave problema e consistem na ocorrência de um processo inflamatório das meninges, causado por diversos agentes infecciosos.

Vale ressaltar a importância e a relevância da intervenção precoce da Vigilância Epidemiológica que depende diretamente da notificação de casos.

**Tabela 19 - Número de Casos notificados confirmados de meningite segundo etiologia em Mato Grosso do Sul, 2010 a 2015.**

<b>Anos de notificação</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Casos Confirmados</b>	176	231	136	202	131	155
<b>Total de Mato Grosso do Sul</b>						<b>1031</b>
<b>Etiologia</b>						
Meningite bacteriana	73	81	42	56	32	37
Meningite Viral	60	72	40	51	44	28
Meningite etiologia não identificada	43	78	54	95	55	90
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>231</b>	<b>136</b>	<b>202</b>	<b>131</b>	<b>155</b>
<b>Óbitos Confirmados</b>						
Meningite bacteriana	12	21	8	6	10	6
Meningite Viral	2	1	0	0	2	1
Meningite etiologia não identificada	9	11	10	2	7	14
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>33</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>21</b>

Fonte: SINAN-NET/SES/MS. Dados sujeitos a alteração.

### 2.1.3.5.2 Influenza

A influenza, comumente conhecida como gripe, é uma doença viral febril, aguda, geralmente benigna. Frequentemente é caracterizada por início abrupto dos sintomas, predominantemente sistêmicos, incluindo febre, calafrios, tremores, dor de cabeça, mialgia e anorexia. O vírus da Influenza é transmitido facilmente por aerossóis produzidos por pessoas infectadas ao tossir e espirrar.

**Tabela 20 - Casos de Influenza, Mato Grosso do Sul, 2010-2015**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
NOTIFICADOS	53	51	301	659	644	275
CONFIRMADOS H1N1	4	3	67	41	54	4
ÓBITOS H1N1	0	0	8	4	21	1

Fonte: SINAN-INFLUENZA/CEVE/SES/MS.

Neste comparativo entre os anos 2010 a 2015, vemos o acometimento de pacientes com o vírus Influenza no estado.

Em 2009, quando tivemos a introdução do vírus A H1N1 no estado, foram notificados 407 casos suspeitos de Influenza, confirmados para A H1N1 foram 107 casos, sendo que destes, 26 evoluíram para óbito.

Em 2013 e 2014 vemos um aumento considerável de casos notificados e um número elevado de óbitos em 2014.

Trata-se de um agravo de fácil disseminação entre as pessoas e lugares. Por ter fronteiras abertas com países com grande circulação do vírus influenza e outros, o Estado do Mato Grosso do Sul fica suscetível à entrada do vírus não só no período de sazonalidade como no ano todo. O município de Corumbá é um exemplo que confirmou em 2014 no mês de janeiro, fora da sazonalidade do vírus, os primeiros casos da doença.

A vigilância da Influenza é feita o ano todo pela Secretaria Estadual de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Unidade Sentinela localizada em Campo Grande/ MS. Essas ações proporcionam informações reais da circulação dos vírus (A H1N1, A H3N2, Inflú B) e o acometimento de pacientes e tomada de decisões na prevenção e assistência adequada aos casos.



### 2.1.3.6 Imunobiológicos

Nenhuma ação em saúde é tão efetiva e eficiente quanto vacinar crianças contra as principais doenças preveníveis por imunização.

A vacinação é uma ação rotineira dos serviços de saúde e tem como objetivo erradicar doenças imunopreveníveis. Sendo assim podemos avaliar nesta Série Histórica a continuidade das coberturas vacinais no Estado de Mato Grosso do Sul. Vemos também a implementação do Programa Nacional de Imunização com a introdução de alguns imunobiológicos e mudanças do calendário.

Na avaliação do Estado como um todo, nas coberturas vacinais mesmo com a implantação de novas vacinas houve melhora e manutenção das coberturas vacinais, mas quando essas coberturas são avaliadas por municípios percebemos uma falta de homogeneidade.

**Tabela 21 - Série histórica da cobertura vacinal do Estado por imunobiológico, 2010-2015**

Cobertura vacinal	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Imunobiológico	81,63	99,74	92,43	92,96	111,08	102,08	98,86
BCG	105,23	107,48	105,36	113,25	129,71	126,96	114,7
Rotavírus Humano	87,57	93,07	91,36	104,08	127,75	115,32	103,32
Meningococo C	3,56	113,31	100,53	113,64	130,44	119,19	100,18
Penta	100,36	103,34	99,73	110,67	128,18	115,98	96,65
Pneumocócica	32,82	89,78	96,14	111,82	125,87	115,41	95,55
Poliomielite	99,64	95,54	102,28	118	130,1	118,61	110,86
Febre Amarela	93,59	98,91	98,32	107,1	115,39	107,53	103,57
Tríplice Viral D1	100,22	96,29	100,76	113,9	143,76	103,33	110,06

Fonte: 2010 a junho 2013 API DOS / Julho de 2013 APIWEB e SIPNI.

### 2.1.3.7 Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT

A transição do quadro epidemiológico tem impactado a área de saúde pública no Brasil e o desenvolvimento de estratégias para o controle das DANT se tornou uma prioridade para o Sistema Único de Saúde (SUS). A vigilância

epidemiológica das DANT e dos seus Fatores de Risco é de fundamental importância para a implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção, o controle dessas doenças e a promoção geral da saúde. Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) constituem um grande e heterogêneo grupo de doenças cujo controle é de grande importância para a saúde pública. Estas doenças e agravos se caracterizam por múltiplas causas, longo tempo de evolução, ou são acontecimentos pontuais (acidentes, violência, acidente vascular cerebral), com evolução para óbito, ou recuperação com sequelas e necessidades de reabilitação e readaptação às novas condições de vida. Do vasto campo das DANT destacamos as seguintes doenças e agravos:

1. Doenças crônicas não transmissíveis, cuja característica mais comum é a ausência de infecção e/ou contágio clássico): doenças cardíacas e cerebrovasculares (acidente vascular cerebral, conhecido popularmente como “derrame”), cânceres, diabetes, hipertensão arterial;
2. Doenças mentais (depressão, síndrome do pânico, neuroses e psicoses, além do uso de álcool e drogas lícitas e ilícitas);
3. Doenças genéticas;
4. Agravos causados por acidentes e violências, que tem como consequência lesões físicas e emocionais além de grande ônus social. Neste extenso grupo estariam inclusos os traumatismos em geral, os acidentes de trabalho e de trânsito e a violência doméstica;

Desde 2008 quando foi implantado o sistema de notificação compulsória para casos de violência doméstica e interpessoal, mais de 42.000 notificações já foram realizadas pelos municípios e são distribuídas em todas as faixas etárias:

**Tabela 22 - Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, Frequência por Ano da Notificação segundo Faixa Etária, 2008-2015**

<b>Fx Etaria (13)</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
<b>Menor 1 ano</b>	9	177	243	344	445	481	551	530	<b>2.780</b>
<b>1 a 4 anos</b>	16	251	419	523	601	672	783	797	<b>4.062</b>
<b>5 a 9 anos</b>	20	207	288	344	476	410	460	469	<b>2.674</b>
<b>10 a 14 anos</b>	32	251	379	501	623	660	731	544	<b>3.721</b>
<b>15 a 19 anos</b>	45	405	559	768	916	959	1.045	910	<b>5.607</b>
<b>20 a 29 anos</b>	81	600	928	1.232	1.189	1.289	1.429	1.360	<b>8.108</b>
<b>30 a 39 anos</b>	66	426	653	851	933	927	1.119	984	<b>5.959</b>
<b>40 a 49 anos</b>	39	273	402	485	548	570	631	652	<b>3.600</b>
<b>50 e mais</b>	36	393	547	731	819	1.048	1.077	1.043	<b>5.694</b>
<b>Total</b>	<b>344</b>	<b>2.983</b>	<b>4.418</b>	<b>5.779</b>	<b>6.550</b>	<b>7.016</b>	<b>7.826</b>	<b>7.289</b>	<b>42.205</b>

FONTE: SINAN NET

Quanto à faixa etária, há uma democratização, pois todas as faixas etárias são atingidas pela violência, seja criança, adolescente, adulto jovem, adulto e idoso, sendo que determinados tipos de violência atingem mais a determinadas faixas etárias.

Já no que se referem ao sexo, as mulheres são as que têm apresentado maior número de casos de notificação conforme quadro abaixo, sendo que as mesmas representam quase o dobro dos homens. Sabe-se que as mulheres são mais vulneráveis à violência doméstica e sexual.

**Tabela 23 – Frequências por Ano da Notificação, 2008-2015**

<b>Frequência por Ano da Notificação segundo Sexo</b>									
<b>Sexo</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
<b>Masculino</b>	143	1.036	1.430	2.104	2.383	2.545	2.918	2.747	<b>15.306</b>
<b>Feminino</b>	201	1.947	2.988	3.676	4.163	4.468	4.906	4.542	<b>26.891</b>
<b>Total</b>	<b>344</b>	<b>2.983</b>	<b>4.418</b>	<b>5.780</b>	<b>6.546</b>	<b>7.013</b>	<b>7.824</b>	<b>7.289</b>	<b>42.197</b>

<b>Frequência por Ano da Notificação segundo Violência Física</b>									
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
	252	1.791	2.443	3.405	3.682	3.807	4.332	3.786	<b>23.498</b>

<b>Frequência por Ano da Notificação segundo Violência Psicológica/moral</b>									
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
	94	705	1.022	1.156	1.370	1.189	1.221	1.044	<b>7.801</b>

<b>Frequência por Ano da Notificação segundo Violência Sexual</b>									
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
	23	255	384	371	527	540	540	423	<b>3.063</b>

FONTE: SINAN NET

Estas doenças e agravos se caracterizam por múltiplas causas, longo tempo de evolução, ou são acontecimentos pontuais (acidentes, violência, acidente vascular cerebral), com evolução para óbito, ou recuperação com sequelas e necessidades de reabilitação e readaptação às novas condições de vida.

As DANT estão diretamente relacionadas à forma como a sociedade está organizada e ao estilo de vida da população. Muitas delas são decorrentes de hábitos não saudáveis, tais como:

1. alimentação inadequada ou insuficiente em quantidade e qualidade, uso de alimentos industrializados com substâncias nocivas à saúde (gorduras trans e saturadas, excesso de sal, conservantes, realçadores de sabor), alimentos contaminados com agrotóxicos e outros.
2. falta de atividade física (sedentarismo);
3. tabagismo, álcool e outras drogas lícitas ou ilícitas. Por outro lado, certas condições podem favorecer ainda mais o aparecimento de determinadas doenças e agravos, tais como:
4. condições ambientais: poluição atmosférica, convivência com o estresse urbano, violência, exposição à radiação solar e outros elementos cancerígenos;
5. aspectos sociais: condições econômicas, conflitos pessoais e familiares não resolvidos, discriminação racial, discriminação contra a mulher e outras situações de vulnerabilidade social.
6. aspectos ocupacionais: situações de stress no trabalho, subemprego e desemprego, medo de perder o emprego além de inúmeras situações de sobrecarga.
7. aspectos culturais: ocupação do tempo livre, perda da identidade cultural por determinados grupos (índios, migrantes, etc), atividades de lazer, acesso à educação e a informação além da influência da mídia no comportamento relativo a estilo de vida, hábitos, desejos de consumo.



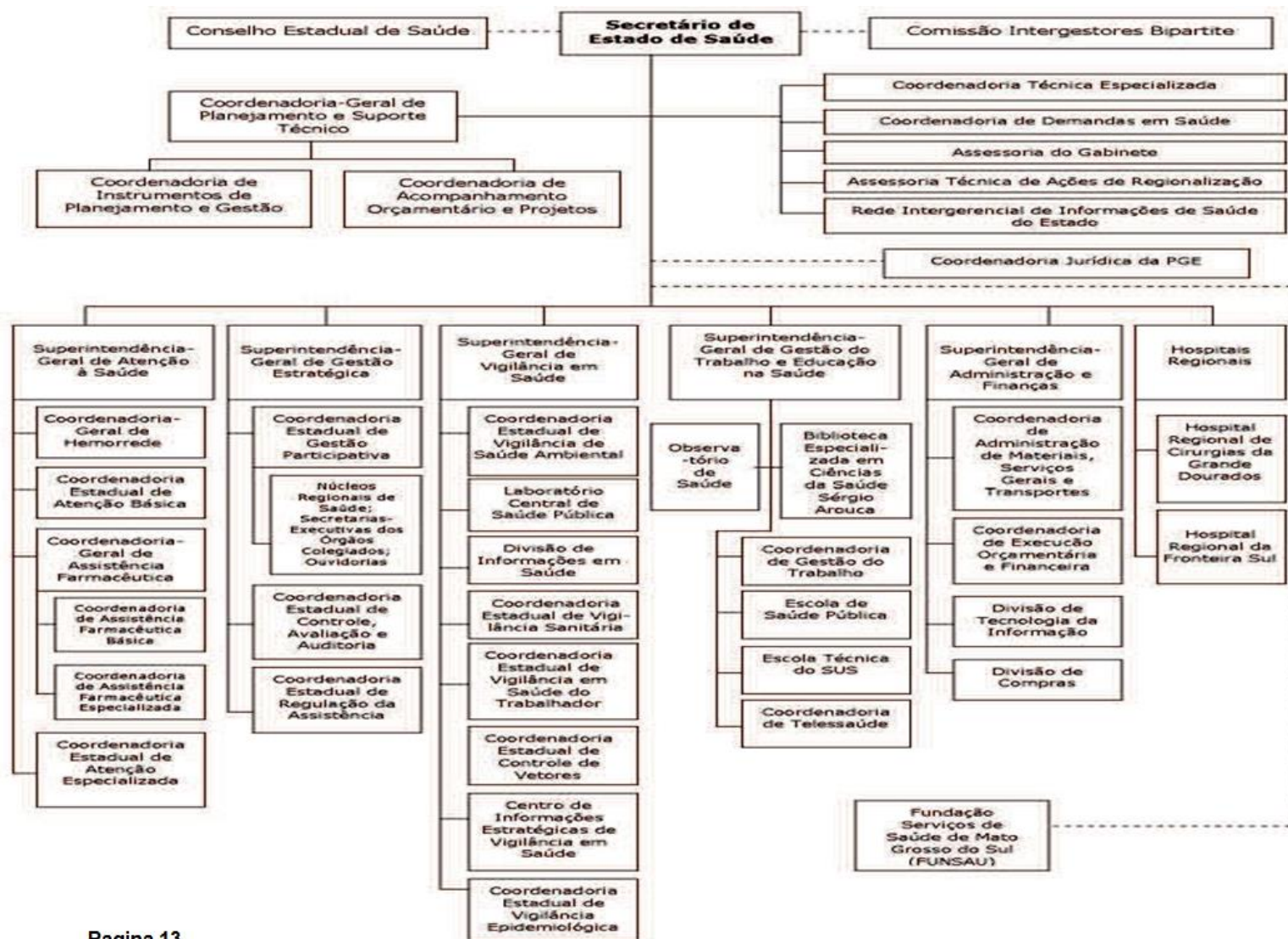
# **GESTÃO EM SAÚDE NO ESTADO**

### **3.1. GESTÃO EM SAÚDE NO ESTADO**

#### **3.1.1. Organização Administrativa da SES**

A Secretaria de Estado da Saúde é composta, em sua estrutura básica, por uma Fundação Serviços de Saúde (FUNSAU) que administra o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul e cinco Superintendências Gerais, sendo elas: de Administração e Finanças, de Atenção à Saúde, de Vigilância em Saúde, de Gestão Estratégica, e Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Destaca-se ainda em sua estrutura a existência de dois órgãos colegiados: O Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB).



### **3.1.2. Planejamento e Gestão**

Um marco para a organização do processo de planejamento em Mato Grosso do Sul foi a celebração do Pacto pela Saúde. O Estado e os municípios fizeram um Pacto que reforçou e identificou o papel de cada um.

Isto pode ser comprovado na adoção do acompanhamento do desempenho dos indicadores; na ampliação do financiamento estadual, em especial para o fortalecimento da atenção básica; na revisão da política de educação permanente, entre outros.

Os novos rumos do processo de planejamento da saúde em Mato Grosso do Sul, permitiu que se enxergasse a situação da saúde no momento e o que precisava ser feito para melhorar esta condição. O Pacto pela Saúde possibilitou a organização do processo de monitoramento e avaliação dos seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

Entretanto, o Fortalecimento Regional, questão estruturante da gestão, não atingiu totalmente o objetivo, pois as regiões, do ponto de vista da saúde, precisavam ser qualificadas, para garantir a integralidade da atenção, assim iniciou-se um processo de construção do planejamento de forma integrada ascendente, em busca de unicidade, bem como garantindo coerência no processo e nos instrumentos de gestão do SUS. Foram realizadas visitas nas 11 microrregiões de saúde do estado, que retratou a situação demográfica, sócio-econômica, epidemiológica (morbidade e mortalidade), de capacidade instalada na atenção à saúde e gestão. Esta situação de saúde apontou uma nova necessidade, da construção de planos diretores de atenção à saúde para cada macrorregião, onde foram definidos eixos estruturantes para o planejamento da saúde pública de Mato Grosso do Sul.

Neste movimento de fortalecimento regional, evidenciou-se a necessidade de organização dos serviços em rede, que possibilitou harmonia entre o movimento estadual e nacional.



Com a publicação da Portaria GM/MS 4.279/2010 estabeleceu-se diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde e a SES realizou debates internos para a construção de linhas de cuidados (materno-infantil, urgência e emergência, saúde mental).

Em 2011 foi publicado o Decreto 7.508 que regulamenta a Lei nº 8.080/90 e visa fortalecer o Sistema Único de Saúde, tendo o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Neste Decreto, entre outros, destaca-se o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, definido como um acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde e que tem como objeto a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Mato Grosso do Sul foi o primeiro estado a assiná-lo, com adesão de 100% das regiões de saúde, o que possibilitou o fortalecimento da governança regional, a partir de um processo de planejamento macrorregional, com as análises microrregionais e a construção dos planos diretores de atenção à saúde para cada macrorregião. Os eixos estruturantes dos Planos de Saúde são inseridos nos Contratos Organizativos de Ação Pública e incorporados às responsabilidades executivas deste.

O COAP tem como finalidades prioritárias, integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde em regiões de saúde, garantir a transparência, orientar e ordenar os fluxos de ações e serviços.

A assinatura desse contrato entre os entes federal, estadual e municipal, com as quatro regiões de saúde trouxe a discussão dos limites e das possibilidades de cada região, com o objetivo de que ao colocá-lo em prática sejam reduzidas as desigualdades locais e regionais com compromissos contratuais e responsabilidades compartilhadas na gestão do SUS. Cabe a cada um dos entes formularem estratégias que garantam a implementação do contrato traduzido em ações e serviços de saúde, levando as discussões em todos os meios organizados,

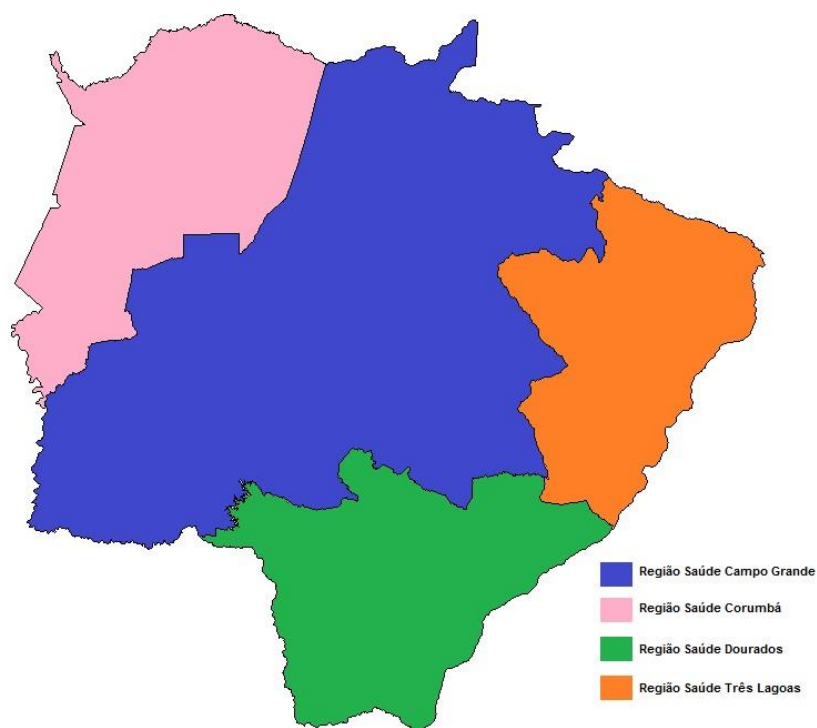
ocupando os espaços da gestão pública, esclarecendo dúvidas e propondo agendas para ampliação dos debates nas várias instâncias.

### 3.1.3. Plano Diretor de Regionalização

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi construído a partir do estabelecimento do modelo assistencial do Estado, que propõe a descontração de recursos tecnológicos e redução de grandes deslocamentos impostos aos usuários para outras regiões de saúde, considerando o movimento natural das populações em busca das ações e serviços capazes de resolver suas necessidades de saúde.

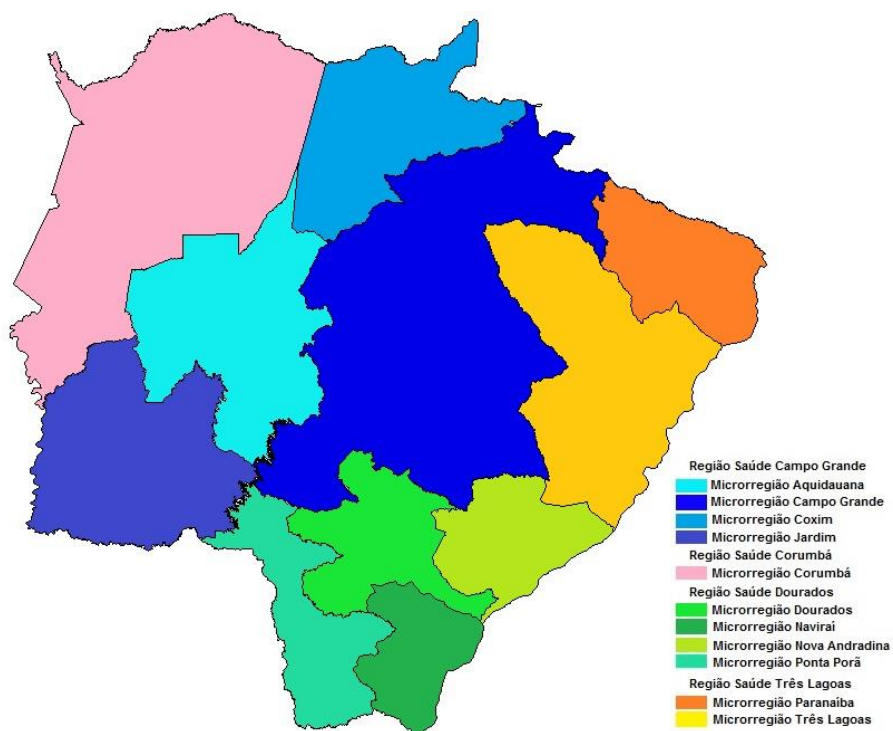
No Mato Grosso do Sul, o PDR foi revisto a partir da avaliação microrregional, e o Estado atualmente possui 79 municípios (com a inclusão recente do município de Paraíso das Águas), divididos em 11 Microrregiões de Saúde (Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas) e estas organizadas em 04 Regiões de Saúde (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá).

**Figura 1 - Mapa das Regiões de Saúde**



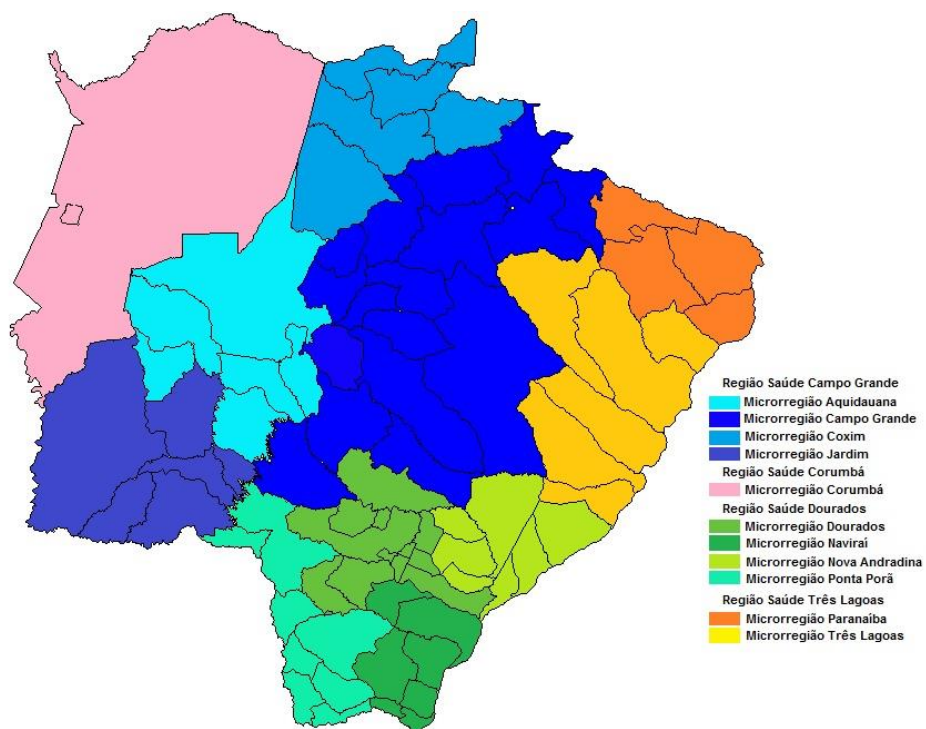
FONTE: SES/MS

**Figura 2 - Mapa das Microrregiões de Saúde**



FONTE: SES/MS

**Figura 3 - Mapa das Microrregiões de Saúde com detalhamento dos municípios**



FONTE: SES/MS

Tabela 24 - Plano Diretor de Regionalização – 2015-2016

<b>MATO GROSSO DO SUL</b>		<b>2.651.235</b>
<b>1. MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE</b>		<b>1.447.248</b>
34 MUNICÍPIOS		
<b>1.1. MICRORREGIÃO DE AQUIDAUANA</b>		
1. Anastácio		24.748
2. Aquidauana		47.162
3. Bodoquena		7.898
4. Dois Irmãos do Buriti		10.965
5. Miranda		27.104
6. Nioaque		14.233
<b>Subtotal - 06 municípios</b>		<b>132.110</b>
<b>1.2. MICRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE</b>		
1. Bandeirantes		6.771
2. Camapuã		13.731
3. Campo Grande		853.622
4. Chapadão do Sul		22.620
5. Corguinho		5.513
6. Costa Rica		19.508
7. Figueirão		3.012
8. Jaraguari		6.860
9. Maracaju		43.078
10. Nova Alvorada do Sul		19.656
11. Paraíso das Águas		5.150
12. Ribas do Rio Pardo		23.167
13. Rio Negro		4.910
14. Rochedo		5.252
15. São Gabriel do Oeste		24.982
16. Sidrolândia		51.355
17. Terenos		19.914
<b>Subtotal - 17 municípios</b>		<b>1.129.101</b>
<b>1.3. MICRORREGIÃO DE COXIM</b>		
1. Alcinópolis		5.038
2. Coxim		33.139
3. Pedro Gomes		7.794
4. Rio Verde de Mato Grosso		19.462
5. Sonora		17.483
<b>Subtotal - 05 municípios</b>		<b>82.916</b>
<b>1.4. MICRORREGIÃO DE JARDIM</b>		
1. Bela Vista		24.113
2. Bonito		21.047
3. Caracol		5.838
4. Guia Lopes da Laguna		10.136
5. Jardim		25.473
6. Porto Murtinho		16.514
<b>Subtotal - 06 municípios</b>		<b>103.121</b>

<b>2. MACRORREGIÃO DE CORUMBÁ</b>	<b>130.516</b>
02 MUNICÍPIOS	
<b>2.1. MICRORREGIÃO DE CORUMBÁ</b>	
1. Corumbá	108.656
2. Ladário	21.860
<b>Subtotal - 02 municípios</b>	<b>130.516</b>
<b>3. MACRORREGIÃO DE DOURADOS</b>	<b>802.417</b>
33 MUNICÍPIOS	
<b>3.1. MICRORREGIÃO DE DOURADOS</b>	
1. Caarapó	28.437
2. Deodápolis	12.650
3. Douradina	5.723
4. Dourados	212.870
5. Fátima do Sul	19.220
6. Glória de Dourados	9.992
7. Itaporã	22.896
8. Jateí	4.038
9. Laguna Carapã	7.017
10. Rio Brilhante	34.776
11. Vicentina	6.027
<b>Subtotal - 11 municípios</b>	<b>363.646</b>
<b>3.2. MICRORREGIÃO DE NOVA ANDRADINA</b>	
1. Anaurilândia	8.844
2. Angélica	10.149
3. Batayporã	11.208
4. Ivinhema	22.928
5. Nova Andradina	50.893
6. Novo Horizonte do Sul	4.306
7. Taquarussu	3.570
<b>Subtotal - 07 municípios</b>	<b>111.898</b>
<b>3.3. MICRORREGIÃO DE NAVIRAI</b>	
1. Eldorado	12.128
2. Iguatemi	15.637
3. Itaquiraí	20.162
4. Japorã	8.567
5. Juti	6.399
6. Mundo Novo	17.884
7. Naviraí	51.535
<b>Subtotal - 07 municípios</b>	<b>132.312</b>
<b>3.4. MICRORREGIÃO DE PONTA PORÃ</b>	
1. Amambai	37.590
2. Antônio João	8.679
3. Aral Moreira	11.399
4. Coronel Sapucaia	14.815
5. Paranhos	13.494
6. Ponta Porã	86.717
7. Sete Quedas	10.832
8. Tacuru	11.035
<b>Subtotal - 08 municípios</b>	<b>194.561</b>

<b>4. MACRORREGIÃO DE TRÊS LAGOAS</b>	<b>271.054</b>
10 MUNICÍPIOS	
<b>4.1. MICRORREGIÃO DE PARANAÍBA</b>	
1. Aparecida do Taboado	24.414
2. Cassilândia	21.622
3. Inocência	7.664
4. Paranaíba	41.495
<b>Subtotal - 04 municípios</b>	<b>95.195</b>
<b>4.2. MICRORREGIÃO DE TRÊS LAGOAS</b>	
1. Água Clara	14.474
2. Bataguassu	21.775
3. Brasilândia	11.903
4. Santa Rita do Pardo	7.633
5. Selvíria	6.455
6. Três Lagoas	113.619
<b>Subtotal - 06 municípios</b>	<b>175.859</b>

Fonte: IBGE, Estimativa Populacional 2015.

### 3.1.4. Controle, Avaliação e Auditoria

As ações de controle, avaliação e auditoria objetivam a otimização da capacidade instalada e desempenho dos sistemas estadual e municipais de saúde, par e passo com a política nacional e estadual de atenção hospitalar e ambulatorial e seus respectivos contratos, oferecendo apoio técnico e financeiro.

Quanto às políticas de assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, o controle é exercido por meio de revisão e autorização dos laudos de internação e da produção ambulatorial, dos repasses financeiros referentes aos contratos/convênios após verificação de cumprimento de metas contratualizadas/contratadas/conveniadas.

Pareceres e orientações técnicas resultantes de consultas e demandas de agentes do SUS e órgãos de controle externo constituem outra modalidade de controle que se mescla com a cooperação técnica no âmbito gerencial e assistencial, com vistas à qualidade da atenção prestada, bem como constituem subprodutos de acompanhamento das atividades de auditoria propriamente ditas.

No âmbito da avaliação, são produzidos relatórios referentes à assistência hospitalar, sob internação e ambulatorial de média e alta complexidade para

subsidiar a gestão estadual do SUS em termos de planejamento e financiamento para identificação de problemas e lacunas assistenciais nas regiões de saúde.

Os relatórios avaliativos de desempenho dos estabelecimentos hospitalares contribuem ainda para orientar os gestores municipais na definição de prioridades durante o processo de pactuação da programação integrada de assistência - PPI, inclusive quanto ao fluxo da regulação assistencial.

Por fim, mas não menos importante, as auditorias se constituem elementos fundamentais para qualificação da gestão, subsidiando a tomada de decisão desde o planejamento, a (re)organização estrutural das redes assistenciais, a alocação de recursos humanos, físicos e materiais, incluindo a elaboração da PAS - Programação Anual da Saúde.

### **3.1.5. Educação em Saúde**

Mato Grosso do Sul, no que se refere à Educação em Saúde, desenvolve suas ações objetivando a implementação de uma Política Estadual de Educação Permanente em que a aprendizagem ocorre durante o processo de trabalho, onde o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e dos processos de trabalho com respeito às especificidades regionais, superando desigualdades com movimentos educacionais que contribuam para a transformação e qualificação das práticas de saúde, organização das ações e serviços de saúde com os processos formativos e com as práticas pedagógicas no desenvolvimento do trabalho em saúde atendendo aos anseios e aos agravos de saúde da população, bem como as necessidades de formação de trabalhadores e gestores para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.

Nesse sentido, a condução dos processos de formação sempre embasado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é orientada pela Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” (ESP), responsável pelos setores de pesquisas, formação de nível superior, pós-graduações e residências voltadas para a Saúde Pública, e a Escola Técnica do SUS “Professora Ena Araújo Galvão”

(ETSUS), cuja área de atuação é capacitar os trabalhadores de nível médio do SUS para o exercício profissional com cursos técnicos, pós-técnicos de formação inicial e continuada.

A Coordenadoria Estadual de Telessaúde (CETEL) que também integra o Núcleo de Formação da SES oferece teleconsultorias (segunda opinião formativa) para todas as equipes de Saúde da Família com especialistas em oito especialidades (pediatria, ginecologia, obstetrícia, endocrinologia, neurologia, cardiologia, cirurgia geral, vascular, pneumologia e psiquiatria) e atividades educativas por meio de videoconferências/webconferências e utilização de ambiente virtual de aprendizagem para a educação à distância.

### **3.1.6. Gestão Participativa**

A Constituição Federal do Brasil de 1988 estabelece que a República Federativa do Brasil constitui-se em Estado Democrático de Direito o que significa que o cidadão tem poder para escolher seus representantes e que o poder não está concentrado no governo, mas emana do povo (caput art. 1º). A Assembleia Nacional Constituinte, neste mesmo ano, fixou direitos e garantias fundamentais dos cidadãos; organizou política e administrativamente o Estado e os Poderes e definiu e segregou papéis e responsabilidades; instituiu sistema de freios e contrapeso e estruturas de controle interno e externo. E a mesma Constituição Federal, conceitua a seguridade social como um valor social, configurada como um sistema que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art. 194º).

Os contextos acima, referindo-se a saúde, estabelecem uma forte relação entre o poder público e sociedade. O primeiro com a responsabilidade de criar condições necessárias à governança, a qual compreende o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. E o segundo, após o surgimento do SUS como



estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve ter a responsabilidade de atuar na formulação e no controle das políticas públicas e da prestação dos serviços de saúde.

O Estado de Mato Grosso do Sul vem a cada ano implementando mecanismos de mobilização dos diferentes sujeitos relacionados ao SUS para que ocorra a efetiva participação social na gestão da saúde, fortalecendo a cidadania plena e reconhecimento dos seguintes pressupostos:

- Melhoria da capacidade de governança e gestão do Estado, reconhecendo que para atender as demandas sociais é fundamental fortalecer ainda mais os mecanismos de governança como forma de reduzir o distanciamento entre Estado e sociedade, focando no alcance de resultados que estejam alinhados com as expectativas da sociedade;
- Efetivação da Regionalização para descentralização das ações e serviços de saúde e fortalecimento dos processos de negociação e pactuação entre os gestores;
- Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular;
- Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde;
- Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes.

A Gestão Participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos gestores e prestadores dos serviços de saúde, dos profissionais de saúde e da comunidade. As práticas participativas

implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

A Coordenadoria Estadual de Gestão Participativa têm por objetivo fortalecer as relações interestaduais para efetivação da gestão compartilhada, garantir o funcionamento da Ouvidoria Estadual e fomentar a participação popular através do controle social. Para que possamos alcançar nossos objetivos, contamos com os seguintes mecanismos institucionalizados:

- A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR) que são instâncias de pactuação entre gestores, envolvendo representantes da Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, constituindo espaços estratégicos e operacionais para definição das ações e da gestão compartilhada do SUS.

- Os Núcleos Regionais de Saúde foram implantados para atender a lógica da Regionalização e para que Secretaria Estadual esteja mais próxima da Gestão Municipal apoiando e assessorando os municípios nas coordenações e organizações dos programas, projetos e atividades desenvolvidas, assegurando a qualidade das ações e dos serviços de saúde.

- A Ouvidoria é um canal democrático de comunicação, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. É papel da Ouvidoria efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Por meio da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS) a Ouvidoria auxilia a Gestão na avaliação da qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

- O Controle Social que é representado pelo Conselho Estadual de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, Fóruns Representativos, Conferências de Saúde, envolvendo os gestores e prestadores dos serviços de saúde, os

trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, incluindo os processos de educação popular em saúde, desenvolvidos no diálogo permanente com os movimentos populares, as entidades formadoras e os grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS.

- Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersectorialidade) caracterizando o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e da sociedade civil, que atuam na produção social da saúde.

### **3.1.7. Atenção à Saúde**

#### **3.1.7.1. Atenção Básica**

A Atenção Básica tem na Estratégia da Saúde da Família, sua principal forma de organização, sendo o objetivo desta, proporcionar a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao desgastado modelo centrado na cura das doenças. Continuar investindo na doença seria apostar na infelicidade das pessoas, com um custo cada vez mais alto para a sociedade.

Vale ressaltar que a Atenção Básica atualmente é um conjunto de várias estratégias criadas pelo Ministério da Saúde que abriga uma série de programas nacionais tais como: ESF - Estratégia de Saúde da Família, NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Requalifica UBS, a estratégia e-SUS-AB, o Telessaúde, os Programas de Provisão de Médicos para o Ministério da Saúde (Mais Médicos e PROVAB), o programa Brasil Sorridente (ações de saúde bucal), consultório na rua, academia da saúde, o Programa Saúde na Escola, Saúde no Sistema Prisional, entre outros.

Mato Grosso do Sul é um dos Estados da federação que mais concedem incentivos, objetivando a adesão dos municípios a estratégia Saúde da Família. Atualmente o estado repassa incentivos financeiros destinados tanto aos serviços de

atenção básica como aos serviços que integram a rede de atenção à saúde que tem a atenção básica como centro organizador e orientador do cuidado. As estratégias financiadas pelo Estado são: as equipes de saúde da família, os agentes comunitários de saúde, as equipes rurais pela compensação de especificidades regionais, os consultórios na rua, os serviços de residência terapêutica, os centros de especialidades odontológicas (CEO) e os centros de atenção psicossocial (CAPS).

Também como iniciativa do Estado desde 2000, a SES fornece o Kit Saúde da Família, ou seja, um conjunto de equipamentos médico-hospitalares e mobiliários, que permitem dotar a Unidade Básica de Saúde que abriga as equipes de Saúde da Família das condições mínimas necessárias ao trabalho da equipe. A partir de 2010 o valor referente à aquisição deste Kit começou a ser repassado em recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

No que diz respeito à estratégia Requalifica UBS, Programa do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a reestruturação e melhoria da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio de reforma, ampliação e construção.

Os municípios do estado também aderiram ao PMAQ, cujo objetivo é envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica, sendo que no primeiro ciclo houve a adesão de 184 Equipes de Atenção Básica, já no segundo ciclo houve um aumento significativo, passando para 443 Equipes de Atenção Básica. No terceiro ciclo, todos os municípios do Estado fizeram a adesão com 550 equipes.

### **3.1.7.2. Atenção Especializada**

A Atenção especializada é a área da atenção à saúde que compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam a atender pessoas com problemas de saúde mais complexos, cuja prática clínica requer a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Geralmente inclui um conjunto de

procedimentos que, no contexto do SUS, exige alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços de média e de alta complexidade.

Historicamente, em Mato Grosso do Sul, os serviços de maior complexidade foram sendo instalados nos municípios mais populosos, principalmente por contarem com profissionais especializados.

Os gestores têm empreendido esforços no sentido de favorecer a descentralização de serviços especializados, objetivando melhorar o acesso da população.

Trata-se de um grande desafio, considerando-se as dificuldades para permanência de especialistas no interior, o alto custo e investimento e incorporação de novas tecnologias de saúde e Saúde Baseada em Evidências.

O governo do estado adotou a estratégia de Reestruturação das Microrregiões de saúde do estado, garantindo um melhor atendimento com a implantação e/ou implementação das unidades hospitalares de alta e média complexidade em todas as regiões de saúde do estado, equipando-as de maneira que o cidadão seja atendido o mais próximo possível de sua residência.

Outro fator que contribuiu para a melhoria da Atenção foi a adesão às Redes de Atenção à Saúde (RAS) que surgiu como alternativa para garantir atendimento integral e acesso da população aos serviços.

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria GM/MS N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010). Em Mato Grosso do Sul as RAS que estão pactuadas são:

- Rede Cegonha
- Rede de Urgência e Emergência
- Rede de Atenção Psicossocial

- Rede de Cuidados À Pessoa com Deficiência
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (linha da oncologia aguardando aprovação na CIB)

Os Planos de Atenção Regionais (PAR) das RAS de cada Região foram construídos de acordo com necessidades de saúde e capacidade de oferta e pactuados nas CIR e CIB Estadual.

As ações e serviços de Atenção Primária de Saúde todos os municípios devem garantir nas RAS, já as ações de Atenção Especializada conforme pactuação e capacidade instalada dos municípios, observando o credenciamento e habilitação dos serviços. O monitoramento das RAS é acompanhado pelos Grupos Condutores de cada Rede sob a coordenação da SES.

### **3.1.7.3. Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional.

No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal), em relação aos medicamentos, estão definidas em 3 Componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

No Estado a operacionalização da assistência farmacêutica esta organizada com a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica e Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada.

A Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica tem sob a sua responsabilidade a Central de Abastecimento Farmacêutico (Almoxarifado de Medicamentos), o Componente da Assistência Farmacêutica Básica e Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; realizando a programação, aquisição,

recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos contemplados nos referidos componentes; sendo que neste último componente temos os Programas de Tuberculose e Hanseníase, DST/AIDS e Infecções Oportunistas, Saúde da Mulher; Programa da Dengue; Programa Familiar entre outros.

A maioria dos medicamentos do Componente Estratégico é enviada pelo Ministério da Saúde e a Central de Abastecimento Farmacêutico (Almoxarifado de Medicamentos) realiza o recebimento, armazenamento e distribuição. Entretanto, alguns medicamentos do Programa DST/AIDS e Infecções Oportunistas, do Programa da Dengue e do Programa de Planejamento Familiar são programados e adquiridos pela própria SES.

Ademais, a Secretaria Estadual de Saúde por meio da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica efetua contrapartida estadual do repasse financeiro para aquisição de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) aos 79 Municípios do Estado.

A Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada tem sob sua responsabilidade o atendimento de todo o Estado com os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF e Ações Judiciais. Atualmente, para atendimento do CEAF, temos uma frente de atendimento para a Microrregião de Campo Grande, sendo que os pacientes residentes fora de Campo Grande tem a opção de procurar a Secretaria de Saúde de seu município, que geralmente tem funcionário que realiza o serviço de solicitar cadastro e retirar os medicamentos disponibilizados pelo CEAF. Os municípios das demais microrregiões tem o atendimento gerenciado pela Gerência Técnica de Articulação Intersetorial – GTAI. A organização tem como base os Núcleos Regionais de Saúde. É importante ressaltar que a avaliação, autorização dos laudos (LME) de solicitação dos medicamentos é centralizada na CAFE. Para ter acesso aos medicamentos do CEAF os pacientes procuram as Secretarias Municipais de Saúde ou Núcleo Regional de Saúde e estes encaminham a documentação para CAFE para avaliação e autorização, em sequência encaminhamos planilhas à Central de Abastecimento para que providencie a separação e distribuição dos mesmos aos Núcleos Regionais

de Saúde, onde os respectivos municípios retiram os medicamentos dos seus municípios. Cabe ainda à CAFE toda programação do quantitativo a ser solicitado dos medicamentos que tem compra centralizada pelo Ministério da Saúde conforme Portaria GM 1554/13, aquisição, armazenamento e dispensação tanto dos medicamentos do CEAF como dos para atender demanda de Ações Judiciais impetradas contra o Estado.

Fica também sob a coordenação da CAFE o Setor de Dispensação de Ação Judicial (“Farmácia da Ação Judicial”). Este setor é responsável pela dispensação e organização da distribuição de medicamentos, insumos, dietas para atender ações judiciais de todo Estado. Para atendimento do interior do Estado temos o mesmo procedimento da Gerência Técnica de Articulação Intersetorial – GTAI do CEAF, em que, temos como base os Núcleos Regionais de Saúde.

Toda programação para abastecimento das farmácias tanto do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, como de Ações Judiciais fica sob a responsabilidade da Gerência de Medicamentos (Setor de Planejamento de Compras).

A Central de Abastecimento Farmacêutica/Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica além de ser responsável pelo recebimento, armazenamento e acondicionamento dos medicamentos e insumos é responsável pela distribuição aos Núcleos Regionais de Saúde, que por sua vez redistribuem aos Municípios das Microrregiões de Saúde do Estado, os medicamentos/insumos do Programa Saúde da Mulher, Programa Tabagismo, Programa Diabetes, Programa Hanseníase/Tuberculose/Talidomida, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e medicamentos de Ação Judicial.



### **3.1.7.4. Rede de Sangue e Hemoderivados**

O Hemosul – Rede de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso do Sul é responsável por todo o serviço de coleta, produção de hemocomponentes, testes laboratoriais, armazenamento e distribuição de sangue para todo o Estado. É uma rede 100% pública desde 2011 e atende a todo o território estadual em suas necessidades de sangue.

Conta hoje com mais de 200 mil doadores de sangue cadastrados no sistema Hemovida, dos quais, 60% podem ser considerados doadores fidelizados. O Hemosul produz anualmente em média, 150.000 hemocomponentes, 490.000 testes sorológicos e 79.000 testes imunohematológicos

Também é responsável pelo cadastramento de doadores voluntários de medula óssea. São mais de 130 mil possíveis doadores de medula de Mato Grosso do Sul registrados no Cadastro Nacional de Doadores de Medula Óssea do INCA – Instituto Nacional do Câncer, órgão que coordena esta área no Brasil. Destes, 79 já efetivaram confirmação de compatibilidade, sendo 55 nacionais e 24 internacionais, sendo compatíveis e salvando vidas tanto no Brasil, quanto no exterior.

A Rede é formada por um Hemocentro Coordenador – o Hemosul da Fernando Correa da Costa, que coordena todas as atividades no Estado e são ao todo mais 11 unidades hemoterápicas espalhadas pela Capital e interior.

O Hemosul- Hemocentro Coordenador foi reinaugurado em agosto de 2015, toda a reforma foi custeada pelo Estado do Mato Grosso do Sul, teve suas estruturas ampliadas e melhoradas para atender com excelência aos doadores de sangue e oferecer um produto com alta qualidade e segurança transfusional.

Foi ampliada de 6 para 15 cadeiras de coleta, uma cantina do doador totalmente nova, os laboratórios estão compostos com equipamentos de última geração, propiciando um trabalho de excelência em hemoterapia.

O Estado foi escolhido como um dos 14 sítios testadores, desde 2012, para os testes do NAT – Testes de Ácidos Nuclêicos, um laboratório de Biologia

Molecular, uma das técnicas mais avançadas do mundo, que realiza para o Estado de Mato Grosso do Sul e também para o Mato Grosso, todos os testes de HIV e Hepatite B e C com a menor janela imunológica possível, aumentando significativamente a segurança transfusional.

Tem uma equipe qualificada que busca a educação permanente dos servidores, oferecendo e estimulando a participação em cursos, oficinas, congressos e especializações e cursos RHEMO oferecidos pela Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados/MS, para compor cada vez mais uma força de trabalho preparada com o que há de mais moderno em hemoterapia.

O Hemosul foi escolhido para sediar em Mato Grosso do Sul, o primeiro Banco de Cordão Umbilical público do Estado. Um avanço importante para o aumento da probabilidade de compatibilidades para transplantes.

### **3.1.8. Vigilância em Saúde**

A crescente complexidade da sociedade, a facilidade e o aumento da velocidade de deslocamento de pessoas entre países e mesmo entre continentes, as mudanças demográficas, de processos de trabalho e de padrões culturais, assim como o desenvolvimento de novas tecnologias que impactam na saúde humana, muitas vezes, de forma ainda desconhecida, tem exigido nas últimas décadas a ampliação do escopo da vigilância para muito além das doenças transmissíveis, e, em decorrência, o desenvolvimento de um novo modelo de Atenção a Saúde.

Nesse contexto, em Mato Grosso do Sul, a Vigilância em Saúde, vem visando à integralidade do cuidado se inserindo na construção das redes de atenção a saúde buscando integração das áreas da Vigilância Epidemiológica, Promoção da Saúde, Vigilância da Situação de Saúde, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância Sanitária, Vigilância de Controle de Vetores, Divisão de Informações em Saúde e Laboratório Estadual de Saúde Pública entre si e com a Atenção à Saúde (em especial a Atenção Básica) na constituição de redes; descentralização qualificada, buscando garantir cooperação técnica e financeira a

municípios (o que pressupõe equipes preparadas, prioritariamente nas Regionais de Saúde); institucionalização de processo de planejamento/monitoramento/avaliação; e o desenvolvimento de expertise em áreas de conhecimento mais recente.

As ações e serviços da vigilância em saúde no estado estão voltadas para o objetivo de analisar permanentemente a situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios de Mato Grosso do Sul, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.



**REDE DE  
ESTABELECIMENTOS E  
SERVIÇOS**

## 4.1. REDE DE ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

### 4.1.1. Capacidade Instalada

A rede física de estabelecimentos de saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, segundo o SCNES, é composta por 4.257 estabelecimentos cadastrados.

Destes, 1.392 são estabelecimentos públicos e privados com vínculo SUS, dos quais 94,1% estão sob gestão dos municípios, 2,6% sob gestão estadual e 3,3% sob gestão dupla (municipal e estadual).

As unidades próprias da SES, únicas sob gestão estadual, referem-se às que realizam ações de serviços de saúde de competência do estado.

**Tabela 25 - Estabelecimentos públicos e privados com vínculo SUS, por tipo e gestão**

Tipo de Estabelec.	DUPLA	ESTADUAL	MUNICIPAL	Total
ACADEMIA DA SAÚDE	0	0	24	24
CENTRAL DE NOTIF,CAPT. E DISTRIB DE ORGAOS ESTAD	0	1	1	2
CENTRAL DE REGULAÇÃO	0	1	29	30
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	0	1	3	4
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	0	0	9	9
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	0	13	0	13
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	0	0	30	30
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	0	0	575	575
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	0	0	9	9
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	0	2	138	140
CONSULTORIO	0	0	22	22
FARMACIA	0	1	20	21
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0	0	6	6
HOSPITAL GERAL	39	4	31	74
HOSPITAL DIA	0	0	2	2
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	0	1	3	4
POLICLINICA	0	0	31	31
POSTO DE SAUDE	0	0	50	50
PRONTO ANTEDIMENTO	0	0	13	13
PRONTO SOCORRO GERAL	0	0	4	4
SECRETARIA DE SAUDE	0	10	69	79
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	0	0	63	63
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	0	0	106	106
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	0	0	22	22
UNIDADE MISTA	7	0	1	8
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	0	0	37	37
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	0	1	12	13
TELESAÚDE	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>36</b>	<b>1310</b>	<b>1392</b>

Fonte: TABWINCNES/CNES/DATASUS

A estrutura hospitalar no Estado é composta por 87 hospitais vinculados ao SUS. Destes, 41 são públicos, 20 são filantrópicos, 22 privados sem fins lucrativos e 04 privados. Do total, 36 estão sob gestão municipal, 48 sob gestão estadual e 02 sob gestão federal. O Hospital de Iguatemi, não contratualizado, presta serviços ao SUS mediante pagamento por produção.

São 39 hospitais gerais e 7 unidades mistas sob gestão dupla, considerando que a SES/MS mantém termo de contratualização com esses estabelecimentos para realização de atendimentos de média complexidade, sob a forma de internação e assistência ambulatorial.

**Tabela 26 - Hospitais com atendimento SUS no Estado**

Ord.	Município	Instituição	Natureza Jurídica	Gestão	Contratualizado Estado
1	Água Clara	Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida	PÚBLICO	Estadual	sim
2	Amambai	Hospital Regional Amambai	Filantrópicos	Municipal	sim
3	Anastácio	Associação Beneficente Ruralista de Assistência Médica Hospitalar de Anastácio - Abramastácio	Filantrópicos	Estadual	sim
4	Anaurilândia	Hospital Sagrado Coração de Jesus	Filantrópicos	Estadual	sim
5	Angélica	Associação Beneficente de Angélica - A. B. A	Filantrópicos	Estadual	sim
6	Antônio João	Hospital Municipal Antonio João	PÚBLICO	Estadual	sim
7	Aparcida do Taboado	Fundação de Saúde de Aparecida do Taboado	Fundação Pública de Direito Privado	Municipal	sim
8	Aquidauana	Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar - A AAH	Filantrópicos	Municipal	sim
9	Aquidauana	Assoc. Benef. Ruralista de Assistência	Filantrópicos	Municipal	sim
10	Aral Moreira	Hospital e Maternidade Santa Luzia	PÚBLICO	Estadual	sim
11	Bandeirantes	Unidade Mista João Carneiro Mendonça	PÚBLICO	Estadual	sim
12	Bataguassú	Irmandade da Santa Casa de M. de Bataguassú	Filantrópicos	Estadual	sim
13	Bataiporã	Hospital São Lucas	Filantrópicos	Estadual	sim
14	Bela Vista	Hospital São Vicente de Paula	Filantrópicos	Estadual	sim
15	Bodoquena	Hospital Municipal Francisco Sales	PÚBLICO	Estadual	sim
16	Bonito	Sociedade Beneficente Gonçalves Ledo	Filantrópicos	Estadual	sim
17	Brasilândia	Hospital Julio Maia	Filantrópicos	Estadual	sim
18	Caaró	Hospital São Mateus	Filantrópicos	Estadual	sim
19	Camapuã	Soc. de Proteção a Mat. e Infância de Camapuã	Filantrópicos	Estadual	sim
20	Campo Grande	Assoc. de Amparo à Maternidade e à Infância	Filantrópicos	Municipal	sim
21	Campo Grande	Assoc. de Aux. e Recuperação do Hanseniano	Filantrópicos	Municipal	sim
22	Campo Grande	Fundação Carmen Prudente de MS	Filantrópicos	Municipal	sim
23	Campo Grande	Santa Casa de Campo Grande	Filantrópicos	Municipal	não contratualizado
24	Campo Grande	Hospital Nosso Lar	Filantrópicos	Municipal	não contratualizado
25	Campo Grande	Hospital Universitário de Campo Grande	PÚBLICO	Federal	não contratualizado
26	Campo Grande	Hospital Regional de Campo Grande	PÚBLICO	Municipal	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos - PCEP
27	Campo Grande	Hospital Adventista do Pênfigo	Filantrópicos	Municipal	não contratualizado
28	Campo Grande	CEDIP Hospital Dia	PÚBLICO	Municipal	não contratualizado
29	Campo Grande	Maternidade Vó Honória	Filantrópicos	Municipal	não contratualizado
30	Caracol	Hospital Beneficente Rita Antonia Maciel Godoy	Filantrópicos	Estadual	sim
31	Cassilândia	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	Filantrópicos	Municipal	sim
32	Chapadão do Sul	Hospital Municipal de Chapadão do Sul	PÚBLICO	Municipal	sim
33	Corguinho	Unidade Mista de Corguinho	PÚBLICO	Estadual	não contratualizado
34	Coronel Sapucaia	Hospital Municipal de Coronel Sapucaia	PÚBLICO	Estadual	sim
35	Corumbá	Associação Beneficente de Corumbá - Santa Casa	Filantrópicos	Municipal	sim
36	Costa Rica	Fundação Hospitalar de Costa Rica	Filantrópicos	Municipal	sim
37	Coxim	FESP	Fundação Pública de Direito Privado	Municipal	sim
38	Deodópolis	Hospital Municipal Cristo Rei	PÚBLICO	Estadual	sim
39	Dois Irmãos do Buriti	Unidade Mista de Dois Irmãos do Buriti	PÚBLICO	Estadual	sim
40	Dourados	Missão Evangélica Caiuá	Filantrópicos	Municipal	sim
41	Dourados	Hospital Evangélico de Dourados	PÚBLICO	Municipal	não contratualizado
42	Dourados	Hospital da Vida Fundação	Fundação Pública de Direito Privado	Municipal	não contratualizado
43	Dourados	Hospital Universitário de Dourados	PÚBLICO	Federal	não contratualizado
44	Fátima do Sul	SIAS	Filantrópicos	Estadual	sim
45	Figueirão	Hospital de Figueirão	PÚBLICO	Municipal	não contratualizado
46	Glória de Dourados	Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Glória	Filantrópicos	Estadual	sim
47	Guia Lopes da Laguna	Associação Lagunense de Saúde	Filantrópicos	Estadual	sim

Ord.	Município	Instituição	Natureza Jurídica	Gestão	Contratualizado Estado
48	Iguatemi	Hospital São Judas Tadeu	PRIVADO		não contratualizado
49	Inocência	Hospital e Maternidade de Inocência	PÚBLICO	Estadual	sim
50	Itaporã	Hospital Municipal Lourival Nascimento da Silva	PÚBLICO	Estadual	sim
51	Itaquiraí	Hospital São Francisco de Itaquiraí	Filantrópicos	Estadual	sim
52	Ivinhema	Hospital Municipal de Ivinhema	PÚBLICO	Municipal	sim
53	Ivinhema	Hospital Santa Maria	PRIVADO	Municipal	não contratualizado
54	Jardim	Hospital Marechal Rondon	Filantrópicos	Municipal	sim
55	Jateí	Hospital Santa Catarina	Filantrópicos	Estadual	sim
56	Juti	Hospital Municipal Santa Luzia	PÚBLICO	Estadual	sim
57	Laguna Carapã	Hospital Municipal de Laguna Carapa	PÚBLICO	Estadual	sim
58	Maracajú	Sociedade Beneficente de Maracaju	Filantrópicos	Municipal	sim
59	Miranda	Hospital Municipal de Miranda Renato Albuquerque Filho	PÚBLICO	Estadual	sim
60	Mundo Novo	Sociedade Beneficente Hospital Dr. Bezerra de Menezes	Filantrópicos	Estadual	sim
61	Naviraí	Hospital Municipal de Naviraí	PÚBLICO	Municipal	sim
62	Bioaque	Unidade Mista de Nioaque	PÚBLICO	Estadual	sim
63	Nova Alvorada do Sul	Hospital Municipal Francisca Ortega	PÚBLICO	Estadual	sim
64	Nova Andradina	Fundação de Saúde de Nova Andradina	Fundação Pública de Direito Privado	Municipal	sim
65	Nova Andradina	Hospital da Cassems	PRIVADO	Municipal	não contratualizado
66	Novo Horizonte do Sul	Hospital e Maternidade Novo Horizonte	Filantrópicos	Estadual	sim
67	Paranaíba	Santa Casa de Paranaíba	Filantrópicos	Municipal	sim
68	Paranaíba	Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes	Filantrópicos	Municipal	não contratualizado
69	Paranhos	Hospital Mat. Nossa Senhora da Conceição	PÚBLICO	Estadual	sim
70	Pedro Gomes	Hospital Municipal de Pedro Gomes	PÚBLICO	Estadual	sim
71	Ponta Porã	Hospital Regional de Ponta Porã	PÚBLICO	Estadual	sim
72	Porto Murtinho	Hospital Oscar Ramires Pereira	PÚBLICO	Estadual	sim
73	Ribas do Rio Pardo	Hospital Municipal de Ribas do Rio Pardo	PÚBLICO	Estadual	sim
74	Rio Brilhante	Hospital Rio Brilhante	Filantrópicos	Municipal	sim
75	Rio Negro	Hospital e Mat. Idimaque Paes Ferreira	Filantrópicos	Estadual	sim
76	Rio Verde de MT	Hospital Geral Paulino Alves da Cunha	PÚBLICO	Municipal	sim
77	Rochedo	Unidade Mista de Saúde Senhor Bom Jesus da Lapa	PÚBLICO	Estadual	sim
78	Santa Rita do Pardo	Unidade Mista Saúde Nª Sª Perpétuo Socorro	PÚBLICO	Estadual	sim
79	São Gabriel do Oeste	Hospital Municipal José Valdir A. de Oliveira	PÚBLICO	Municipal	sim
80	Selvíria	Hospital Municipal Santa Rita de Cássia	PÚBLICO	Estadual	não contratualizado
81	Sete Quedas	Hospital Mun de Sete Quedas	PÚBLICO	Estadual	sim
82	Sidrolândia	Sociedade Beneficente Dª Elmíria Silvério Barbosa	Filantrópicos	Municipal	sim
83	Sonora	Fundação Educacional e de Saúde de Sonora	Filantrópicos	Estadual	sim
84	Tacuru	Hospital Municipal São Sebastião	PÚBLICO	Estadual	sim
85	Taquarussu	Unidade Mista Sagrado Coração de Jesus	PÚBLICO	Estadual	sim
86	Três Lagoas	Hospital N.S. Auxiliadora	Filantrópicos	Municipal	sim
87	Vicentina	Hospital Municipal Maria dos Santos Bastos	PÚBLICO	Estadual	sim

Fonte: CECAA/SES/MS

**Tabela 27 - Estabelecimento COM vínculo SUS, esfera administrativa e gestão.**

Esfera Administrativa (Gerência)	DUPLA ESTADUAL MUNICIPAL TOTAL			
	DUPLA	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
FEDERAL	0	0	44	<b>44</b>
ESTADUAL	0	30	10	<b>40</b>
MUNICIPAL	28	0	1.061	<b>1.089</b>
PRIVADA	18	5	193	<b>216</b>
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>35</b>	<b>1.308</b>	<b>1.389</b>

Fonte: TABWINCNES/CNES/DATASUS

#### 4.1.2. Produção de serviços - SIA e SIH





**Tabela 29 - Produção ambulatorial por tipo de financiamento, por região de saúde/MS- Ano 2015**

Blocos de Financiamento	Campo Grande	Corumbá	Dourados	Três Lagoas	Total	%
01 Atenção Básica (PAB)	12.792.359	502.047	5.929.687	1.732.470	20.956.563	46,1
02 Assistência Farmacêutica	7.805.761	0	0	0	7.805.761	17,2
04 Fundo de Ações Estratégicas e Compensações FAEC	474.971	11.830	69.503	28.411	584.715	1,3
05 Incentivo - MAC	565.493	1.548	117.775	27.774	712.590	1,6
06 Média e Alta Complexidade (MAC)	10.292.513	430.301	3.287.976	1.258.079	15.268.869	33,6
07 Vigilância em Saúde	87.807	1.700	33.302	19.856	142.665	0,3
<b>Total</b>	<b>32.018.904</b>	<b>947.426</b>	<b>9.438.243</b>	<b>3.066.590</b>	<b>45.471.163</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Tabwin/SIA/DATASUS

A produção ambulatorial processada no Estado correspondeu a 45.471.163 procedimentos e os mais frequentes por bloco de financiamento foram: Atenção Básica 20.956.563 (46,1%); Média e Alta Complexidade com 15.268.869 (33,6%); Assistência Farmacêutica com 7.805.761 (17,2).

Excepcionalmente, em 2015, o Projeto Especial Caravana da Saúde contribuiu para o incremento da oferta e produção de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, financiados com recursos dos blocos FAEC e MAC, em sete microrregiões de saúde: Coxim, Ponta Porã, Três Lagoas, Paranaíba, Nova Andradina, Corumbá e Naviraí.

**Tabela 30 - Produção Geral hospitalar segundo tipo de financiamento, por Região de Saúde/MS - ano: 2015**

Financiamento	Campo Grande	Corumbá	Dourados	Três Lagoas	Total	%
04 Fundo de Ações Estratégicas e Compensações FAEC	2.960	105	1.064	236	4.365	2,7
06 Média e Alta Complexidade (MAC)	89.882	7.988	46.777	14.620	159.267	97,3
<b>Total</b>	<b>92.842</b>	<b>8.093</b>	<b>47.841</b>	<b>14.856</b>	<b>163.632</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Tabwin/SIA/DATASUS

**Tabela 31 - Produção hospitalar/subgrupo do procedimento segundo tipo de financiamento, Região de Saúde/MS, 2015**

Subgrupo procedimento	REGIÃO CAMPO GRANDE			REGIÃO CORUMBÁ			REGIÃO DOURADOS			REGIÃO TRÊS LAGOAS		
	FAEC	MAC	Total	FAEC	MAC	Total	FAEC	MAC	Total	FAEC	MAC	Total
0201 Coleta de material	0	86	86	0	0	0	0	7	7	0	0	0
0209 Diagnóstico por endoscopia	0	15	15	0	0	0	0	1	1	0	0	0
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	0	2.456	2.456	0	126	126	0	2.257	2.257	0	517	517
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	5	30.150	30.155	0	3.762	3.762	0	23.193	23.193	0	6.545	6.545
0304 Tratamento em oncologia	0	2.149	2.149	0	107	107	0	1.181	1.181	0	451	451
0305 Tratamento em nefrologia	0	1.957	1.957	0	162	162	0	1.847	1.847	0	594	594
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	0	1.263	1.263	0	276	276	0	1.079	1.079	0	232	232
0310 Parto e nascimento	0	8.551	8.551	0	809	809	0	5.060	5.060	0	1.027	1.027
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	15	556	571	1	6	7	6	133	139	5	34	39
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	2	111	113	0	2	2	0	26	26	0	0	0
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	23	930	953	0	2	2	5	173	178	0	89	89
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	352	586	938	1	8	9	39	108	147	49	126	175
0405 Cirurgia do aparelho da	990	1.916	2.906	0	0	0	109	9	118	9	19	28

visão												
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	237	2.303	2.540	12	18	30	114	309	423	0	69	69
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	538	6.072	6.610	26	502	528	461	1.573	2.034	77	1.144	1.221
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	34	8.115	8.149	0	98	98	47	2.814	2.861	0	1.189	1.189
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	249	3.361	3.610	57	287	344	268	899	1.167	96	864	960
0410 Cirurgia de mama	6	354	360	0	15	15	1	81	82	0	48	48
0411 Cirurgia obstétrica	0	9.370	9.370	0	1.158	1.158	0	4.751	4.751	0	1.225	1.225
0412 Cirurgia torácica	0	1.097	1.097	0	16	16	0	164	164	0	25	25
0413 Cirurgia reparadora	54	1.111	1.165	0	25	25	0	69	69	0	13	13
0414 Bucomaxilofacial	90	4	94	8	1	9	12	1	13	0	2	2
0415 Outras cirurgias	17	6.364	6.381	0	536	536	1	860	861	0	172	172
0416 Cirurgia em oncologia	1	1.005	1.006	0	72	72	0	182	182	0	235	235
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	137	0	137	0	0	0	1	0	1	0	0	0
0505 Transplante de órgãos, tecidos e células	109	0	109	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	101	0	101	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>2.960</b>	<b>89.882</b>	<b>92.842</b>	<b>105</b>	<b>7.988</b>	<b>8.093</b>	<b>1.064</b>	<b>46.777</b>	<b>47.841</b>	<b>236</b>	<b>14.620</b>	<b>14.856</b>

Fonte: Tabwin/SIA/DATASUS

**Tabela 32 - Distribuição de Leitos por habitante e por Município MS -2016**

Municípios	Leitos existentes	População	Leitos por habitantes
ÁGUA CLARA	17	14.474	1,17
ALCINÓPOLIS	0	5.038	0
AMAMBAI	127	37.590	3,38
ANASTÁCIO	26	24.748	1,05
ANAUROLÂNDIA	12	8.844	1,35
ANGÉLICA	26	10.149	2,56
ANTÔNIO JOÃO	7	8.679	0,81
APARECIDA DO TABOADO	47	24.414	1,92
AQUIDAUANA	173	47.162	3,67
ARAL MOREIRA	12	11.399	1,05
BANDEIRANTES	12	6.771	1,77
BATAGUASSU	35	21.775	1,61
BATAYPORÃ	18	11.208	1,60
BELA VISTA	33	24.113	1,37
BODOQUENA	8	7.898	1,01
BONITO	30	21.047	1,42
BRASILÂNDIA	20	11.903	1,68
CAARAPÓ	35	28.437	1,23
CAMAPUÃ	18	13.731	1,31
CAMPO GRANDE	2.665	853.622	3,12
CARACOL	9	5.838	1,54
CASSILÂNDIA	64	21.622	2,96
CHAPADÃO DO SUL	58	22.620	2,56
CORGUINHO	6	5.513	1,08
CORONEL SAPUCAIA	9	14.815	0,61
CORUMBÁ	195	108.656	1,79
COSTA RICA	69	19.508	3,54
COXIM	93	33.139	2,81
DEODÁPOLIS	32	12.650	2,53
DOIS IRMÃOS DO BURITI	9	10.965	0,82
DOURADINA	0	5.723	0
DOURADOS	713	212.870	3,35
ELDORADO	2	12.128	0,16
FIGUEIRÃO	8	3.012	2,65
FÁTIMA DO SUL	98	19.220	5,10
GLÓRIA DE DOURADOS	12	9.992	1,20
GUIA LOPES DA LAGUNA	26	10.136	2,56
IGUATEMI	33	15.637	2,11
INOCÊNCIA	8	7.664	1,04
ITAPORÃ	15	22.896	0,65

ITAQUIRAÍ	28	20.162	1,39
IVINHEMA	51	22.928	2,22
JAPORÃ	0	8.567	0
JARAGUARI	0	6.860	0
JARDIM	43	25.473	1,69
JATEÍ	21	4.038	5,20
JUTI	9	6.399	1,40
LADÁRIO	10	21.860	0,46
LAGUNA CARAPÃ	7	7.017	1,00
MARACAJU	52	43.078	1,21
MIRANDA	25	27.104	0,92
MUNDO NOVO	36	17.884	2,01
NAVIRAÍ	95	51.535	1,84
NIOAQUE	6	14.233	0,42
NOVA ALVORADA DO SUL	20	19.656	1,02
NOVA ANDRADINA	116	50.893	2,28
NOVO HORIZONTE DO SUL	15	4.306	3,48
PARANAÍBA	194	41.495	4,67
PARANHOS	10	13.494	0,74
PARAÍSO DAS ÁGUAS	0	5.150	0
PEDRO GOMES	8	7.794	1,02
PONTA PORÃ	154	86.717	1,77
PORTO MURTINHO	17	16.514	1,03
RIBAS DO RIO PARDO	16	23.167	0,69
RIO BRILHANTE	43	34.776	1,23
RIO NEGRO	22	4.910	4,48
RIO VERDE DE MATO GROSSO	29	19.462	1,49
ROCHEDO	8	5.252	1,52
SANTA RITA DO PARDO	11	7.633	1,44
SELVÍRIA	0	6.455	0
SETE QUEDAS	64	10.832	5,91
SIDROLÂNDIA	44	51.355	0,86
SONORA	22	17.483	1,26
SÃO GABRIEL DO OESTE	58	24.982	2,32
TACURU	8	11.035	0,72
TAQUARUSSU	4	3.570	1,12
TERENOS	0	19.914	0
TRÊS LAGOAS	234	113.619	2,06
VICENTINA	5	6.027	0,83
<b>TOTAL</b>	<b>6.265</b>	<b>2.651.235</b>	<b>2,36</b>

Fonte: TABWIN/DATASUS

Deve-se considerar que os habitantes dos municípios que não dispõem de leitos hospitalares são atendidos em hospitais de referência conforme pactuação na Programação Pactuada Integrada da Assistência - PPI. No caso dos atendimentos em alta complexidade, há também pactuação na PPI para que os usuários sejam encaminhados para atendimento em hospitais nos municípios sede das regiões de saúde do Estado.

**Tabela 33 - Número de Leitos por tipo de especialidades em MS - 2015**

Código	Descrição	Existente	SUS	Não SUS
<b>CIRÚRGICO</b>				
1	BUCO MAXILO FACIAL	10	8	2
2	CARDIOLOGIA	56	29	27
3	CIRURGIA GERAL	743	480	263
4	ENDOCRINOLOGIA	7	1	6
5	GASTROENTEROLOGIA	31	10	21
6	GINECOLOGIA	124	80	44
8	NEFROLOGIAUROLOGIA	47	27	20
9	NEUROCIRURGIA	62	34	28
11	OFTALMOLOGIA	26	15	11
12	ONCOLOGIA	59	42	17
13	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	295	228	67
14	OTORRINOLARINGOLOGIA	25	13	12
15	PLASTICA	51	17	34
16	TORAXICA	26	14	12
67	TRANSPLANTE	4	4	-
90	QUEIMADO ADULTO	5	3	2
91	QUEIMADO PEDIATRICO	6	4	2
<b>TOTAL</b>		<b>1.577</b>	<b>1.009</b>	<b>568</b>
<b>CLÍNICO</b>				
31	AIDS	32	30	2
32	CARDIOLOGIA	169	91	78
33	CLINICA GERAL	1.221	781	440
35	DERMATOLOGIA	26	19	7
36	GERIATRIA	12	2	10
37	HANSENOLOGIA	6	5	1
38	HEMATOLOGIA	32	28	4
40	NEFROUROLOGIA	83	55	28
41	NEONATOLOGIA	24	10	14
42	NEUROLOGIA	74	46	28
44	ONCOLOGIA	86	67	19
46	PNEUMOLOGIA	70	26	44
87	SAUDE MENTAL	25	-	25
88	QUEIMADO ADULTO	3	1	2
89	QUEIMADO PEDIATRICO	2	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>1.865</b>	<b>1.162</b>	<b>703</b>
<b>COMPLEMENTAR</b>				
65	UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL	10	10	-
66	UNIDADE ISOLAMENTO	48	36	12
74	UTI ADULTO - TIPO I	30	-	30
75	UTI ADULTO - TIPO II	131	101	30
76	UTI ADULTO - TIPO III	83	57	26
77	UTI PEDIATRICA - TIPO I	1	-	1
78	UTI PEDIATRICA - TIPO II	23	23	-
79	UTI PEDIATRICA - TIPO III	15	10	5
80	UTI NEONATAL - TIPO I	7	-	7
81	UTI NEONATAL - TIPO II	39	36	3
82	UTI NEONATAL - TIPO III	18	8	10
85	UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	10	10	-
86	UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III	6	-	6
92	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	68	62	6
93	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	9	9	-
95	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	9	7	2
<b>TOTAL</b>		<b>507</b>	<b>369</b>	<b>138</b>

Código	Descrição	Existente	SUS	Não SUS
<b>OBSTÉTRICO</b>				
10	OBSTETRÍCIA CIRURGICA	496	288	208
43	OBSTETRÍCIA CLINICA	414	335	79
<b>TOTAL</b>		<b>910</b>	<b>623</b>	<b>287</b>
<b>PEDIATRICO</b>				
45	PEDIATRIA CLINICA	698	516	182
68	PEDIATRIA CIRURGICA	80	51	29
<b>TOTAL</b>		<b>778</b>	<b>567</b>	<b>211</b>
<b>OUTRAS ESPECIALIDADES</b>				
34	CRONICOS	86	76	10
47	PSIQUIATRIA	364	233	131
48	REABILITACAO	31	-	31
49	PNEUMOLOGIA SANITARIA	23	22	1
84	ACOLHIMENTO NOTURNO	20	20	-
<b>TOTAL</b>		<b>524</b>	<b>351</b>	<b>173</b>
<b>HOSPITAL DIA</b>				
7	CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	46	37	9
69	AIDS	25	25	-
73	SAUDE MENTAL	9	9	-
<b>TOTAL</b>		<b>80</b>	<b>71</b>	<b>9</b>
<b>TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO</b>		<b>3.442</b>	<b>2.171</b>	<b>1.271</b>
<b>TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR</b>		<b>5.734</b>	<b>3.783</b>	<b>1.951</b>

Fonte: SCNES

A produção de consultas médicas especializadas e não especializadas em Mato Grosso do Sul em 2015 está registrada na seguinte tabela:

**Tabela 34 - Consultas médicas especializadas e não especializadas, MS - 2015**

Municípios	Frequência	População
ÁGUA CLARA	20.299	14.474
ALCINÓPOLIS	24.095	5.038
AMAMBAI	47.593	37.590
ANASTÁCIO	70.042	24.748
ANAURILÂNDIA	14.602	8.844
ANGÉLICA	16.770	10.149
ANTÔNIO JOÃO	22.493	8.679
APARECIDA DO TABOADO	85.956	24.414
AQUIDAUANA	133.072	47.162
ARAL MOREIRA	20.031	11.399
BANDEIRANTES	4.810	6.771
BATAGUASSU	67.666	21.775
BATAYPORÃ	29.030	11.208
BELA VISTA	35.715	24.113
BODOQUENA	18.665	7.898
BONITO	57.242	21.047
BRASILÂNDIA	35.074	11.903
CAARAPÓ	87.703	28.437
CAMAPUÃ	28.673	13.731
CAMPO GRANDE	2.665.093	853.622
CARACOL	7.225	5.838
CASSILÂNDIA	83.722	21.622
CHAPADÃO DO SUL	57.663	22.620
CORGUINHO	15.405	5.513
CORONEL SAPUCAIA	25.854	14.815
CORUMBÁ	197.041	108.656

COSTA RICA	75.926	19.508
COXIM	100.005	33.139
DEODÁPOLIS	45.257	12.650
DOIS IRMÃOS DO BURITI	96.186	10.965
DOURADINA	11.755	5.723
DOURADOS	438.505	212.870
ELDORADO	15.812	12.128
FIGUEIRÃO	4.142	3.012
FÁTIMA DO SUL	55.629	19.220
GLÓRIA DE DOURADOS	26.036	9.992
GUIA LOPES DA LAGUNA	0	10.136
IGUATEMI	18.346	15.637
INOCÊNCIA	21.396	7.664
ITAPORÃ	30.163	22.896
ITAQUIRAÍ	66.107	20.162
IVINHEMA	53.448	22.928
JAPORÃ	12.729	8.567
JARAGUARI	15.114	6.860
JARDIM	76.930	25.473
JATEÍ	12.172	4.038
JUTI	15.829	6.399
LADÁRIO	45.583	21.860
LAGUNA CARAPÃ	22.342	7.017
MARACAJU	140.474	43.078
MIRANDA	30.643	27.104
MUNDO NOVO	18.231	17.884
NAVIRAÍ	125.769	51.535
NIOAQUE	22.315	14.233
NOVA ALVORADA DO SUL	67.384	19.656
NOVA ANDRADINA	159.009	50.893
NOVO HORIZONTE DO SUL	15.424	4.306
PARANAÍBA	11.181	41.495
PARANHOS	112.934	13.494
PARAÍSO DAS ÁGUAS	18.804	5.150
PEDRO GOMES	18.628	7.794
PONTA PORÃ	166.679	86.717
PORTO MURTINHO	22.503	16.514
RIBAS DO RIO PARDO	55.092	23.167
RIO BRILHANTE	123.484	34.776
RIO NEGRO	24.039	4.910
RIO VERDE DE MATO GROSSO	53.944	19.462
ROCHEDO	7.162	5.252
SANTA RITA DO PARDO	49.055	7.633
SELVÍRIA	92.786	6.455
SETE QUEDAS	18.261	10.832
SIDROLÂNDIA	33.963	51.355
SONORA	153.626	17.483
SÃO GABRIEL DO OESTE	49.795	24.982
TACURU	14.148	11.035
TAQUARUSSU	13.975	3.570
TERENOS	28.910	19.914
TRÊS LAGOAS	262.130	113.619
VICENTINA	12.040	6.027
<b>TOTAL</b>	<b>7.053.334</b>	<b>2.651.235</b>

Fonte: TABWIN/DATASUS



### 4.1.3. Equipes de Saúde da Família Implantados

Segundo dados referentes ao ano de 2015, há 549 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Estado de Mato Grosso do Sul, e estão presentes nos 79 municípios, sendo desses, 42 municípios com 100% de cobertura populacional, com cerca de 1.907.205 pessoas assistidas pelas equipes, o que representa 69,47% de cobertura, e 2.346.634 assistidas pelos 4.447 agentes comunitários de saúde, representando uma cobertura populacional de 94,28%. Das 549 equipes de ESF existentes, 521 apresentam equipes de saúde bucal com cirurgião dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal presentes em todos os municípios do Estado. Para ampliar o escopo de ações e fortalecer a resolutividade da Atenção Básica, Mato Grosso do Sul conta com 61 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, sendo 30 tipo I, 19 tipo II e 12 tipo III.

**Tabela 35 - Situação dos ACS, ESF, ESB e NASF, MS, 2015.**

Município	População	Agentes Comunitários de Saúde		Equipes de Saúde da Família		Equipes de Saúde Bucal		Núcleos de Apoio à Saúde da Família		
		Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	ESB mod 1	ESB mod 2	NASF 1	NASF 2	NASF 3
ALCINÓPOLIS	4.704	6	73,34	1	73,34	1	0	0	0	0
AMAMBAI	35.523	57	92,26	9	87,41	8	0	0	1	0
ANASTÁCIO	24.041	39	93,28	8	100	7	1	0	1	0
ANAURILÂNDIA	8.575	16	100	3	100	2	0	0	1	0
ANGÉLICA	9.462	17	100	4	100	2	2	0	1	0
ANTÔNIO JOÃO	8.329	15	100	3	100	3	0	0	1	0
APARECIDA DO TABOADO	22.912	40	100	6	90,35	5	1	1	0	0
AQUIDAUANA	45.943	94	100	16	100	16	0	1	0	0
ARAL MOREIRA	10.583	19	100	4	100	3	0	0	1	0
BANDEIRANTES	6.637	13	100	2	100	2	0	0	0	0
BATAGUASSU	20.389	41	100	6	100	6	0	1	0	0
BATAYPORÃ	10.983	30	100	5	100	4	0	0	0	0
BELA VISTA	23.395	52	100	6	88,48	6	0	1	0	0
BODOQUENA	7.928	19	100	2	87,03	2	0	0	0	0
BONITO	19.985	29	83,44	5	86,31	2	2	0	0	0
BRASILÂNDIA	11.807	24	100	4	100	4	0	0	1	0
CAARAPÓ	26.532	46	99,69	5	65,02	4	0	0	0	0
CAMAPUÃ	13.609	28	100	6	100	6	0	1	0	0
CAMPO GRANDE	805.397	1.434	100	85	36,41	94	0	7	0	0
CARACOL	5.520	14	100	3	100	3	0	0	0	1
CASSILÂNDIA	21.099	41	100	10	100	10	0	1	0	0
CHAPADÃO DO SUL	19.974	39	100	5	86,36	5	0	0	1	0
CORGUINHO	5.054	12	100	2	100	2	0	0	0	1
CORONEL SAPUCAIA	14.254	23	92,78	3	72,61	3	0	0	1	0
CORUMBÁ	104.912	165	90,43	27	88,79	22	0	2	0	0
COSTA RICA	18.087	46	100	6	100	6	0	1	0	0
COXIM	32.355	56	99,52	9	95,97	8	0	1	0	0
DEODÁPOLIS	12.259	31	100	6	100	2	2	0	1	0
DOIS IRMÃOS DO BURITI	10.519	25	100	3	98,39	3	0	0	1	0
DOURADINA	5.460	10	100	2	100	0	0	0	0	1
DOURADOS	200.729	249	71,33	42	72,19	41	1	3	0	0
ELDORADO	11.790	26	100	3	87,79	3	0	0	0	0
FIGUEIRÃO	2.945	4	78,1	1	100	1	0	0	0	0
FÁTIMA DO SUL	19.024	43	100	6	100	5	0	1	0	0
GLÓRIA DE DOURADOS	9.911	20	100	4	100	4	0	0	0	0
GUIA LOPES DA LAGUNA	10.253	21	100	3	100	3	0	0	0	0
IGUATEMI	15.065	32	100	4	91,6	4	0	0	1	0
INOCÊNCIA	7.639	10	75,27	4	100	2	2	0	1	0

Município	População	Agentes Comunitários de Saúde		Equipes de Saúde da Família		Equipes de Saúde Bucal		Núcleos de Apoio à Saúde da Família		
		Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	ESB mod 1	ESB mod 2	NASF 1	NASF 2	NASF 3
ITAPORÃ	21.442	51	100	8	100	5	0	1	0	0
ITAQUIRAÍ	19.044	43	100	6	100	6	0	0	1	0
IVINHEMA	22.447	43	100	6	92,22	7	0	1	0	0
JAPORÃ	7.972	20	100	3	100	2	0	0	0	1
JARAGUARI	6.485	14	100	3	100	3	0	0	1	0
JARDIM	24.619	31	72,4	6	84,08	5	0	0	0	0
JATEÍ	4.005	10	100	2	100	2	0	0	0	0
JUTI	6.039	11	100	2	100	2	0	0	0	0
LADÁRIO	20.267	39	100	7	100	5	0	1	0	0
LAGUNA CARAPÃ	6.636	14	100	3	100	2	0	0	0	0
MARACAJU	39.095	46	67,66	11	97,07	11	0	1	0	0
MIRANDA	25.986	42	92,93	3	39,83	1	2	0	0	0
MUNDO NOVO	17.251	30	99,99	6	100	3	0	0	0	0
NAVIRÁI	47.899	73	87,63	10	72,03	7	0	0	0	0
NIOAQUE	14.287	31	100	5	100	5	0	0	1	0
NOVA ALVORADA DO SUL	17.410	34	100	5	99,08	5	0	0	1	0
NOVA ANDRADINA	47.126	68	82,97	9	65,89	9	0	0	0	0
NOVO HORIZONTE DO SUL	4.718	14	100	2	100	2	0	0	0	1
PARANAÍBA	40.462	82	100	12	100	10	2	1	0	0
PARANHOS	12.673	26	100	3	81,67	3	0	0	0	0
PARAÍSO DAS ÁGUAS	4.723	5	60,87	1	73,05	1	0	0	0	0
PEDRO GOMES	7.882	17	100	2	87,54	2	0	0	0	1
PONTA PORÃ	80.433	123	87,93	15	64,34	14	0	1	0	0
PORTO MURTINHO	15.683	23	84,33	4	87,99	4	0	0	0	0
RIBAS DO RIO PARDO	21.584	27	71,93	5	79,92	5	0	0	0	0
RIO BRILHANTE	31.875	59	100	9	97,41	9	0	1	0	0
RIO NEGRO	4.977	13	100	2	100	1	1	0	0	1
RIO VERDE DE MATO GROSSO	19.004	51	100	8	100	7	1	1	0	0
ROCHEDO	5.015	12	100	2	100	2	0	0	0	1
SANTA RITA DO PARDO	7.353	19	100	2	93,84	1	0	0	0	1
SELVÍRIA	6.318	15	100	3	100	3	0	0	1	0
SETE QUEDAS	10.757	24	100	3	96,22	3	0	0	0	0
SIDROLÂNDIA	44.949	94	100	13	99,78	11	0	1	0	0
SONORA	15.632	34	100	5	100	4	0	0	1	0
SÃO GABRIEL DO OESTE	23.016	58	100	10	100	10	0	1	0	0
TACURU	10.442	23	100	3	99,12	2	0	0	0	1
TAQUARUSSU	3.522	9	100	2	100	1	0	0	0	1
TERENOS	17.975	37	100	5	95,97	5	0	0	0	0
TRÊS LAGOAS	105.224	174	95,08	15	49,18	15	0	0	0	0
VICENTINA	5.920	14	100	2	100	2	0	0	0	1
ÁGUA CLARA	13.358	19	81,79	3	77,48	3	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2.505.088</b>	<b>4.458</b>	<b>94,28</b>	<b>549</b>	<b>69,47</b>	<b>504</b>	<b>17</b>	<b>31</b>	<b>19</b>	<b>12</b>

Fonte: DAB/MS

#### 4.1.4. Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

#### **4.1.4.1. Redes de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RAPD)**

Mato Grosso do Sul aderiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RAPD), conforme a Portaria GM/MS GM/ MS nº 793, 24 de abril de 2012, que institui a RAPD no âmbito do SUS, sendo publicado o Plano de Ação Regional em 29 de abril de 2014, através da Resolução nº 019/SES/MS.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como objetivo promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências. Desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, Peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta. Ampliar a oferta de órtese e prótese e meios auxiliares de locomoção. Promover reabilitação e reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda, à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social. Promover mecanismos de formação permanente para profissionais da saúde; desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAPD e construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde.

A Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no Mato Grosso do Sul é constituída pelos seguintes componentes:

- I. Atenção Básica com pontos de atenção à saúde no NASF, quando houver atenção odontológica.
- II. Atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências, com estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, com os Centros de especialidades odontológicas (CEO), oficinas ortopédicas que se constituem em um serviço de dispensação, de confecção de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares.

III. Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência deve responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência, instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência, ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral.

Nos quadro abaixo, pode se verificar a população com deficiência em Mato Grosso do Sul, conforme tipologia e em ordem de frequência decrescente.

**Tabela 36 - Censo Demográfico 2010, pessoas com deficiência – amostra, Mato Grosso do Sul**

<b>Classificação</b>	<b>Quantitativo populacional</b>	<b>Proporção</b>
População residente no Estado de Mato Grosso do Sul (2010)	<b>2.449.024</b>	<b>100%</b>
Total deficiência visual	<b>409.580</b>	<b>16,72%</b>
Total deficiência motora	<b>150.191</b>	<b>6,13%</b>
Total deficiência auditiva	<b>107.610</b>	<b>4,39%</b>
Total deficiência intelectual	<b>32.488</b>	<b>1,32%</b>
Total de pessoas com deficiência	<b>699.869</b>	<b>28,56%</b>

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010

#### **4.1.4.2. Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)**

Mato Grosso do Sul aderiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme Portaria GM/MS nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a RAPS no âmbito do SUS, sendo publicado o Plano de Ação Regional em 17 de junho de 2014 no Diário Oficial da União, resolução nº 044/SES/MS.

A rede de saúde mental é composta por 23 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados, distribuídos em 17 municípios, nas seguintes modalidades: 11 CAPS modalidade I, 06 modalidade II, 01 modalidade III, 01 modalidade i, 04 modalidade ad, que atuam na ótica interdisciplinar e com uma equipe multiprofissional que realiza atendimentos às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial.

**Tabela 37 - Situação da Rede de Saúde Mental, MS, 2015**

<b>Serviços Existentes</b>	<b>Quantitativo</b>
Consultório na rua	3
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (habilitados)	21
Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental (SRT)	1
Leitos em Saúde Mental em Hospitais Gerais (habilitados)	4
Hospitais psiquiátricos	2
Escola de Redução de Danos	3
Núcleo Permanente de Supervisão Clínico-Institucional	1

Fonte: CAB/SES/MS

#### **4.1.4.3. Redes de Urgência e Emergência (RUE)**

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem por finalidade a articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, cujo objetivo é ampliar o acesso aos usuários do SUS em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de modo ágil e oportuna.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) foi regulamentada no Estado através das Resoluções SES Resoluções SES nº 049/2014 (Região de Campo Grande), 050/2014 (Região de Corumbá), 051/2014 (Região de Dourados) e 052/2014 (Região de Três Lagoas), é constituída pelos seguintes componentes:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS;
- VI - UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- VII - Hospitalar; e
- VIII - Atenção Domiciliar.

#### **4.1.4.3.1. PAR RUE Região de Campo Grande**

- **Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde:** municípios da região de saúde.
- **Componente Atenção Básica em Saúde:** municípios da região de saúde.
- **Componente SAMU 192 e Centrais:** Aquidauana, Anastácio, Campo Grande, Coxim, Ribas do Rio Pardo, Sidrolândia, Terenos, São Gabriel e Camapuã.
- **Componente SE:** Alcinoópolis, Bela Vista, Bonito, Camapuã, Costa Rica, Dois Irmãos do Buriti, Jardim, Miranda, Nioaque, Nova Alvorada, Porto Murtinho e Ribas do Rio Pardo. (Rio Negro e São Gabriel - aguardando parecer do MS).
- **Componente UPA 24h:** Aquidauana, Campo Grande (06) e Sidrolândia.
- **Componente Hospitalar**
  - ✓ **Porta hospitalar de urgência:** ABCG – Santa Casa, HU/UFMS, HRMS, HR de Coxim e Hospital Regional de Aquidauana.
  - ✓ **Enfermarias clínicas de retaguarda:** ABCG – Santa Casa, HU/UFMS, HRMS e HR de Coxim.
  - ✓ **UCP:** ABCG – Santa Casa e Hospital São Julião.

- ✓ **Leitos de UTI:** ABCG – Santa Casa, HU/UFMS, HRMS e Hospital Regional de Aquidauana.
- ✓ **Linha AVC:** ABCG – Santa Casa e HRMS.
- ✓ **Linha IAM:** Santa Casa e HRMS.
- **Componente Atenção Domiciliar:** Aquidauana, Campo Grande, Coxim, Jardim, Sidrolândia.

#### **4.1.4.3.2. PAR RUE - Região de Saúde de Corumbá**

- **Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde:** municípios da região de saúde.
- **Componente Atenção Básica em Saúde:** municípios da região de saúde.
- **Componente SAMU 192 e Centrais:** Corumbá.
- **Componente UPA 24h:** Corumbá, Porte I.
- **Componente Hospitalar**
  - ✓ **Porta hospitalar de urgência:** Santa Casa de Corumbá.
  - ✓ **Enfermarias clínicas de retaguarda:** Santa Casa de Corumbá.
  - ✓ **Leitos de UTI:** Santa Casa de Corumbá.
- **Componente Atenção Domiciliar:** Corumbá.

#### **4.1.4.3.3. PAR RUE Região de Dourados**

- **Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde:** municípios da região de saúde.
- **Componente Atenção Básica em Saúde:** municípios da região de saúde.
- **Componente SAMU 192 e Centrais:** Dourados, Naviraí, Nova Andradina, Mundo Novo e Ponta Porã.

- **Componente SE:** Antônio João, Aral Moreira, Caarapó, Coronel Sapucaia, Iguatemi, Juti, Laguna Carapã, Mundo Novo, Paranhos e Tacuru (Eldorado e Ivinhema - aguardando parecer do MS).
- **Componente UPA 24h:** Dourados e Ponta Porã.
- **Componente Hospitalar:**
  - ✓ **Porta hospitalar de urgência:** Hospital da Vida, Hospital Municipal de Naviraí, HR de Nova Andradina e HR de Ponta Porã.
  - ✓ **Enfermarias clínicas de retaguarda:** HU/UFGD, SIAS, HR de Nova Andradina, Hospital Municipal de Naviraí, Hospital Municipal de Ivinhema e HR de Ponta Porã;
  - ✓ **UCP:** HU/UFGD.
  - ✓ **Leitos de UTI:** Hospital da Vida, HU/UFGD, HR de Nova Andradina e HR de Ponta Porã.
  - ✓ **Linha AVC:** HU/UFGD.
  - ✓ **Linha IAM:** HE Dourados.
- **Componente Atenção Domiciliar:** Dourados, Naviraí, Nova Andradina e Ponta Porã.

#### 4.1.4.3.4. PAR RUE Região de Três Lagoas

- **Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde:** municípios da região de saúde.
- **Componente Atenção Básica em Saúde:** municípios da região de saúde.
- **Componente SAMU 192 e Centrais:** Três Lagoas e Paranaíba.
- **Componente SE:** Água Clara, Brasilândia, Inocência e Selvíria.
- **Componente UPA 24h:** Paranaíba e Três Lagoas
- **Componente Hospitalar**



- ✓ **Porta hospitalar de urgência:** HNSA, Santa de Paranaíba.
- ✓ **Enfermarias clínicas de retaguarda:** HNSA, Santa de Paranaíba.
- ✓ **UCP:** HNSA.
- ✓ **Leitos de UTI:** HNSA.
- ✓ **Linha AVC:** HNSA.
- ✓ **Linha IAM:** HNSA.
- **Componente Atenção Domiciliar:** Três Lagoas e Paranaíba.

#### **4.1.4.4. Rede Cegonha**

A Rede Cegonha é uma rede de cuidados cuja premissa é assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério, bem como assegurar às crianças ao direito de um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Tem por finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no Brasil.

O Estado de Mato Grosso do Sul, aderiu a Rede de Cegonha, de acordo com as Portarias nº 1459/2011, 650/2011 e 2351/2011, sendo que publicado no Diário Oficial do Estado, em 05 de setembro de 2014 a resolução nº 66/SES/MS, com a atualização do Plano de Ação Regional desta Rede.

A Rede Cegonha no Estado é constituída pelos seguintes componentes:

- I. Pré- Natal;
- II. Parto e Nascimento;
- III. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;
- IV. Sistema Lógico: Transporte Sanitário e Regulação.

**Tabela 38 - Estimativa de Gestantes de Risco Habitual e Alto Risco, por macrorregião de Saúde de Mato Grosso do Sul, agosto de 2014**

Macrorregião	Cobertura SUS	Estimativa de Gestantes SUS	Risco Habitual (85%)	Alto Risco (15%)
Campo Grande	80%	19.754	16.791	2.963
Corumbá	85%	2.199	1.869	330
Dourados	87%	12.708	10.802	1.906
Três Lagoas	81%	3.597	3.057	540
<b>Total</b>	<b>84%</b>	<b>38.452</b>	<b>32.684</b>	<b>5.739</b>

Fonte: CEAB/SGAS/SES/MS

#### 4.1.4.4.1. PAR REDE CEGONHA - Região de Campo Grande

- **Componente Pré-Natal:** municípios da região de saúde, na Atenção Básica.
- **Componente Parto e Nascimento:** municípios da região de saúde que possuem maternidade e hospitais de referência micro e macrorregional.
  - Leitos GAR: Santa Casa (já habilitado), HRMS e HU (a habilitar);
  - Leitos UTIN: AAMI, HRMS, HU e Santa Casa;
  - Leitos UCINCo: AAMI, HRMS, HU e Santa Casa;
  - Leitos UCINCa: AAMI, HRMS (habilitados), HU e Santa Casa (a habilitar).
- **Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança:** municípios da região de saúde, na Atenção Básica, e/ou na referência micro e macrorregional em casos específicos.
- **Componente Sistema Logístico:** municípios da região de saúde.

#### 4.1.4.4.2. PAR REDE CEGONHA - Região de Saúde de Corumbá

➤ **Componente Pré-Natal:** municípios da região de saúde, na Atenção Básica.

➤ **Componente Parto e Nascimento:** município da região de saúde que possui maternidade e hospital de referência macrorregional.

- Leitos GAR: Santa Casa\*;
- Leitos UTIN: Santa Casa\*;
- Leitos UCINCo: Santa Casa\*;
- Leitos UCINCa: Santa Casa\*.

\*OBS.: Todos os Leitos da Santa Casa que podem ser habilitados necessitam de reforma/construção com recursos do Ministério da Saúde e para que isto aconteça é necessária à aprovação dos projetos propostos, porém, a instituição possui uma pendência em seu CNPJ que enquanto não for resolvida nenhuma proposta será aprovada por parte do Ministério da Saúde.

➤ **Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança:** municípios da região de saúde, na Atenção Básica, e/ou na referência micro e macrorregional em casos específicos.

➤ **Componente Sistema Logístico:** municípios da região de saúde.

#### 4.1.4.4.3. PAR REDE CEGONHA - Região de Dourados

➤ **Componente Pré-Natal:** municípios da região de saúde, na Atenção Básica.

➤ **Componente Parto e Nascimento:** municípios da região de saúde que possuem maternidade e hospitais de referência micro e macrorregional.

- Leitos GAR: HU (já habilitado) Hosp. Regional de Nova Andradina\*;

- Leitos UTIN: HU (já habilitado) Hosp. Regional de Nova Andradina\*;
- Leitos UCINCo: HU (já habilitado) Hosp. Regional de Nova Andradina\*;
- Leitos UCINCa: HU (já habilitado) Hosp. Regional de Nova Andradina\*.

\*OBS.: Todos os Leitos do Hospital Regional de Nova Andradina estão em fase de reforma/construção com recursos do Ministério da Saúde, para alguns leitos o recurso já veio e para outros ainda não, portanto a instituição está em fase de estruturação, assim que a mesma estiver com os leitos prontos solicitará a habilitação.

➤ **Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança:** municípios da região de saúde, na Atenção Básica, e/ou na referência micro e macrorregional em casos específicos.

➤ **Componente Sistema Logístico:** municípios da região de saúde.

#### 4.1.4.4.4. PAR REDE CEGONHA - Região de Três Lagoas

➤ **Componente Pré-Natal:** municípios da região de saúde, na Atenção Básica.

➤ **Componente Parto e Nascimento:** municípios da região de saúde que possuem maternidade e hospitais de referência micro e macrorregional.

- Leitos GAR: HNSA\*;
- Leitos UTIN: HNSA\*;
- Leitos UCINCo: HNSA\*;
- Leitos UCINCa: HNSA\*.

\*OBS.: Todas as propostas para reforma dos Leitos do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora estão aprovadas desde 2014, porém até o presente momento o Ministério da Saúde não repassou o recurso. A instituição aguarda a liberação do

mesmo para que se iniciem as obras para ao final conseguir habilitação conforme disposto no PAR.

➤ **Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança:** municípios da região de saúde, na Atenção Básica, e/ou na referência micro e macrorregional em casos específicos.

➤ **Componente Sistema Logístico:** municípios da região de saúde.

#### **4.1.5. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul**

O Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS é um hospital público estadual, vinculado a Fundação Serviços de Saúde e tem como missão ser uma instituição de referência estadual, prestando assistência médico-hospitalar humanizada através do Sistema Único de Saúde – SUS.

Igualmente, é um Hospital de Ensino e conta com profissionais de saúde e administrativos qualificados, possuindo 354 leitos de acordo com o CNES e atendendo 100% SUS. Possui as seguintes linhas de cuidado: Cardiovascular, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Materno-Infantil, Nefro-Urológica, Oncológica e Paciente Crítico.

Conta com equipe multiprofissional e do serviço de Cirurgia, onde fazem parte dezoito especialidades, dos quais se destacam: cirurgia geral, vascular, cardíaca, obstetrícia, pediátrica, oncológica, dentre outras. O ambulatório possui mais de 40 especialidades médicas sendo que o maior quantitativo de consultas corresponde aos serviços de Cardiologia, Oncologia, Cirurgia Geral, Urologia, Pediatria e Hematologia. A maternidade é voltada para a gestação de alto risco, embora o Hospital ainda esteja finalizando o processo de habilitação. Participa dos programas do MS, tais como, a RUE e Rede Cegonha.

Outra habilitação já encaminhada e em fase final é: UNACON – Habilitação do Serviço de Hematologia, e, UNACON – Reabilitação do Serviço de Pediatria. As habilitações em andamento são: Serviço de Assistência em alta complexidade em

procedimentos Endovascular extracardíacos e como Centro de Referência em Alta complexidade Cardiovascular. Do mesmo modo, para habilitação como unidade de assistência em alta complexidade em neurologia/neurocirurgia.

Conta com o serviço de SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), funcionando com duas equipes, e, de referência nacional. Possui ainda, 12 Programas de residência médica com mais de 100 vagas credenciadas, e, seis programas de Residência multiprofissional com 24 vagas credenciadas, além de, uma média de 60 mestres e doutores em seu quadro de pessoal.



# **FORTALECIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO**

## **5.1. FORTALECIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**

Mato Grosso do Sul tem se destacado pelo planejamento regional e a qualificação das regiões de saúde. O estado tem cumprido o Decreto 7.508/11, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS. A defasagem dos repasses federais comprometem os avanços, mas é necessário continuar a cuidar, acompanhar e avaliar os movimentos de qualificação regional, através da construção, articulação e pacto de políticas cooperativas e solidárias entre as diversas instâncias corresponsáveis pela gestão da saúde.

Muitos avanços contribuíram para a melhoria e organização do sistema de saúde nos municípios, fomentados em parte por ações estratégicas conduzidas pelas equipes técnicas da SES e incremento no financiamento por meio de incentivos estaduais.

Entretanto, não foram suficientes para a qualificação e consolidação da autonomia das regiões de saúde para o exercício pleno da governança regional, portanto, não se materializando em garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde, em tempo oportuno, com a qualidade esperada, e mais próximo de sua residência.

A consolidação do fortalecimento da regionalização será alcançada quando ações estratégicas para a reorganização das redes regionais e a efetiva regulação da atenção à saúde forem implantadas, sendo as primeiras etapas para a mudança objetiva em nosso modelo de atenção à saúde. A assimilação da lógica estadual para a garantia do acesso dos usuários a serviços de qualidade, em tempo oportuno e o mais próximo possível de sua residência, com impactos sanitários e econômicos positivos no cenário da situação de saúde são indispensáveis para a implantação de um sistema de saúde equânime e sustentável na Rede de Atenção a Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul.

O Fortalecimento das Regiões de Saúde através da reorganização das redes regionais é questão estruturante na política de saúde estadual, assim, buscando resolver as demandas reprimidas de especialidades, foi criado o “Projeto Caravana da Saúde”, que vai ao encontro das diretrizes do Plano Estadual de Saúde



e do Plano de Governo que busca a promoção da melhoria ao acesso aos serviços de saúde de forma equânime em todas as regiões. O projeto prevê a atuação em todas as microrregiões do Estado, com o compartilhamento da responsabilidade solidária dos municípios com o Governo do Estado, buscando a reorganização da rede e redução das filas de espera para procedimentos ambulatoriais especializados e hospitalares.

A governança regional tem se fortalecido a partir da “Caravana da Saúde”, num movimento integrado, que surgiu a partir de diagnósticos situacionais dos gargalos assistenciais apontados em cada região de saúde pelos gestores locais, fazendo com que a gestão estadual tomasse a decisão de intervir de forma rápida e eficiente, definindo procedimentos imediatos e reestruturando cada região de saúde para que essas possam a partir da passagem da Caravana, trabalhar com qualidade, resolutividade e autonomia, ou seja, com efetivo apoio do estado na estruturação de serviços necessários e custeio de alguns pontos de atenção, principalmente da atenção especializada, possibilitando aptidão aos municípios para gerirem a própria saúde.

Entre os principais objetivos estão o de fortalecer as Redes de Atenção à Saúde, melhorar a estruturação local para atendimento da microrregião e regionalizar efetivamente as ações do Estado. E com isso, aproximando o atendimento ao cidadão e fortalecendo a Cogestão através de ações por parte do Estado que qualifiquem e deem resolutividade aos problemas de Saúde Regionais.

Nesse intuito, propõem-se a reestruturação das pactuações intermunicipais buscando maior resolutividade e qualidade dos serviços de saúde e a implantação de um sistema de regulação que contemple toda lógica do estado, por meio de fluxos que atendam as peculiaridades de cada região de saúde.

Entre as ações estratégicas para a consolidação do fortalecimento da regionalização destaca-se, a implantação efetiva da regulação sob lógica estadual, não somente na dimensão da regulação do acesso como também, e principalmente, na dimensão da regulação da atenção a saúde por meio do cumprimento efetivo dos compromissos assumidos na Programação Pactuada e Integrada e nas contratualizações dos pontos de atenção das RAS.

Outras ações para o fortalecimento da regionalização são a implantação de um sistema único de registro eletrônico de saúde e de regulação, as rotinas de avaliação nos pontos de atenção das RAS, a integração do Telessaúde, a implantação de sistemas eficientes de gestão hospitalar formalizados em contratos de gestão com a unidade prestadora e a implantação de sistemas logísticos de transporte sanitário. Estes elementos compõem o Plano Estadual de Regulação da Atenção a Saúde, estando em consonância com a Política Nacional de Regulação do SUS e as Diretrizes de Implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS,

A Regulação da atenção à saúde deverá seguir as diretrizes norteadoras da atual administração Estadual, com foco na modernização da estrutura administrativa e das ferramentas de controle para a garantia da oferta de serviços de qualidade, com eficiência, efetividade e com transparência, esperados pelo usuário e órgãos de controle, na execução de uma gestão austera.

A implantação da Regulação na RAS sob lógica estadual para a garantia da equidade, universalidade e integralidade da assistência consideram algumas premissas:

- Plataforma Estadual de Registro Eletrônico de Saúde, integrados para a garantia de performance e registro único das ações assistenciais, de regulação e de dados estatísticos e epidemiológicos, com confiabilidade, disponibilidade e transparência no acesso às informação para a execução de ações de *monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde*.
- Centralização das ações de regulação do acesso no Complexo Regulador Estadual, justificada pelos ganhos de escala nas ações de regulação, com imparcialidade na execução e maior facilidade na disposição e treinamento da equipe para o seguimento dos protocolos assistenciais e de regulação implantados.

- Implantação de Sistema Informatizado Estadual Único de Acesso Regulado, disponibilizados aos municípios, sem custos extras às gestões municipais e as equipes municipais de regulação.
- Equipes de regulação, que atualmente realizam a regulação do acesso, passem a executar a regulação da atenção à saúde, com ênfase nas ações de fiscalização, monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde.
- Integração automática da oferta assistencial dos serviços sob gestão Estadual, os serviços sob gestão municipal que tenham interveniência da SES, demais serviços que tenham aporte de recursos estaduais na forma de incentivos, e os pontos de atenção integrantes das Redes Temáticas Prioritárias (Cegonha, de Atenção às Urgências e Emergências, de Atenção Psicossocial, de Atenção às Condições Crônicas e a Rede de Atenção aos Portadores de Deficiências).

Sob esta perspectiva de modernização e aprimoramento da gestão pública e com o atual cenário de aumento progressivo na procura por serviços de saúde, contrastando com a limitação da oferta assistencial incapaz de suprir as demandas da população, as áreas técnicas da SES têm discutido a necessidade da construção de um novo modelo de gestão pública mais eficiente e competente.

Além dos projetos de investimentos em reestruturação física, da oferta de serviços regionais e da evolução na gestão da informação, a celebração de parcerias, para a modernização da gestão administrativa dos estabelecimentos de saúde, destaca-se como alternativa, tendo como instrumentos os respectivos contratos de gestão, para implantação de processos de trabalhos eficientes e efetivos, com cumprimento de metas a serem atingidas com tempo e custo estipulados.

Nesta lógica, são apresentados no Plano Estadual de Saúde, as diretrizes, objetivos e ações, que estão em consonância com a diretriz estratégica de Governo para os quatro anos subsequentes que é a de “Garantir o acesso do cidadão às ações e aos serviços de saúde por meio da regionalização e ampliação da capacidade e diversificação dos serviços”, sem esquecer a transversalidade de governo e atento às oportunidades de inserir ações principalmente de saúde preventiva nos demais programas do estado.



# **DIRETRIZES, OBJETIVOS E AÇÕES**

## **6.1. DIRETRIZES, OBJETIVOS E AÇÕES**

Este Plano tem como objetivo aperfeiçoar o SUS no Estado de Mato Grosso do Sul, por meio do incremento da oferta de serviços de saúde, estruturação das ações de regulação, controle e avaliação e o fortalecimento do processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde.

Consequentemente, possibilitando o aprimoramento e a integração dos processos de trabalho, fortalecendo os instrumentos de gestão e organização das redes, fluxos assistenciais e a promoção do acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde.

Considerando a análise situacional e contextualização sobre a gestão do SUS em Mato Grosso do Sul, as diretrizes definidas, ou seja, as linhas pelas quais serão traçadas, um conjunto de ações para alcançar o que propõe o objetivo são:

**DIRETRIZ 1 - Garantia da redução dos riscos e agravos à Saúde da População, por meio do Fortalecimento das ações de atenção básica, promoção e vigilância em Saúde.**

*OBJETIVO 1.1 - Promover ações integradas de vigilância em saúde voltadas para o controle dos fatores de risco e promotoras da transversalidade articulada à assistência em saúde.*

### **AÇÕES**

1. Ampliar a capacidade de resposta dos municípios às emergências em saúde pública, através da capacitação das equipes municipais em 04 anos, incluindo a elaboração de planos de contingência;

2. Implementar as ações de promoção (diagnóstico, tratamento, acompanhamento, cura e reabilitação) e prevenção de vigilância em saúde (fiscalização sanitária, supervisão, monitoramento e imunização), com vistas a redução dos riscos e agravos à saúde da população;

3. Apoiar e executar complementarmente ações de vigilância sanitário de âmbito municipal visando a redução e controle de riscos;
4. Capacitar e atualizar em Vigilância em Saúde os técnicos do estado e municípios, priorizando o quadro permanente;
5. Homogeneizar as coberturas vacinais entre os municípios;
6. Implementar e fortalecer, sistematicamente o monitoramento das notificações das atividades da Vigilância em Saúde.
7. Implementar e fortalecer, sistematicamente o monitoramento das atividades da Vigilância em Saúde otimizando a notificação contínua das doenças transmissíveis, das não transmissíveis dos óbitos e de outros agravos;
8. Implantar e ou implementar a vigilância da saúde ambiental;
9. Monitorar as ações de Vigilância em Saúde nos serviços de saúde, visando a segurança do cidadão e a qualidade dos serviços prestados à população;
10. Aperfeiçoar o papel do LACEN como instrumento da qualificação das ações de Vigilância em Saúde.
11. Implementar as ações de Saúde do Trabalhador no Estado orientadas pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (a), em especial com o monitoramento da atuação dos CEREST Regionais e Serviços Municipais de Saúde do Trabalhador (a).

*OBJETIVO 1.2 - Fortalecer a Atenção Básica por meio da definição de políticas norteadoras aos municípios na implantação/implementação de políticas de saúde prioritárias e da qualificação dos profissionais com vistas à garantia da ordenação das Redes de Atenção à Saúde.*

## **AÇÕES**

1. Garantir processos educativos nas modalidades presenciais e EAD aos trabalhadores da saúde com foco na Atenção Básica.
2. Garantir a teleassistência e telediagnósticos aos profissionais da atenção básica.
3. Apoiar a implantação/implementação e qualificação de ações de saúde à População Privada de Liberdade.

4. Fortalecer e apoiar a implantação/implementação e qualificação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional.
5. Apoiar a implantação/implementação e qualificação das ações de saúde referente aos ciclos de vida (criança, adolescente, mulher, homem, idoso).
6. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para ampliação e qualificação das ações dos pontos de Atenção Básica.
7. Fortalecer as ações de Saúde Bucal, incluindo as ações de controle ao câncer bucal.
8. Fortalecer as ações para prevenção do câncer de colo de útero e redução do câncer de mama.
9. Promover a atenção materna infantil qualificada e humanizada.
10. Fortalecer as Ações de Combate às Violências.
11. Fortalecer as ações de promoção à saúde e políticas intersetoriais.
12. Apoiar a implantação da classificação de risco na atenção básica, incluindo a gestacional.

**DIRETRIZ 2 - Garantia do acesso ao cidadão às ações e serviços de saúde através da regionalização, ampliação da capacidade de serviços e fortalecimento das Redes de Atenção.**

*OBJETIVO 2.1 - Descentralizar as ações de formação/qualificação e Telessaúde para os níveis regional e municipal.*

## **AÇÕES**

1. Fortalecer a gestão regionalizada e as Redes de Atenção a Saúde, em articulação com as diferentes áreas da SES, qualificando equipes gestoras do SUS potencializando a qualidade dos serviços ofertados.
2. Desenvolver ações que visem à garantia de que os serviços de saúde estejam de acordo as norma sanitárias vigentes.
3. Realizar/Monitorar ações sanitárias a fim de avaliar os processos de trabalho e a capacidade instalada e/ou ampliada do serviço para contratualização.
4. Fortalecer a Governança Regional.

5. Garantir a gestão compartilhada regional.
6. Apoiar e integrar as ações e os serviços de saúde em âmbito municipal, estadual e regional, promovendo atenção à saúde com qualidade e resolutividade no acesso.
7. Apoiar os Colegiados de Gestão Regional e a Estadual (CIR/CIB).

*OBJETIVO 2.2 - Qualificar as ações e serviços da assistência especializada*

### **AÇÕES**

1. Garantir à população acesso e qualidade nos serviços especializados com demanda reprimida
2. Garantir processos educativos nas modalidades presenciais e EAD aos trabalhadores da saúde com foco na Atenção Especializada
3. Garantir o atendimento pré-hospitalar e às urgências através da articulação entre a gestão municipal e estadual
4. Implantar/implementar as Redes de Atenção à Saúde
5. Coordenar as ações relacionadas à captação e transplante de órgãos e tecidos no estado
6. Implantar/implementar mecanismos de referência e contrarreferência
7. Garantir à população acesso e qualidade na assistência à saúde

*OBJETIVO 2.3 - Conduzir a gestão da Hemorrede oferecendo produtos e serviços de qualidade, no tempo adequado e respeitando a legislação vigente e fortalecer sua identidade Institucional*

### **AÇÕES**

1. Manter e garantir a eficiência dos serviços prestados
2. Adequar a estrutura e instalações físicas e de equipamentos da hemorrede.
3. Garantir o Sistema de Qualidade implantado.



*OBJETIVO 2.4 - Fortalecer as ações de Assistência Farmacêutica.*

### **AÇÕES**

1. Garantir medicamentos especializados conforme normas vigentes
2. Apoiar a Assistência Farmacêutica dos municípios
3. Capacitar e atualizar em Assistência Farmacêutica os trabalhadores do

SUS

4. Garantir a coordenação da assistência farmacêutica
5. Garantir o acesso a medicamentos estratégicos/básicos

*OBJETIVO 2.5 - Qualificar as ações e serviços na Fronteira.*

### **AÇÕES**

1. Apoiar e ampliar a capacidade de respostas às questões de saúde dos municípios de fronteira internacional.

**DIRETRIZ 3 - Fortalecimento da atenção hospitalar e especializada com a lógica regional, considerando o nível de resolutividade e complexidade com vistas a melhor qualidade da assistência.**

*OBJETIVO 3.1 - Garantir a governança da atenção hospitalar e especializada com a efetivação e qualificação regional da assistência*

### **AÇÕES**

1. Oferecer programas educativos com foco nas Redes de Atenção à Saúde com vistas à redefinição do papel da atenção especializada e hospitalar.
2. Formar e qualificar os trabalhadores das unidades hospitalares e especializadas, em articulação com as áreas técnicas da SES, no desenvolvimento de ações alinhadas com a Política Nacional de Humanização e Gestão de Risco, usando também a ferramenta do Telessaúde.
3. Fomentar através de ações de vigilância sanitária a Política Nacional de Segurança do Paciente no estado de Mato Grosso do Sul.

4. Fomentar e fortalecer junto aos municípios a implantação e/ou implementação das comissões municipais de controle de infecção hospitalar
5. Assegurar o desempenho do contrato de Gestão, conforme os partícipes.
6. Qualificar o faturamento com foco no treinamento e acompanhamento dos processos operacionais e produção de Indicadores.
7. Estruturar Unidades de Atenção Especializada em Saúde, com base nas suas necessidades.
8. Construir Hospital Regional no município de Três Lagoas para contemplar a Região de Saúde.
9. Construir Hospital Regional de Dourados para contemplar a Região de Saúde.
10. Concluir o Hospital do Trauma de Campo Grande.
11. Reduzir os gargalos assistenciais de atenção hospitalar especializada, com base nas necessidades regionais.
12. Fortalecer os processos de Gestão Hospitalar.
13. Apoiar técnica e financeiramente as unidades de saúde para que cumpram seu papel na rede de assistência.

*OBJETIVO 3.2 - Aprimorar os serviços e fortalecer a atenção hospitalar com base em tecnologia, resolubilidade, acessibilidade, humanização e qualidade de atendimento.*

## **AÇÕES**

1. Acompanhar a satisfação dos clientes internos e externos quanto aos serviços prestados pelo HRMS.
2. Consolidar a implantação do Sistema de Informação no HRMS.
3. Modernizar e ampliar o parque tecnológico do HRMS para suporte de equipamentos.
4. Construir, reformar, ampliar e equipar o HRMS, visando adequar sua estrutura física para otimizar os serviços prestados, adequando-o as legislações vigentes.

5. Implantar e implementar atividades administrativas e financeiras no HRMS.

6. Acompanhar e gerir o contrato de prestação de serviços assistenciais quanto ao cumprimento de suas metas contratuais por clínica.

**DIRETRIZ 4 - Otimização da gestão de recursos públicos da saúde no estado com acompanhamento, controle, avaliação e auditoria fortalecimento do sistema de regulação com a lógica estadual compartilhada, com manutenção das práticas de planejamento.**

*OBJETIVO 4.1 - Promover ações para otimização da gestão dos recursos públicos.*

#### **AÇÕES**

1. Articular com a Coordenadoria Estadual Controle Avaliação e Auditoria a elaboração de projetos pedagógicos para a qualificação dos profissionais de saúde que atuam no acompanhamento, controle, avaliação

2. Aprimorar as ações administrativas e financeiras e otimizar os processos de trabalho e recursos do SUS

3. Fortalecer por meio de processos educativos e do sistema de regulação, de acordo com Política Estadual (lógica estadual), outros eventos de âmbito regional e estadual.

4. Garantir o direito ao acesso à saúde cumprindo de maneira ágil e oportuna as demandas judiciais

*OBJETIVO 4.2 - Desenvolver ações de controle, avaliação e auditoria para a otimização da capacidade instalada e desempenho dos sistemas estadual e municipais de saúde*

#### **AÇÕES**

1. Executar ações de controle, avaliação e auditoria nos serviços integrantes do sistema de saúde

2. Acompanhar a política nacional e estadual de atenção hospitalar e ambulatorial e seus respectivos contratos, oferecendo apoio técnico e financeiro.

*OBJETIVO 4.3 - Implantar o Sistema Estadual de Regulação*

**AÇÕES**

1. Implantação de novo modelo de Sistema Estadual de Regulação que atenda as necessidades da regulação dos serviços de saúde, de acordo com a política estadual compartilhada, fortalecendo as ações da regulação estadual nas regiões de saúde.

2. Implantação do prontuário eletrônico único integrado ao sistema de regulação e aos de SADT, ambulatorial e hospitalar.

*OBJETIVO 4.4 - Promover a atuação e articulação em redes, para melhoria do acesso à assistência.*

**AÇÕES**

1. Fortalecer as ações do tratamento fora do domicílio
2. Reestruturar a rede hospitalar e ambulatorial
3. Viabilizar estratégias para implantação do transporte sanitário

*OBJETIVO 4.5 - Aprimorar o fluxo de compras do HRMS*

**AÇÕES**

1. Monitorar a não interrupção dos processos nas áreas finalísticas.

*OBJETIVO 4.6 - Desenvolver ações para fortalecimento e unicidade das ferramentas de gestão, garantindo processos de planejamento ascendente e regional.*

**AÇÕES**

1. Apoiar tecnicamente a implantação e implementação da Política de Humanização em MS.

2. Fortalecer o Processo de Planejamento do SUS no estado de Mato Grosso do Sul.

3. Efetivar o processo de planejamento, gestão e desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde coordenados pela SES.

## **DIRETRIZ 5 - Garantia e participação do Controle Social do SUS**

*OBJETIVO 5.1 - Estabelecer atenção e participação permanente nas reuniões ordinárias e extraordinárias dos Conselhos de Saúde*

### **AÇÕES**

1. Promover ações de informação e conhecimento nos processos de educação do Conselho de Saúde Estadual e Municipais.

*OBJETIVO 5.2 - Fortalecer a Ouvidoria do SUS no Estado de Mato Grosso do Sul e a implantação /implementação das ouvidorias municipais*

### **AÇÕES**

1. Aprimorar o processo de construção da Política de Ouvidoria, garantindo a prioridade para a implantação/implementação da ouvidoria estadual e ouvidorias municipais.

*OBJETIVO 5.3 - Fortalecer a participação dos diversos segmentos da sociedade na formulação e monitoramento das políticas públicas de saúde*

### **AÇÕES**

1. Articular com a SES e apoiar os municípios na implantação/implementação de ações das Políticas de Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde, incluindo a população indígena e outros grupos vulneráveis.

2. Garantir a realização de eventos para mobilização do controle e da participação social.

3. Implementar o processo de trabalho, de formação e atualização para conselheiros municipais e estaduais de saúde e secretarias/os executivas/os dos conselhos de saúde.

4. Participar de eventos pertinentes ao controle e a participação social no nível Municipal, Estadual, Nacional e Internacional, conforme agenda do Ministério da Saúde, Conselhos de Saúde e órgãos afins.

5. Manter e aprimorar as condições de funcionamento do Conselho Estadual de Saúde e apoiar o desenvolvimento das ações dos fóruns estaduais representantes dos segmentos no SUS.

6. Estimular a participação e parceria dos órgãos de controle externo na agenda da Gestão Participativa e Conselho Estadual de Saúde.

## **DIRETRIZ 6 - Fortalecimento da Gestão da Educação e valorização do Trabalhador**

*OBJETIVO 6.1 - Qualificar, democratizar e atualizar a gestão do trabalho e promover a formação e capacitação dos recursos humanos na Saúde.*

### **AÇÕES**

1. Construir processos democráticos de definição de quadro de RH, perfis, e gestão com divulgação pública de salários e condições de promoção funcional. (concurso público).

2. Promover e articular estudo sobre o dimensionamento de pessoal necessário para o funcionamento da estrutura organizacional da SES.

3. Implantar e articular com SGAF/DTI a plataforma educacional.

4. Promover e apoiar ações para fortalecimento da Mesa Estadual, Regional e Municipal de Negociação Permanente do SUS.

5. Aprimorar o processo de construção da Política Estadual de Educação Permanente e Popular, garantindo a prioridade para a organização das redes de atenção e envolvendo gestores e conselhos de saúde.

6. Atualizar o Plano de Cargos Carreiras e Salário PCCS e promover sua implementação e revisão permanente e incentivar aplicação do modelo. Promover a implantação, efetivação e atualização do Plano de Cargos Carreiras e Salário (PCCS) para os trabalhadores do SUS.

7. Criar equipe de apoio aos trabalhadores do SUS (promoção, prevenção e acompanhamento) na estrutura da Coordenadoria de Gestão e Trabalho - CGT para contemplar a saúde do Trabalhador.

8. Promover o desenvolvimento institucional e a modernização da estrutura organizacional, física, técnica e tecnológica da SGGTES, assegurando sua manutenção.

9. Integrar as escolas com as áreas técnicas da SES para o planejamento, execução, avaliação e certificação de todos os processos formativos.

10. Promover a articulação da Gestão do Trabalho com a Educação em Saúde, visando a valorização e participação dos trabalhadores do SUS.

11. Fortalecer a atuação da Comissão de Integração de Ensino-Serviço (CIES) com a inclusão de representantes do FETS e FUSUS.

12. Implementar ações de integração das Redes de Atenção à Saúde junto às instituições de ensino superior e hospitais de ensino que promovam a formação/qualificação dos profissionais de saúde para o SUS, bem como a produção e de conhecimento e tecnologia.

13. Implementar as atividades de extensão em parceria com áreas técnicas da SES, visando o fortalecimento de ações intersetoriais e a ampliação do papel social das escolas do SUS.

14. Implementar ações de articulação junto à DTI/SGFAF/SES para utilização de recursos tecnológicos no desenvolvimento das ações de formação/qualificação.

15. Implementar a especialização de nível médio e pós-graduação Lato Sensu e Stricto Sensu.

16. Implementar e fortalecer as atividades de pesquisa e inovação em saúde.

17. Articular com a FUNDECT a implementação do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), em Mato Grosso do Sul e de financiamento para outros projetos desenvolvidos pela SGGTES.

18. Implementar a disseminação do conhecimento produzido pela comunidade científica da área da saúde pública, por meio da Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul, bem como da página web das Escolas e outras mídias públicas.

19. Promover articulação das Escolas para o desenvolvimento de projetos que potencializem ações de formação/qualificação para o SUS.

20. Promover mecanismos de mensuração para o fortalecimento das políticas de desenvolvimento e reconhecimento do desempenho do servidor.

21. Promover ações para o Hospital de Ensino em atividades relativas à Ensino, Pesquisa e Desempenho Hospitalar.

22. Implantar Programa de Qualidade de Vida no Trabalho.

*OBJETIVO 6.2 - Modernizar os processos de trabalho com foco no trabalhador do SUS.*

## **AÇÕES**

1. Implementar e normatizar um modelo de política de atenção a saúde do trabalhador do SUS.

2. Promover a atenção e a educação em saúde no seu aspecto laboral, visando a redução do absenteísmo por motivo de doenças e estabelecer um sistema de avaliação.

3. Encaminhar e acompanhar a atenção integral à saúde e segurança no trabalho, visando, a promoção, reabilitação e prevenção da saúde do trabalhador do SUS.





# **PROJEÇÃO DE RECURSOS**

## 7.1. PROJEÇÃO DE RECURSOS

A projeção das receitas tem como base uma previsão de crescimento de cerca de 7,5% ao ano sobre o valor programado para 2016. Assim, a partir dos recursos já programados para a saúde em 2016, temos o seguinte quadro:

**Tabela 39 - Projeção por fonte de recursos e bloco de financiamento, 2016-2019**

PROGRAMA PPA/BLOCO DE FINANCIAMENTO		FONTE 100 TESOIRO DO ESTADO				FONTE 103 TESOIRO DO ESTADO - FIS				Fonte 248 - FUNDO A FUNDO			
PROGRAMA	BLOCO	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Programa Investindo em Saúde	INVESTIMENTO	54.310.800,00	39.375.000,00	72.278.125,00	74.323.984,38	15.100.000,00	16.232.500,00	17.449.937,50	18.758.682,81	36.591.000,00	33.600.000,00	16.000.000,00	17.000.000,00
Programa Saúde com Atenção Básica	ATENÇÃO BÁSICA	44.225.500,00	51.542.412,50	59.708.093,44	68.808.700,45	19.800.000,00	21.285.000,00	22.881.375,00	24.597.478,13	206.000,00	221.450,00	238.058,75	255.913,16
Programa de Vigilância em Saúde	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	1.340.200,00	1.440.715,00	1.548.768,63	1.664.926,27					13.678.500,00	14.704.387,50	15.807.216,56	16.992.757,80
Programa Saúde com Assistência Farmacêutica	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	64.818.700,00	69.680.102,50	74.906.110,19	80.524.068,45					13.900.000,00	14.942.500,00	16.063.187,50	17.267.926,56
Programa Saúde com Assistência de Média e Alta Complexidade Fortalecida	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	471.674.500,00	507.050.087,50	545.078.844,06	585.959.757,37	0,00	0,00	0,00	0,00	108.492.500,00	107.841.312,50	115.929.410,94	124.624.116,76
Programa Saúde com Gestão Compartilhada e Foco no Trabalhador	GESTÃO	203.627.300,00	218.899.347,50	235.316.798,56	252.965.558,45	73.100.000,00	77.452.500,00	82.074.937,50	86.984.732,81	7.886.500,00	8.477.987,50	9.113.836,56	9.797.374,30
		<b>839.997.000,00</b>	<b>887.987.665,00</b>	<b>988.836.739,88</b>	<b>1.064.246.995,37</b>	<b>108.000.000,00</b>	<b>114.970.000,00</b>	<b>122.406.250,00</b>	<b>130.340.893,75</b>	<b>180.754.500,00</b>	<b>179.787.637,50</b>	<b>173.151.710,31</b>	<b>185.938.088,59</b>

PROGRAMA PPA/BLOCO DE FINANCIAMENTO		Fonte 281 - CONVÊNIO				Fonte 113 - BNDES				240 - DIRETAMENTE ARRECADADO				TOTAL GERAL
PROGRAMA	BLOCO	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	
Programa Investindo em Saúde	INVESTIMENTO	21.000.000,00	20.000.000,00	0,00	0,00	33.000.000,00				0,00	0,00	0,00	0,00	485.020.029,69
Programa Saúde com Atenção Básica	ATENÇÃO BÁSICA	340.000,00	365.500,00	392.912,50	422.380,94									315.290.774,85
Programa de Vigilância em Saúde	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	6.595.000,00												73.772.471,76
Programa Saúde com Assistência Farmacêutica	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA													352.102.595,20
Programa Saúde com Assistência de Média e Alta Complexidade Fortalecida	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	2.150.300,00	268.750,00	288.906,25	310.574,22					81.500.000,00	87.612.500,00	94.183.437,50	101.247.195,31	2.934.212.192,41
Programa Saúde com Gestão Compartilhada e Foco no Trabalhador	GESTÃO	213.300,00	229.297,50	246.494,81	264.981,92					75.000,00	80.625,00	86.671,88	93.172,27	1.266.986.416,57
		30.298.600,00	20.863.547,50	928.313,56	997.937,08	33.000.000,00	-	-	-	81.575.000,00	87.693.125,00	94.270.109,38	101.340.367,58	5.427.384.480,48

Fonte: CAOP/COGEPLAN/SES

\*\* Nas Fontes 240, 248 e 281 foram considerados os mesmos 7,5%, porém, dependem de políticas federais



# **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Estadual de Saúde orienta a política da saúde e deve estar em constante aperfeiçoamento devido à intensa dinamicidade que a situação de saúde impõe ao setor.

No contexto da Secretaria de Estado de Saúde, as áreas técnicas específicas devem pautar suas metas tendo este documento como referencial norteador, subsidiando a tomada de decisão desde o planejamento, a (re)organização estrutural das redes assistenciais, a alocação de recursos humanos, físicos e materiais, incluindo a elaboração da LOA - Lei Orçamentária Anual e a PAS - Programação Anual da Saúde.

O monitoramento e avaliação deste instrumento deve oferecer concretude ao processo de planejamento do SUS, estabelecidos pela Portaria Nº 3.085/2006 e definidos pela Portaria Nº. 3.332/2006. Esses instrumentos são:

- Plano Estadual de Saúde (PES) que marca as intenções a serem alcançadas no período de quatro anos;
- Programação Anual de Saúde (PAS) que operacionaliza as intenções descritas no Plano Estadual de Saúde; e os;
- Indicadores de Saúde e Relatório Anual de Gestão (RAG) que registra os resultados alcançados com a execução da PAS e norteia eventual redirecionamento.

**ANEXOS**

# PLANO DE AÇÃO DO HRMS PARA O PERÍODO DE 2016 A 2019

## APRESENTAÇÃO

Este documento representa o Plano de Ação do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS, referente ao período de 2016 a 2019, o qual consiste no conjunto de intenções e resultados a serem buscados nos próximos quatro anos. Foi elaborado em consonância com os objetivos, diretrizes e metas da Secretaria de Estado de Saúde.

O Plano deverá atender efetivamente as atividades assistenciais, de gestão e de ensino e pesquisa, além de subsidiar o planejamento para investimentos em sua área física.

Sendo assim, consiste em um projeto de reorganização da gestão hospitalar, bem como, de otimização e adequação da assistência. Do mesmo modo, estão previstas algumas ações de readequação física, consideradas importantes, para a organização espacial e de direcionamento na busca de um reposicionamento como uma edificação moderna, flexível e apta a enfrentar o cenário atual e futuro da saúde do Mato Grosso do Sul. Igualmente, continua a efetivação das ações que fazem parte da Rede Regionalizada da Rede Cegonha e RUE.

Entre outras coisas, propõe renovar as possibilidades de crescimento e atualizar os recursos físicos, humanos e tecnológicos para melhorar a qualidade dos serviços prestados, obter novas habilitações/ credenciamentos no Sistema Único de Saúde - SUS, melhorando as condições de financiamento da assistência prestada e ampliando as atividades de ensino no Hospital. O HRMS, também, mantém o compromisso de dar ênfase a missão, visão e valores instituídos desde 2009.

**Missão:** “Ser uma instituição pública de atenção hospitalar voltada para a prestação de serviços referenciados em média e alta complexidade, baseados na valorização do ser humano, com formação de profissionais almejando a consecução objetiva, ética e responsável da promoção à saúde”.

**Visão:** “Tornar-se, em médio prazo, excelência em média e alta complexidade com sustentabilidade e resolutividade integrada à formação de profissionais da saúde”.

**Valores:** “Profissionais altamente comprometidos com a integralidade do atendimento aos clientes e com a instituição, transparência na gestão de pessoas e recursos, responsabilidade, humanização e ética nas ações”.

As Diretrizes estão dispostas como segue:

- Redefinir o papel da atenção Hospitalar e Especializada considerando o nível de resolutividade, complexidade e recursos investidos;
- Fortalecer o papel da gestão do trabalho, a formação e a capacitação dos recursos humanos em saúde.

A seguir apresentamos as diretrizes, especificamente com os seus objetivos e metas a serem alcançadas para o referido período.

#### **DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS:**

***Redefinir o papel da atenção Hospitalar e Especializada considerando o nível de resolutividade, complexidade e recursos investidos.***

**Objetivo 1:** Melhorar a produtividade e aperfeiçoar o uso da capacidade instalada com redução do custo e aumento da efetividade.

*Meta do Objetivo 1:* assegurar o desempenho do contrato de gestão, qualificando o faturamento e fortalecendo a gestão de custos hospitalar, além de ações junto ao complexo regulador.



**Objetivo 2:** Aprimorar serviços e fortalecer a imagem hospitalar com base em tecnologia, resolubilidade, acessibilidade, humanização e qualidade de atendimento.

*Meta do Objetivo 2:* Acompanhar a satisfação dos clientes e a consolidação do sistema de informação, modernizando e ampliando o parque tecnológico, bem como, a reestruturação física e a gestão dos contratos de serviços por unidade de produção.

**Objetivo 3:** Promover o aumento do nível de complexidade dos serviços e incrementar novos serviços hospitalares.

*Meta do Objetivo 3:* Habilitar novos serviços médicos

**Objetivo 4:** Aprimorar o fluxo de compras no HRMS.

*Meta do Objetivo 4:* Promover a integralidade do processo licitatório

***Fortalecer o papel da gestão do trabalho, a formação e a capacitação dos recursos humanos em saúde.***

**Objetivo 1:** Desenvolver políticas para o reconhecimento do desempenho do servidor

*Meta do Objetivo 1:* Promover mecanismos de mensuração para o fortalecimento das políticas de desenvolvimento, e, rever e atualizar o plano de cargos, carreira e salários (PCCS) dos servidores.

**Objetivo 2:** Fomentar a qualificação e o comprometimento dos servidores:

*Meta do Objetivo 2:* Executar a verba referente ao hospital de ensino, e implantar o programa de qualidade de vida no trabalho.

## Referencias

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>