PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
MATO GROSSO DO SUL | 2020 - 2023

SES
Secretaria de Estado de Saúde

GOVERNO DO ESTADO
Mato Grosso do Sul

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

MATO GROSSO DO SUL

2020 -2023

CAMPO GRANDE

2019

2019. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS
CEP: 79031-350 – (67) 3318 – 1600
http://www.saude.ms.gov.br/

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.
Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2018 – 2020 – Campo Grande: SES, 2020. 301 p.

1. Plano Estadual de Saúde. 2. Saúde Pública – Mato Grosso do Sul.
3. Gestão em Saúde. 4. Políticas de Saúde – Mato Grosso do Sul. I. Título.

GOVERDO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Governador

Reinaldo Azambuja Silva

Vice-Governador e Secretário de Estado de Infraestrutura

Murilo Zauith

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Secretário de Estado de Saúde

Geraldo Resende Pereira

Secretária Adjunta

Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves

Diretor – Presidente/FUNSAU

Márcio Eduardo de Souza Pereira

Diretor Geral de Administração e Finanças

Antônio César Naglis

Diretora Geral de Atenção à Saúde

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

Diretora Geral de Vigilância Sanitária

Larissa Domingues Castilho de Arruda

Diretora Geral de Gestão Estratégica

Edelma Lene Peixoto Tiburcio

Diretor Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

André Vinícius Batista de Assis

Coordenadora Geral de Planejamento, Programação Orçamentária e Informação em Saúde

Ecleine Santos Amarila

PROCURADORES DO ESTADO ATUANDO NA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Cristiane Muller Dantas

Jordana Pereira Lopes Goulart

Kaoye Guazina Oshiro

Karpov Gomes Silva

Leandro Pedro de Melo

Rafael Henrique Silva Brasil

Rafael Koehler Sanson

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL

MESA DIRETORA DO CES/MS – GESTÃO 2018-2020

Presidente

Florência Garcia Escobar

Segmento dos Usuários do SUS

Vice-presidente

Ricardo Alexandre Correa Bueno

Segmento dos Trabalhadores em Saúde

1º Secretário

Pedro Macedo Granja

Segmento dos Usuários do SUS

2ª Secretária

Edelma Lene Peixoto Tibúrcio

Segmento dos Gestores / Prestadores de Serviços do SUS

CONSELHEIROS MEMBROS – GESTÃO 2018 – 2020

NOME	CONDIÇÃO	ÓRGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES
Geraldo Resende Pereira	Titular	Gestor/Prestador de Serviços SUS
Fernanda Cristina Rodrigues	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços SUS
Crhistinne C. Maymone Gonçalves	Titular	Gestor/Prestador de Serviços SUS
Maria Anita Medeiros	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços SUS
Edelma Lene Peixoto Tiburcio	Titular	Gestor/Prestador de Serviços SUS
Josiane de Oliveira Silva	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços SUS
Denise de Oliveira Lusena	Titular	Gestor/Prestador de Serviços SUS
Robson Yukata Fukuda	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços SUS
Larissa Domingues Castilho	Titular	Gestor/Prestador de Serviços SUS
Ana Cristina Rodrigues Rosa Souza	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços SUS
Dorival Betini	Titular	Gestor/Prestador de Serviços SUS
André Vinicius Batista Assis	Suplente	Gestor/Prestador de Serviços SUS
Giane França Alvarez	Titular	Trabalhador em Saúde
Eliane Souza Duarte	Suplente	Trabalhador em Saúde
Maria José Batista da Silva	Titular	Trabalhador em Saúde
Ivan Espinosa Coelho	Suplente	Trabalhador em Saúde

Shirlei Santina Gonçalves	Titular	Trabalhador em Saúde
Jackeline dos Reis Correa	Suplente	Trabalhador em Saúde
Maria de Lourdes da Silva	Titular	Trabalhador em Saúde
Carmem Ferreira Barbosa	Suplente	Trabalhador em Saúde
João Batista Botelho	Titular	Trabalhador em Saúde
Silmara Teixeira Pires Confortini	Suplente	Trabalhador em Saúde
Ricardo Alexandre Correa Bueno	Titular	Trabalhador em Saúde
Ivete A. Arantes	Suplente	Trabalhador em Saúde
Márcia Gomes de Moraes	Titular	Usuário do SUS
Rosângela Lieko Kato	Suplente	Usuário do SUS
Amarildo Candido de Almeida	Titular	Usuário do SUS
Elizangela Candelaria da Silva	Suplente	Usuário do SUS
Reinaldo Aparecido dos Santos	Titular	Usuário do SUS
Cleonice Alves de Albres	Suplente	Usuário do SUS
Francisco Tavares da Câmara	Titular	Usuário do SUS
Nuilena Elizabeth dos Santos da Silva	Suplente	Usuário do SUS
Davi Vital do Rosário	Titular	Usuário do SUS
Micheal Dominic Freeney	Suplente	Usuário do SUS

Neide Eliane Gordo de Oliveira	Titular	Usuário do SUS
Marcela Fardin Montenegro	Titular	Usuário do SUS
Edgar Fernando do Nascimento Batista	Titular	Usuário do SUS
Ruthi Lopes dos Santos	Suplente	Usuário do SUS
Jair Bazerra Xavier	Titular	Usuário do SUS
Maria Aparecida Queiroz Marina	Suplente	Usuário do SUS
Maria Aparecida Palmeira	Titular	Usuário do SUS
Francisco Antonio de Souza	Suplente	Usuário do SUS
Florêncio Garcia Escobar	Titular	Usuário do SUS
Ada Maria da Cunha Rodrigues Venturini	Suplente	Usuário do SUS
Pedro Macedo Granja	Titular	Usuário do SUS
Arisoli da Silva Neves	Suplente	Usuário do SUS

ELABORAÇÃO
Secretaria de Estado de Saúde e Colaboradores

CONSOLIDAÇÃO
COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Vanessa Rosa Prado

EQUIPE DE EDITORAÇÃO
COORDENADORIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Adrianna Alberti

Jenifer Marques Gonçalves Camargo

Mariane Cristina de Souza Lima

APRESENTAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como 'direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação". Foi a partir desde marco histórico que ocorreu a instituição formal do Sistema Único de Saúde – SUS.

Trinta anos passados, a criação do SUS ainda é vista, em praticamente todo o mundo, como uma das propostas mais avançadas em termos de inclusão social e universalização da assistência. Entretanto, o SUS enfrenta, atualmente, grandes desafios na busca da concretização de suas premissas: por um lado, a insuficiência no financiamento das ações e dos serviços de saúde, agravada pelo envelhecimento da população, pelo gradual crescimento de doenças crônico-degenerativas (transição epidemiológica), pela incorporação tecnológica e constante encarecimento dos serviços de saúde e por outro, a ampliação das exigências dos cidadãos, pela quantidade, presteza e qualidade dos serviços prestados pelo Sistema.

Neste cenário, e ainda, considerando a grave crise econômica do país, além das justas reinvindicações do setor saúde pela ampliação do financiamento, que o Estado do Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Estado de Saúde – SES traçou suas diretrizes para promover avanços. O fortalecimento do planejamento do SUS no estado e na organização do Sistema são as principais estratégias para superar a fragmentação da atenção, integrar e otimizar recursos, evitar desperdícios, melhorar a eficiência dos serviços e a qualidade de suas ações.

O Plano Estadual de Saúde – PES 2020-2023, apresentado neste documento, é um dos principais instrumentos para aperfeiçoar a atuação da SES e, a partir da avaliação de planos anteriores, das informações e diagnóstico atual da situação de saúde, pretende destacar os problemas e prioridades de intervenção para a melhoria e sustentabilidade do SUS/MS, visando a equidade entre as regiões e a qualidade de vida e de saúde da população do estado de Mato Grosso do Sul.

Sua construção foi coletiva, com a participação da equipe técnica, dos segmentos da sociedade civil representados no Conselho Estadual de Saúde, e o apoio técnico do CONASS e do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, através do PROADI, tendo como direcionamento todas as propostas debatidas e apresentadas na 9ª Conferência Estadual de Saúde.

O caminho para atingir os objetivos maiores do SUS revela-se difícil e complexo, assim convidamos a todos para participem da concretização das tarefas propostas neste Plano, bem como para sua contínua revisão e aperfeiçoamento, permitindo que o SUS/MS atenda cada vez mais às expectativas de todos os cidadãos sul-mato-grossenses.

Geraldo Resende Pereira

Secretário de Estado de Saúde

Sumário

INTRODUÇÃO ____ *17*

1. Análise Situacional de Saúde ____ *20*

1.1. Mato Grosso do Sul ____ 20

1.1.1. Panorama Geral do Estado ____ 20

1.1.1.1. Território ____ 22

1.1.1.2. Economia ____ 22

1.1.1.3. Situação fiscal e recursos humanos ____ 24

1.1.1.3.1. Recursos Humanos ____ 25

1.1.1.3.2. Índice de Desenvolvimento Humano ____ 26

1.1.1.4. Fronteira ____ 28

1.1.1.5. Cultura e Lazer ____ 30

1.1.1.6. População sul-mato-grossense ____ 30

1.1.1.7. Taxa de Fecundidade ____ 37

1.2. Histórico da Organização de Saúde ____ 38

1.3. Situação de Saúde do Estado ____ 46

1.3.1. Índice de GINI ____ 46

1.3.2. Determinantes e condicionantes do processo saúde-doença ____ 48

1.3.2.1. Trabalho e renda ____ 48

1.3.2.2. Saneamento Básico ____ 49

1.3.2.3. Habitação ____ 50

1.3.2.4. Educação ____ 52

1.3.2.5. Meio ambiente ____ 55

1.3.2.5.1. Classificação dos municípios de riscos em Mato Grosso do Sul ____ 59

1.3.3. Desastres naturais ____ 60

1.3.4. Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis ____ 61

1.3.4.1. População Indígena ____ 62

1.3.4.2. População Privada de Liberdade no Sistema Prisional ____ 65

1.3.4.3. População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT +) ____ 67

1.3.4.4. População Imigrante ____ 69

1.3.4.5. Pessoas com Deficiência ____ 69

1.3.4.6. Comunidades Remanescentes de Quilombolas e Urbanos Formalizadas ____ 70

1.4. Perfil Epidemiológico ____ 71

1.4.1. Aspectos da Mobimortalidade ____ 71

1.4.2. Aspectos Gerais de Mortalidade ____ 71

1.4.3. Mortalidade Materna ____ 75

1.4.4. Mortalidade Infantil ____ 76

1.4.5. Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANT ____ 80

1.4.6. Registro de Câncer ____ 83

1.4.7. Doenças Transmissíveis de Notificação Compulsória ____ 85

1.4.7.1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS/HIV 86
1.4.7.2. Sífilis 88
1.4.7.3. Hepatites Virais B e C 89
1.4.7.4. Dengue 90
1.4.7.5. Febre do Chikungunya 91
1.4.7.6. Febre por Vírus Zika 92
1.4.8. Hanseníase 93
1.4.9. Tuberculose (TB) 95
1.4.10. Doenças Diarréicas Agudas (DDA) 97
1.4.11. Toxoplasmose 99
1.4.12. Leishmaniose Visceral Humana 100
1.4.13. Leishmaniose Tegumentar 101
1.4.14. Raiva 102
1.4.15. Influenza 103
1.4.16. Meningite 104
1.4.17. Coqueluche 107
1.4.18. Sarampo/Rubéola 108
1.4.19. Coberturas Vacinais 109
1.4.20. Monitoramento das Síndromes Congênitas 111
1.4.21. Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho 114
2. Divisão Regional de Saúde no Estado 117
2.1. Macrorregião de Campo Grande 120
2.1.1. Perfil de Saúde e Mobimortalidade da Macrorregião de Campo Grande 122
2.2. Macrorregião de Dourados 137
2.2.1. Perfil de Saúde e Morbimortalidade da Macrorregião de Dourados 139
2.3. Macrorregião de Três Lagoas 156
2.3.1. Perfil de Saúde e Morbimortalidade da Macrorregião de Três Lagoas 158
2.4. Macrorregião de Corumbá 173
2.4.1. Perfil de Morbimortalidade da macrorregião Corumbá 175
3. Rede de Estabelecimentos e Serviços de Saúde 188
3.1. Rede de Estabelecimento e Serviços de Saúde 188
3.1.1. Capacidade instalada 188
3.1.2. Produção de serviços - SIA e SIH 192
3.1.3. Produção Ambulatorial por Subgrupo de Procedimentos e Financiamento 194
3.1.4. Sistema de informações hospitalares 197
3.1.5. Situação Atual da Contratualização no Estado de Mato Grosso do Sul 202
3.1.5.1. Gestão Estadual 202
3.1.5.2. Gestão Municipal – Interveniência do Estado à Contratualização de Unidades Hospitalares sob Gestão Municipal 202
3.1.5.2.1. Cálculo para repasse dos valores às unidades/municípios 202

3.1.5.3. Ação para Contratualização 203
3.1.6. Assistência Médica Segundo UF 204
3.1.6.1. Fissionais do SUS 204
4. Organização e Estrutura da Saúde 209
4.1. Atenção Primária à Saúde 210
4.2. Cofinanciamento Estadual da APS 212
4.3. Indicadores da Atenção Primária à Saúde 213
4.4. Redes de atenção à saúde (RAS) 215
4.4.1. Rede Cegonha 216
4.4.2. Rede de Urgência e Emergência – RUE 219
4.4.3. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS 223
4.4.4. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência – RAPD 226
4.4.5. Rede de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas 228
4.4.6. Grupo condutor das redes de atenção à saúde 230
4.5. Atenção Especializada 231
4.5.1. Atenção Especializada Ambulatorial 231
4.5.2. Atenção Especializada Hospitalar 231
4.6. Assistência Farmacêutica 238
4.6.1. Componente Básico de Assistência Farmacêutica (CBAF) 239
4.6.2. Componente estratégico de assistência farmacêutica (CESAF) 240
4.6.3. Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) 241
4.6.4. Medicamentos Oncológicos 242
4.6.5. Medicamentos de Protocolos/Resoluções Estaduais 243
4.6.6. Central de Abastecimento Farmacêutico Estadual (CAF ESTADUAL) 244
4.6.7. Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e Comissão Estadual de Farmacoterapia (COMEFA) 244
4.7. Hemorrede Estadual 246
4.8. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul 248
4.9. Vigilância em Saúde 252
4.9.1. Vigilância Epidemiológica 252
4.9.2. Vigilância em Saúde Ambiental e Toxicológica 253
4.9.3. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) 254
4.9.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador 254
4.9.5. Vigilância Sanitária 255
4.9.6. Sala Estadual de Situação em Vigilância em Saúde 256
4.9.7. Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (LACEN) 256
4.9.8. CONTROLE DE VETORES 257
5. Gestão em Saúde no Estado 259
5.1. Gestão 259

5.1.1. Organização Administrativa da SES 259
5.2. Planejamento Estratégico e Informação em Saúde 261
5.3. Gestão Participativa Descentralizada e Controle Social 261
5.3.1. Participação Social 262
5.3.2. Instâncias de Participação Intergestores 263
5.3.3. Ouvidoria do SUS 263
5.3.4. Núcleos Regionais de Saúde 264
5.4. Regulação 265
5.4.1. Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e Central de Estadual de Alta Complexidade (CERAC) 265
5.4.2. Terapia Renal Substitutiva (TRS) 266
5.4.3. Tratamento Fora de Domicílio (TFD) 266
5.4.4. Ações Judiciais 267
5.4.5. Complexo Regulador 268
5.4.6. Complexo Regulador Estadual (CORE) 269
5.4.7. Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade 270
5.5. Controle, Avaliação e Auditoria 270
5.6. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde 271
5.6.1. Diagnóstico das Necessidades de Educação Permanente em Saúde 272
5.7. Comissões e Colegiados com Representação DA ETSUS 274
5.8. Comissões e Colegiados com Representação da ESP 274
6. Diretrizes, Objetivos e Metas 280
6.1. Monitoramento e Avaliação 297
Lista de Siglas 300

INTRODUÇÃO

O Plano de Saúde se trata de um instrumento que auxilia o planejamento das prioridades para definição e implementação de ações para saúde para o período de quatro anos. Demonstra quais necessidades de saúde da população a partir de cada esfera de gestão do SUS, também indica quais são os compromissos do governo e qual sua base de execução, acompanhamento e avaliação.

Este instrumento visa coordenar a política de Saúde no estado de Mato Grosso do Sul em articulação com os municípios, de forma regionalizada, com acesso às ações e serviços de saúde de qualidade, resolutiva e próxima às pessoas.

A partir do compromisso com ética, transparência e equidade, busca-se ser, até 2023, modelo de excelência na gestão em saúde, com práticas inovadoras, resolutivas e democráticas que atendam às necessidades das pessoas do Estado de Mato Grosso do Sul.

CAPÍTULO 1

1. Análise Situacional de Saúde *20*

1.1. Mato Grosso do Sul 20

1.1.1. Panorama Geral do Estado 20

1.1.1.1. Território 22

1.1.1.2. Economia 22

1.1.1.3. Situação fiscal e recursos humanos 24

1.1.1.3.1. Recursos Humanos 25

1.1.1.3.2. Índice de Desenvolvimento Humano 26

1.1.1.4. Fronteira 28

1.1.1.5. Cultura e Lazer 30

1.1.1.6. População sul-mato-grossense 30

1.1.1.7. Taxa de Fecundidade 37

1.2. Histórico da Organização de Saúde 38

1.3. Situação de Saúde do Estado 46

1.3.1. Índice de GINI 46

1.3.2. Determinantes e condicionantes do processo saúde-doença 48

1.3.2.1. Trabalho e renda 48

1.3.2.2. Saneamento Básico 49

1.3.2.3. Habitação 50

1.3.2.4. Educação 52

1.3.2.5. Meio ambiente 55

1.3.2.5.1. Classificação dos municípios de riscos em Mato Grosso do Sul 59

1.3.3. Desastres naturais 60

1.3.4. Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis 61

1.3.4.1. População Indígena 62

1.3.4.2. População Privada de Liberdade no Sistema Prisional 65

1.3.4.3. População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT +) 67

1.3.4.4. População Imigrante 69

1.3.4.5. Pessoas com Deficiência 69

1.3.4.6. Comunidades Remanescentes de Quilombolas e Urbanos Formalizadas 70

1.4. Perfil Epidemiológico 71

1.4.1. Aspectos da Mobimortalidade 71

1.4.2. Aspectos Gerais de Mortalidade 71

1.4.3. Mortalidade Materna 75
1.4.4. Mortalidade Infantil 76
1.4.5. Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANT 80
1.4.6. Registro de Câncer 83
1.4.7. Doenças Transmissíveis de Notificação Compulsória 85
1.4.7.1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS/HIV 86
1.4.7.2. Sífilis 88
1.4.7.3. Hepatites Virais B e C 89
1.4.7.4. Dengue 90
1.4.7.5. Febre do Chikungunya 91
1.4.7.6. Febre por Vírus Zika 92
1.4.8. Hanseníase 93
1.4.9. Tuberculose (TB) 95
1.4.10. Doenças Diarréicas Agudas (DDA) 97
1.4.11. Toxoplasmose 99
1.4.12. Leishmaniose Visceral Humana 100
1.4.13. Leishmaniose Tegumentar 101
1.4.14. Raiva 102
1.4.15. Influenza 103
1.4.16. Meningite 104
1.4.17. Coqueluche 107
1.4.18. Sarampo/Rubéola 108
1.4.19. Coberturas Vacinais 109
1.4.20. Monitoramento das Síndromes Congênitas 111
1.4.21. Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho 114

1. Análise Situacional de Saúde

A Análise de Situação Saúde trata-se de um processo de análise sintético para caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde e de doença da população, que incluí problemas de saúde e seus determinantes, necessidades e prioridades em saúde.

Através da Análise é possível ampliar o acesso ás informações transmitindo para a comunidade e para os profissionais de todos os âmbitos os conhecimentos disponíveis.

Em suma, trata-se de produzir informação útil de orientação para orientação de ação para a saúde coletiva, ou seja, um processo contínuo que permite descrever, explicar e avaliar saúde-doença-atenção.

1.1. Mato Grosso do Sul

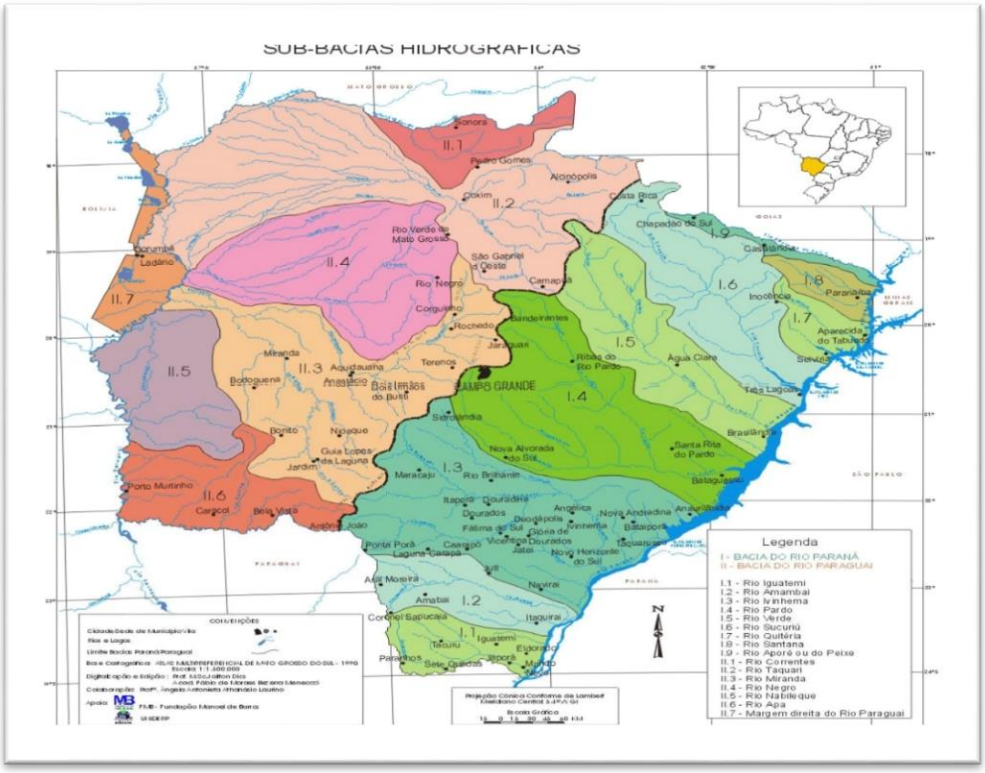
1.1.1. Panorama Geral do Estado

Mato Grosso do Sul está situado na região Centro-Oeste do Brasil, sendo limítrofe com o mais populoso centro consumidor e maior parque industrial da América Latina – São Paulo, Paraná e Minas Gerais – e os estados que detêm a maior produção de alimentos no Centro-Oeste.

Mato Grosso do Sul é também um dos principais acessos ao MERCOSUL, fazendo fronteira com Bolívia e Paraguai, além de estar interligado por ferrovias, rodovias e hidrovias nos rios Paraná e Paraguai com a Argentina e o Uruguai.

O Estado, por estar localizado no coração da América do Sul, é também o principal caminho das rotas bioceânicas, que liga a costa do Atlântico à costa do Pacífico.

Figura 1 - Mapa Político do Estado de Mato Grosso do Sul



Fonte: https://suportegeografico77.blogspot.com/

As distribuições geográficas utilizadas na figura 1 seguem a divisão adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, que possui como característica definidora a produção de informações de caráter multitemático das dimensões da realidade estadual: física, urbana, rural, econômica, social, política, onde inúmeros elementos e atores marcam a dinâmica sócio espacial, descrito a seguir:

- Malha rodoviária estadual – 12.652,90 km
- Rodovias pavimentadas – 4.094,60 km
- Rodovias não pavimentadas – 8.558,30 km
- Número de Municípios - 79
- Número de Distritos – 86

1.1.1.1. Território

Mato Grosso do Sul é um estado rico em diversidade ambiental, pois abriga 70% do Pantanal. São 89.318 km² de planície alagada. O estado abriga a oeste, dois terços do Pantanal Mato-Grossense, a maior planície alagável do mundo e um dos ecossistemas mais importantes do planeta. Tanto que, em 2001, foi reconhecido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) como patrimônio natural da humanidade. Outro destaque do estado são as grutas e os rios da cidade de Bonito, que atraem turistas para a serra da Bodoquena.

O relevo é caracterizado por planaltos, com escarpas a leste e depressão a noroeste. O ponto mais elevado é o morro Grande, no morro da Santa Cruz, com 1.065 metros de altitude. Predomina o clima do tipo tropical, com chuvas de verão e inverno seco. A vegetação é composta por cerrado a leste, pantanal a oeste, floresta tropical ao sul.

Os principais rios do estado são: Anhanduí, Apa, Aporé ou do Peixe, Aquidauana, Correntes, Miranda, Paraguai, Paraná, Paranaíba, Pardo, Sucuriú, Taquari, Verde.

1.1.1.2. Economia

Mato Grosso do Sul tem atraído investimentos por possuir grande potencial eco turístico, extensas áreas agricultáveis, um dos maiores rebanhos bovinos do País, reservas minerais, política de incentivos à expansão industrial, centros de pesquisa de tecnologia e inovação da cadeia do agronegócio, solidez fiscal e eixos rodoviários que ligam o Estado aos principais centros consumidores do mercado interno e terminais de exportação.

O *agrobusiness* é a principal base da economia de Mato Grosso do Sul, responsável por aproximadamente 29% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. Na agricultura, os principais produtos são: a soja e a cana de açúcar. Destacam-se também as plantações de

arroz, café, trigo, milho, feijão, mandioca, algodão, amendoim e cana- de- açúcar. Na pecuária, Mato Grosso do Sul detém o maior rebanho bovino do país, e também possui significativa produção de suínos e aves.

O estado possui PIB industrial de R$ 16,4 bilhões, equivalente a 1,4% da indústria nacional. A indústria representa 22% da economia do estado, o que faz de Mato Grosso do Sul o segundo estado do Centro-Oeste com maior participação da indústria na economia. A indústria emprega 120 mil trabalhadores e é responsável por 19,1% do trabalho formal. (SEBRAE 2018).

Quando considerado o PIB per capita (produto interno bruto dividido pela quantidade de habitantes do estado), Mato Grosso do Sul apresentou o oitavo maior indicador dentre as unidades da federação (R$ 34.247,79), mesmo apresentando um valor inferior ao do exercício anterior, conforme a pesquisa publicada pela Secretaria de Estado de Meio Ambiente, Desenvolvimento Econômico, Produção e Agricultura Familiar - SEMAGRO no final do ano de 2018.

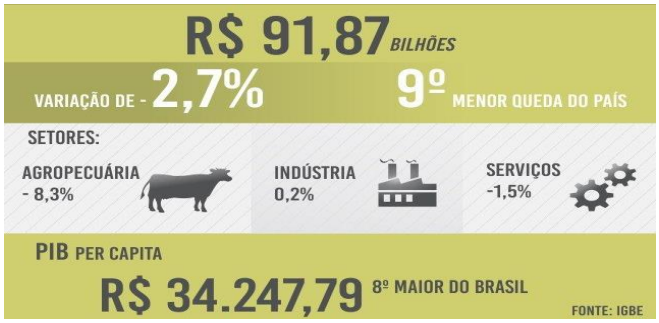
Apesar do resultado, os dados apontam que ele foi o nono Estado que mais cresceu em volume do PIB entre os anos de 2002 e 2016, período da série histórica do levantamento, com acumulado de 65,7%. A média de crescimento ao ano foi de 3,7% e a participação no PIB nacional foi de 1,1% (2002) para 1,5%. Com isso, o MS passou do 16º para o 15º PIB estadual no país.

Levando em consideração a participação na formação do Produto Interno Bruto-PIB dos municípios no Estado, os dados mostram que as seis maiores economias municipais em 2012 eram detentoras de 58,24% da riqueza gerada. Já os 54 municípios menores economicamente avaliados pelos resultados do PIB contribuíram com 18,26% na formação

econômica de Mato Grosso do Sul. O conjunto desses 54 municípios detinham 25,30% da população estadual.

Outro aspecto importante para a economia do estado é a diversidade biológica e a riqueza de paisagens naturais que são comuns em praticamente todo seu território. A oferta dessas riquezas naturais é fonte de exploração do ecoturismo, uma das atividades econômicas que mais emprega na região.

Figura 2 – Composição do PIB em Mato Grosso do Sul, IBGE 2018



Fonte: IBGE – dados publicados em novembro de 2018.

1.1.1.3. Situação fiscal e recursos humanos

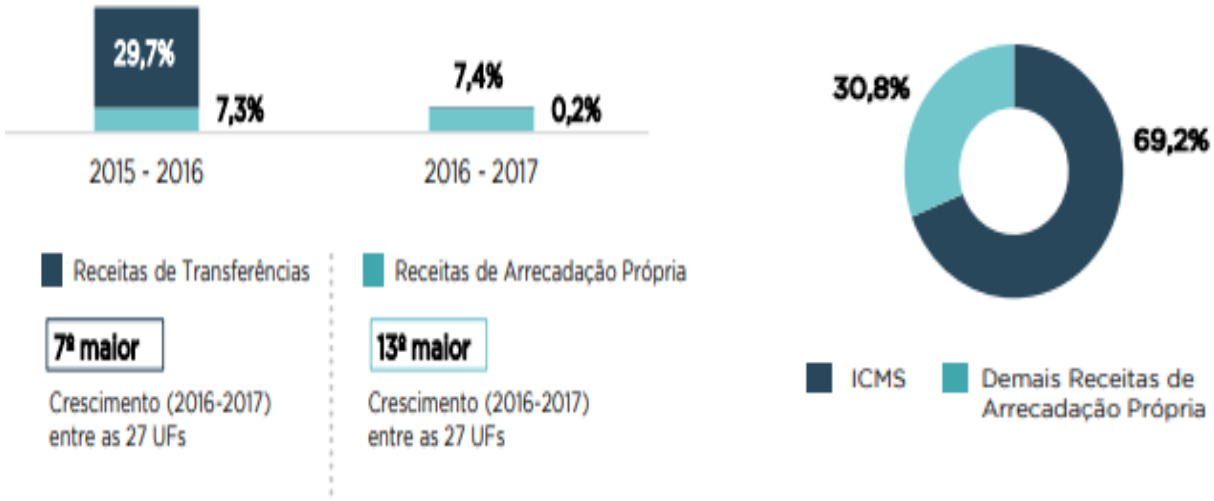
Segundo a quarta edição do estudo Desafios da Gestão Estadual (DGE) que avalia o desempenho dos estados na última década e traz projeções para 2022, com base na trajetória dos estados na década anterior, Mato Grosso do Sul registrou o terceiro maior crescimento do País. Em 20 de um conjunto de 28 indicadores, o Estado é colocado na 9ª[1] posição do ranking geral e se classifica entre os 10 estados melhores pontuados.

Em relação à Situação Fiscal, o estado representou a 8ª maior participação da arrecadação com o ICMS no total de receitas de arrecadação própria, entre as UFs em 2017,

[1] Fontes: Macroplan com base no estudo: Boletim de Finanças dos Entes Subnacionais 2018 – STN/Ministério da Fazenda e Estadic/IBGE. Nota: Sobre a variação entre 2016 e 2017: Receitas de Transferência: 20 UFs apresentaram queda e 7 crescimento; Receita de Arrecadação Própria: 2 UFs apresentaram queda e 25 crescimento; Receitas com ICMS: Todas as 27 Ufs apresentaram crescimento; Despesa com Pessoal: 4 UFs apresentaram queda e 23 crescimento; Outras Despesas Correntes: 2 UFs apresentaram queda e 25 crescimento; Despesa com Inativos e Pensionistas: 5 UFs apresentaram queda, 20 crescimento, 1 manteve o gasto e 1 não apresentou resultados.

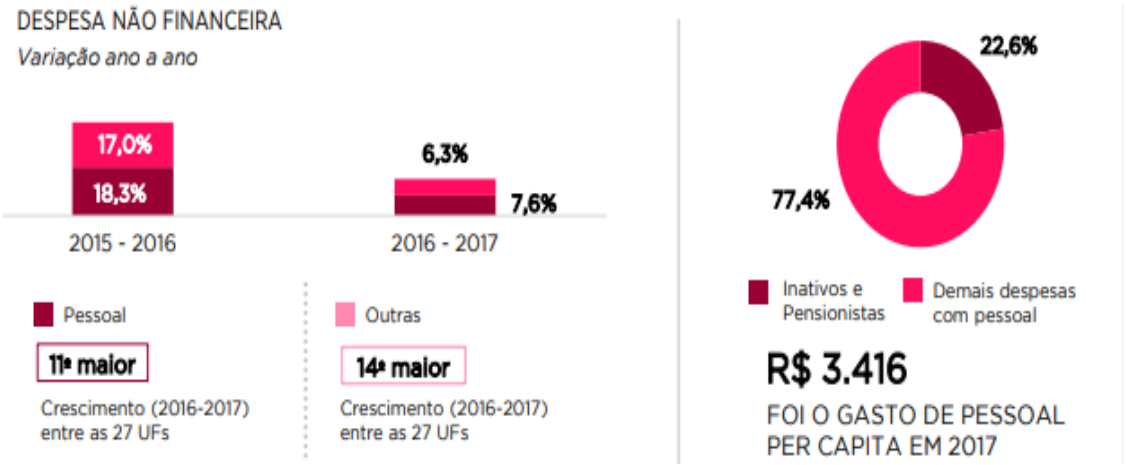
a 8ª maior participação das despesas com inativos e pensionistas no total das despesas com pessoal, entre todas as Ufs, em 2017 e o 5º maior gasto de pessoal per capita entre todas as UFs em 2017 (Figura 3).

Figura 3 - Receita Corrente, variação ano a ano de 2015 a 2017 (Relação às 27 Unidades Federativas)



Fonte: https://www.desafiosdosestados.com/

Figura 4 - Despesas Não Financeiras - variação de 2015 a 2017 (Relação às 27 Unidades Federativas)



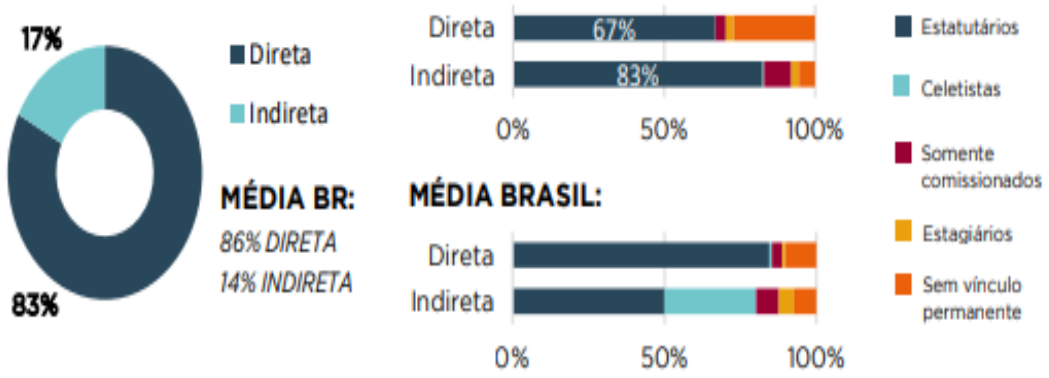
Fonte: https://www.desafiosdosestados.com/

1.1.1.3.1. Recursos Humanos

A composição do quadro da administração direta, representada, a seguir, é composta por 41. 592 profissionais da administração direta, sendo 27.838 estatutários, 09 celetistas, 1.434 comissionados, 1.086 estagiários, 11.225 sem vínculo permanente e 8.755 da

administração indireta, sendo 7.239 estatutários, 30 celetistas, 798 comissionados, 215 estagiários e 473 sem vínculo permanente.

Figura 5 - Composição do Quadro da Administração Direta (Relação às 27 Unidades Federativas)



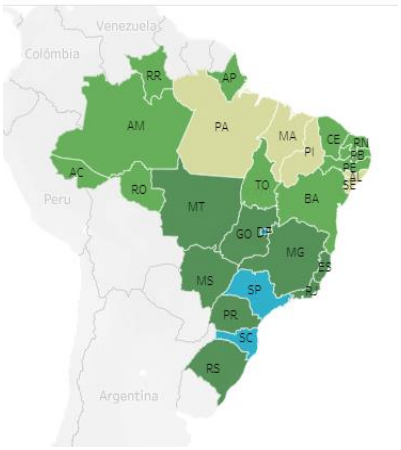
Fonte: https://www.desafiosdosestados.com/

1.1.1.3.2. Índice de Desenvolvimento Humano

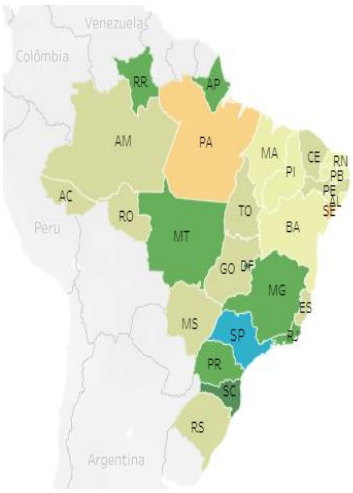
Em um intervalo de quatro anos, entre 2011 e 2014, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Mato Grosso do Sul cresceu 2,55%, passando de 0,743(Censo IBGE 2010) para 0,762, conforme o último relatório publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Fundação João Pinheiro, em novembro de 2016.

O IDHM de 0,762 deu ao estado a classificação de Desenvolvimento Humano Alto, que fica entre 0,700 e 0,799, porém apesar da evolução, o estado permaneceu, conforme os dados, na 10ª posição do ranking nacional do indicador, apontado melhoria no que se refere à longevidade da população do estado, no nível de estudo e de remuneração. No subíndice IDHM Longevidade, Mato Grosso do Sul foi enquadrado entre as unidades da federação com melhor resultado no indicador, com 0,833.

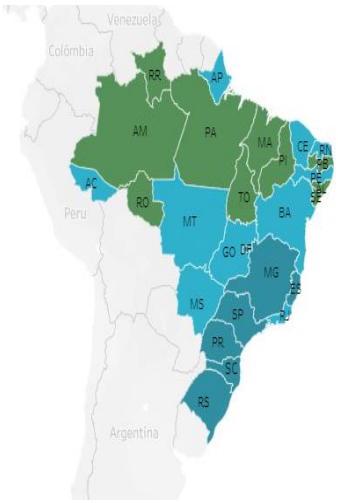
Figura 6 - Dados do IDHM e seus três subíndices – IDHM Educação, IDHM Longevidade e IDHM Renda, 2014



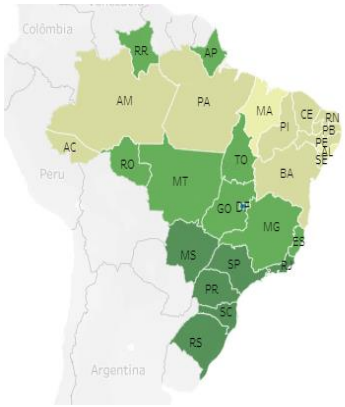
IDHM: 0,762



IDHM Educação: 0,688



IDHM Longevidade: 0,833



IDHM Renda: 0,764

Legenda:

Cor

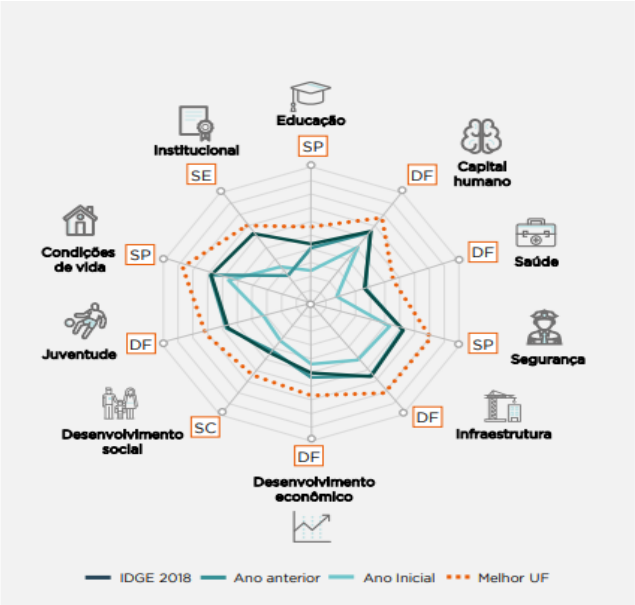
- Muito alto
- Alto
- Alto
- Médio

Em contrapartida, no IDHM Educação, houve uma evolução no índice, de 2,99% no período da pesquisa, passando de 0,668 para 0,688, mas foi insuficiente para que o estado deixasse a faixa de médio desenvolvimento junto com outras 15 unidades da federação.

O hiato de desenvolvimento humano, que representa a distância de Mato Grosso do Sul entre o desenvolvimento humano pleno, que seria o índice máximo 1, diminuiu 70,03% em relação aos dados verificados em 2000.

Figura 7 - Comparativo dos Indicadores do Estado de Mato Grosso do Sul no Ranking Nacional, 2016 - 2018

	IDGE 2018		Ano anterior		Ano inicial	
	Índice	Ranking	Índice	Ranking	Índice	Ranking
IDGE	0,546	9º	0,524	9º	0,389	11º
	0,437	10º	0,407	8º	0,243	9º
	0,571	9º	0,560	8º	0,407	11º
	0,444	10º	0,425	10º	0,334	10º
	0,361	14º	0,367	12º	0,174	24º
	0,623	8º	0,618	11º	0,532	23º
	0,656	4º	0,649	4º	0,507	7º
	0,503	7º	0,536	6º	0,438	9º
	0,563	7º	0,574	7º	0,315	11º
	0,677	17º	0,681	17º	0,558	16º
	0,633	14º	0,254	26º	0,335	23º



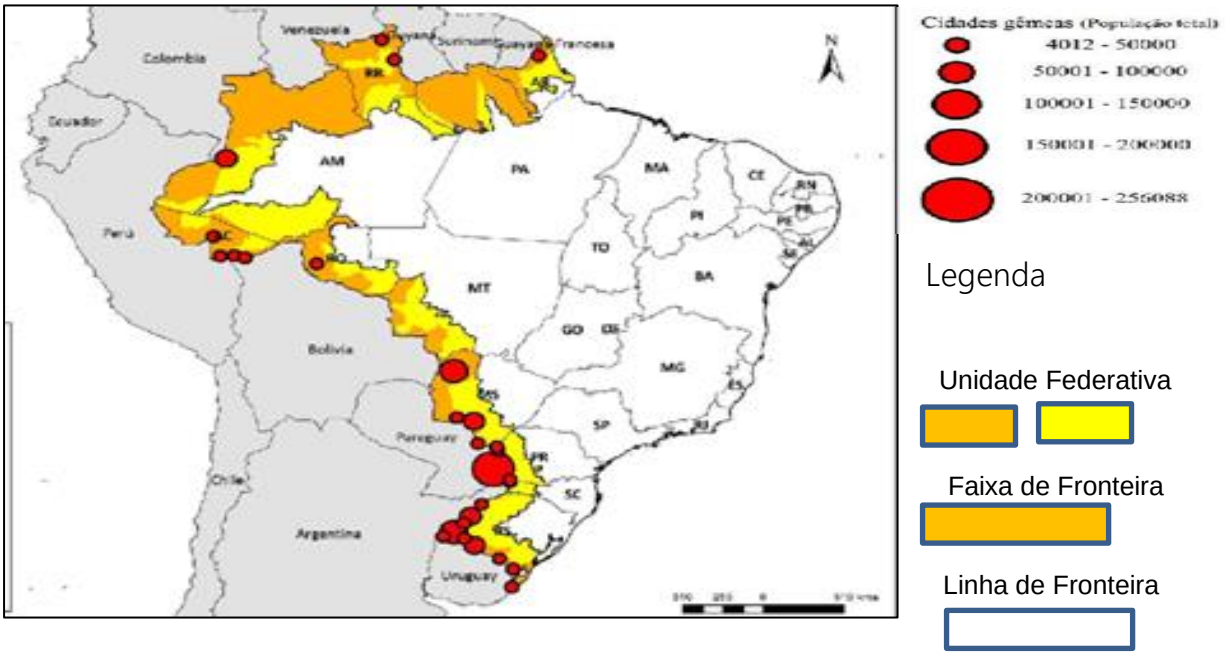
Fonte: https://www.desafiosdosestados.com/

1.1.1.4. Fronteira

Em todo o país a faixa de fronteira corresponde a 16,6% do território. São 588 municípios brasileiros em 11 estados localizados na faixa dos 15,9 mil km de fronteira do Brasil com países sul-americanos, numa área total de 1,4 milhão de km², como apresentado a seguir (IBGE 2019).

Dos 79 municípios de Mato Grosso do Sul, 45 deles têm parte ou todo o território localizado na faixa de fronteira com o Paraguai e/ou a Bolívia. Essa faixa de 150 quilômetros de largura soma 143 mil quilômetros quadrados, ou 40% dos 357,1 mil km² que formam o território sul-mato-grossense. Entre eles estão as fronteiriças Ponta Porã, Amambai e Mundo Novo e outras nem tão próximas, como Dourados. O município de Corumbá, vizinho da Bolívia é o de maior extensão territorial de Mato Grosso do Sul e do Centro-Oeste com 64,7 mil km², sendo 72,3% de sua área na faixa de fronteira. (TCU 2019).

Figura 8 - Faixa de fronteira da divisa do Brasil com países sul-americanos

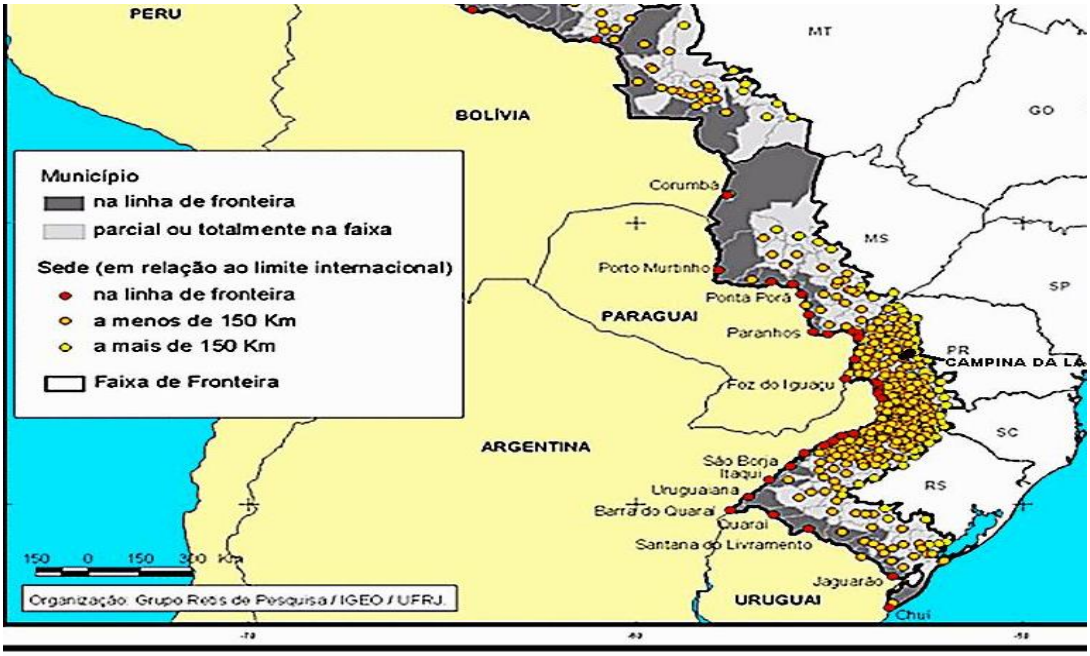


Fonte: IBGE – dados publicados em 27/03/2019.

Mato Grosso do Sul tem sete cidades-gêmeas na fronteira com o Paraguai e com a Bolívia. São consideradas cidades-gêmeas as cortadas pela linha de fronteira seca ou fluvial, articuladas ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semiconurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania.

As cidades gêmeas são: **Bela Vista**, que é vizinha de Bella Vista Norte (Paraguai); **Coronel Sapucaia**, que fica ao lado de Capitán Bado (Paraguai); **Corumbá**, que está ao lado de Puerto Quijarro (Bolívia); **Mundo Novo**, que tem Salto del Guairá (Paraguai) como vizinha; **Paranhos**, com Ypejhú (Paraguai) após a fronteira; **Porto Murtinho**, que é vizinha de Capitán Carmelo Peralta (Paraguai) e **Ponta Porã**, que fica ao lado de Pedro Juan Caballero (Paraguai), como mostra o mapa a seguir:

Figura 9 - Fronteira do Estado de Mato Grosso do Sul



Fonte: https://www.justica.gov.br/ anexo-vii-lista-municipios-faixa-de-fronteira - consultada em março de 2019.

1.1.1.5. Cultura e Lazer

A identidade do Estado afirma-se ao sabor da gastronomia, das produções musicais, artesanato indígena, artes plásticas, festas populares e danças. A formação cultural do sul-mato-grossense está associada, portanto, à diversidade das tradições trazidas pelos migrantes e pelos imigrantes, mas algumas predominaram e deram uma característica muito peculiar às manifestações artísticas locais. A música e a culinária se constituíram nos principais componentes da 'genética' de Mato Grosso do Sul, que fez de Campo Grande o centro de toda efervescência cultural.

1.1.1.6. População sul-mato-grossense

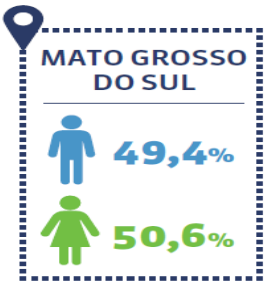
A população sul-mato-grossense é bastante diversificada. As migrações de contingentes oriundos dos estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo e imigrações de países como Alemanha, Paraguai, Portugal, Síria e Líbano foram fundamentais para o povoamento de Mato Grosso do Sul e marcaram a fisionomia da região.

A densidade demográfica do Estado registra altos índices de crescimento desde a década de 1870 quando o Estado passou a ser efetivamente povoado. Entre a década de 1940 e o ano de 2008, a população aumentou quase dez vezes, ao passo em que a população do Brasil, no mesmo período, aumentou pouco mais que quatro vezes. Em apenas um ano, entre 2016 e 2017, Mato Grosso do Sul ganhou 30.761 novos habitantes. A variação foi de 1,15%, a sexta maior do país. Apesar da alta considerável, o estado permanece sendo o 7º menos populoso do Brasil.

Tabela 1 - População residente, 2014 - 2018.

Regiões	2014	2015	2016	2017	2018
Centro-Oeste	15.219.608	15.442.232	15.660.988	15.875.907	16.085.885
Mato Grosso do Sul	2.619.657	2.651.235	2.682.386	2.713.147	2.748.023

Fonte: População Residente - Tribunal de Contas da União, 2019.



A proporção de mulheres e homens é similar àquela encontrada na região Centro-Oeste e no país. Enquanto no Brasil, a média é de 51,6% de mulheres e na região Centro-Oeste este índice diminui para 50,5%, em Mato Grosso do Sul é de 50,6%, como mostra a Tabela 2. Nela, é possível ver a população do estado segundo o sexo, comparada com os dados da região Centro-Oeste e com a média nacional.

Tabela 2 - População segundo sexo

Sexo	Mato Grosso do Sul		Região Centro-Oeste	Brasil
	Nº de Pessoas	%	%	%
Mulheres	1.330.433	50,6	50,5	51,6
Homens	1.297.090	49,4	49,5	48,4
Total	2.627.523	100	100	100

Fonte: PNAD 2014.

A tabela a seguir fornece o panorama da população de acordo com a cor/raça. Percebe-se que o perfil encontrado em Mato Grosso do Sul é semelhante ao do país, mas

distante da média do Centro-Oeste. Em Mato Grosso do Sul, 46,4% da população é branca, índice próximo ao do país, que é de 45,5%, mas significativamente superior à média da região, onde a população branca representa 39,9%. Destaca-se que, em Mato Grosso do Sul, a quantidade de indivíduos que se identificam com a categoria "outros", que engloba amarelos e indígenas, é maior que na região e no país: em Mato Grosso do Sul este índice é de 1,6%, enquanto no Brasil e no Centro-Oeste é de 0,9%.

Tabela 3 - População segundo cor/raça

Cor/raça	Mato Grosso do Sul		Região Centro-Oeste	Brasil
	Nº de Pessoas	%	%	%
Brancos	1.219.144	46,4	39,9	45,5
Negros	1.365.390	52,0	59,2	53,6
Outros (amarelo, Indígena e não declarado).	42.989	1,6	0,9	0,9
Total	2.627.523	100	100	100

Fonte: PNAD 2014.

No que se refere à ocupação urbana e rural, Mato Grosso do Sul ocupa um lugar intermediário entre a situação do Brasil e a da região Centro-Oeste: 85,1% dos domicílios no Brasil estão localizados em área urbana, índice que em Mato Grosso do Sul é de 89,2% e na região Centro-Oeste é de 90,3%, deixando a região em primeiro lugar em relação à ocupação da área urbana no comparativo com o país e o estado. Ressalta-se que esta variável é importante ao considerar que os hábitos e demandas da população moradora do campo são distintos daquela residente nas cidades e, portanto, exige diferentes respostas do poder público.

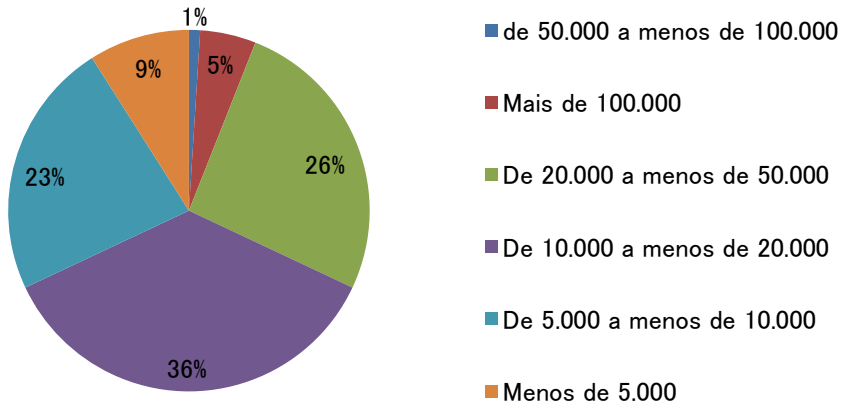
Tabela 4 - População vivendo em áreas urbana e rural

Área	Mato Grosso do Sul		Região Centro-Oeste	Brasil
	Nº de Pessoas	%	%	%
Urbana	2.344.343	89,2	90,3	85,1
Rural	283.180	10,2	9,7	14,9
Total	2.627.523	100	100	100

Fonte: PNAD 2014.

A distribuição da população sul-mato-grossense é marcada de um lado pela concentração na Capital, em Dourados, Corumbá e Três Lagoas, cidades do Estado que ultrapassaram a marca de 100 mil habitantes e, por outro, pela dispersão desta população. Cinquenta municípios têm população residente inferior a 20.000 pessoas, esses municípios somam uma área total de 149.496,77 km², significando 41,85% da área territorial do Estado.

Figura 10 - Número de cidades, segundo seus habitantes – IBGE 2019



Fonte: Estimativas IBGE 2019 – página consultada em maio de 2019.

Em posição intermediária quanto ao tamanho populacional, superior a 20.000 e inferior a 40.000 habitantes, se encontram 18 municípios de Mato Grosso do Sul que somam uma área de 74.053,80 km², área que significa 20,73% do território estadual. Residem nesta parte do Estado 17,45% da sua população, 451,675 habitantes, representando uma densidade demográfica de 6,10 hab/km² em 2013.

Os dados mostram que, Mato Grosso do Sul, além da elevada concentração populacional em poucos municípios, apresenta grandes vazios demográficos ao longo de seu espaço geográfico, principalmente se levarmos em consideração que 55,12% do seu território têm uma ocupação demográfica abaixo de 3,0 hab/km², muito inferior à média estadual de 7,24 hab/km² que já é considerada baixa, se comparada à densidade demográfica de alguns estados vizinhos.

Esse índice de concentração ainda é maior se observarmos a disposição da distribuição da produção da riqueza estadual.

Os vazios demográficos e econômicos que estão presentes no espaço geográfico que compõem o território estadual é reflexo da disparidade de recursos que estão disponíveis nas diversas regiões e nos 79 municípios que apresentam grau de desenvolvimento heterogêneo.

A redução das desigualdades regionais depende da definição de estratégias de desenvolvimento com a organização dos serviços nas regiões para a implantação de políticas perenes de desenvolvimento sustentável que não sofram descontinuidade em cada mudança de gestão político-administrativa.

A tabela a seguir, apresenta a variação da população segundo estimativas publicadas - IBGE 2018 e o último censo do IBGE 2010.

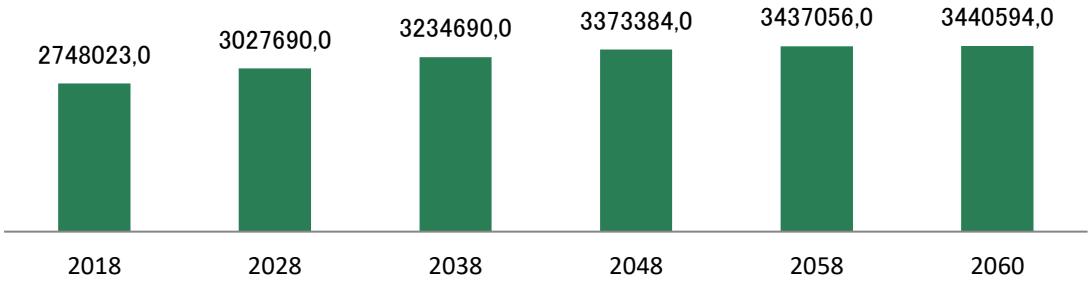
Tabela 5 - População e densidade demográfica

População estimada [IBGE 2018]	**2.748.023** pessoas
População no último censo [2010]	**2.449.024** pessoas
Densidade demográfica estimada [2018]	**7,69** hab/km²
Densidade demográfica [2010]	**6,86** hab/km²

Fonte: IBGE 2019 – página consultada em 20 de maio de 2019.

A seguir, a figura 11 apresenta a projeção da população no período de 2018-2060.

Figura 11 - Projeção da população 2018-2060



Fonte: População Residente - Tribunal de Contas da União – TCU – página consultada em maio de 2019.

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

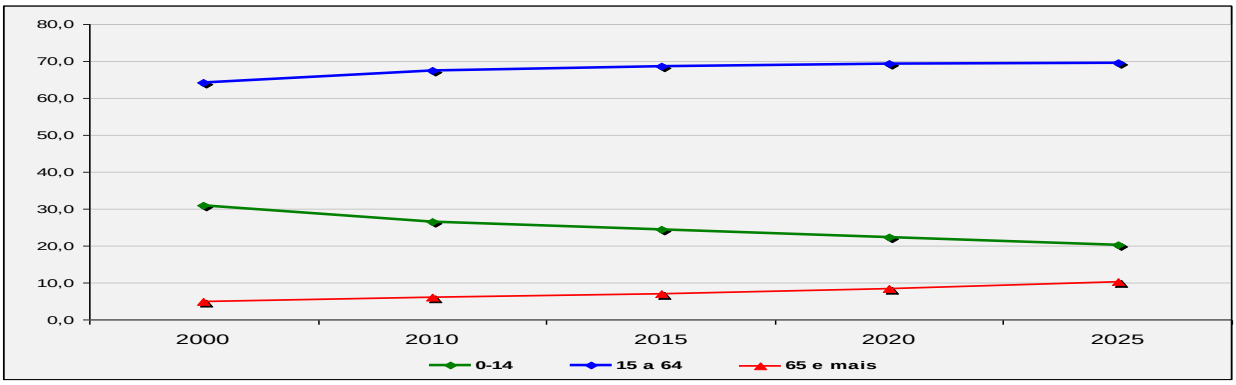
Tabela 6 - Distribuição da população segundo o gênero MS/2000-2020

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 – página consultada em maio de 2019.

Por outro lado, caracteriza-se por ter uma população com padrão etário jovem e tendência ao envelhecimento (Figura 12).

Figura 12 - Projeção da população 2018-2060, IBGE 2019



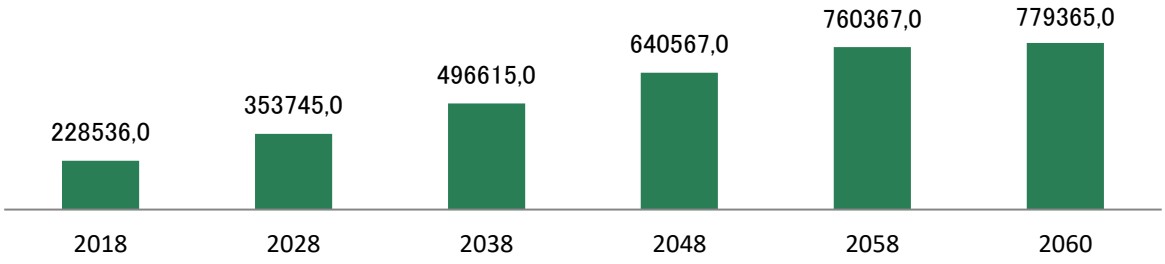
Fonte: IBGE – página consultada em maio de 2019.

Mais da metade da população do Estado (1.885.888) está na idade produtiva que vai dos 15 aos 64, segundo o IBGE. Essa parcela potencialmente ativa profissionalmente deve crescer até chegar aos 2.138.529 habitantes, em 2044, quando começa a cair, alcançando 2.085.112 habitantes, em 2060.

Os cidadãos com 65 anos ou mais somam 228.536 habitantes, o que correspondeu a 1/12 do total de sul-mato-grossenses em 2018. Esse número não deve apresentar retrações e crescerá até a marca de 779.365 habitantes em 2060, segundo o IBGE 2018.

Embora a quantidade de cidadãos em idade produtiva continue sendo superior às demais nos próximos 62 anos, ela deve crescer apenas 10,56% neste período, enquanto a população idosa deve aumentar em 241%.

Figura 13 – Projeção da População acima de 64 anos, IBGE 2019



Fonte: IBGE – página consultada em maio de 2019.

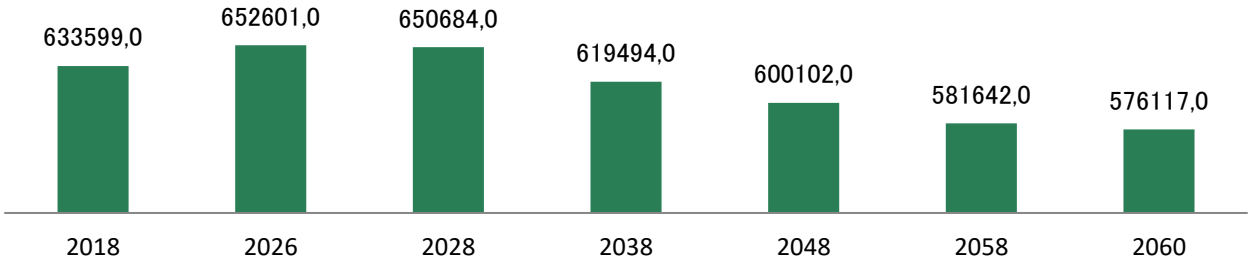
Figura 14-População em idade produtiva (de 15 a 64 anos), IBGE 2019

Fonte: IBGE – página consultada em maio de 2019.

Já, a população de crianças e adolescentes entre 0 e 14 anos, atualmente estimada em 633.599 habitantes do estado, deve continuar crescendo até 2026, quando atinge a marca de 652.601 habitantes. A partir daí deve começar a recuar até chegar aos 576.117 habitantes em 2060.

Dessa forma, a população economicamente dependente, em Mato Grosso do Sul, deverá ser de 1.355.482 nos próximos 42 anos para um grupo de 2.085.112 habitantes em idade produtiva.

Figura 15- População de crianças e adolescentes fora da idade de trabalho (0 a 14 anos), IBGE 2019



Fonte IBGE – página consultada em maio de 2019

1.1.1.7. Taxa de Fecundidade

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 (tabela 4) 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 7 - Taxa de Fecundidade Total (TFT), Esperança de Vida ao Nascer (e), Índice de Envelhecimento. Brasil, MS, 2010-2020

		2010	2015	2020
		Taxa de Fecundidade Total -TFT		
Brasil		1,82	1,72	1,61
Mato Grosso do Sul		1,96	1,86	1,73
		Esperança de Vida ao Nascer - e º		
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
		Indice de Envelhecimento Populacional		
Brasil		26,54	34,05	45,09
Mato Grosso do Sul		22,72	28,50	37,64

Fonte: IBGE – página consultada em maio de 2019

Quanto a expe4ctativa de vida, em 2018, cada sul-mato-grossense nascido tinha expectativa de chegar aos 76,1 anos (IBGE 2018). Em relação aos outros estados, é a 11º maior expectativa de vida. As mulheres, como acontece historicamente, vivem mais. No Estado, até os 79,9 anos. Os homens, em média, vivem até os 72,6 anos. O número apontado para Mato Grosso do Sul é abaixo da média nacional, de expectativa de vida de 76,3 (IBGE 2017). Para os homens, a faixa de 72,5 anos em 2017 para 72,8 anos em 2018. As mulheres saíram de 79,6 para 79,9 anos. A projeção aponta que até 2060 a expectativa de vida será de 81 anos para os sul-mato-grossenses.

Os dados fazem parte da Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil – 2019, levantamento usado como parâmetro para determinar o fator previdenciário, no cálculo das aposentadorias do Regime Geral de Previdência Social.

1.2. Histórico da Organização de Saúde

Mato Grosso do Sul fez parte do território do Estado do Mato Grosso até a década de 1970, um movimento que iniciou com políticos e empresários da região de Campo Grande, de cunho separatista, teve êxito quando foi assinada a criação de um novo estado. O decreto-lei estabeleceu a criação de Mato Grosso do Sul foi assinado em 11 de outubro de

1977. Entre as justificativas para o desmembramento estava a dificuldade de administrar Mato Grosso porque a área era muito extensa. O relevo e as peculiaridades biológicas também foram levados em conta.

A partir de sua instalação administrativa, passou a contar com a Fundação Estadual de Saúde, parte integrante da Secretaria de Desenvolvimento de Recursos Humanos (SDRH), onde também estavam a educação, o trabalho e a promoção social, cultura e o desporto e lazer.

Por ocasião da divisão do estado, praticamente todos os serviços públicos de saúde eram estaduais, centrados na figura do médico, com clara dicotomia entre a prevenção e a cura. Assim, restringindo-se à reprodução dos programas verticais federais e ao modelo de gestão hospitalar do INAMPS, reunindo uma rede de pequenas e improdutivas unidades no interior do estado e duas referências estaduais na capital: o Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e Santa Casa da Misericórdia. Esse arranjo institucional só vigorou por cerca de seis meses, após os quais a SDRH foi extinta e criadas três Secretaria Estaduais: da Saúde (SES), da Educação (SED) e de Desenvolvimento Social (SEDHAST).

O desenho da região de saúde obedeceu às divisões administrativas adotadas desde a década de 1980, seguindo os fluxos existentes: malha viária; reservas indígenas; e áreas de preservação ambiental também contribuíram para a sua conformação. Até 1988 o sistema de saúde era bastante centralizado com a SES/MS atendendo diretamente a rede de unidades existentes nos 55 municípios deste período.

Acompanhando a dinâmica nacional, constata-se que Mato Grosso do Sul realizou a grande caminhada ao longo dos 30 anos do SUS: participou do Programa de Interiorização

das Ações e Saneamento (PIASS), que contribuiu para o início da descentralização da saúde; elaborou as Ações Integradas de Saúde (AIS) que representam a primeira experiência de programação conjunta entre órgãos federais, estaduais e municípios.

Em 1983 promoveu a regionalização administrativa da saúde com a implantação das Agências Regionais de Saúde, agregando a primeira experiência de educação em serviço, com o trabalho das equipes multiprofissionais de supervisão integrada.

A reorientação da política institucional da SES, em 1995, definiu estratégias adotadas para a implementação do SUS por regiões de Saúde, e a partir deste desenho foram implantados os polos regionais. De 1995 até 1999, a SES, pautada no objetivo de fortalecer esses polos, começou a implantar as Comissões Intergestores de Regionais (CIR), com a intenção que os territórios regionais se tornassem um espaço privilegiado de interlocução, negociação e pactuação entre o estado e os municípios. Assistiu também a proliferação dos órgãos municipais de saúde cumprindo as Normas Operacionais Básicas de 1991,1993 e 1996, seguidas pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS/2001/2002.

Denominados os polos regionais de Saúde até meados de 2001, os Escritórios Regionais representavam a SES nas regiões. Estruturados em número de 16, localizavam-se nos municípios-sede das Regiões de Saúde (Resolução CIB/MT nº 065 de 03 de abril de 2012). O Escritório da região sul do estado foi pioneiro no processo de programação de atividades de caráter regional e se instituiu como espaço de apoio aos municípios, sobretudo na atualização frente às normativas de implementação do SUS. Sua atuação iniciou-se no apoio institucional aos municípios para o fortalecimento da gestão das secretarias municipais de saúde.

Mediante apoio institucional da SES, os polos regionais receberam e deram apoio técnico e tiveram seu papel fortalecido: realizavam capacitações, ações de vigilância sanitária e ambiental e pactuações com os municípios; prestavam assessoria na elaboração dos instrumentos de gestão, como, por exemplo, o plano municipal de saúde e o relatório de gestão; faziam supervisão de contas hospitalares; desenvolviam programas estratégicos e seleção de servidores.

No ano 2000, as ações voltaram-se para implantar outro arranjo da central regional de regulação, com a discussão de instrumentos legais e a definição e pactuação dos fluxos. A SES priorizou a implementação das centrais regionais de regulação em cogestão, articulando com os gestores municipais as estratégias para a sua organização. A partir de 2003, muitos fóruns propõem a retomada da essência da reforma sanitária que é a saúde como direito de cidadania, cumprindo a responsabilidade solidária entre as três esferas de governo.

A SES utilizou-se dos critérios da NOAS para a conformação de módulos assistenciais por região de saúde - conforme o PDR de 2001 -, configuração mantida no PDR atualizado em 2005. Por esse documento, além do município polo da região, existiam cinco municípios-sede de módulo assistencial, e ainda outros três municípios módulos, atendendo exclusivamente à própria população. Os demais têm como referência os respectivos municípios sede de módulo.

Surge em 2006-2007, a proposta de celebração de um novo Pacto pela Saúde, conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. Neste período, também se ressaltou a importância de os municípios organizarem seus serviços, para dar conta dos cuidados primários à saúde da população. Em

abril de 2007, o Pacto pela Saúde foi celebrado em Mato Grosso do Sul com adesão de 100% dos 78 municípios existentes à época e deu ênfase ao debate em busca da integralidade do cuidado através do acordo firmado entre os gestores do SUS. Logo após a celebração dos termos de compromisso, houve a construção de uma Agenda Conjunta que norteou as ações de saúde no estado, no período de 2007 a 2010.

Foi criada uma equipe matricial encarregada de monitorar e avaliar os resultados do Pacto, tendo ficado demonstrado que o financiamento melhorou e passou a ser tripartite; os municípios assumiram maior responsabilidade mesmo não sendo de "gestão plena"; a vigilância em saúde começou a se organizar nos espaços municipais e a atenção básica passou a ser prioridade com diversas ações para o seu fortalecimento. Com essas constatações, sentiu-se a necessidade de proceder ao planejamento regional em saúde, de modo a organizar as redes de atenção que pudessem abrigar as linhas de cuidado prioritárias.

O primeiro passo, para tanto, foi a organização das equipes multisetoriais (com representantes de todos os setores da SES/MS) para revisitação das regiões no período de outubro de 2010 a fevereiro de 2011. A diretriz do governo estadual nesse período já era o Fortalecimento Regional.

As equipes levantaram informações que constituíram num diagnóstico das 11 microrregionais, abordando aspectos demográficos, epidemiológicos, sócio econômico, da rede instalada de saúde, do instrumento de gestão (planejamento, financiamento, educação permanente, regulação, controle, avaliação e auditoria) e do controle social.

Feita a revisitação das regiões e validação do diagnóstico pelos municípios como homologação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB/MS, bem como a apresentação ao

Conselho Estadual de Saúde – CES/MS da Programação 2012 houve a decisão pela construção do Plano Diretor de Atenção à Saúde nas macrorregiões – PDA. Os PDA foram construídos a partir de cinco eixos estruturantes: Fortalecimento da Atenção Básica; Inserção dos Hospitais nas Redes; Atuação em Rede; Fortalecimento do Controle Social e Fortalecimento da Gestão Regional. Cada eixo foi debatido em oficina com a participação dos gestores municipais, técnicos e conselheiros. A oficina de encerramento se dava na Comissão Intergestores Regionais – CIR com pactuação dos produtos.

O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011 foi editado neste, transformando as Comissões Intergestores Bipartes Regionais – CIB em Comissões Intergestores Regionais. Esse Decreto apontava para a qualificação das regiões, com fortalecimento da governança regional e pactuações de responsabilidade compartilhada. Os diagnósticos regionais qualificaram as regiões de saúde, pois permitiram visualizar o chamado Mapa da Saúde, apontando serviços existentes e pactuações realizadas, além de mostrar deficiências de habilitação e de informação.

A unicidade no processo de planejamento fez com que as ações estruturantes dos PDA se transformassem em Diretrizes do Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015 cujos objetivos passaram a ser as responsabilidades estaduais no Contrato Organizativo das Ações Públicas da Saúde – COAP articuladas com as Diretrizes Nacionais.

Em agosto de 2012, Mato Grosso do Sul foi o primeiro ente federado a assinar o COAP com 100% dos seus municípios. Ao assinar o contrato em 30 de agosto de 2012, o estado acreditou na proposta do Governo Federal que estabeleceu como objeto deste contrato, o financiamento e a integração das ações dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos três entes, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à

saúde e ser um marco, uma mudança de paradigma no *modus operandi* ao planejar, contratualizar e executar ações e serviços de saúde com a participação efetiva dos Entes Federativos, de forma universal e igualitária buscando intensamente a equidade no atendimento às necessidades da população sul-mato-grossense.

O fator decisivo de consolidação do COAP foi a construção coletiva do instrumento de avaliação. Todos os municípios participaram. Este instrumento incluiu uma reflexão sobre o desempenho de cada gestão e quais ações necessárias para corrigir as deficiências, desencadeando uma necessidade de revisão do PDR para fortalecer a organização macrorregional e microrregional do estado.

Em 2013 iniciam os processos de avaliação, monitoramento, pactuações nos moldes do COAP, porém essa responsabilidade encontrou eco em outros estados e no Ministério da Saúde: após quase 02 anos, permaneciam apenas os dois estados com o contrato celebrado. O contrato permaneceu vigente no estado até dezembro de 2016.

Provocado pela CIB, o estado promoveu a revisão do PDR e apresentou uma proposta aprovada pela Resolução n. 04/SES/MS/2013 com as alterações do Plano Diretor de Regionalização/PDR de Mato Grosso do Sul do período de 2012/2013, dividindo o estado em quatro macrorregiões de saúde e com a inclusão do município de Paraíso das Águas na Macrorregião de Campo Grande, considerando seu desmembramento dos municípios de Água Clara, Chapadão do Sul e Costa Rica.

Em 2015, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi revisado a partir do estabelecimento do modelo assistencial do Estado, que propõe a desconcentração 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, a partir da avaliação microrregional, mantendo ao desenho aprovado pela Resolução n. 04/SES/MS/2013.

Então, a realização da 7ª Conferência Estadual de Saúde e a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 foram os espaços de debate e avaliação dos avanços da saúde no estado, e as diretrizes foram norteadas pelo desafio de desencadear um amplo processo de inclusão e atuações intersetoriais, articulação de parcerias e participação social, visando responder mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade sul-mato-grossense. Assim, com o término da vigência do COAP em dezembro de 2016, o estado de Mato Grosso do Sul, a partir de 2017 direcionou seus esforços para o fortalecimento das regiões de saúde com foco na organização de serviços regionalizados para otimizar recursos financeiros, humanos e materiais, com o objetivo de promover a equidade do acesso a economias de escala, evitando a fragmentação. Valorizou e consolidou a Comissão Intergestores Bipartite, as CIR e o Conselho Estadual de Saúde, e esses espaços de articulação e condução da política estadual de saúde estão incorporados definitivamente à gestão do SUS em Mato Grosso do Sul.

Neste momento, os olhares são direcionados ao fortalecimento das regiões de saúde no estado com o objetivo de oferecer saúde de qualidade mais próxima dos cidadãos. A 9ª Conferência Estadual de Saúde foi o espaço de confirmação e consolidação desta política. O fortalecimento da Atenção Primária a Saúde através da estratégia de estruturação e organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, é a base norteadora para esta nova etapa.

Nossos desafios são o de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde - APS, a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde de forma regionalizada, a integração da

Vigilância à APS e especialmente, à busca pela promoção da equidade, com resultados que efetivamente melhorem as condições de vida e saúde da população sul-mato-grossense.

Fotos de Ricardo Minella

1.3. Situação de Saúde do Estado

1.3.1. Índice de GINI

Em Mato Grosso do Sul 3% da população vive com salário de R$ 145 por mês. O Estado obteve o quarto menor Índice Gini, 0,479 em 2017 e 0,480 em 2018 (IBGE 2018). O Gini funciona como um termômetro da desigualdade e quanto menor o índice, menor a desigualdade. O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda e o valor um está no extremo oposto.

Em 2018, 16,5% da população em Mato Grosso do Sul recebia até R$660 mensais, valor considerado na linha de pobreza para o Brasil, colocando o estado em 7ª colocação como menor entre as unidades federativas do país.

Quando comparado com 2017, o índice de pessoas em extrema pobreza era de 2,6%, houve um aumento com relação à 2012, cujo percentual era de 1,8%, um recorde em sete anos.

Além disso, a pesquisa IBGE 2018 apontou que o valor do Bolsa Família, R$ 89, é, inclusive, inferior ao parâmetro global de R$ 145, o que mostra que o benefício não é suficiente para tirar as pessoas da extrema pobreza.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que avalia três componentes do desenvolvimento humano – educação, saúde e renda, em Mato Grosso do Sul apresentou 0,729 em 2010. O IDHM passou de 0,613 em 2000 para 0,729 em 2010 - uma taxa de crescimento de 18,92%.

Ocupa a 10ª posição no ranking do IDHM, entre os 27 estados brasileiros.

O Estado já chegou a ocupar a 16ª posição e obteve este salto devido a implantação/implementação de políticas sociais (ATLAS DO DESENVOLVMENTO HUMANO NO BRASIL,2019).

Os avanços na economia, a posição no ranking do IDHM, indicadores de sustentabilidade ambiental, competitividade e desafios da gestão pública e do crescimento do PIB comprovam que o Estado acelerou o ritmo de desenvolvimento.

1.3.2. Determinantes e condicionantes do processo saúde-doença

1.3.2.1. Trabalho e renda

Até julho de 2018, foram 142.991 contratações em Mato Grosso do Sul, resultando na criação de 7.858 novas vagas no mercado de trabalho.

Somente em Campo Grande foram 56.070 contratações, com 2.161 novas vagas no mercado de trabalho.

No acumulado de janeiro a março de 2019, Mato Grosso do Sul registrou um saldo positivo de 10.570 vagas de trabalho, levando em conta o número de contratações formais (com carteira assinada), que foi de 70.082 no período e de demissões, que atingiu 59.512.

A variação positiva foi de 2,09%, segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados –CAGED para o 1º trimestre de 2019.

Enquanto a renda caiu em 22 estados, Mato Grosso do Sul teve alta de 8% nos salários - o maior crescimento de todo o país. A renda saltou de R$ 968 para R$ 1.046, nos últimos quatro anos (PNAD, 2018).

Seis setores registraram variação positiva no saldo de empregos: serviços, com 7.892 vagas (4,31%); extrativismo mineral, com 55 (2,35%); construção civil, com 505 (2,29%); agropecuária, com 1.468 (2,12%); indústria da transformação, com 856 (0,90%) e serviços industriais de utilidade pública, com 1 (0,01%).

O único que registrou oscilação negativa foi o comércio no primeiro trimestre de 2019. Foram 16.003 admissões e 16.210 demissões, o que gerou a perda de 207 vagas, uma variação de - 0,17%.

Tabela 8- Rendimento nominal mensal domiciliar per capita [2018]: R$1.439,00

Pessoas de 16 anos ou mais ocupadas na semana de pesquisa [2016]	1.336 pessoas (×1000)
Proporção de pessoas de 16 anos ou mais em trabalho formal, considerando apenas as ocupadas [2016]	60,5 %
Proporção de pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas em trabalhos formais [2018]	61,8 %
Rendimento médio real habitual do trabalho principal das pessoas de 14 anos ou mais de idade [2018]	R$ 2.361,00
Pessoal ocupado na Administração pública, defesa e seguridade social [2016]	104.100 pessoas

Fonte: IBGE – página consultada em maio de 2019 – Dados do último Censo.

1.3.2.2. Saneamento Básico

O estado vem experimentando melhora significativa no acesso da população aos serviços de saneamento básico, mas a meta de universalização da cobertura ainda não foi alcançada, especialmente para as instalações sanitárias, tanto entre populações urbanas e rurais quanto entre populações urbanizadas.

O percentual de domicílios com acesso à rede ou fossa ligada à rede da região Centro-Oeste aumentou de 52,5% para 55,6% (IBGE, 2018).

Mato Grosso do Sul teve aumento de 41,4% para 48,2% no serviço.

Apenas 47,1% da população do estado tem acesso a serviço de coleta de esgoto (SNIS, 2018). Em relação ao abastecimento de água, 85,7% dos sul-mato-grossenses são atendidos.

A tabela a seguir apresenta do detalhamento dos dados levantados no último Censo IBGE 2010.

Tabela 9 - Características dos domicílios particulares permanentes, IBGE 2010

Descrição	Quantidade de Domicílios
Forma de Abastecimento de Água	
Rede geral de distribuição	629.257
Poço ou nascente na propriedade	102.504
Outras	2.997
Existência de Banheiro ou Sanitário	
Tinham	759.299
- Rede Geral de esgoto ou pluvial	182.526
- Fossa séptica	109.512
Não tinham	2.762
Existência de Medidor de Consumo de Energia Elétrica	
Tinham	749.165
- Uso exclusivo do domicílio	651.565
- Comum a mais de um domicílio	77.099
Não tinham	10.134
Destino do Lixo	
Coletado	656.429
- Diretamente por serviços de limpeza	645.578
- Em caçamba de serviço de limpeza	10.851
Outro destino	5.292

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010

1.3.2.3. Habitação

Em relação à condição de vida da população, Mato Grosso do Sul ocupa o 2º lugar entre os estados brasileiros com menor proporção de aglomerados subnormais, que são moradias irregulares conhecidas como favelas, invasões e assentamentos irregulares (Censo,

IBGE). Em relação ao déficit habitacional, segundo os estudos realizados pela Fundação João Pinheiro/IBGE,o estado possuía um déficit de 86.009 unidades habitacionais, sendo 22.549 precários, 32.125 coabitação, 26.027 aluguel excessivo e 5.308 com adensamento coletivo.

Tabela 10- Indicadores de Habitação - Estado - Mato Grosso do Sul, IBGE 2010

	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	75,26	88,74	96,22
% da população em domicílios com energia elétrica	88,11	95,60	98,63
% da população em domicílios com coleta de lixo	84,16	93,76	98,64

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Tabela 11 - Domicílios particulares por tipo, segundo a condição de ocupação e o material das paredes, telhado e da cobertura – IBGE 2016

Condição da Ocupação	Tipo de Domicílio			
	Total	Casa	Apartamento	Cômodo
Total	**890.166**	**862.655**	**27.511**	-
Próprio de algum morador – já pago	**544.133**	-	-	-
Próprio de algum morador – pagando	**71.279**	-	-	-
Alugado	**170.444**	-	-	-
Cedido	**101.859**	-	-	-
Outra condição	**2.451**	-	-	
Parede				
Alvenaria/taipa com revestimento	**772**	-	-	-
Alvenaria/taipa sem revestimento	**61**	-	-	-
Madeira apropriada para construção	**46**	-	-	-
Outro material	**11**	-	-	-
Piso				
Cerâmica, lajota ou pedra	**746**	-	-	-
Madeira apropriada para construção	**3**	-	-	-

Cimento	136	-	-	-
Outro material	4	-	-	-
Telhado				
Telha sem laje de concreto	661	-	-	-
Telha com laje de concreto	206	-	-	-
Somente laje de concreto	16	-	-	-
Outro material	7	-	-	-

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios – 2016.

1.3.2.4. Educação

Mato Grosso do Sul tem a quinta menor taxa de analfabetismo do país e o quarto mais baixo índice de pessoas que não estudam (PNAD contínua/IBGE 2018). A taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais foi estimada em 2018 em 5%, o que representa 104 mil pessoas. Houve uma redução frente a 2017, quando a projeção era de 128 mil pessoas, o que representava um percentual de 6,3%.

A educação básica obrigatória é formada pelo Ensino Fundamental e pelo Ensino Médio. Completá-la significa concluir o ensino médio, ou frequentar ou ter frequentado o ensino superior ou a pós-graduação.

Em 2018, entre as pessoas de 25 anos ou mais de idade no estado, 44,4% tinham ao menos o ensino médio completo.

No Brasil, esse percentual é de 47,4%. Em Mato Grosso do Sul, 42,83% das pessoas de 25 anos ou mais de idade não tinham instrução ou possuíam o fundamental incompleto.

Também se observou queda no percentual de pessoas em dois grupos, o que engloba aqueles com fundamental completo ou médio incompleto (de 13,3% em 2017, para

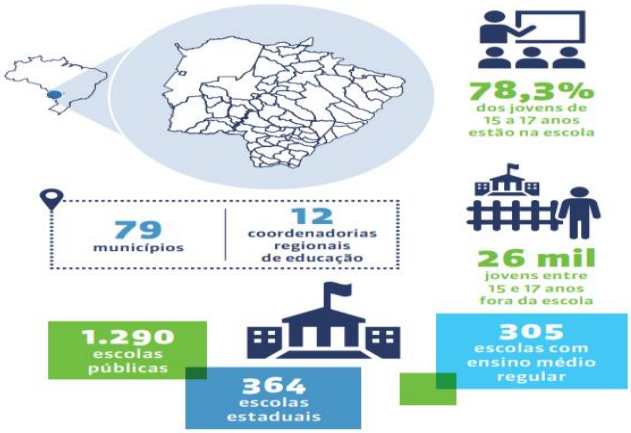
12,9% em 2018) e o que abrange indivíduos com médio completo e/ou superior incompleto (de 27,3% em 2017 para 26,9% em 2018).

O único aumento na distribuição da população por nível de instrução se deu na faixa dos que tem ensino superior completo. Em 2018, 17,3% da população de 25 anos ou mais faziam parte desse grupo. Em 2016 e 2017 os percentuais foram, respectivamente 14,3% e 16,5%.

Em 2017, as mulheres tinham um índice mais alto, 6,4% contra 6,2% dos homens. Em 2017, o sexo masculino tinha o maior percentual, 5,1% contra 5% do sexo feminino. A taxa de analfabetismo continua mais alta entre os idosos. Para as pessoas com 60 anos ou mais, a taxa em 2017 foi de 16,4%. Os dados revelaram ainda que o percentual é maior entre as pessoas negras ou pardas (6,1%) em relação às brancas (3,8%).

Em relação ao desempenho do estado nas avaliações educacionais, pode-se afirmar que, de forma geral, Mato Grosso do Sul se situa acima da média brasileira e da média da região Centro-Oeste. O IDEB apresenta crescimento maior que a média brasileira e regional, mas recuou nos últimos anos. Já no SAEB, o desempenho do estado é melhor, mantendo-se acima das médias regional e nacional em todos os anos.

Figura 16- Perfil da Educação no Estado de Mato Grosso do Sul, 2018



Fonte: SED/MS 2018.

De acordo com o Censo Escolar de 2017, a rede estadual de educação em Mato Grosso do Sul é composta por 1.290 escolas públicas, sendo 363 escolas estaduais, entre as quais 313 unidades (86%) estão localizadas em área urbana e 51 (14%) em área rural. As matrículas das escolas estaduais – reunindo todas as etapas e modalidades de ensino – somam 252.653. Do total de escolas do estado, 305 compõem a rede de ensino médio regular estadual, estando 256 delas localizadas na área urbana e 49 na área rural.

Tabela 12 - Matrículas (dados oficiais do censo escolar de 2016 e 2017)

ETAPA OU MODALIDADE DE ENSINO	2016	2017	COMPARATIVO
TOTAL	**257.923**	**252.653**	**5.270**
EDUCAÇÃO INFANTIL	428	449	21
ENSINO FUNDAMENTAL - ANOS INICIAIS	48.462	48.530	68
ENSINO FUNDAMENTAL - ANOS FINAIS	87.845	86.479	1.366
ENSINO MÉDIO	81.698	83.473	1.775
EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS	29.000	29.735	735
EDUCAÇÃO ESPECIAL	51	17	34
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL	10.439	3.970	6.469

Aumento Redução

Fonte: INEP/MEC Censo oficial 2017.

Quadro 1 - Comparativo do total de matrículas por dependência administrativa nas Unidades Federativas do Centro Oeste 2017.

UF	REDE	2.017
MS	Federal	4.661
	Estadual	252.653
	Municipal	340.144
	Privada	89.215
MT	Federal	10.251
	Estadual	384.254
	Municipal	357.701
	Privada	107.536
GO	Federal	10.946
	Estadual	478.250
	Municipal	661.995
	Privada	281.070
DF	Federal	8.550
	Estadual	459.698
	Municipal	**0**
	Privada	193.063

Fonte: INEP/MEC Censo oficial 2017.

Observações: Devido ao Distrito Federal não possuir Escolas Municipais, e ser grande o número de matrículas nas Escolas Estaduais, o Centro-Oeste possui maior percentual de matrículas na Dependência Estadual.

Nos índices analisados é possível verificar que os melhores desempenhos do estado ocorreram entre os anos de 2007 a 2011.

No que concerne às taxas de rendimento, Mato Grosso do Sul apresenta índices de abandono e reprovação maior que a média do país, assim como as taxas de distorção, que colocam o estado numa situação inferior à do país e da região Centro-Oeste.

1.3.2.5. Meio ambiente

O estado possui três significativos biomas brasileiros: Cerrado, Mata Atlântica e Pantanal. Esses biomas são de grande potencial hídrico, possuindo uma das maiores reservas de água doce superficial, e desempenham papel importante na manutenção da biodiversidade e dos recursos naturais.

O estado é detentor, de expressiva reserva de água doce subterrânea, como o Aquífero Guarani, que é considerado um dos mais importantes reservatórios de nosso planeta. O Cerrado e a Mata Atlântica possuem alto grau de riqueza da biodiversidade e contêm as nascentes dos principais rios que drenam importantes regiões do estado.

O Pantanal, por sua vez, é considerado a maior planície inundável do planeta. Este bioma é caracterizado pelo "pulso de inundação", o processo natural de movimento das águas, que determina o seu ciclo de secas e cheias.

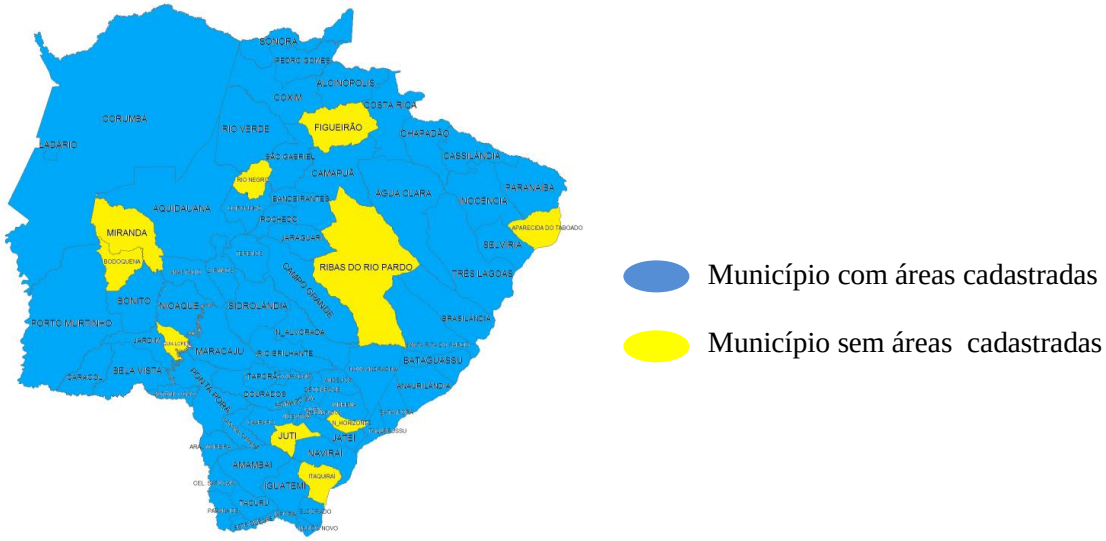
Entretanto, em meio a toda essa riqueza natural, dados do Instituto Histórico Geográfico de Mato Grosso do Sul, apontam que o estado enfrenta conflitos socioambientais pelo uso d'água, tais como: crescimento da população, uso inadequado do solo, desigualdades sociais, diferentes padrões de consumo, impactos oriundos da contaminação das águas, incremento crescente de atividades econômicas e baixa governabilidade hídrica.

Um dos maiores impactos da agricultura na qualidade dos recursos hídricos (água subterrânea e superficial) ocorre devido à contaminação desses, com resíduos de agrotóxicos.

Registra-se que o uso indiscriminado de agrotóxicos no campo tem resultado na intoxicação dos trabalhadores rurais com diferentes graus de severidade, constituindo-se um grave problema de saúde pública.

Dados apresentados nos últimos relatórios da Vigilância em Saúde do estado através do programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solos Contaminados VIGISOLO 2019, mostram o cadastramento de 890 áreas potencialmente contaminadas com populações expostas em 69 municípios do estado.

Figura 17 - Municípios com áreas cadastradas, em Mato Grosso do Sul

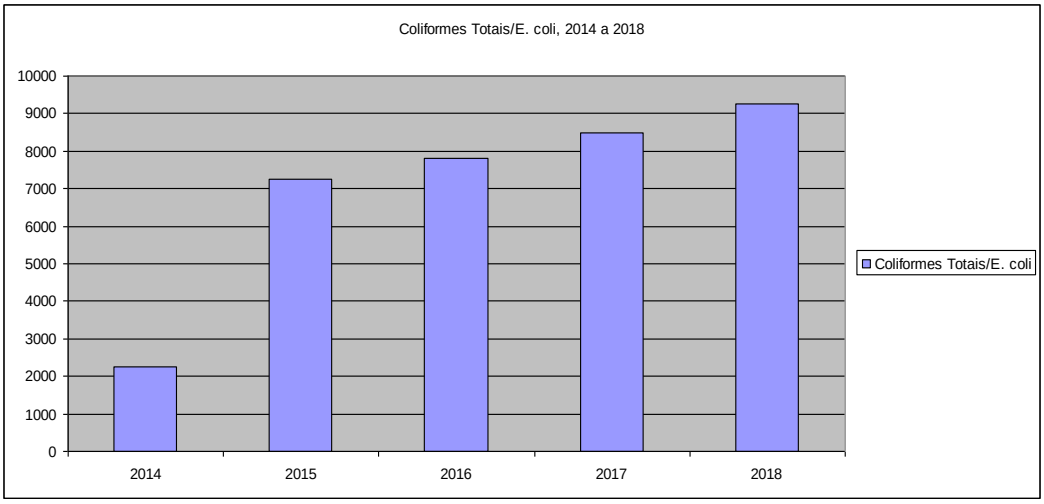


Fonte: SES/MS – Vigilância em Saúde, 2018.

Através da avaliação dos dados foi possível observar nas áreas cadastradas no SISSOLO que as que mais se destacam são os postos de abastecimento e serviços (áreas de comercialização e estocagem de combustíveis e derivados de petróleo); áreas de disposição final de resíduos urbanos (lixões, lava-jatos, cemitérios, dentre outros), depósitos de

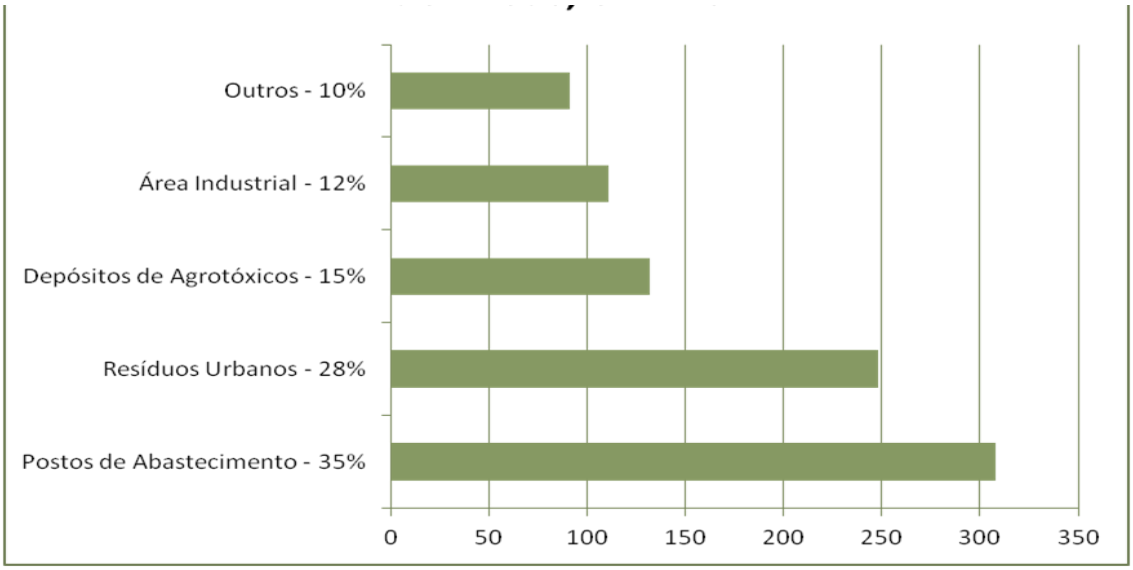
agrotóxicos (onde se incluem os depósitos de armazenamento de insumos para combate a endemias) e áreas industriais.

Figura 18 - Vigilância da qualidade da água para o consumo humano, Mato Grosso do Sul, 2014 a 2018



Fonte: SISSOLO/DATASUS/Ministério da Saúde, 2018.

Figura 19 - Número de áreas cadastradas por classificação de áreas no estado

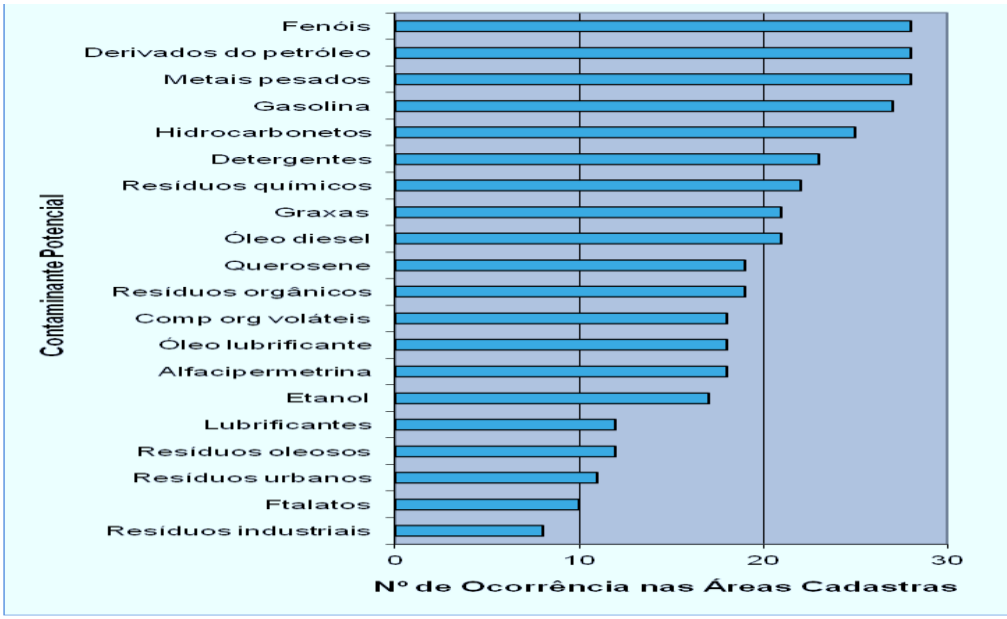


Fonte: SISSOLO/DATASUS/Ministério da Saúde, 2018.

Conforme apresentado no gráfico a seguir, os principais tipos de contaminantes potenciais são oriundos das atividades dos postos de abastecimento e serviços, lava-jatos, lixões e depósitos de agrotóxicos.

Destaca-se que alguns contaminantes levantados no cadastramento são carcinogênicos e/ou nocivos decorrência da ação tóxica.

Figura 20 - Principais contaminantes registrados nas áreas cadastradas no estado



Fonte: SISSOLO/DATASUS/Ministério da Saúde, 2018.

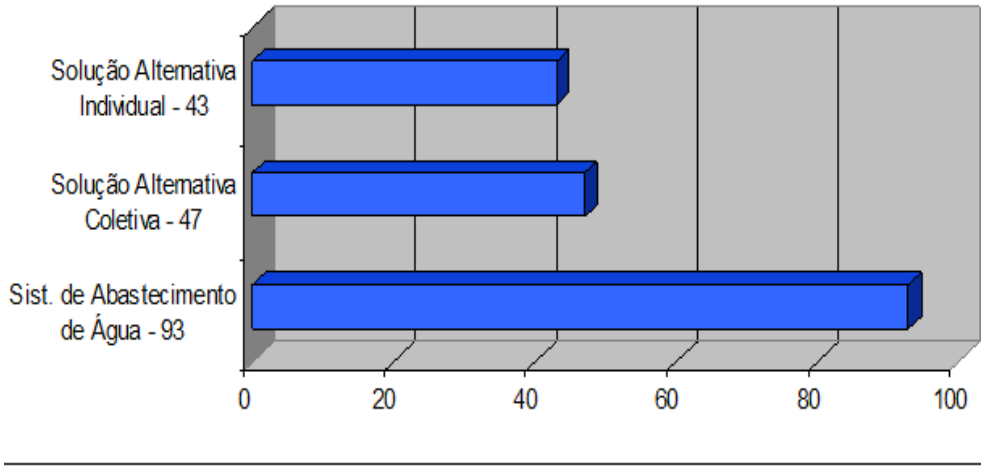
Outro dado levantado na pesquisa das áreas potencialmente contaminadas por substâncias químicas é que as mesmas estão inseridas em áreas urbanizadas e com populações susceptíveis, como por exemplo, as crianças que frequentam tanto as escolas como as creches existentes no entorno do empreendimento potencialmente poluidor.

Contudo, o dado mais preocupante levantado pela análise dos cadastros é o que se refere quanto à forma de abastecimento de água da população no entorno.

Foi possível observar que em 78% das áreas potencialmente contaminadas por substâncias químicas, a população utiliza água dos lençóis freáticos (poços individuais ou coletivos) como forma alternativa de abastecimento, aumentando assim o risco de contaminação.

Como é sabido, água é o principal veículo de exposição da população aos contaminantes químicos gerados pela atividade das áreas cadastradas.

Figura 21- Formas de abastecimento registradas nas áreas cadastradas no estado.



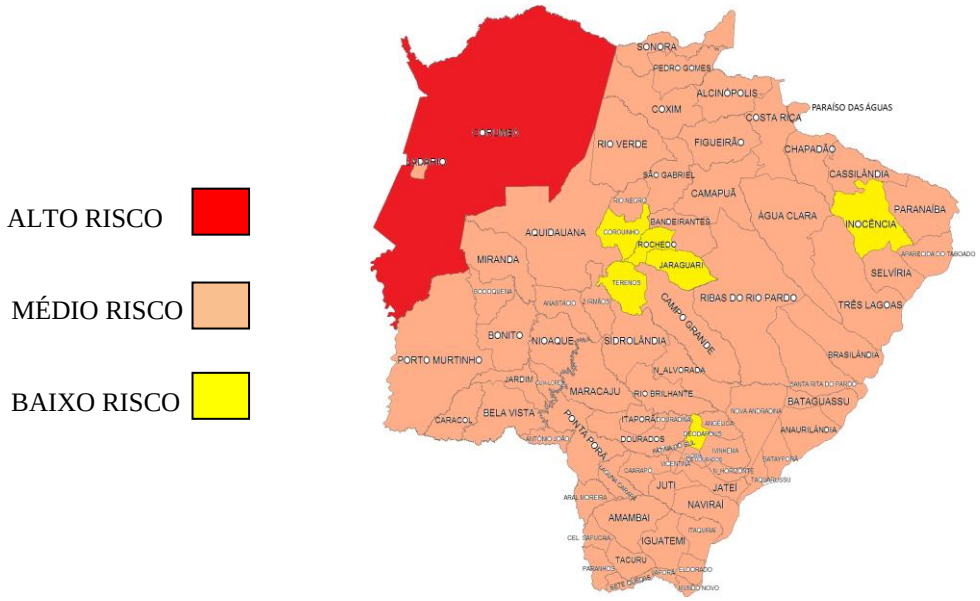
Fonte: SISSOLO/DATASUS/Ministério da Saúde, 2018.

1.3.2.5.1. Classificação dos municípios de riscos em Mato Grosso do Sul

Foram adotados critérios de pontuação e cálculo de percentual para cada Informação Ambiental e de Saúde, tendo como resultado as classificações de risco.

O Estado apresentou médio risco para os seus 72 municípios, seis com baixo risco e Corumbá com alto risco, conforme apresentado a seguir:

Figura 22 - Classificação dos municípios de riscos em Mato Grosso do Sul



Fonte: SISSOLO/DATASUS/Ministério da Saúde, 2018.

1.3.3. Desastres naturais

Todos os desastres naturais ocorridos no Estado de Mato Grosso do Sul e no Brasil são tipificados e cadastrados pela Defesa Civil no Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil – SINPDEC.

A grande maioria dos desastres ocorridos são enxurradas, alagamentos, tempestade local/convectiva-chuvas intensas, tempestade local/convectiva-vendaval, inundações, incêndio florestal, onda de calor, estiagem, doenças infecciosas virais, geadas, entre outros.

Definições usadas na Defesa Civil Nacional:

Desalojado: Pessoa que foi obrigada a abandonar temporária ou definitivamente sua habitação, em função de evacuações preventivas, destruição ou avaria grave, decorrentes do desastre, e que, não necessariamente, carece de abrigo provido pelo Sistema.

Desabrigado: Desalojado ou pessoa cuja habitação foi afetada por dano ou ameaça de dano e que necessita de abrigo provido pelo governo.

Outros afetados: Pessoas que necessitam de auxílio do poder público (excetuando os já informados acima).

Tabela 13 – Registro de ocorrências de desastres no estado de Mato Grosso do Sul – 2015 a 2017

Ano	Ocorrências					
	Mortos	Ferido	Enfermos	Desabrigados	Desalojados	Outros afetados
2015	-	4	-	62	186	38.783
2016	3	50	14.472	109	1338	109.802
2017	-5	-	21	111	946	79.165

Fonte: Vigilância em Saúde Ambiental e o Programa VIGIDESASTRES, 2018.

1.3.4. Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis

Considera-se população vulnerável todo conjunto de pessoas pertencentes a uma minoria que, por motivação diversa, tem acesso, participação e/ou oportunidade igualitária dificultada ou vetada, a bens e serviços universais disponíveis para a população.

São grupos que sofrem tanto materialmente como social e psicologicamente os efeitos da exclusão, seja por motivos religiosos, de saúde, opção sexual, etnia, cor de pele, por incapacidade física ou mental, gênero, dentre outras.

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, conforme preconizado no arcabouço legal do SUS, depende da articulação entre ações relacionadas às condições de vida da população e seus impactos na saúde, além da organização dos serviços.

Há uma carência geral de informações nestes setores mais vulneráveis do estado de Mato Grosso do Sul, por isso optou-se em traçar um perfil amplo para registro nesta análise.

Por ser um estado agropecuário e ter sua população composta por muitos povos de vários estados e países, Mato Grosso do Sul tem números expressivos de grupos específicos com características e necessidades diferenciadas, como o número de famílias assentadas pelos programas de reforma agrária do Governo Federal – 27.764 (INCRA, 2018), que demandam do poder público, a construção de Políticas Públicas de Promoção de Equidade, considerando dois processos: o desenvolvimento dos movimentos sociais e a consolidação do processo democrático.

Desta forma, na perspectiva de formulação de políticas de equidade dentro do arranjo institucional proposto pelo Ministério da Saúde para as políticas sociais.

Foram colocados dois desafios para o estado, o de estruturar políticas públicas de natureza transversal em estruturas administrativas marcadas por recortes setoriais e incorporar ações para grupos vulneráveis, para assegurar os direitos humanos e universalizar o acesso a bens e serviços, contribuindo para a redução das inequidades no estado.

1.3.4.1. População Indígena

A população indígena de Mato Grosso do Sul (MS) é a segunda do País por estado da federação, só ficando atrás do Amazonas, com 183.514 indivíduos. Segundo o Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, 2019 apresenta 77.025 indivíduos, dos quais 61.158 moram em terras indígenas e 15.867 fora delas, sendo 38.971 homens (50,6%) e 38.054 mulheres (49,4%) homens (50,6%) e 38.054 mulheres (49,4%).

As principais etnias presentes no território são: Guarani Kaiowá e Guarani Ñandeva (família linguística TupiGuarani, Tronco Tupi); Terena e Kinikinau (da família linguística Aruak); Ofaié e Guató (do Tronco linguístico MacroJê) e Kadiwéu (família Guaicurú).

Os Guaranis e os Terena são, respectivamente, a segunda e quinta das etnias mais populosas do Brasil, considerando o total dos que moram dentro e fora das terras indígenas. No MS, os Guarani Kaiowá estão em primeiro, seguido dos Terenas. Dos 61.158 indígenas que moram em terras indígenas, 45,9% possuem entre zero e 14 anos de idade. Considerando as terras indígenas individualmente, a proporção de crianças também é alta, variando entre 33,0% na terra indígena Pilad Rebuá, em Miranda, e 58,5% na terra indígena Takuaraty/Yvykuarusu, em Paranhos.

Em 15 das 39 terras indígenas situadas em Mato Grosso do Sul, a população de crianças representa mais da metade do total populacional. Isso demonstra que a taxa de fecundidade entre as mulheres indígenas continua alta em Mato Grosso do Sul, assim como acontece com a população indígena feminina, em todo o território nacional.

Quadro 2 - Distribuição etnias por municípios, DSEI 2019

Nº	Povos Indígenas	Municípios
1	**Atikum**	Nioaque (Aldeia Brejão)
2	**Guarani-Kaiowá**	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	**Guató**	Corumbá
4	**Kamba**	Corumbá (origem Boliviana)
5	**Ofayé**	Brasilândia
6	**Kadiwéu-Kinikawa**	Bodoquena, Bonito e Porto Murtinho
7	**Terena**	Anastácio, Aquidauana, Campo Grande, Dois Irmãos do Buriti, Dourados, Miranda, Nioaque, Rochedo e Sidrolândia.

Fonte: DSEI-FUNASA-MS 2019.

A predominância na área rural se deve em grande parte ao processo histórico de territorialização das diversas etnias existentes, mas observa-se no estado a presença de migração para as regiões urbanas. Esse fenômeno pode ser devido a situações semelhantes àquelas apresentadas pelos sateré mawé que por restrição territorial, esgotamento dos recursos naturais e proximidades com as cidades, a migração ocorreu por motivos de estudos e procura de trabalho.

Segundo a FUNASA 2018, esse processo de migração também se retrata na condição de alfabetização que foi percebido um percentual baixo (17,4%) das pessoas não alfabetizadas que residiam fora das aldeias. Percebeu-se também melhoria no acesso à educação dentro das tribos onde quase 75% eram alfabetizadas. Esse aumento pode ser em

decorrência de processo de resgate pelas escolas, do fortalecimento e revitalização da identidade étnica e dos aspectos históricos e culturais que estão presente nesses povos.

Quanto à parte linguística existe a valorização da língua indígena, pois a maioria (51,1%) a utiliza com exclusividade, enquanto que fora ela representava uma pequena parcela (3,4%).

As condições sanitárias quanto ao esgotamento se apresentaram com predomínio da utilização de fossa rudimentar (41,4%) e valas (17,8%). Quando comparado dentro e fora das aldeias observa-se melhores condições daqueles que residem fora. Quanto à forma de abastecimento de água a maioria foi fornecida pela rede geral (63,5%), contudo ao realizar a análise nas aldeias, ressaltou-se que além da utilização da rede geral (53,4%), parte do abastecimento era proveniente de poço ou nascente na aldeia (31,2%). No que se refere ao destino do lixo, a maioria era queimado (60,2%), sendo ainda mais frequente essa prática dentro das aldeias (89,1%)37.

As difíceis condições de vida tornaram esses povos mais vulneráveis às doenças, refletindo diretamente na piora do estado de saúde, fatores que contribuíram para o aumento dos índices de morbidade, mortalidade, dias de internação e piora da qualidade de vida, principalmente na população infantil. Ciente desta condição, o estado de Mato Grosso do Sul foi o 2º estado da federação a elaborar m plano específico de políticas públicas para os povos indígenas. Desenvolvido pela Subsecretaria de Políticas Públicas para a População Indígena (SPPPI), ligada à Secretaria de Estado Cultura e Cidadania (SECC), com objetivo de promover e proteger os direitos indígenas. Visando a transversalidade e integração, o Plano está estruturado em 09 eixos: Território e Meio Ambiente; Educação e Cultura; Agricultura

Familiar e Segurança Alimentar; Saúde, Esporte e Lazer; Habitação e Infraestrutura; Assistência Social; Segurança Pública; Mulheres Indígenas; Trabalho e Renda.

1.3.4.2. População Privada de Liberdade no Sistema Prisional

A população prisional é considerada como tendo elevado risco para aquisição de infecções relacionadas às condições de confinamento. Entre as doenças mais importantes na população prisional estão às doenças sexualmente transmissíveis, as hepatites virais, o HIV/AIDS e a tuberculose. Fatores individuais e condições de vida antes do encarceramento contribuem para a alta endemicidade das hepatites virais e sífilis na população privada de liberdade, como população jovem, predominantemente masculina, de baixa escolaridade, oriunda de comunidades desfavorecidas. As relações sexuais sem proteção entre os presidiários, ou facilitadas pela visita íntima, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, gestação sem acompanhamento pré-natal e marginalização social são condições que possibilitam a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV), do vírus da hepatite B (HBV) e do Treponema pallidum. Adicionalmente, a confecção de tatuagens artesanais e compartilhamento de objetos perfuro-cortantes predispõem a disseminação da infecção causada pelo HIV e pelo vírus da hepatite C (HCV) neste cenário.

A adesão a Política Nacional de Atenção a Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP no Estado do Mato Grosso do Sul ocorreu em 30 de junho de 2014, sendo que em 05 de dezembro de 2014, no diário oficial 8814, pg.16, MS publica o PAR - Plano de Ação Estadual para Política Nacional de Atenção a Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional. Antes da publicação da Portaria nº 01 que institui a PNAISP os municípios recebiam repasse de recurso através do Plano Operativo, com o advindo da Política o Plano foi instinto em 31 de dezembro de 2017 e somente a Política está vigente. Ao longo desses quatro anos

a Secretaria de Estado de Saúde vem atuando no fomento para que os municípios que eram Pleno tivessem suas equipes habilitadas recebendo assim, um recurso maior que pudesse melhorar os atendimentos em saúde aos privados de liberdade nas unidades prisionais.

Com a adesão a PNAISP o estado através da Portaria Nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014, que dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), tem repassado aos municípios com adesão, recursos referentes ao custeio de medicamentos que fazem parte da RENAME para atender aos custodiados. Atualmente o estado possui 37 municípios com adesão a PNAISP e 38 equipes habilitadas e 2 equipes aguardando Portaria de habilitação, sendo o estado com maior número de equipes habilitadas no país e que repassa 20% de recursos, como contrapartida aos municípios habilitados, conforme determina a Portaria n. 01 de 2 de janeiro de 2014.

Tabela 14 - Número de Custodiados

Quantidade de estabelecimentos	104
Quantidade de vagas	8548
Quantidade de presos	17751
Déficit de Vagas	8765
Quantidade de presos em regime fechado	9378
Quantidade de presos em regime semiaberto	2496
Quantidade de presos em regime aberto	974
Quantidade de presos provisórios	4396
Quantidade de presos em prisão domiciliar	16821
Quantidade de presos estrangeiros	168
Quantidade de presos indígenas	244
Quantidade de presos em monitoramento eletrônico	536
Internos em Cumprimento de Medida de Segurança	105

Fonte: DADOS DAS INPEÇÕES NOS ESTABELECIMENTOS PENAIS

Geopresídios é uma Radiografia do Sistema Prisional - Relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CNIEP).

1.3.4.3. População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT+)

Nos últimos anos, a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) vem ganhando mais espaço, no entanto essa população ainda se depara com problemas como o preconceito, a invisibilidade e as dificuldades de alguns profissionais de saúde em lidar com a diversidade sexual e de gênero. Isto pode levar, em muitos casos, à dificuldade de acesso e ao não acolhimento nos serviços de saúde.

Algumas iniciativas podem ser identificadas no que se refere à visibilidade da população LGBT. Cita-se, por exemplo, a possibilidade da utilização do nome social de travestis e transexuais no Cartão SUS, a inclusão do campo orientação sexual e identidade de gênero na ficha de cadastro individual do e-SUS, a Portaria Ministerial 2803/2013 que redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde e a possibilidade de notificar-se os casos de violência motivados por homofobia, lesbofobia, bifobia e transfobia no Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), embora saiba-se que ainda são necessários muitos outros avanços.

Um dos grandes estigmas da população LGBT é a Aids, a síndrome da imunodeficiência adquirida, causada pelo vírus HIV. Por décadas – e até hoje – a Aids foi utilizada como forma de desmerecimento e de discriminação dessa população, sobretudo contra gays, travestis e transexuais.

Dados do Ministério da Saúde que mostram o aumento de casos, em 2017, entre jovens HSH (homens que fazem sexo com homens) expõem a necessidade urgente de campanhas específicas para esse público.

Em relação a Mato Grosso do Sul, os dados são ainda mais alarmantes: houve um aumento de 45,3% no número de novos casos de HIV/AIDS em toda população LGBT em

2019 na comparação com 2017 (Ministério da Saúde 2018). Em Campo Grande, ainda de acordo com o Ministério da Saúde, 9,5% da população HSH é portadora do vírus.

Todavia, o mesmo levantamento mostrou diminuição de 32,3% nos óbitos relacionados a HIV/Aids comparado com 2017. Este resultado é possível graças ao avanço dos fármacos, antirretrovirais que combatem o vírus no organismo e que podem diminuir a carga viral a níveis indetectáveis, o que impede a transmissão. Os antirretrovirais têm distribuição gratuita em todo o Estado.

Desta forma, o estado do Mato Grosso do Sul, vem implementando políticas públicas de enfrentamento ao preconceito e discriminação desta população, e de promoção ao acesso integral a saúde com objetivo apresentar estratégias para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo que vise a garantia do acesso à saúde e ao acolhimento livre de discriminação em todos os níveis de atenção.

O estado saiu na frente de muitos estados brasileiros por implementar departamentos governamentais com composição de todos as pastas do governo, dedicados ao desenvolvimento de políticas públicas LGBT+, organizando, fortalecendo e ampliando ações para esta população. A redução de assassinatos no estado foi expressiva. O estado ocupava a quarta posição em índice de assassinatos de LGBT+ no Brasil e passou a oitava posição, segundo dados do Grupo Gay da Bahia – GGB[2], divulgados em 2018.

Mato Grosso do Sul também foi um dos primeiros estados a por em prática a resolução 175 do CNJ (Conselho Nacional de Justiça), que proibiu cartórios de todo o país de

[2] O Grupo Gay da Bahia (GGB) é organização não governamental voltada para a defesa dos direitos dos homossexuais.

se recusarem a registrar casamentos civis (ou converter uniões estáveis) entre pessoas do mesmo sexo.

1.3.4.4. População Imigrante

Com 1,5 mil quilômetros de fronteira seca com Bolívia e Paraguai e após endurecimento da política migratória do Chile, Mato Grosso do Sul virou porta de entrada de estrangeiros. Somente até julho de 2018, 71.761 pessoas ingressaram no Brasil pelo estado, números que o mantém entre os estados com maior rotatividade migratória no País. Desde 2004 chegam mais imigrantes do que saem pessoas em busca de melhores oportunidades.

A maioria vem de países vizinhos, como Paraguai e Bolívia, ou ainda de nações sem perspectiva diante da escassez de postos formais de trabalho e da miséria que os assola de forma crônica, como no caso de Venezuela, Síria, Colômbia e Haiti, que desde 2010 tenta se reerguer do terremoto.

1.3.4.5. Pessoas com Deficiência

Mato Grosso do Sul possui 699.869 de pessoas com deficiência sendo visual (16,72%), motora (6,13%), auditiva (4,39%) e intelectual (1,32%), tabela abaixo

Esses dados podem estar subestimados e essa falta de estatísticas sobre pessoas com deficiência podem contribuir para a invisibilidade dessas pessoas e podem afetar o planejamento e implementação das políticas de desenvolvimento que melhoram as vidas dessas pessoas com deficiência.

Tabela 15 – Distribuição de pessoas com deficiência em Mato Grosso do Sul – 2010

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

Fonte: IBGE 2010

1.3.4.6. Comunidades Remanescentes de Quilombolas e Urbanos Formalizadas

Mato Grosso do Sul tem 22 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares, entidade ligada à Secretaria Especial da Cultura, do Ministério da Cidadania. Relação de Comunidades Remanescente de Quilombos Rurais e Urbanos Formalizadas.

- Aquidauana - Furna dos Baianos- Rural
- Bonito – AQUIRÃ – Águas de Miranda - Ribeirinha
- Campo Grande – Comunidade São João Batista e Tia Eva
- Corguinho – Furna da Boa Sorte - Rural
- Corumbá – ACTHEO - Urbana
- Dourados – Picadinha - Rural
- Figueirão – Comunidade Santa Tereza – Malaquias - Rural
- Jaraguari – Furnas do Dionisio - Rural
- Maracaju- São Miguel - Rural
- Nioaque – FAMÍLIAS: Araújo Ribeiro, Bulhões, Cardoso e Martins.- Urbanas
- Pedro Gomes – Família Quintino - Rural
- Rio Brilhante – Família Jarsen

- Rio Negro – Comunidade Orolândia - Rural
- Sonora – Família Bispo - Rural
- Terenos - ARQUITEC – Comunidade dos Pretos – Rural

1.4. Perfil Epidemiológico

O perfil epidemiológico é um indicador observacional das condições de vida, do processo saúde- doença e do estágio de desenvolvimento da população. Desta forma, ao perfil epidemiológico do estado, apresentado a seguir, foi elaborado com enfoque no perfil das regiões de saúde do estado, de forma a evidenciar as suas características epidemiológicas. A partir de uma análise contextual é possível compreender situações de maior risco e buscar meios que possam ser utilizados para controlá-los ou eliminá-los.

1.4.1. Aspectos da Mobimortalidade

Para a análise das informações sobre as tendências de morbimortalidade no Estado de Mato Grosso do Sul, as bases de dados utilizadas tiveram como referência o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do DATASUS/ Ministério da Saúde, relativas aos períodos de 2015 a 2017.

1.4.2. Aspectos Gerais de Mortalidade

Foi observado que da totalidade de óbitos ocorridos, proporcionalmente, as causas relacionadas às doenças do aparelho circulatório representaram 31,8% (2015), 30,5% (2016) e 27,8% (2017). Os óbitos para mulheres segundo as causas por doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores) e do aparelho respiratório representaram as principais causas, entre 2015 a 2017. Para os homens, os óbitos por causas relacionadas às doenças do

aparelho circulatório, causas externas de mortalidade e neoplasias (tumores) foram as mais significativas quantitativamente mais relevantes.

A Taxa de Mortalidade (por 100.000 habitantes) reflete o quadro de mortalidade segundo as principais causas de óbitos em Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2017, doenças do aparelho circulatório 178,6/100.000 (2015), 186,9/100.000 (2016) e 170,3/100.000 (2017), e as neoplasias (tumores) 97,1/100.000 (2015), 100,7/100.000 (2016) e 104,9/100.000 (2017).

Tabela 16 Mortalidade Geral de Mato Grosso do Sul, 2017

Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por mil hab.)
IX. Doenças do aparelho circulatório	4.564	1,66083
II. Neoplasias (tumores)	2.817	1,025101
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2.062	0,750358
X. Doenças do aparelho respiratório	2.017	0,733982
IV. Doenças endócrinas nutricionais e etabólicas	1.052	0,382821
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat 11º lugar)	254	0,09243
Total	**15.954**	**5,805628**

Fonte: SES 2019.

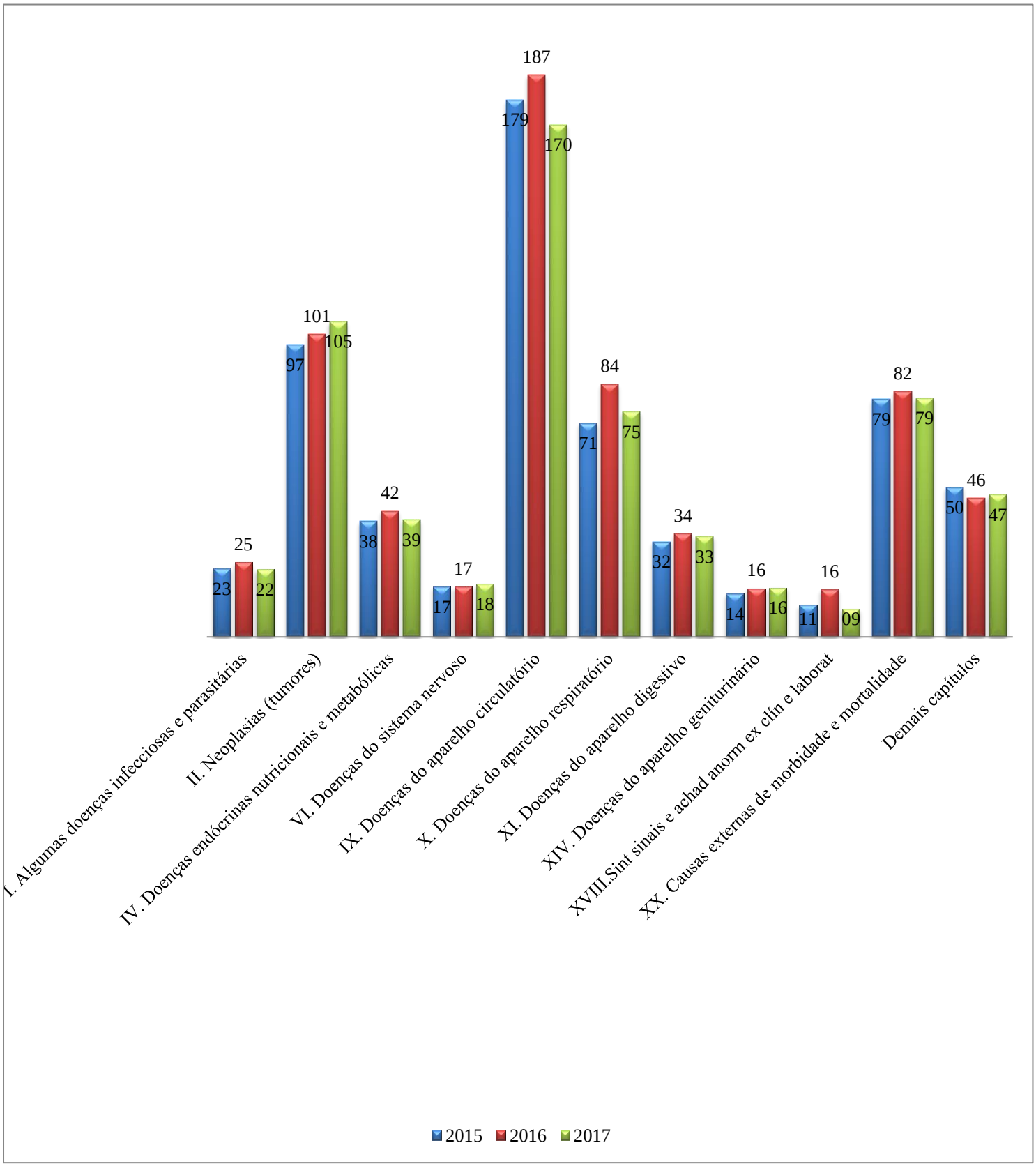
Tabela 17 - Mortalidade por Sexo de Mato Grosso do Sul, 2017

Sexo Masculino		Sexo feminino	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
I21 Infarto agudo do miocardio	0,347159	I21 Infarto agudo do miocardio	0,209969
J18 Pneumonia p/microorg NE	0,154293	J18 Pneumonia p/microorg NE	0,147379
J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	0,142284	J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	0,122634
X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	0,101528	E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,08588
I11 Doenc cardiaca hipertensiva	0,08588	C50 Neopl malig da mama	0,078602
Taxa de mortalidade total	3,386798	**Taxa de mortalidade total**	2,417738

Fonte: SES 2019.

No gráfico a seguir apresentamos a Taxa de Mortalidade segundo capítulo CID-10 de Mato Grosso do Sul do período de 2015-2017.

Figura 23 - Gráfico da Taxa de Mortalidade segundo capítulo CID-10, Mato Grosso do Sul 2015 a 2017



O acompanhamento dos óbitos prematuros (pessoas com 30 a 69 anos) segundo as causas, apontam que as doenças crônicas não transmissíveis-DCNT em Mato Grosso do Sul apresentam-se relevantes e se constituem nas 04 principais causas de óbitos prematuros (neoplasias e tumores, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e causas externas de morbimortalidade).

Essas patologias, incidentes no estado, não diferem da problemática da saúde no Brasil, tanto que integram o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil período de 2011 a 2022.

Tabela 18 - Mortalidade por Faixa Etária de Mato Grosso do Sul, 2017

Faixa etária	Nº óbitos	Taxa (por mil hab.)	Causa principal (Categoria CID-10)
Menor 1 ano	473	0,172124	P00 Fet rec-nasc afet afec mat n obr rel grav at (27)
1 a 4 anos	93	0,033843	A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum (8)
5 a 9 anos	60	0,021834	J18 Pneumonia p/microorg NE (5)
10 a 14 anos	61	0,022198	G80 Paralisia cerebral (5) X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc (5)
15 a 19 anos	218	0,07933	X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc (35)
20 a 29 anos	619	0,225253	X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE (113)
30 a 39 anos	787	0,286388	X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE (67)
40 a 49 anos	1163	0,423213	I21 Infarto agudo do miocardio (116)
50 a 59 anos	2077	0,755816	I21 Infarto agudo do miocardio (235)
60 a 69 anos	2815	1,024373	I21 Infarto agudo do miocardio (354)
70 a 79 anos	3368	1,225608	I21 Infarto agudo do miocardio (425)
80 anos e mais	4202	1,529099	J18 Pneumonia p/microorg NE (385)
Idade ignorada	18	0,00655	R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade (5)
Total	**15954**	**5,805628**	**I21 Infarto agudo do miocardio (1531)**

1.4.3. Mortalidade Materna

A mortalidade materna é um bom indicador da realidade socioeconômica de um país e da qualidade de vida de sua população. No mundo, a cada minuto, uma mulher morre durante o trabalho de parto ou por complicações na gravidez, e, no Brasil, isto também é um problema que atinge várias regiões de forma desigual. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que uma mulher grávida de um país em desenvolvimento tem um risco de morrer por causas ligadas à gestação de 100 a 200 vezes maior do que a mulher grávida em um país desenvolvido (OMS, 2004).

Esses dados destacam a fragilidade na atenção à saúde materno-infantil como relevante problema de saúde pública em âmbito mundial e nacional, pois ocasiona todos os anos um grande número de mortes maternas e infantis. Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas com um planejamento familiar, pré-natal, parto, pós-parto e atenção infantil adequados.

A Razão da Mortalidade Materna (RMM) reflete a qualidade de atenção à saúde da mulher e taxas elevadas associam-se à insatisfatória prestação de serviços de saúde, como no planejamento familiar, no parto, nascimento e no puerpério. Segundo a OMS, a RMM é considerada "baixa" quando menor que 20 mortes por 100.000 nascidos vivos, "média" quando de 20 a 49 mortes, "alto" de 50 a 149 mortes e "muito alto" acima de 150 mortes.

No Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2017, foram notificados 2.746 óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e destes, 2,91% (80/2.746) de mortes maternas (causas obstétricas diretas e indiretas). A razão da Mortalidade (RMM), no período analisado, foi de 60,92 por 100.000 Nascidos Vivos (NV), índice considerado alto segundo parâmetros da Organização Mundial

de Saúde, no entanto verifica-se que ocorreu uma queda de 9,28% na razão no período analisado.

Tabela 19 -- Número de óbitos maternos obstétricos, nascidos vivos e razão da mortalidade materna. Mato Grosso do Sul, 2015 a 2017

ANO	Nº Óbitos Maternos Obstétricos	Nº Nascidos Vivos	RMM (p/100.000 NV)
2015	31	44.147	70,20
2016	28	42.423	63,00
2017	21	44.748	46,93
Total	80	131.318	60,92

Fonte: Modulo web de Mortalidade Materna /SIM e SI NASC e TABNET /SES data 05/07/2019.

Tabela 20 - Mortes Maternas, segundo Causa Básica do Óbito – 2018*

CID10 CAP XV	CAUSA DO ÓBITO GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO – GPP (O00-O99)	N° de Casos (total 29)	100%
O00 – O08	Gravidez que termina em aborto	2	6,89%
O10 - O16	**Edema, Proteinúria e Transtornos Hipertensivos**	**6**	**17,24%**
O30 – O45	Assistência prestada à mãe ligada ao feto e à cavidade iótica	2	6,89%
O60 – O75	**Complicações do trabalho de parto e do parto**	**5**	**17,24%**
O85 – O92	Complicações relacionadas com o puerpério	4	13,79%
O95 – O99	**Outras afecções obstétricas**	**10**	**34,48%**

Fonte: Módulo de Óbito Materno do SIM. Data: 07/03/2019 às 15:18.

(*) Dados parciais

1.4.4. Mortalidade Infantil

No que se refere aos óbitos de crianças menores de um ano de idade, a taxa de mortalidade infantil é o indicador que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida.

Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (RIPSA,2012)

Seu cálculo considera os óbitos infantis de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 óbitos por mil ou mais), médio 20 óbitos a 49 por mil) e baixo (menos óbitos de 20 por mil)[3], parâmetros que necessitam de revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico.

Os índices de mortalidade infantil reduziram em Mato Grosso do Sul entre os anos de 2015 e 2017. O Estado passou da 16ª para a 10ª posição. Por outro lado, a taxa de mortalidade infantil no Brasil subiu 4,8% no período de 2015 a 2016, conforme relatório do Ministério da Saúde.

De acordo com a Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, no ano de 2014, a taxa de mortalidade infantil em Mato Grosso do Sul era de 12,9. Essa mesma taxa se manteve em 2016. Em 2017 a taxa caiu para 10,7.

Essa redução é atribuída à universalização das ações desaneamento básico e o programa de prevenção ao zika vírus. O Estado ampliou o acesso à água tratada e à rede coletora de esgoto e o combate ao mosquito transmissor de zika se deu por meio de plano emergencial e ações permanentes de combate ao vetor.

---

[3] Pereira, MG. Mortalidade. Epidemiologia: Teoria e Prática. Cap 6, p.126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro,1995. Citado in: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/Capitulo C.pdf

Sobre o aumento do número de mortes de nascidos vivos até 1 ano de idade no País, o Ministério da Saúde explica que o indicador foi afetado pela redução de 5,3% na taxa de nascimento ocasionada pelo adiamento da gestação diante da epidemia de zika que colocou o Brasil em uma emergência sanitária entre novembro de 2015 e maio de 2017.Além disso, muitos bebês morreram em decorrência de malformação causada por infecção pelo vírus.

Muitas das mortes infantis foram causadas por doenças que poderiam ter sido evitadas caso não tivesse ocorrido a perda de renda das famílias, estagnação de programas sociais e cortes na saúde pública, que prejudicaram serviços de saúde, como a vacinação.

Sustentabilidade Social – Nos anos de 2015, 2016 e 2017, o Estado apresentou redução gradativa no pilar da Sustentabilidade Social, formado por um conjunto de 14 indicadores, entre eles o de mortalidade infantil.

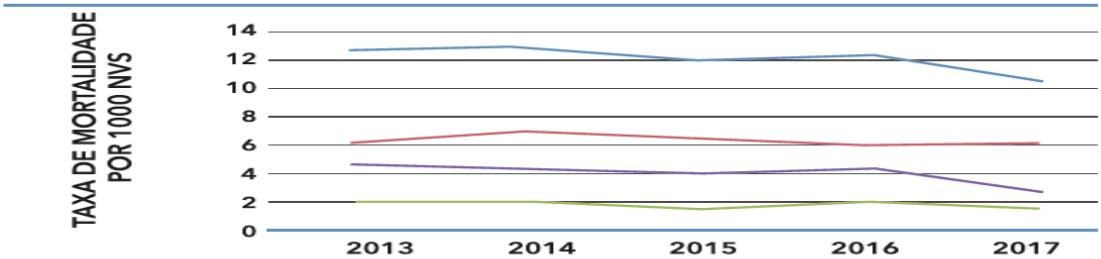
Mato Grosso do Sul obteve nota 70,0, o que classifica o Estado na 9ª posição. A média nacional é 51,0. No indicador de mortalidade infantil, foi atribuída nota 64,1, enquanto a média nacional é de 49,1.

Os avanços nos 14 indicadores do pilar da Sustentabilidade Social contribuíram, com a redução do índice de mortalidade infantil no Estado. No indicador da segurança alimentar, por exemplo, o Estado avançou quatro posições, passando da 7ª para a 3ª.

Em relação ao indicador de acesso à água tratada, item fundamental para combater a diarreia, uma das causas da mortandade de crianças de zero a cinco anos, Mato Grosso do Sul avançou três posições, passando da 10ª para a 7ª no ranking dos Estados.

MS avançou ainda uma posição no indicador do acesso à rede coletora de esgoto, da 14ª para a 13ª posição.

Figura 24 - Taxa de Mortalidade Infantil e seus Componentes (por 1000 NV), Mato grosso do Sul 2013 a 2017 *



	2013	2014	2015	2016	2017
Infantil	12,8	12,96	12,01	12,4	10,5
Neo Precoce	6,2	7	6,5	6,1	6,2
Neo Tardio	1,9	2,1	1,5	1,9	1,5
Pós Neo	4,7	4,3	4	4,4	2,8

Fonte Módulo Web de Mortalidade Infantil/SIM e SINASC.

* Dados parciais atualizados em 01/03/2018

As principais causas de morte neonatal são complicações em partos prematuros (35%), eventos relacionados ao processo de parto (24%) e infecções (15%). E de acordo com a Organização Mundial de Saúde, grande parte das causas dos óbitos são evitáveis, principalmente através de prevenção, como acompanhamento pré-natal ou assistência médica nas primeiras semanas de vida.

Figura 25 - Distribuição de Óbitos Infantis, segundo critérios de evitabilidade. Mato Grosso do Sul 2017*

CAUSAS DE EVITABILIDADE	ÓBITOS	
	Nº	%
1.1. Reduzíveis por ações de imunoprevenção	0	0
1.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	216	49
1.3. Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	24	5
1.4. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vincula-das a ações adequadas de atenção à saúde	37	9
Subtotal (1.1 + 1.2 + 1.3+ 1.4)	**277**	**63**
2. Causas de morte mal definidas	18	4
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	147	33
Total (1 +2 + 3)	**442**	**100**

Fonte Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal/Ministério da Saúde

*Dados Parciais atualizados em 01/03/2018

Tabela 21 - Taxas de Internação (SUS) de Mato Grosso do Sul - 2017

Fonte: SES 2019.

Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por 10 mil hab.)
XV. Gravidez parto e puerpério	36.721	135,34
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	21.093	77,74
X. Doenças do aparelho respiratório	19.241	70,92
XI. Doenças do aparelho digestivo	16.166	59,58
IX. Doenças do aparelho circulatório	13.379	49,31
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	12.497	46,06
	163.615	**603,04**

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de internação é pela taxa por 10 mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de internação total não considera apenas as cinco maiores causas de internação, mas sim o número de internações total.

1.4.5. Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANT

Doenças e agravos não transmissíveis (DANT) são doenças ou agravos cuja etiologia não está diretamente relacionada a um agente biológico, mas a múltiplas causas de origem física, social, econômica e ambiental.

O conhecimento da ocorrência dessas doenças na população é objetivo da vigilância epidemiológica das DANT que , pelo conhecimento da distribuição, da magnitude e da tendência dessas doenças e de seus fatores de risco (ou de proteção) na população, identifica seus condicionantes físicos, sociais, econômicos e ambientais, de forma a subsidiar o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação das ações de cuidado em saúde de forma integral, eficiente, factível e adequado às necessidades sentidas pela população.

No rol das DANT está a violência doméstica, sexual e/ou outras violências. No estado mais de 60 mil notificações já foram realizadas pelos municípios e estão distribuídas em todas as faixas etárias.

Tabela 22 - Número de notificações de violência doméstica, sexual e/ ou outras violências, por faixa etária, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017

Faixa Etária	2015	2016	2017	Total
Menor 1 ano	529	490	397	1416
1 a 4 anos	804	768	860	2432
5 a 9 anos	479	398	458	1335
10 a 14 anos	557	586	739	1882
15 a 19 anos	951	1078	1311	3340
20 a 29 anos	1388	1545	1814	4747
30 a 39 anos	1011	1158	1295	3464
40 a 49 anos	655	718	804	2177
50 e mais	1073	1179	1287	3539
Total	7447	7920	8965	24332

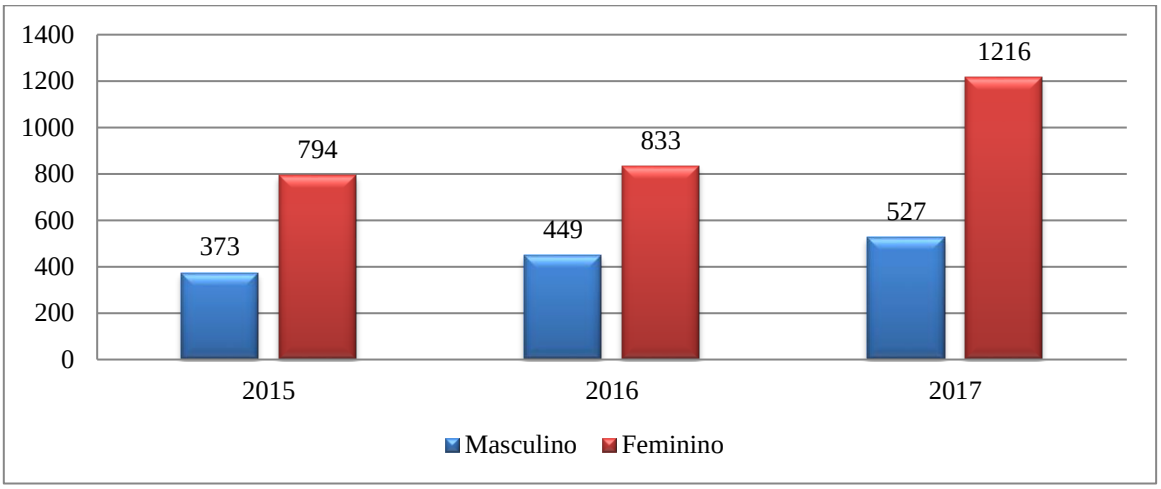
Fonte: SINAN-NET acessado em 16/05/2019

As mulheres têm apresentado maior número de casos de notificações conforme a tabela a seguir representando 62% das notificações em relação ao sexo masculino. Sabe-se que as mulheres são mais vulneráveis à violência doméstica e sexual. O maior número de notificações é de violência sexual (88% das notificações), seguido da violência psicológica/moral (79% das notificações) e violência física (63,5% das notificações).

O suicídio tem se mostrado relevante na epidemiologia do estado, tanto que se registra em MS a 3ª maior taxa do país.

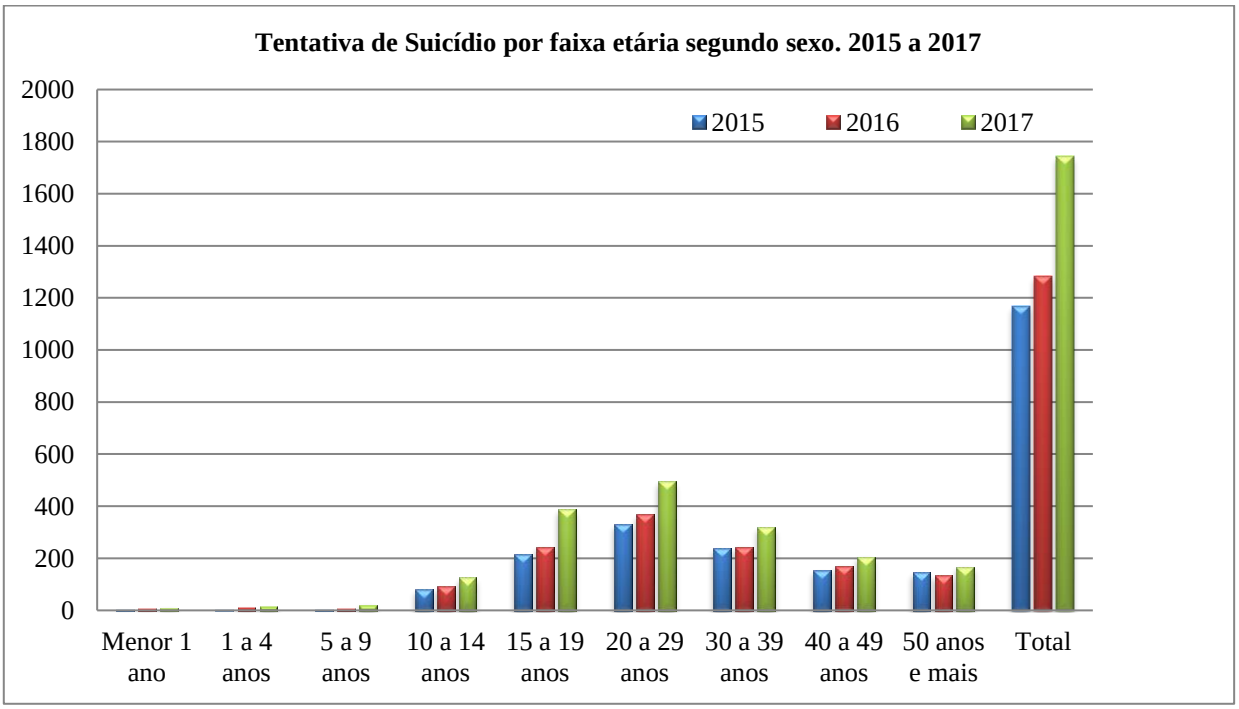
Nos gráficos a seguir observa-se a distribuição das tentativas de suicídio notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em Mato Grosso do Sul no período de 2015 a 2017, tanto por sexo como por idade. Consideram-se as notificações de suicídio em crianças são geralmente erros de informação.

Figura 26 - Número de notificações de lesão autoprovocada, por faixa etária e sexo, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN-NET acessado em 16/05/2019.

Figura 27 - Número de notificações de lesões autoprovocadas, por faixa etária, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN-NET acessado em 16/05/2019

Em 2017, das 1.863 mortes ocorridas no Estado por causas externas, 13,6% foram por suicídio, sendo 5,3% destas na região de saúde de Dourados. Considerando-se o período de 05 anos (2010 a 2015) 43,4% das mortes por suicídio aconteceram nessa região.

Com relação às tentativas de suicídio (lesões autoprovocadas) observa-se que as mulheres atentam mais contra a própria vida e são mais reincidentes. A violência doméstica é apontada como principal causa das tentativas feitas por mulheres. Observa-se que em Mato Grosso do Sul em torno de 70% das lesões autoprovocadas são em mulheres.

1.4.6. Registro de Câncer

Os registros de Câncer de Base Populacional – RCBP, tem por objetivo conhecer o número de casos novos (incidência) de câncer, sua distribuição e tendência temporal na população pertencente à área geográfica de sua cobertura. As informações produzidas subsidiam estudos epidemiológicos para identificação de populações de risco e permitem medir a eficácia de programas de prevenção e controle do câncer.

Na tabela a seguir, no período de 2015 a 2017, estão demonstradas as estimavas de casos novos de câncer no sexo masculino em Mato Grosso do Sul e na capital Campo Grande. Dentre as localizações destacam-se as neoplasias malignas na próstata devido as elevadas taxas no período.

Tabela 23- Estimativas do número de casos e das taxas de incidência por 100.000 habitantes de neoplasias malignas em homens, segundo localização primária, em Campo Grande e Mato Grosso do Sul, no período 2015 a 2017

Localização Primária das Neoplasia Maligna em Homens	Estimativa dos Casos Novos 2015				Estimativa dos Casos Novos 2016 e 2017			
	MS		Campo Grande		MS		Campo Grande	
	Casos	Taxa[1]	Casos	Taxa[1]	Casos	Taxa[1]	Casos	Taxa[1]
Próstata	1.020	82,92	370	75,32	1.100	88,3	490	97,21
Traqueia, Brônquio e Pulmão	210	17,33	90	18,95	220	17,36	90	18,75
Cólon e Reto	200	16,69	90	18,39	240	19,2	140	27,83
Estômago	180	14,4	70	13,55	190	15,03	90	16,97
Cavidade oral	120	10,01	40	8,9	130	10,82	50	9,9
Laringe	90	7,3	30	7	100	7,8	40	8,61
Bexiga	90	7,76	50	10,86	90	6,95	40	8,86

Esôfago	120	9,87	50	11,16	130	10,57	60	11,53
Linfoma de Hodgkin	20	1,49	**	1,75	20	1,94	**	1,7
Linfoma não Hodgkin	40	3,59	20	4,58	60	4,73	30	6,6
Glândula Tireoide	20	1,54	**	1,89	20	1,47	**	1,94
Sistema Nervoso Central	50	4,38	20	4,9	50	4,43	30	5,62
Leucemias	60	4,91	30	5,91	60	4,91	30	6,68
Pele Melanoma	40	3,35	20	3,69	30	2,51	20	3,82
Outras Localizações	520	42,36	190	34,62	570	45,87	250	48,7
Pele não Melanoma	1.360	110,6	180	35,65	1.560	125,51	700	138,06
Todas as Neoplasias	4.140	337,09	1.250	251,64	4.570	366,83	2.080	410,47

Fonte: Estimativa/2015 – Incidência de Câncer no Brasil/INCA.

[1]Taxa bruta por 100.000 hab.

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Na tabela a seguir, está demonstrada a estimativa de casos de Câncer no sexo feminino em Mato Grosso do Sul e em Campo Grande. Na referida tabela estão apresentadas as principais localizações primárias dos casos estimados de câncer (câncer de mama e o de colo de útero).

Tabela 24 - Estimativas do número de casos e das taxas de incidência por 100.000 habitantes de neoplasias malignas em mulheres, segundo localização primária, em Campo Grande e Mato Grosso do Sul, no período 2015 a 2017

Localização Primária das Neoplasia Maligna em Mulheres	Estimativa dos Casos Novos 2015				Estimativa dos Casos Novos 2016 e 2017			
	MS		Campo Grande		MS		Campo Grande	
	Casos	Taxa[1]	Casos	Taxa[1]	Casos	Taxa[1]	Casos	Taxa[1]
Mama Feminina	770	62,65	370	70,41	820	65,23	460	85,69
Colo do Útero	370	29,9	120	23,55	330	26,73	130	24,75
Traqueia, Brônquio e Pulmão	130	10,5	60	11,62	140	11,2	70	13,62
Cólon e reto	230	18,57	110	21,81	250	19,84	150	28,41
Estômago	100	7,79	40	6,9	100	7,84	40	8,4

Cavidade oral	50	4,1	**	2,49	40	3,14	20	3,33
Laringe	**	1,07	**	1,28	20	1,47	**	0,5
Bexiga	30	2,74	**	2,85	30	2,58	20	3,46
Esôfago	30	2,6	**	2,74	30	2,43	**	2,61
Ovário	100	7,99	50	10,33	100	7,86	70	12,8
Linfoma de Hodgkin	20	1,34	**	1,7	20	1,43	**	2,54
Linfoma não Hodgkin	40	3,36	20	4,81	50	4	30	5,83
Glândula Tireoide	100	7,78	40	6,87	60	4,98	20	4,34
Sistema Nervoso Central	60	4,57	40	7,9	60	4,61	30	6,28
Leucemias	50	3,83	30	5,51	50	3,95	30	4,82
Corpo do útero	80	6,36	40	7,06	80	6,52	40	7,05
Pele Melanoma	30	2,13	20	3,31	30	2,21	20	3,64
Outras Localizações	410	32,69	180	24,49	420	33,32	160	29,57
Pele não Melanoma	1.380	111,39	170	32,42	1.600	127,17	360	66,13
Todas as Neoplasias	3.980	321,67	1.290	244,23	4.230	337	1.680	311,8

Fonte: Estimativa/2015 – Incidência de Câncer no Brasil/INCA.

[1]Taxa bruta por 100.000 hab.

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

1.4.7. Doenças Transmissíveis de Notificação Compulsória

As doenças transmissíveis continuam sendo um importante problema de saúde pública em Mato Grosso do Sul em que pese a transição epidemiológica vivenciada no país como um todo.

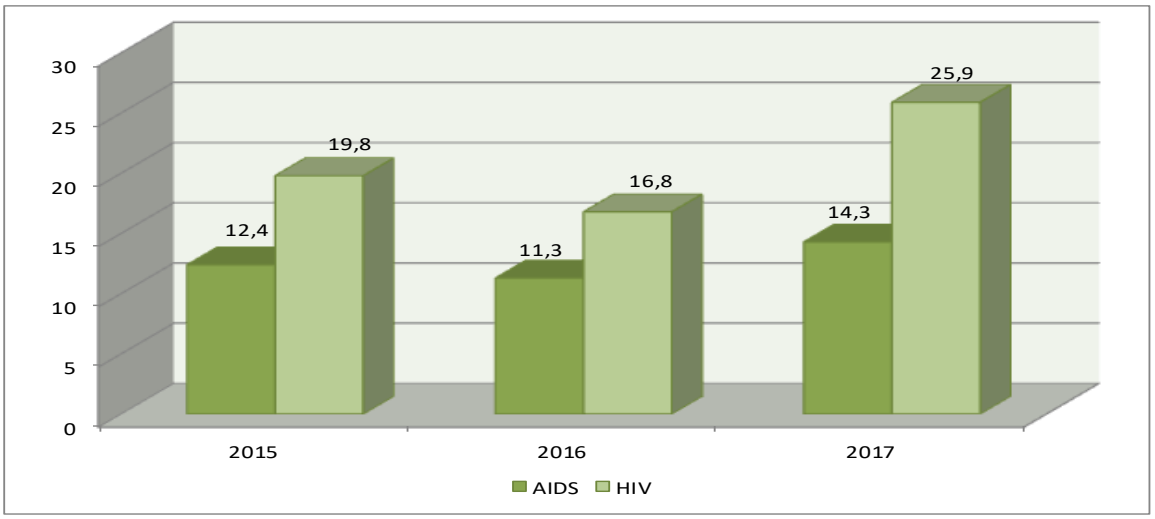
O conhecimento da ocorrência destes agravos, está baseado no notificação compulsória de doenças e eventos de saúde pública (Portaria GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016). Entre as principais doenças e agravos de notificação compulsória no Mato Grosso do Sul podemos citar:

1.4.7.1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS/HIV

A incidência de casos de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e AIDS notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), nos últimos 03 anos vêm demonstrando um crescimento e a interiorização da epidemia. Em 2017, as maiores taxas de incidência de Aids por 100.000 habitantes foram registradas em Naviraí (51,56), Dourados (35,73), Paranaíba (33,63), Jardim (27,33) e Corumbá (23,79).

No gráfico a seguir está demonstrada a variação da taxa no período considerado tanto para casos quanto para soropositivos em indivíduos maiores de 13 anos de idade.

Figura 28 - Distribuição da incidência por 100.000 habitantes de HIV e Aids, Mato Grosso do Sul, período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

Observa-se no gráfico a seguir uma diminuição na detecção de casos de Aids no ano de 2016 em todas as macrorregiões de saúde, exceto na de Três Lagoas e no ano de 2017 um aumento em todas as macrorregiões de saúde, demonstrando que a epidemia de Aids é uma realidade em todo o território estadual.

A ocorrência de casos de infecção pelo HIV ou de Aids, devem ser reportados às autoridades de saúde através do preenchimento da ficha de notificação, para o início

imediato do tratamento, ação está fundamental na prevenção de novos casos, na qualidade de vida do paciente portador e ações de prevenção combinada. Somente a partir de 2014 foi instituída a notificação compulsória da infecção pelo HIV (portador), não sendo possível realizar uma análise epidemiológica rigorosa com relação às tendências da infecção no Mato Grosso do Sul.

Quanto maior a detecção de casos de Aids em Adultos em uma população, maior a chance da ocorrência de Aids em Crianças. A transmissão vertical do HIV acontece pela passagem do vírus da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. Sem qualquer ação profilática, o risco de que isso aconteça é de 25% a 30%. Se aplicadas todas as medidas preconizadas, a taxa de transmissão vertical do HIV seria reduzida para níveis inferiores a 2%.

Este indicador representa a falha na execução dos Protocolos de Transmissão Vertical durante o pré-natal, que institui testagem rápida para o HIV no primeiro e terceiro trimestre da gestação e na hora do parto, bem como o início do tratamento para a prevenção da transmissão do vírus ao recém-nascido.

Na tabela a seguir, observa-se que no Mato Grosso do Sul, a notificação de caso de Aids em crianças ocorreu em 8 (oito) municípios, que inclui Campo Grande com o maior número.

Tabela 25 - Casos de Aids em criança notificados em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017

Municípios	2015	2016	2017	Total
500110 Aquidauana	1	0	0	1
500270 Campo Grande	4	2	2	8
500320 Corumbá	1	1	1	3
500370 Dourados	0	1	0	1
500630 Paranaíba	1	0	0	1

500660 Ponta Porã	0	1	0	1
500790 Sidrolândia	0	0	1	1
500830 Três Lagoas	0	0	1	1
Total	**7**	**5**	**5**	**17**

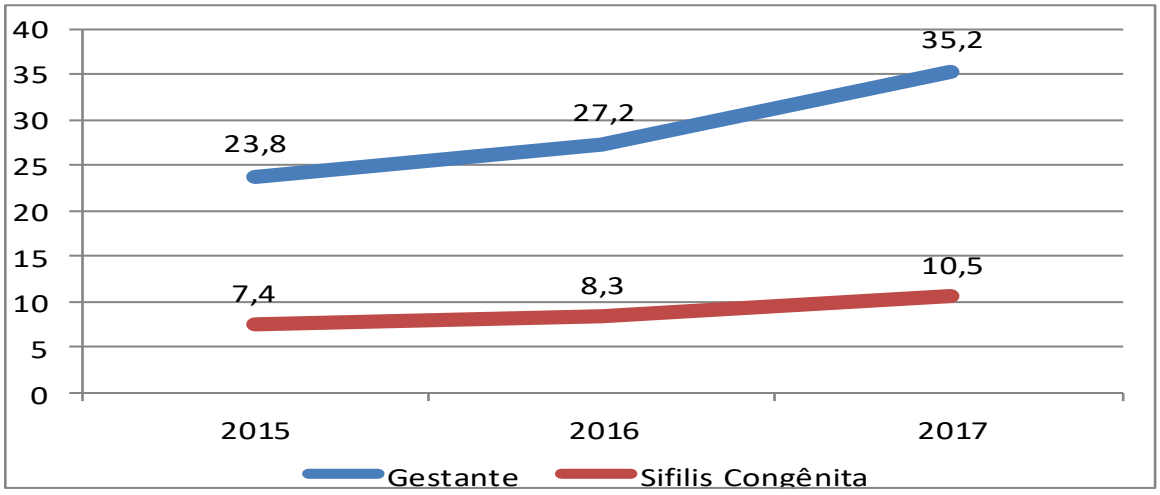
Fonte: SINAN-NET/SES - Dados sujeitos a alterações.

1.4.7.2. Sífilis

A sífilis ainda se constitui em um problema de saúde pública, mas dispõe de tratamento simples e eficaz quando adequado. Nos últimos anos tem sido observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes e congênita, o que provavelmente tenha sido devido a fatores como: aumento da cobertura de testagem, ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, e principalmente pelo desabastecimento mundial de penicilina em 2014, 2015 e 2016 entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados.

No gráfico a seguir demonstra-se a taxa de incidência da sífilis no período analisado, tanto em gestantes quanto na sífilis congênita.

Figura 29 – Incidência de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita. Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN-NET/SES - Dados sujeitos a alterações.

OBS: Incidência/1000 nascidos vivos.

Os casos notificados de Sífilis Congênita distribuídos por macrorregião de Saúde, mostra um maior quantitativo de casos nas regiões mais populosas do estado, como é caso da macrorregião de Campo Grande.

Em todas as macrorregiões a Sífilis Congênita teve um crescimento quantitativo no período de 2015 a 2017.

1.4.7.3. Hepatites Virais B e C

A hepatite C é responsável pela maior parte dos óbitos por hepatites virais em nosso país, e representa a terceira maior causa de transplantes hepáticos. No entanto, a incorporação, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), das novas terapias para o tratamento da hepatite C vem modificando o panorama epidemiológico dessa doença no Brasil.

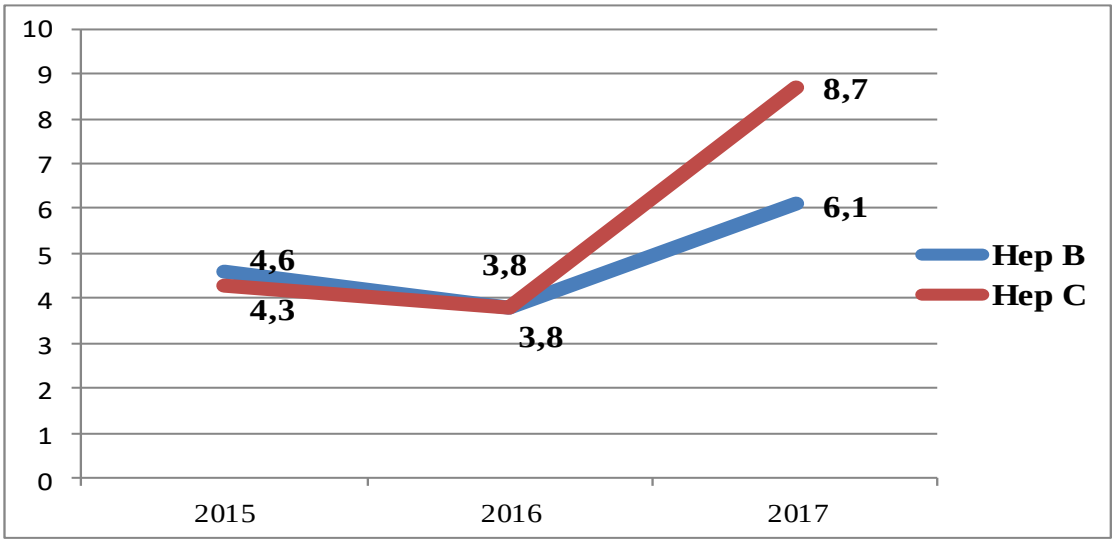
Os altos índices de cura, a facilidade posológica e o perfil de segurança observado com a utilização dos novos medicamentos possibilitaram uma estratégia eficaz no combate à doença.

No caso da Hepatite B, a disponibilização de vacina para toda a população é um fator importante para a eliminação da doença ao longo do tempo.

As taxas de detecção de hepatite B e C vêm apresentando poucas variações, com queda demonstrada nos anos 2015 e 2016. Considerando que neste período houve um desabastecimento nacional de testes rápidos para triagem das hepatites, esta deve ser a causa desta diminuição de notificações e consequente queda na taxa.

Em 2017 as Hepatites B e C atingiram, respectivamente, as taxas de incidência de 6,1 e 8,7 casos para cada 100 mil habitantes no Mato Grosso do Sul conforme demonstrado a seguir:

Figura 30- Incidência de Hepatite B e C por 100.000 habitantes segundo ano de diagnóstico, Mato Grosso do Sul, 2014 – 2017



Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

A ampla oferta dos testes rápidos tem sido um fator altamente positivo para aumento da detecção de casos em todas as macrorregiões de saúde de Mato Grosso do Sul, conforme demonstrado a seguir:

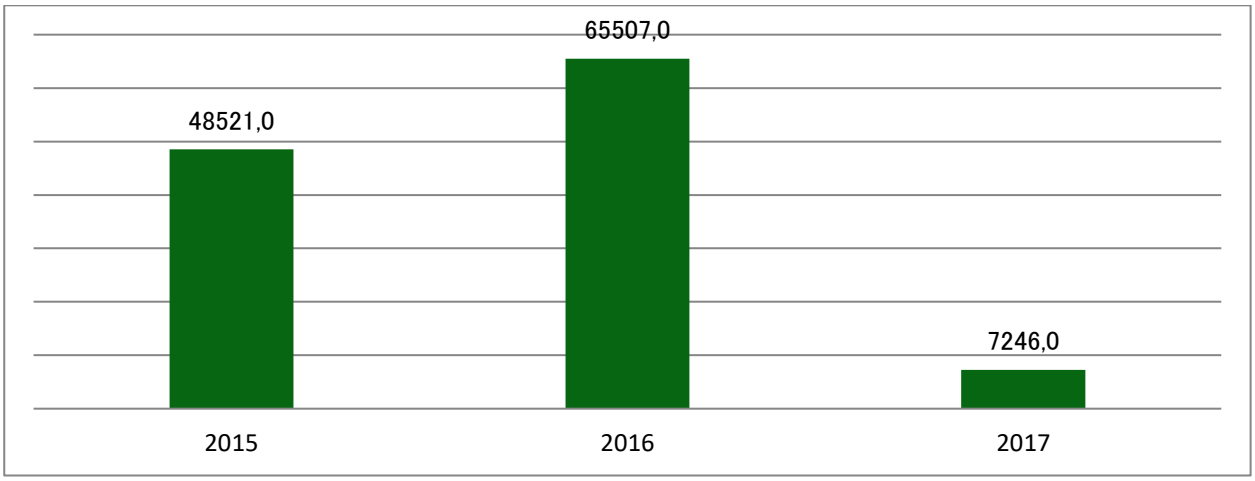
1.4.7.4. Dengue

A dengue é a uma doença viral transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti.* Estima-se que 2,5 bilhões de pessoas no mundo vivam em áreas de riscos de transmissão do vírus, o que causa entre 50 milhões a 100 milhões de infecções e 20 mil mortes anualmente.

Avaliando os anos relacionados no gráfico a seguir, observa-se que no ano de 2016 houve um maior número de notificações de Dengue em comparação com os anos de 2015 e 2017.

Ressalta-se que o ano de 2017 apresentou um número expressivamente menor do que os anos anteriores, com uma redução de notificações de 88,9%.

Figura 31 – Número de casos notificados de dengue por ano em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN ONLINE

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 em áreas infestadas pelo mosquito, havendo necessidade, portanto, de ações contínuas de prevenção, controle e assistência de casos de Dengue no Estado.

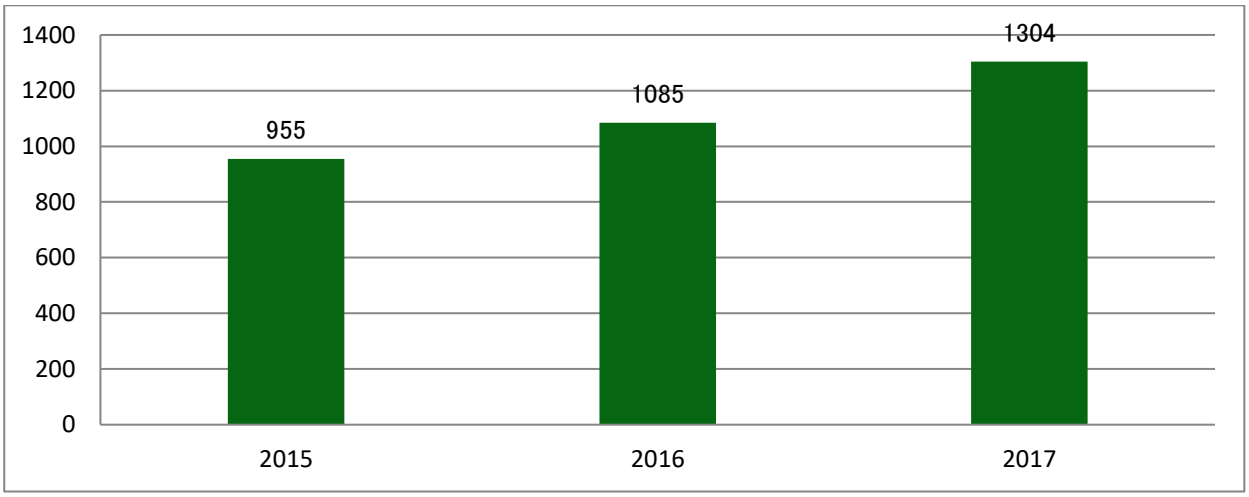
1.4.7.5. Febre do Chikungunya

No Brasil a transmissão autóctone da febre Chikungunya foi confirmada no segundo semestre de 2014, primeiramente nos estados do Amapá e da Bahia.

Atualmente todos os estados já registraram casos autóctones, porém poucos vivenciaram epidemias por Chikungunya, no entanto a alta densidade do vetor transmissor da doença, a presença de indivíduos susceptíveis e a intensa circulação de pessoas em áreas endêmicas contribuem para a possibilidade de epidemias em todas as regiões do Brasil.

O aumento de casos da doença está relacionado às condições climáticas (altas temperaturas e chuvas) assim como a presença de uma população vulnerável e não imune à doença, como podemos observar no gráfico e tabela a seguir:

Figura 32- Número de casos notificados de Febre Chikungunya por ano em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN ONLINE

Tabela 26- Casos notificados de Febre Chikungunya por macrorregião em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017.

	MACRO REGIÃO	2015	2016	2017
CASOS NOTIFICADOS DE FEBRE DO CHIKUNGUNYA	CAMPO GRANDE	199	286	267
	CORUMBÁ	19	37	96
	DOURADOS	16	74	177
	TRÊS LAGOAS	10	33	32
	TOTAL	244	430	572

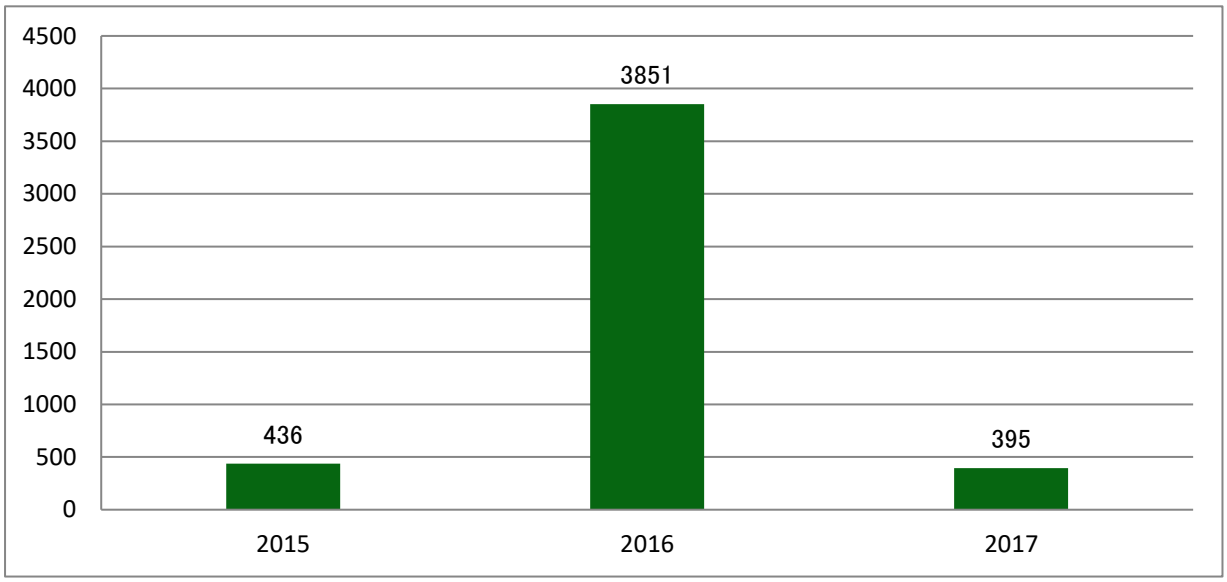
Fonte: SINAN ONLINE

1.4.7.6. Febre por Vírus Zika

Os dados do Vírus Zika no Mato Grosso do Sul apontam para o inicio da circulação do vírus em meados de 2015. Em 2016 a circulação permaneceu de forma sustentada entre os municípios, acometendo um maior número de pessoas com a doença.

No ano seguinte houve uma redução de 89,7% no número de casos conforme demonstrado no gráfico e tabela a seguir:

Figura 33 - Gráfico do número de casos notificados de Febre por ZIKA, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN NET

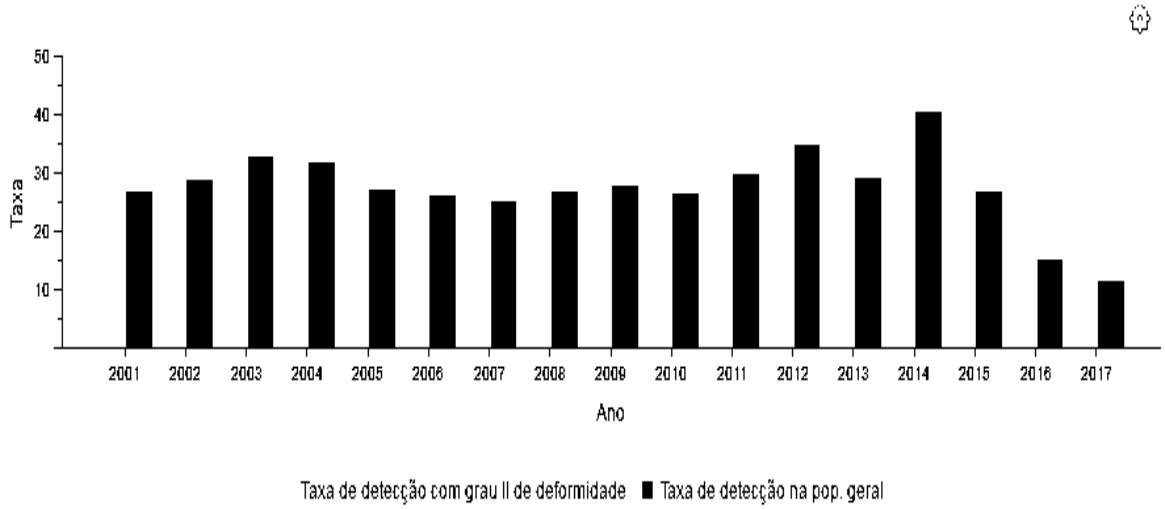
1.4.8. Hanseníase

A Hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, que infecta os nervos periféricos e que se não tratada na forma inicial evolui de forma lenta e progressiva podendo levar a incapacidades físicas.

Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017, teve um total de 1.469 casos novos notificados, desses 63 eram em menores de 15 anos.

Outro dado relevante foi a proporção de contatos examinados, que em 2017 foi de 88,7% acima do índice nacional que foi de 78,9%. Em 2017, a porcentagem de grau de incapacidade física 02 no Estado foi de 9,71%, e o percentual de cura foi de 83,05% ficando acima do percentual nacional que foi de 81,02%.

Figura 34 - Taxa de detecção da hanseníase na população geral e taxa de detecção da hanseníase com grau II de deformidade, em Mato Grosso do Sul, no período de 2001 a 2017

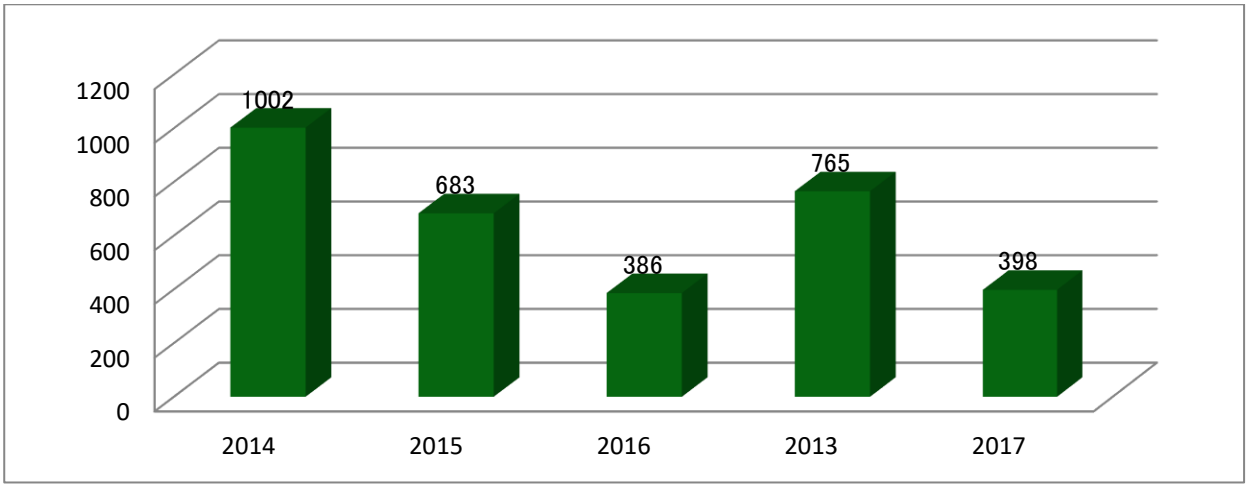


Fonte: hppt//sage.saude.gov.br - Taxa por 100.000 hab/ano.

Devido ao aumento de casos diagnosticados em 2014, o Programa Estadual de Controle da Hanseníase intensificou os treinamentos, ficando mais criterioso quanto aos diagnósticos, e consequentemente a diminuição da taxa de detecção na população geral nos anos subsequentes.

Segue abaixo o comparativo de notificações de hanseníase no período de 2014 a 2017 (figura 35).

Figura 35- Número de Casos novos notificados de Hanseníase, em Mato Grosso do Sul, no período de 2014 a 2017



Fonte: SINAN/TABWIN 13/08/2018

1.4.9. Tuberculose (TB)

A tuberculose é um grave problema de saúde pública no mundo, e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a doença infecciosa de agente único que mais mata, superando o HIV. Em 2016, 10,4 milhões de pessoas adoeceram de tuberculose no mundo, e cerca de 1,3 milhão de pessoas morreram em decorrência da doença.

Mato Grosso do Sul diagnostica em média 900 casos novos de tuberculose por ano, sendo que em 2016 foram notificados 929 casos, já no ano de 2017 foram 1.264 casos. Conforme dados do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, o estado encontra-se em 19º lugar em número de casos de tuberculose no Brasil.

O coeficiente de incidência do estado em 2016 foi de 34,78 casos/100 mil hab. enquanto no Brasil foi de 33,5 casos/100 mil hab. A taxa de mortalidade se mantem em média de 2,6 óbitos/100.000 habitantes, semelhante ao encontrado no Brasil que é de 2,1 óbitos/100 mil hab. Na tabela a seguir, observa-se a proporção de cura e abandono nos anos de 2015 a 2017.

Tabela 27 - Proporção de encerramento de Tuberculose Pulmonar bacilífera em Mato Grosso do Sul, no período de 2012 a 2017**

Mun Resid	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sem informação	9,2	5,2	6,4	10,1	12,6	49,8
% Cura	67,1	71,7	70,2	62,7	64,4	31,1
% Abandono	10,0	9,3	11,4	16,6	11,0	6,4

Fonte: CVE/PECT/SES- SINANTABWIN 24/04/2018

* Os dados podem sofrer alterações conforme atualização do banco de dados

** Dados de 2017 não estão encerrados.

Vários fatores estão relacionados com a baixa cura e a alta proporção de casos sem informação, dentre os fatores, destacamos: problemas no banco de dados cuja versão atual está apresentando falhas, dificuldade de manter o fluxo e a rotina de atualização das

informações devido à alta rotatividade de profissionais nos municípios. Em 2015 o percentual de abandono de tratamento foi 16,6%, três vezes acima da meta preconizada pela OMS (<5,0%) e em 2016 duas vezes o percentual preconizado.

A interrupção da cadeia de transmissão da doença depende não somente do tratamento dos doentes, mas também de diagnóstico precoce, busca ativa de casos na comunidade e exame de contactantes (75% em MS e 52,4% no Brasil).

Em 2017, no Brasil, 73,4% dos casos novos de tuberculose foram testados para HIV e no Mato Grosso do Sul foi de 75,9%. Após o advento das atividades colaborativas do Programa Estadual de Controle da Tuberculose com o programa do IST/AIDS e a implantação de teste rápido para HIV nas unidades de saúde, o estado vem mantendo a realização do exame acima de 70% em busca de ampliar para 85% de testagem em 2018 até chegar no ideal de 100% dos pacientes testados.

Segundo dados do Ministério da Saúde a primeira causa morte de pessoas infectadas pelo HIV é a coinfecção TB/HIV. A tabela a seguir, apresenta a Proporção de testagem para HIV realizados e coinfecção TB/HIV em Mato Grosso do Sul no período de 2015 a 2017

Tabela 28 - - Proporção de testagem para HIV realizados e coinfecção TB/HIV em Mato Grosso do Sul no período de 2015 a 2017

Mun Resid MS	2013	2014	2015	2016	2017
% HIV Realizado	70,1	76,5	78,9	71,3	75,9
% Coinfecção	10,3	11,0	8,9	8,6	9,9

Fonte: CVE/PECT/SES- SINANTABWIN 24/04/2018

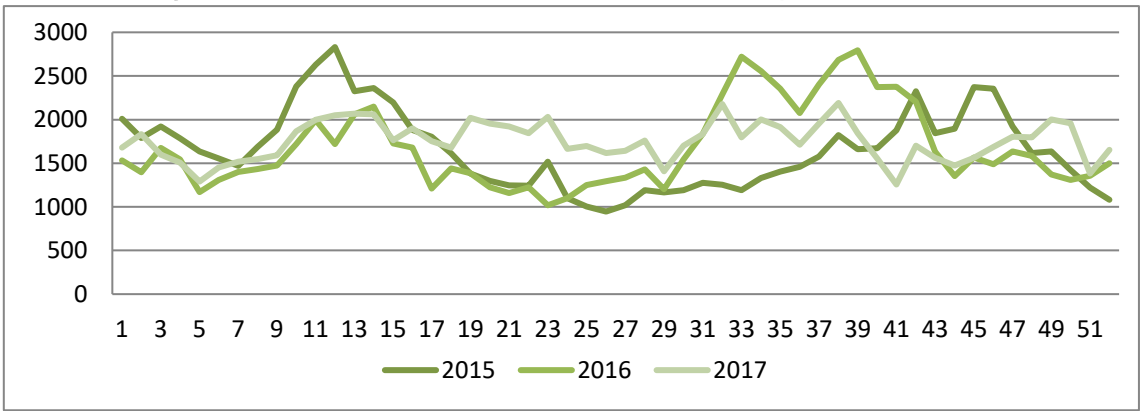
* Os dados podem sofrer alterações conforme atualização do banco de dados.

1.4.10. Doenças Diarréicas Agudas (DDA)

A doença diarreica aguda (DDA) é reconhecida como importante causa de morbimortalidade no Brasil, mantendo relação direta com as precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em consequência da falta de saneamento básico, desnutrição crônica principalmente. Para monitorar e analisar a magnitude e a circulação dos agentes etiológicos causadores de diarreia em Mato Grosso do Sul faz-se necessário uma vigilância sentinela de DDA. Cabe ressaltar, contudo, que o perfil epidemiológico da DDA nos dias de hoje vem se alterando principalmente pelo surgimento de novos patógenos.

A vigilância epidemiológica de casos individuais de DDA é feita pelo MDDA (Monitorização/Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas), que consiste no registro de dados mínimos dos doentes (faixa etária e plano de tratamento) no SIVEP_DDA (Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica de Doenças Diarreicas). As informações constantes no sistema de monitoramento permitem a detecção de surtos de forma precoce proporcionando assim a adoção de medidas de controle em tempo hábil. O gráfico a seguir demonstra a distribuição de casos de Diarreia Aguda por Macrorregião de saúde comparativamente ao período de 2015 a 2017:

Figura 36 – Número de atendimentos de casos de Doença Diarreica Aguda por Macrorregião de Saúde, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



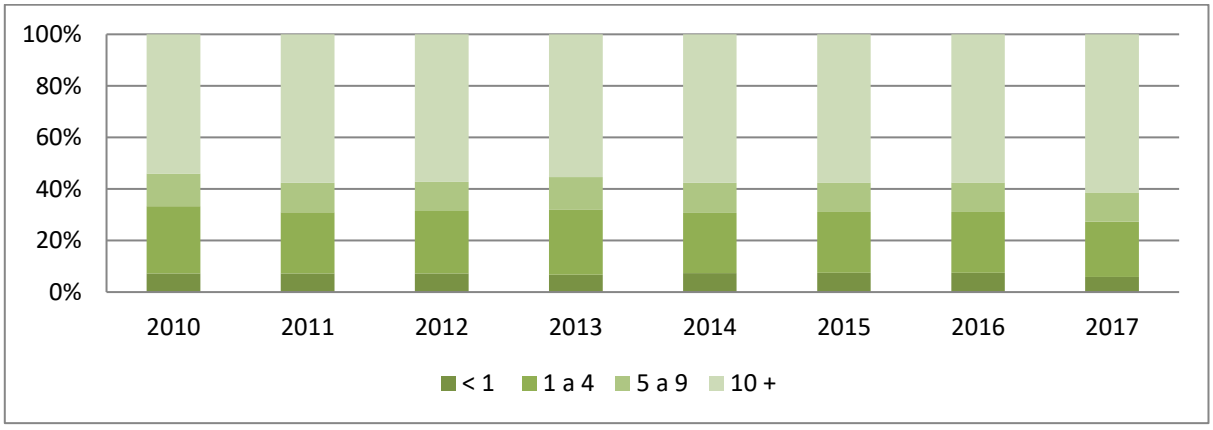
Fonte: SIVEP_DDA/DATASUS acessado em 16/05/2019

O acompanhamento paulatino dos casos de DDA por faixa etária permitem a detecção na população com maior risco de óbito e colabora na tomada de decisões frente à prevenção do agravo.

O gráfico a seguir mostra a distribuição proporcional média das faixas etárias dos atendimentos de casos de doença diarreica aguda por Macrorregião.

Em Mato Grosso do Sul essa proporção é de 7% para menores de 1 ano, 24% para crianças de 1 a 4 anos, 12% para criança de 5 a 9 anos e 57% para maiores de 10 anos (incluindo adultos nessa proporção).

Figura 37 - Proporção atendimentos de casos de Doença Diarreica Aguda por faixa etária e Macrorregião, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



Fonte: SIVEP_DDA/DATASUS acessado em 16/05/2019.

As informações sobre as DDA fornecida pelos dados registrados na MDDA, permite avaliar o impacto de medidas de saúde pública no controle e redução da diarreia, constituindo-se em importante indicador de condições de vida da população.

A tendência histórica da diarreia fornecida pelos dados registrados no MDDA permite avaliar o impacto de medidas de saúde pública no controle e redução da diarreia, especialmente aquelas relacionadas às condições de vida da população, à qualidade dos sistemas de abastecimento de água, ao acesso a saneamento básico, à introdução de novas vacinas (por exemplo, a vacina contra Rotavírus), programas de atenção à saúde, programas

educativos, regulamentos sanitários e ações da vigilância sanitária para qualidade e segurança dos alimentos, entre outras desenvolvidas pela gestão municipal.

1.4.11. Toxoplasmose

Toxoplasmose é uma zoonose causada por um protozoário, o Toxoplasma gondii. O parasita é transmitido pela ingestão de carne e derivados contaminados com cistos teciduais e água e alimentos contaminados com os cistos.

A toxoplasmose adquirida durante a gestação apresenta especial relevância pelos danos causados ao desenvolvimento do neonato.

O risco materno, ao se adquirir a toxoplasmose durante o período gestacional, está relacionado à prevalência na comunidade, à parasitemia adquirida, ao número de mulheres susceptíveis (não imunizadas por infecção prévia) e à resposta imunológica materna ao T. gondii no período gestacional em que a mãe se encontra.

Os casos de Toxoplasmose aguda em gestantes, em que pese ser doença de notificação compulsória não refletem a realidade em Mato Grosso do Sul.

Entretanto, em torno de 90% das gestantes sul-mato-grossenses são atendidas dentro do "Programa Estadual de Proteção à Gestante" da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul que consiste na realização de exames da Triagem Pré-Natal.

Nessa Triagem Pré-Natal são realizados 16 exames onde detectam doze doenças, incluindo a Toxoplasmose.

O programa pioneiro também possibilita, com a confirmação do diagnóstico, o acompanhamento das gestantes com o objetivo de prevenir possíveis complicações para a mãe e para o bebê.

Na tabela a seguir pode-se observar o quantitativo de casos de toxoplasmose aguda identificadas em Mato Grosso do Sul pelo IPED/APAE e notificados no SINAN no período de 2015 a 2017.

Tabela 29 - Quantitativo de gestantes notificadas no SINAN e testada pelo IPED/APAE, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017

ANO	Nº de Nascidos Vivos	Nº de Gestantes Triadas no Pré-Natal	Nº de Gestante Toxoplasmose Positiva pelo IPED/APAE*	Nº de Gestantes com Toxoplasmose Positiva registradas no SINAN**	Nº de Recém-Nascidos Triados	Nº de Recém-Nascidos Toxoplasmose Positiva pelo IPED/APAE*
2015	44.147	40.086	371	129	38.118	29
2016	42.423	39.578	451	145	36.390	33
2017	44.703	40.127	339	200	37.059	28

Fonte: * Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE (IPED/APAE) - credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e realiza os exames do Programa Estadual de Proteção à Gestante. Dados enviados em 09 de agosto de 2018 para a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

** Fonte de dados SINAN – Dados acessados em 10 de agosto de 2018.

1.4.12. Leishmaniose Visceral Humana

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença infecciosa crônica e progressiva, causada por protozoários do gênero Leishmania sp. e transmitida através da picada de fêmeas de flebotomíneos do gênero Lutzomya sp., que possuem hábito crepuscular noturno e se proliferam em matéria orgânica em decomposição.

Tratando-se de doenças de notificação compulsória, todo caso humano suspeito deve ser notificado e investigado pelos serviços de saúde, através da ficha de investigação

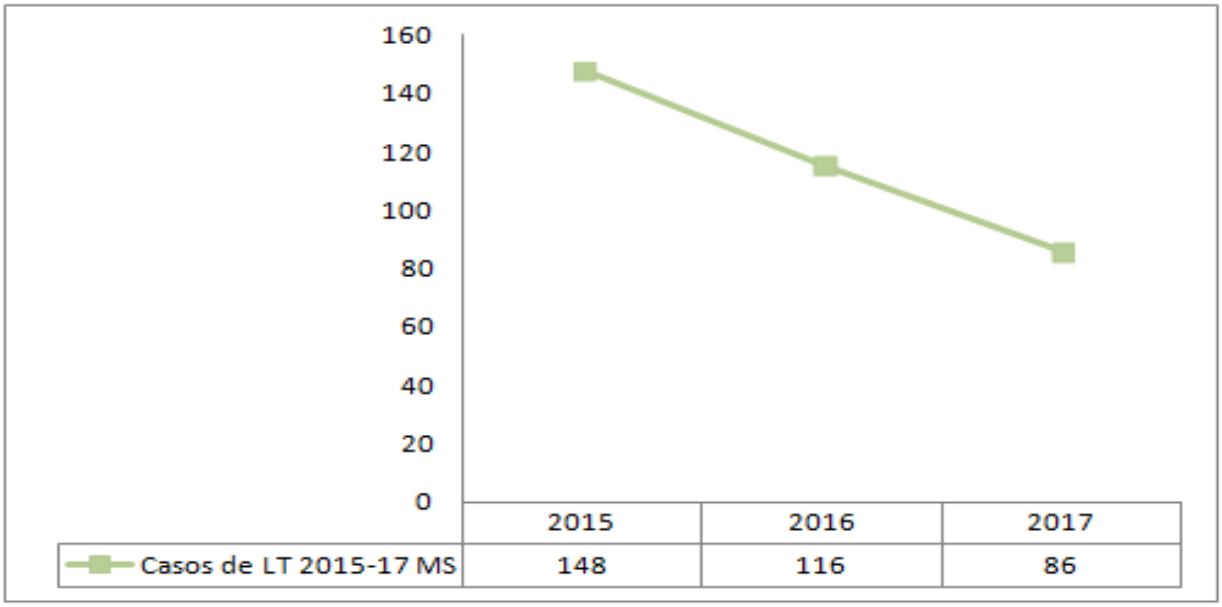
padronizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Em Mato Grosso do Sul, estado endêmico para a doença, foram confirmados 374 casos de LV e 25 óbitos no período de 2015 até 2017.

1.4.13. Leishmaniose Tegumentar

A leishmaniose tegumentar (LT) é uma doença infecciosa, crônica, com grande diversidade de agentes, reservatórios e vetores cujo controle é difícil, uma vez que apresenta diferentes padrões de transmissão e um conhecimento ainda limitado sobre muitos de seus aspectos.

Em Mato Grosso do Sul, nos últimos 3 anos, foram confirmados 350 casos da doença, no entanto, sem óbitos no período. Houve, ainda, uma redução no número total de casos, que passaram de 148, em 2015, a 86 em 2017, conforme o gráfico a seguir.

Figura 38 - Casos de leishmaniose tegumentar, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017.



Fonte: Gerência Técnica de Zoonoses/ CEVE-CCV/ SGVS/ SES - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)*. *Dados sujeitos à revisão (atualizados em 08/08/2018).

A LT possui diversas formas clínicas, dentre as quais podemos destacar a cutânea, mucosa e cutâneo-mucosa. Em relação a estas, a forma cutânea foi a mais predominante em todas as macrorregiões no período analisado, com 287 casos confirmados.

1.4.14. Raiva

A Raiva é uma doença infecciosa viral aguda que acomete mamíferos, incluindo o homem, e caracteriza-se como uma encefalite progressiva e aguda com letalidade de aproximadamente 100%. Sua transmissão se dá através da saliva de animais infectados, principalmente por sua mordedura, mas, também, pela arranhadura e/ou lambedura desses animais.

Todo caso humano suspeito de raiva é de notificação individual, compulsória e imediata aos níveis municipal, estadual e federal, por meio da ficha de investigação padronizada pelo SINAN. Todo atendimento antirrábico também deve ser notificado no SINAN, independente do paciente ter indicação de receber soro antirrábico e/ou vacina.

Entre 2015 e 2017, foram registrados no SINAN, 26.926 atendimentos antirrábicos em Mato Grosso do Sul, realizados em pessoas que, de algum modo, entraram em contato com algum animal suspeito ou sofreram agressões diversas.

A manutenção de altas coberturas vacinais (acima de 80%) em cães e gatos é a medida mais eficaz para evitar a dispersão do vírus e perda de vidas humanas, como ocorreu em 2015, no município de Corumbá onde, um homem de 38 anos foi mordido por um cão infectado e evoluiu para óbito um mês depois.

Por determinação do Ministério da Saúde, foi criado, em 2015, o "Plano de Contingência para eliminação da raiva humana transmitida por cães em Corumbá e Ladário".

Os demais municípios de Mato Grosso do Sul realizam campanhas anuais de vacinação antirrábica e a macrorregião com maior índice de cobertura vacinal canina em 2015 e 2016, foi Corumbá, seguida por Campo Grande, Dourados e Três Lagoas. Já em 2017, a macrorregião de Dourados apresentou maior cobertura vacinal.

1.4.15. Influenza

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de síndrome gripal (SG), de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) e pela vigilância universal de SRAG. A vigilância sentinela conta com uma rede de unidades distribuídas em todas as regiões geográficas do país e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento por essa doença. A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos com o objetivo de identificar o comportamento da influenza no país para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais.

Trata-se de um agravo de fácil disseminação entre as pessoas e lugares. Por termos fronteiras abertas com países e estados com grande circulação do vírus Influenza, o estado do Mato Grosso do Sul se torna mais susceptível a entrada do vírus não só no período da sazonalidade como no ano todo.

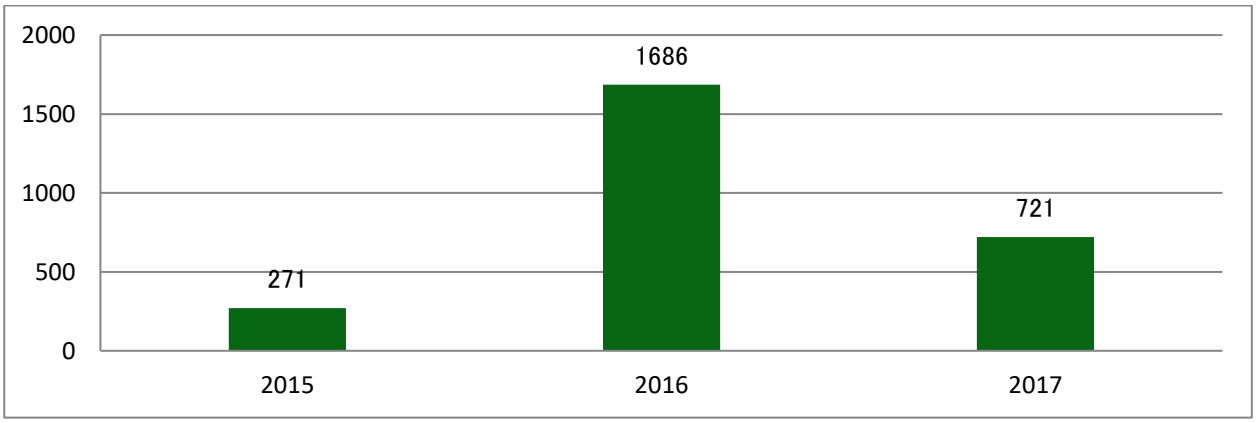
Analisando os dados de casos notificados de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) suspeitos de Influenza no Estado do Mato Grosso do Sul (tabela 24), houve em 2016 um aumento considerável da circulação do vírus Influenza A H1N1 no estado assim como no Brasil. Este fato está diretamente ligado a esse aumento nos casos por acometer uma

população que no ano anterior – 2015, teve pouco contato com este vírus, assim, não houve produção de anticorpos contra o mesmo.

Outro fator determinante, foi que a circulação dos vírus respiratórios iniciou no Brasil e Mato Grosso do Sul, no mês de março, ou seja, antes da sazonalidade esperada desses vírus, assim como, antes da campanha anual de vacinação para Influenza que se inicia normalmente em abril. Sendo assim, não houve tempo hábil para a prevenção do agravo que hoje é principalmente voltada as campanhas de vacinação anuais.

Devido à alta circulação em 2016, o ano de 2017 apresentou queda principalmente quanto a circulação do vírus A H1N1, prenominando neste ano o A H3N2 como mostra a figura a seguir.

Figura 39 – Casos notificados de SRAG, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN INFLUENZA WEB

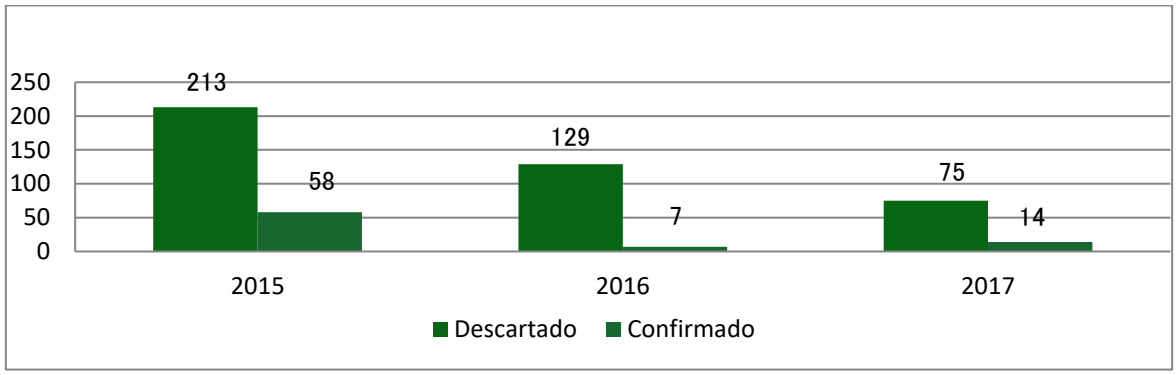
1.4.16. Meningite

A Meningite é caracterizada por um processo inflamatório das meninges, membranas que revestem o encéfalo e a medula espinhal. Causada, principalmente, a partir da infecção por vírus ou bactérias, no entanto, outros agentes etiológicos também podem causar meningite como fungos e parasitos.

No Estado de Mato Grosso do Sul no período de 2015 a 2017 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 79 casos confirmados de

Meningite, que, por tratar-se de doença endêmica, existem um número de casos esperados no decorrer do ano, conforme demonstrado na figura a seguir.

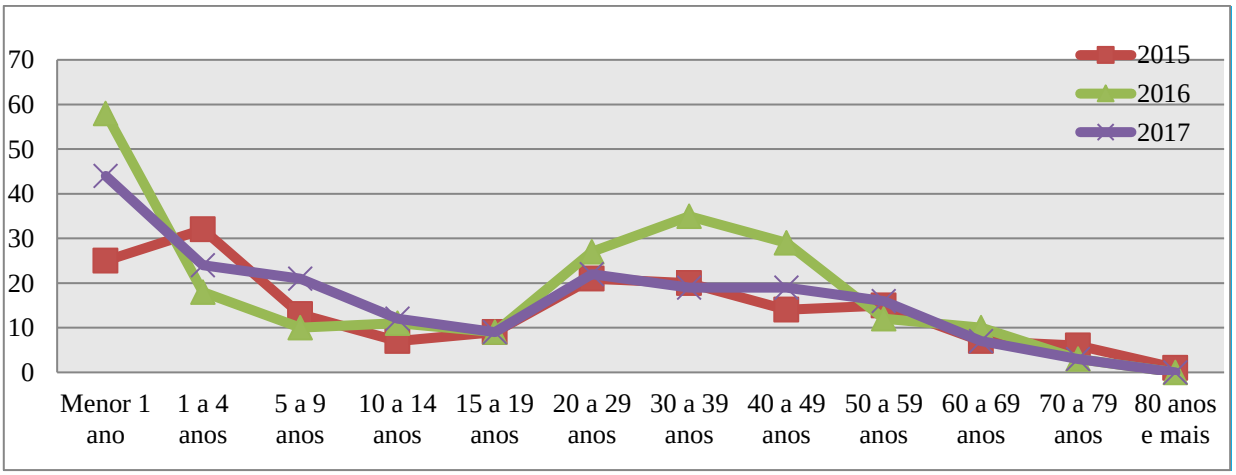
Figura 40 - Número de casos confirmados por Meningite segundo etiologia, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN - Dados coletados em 10/05/2019, sujeitos à revisão.

Em relação aos grupos etários, verificou-se que as crianças menores de 5 anos foram as mais susceptíveis; entretanto crianças menores de 1 ano e idosos (maiores de 60 anos) também são vulneráveis a doença, assim como indivíduos portadores de quadros crônicos ou doenças imunossupressoras.

Figura 41 - Casos confirmados de Meningite por faixa etária, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



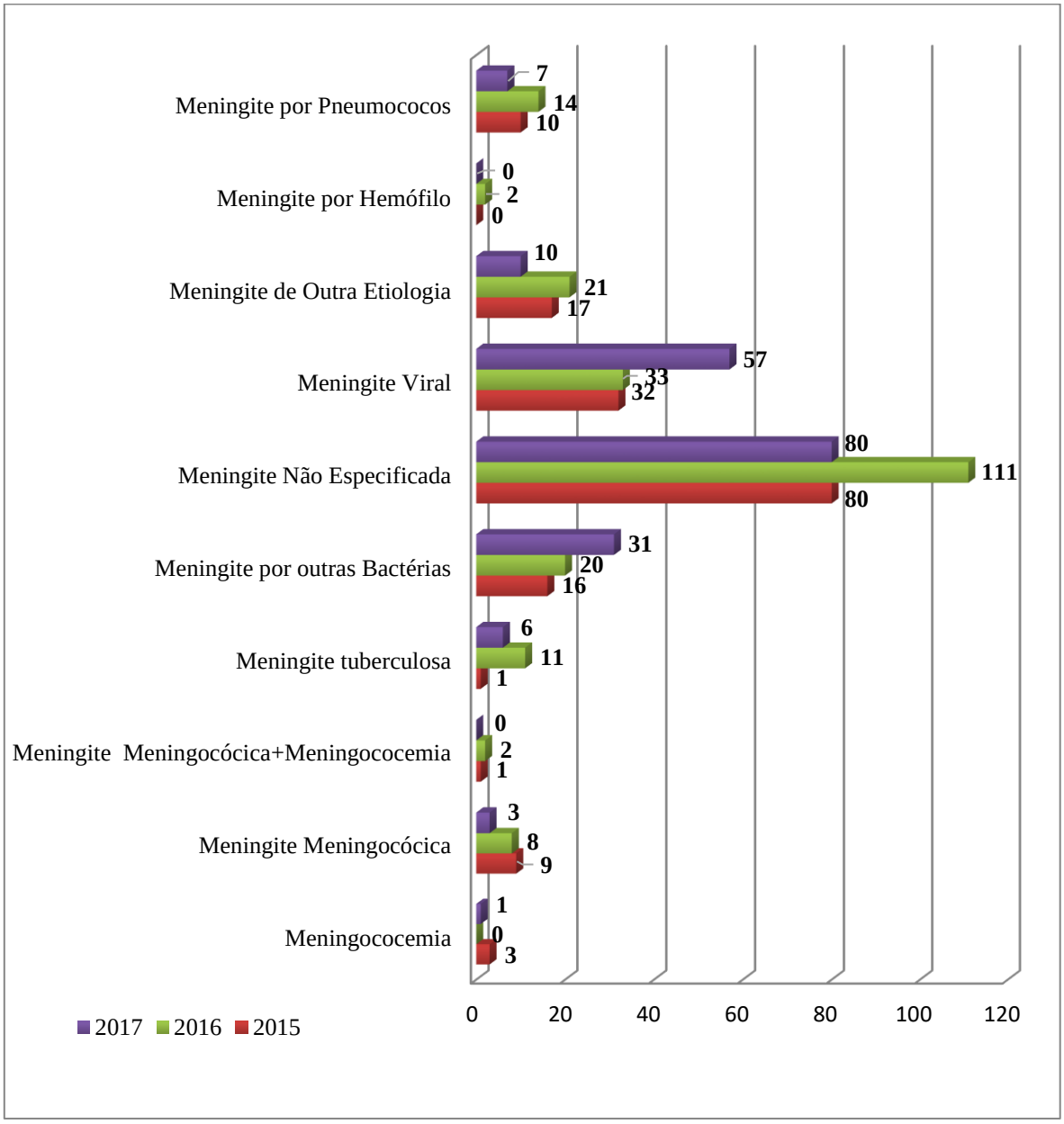
Fonte: SINAN - Dados coletados em 10/05/2019, sujeitos à revisão.

As meningites bacterianas e virais constituem um grave problema do ponto de vista da saúde pública, devido sua magnitude, capacidade de ocasionar surtos e, no caso da

meningite bacteriana, a gravidade dos casos. O conhecimento da etiologia é fundamental para o tratamento e as ações de vigilância pertinentes.

No gráfico a seguir demostra-se a etiologia dos casos no período considerado.

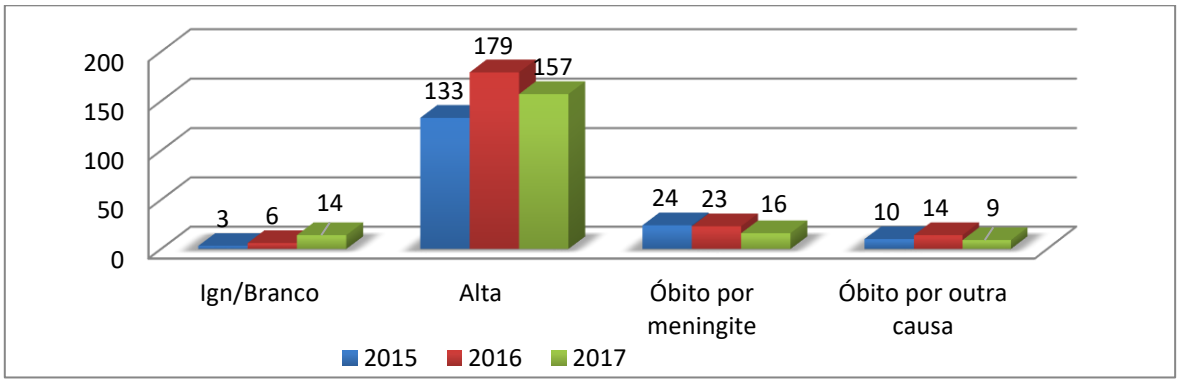
Figura 42- Casos confirmados de Meningite Segundo Etiologia, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



* Fonte: SINAN - Dados coletados em 10/05/2019, sujeito à revisão.

No gráfico a seguir, demonstra-se a evolução dos casos confirmados de meningite no período.

Figura 43 – Evolução dos casos confirmados de Meningite em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017

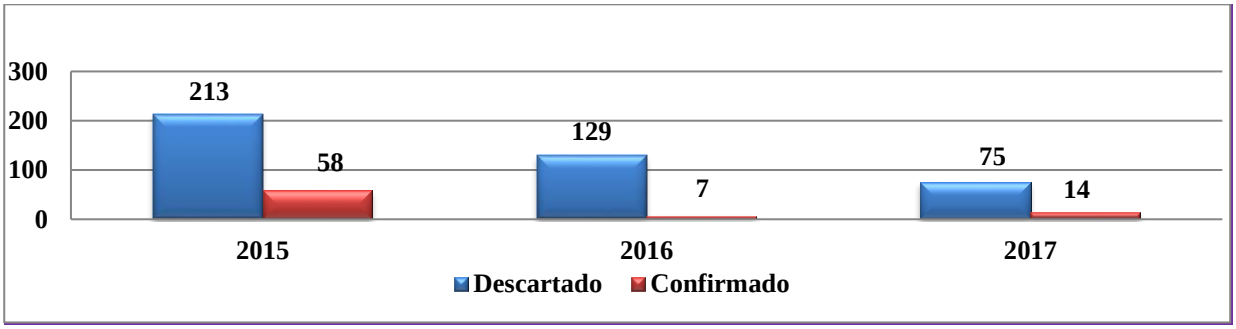


* Fonte: SINAN - Dados coletados em 10/05/2019, sujeito à revisão.

1.4.17. Coqueluche

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda, transmissível, de distribuição universal, que compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios); em lactentes, pode resultar em número elevado de complicações e até morte. A transmissão ocorre principalmente pelo contato direto da pessoa doente com pessoa suscetível (gotículas de secreção eliminadas por tosse, espirro ou ao falar). Em Mato Grosso do Sul, entre 2015 e 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 417 casos de coqueluche, sendo que 79 foram confirmados.

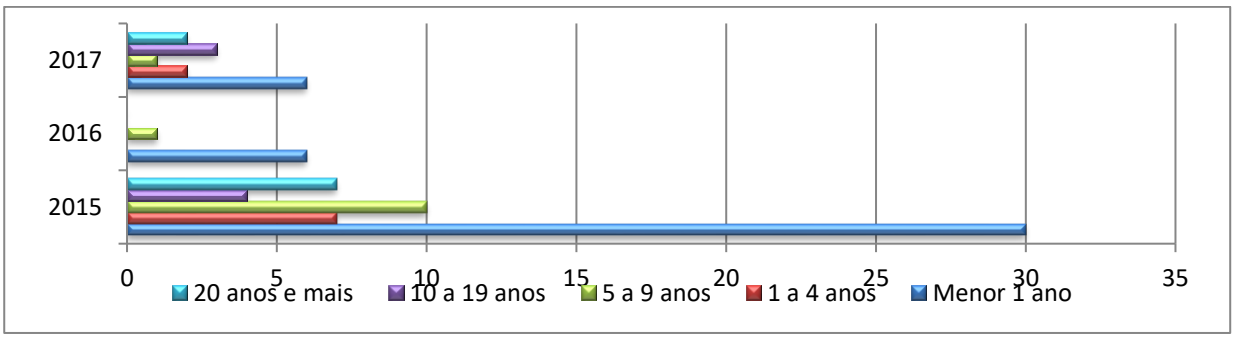
Figura 44 - Casos notificados por coqueluche em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



* Fonte: SINAN - Dados coletados em 10/05/2019, sujeito à revisão.

A faixa etária de crianças menores de 1 ano apresenta a maior concentração de casos de coqueluche, diante disso, ressalta-se a importância da vacinação de todas as crianças e as gestantes segundo o calendário vacinal vigente no Brasil.

Figura 45 - Gráfico de casos confirmados de coqueluche por faixa etária e ano de notificação. Mato Grosso do Sul. 2015 a 2017



* Fonte: SINAN - Dados coletados em 10/05/2019, sujeito à revisão.

Em 2014 ocorreu 03 óbitos causados pela coqueluche, o que não mais aconteceu provavelmente devido a introdução da vacina DTPa nas gestantes.

1.4.18. Sarampo/Rubéola

O Sarampo é uma doença infecciosa exantemática aguda, transmissível e extremamente contagiosa, podendo evoluir com complicações e óbito, particularmente em crianças desnutridas e menores de um ano de idade. A transmissão ocorre de pessoa a pessoa, por meio de secreções respiratórias.

Apesar dos esforços empreendidos desde o início do programa de eliminação da doença, nos últimos anos, casos de sarampo têm sido reportados em várias partes do mundo e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), muitos países permanecem endêmicos para o sarampo, principalmente aqueles com baixa cobertura vacinal e onde persistem bolsões de não vacinados.

Em Mato Grosso do Sul o último caso notificado de sarampo foi no ano de 2011. A vacinação de mulheres em idade fértil e crianças é de grande importância para a saúde da população e consequentemente manter o estado sem casos da doença.

1.4.19. Coberturas Vacinais

As ações de imunizações juntamente com as ações de vigilância epidemiológica vêm sendo responsáveis pela eliminação e controle de várias doenças transmissíveis resultado este de um trabalho articulado que envolve as três esferas de gestão.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), um dos principais instrumentos de viabilização desses resultados, efetiva-se por meio de ações coordenadas de planejamento, capacitação, infraestrutura e logística comprometidas com a entrega a população de um produto de qualidade, com todas as suas características e especificidades preservadas.

As ações do Programa são monitoradas por meio de indicadores de resultados, definidos de forma pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, sendo posteriormente trabalhados nas Comissões Intergestores nas esferas estadual, regionais e municipais bem como pelos responsáveis municipais do PNI.

O indicador pactuado CV compreende diferentes níveis de coberturas de acordo com o imunobiológico; 90% para as vacinas BCG e VORH (rotavírus); 95% para as vacinas pentavalente (vacina combinada contra difteria, tétano, coqueluche, haemophilus influenzae B e hepatite B), vacina contra poliomielite inativada, pneumocócica 10 valente, meningocócica conjugada C, tríplice viral; 100% para a vacina contra febre amarela.

Em Mato Grosso do Sul no ano de 2015 as CV para as vacinas foram iguais ou superaram as metas estabelecidas na maioria das macrorregiões, com exceção da macrorregião de Corumbá. Já no ano de 2016 houve queda nas coberturas vacinas das

macrorregiões de Três Lagoas e Corumbá. E no ano de 2017, o indicador pactuado flutuou em praticamente todas as macrorregiões apenas a macro de Dourados alcançou CV adequadas exceto para a vacina contra febre amarela.

Vários são os fatores que justificam a redução da cobertura vacinal do estado, dentre elas a sensibilização da população quanto à importância da prevenção por meio da vacinação, dificuldade de busca ativa da comunidade, falta de integração do cuidado de prevenção com as ações de promoção, além da mudança no sistema do PNI quanto à forma de registros.

A tabela a seguir mostra a cobertura vacinal de menores de 01ano por vacina no período de 2015 a 2017 por macrorregião de saúde.

Tabela 30 - Coberturas vacinais (CV) por tipo de vacinas em crianças menores de 01 ano e 1 ano de idade, em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017

Cobertura vacinal (%)	2013	2014	2015	2016	2017
BCG	113.25	129.71	129.60	106.14	103.86
Rotavírus	104.10	127.91	117.69	97.89	90.40
Meningocócica C	113.65	130.44	120.46	101.41	91.44
Pentavalente	110.67	128.18	117.87	98.98	90.45
Pneunomococcia 10 valente	111.82	125.18	117.25	103.30	96.67
Poliomielite	118.01	130.10	120.36	93.78	89.11
Febre Amarela	107.12	115.39	108.81	93.76	83.18
Tríplice viral*	113.21	143.76	112.53	100.98	93.24

Fonte: Tabnet - Sistema de informação do Programa Nacional de Imunização (dados sujeitos à alteração).

1.4.20. Monitoramento das Síndromes Congênitas

A prevalência de malformações congênitas é heterogênea e influenciada por fatores geográficos e socioculturais em todo o mundo. As condições relacionadas às infecções congênitas constituem um trabalho composto pela vigilância e assistência e tem como objetivo principal integrar e ampliar as ações e os serviços relacionados ao monitoramento das alterações no crescimento e no desenvolvimento, identificadas da gestação até a primeira infância, podendo estar relacionadas às infecções por sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples e mais recentemente a incorporação do vírus Zika ao acrônimo STORCH+ZIKA.

Foi elaborado em conjunto pelas áreas técnicas de Vigilância e Assistência da Secretaria de Estado de Saúde, o Protocolo Estadual de Atendimento à Gestante, Puérpera e Recém-nascido com a finalidade de sistematizar a assistência materna-infantil através de Fluxos, Diretrizes e do estabelecimento de Referências para o atendimento a esta população no estado de Mato Grosso do Sul.

Este documento foi elaborado na lógica da Rede Cegonha, com início da atenção no pré-natal, passando pela atenção hospitalar e finalizando com a consulta puerperal e puericultura, considerando a ocorrência de casos suspeitos de alterações associadas à infecção pelo *Vírus Zika* e outras etiologias infecciosas, contendo as ações de vigilância na coleta de material e notificação para os casos suspeitos, e, principalmente, atentando-se para a possível ocorrência da Síndrome Congênita do *Vírus Zika* (SCZ), assim como as ações a serem desenvolvidas com esta população.

Tabela 31 - Situação epidemiológica de síndrome congênita associada ao Vírus Zika e outras etiologias infecciosas (Storch+Z), 2015-2017*

NOTIFICADO	CONFIRM.	DESCART.	EM INVESTIG.	CASOS PROVÁVEIS	CASO INCONCLUSIVO
66	31**	29	02	02***	02

Fonte: RESP MS - *Dados até 31/12/2017

**Casos de Microcefalia e/ou alterações do SNC sugestivos de infecção congênita

***Casos prováveis de Infecção Congênita

Do total de municípios que notificaram suspeitas de 2015 a 2017, 12 confirmaram casos de microcefalia e/ou alterações do SNC sugestivos de infecção congênita, perfazendo 31 casos. Destes, 14 casos foram confirmados laboratorialmente como alteração por infecção por vírus Zika, nos municípios de Campo Grande, Dourados, Paranaíba, Caarapó, Rio Verde e Camapuã.

Tabela 32 - Municípios com casos confirmados de síndrome congênita associada ao Vírus Zika e outras Etiologias Infecciosas (Storch+Z), Mato Grosso do Sul, 2015-2017

		2015	2016	2017
MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE	Bonito	0	1	0
	Camapuã	0	0	1
	Campo Grande	0	12	1
	Caracol	0	1	0
	Maracaju	0	1	0
	Rio Verde de Mato Grosso	0	1	0
MACRORREGIÃO DE DOURADOS				
	Caarapó	0	1	0
	Dourados	0	4	0
	Fátima do Sul	0	1	0
	Nova Andradina	0	1	0
	Ponta Porã	0	0	1
MACRORREGIÃO DE TRÊS LAGOAS	Paranaíba	0	3	0

Fonte: RESP MS *Dados até 31/12/2017

Tabela 33 - Municípios com casos confirmados de síndrome congênita associada ao vírus Zika, Mato Grosso Do Sul, 2015-2017

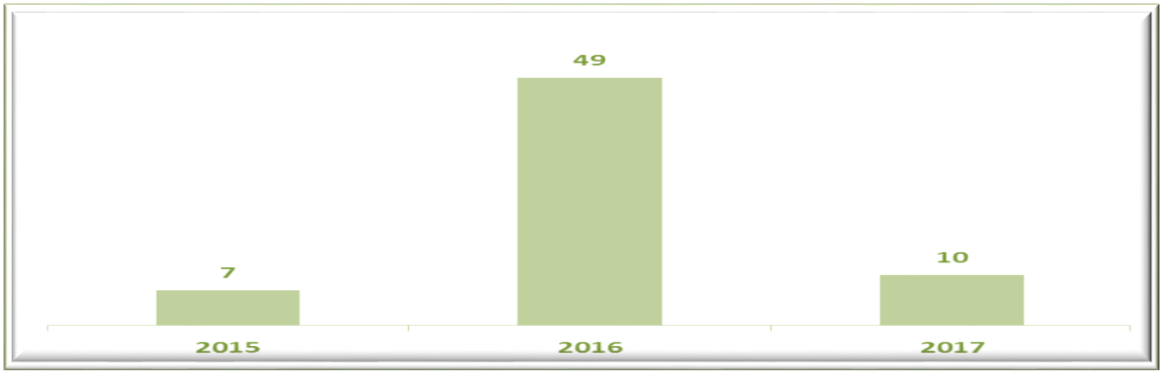
		2015	2016	2017
MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE	Camapuã	0	0	1
	Campo Grande	0	7	1
	Rio Verde de Mato Grosso	0	1	0
MACRORREGIÃO DE DOURADOS	Caarapó	0	1	0
	Dourados	0	2	0
MACRORREGIÃO DE TRÊS LAGOAS	Paranaíba	0	1	0

Fonte: RESP MS

*Dados até 31/12/2017

Foram notificados no período 10 casos de óbitos fetais/neonatais sugestivos de infecção congênita pelos municípios de Campo Grande (4), Tacuru (2), Novo Horizonte do Sul (1), Sonora (1), Três Lagoas (1) e Dourados (1), sendo classificados como 4 casos confirmados, 3 casos descartados, 2 casos prováveis e 1 caso inconclusivo de acordo com o protocolo vigente. Foi confirmado laboratorialmente 1 aborto por ZikaV no município de Campo Grande.

Figura 46 – Número de casos notificados de Síndrome Congênita por ano em Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017



Fonte: RESP MS

Acredita-se que a sensibilização dos profissionais para a notificação de casos suspeitos de infecção congênita colaborou para o aumento do registro de casos no ano de 2016. Apesar da forte associação temporal e suspeita etiológica da infecção pelo vírus da Zika e os casos de microcefalia no Nordeste brasileiro, algumas lacunas do conhecimento permanecem sem respostas até o momento, como a concentração de casos em certas regiões do País e a possibilidade de outros fatores supervenientes à infecção para o surgimento da microcefalia.

1.4.21. Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho

No período de 2015 a 2017, foram notificados 12.398 casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho, sendo 2017 o ano em que houve o maior número de notificações (4.647). Os agravos à saúde do trabalhador são notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravo de Notificação - SINAN pelos municípios do estado.

Os agravos com maior número de notificações nestes três anos foram os acidentes de trabalho graves, com 7.578 casos (sendo 153 acidentes de trabalho fatal), seguidos pelos acidentes de trabalho com exposição a material biológico, com 2.792 casos e lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/Dort) com 1.176 casos. Comparando-se todas as notificações relacionadas ao trabalho dos anos de 2015 e de 2017, observa-se um aumento de 8,2% no número de registros, que passou de 3.816 em 2015 para 4.647 em 2017. No mesmo período, o agravo com maior incremento de notificações no Estado foi o câncer relacionado ao trabalho, seguido pelos transtornos mentais relacionados ao trabalho e pelas intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho. O aumento no número de registros reflete as capacitações e orientações sobre os agravos aos municípios, cumprimento das metas do indicador, bem como o comprometimento por parte

dos profissionais das unidades notificadoras que estão sensíveis a identificação destes agravos.

Tabela 34 - Frequência dos casos notificados de trabalhadores com doenças e agravos de vigilância em saúde do trabalhador por macrorregião, Mato Grosso do Sul, 2015 a 2017 (N= 1.683)

Macrorregião	Doenças e agravos	2015	2016	2017
	LER/Dort	432	339	279
	PAIR	142	92	78
Campo Grande	Câncer Ocupacional	9	24	54
	Transtorno mental relacionado ao trabalho	5	8	14
	Dermatose ocupacional	0	0	2
	LER/Dort	0	2	54
	Transtorno mental relacionado ao trabalho	0	6	23
Dourados	Dermatose ocupacional	0	0	5
	PAIR	0	1	1
	Câncer ocupacional	0	0	2
	Pneumoconiose	0	1	0
Três Lagoas	LER/Dort	20	23	13
	Transtorno mental relacionado ao trabalho	3	0	29
Corumbá	LER/Dort	4	6	4
	Transtorno mental relacionado ao trabalho	6	2	0

Fonte: SINAN NET/SGVS/CEVE/SES/MS – 2019.

CAPÍTULO 2

2. Divisão Regional de Saúde no Estado *117*

2.1. Macrorregião de Campo Grande 120

2.1.1. Perfil de Saúde e Mobimortalidade da Macrorregião de Campo Grande 122

2.2. Macrorregião de Dourados 137

2.2.1. Perfil de Saúde e Morbimortalidade da Macrorregião de Dourados 139

2.3. Macrorregião de Três Lagoas 156

2.3.1. Perfil de Saúde e Morbimortalidade da Macrorregião de Três Lagoas 158

2.4. Macrorregião de Corumbá 173

2.4.1. Perfil de Morbimortalidade da macrorregião Corumbá 175

2. Divisão Regional de Saúde no Estado

Em Mato Grosso do Sul, a descentralização da saúde acompanhou os ditames nacionais. O processo de regionalização resultou no estabelecimento de quatro Regiões de Saúde (Resolução 04/SES/MS/2013, alterada pela Resolução nº. 90/SES/MS de 11 de novembro de 2014).

Essa forma de organização foi base para as análises da situação de saúde, refletindo os avanços dos processos de trabalho da SES nos últimos anos.

As regiões de saúde foram estabelecidas no estado como base territorial para o planejamento de redes de atenção que possuem distintas densidades tecnológicas e capacidades de oferta de ações e serviços de saúde.

São também espaços privilegiados de articulação intergovernamental para a condução do sistema de saúde. A própria noção de rede regionalizada de atenção à saúde pressupõe a região como atributo fundamental para sua organização e funcionamento.

A conformação e a confirmação desse desenho do estado em 04 macrorregiões e onze microrregiões de saúde pela Resolução nº 37 CIB/SES/MS de 22 de junho de 2018 publicada em atendimento a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, tornou-se estratégia da política estadual para lidar com a dimensão territorial da universalização da saúde e induzir mudanças na política, no planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de assegurar uma ação mais eficaz do Estado na garantia desse direito.

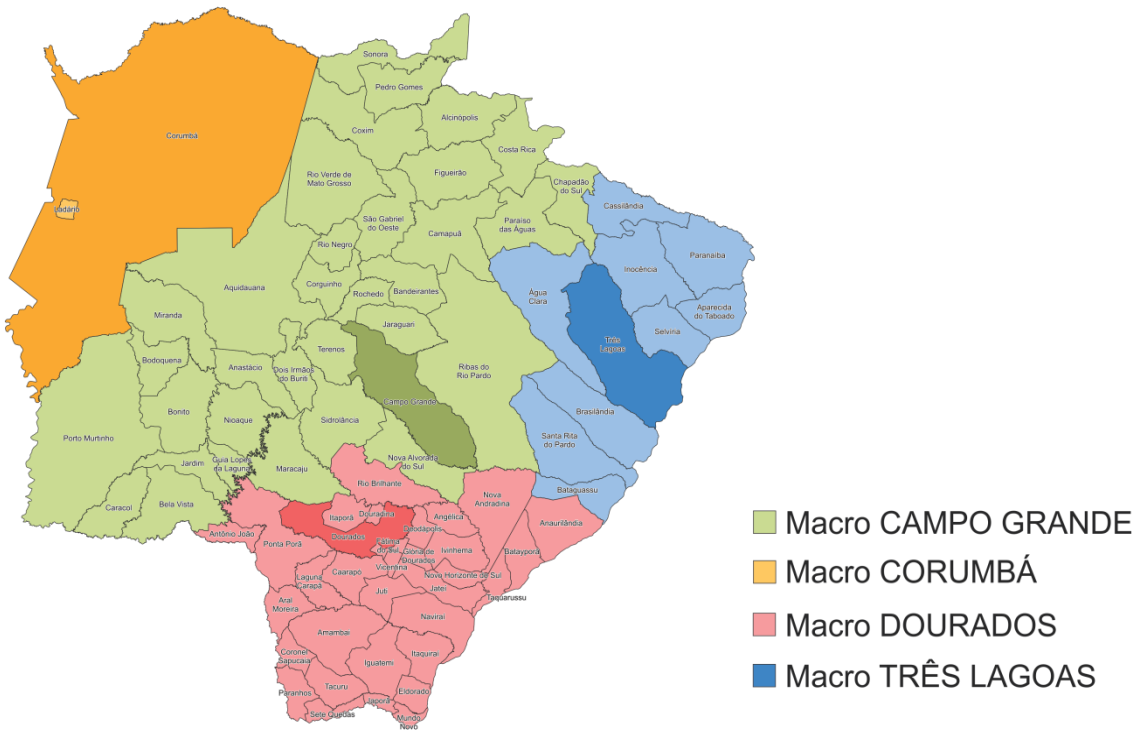
O Planejamento Regional do estado de Mato Grosso do Sul foi elaborado na perspectiva de garantir: o acesso dos cidadãos a um conjunto de ações e serviços vinculados a responsabilidades mínimas; acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários a resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção.

Em uma visão geral do estado, a capital Campo Grande é maior cidade, e outros municípios importantes são Dourados, Três Lagoas, Corumbá, Ponta Porã, Aquidauana, Nova Andradina e Naviraí.

Conforme o IBGE 2018, Campo Grande continua a cidade mais populosa do estado, com 885.711 habitantes e Figueirão, na região norte, tem 3.044 moradores e é o município sul-mato-grossense com menor população.

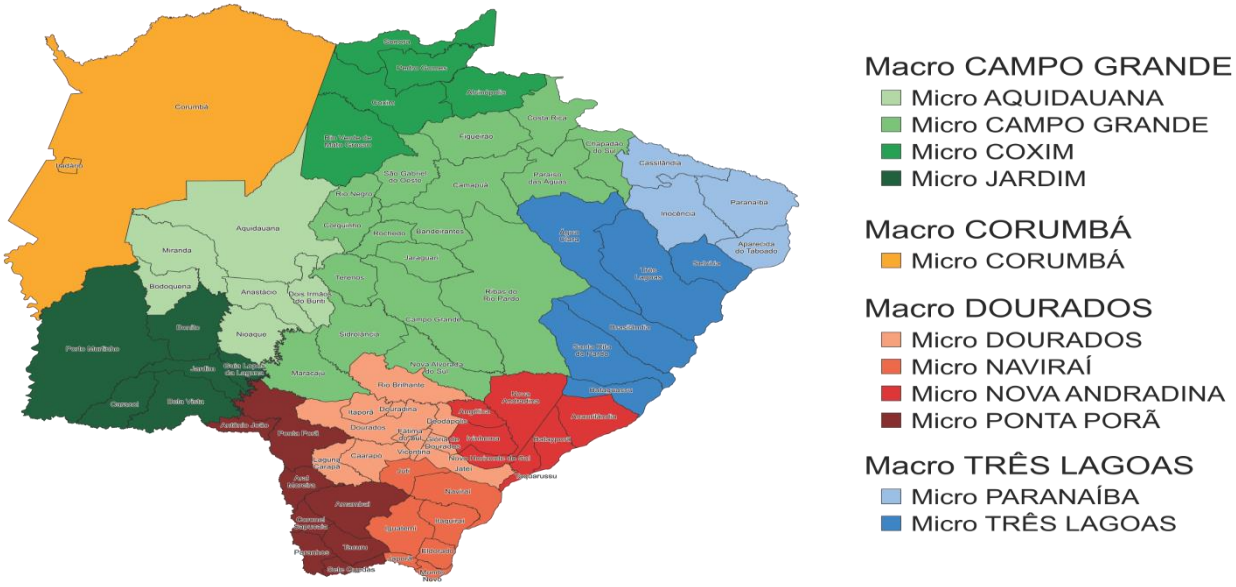
Dentre eles, quarenta e nove (49), municípios têm população inferior a 20.000 habitantes e estão vinculados a um centro urbano de referência, que são as sedes das microrregiões de saúde.

Figura 47 - Regiões de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul



Fonte: SES/MS 2019.

Figura 48 - Microrregiões de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul



Fonte: SES/MS 2019.

O Planejamento Regional de Mato Grosso do Sul, compreende quatro macrorregiões importantes: Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá, a partir dos quais são subdivididas em onze microrregiões : Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Jardim, Dourados, Naviraí, Nova Andradina, Ponta Porã, Paranaíba e Três Lagoas (quadro 3).

Quadro 3 - Macrorregiões de Saúde de Mato Grosso do Sul de acordo com a Resolução nº 37 CIB/SES/MS de 22 de junho de 2018

Macrorregião	População estimada 01/07/18	Microrregião
Campo Grande	1.502.351	Microrregião de Campo Grande Microrregião de Aquidauana Microrregião de Coxim Microrregião de jardim
Corumbá	133.774	Microrregião de Corumbá
Dourados	831.310	Microrregião de Dourados Microrregião de Naviraí Microrregião de Ponta Porã Microrregião de Nova Andradina
Três Lagoas	280.588	Microrregião de Três lagoas Microrregião de Paranaíba

2.1. Macrorregião de Campo Grande

A Macrorregião de Campo Grande é composta por 34 municípios divididos em 11 microrregiões (tabela 38). Esta é uma região que detém o maior contingente populacional do Estado, onde vivem 1.502.351habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE – Estimativa de 2018. Ocupando uma extensão territorial de 50.126,29 km², a Região de Campo Grande tem uma densidade demográfica de 18, 29 hab/km², onde 93,0% da sua população vivem na área urbana, com destaque para a urbanização observada no município de Campo Grande, que é de 98,66%, segundo dados do último censo, contra 85,64% de média do Estado. A Região tem como principal polo econômico o Município de Campo Grande, maior centro industrial, comercial e de serviços do Estado. O setor industrial vem se expandindo principalmente nos setores de alimentos, confecções, álcool combustível e metal-mecânico, com destaque para os municípios de Campo Grande, Sidrolândia e Nova Alvorada do Sul.

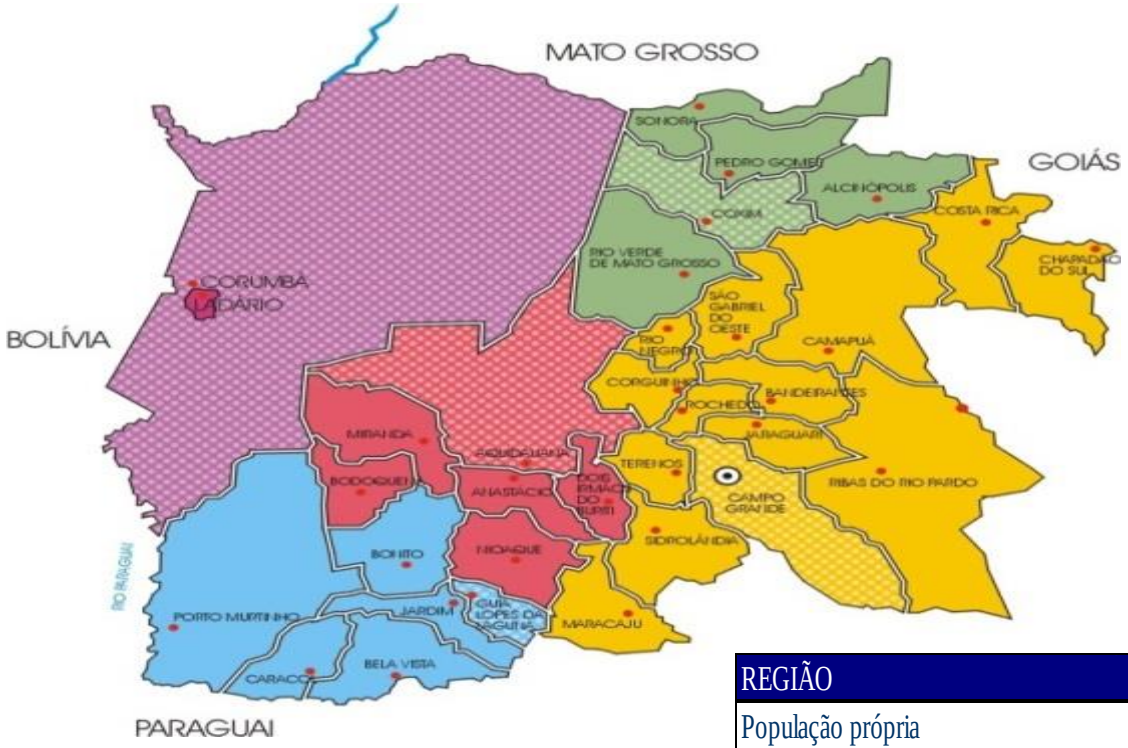
Esta região é polarizadora da estrutura de comércio e serviços dentro do Estado, concentrando 42,1% dos estabelecimentos comerciais de Mato Grosso do Sul e 32,2% das salas de aula oferecidas à população estadual em 2018. Na área de saúde é detentora de mais da metade dos leitos hospitalares existentes. A rede de serviços bancários também tem grande parte de seu atendimento localizado na Região de Campo Grande, onde se localizam 117 agências bancárias das 291 existentes no MS, segundo dados de 2016. Grande parte da população que vive nesta região utiliza a rede de serviços sociais localizada na Cidade de Campo Grande que é detentora de aproximadamente 90% dessa rede regional e polariza o fluxo de bens e serviços com um setor terciário dinâmico e uma funcionalidade na diversificação das atividades de serviços e funções urbanas específicas.

Tabela 35- Microrregiões de Saúde – municípios, estimativa populacional 2018 e distância da Capital do estado – IBGE 2018

MICRORREGIÃO	NOME DO MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA	DISTÂNCIA DA CAPITAL KM
Microrregião de Aquidauana	Anastácio	25.128	134
	Aquidauana	47.784	402
	Bodoquena	7.817	260
	Dois Irmãos do Buriti	11.239	116
	Miranda	27.795	203
	Nioaque	14.085	187
Microrregião de Campo Grande	Bandeirantes	6.829	68
	Figueirão	3.044	244
	Camapuã	13.727	135
	Jaraguari	7.108	47
	Campo Grande	885.711	-
	Maracaju	45.932	160
	Chapadão do Sul	24.559	325
	Nova Alvorada do Sul	21.300	120
	Corguinho	5.839	96
	Paraíso das Águas	5.455	277
	Costa Rica	20.496	384
	Ribas do Rio Pardo	24.258	97
	Rio Negro	4.831	116
	Rochedo	5.403	81
	São Gabriel	26.363	133
	Sidrolândia	56.081	70
	Terenos	21.311	28
Microrregião de Coxim	Alcinópolis	5.268	387
	Coxim	33.516	253
	Pedro Gomes	7.666	296
	Rio Verde de Mato Grosso	19.682	194
	Sonora	18.828	351
Microrregião de Jardim	Bela Vista	24.508	324
	Bonito	21.738	300
	Caracol	6.049	384
	Guia Lopes da Laguna	9.968	234
	Jardim	25.967	239
	Porto Murtinho	17.078	454

Fonte: TCU 2018.

Figura 49 - Macrorregião de Saúde de Campo Grande



REGIÃO	1.502.351
População própria	885.711
População referenciada	616.640
Número de municípios adscritos	34

Fonte: SES/MS 2019.

2.1.1. Perfil de Saúde e Mobimortalidade da Macrorregião de Campo Grande

Tabela 36 - Taxa de Internação (SUS) da macrorregião de Campo Grande

Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por 10 mil hab.)
Gravidez parto e puerpério	20247	134,7688
Lesões enven e alg out conseq causas externas	13690	91,12385
Doenças do aparelho respiratório	8752	58,25536
Doenças do aparelho digestivo	8570	57,04393
Doenças do aparelho circulatório	7418	49,37594
Doenças do aparelho geniturinário	6185	41,16881
Total	**91715**	**610,4765**

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2017

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de internação é pela taxa por 10 mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de internação total não considera apenas as cinco maiores causas de internação, mas sim o número de internações total.

Tabela 37 - Taxas de Internação (SUS) da macrorregião de Campo Grande por microrregião de Saúde

Microrregião	Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por 10 mil hab.)
Aquidauana	Gravidez parto e puerpério	1967	146,9577
	Doenças do aparelho respiratório	1374	102,6538
	Lesões envenenamento e alguma outra consequência - causas externas	1213	90,62519
	Doenças do aparelho digestivo	1138	85,02182
	Doenças do aparelho geniturinário	801	59,844
	Doenças do aparelho circulatório	784	58,5739
	Total	**10261**	**766,6159**
Campo Grande	Gravidez parto e puerpério	15401	130,7125
	Lesões envenenamento e alguma outra consequência - causas externas	10423	88,46283
	Doenças do aparelho digestivo	6207	52,68049
	Doenças do aparelho circulatório	5676	48,17375
	Doenças do aparelho respiratório	5500	46,67999
	Neoplasias (tumores)	4873	41,35847
	Total	**67544**	**573,2642**
Coxim	Gravidez parto e puerpério	1278	150,4237
	Lesões envenenamento e alguma outra consequência - causas externas	1255	147,7166
	Doenças do aparelho digestivo	860	101,2241
	Doenças do aparelho circulatório	591	69,56215
	Doenças do aparelho respiratório	487	57,32109
	Neoplasias (tumores)	444	52,25989
	Total	**6639**	**781,4266**
Jardim	Gravidez parto e puerpério	1624	154,2143
	Lesões envenenamento e alguma outra consequência - causas externas	1018	96,66882
	Doenças do aparelho digestivo	776	73,68861
	Doenças do aparelho circulatório	738	70,08015
	Doenças do aparelho respiratório	614	58,30516
	Neoplasias (tumores)	514	48,80921
	Total	**7271**	**690,4509**

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de internação é pela taxa por 10 mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de internação total não considera apenas as cinco maiores causas de internação, mas sim o número de internações total.

Tabela 38 - Taxa de Mortalidade Macrorregião de Campo Grande

Sexo Masculino		Sexo feminino	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
Infarto agudo do miocardio	0,339931	Infarto agudo do miocardio	0,20841
Pneumonia p/microorg NE	0,207061	Pneumonia p/microorg NE	0,192223
Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	0,120729	Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	0,118032
Doenc cardiaca hipertensiva	0,084308	Neopl malig da mama	0,084983
Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	0,078913	Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	0,064074
Taxa de mortalidade total	**3,292744**	**Taxa de mortalidade total**	**2,460453**

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2017

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de mortalidade é pela taxa por mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de mortalidade total não considera apenas as cinco maiores causas de morte, mas sim o número de óbitos total.

Obs3: o quadro se refere às mortes por causas segundo a categoria CID-10 (ex: C32 neoplasia maligna da laringe) e não Capítulo CID-10 (ex: II. Neoplasias (tumores)), por ser mais específica.

Tabela 39 - Mortalidade por sexo Macrorregião de Campo Grande – dados por microrregião

Microrregião de Aquidauana			
Sexo Masculino		Sexo feminino	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
Infarto agudo do miocárdio	0,518777	Infarto agudo do miocárdio	0,278185
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,218037	Pneumonia p/microorg NE	0,195481
Pneumonia p/microorg NE	0,210518	Diabetes mellitus não-insulino-dependente	0,157889

Doença cardíaca hipertensiva	0,135333	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,142852
Cardiomiopatias	0,135333	Neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões	0,075185
Taxa de mortalidade total	**3,789331**	**Taxa de mortalidade total**	**2,68411**

Microrregião de Campo Grande			
Sexo Masculino		**Sexo feminino**	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
Infarto agudo do miocárdio	0,325559	Infarto agudo do miocárdio	0,209288
Pneumonia p/microorg NE	0,222207	Pneumonia p/microorg NE	0,205843
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,10852	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,113687
Doenças cardíaca hipertensiva	0,083543	Neoplasia maligna da mama	0,092156
Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	0,082682	Acidente vascular cerebral NE como hemorragia isquêmico	0,067179
Taxa de mortalidade total	**3,239228**	**Taxa de mortalidade total**	**2,490787**

Microrregião de Coxim			
Sexo Masculino		**Sexo feminino**	
Causa (Categoria CID-10)	Causa (Categoria CID-10)	Causa (Categoria CID-10)	Causa (Categoria CID-10)
Infarto agudo do miocárdio	0,368364	Infarto agudo do miocárdio	0,154475
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,166358	Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,106944
Pneumonia p/microorg NE	0,13071	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,106944
Hemorragia intracerebral	0,118827	Doenças cardíaca hipertensiva	0,095062
Agressão disparo outras arma de fogo ou NE	0,118827	Pneumonia p/microorg NE	0,083179
Taxa de mortalidade total	**3,243975**	**Taxa de mortalidade total**	**2,079471**

Microrregião de Jardim			
Sexo Masculino		**Sexo feminino**	
Causa (Categoria CID-10)	Causa (Categoria CID-10)	Causa (Categoria CID-10)	Causa (Categoria CID-10)
Infarto agudo do miocárdio	0,249009	Infarto agudo do miocárdio	0,153236

Outras causas mal definidas e NE mortalidade	0,124504	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,143659
Agressão objeto cortante ou penetrante	0,124504	Pneumonia p/microorg NE	0,124504
Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,10535	Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,095773
Pneumonia p/microorg NE	0,095773	Neopl malig do colo do útero	0,076618
Taxa de mortalidade total	**3,294577**	**Taxa de mortalidade total**	**2,145306**

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de mortalidade é pela taxa por mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de mortalidade total não considera apenas as cinco maiores causas de morte, mas sim o número de óbitos total.

Obs3: o quadro se refere às mortes por causas segundo a categoria CID-10 (ex: C32 neoplasia maligna da laringe) e não Capítulo CID-10 (ex: II. Neoplasias (tumores)), por ser mais específica.

Tabela 40 – Mortalidade por Faixa Etária da Macrorregião de Campo Grande

Faixa etária	Nº óbitos	Taxa (por mil hab.)	Causa principal (Categoria CID-10)
0 a 6 dias	139	0,093751	P22 Desconforto respiratório do recém-nascido
7 a 27 dias	31	0,020908	P36 Septicemia bacter do recém-nascido
28 a 364 dias	59	0,039794	W79 Inalacao ingest aliment caus obstr trat resp
1 a 4 anos	45	0,030351	Q21 Malformações congenitas dos septos cardíacos
5 a 9 anos	26	0,017536	C91 Leucemia linfoide
10 a 14 anos	29	0,01956	W69 Afogamento e submersão em aguas naturais
15 a 19 anos	91	0,061376	X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc
20 a 24 anos	153	0,103193	X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE
25 a 29 anos	135	0,091053	X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE
30 a 34 anos	175	0,118032	X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE
35 a 39 anos	220	0,148383	X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE
40 a 44 anos	257	0,173338	I21 Infarto agudo do miocárdio
45 a 49 anos	337	0,227295	I21 Infarto agudo do miocárdio
50 a 54 anos	500	0,337233	I21 Infarto agudo do miocárdio
55 a 59 anos	652	0,439752	I21 Infarto agudo do miocárdio

60 a 64 anos	708	0,477522	I21 Infarto agudo do miocárdio
65 a 69 anos	824	0,55576	I21 Infarto agudo do miocárdio
70 a 74 anos	891	0,600949	I21 Infarto agudo do miocárdio
75 a 79 anos	911	0,614439	I21 Infarto agudo do miocárdio
80 anos e mais	2342	1,5796	J18 Pneumonia p/microorg NE
Idade ignorada	7	0,004721	R99 Outras causas mal definidas e NE mortalidade
Total	8532	5,754546	I21 Infarto agudo do miocárdio

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o número de óbitos e a taxa por mil habitantes são referentes a todas as mortes naquela faixa etária, e não somente na principal causa de mortalidade.

Obs2: o quadro se refere às mortes por causas segundo a categoria CID-10 (ex: C32 neoplasia maligna da laringe) e não Capítulo CID-10 (ex: II. Neoplasias (tumores)), por ser mais específica.

Tabela 41 - Número de notificações de violência por ano, sexo e tipo de violência (violência física, violência psicológica/moral e violência sexual) Macrorregião de Campo Grande - período de 2015 a 2017

Frequência por Ano da Notificação Violência segundo Sexo.	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Campo Grande	2908	1713	3078	1766	3468	1975
Frequência por Ano da Notificação Violência Física segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Campo Grande	1416	663	1414	634	1450	661
Frequência por Ano da Notificação Violência Psicológica / moral segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Campo Grande	467	116	429	101	358	100
Frequência por Ano da Notificação Violência Sexual segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Campo Grande	176	31	216	33	211	28

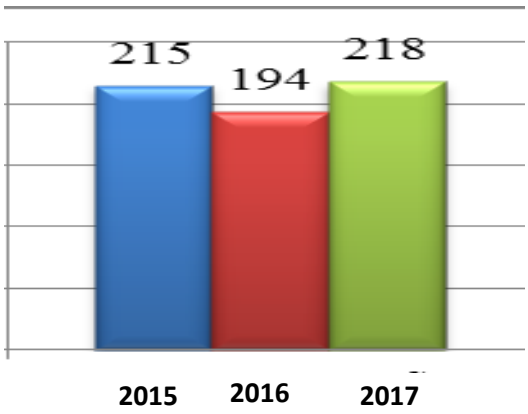
Fonte: SINAN-NET acessado em 16/05/2019.

Tabela 42 - Número de notificações de lesões autoprovocadas, por sexo, Macrorregião de Campo Grande - período de 2015 a 2017

Lesão autoprovocada por Ano da Notificação segundo Sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Campo Grande	616	275	637	310	941	344

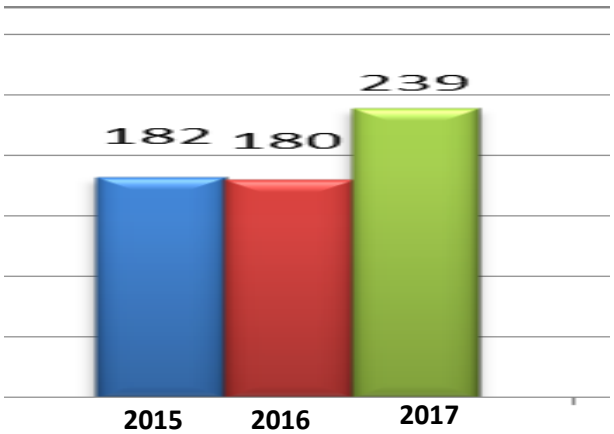
Fonte: SINAN-NET acessado em 16/05/2019.

Figura 50 - Distribuição dos casos notificados de AIDS, Macrorregião Campo Grande.



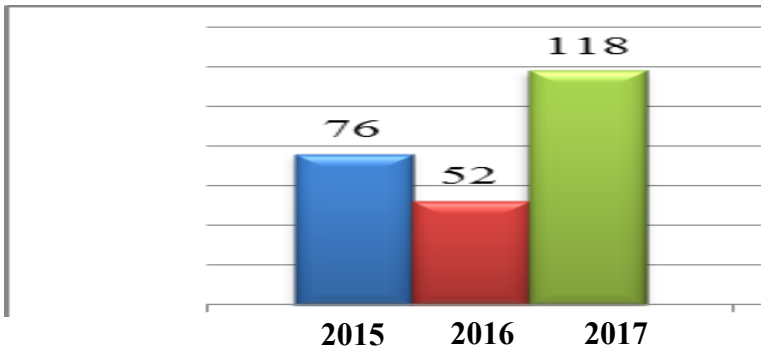
Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

Figura 51 - Distribuição dos casos notificados de Sífilis Congênita, Macrorregião de Campo Grande – período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

Figura 52 - Distribuição dos casos notificados de Hepatite C, Macrorregião de Campo Grande – período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

Tabela 43 - Casos notificados de Doenças Endêmicas e Zica, Macrorregião de Campo Grande – período de 2015 a 2017

	2015	2016	2017
CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE	26.632	45.102	4.517
CASOS NOTIFICADOS DE FEBRE DO CHIKUNGUNYA	199	286	267
CASOS NOTIFICADOS DE ZIKA	436	3614	225
CASOS NOTIFICADOS DE SRAG (SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE)	238	936	528

Fonte: SINAN ONLINE

Tabela 44 - Proporção de encerramento de Tuberculose Pulmonar bacilífera, Macrorregião de Campo Grande - período de 2012 a 2017**

MACRORREGIÃO	2015			2016			2017		
	SI	%C	%A	SI	%C	%A	SI	%C	%A
Macrorregião de Campo Grande	18,2	56,7	376,9	9,8	54,7	340,3	53,04	19,29	42,8

S/I = Sem Informação; %C = % Cura; A% = % Abandono.

Fonte: CVE/PECT/SES- SINANTABWIN 18/04/2018

* Os dados podem sofrer alterações conforme atualização do banco de dados** dados de 2017 não estão encerrados.

Tabela 45 - Proporção de testagem para HIV realizados e coinfecção TB/HIV Macrorregião de Campo Grande - período de 2015 a 2017

Mun Resid MS	2015		2016		2017	
	%HIV	%C.	%HIV	%C.	%HIV	%C.
Macrorregião de Campo Grande	80,50%	40,85%	80%	13,7%	76,41%	11,30%

%HIV= % HIV Realizado; %C = % Coinfecção.

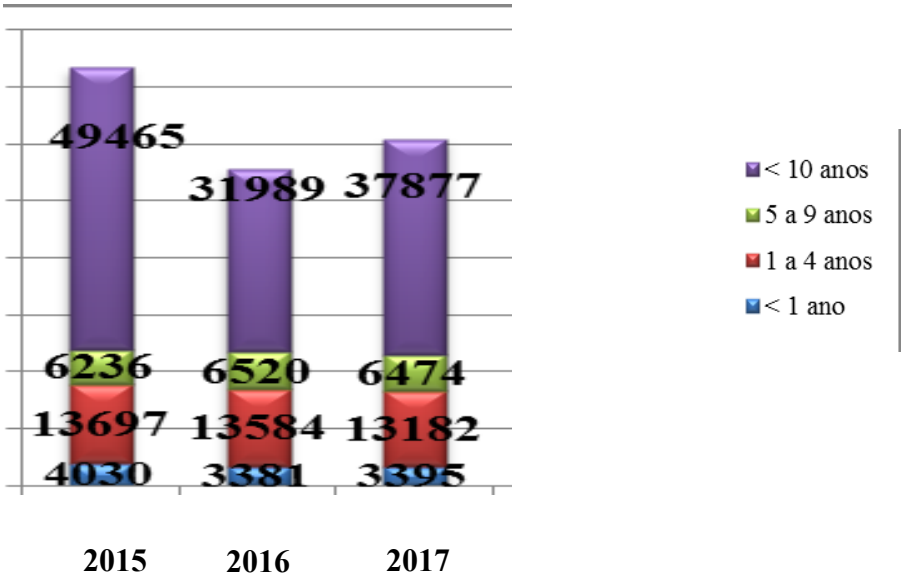
Fonte: CVE/PECT/SES- SINANTABWIN 18/04/2018

* Os dados podem sofrer alterações conforme atualização do banco de dados.

Figura 53 - Número de atendimentos de casos de Doença Diarreica Aguda, Macrorregião de Campo Grande no período de 2015 a 2017

Fonte: SIVEP_DDA/DATASUS acessado em 16/05/2019

Figura 54 - Proporção atendimentos de casos de Doença Diarreica Aguda por faixa etária, Macrorregião de Campo Grande no período de 2015 a 2017



Fonte: SIVEP_DDA/DATASUS acessado em 16/05/2019

Tabela 46 - Número e porcentagem de casos confirmados de leishmaniose visceral humana, Macrorregião de Campo Grande no período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Macrorregião de Campo Grande	96	76,2	88	74,6	84	64,6

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

A macrorregião de Campo Grande foi a que mais teve casos, com mais de 60% dos registros no período analisado.

Tabela 47 - Número e porcentagem de casos confirmados de leishmaniose tegumentar, Macrorregião de Campo Grande no período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Macrorregião de Campo Grande	95	64,2	76	65,5	55	64

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 48 - Número de casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, segundo formas clínicas, Macrorregião de Campo Grande no período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Campo Grande	87	91,6	6	6,3	2	2,1
MACRORREGIÃO	2016					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Campo Grande	65	85,5	8	10,5	3	4,0
MACRORREGIÃO	2017					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Campo Grande	49	89,1	4	7,3	2	3,6

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 49 - Porcentagem de cobertura vacinal antirrábica de cães e gatos, Macrorregião de Campo Grande no período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Cães %	Gatos %	Cães %	Gatos %	Cães %	Gatos %
Macrorregião de Campo Grande	77	91	71	71	65	62

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Em relação à positividade por espécie animal em Mato Grosso do Sul, na tabela a seguir verifica-se o número de bovinos infectados nos últimos três anos na macrorregião.

Tabela 50 - Número de animais positivos para raiva, por espécie Macrorregião de Campo Grande no período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Campo Grande	-	-	9	7	1	-
MACRORREGIÃO	2016					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Campo Grande	-	-	10	1	2	-
MACRORREGIÃO	2017					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Campo Grande	-	-	2	8	-	-

Fonte: Agência Estadual de defesa Sanitária Animal e Vegetal – IAGRO. Acessado em 08/08/2018. Legenda: QH – Quiróptero Hematófago; QñH – Quiróptero não Hematófago.

A tabela a seguir, mostra que a macrorregião de saúde teve a maior concentração de casos de SRAG é Campo Grande, provavelmente devido à fatores de exposição da população que permitem uma maior disseminação viral.

Em 2017 houve predominância da circulação do vírus H3N2 no estado de Mato Grosso do Sul.

Tabela 51 - Casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave Macrorregião de Campo Grande no período de 2015 a 2017

Macrorregião	2015	2016	2017
Campo Grande	238	936	528

Fonte: SINAN INFLUENZA WEB

A tabela a seguir mostra os casos confirmados de coqueluche na Macrorregião no período de 2015 a 2017.

Tabela 52 - Casos confirmados de coqueluche Macrorregião de Campo Grande no período de 2015 a 2017

Macrorregião	2015	2016	2017
Macrorregião de Campo Grande	43	3	7

* Fonte: SINAN - Dados coletados em 10/05/2019, sujeito à revisão.

Tabela 53 - Coberturas vacinais (CV) por tipo de vacinas em crianças menores de 01 ano e 1 ano de idade, Macrorregião de Campo Grande no período de 2015 a 2017

Cobertura vacinal (%) BCG	2015	2016	2017
Campo Grande	120,56	103,70	107,92
Cobertura vacinal (%) Rotavírus	**2015**	**2016**	**2017**
Campo Grande	109,43	95,33	91,21
Cobertura vacinal (%) Meningocócica C	**2015**	**2016**	**2017**
Campo Grande	114,22	99,35	91,32
Cobertura vacinal (%) Pentavalente	**2015**	**2016**	**2017**
Campo Grande	110,44	97,92	92,02
Cobertura vacinal (%) Pneumococcica 10 valente	**2015**	**2016**	**2017**
Campo Grande	111.14	100.51	97.77
Cobertura vacinal (%) Poliomielite	**2015**	**2016**	**2017**
Campo Grande	113.01	93.05	89.22

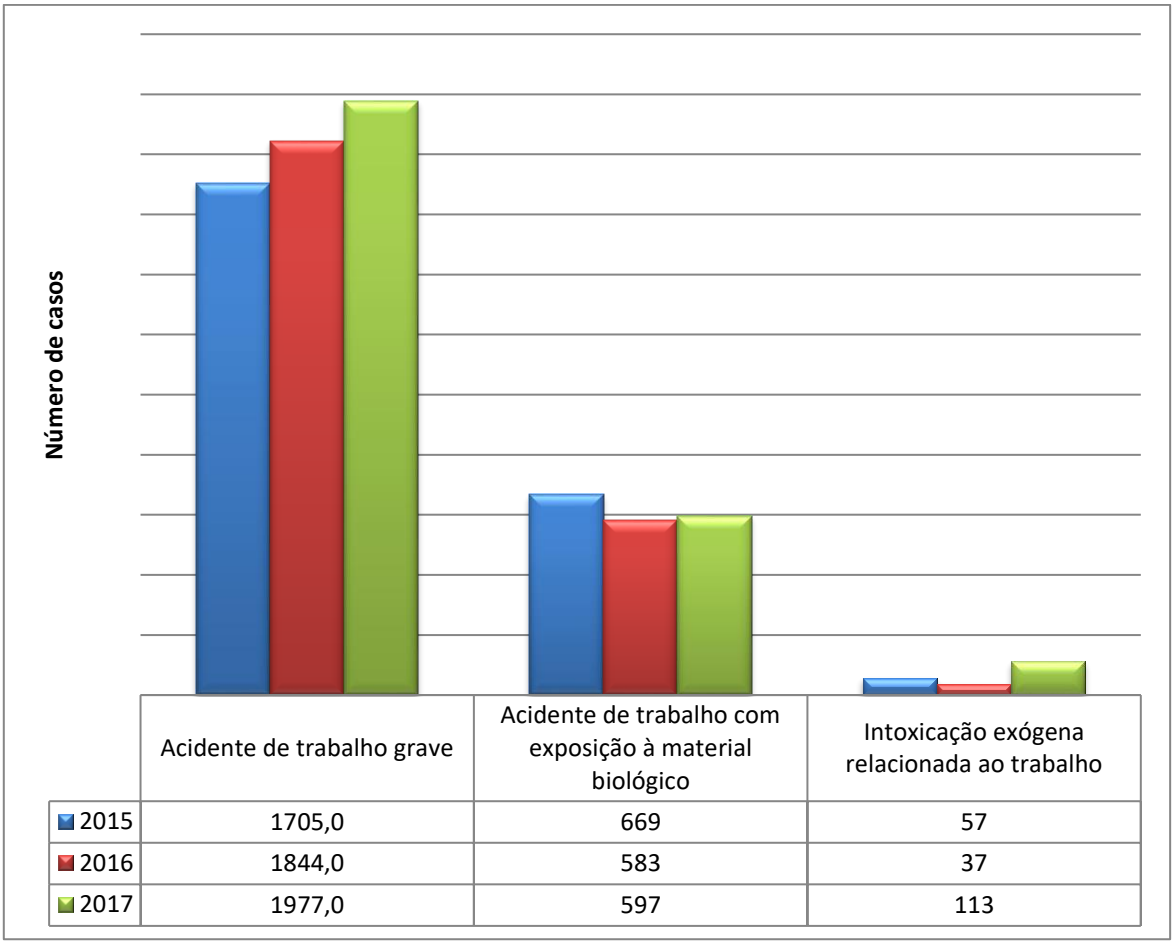
Cobertura vacinal (%) Febre Amarela	2015	2016	2017
Campo Grande	105.98	96.16	88.03
Cobertura vacinal (%) Tríplice Viral	2015	2016	2017
Campo Grande	108.80	100.04	97.85

Fonte: SES/MS - Dados coletados em 05/2019, sujeito à revisão.

A macrorregião de Campo Grande concentra em todos os anos o maior número de notificações de casos de agravos à saúde do trabalhador (9.060) tendo em vista que é a região mais populosa do Estado.

Conforme gráfico apresentado a seguir.

Figura 55 - Frequência de casos de acidentes de trabalho, segundo o ano de notificação, Macrorregião de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2015 a 2017 (N= 7.582)



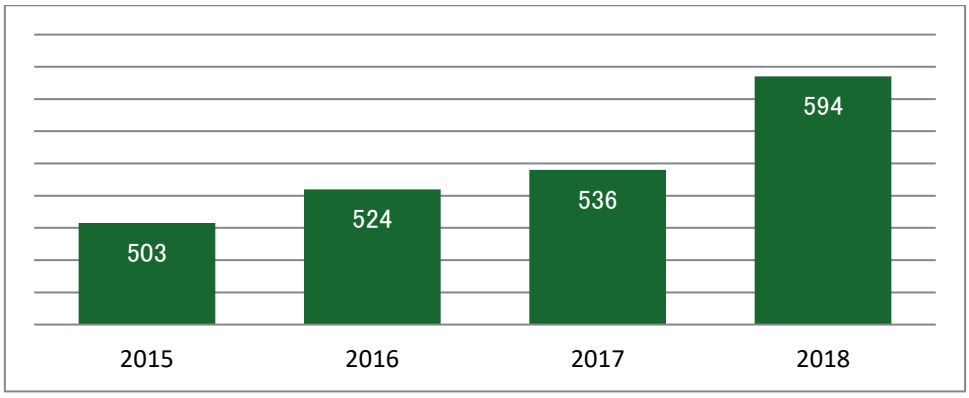
	Acidente de trabalho grave	Acidente de trabalho com exposição à material biológico	Intoxicação exógena relacionada ao trabalho
2015	1705,0	669	57
2016	1844,0	583	37
2017	1977,0	597	113

Fonte: SINAN NET/SGVS/CEVE/SES/MS – 2019.

Destaca-se por apresentar o maior número (594) de áreas cadastradas potencialmente contaminadas e que pode interferir na saúde da população considerando que a maioria delas está localizada nas áreas urbanas das cidades, postos de abastecimento e locais de disposição de resíduos urbanos.

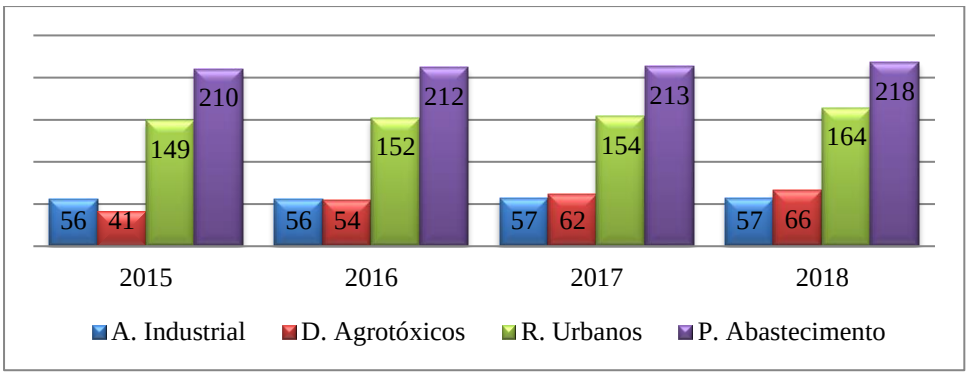
Conforme demonstrado nos gráficos abaixo.

Figura 56 - Áreas Cadastradas no SISSOLO, Macrorregional Campo Grande - 2015-2018



Fonte: SISSOLO/MS -2018.

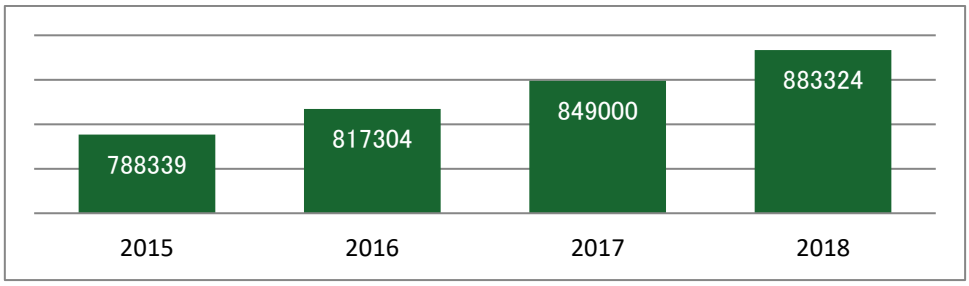
Figura 57 - Classificação das Áreas Cadastradas no SISSOLO, Macrorregional Campo Grande - 2015-2018



Fonte: SISSOLO/MS -2018.

Possui a maior frota veicular do estado (883.324). E, como iremos observar em todas as macrorregionais de Mato Grosso do Sul, é observado um aumento expressivo do número de veículos.

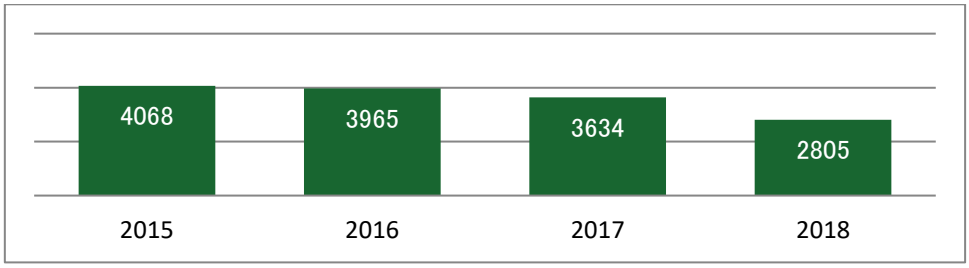
Figura 58- Frota Veicular, Macrorregional Campo Grande, 2015-2018



Fonte: Denatran 2018.

No período de 2015 a 2018, foi observada na macrorregião de Campo Grande uma queda de 31% nas internações por doenças do aparelho respiratório.

Figura 59 - Internações por Doenças do Aparelho Respiratório, Macrorregional Campo Grande, 2015 a 2018

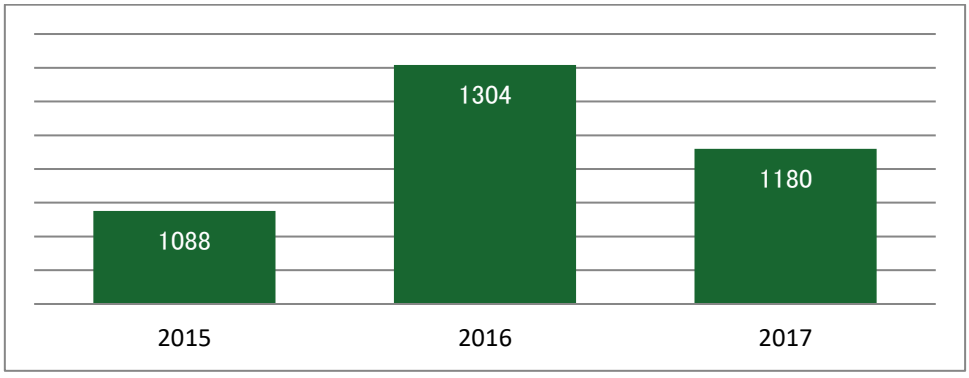


Fonte: DATASUS/MS 2018.

Foi observado na macrorregião de Campo Grande, no período de 2015 a 2018, um aumento de 8,5% nos óbitos por doenças do aparelho respiratório.

Ressaltando que no ano de 2016 houve um aumento expressivo nos óbitos.

Figura 60 - Óbitos por Doenças do Aparelho Respiratório, Macrorregional Campo Grande, 2015-2018.



Fonte: DATASUS/MS 2018.

2.2. Macrorregião de Dourados

A Macrorregião de Dourados é composta por 33 municípios divididos em três microrregiões de saúde, com uma população total de 831.310 habitantes. A população é predominantemente urbana com 83% vivendo na área urbana e 17% na área rural. A maior parte dos habitantes do território (58%) está concentrada no município de Dourados que é também o maior município em extensão.

Neste município a população urbana é da ordem de 92% apresentando a maior disparidade entre a população urbana e rural dos municípios que compõem o território. A população do território Grande Dourados representa 13,7% da população total do estado.

A região experimentou, nos últimos quatro anos, rápido crescimento econômico ancorado na exploração da grande lavoura (soja, milho e trigo) e na exploração da pecuária.

O IDH-M[4] do território é de 0,733 e está abaixo do índice do estadual que é de 0,778. Dos três indicadores utilizados para compor o IDH-M, a renda é o indicador que apresenta os valores mais baixos e faz com que o IDH-M do território seja baixo.

Tabela 54 – Microrregiões de Saúde – municípios, estimativa populacional 2018 e distância da Capital do estado – IBGE 2018

MICRORREGIÃO	NOME DO MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA	DISTÂNCIA DA CAPITAL KM
Microrregião de Dourados	Caarapó	29.743	273
	Deodapólis	12.868	260
	Douradina	5.889	196
	Dourados	220.965	230
	Fátima do Sul	19.234	237
	Glória de Dourados	9.981	275
	Itaporã	23.886	225
	Jateí	4.034	260

[4] IDH-M–Índices de Desenvolvimento Humano Municipal é composto pela média de três índices; Longevidade, Educação e Renda.

	Laguna Caarapã	7.267	275
	Rio Brilhante	36.830	158
	Vicentina	6.067	246
Microrregião de Nova Andradina	Anaurilândia	8.993	366
	Angélica	10.620	323
	Batayporã	11.305	306
	Ivinhema	23.140	291
	Nova Andradina	53.517	297
	Novo Horizonte do Sul	3.947	320
	Taquarussu	3.583	325
Microrregião de Naviraí	Eldorado	12.305	440
	Iguatemi	15.977	466
	Itaquiraí	20.905	402
	Japorã	8.976	477
	Juti	6.638	311
	Mundo Novo	18.256	462
	Naviraí	54.051	359
Microrregião de Ponta Porã	Amambai	38.958	352
	Antônio João	8.891	402
	Aral Moreira	11.963	68
	Coronel Sapucaia	15.152	380
	Paranhos	14.048	477
	Ponta Porã	91.082	346
	Sete Quedas	10.812	422
	Tacuru	11.427	416

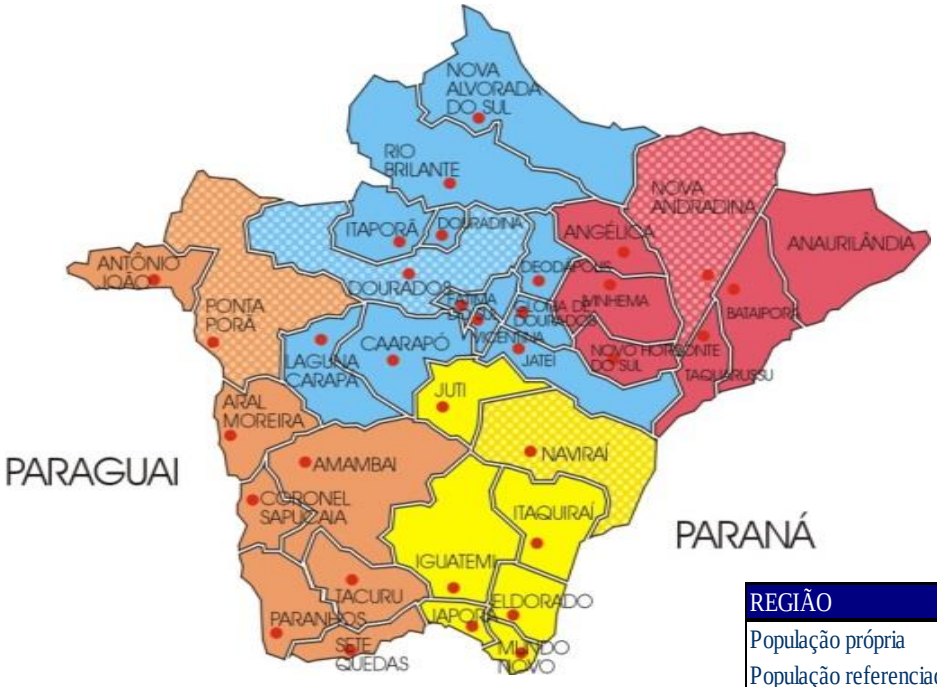
Fonte: TCU 2018.

Quando comparados os índices de longevidade dos municípios percebemos que estes se mantêm dentro de uma faixa sem grandes disparidades com os indicadores estaduais e nacionais tendo inclusive alguns municípios superando o índice do país.

O índice de educação mostra que quatro municípios apresentam índice superior ao nacional, refletindo assim o resultado de campanhas para que as crianças estejam na escola. Quando analisado os índices de renda de cada município percebe-se que estes acompanham os índices do território ficando pouco abaixo dos indicadores estaduais e nacionais. Somente o município de Dourados se mantém próximo aos indicadores estadual e nacional. Em todos

os índices analisados nota-se que o município de Dourados apresenta excelente desempenho em relação aos demais. É neste município que se concentra a maioria das instituições de ensino, indústrias e também a grande produção agrícola e pecuária do território.

Figura 61 - Macrorregião de Saúde de Dourados



REGIÃO	831.310
População própria	220.965
População referenciada	610.345
Número de municípios adscritos	33

Fonte: SES 2019.

2.2.1. Perfil de Saúde e Morbimortalidade da Macrorregião de Dourados

Tabela 55 - Taxas de Internação (SUS) da Macrorregião Dourados

Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por 10 mil hab.)
Gravidez parto e puerpério	12462	149,908
Doenças do aparelho respiratório	8269	99,46951
Doenças do aparelho digestivo	5374	64,64496
Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	5261	63,28566
Doenças do aparelho circulatório	4320	51,96617
Doenças do aparelho geniturinário	4201	50,5347
Total	54138	651,2372

Fonte: TABNET/DATASUS -Período: 2018

Tabela 56 - Taxas de Internação (SUS), macrorregião de Dourados por microrregião de Saúde

Microrregião	Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por 10 mil hab.)
Dourados	Gravidez parto e puerpério	5460	144,9183
	Doenças do aparelho respiratório	2840	75,37875
	Doenças do aparelho digestivo	2405	63,83306
	Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	2352	62,42635
	Doenças do aparelho circulatório	1903	50,50907
	Doenças do aparelho geniturinário	1766	46,87284
	Total	**22286**	**591,5109**
Naviraí	Gravidez parto e puerpério	1908	139,1604
	Doenças do aparelho respiratório	1807	131,7939
	Doenças do aparelho digestivo	899	65,56875
	Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	852	62,14079
	Doenças do aparelho circulatório	841	61,33851
	Doenças do aparelho geniturinário	830	60,53622
	Total	**10185**	**742,8451**
Nova Andradina	Gravidez parto e puerpério	1592	143,2196
	Doenças do aparelho respiratório	1277	114,8815
	Doenças do aparelho digestivo	845	76,01792
	Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	795	71,51982
	Doenças do aparelho circulatório	745	67,02172
	Doenças do aparelho geniturinário	681	61,26415
	Total	**8184**	**736,2493**
Ponta Porã	Gravidez parto e puerpério	3603	324
	Doenças do aparelho respiratório	2244	202
	Doenças do aparelho digestivo	1427	128
	Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	1283	115
	Doenças do aparelho circulatório	1032	93
	Doenças do aparelho geniturinário	936	84
	Total	**13483**	**1.212**

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de internação é pela taxa por 10 mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de internação total não considera apenas as cinco maiores causas de internação, mas sim o número de internações total.

Tabela 57 - Mortalidade geral, Macrorregião de Dourados – dados por microrregião

Microrregião de Dourados		
Causa (Categoria CID-10)	Número	Taxa (por mil hab.)
Gravidez parto e puerpério	5460	144,9183
Doenças do aparelho respiratório	2840	75,37875
Doenças do aparelho digestivo	2405	63,83306
Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	2352	62,42635
Doenças do aparelho circulatório	1903	50,50907
Doenças do aparelho geniturinário	1766	46,87284
Total	**22286**	**591,5109**
Microrregião de Naviraí		
Causa (Categoria CID-10)	Número	Taxa (por mil hab.)
Gravidez parto e puerpério	1908	139,1604
Doenças do aparelho respiratório	1807	131,7939
Doenças do aparelho digestivo	899	65,56875
Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	852	62,14079
Doenças do aparelho circulatório	841	61,33851
Doenças do aparelho geniturinário	830	60,53622
Total	**10185**	**742,8451**
Microrregião de Nova Andradina		
Causa (Categoria CID-10)	Número	Taxa (por mil hab.)
Gravidez parto e puerpério	1592	143,2196
Doenças do aparelho respiratório	1277	114,8815
Doenças do aparelho digestivo	845	76,01792
Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	795	71,51982
Doenças do aparelho circulatório	745	67,02172
Doenças do aparelho geniturinário	681	61,26415
Total	**8184**	**736,2493**
Microrregião de Ponta Porã		
Causa (Categoria CID-10)	Número	Taxa (por mil hab.)
Gravidez parto e puerpério	3603	324
Doenças do aparelho respiratório	2244	202
Doenças do aparelho digestivo	1427	128

Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	1283	115
Doenças do aparelho circulatório	1032	93
Doenças do aparelho geniturinário	936	84
Total	**13483**	**1.212**

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de mortalidade é pela taxa por mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: caso as causas mal definidas estejam entre as cinco maiores causas de mortalidade, desconsiderar (apagar a última linha) para evitar duplicata.

Tabela 58 - Mortalidade por Sexo da Macrorregião Dourados

Sexo Masculino		Sexo feminino	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
Infarto agudo do miocárdio	0,359373	Infarto agudo do miocárdio	0,208314
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,185168	Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,147404
Agressão disparo outra arma de fogo ou NE	0,143749	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,140094
Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,112076	Doença cardíaca hipertensiva	0,090148
Doença cardíaca hipertensiva	0,098675	Pneumonia p/microorg NE	0,082838
Taxa de mortalidade total	**3,590072**	**Taxa de mortalidade total**	**2,338968**

Fonte: TABNET/DATASUS -Período: 2018

Tabela 59 - Mortalidade por sexo, Macrorregião de Dourados – dados por microrregião

Microrregião de Dourados			
Sexo Masculino		Sexo feminino	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
Infarto agudo do miocárdio	0,438139	Infarto agudo do miocárdio	0,241917
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,137086	Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,153214
Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,112895	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,134398
Doença alcoólica do fígado	0,104831	Neoplasia maligna da mama	0,096767
Agressão disparo outra arma de fogo ou NE	0,104831	Pneumonia p/microorg NE	0,088703
Taxa de mortalidade total	**3,553496**	**Taxa de mortalidade total**	**2,403045**

Microrregião de Naviraí			
Sexo Masculino		Sexo feminino	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
Infarto agudo do miocárdio	0,31024	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,192053
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,192053	Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,15512
Outras doenças cerebrovasculares	0,17728	Infarto agudo do miocárdio	0,13296
Agressão disparo outra arma de fogo ou NE	0,140347	Outras doenças cerebrovasculares	0,103413
Doença cardíaca hipertensiva	0,118187	Hipertensão essencial	0,08864
Taxa de mortalidade total	**3,486508**	**Taxa de mortalidade total**	**2,179068**

Microrregião de Nova Andradina			
Sexo Masculino		Sexo feminino	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,316094	Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,175608
Infarto agudo do miocárdio	0,254632	Infarto agudo do miocárdio	0,166828
Doença cardíaca hipertensiva	0,149267	Pneumonia p/microorg NE	0,122926
Pneumonia p/microorg NE	0,122926	Doença cardíaca hipertensiva	0,114145

Outras causas mal definidas e NE mortalidade	0,122926	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,114145
Taxa de mortalidade total	**3,696549**	**Taxa de mortalidade total**	**2,239003**
Microrregião de Ponta Porã			
Sexo Masculino		**Sexo feminino**	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
Infarto agudo do miocárdio	0,305645	Infarto agudo do miocárdio	0,220465
Agressão disparo outra arma de fogo ou NE	0,240507	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,130275
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	0,195412	Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,220465
Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,140296	Doença cardíaca hipertensiva	0,130275
Lesões autoprov intenc enforc estrang sufoc	0,115243	Hemorragia intracerebral	0,115243
Taxa de mortalidade total	3,667739	**Taxa de mortalidade total**	0,105222

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de mortalidade é pela taxa por mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de mortalidade total não considera apenas as cinco maiores causas de morte, mas sim o número de óbitos total.

Obs3: o quadro se refere às mortes por causas segundo a categoria CID-10 (ex: C32 neoplasia maligna da laringe) e não Capítulo CID-10 (ex: II. Neoplasias (tumores)), por ser mais específica.

Tabela 60 - Mortalidade por Faixa Etária da Macrorregião Dourados

Faixa etária	Nº óbitos	Taxa (por mil hab.)	Causa principal (Categoria CID-10)
0 a 6 dias	82	0,099893	P24 Sindr de aspiracao neonatal; P01 Fet rec-nasc afet complic maternas gravidez
7 a 27 dias	28	0,03411	Q24 Outr malformacoes congen do coracao; P22 Desconforto respiratório do recém-nascido
28 a 364 dias	50	0,060911	Q03 Hidrocefalia congen
1 a 4 anos	31	0,037765	A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum
5 a 9 anos	21	0,025582	J18 Pneumonia p/microorg NE; R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade; Q21 Malformacoes congen dos septos cardiacos; Q03 Hidrocefalia congen
10 a 14 anos	29	0,035328	X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc
15 a 19 anos	103	0,125476	X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc; X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE
20 a 24 anos	135	0,164459	X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE
25 a 29 anos	109	0,132785	X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE
30 a 34 anos	111	0,135222	X99 Agressao objeto cortante ou penetrante
35 a 39 anos	159	0,193696	X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE
40 a 44 anos	162	0,19735	I21 Infarto agudo do miocardio
45 a 49 anos	207	0,25217	I21 Infarto agudo do miocardio
50 a 54 anos	296	0,360591	I21 Infarto agudo do miocardio
55 a 59 anos	307	0,373991	I21 Infarto agudo do miocardio
60 a 64 anos	372	0,453175	I21 Infarto agudo do miocardio
65 a 69 anos	415	0,505558	I21 Infarto agudo do miocardio
70 a 74 anos	479	0,583524	I21 Infarto agudo do miocardio
75 a 79 anos	515	0,627379	I21 Infarto agudo do miocardio

80 anos e mais	1248	1,520329	J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas
Idade ignorada	8	0,009746	R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade
Total	4867	5,929039	I21 Infarto agudo do miocardio

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o número de óbitos e a taxa por mil habitantes é referente à todas as mortes naquela faixa etária, e não somente na principal causa de mortalidade.

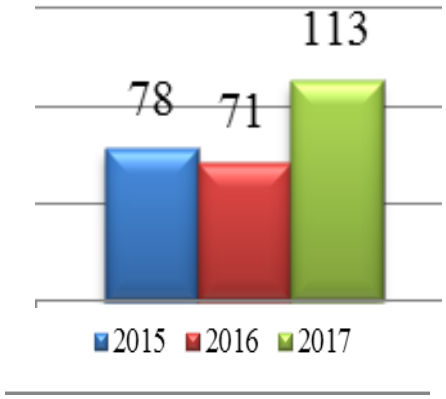
Obs2: o quadro se refere às mortes por causas segundo a categoria CID-10 (ex: C32 neoplasia maligna da laringe) e não Capítulo CID-10 (ex: II. Neoplasias (tumores)), por ser mais específica.

Tabela 61 - Número de notificações de violência por ano, sexo e tipo de violência (violência física, violência psicológica/moral e violência sexual) macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

.Frequência por Ano da Notificação Violência segundo Sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Dourados	830	639	879	688	940	691
Frequência por Ano da Notificação Violência Física segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Dourados	647	564	685	619	762	630
Frequência por Ano da Notificação Violência Psicológica / moral segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Dourados	238	74	252	88	313	131
Frequência por Ano da Notificação Violência Sexual segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Dourados	138	15	138	11	152	9

Fonte: SINAN-NET acessado em 16/05/2019.

Figura 62 - Distribuição dos casos notificados de Aids, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017



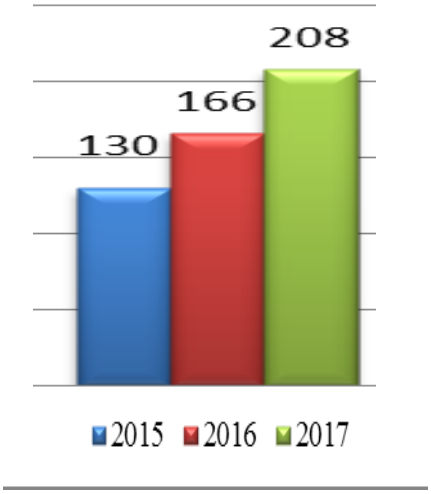
Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

Tabela 62 - Número de notificações de lesões autoprovocadas, por sexo, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

Lesão autoprovocada por Ano da Notificação segundo Sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Dourados	72	57	75	76	98	74

Fonte: SINAN-NET acessado em 16/05/2019.

Figura 63 - Distribuição dos casos notificados de Sífilis Congênita macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

Figura 64 - Distribuição dos casos notificados de Hepatite C, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

Tabela 63 - Casos notificados doenças endêmicas e influenza, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

Ano	2015	2016	2017
CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE	15.285	15.875	1.170
CASOS NOTIFICADOS DE FEBRE DO CHIKUNGUNYA	16	74	177
CASOS NOTIFICADOS DE SRAG (SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE)	-	72	30

Fonte: SINAN ONLINE

Tabela 64 - Casos notificados de Febre por Zika, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

CASOS NOTIFICADOS DE ZIKA	MACRO REGIÃO	2015	2016	2017
	DOURADOS	-	72	30

FONTE SINAN NET

Tabela 65 - Proporção de encerramento de Tuberculose Pulmonar bacilífera, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015			2016			2017		
	SI	%C	%A	SI	%C	%A	SI	%C	%A
Macrorregião de Dourados	28,02	59,9	99,4	17,1	56,3	309,3	40,66	41,96	34,8

S/I = Sem Informação; %C = % Cura; A% = % Abandono.

Fonte: CVE/PECT/SES- SINANTABWIN 18/04/2018

* Os dados podem sofrer alterações conforme atualização do banco de dados** dados de 2017 não estão encerrados.

Tabela 66 - Proporção de testagem para HIV realizados e coinfecção TB/HIV, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

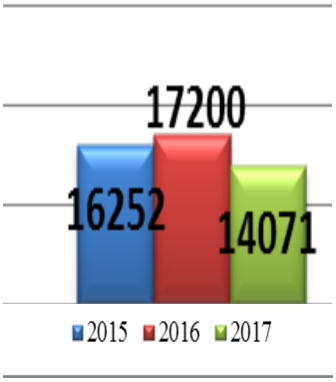
Mun Resid MS	2015		2016		2017	
	%HIV	%C.	%HIV	%C.	%HIV	%C.
Macrorregião de Dourados	74,60%	3,60%	66,03%	4,27%	75,06%	5,00%

%HIV= % HIV Realizado; %C = % Coinfecção

Fonte: CVE/PECT/SES- SINANTABWIN 18/04/2018

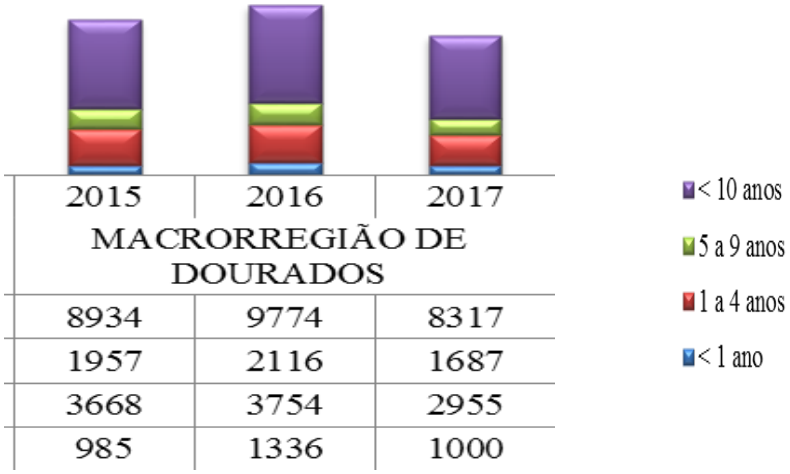
* Os dados podem sofrer alterações conforme atualização do banco de dados.

Figura 65 - Número de atendimentos de casos de Doença Diarreica Aguda macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017



Fonte: SIVEP_DDA/DATASUS acessado em 16/05/2019

Figura 66 - Proporção atendimentos de casos de Doença Diarreica Aguda por faixa etária e Macrorregião, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017



Fonte: SIVEP_DDA/DATASUS acessado em 16/05/2019.

Tabela 67 - Número e porcentagem de casos confirmados de leishmaniose visceral humana, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Macrorregião de Dourados	7	5,6	4	3,4	10	7,7

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 68 - Número e porcentagem de casos confirmados de leishmaniose tegumentar, segundo macrorregião de saúde, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Macrorregião de Dourados	47	31,8	31	26,7	23	26,7

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 69 - Número de casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, segundo formas clínicas, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Dourados	30	63,8	14	29,8	3	6,4
MACRORREGIÃO	2016					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Dourados	19	61,3	9	29,0	3	9,7
MACRORREGIÃO	2017					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Dourados	17	73,9	5	21,7	1	4,4

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 70 - Porcentagem de cobertura vacinal antirrábica de cães e gatos, por macrorregião de saúde, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Cães %	Gatos %	Cães %	Gatos %	Cães %	Gatos %
Macrorregião de Dourados	73	69	70	65	83	78

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Em relação à positividade por espécie animal em Mato Grosso do Sul, na tabela a seguir verifica-se aumento no número de bovinos infectados nos últimos três anos na macrorregião de Dourados.

Tabela 71 - Número de animais positivos para raiva, por espécie e macrorregião de saúde, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Dourados	-	-	-	1	-	-
MACRORREGIÃO	2016					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Dourados	-	-	-	10	-	-
MACRORREGIÃO	2017					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Dourados	-	1	-	31	3	1

Fonte: Agência Estadual de defesa Sanitária Animal e Vegetal – IAGRO. Acessado em 08/08/2018.

Legenda: QH – Quiróptero Hematófago; QñH – Quiróptero não Hematófago.

A tabela a seguir, mostra que a macrorregião de saúde teve a maior concentração de casos de SRAG é Campo Grande, provavelmente devido à fatores de exposição da população que permitem uma maior disseminação viral.

Em 2017 houve predominância da circulação do vírus H3N2 no estado de Mato Grosso do Sul.

Tabela 72 - Casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

Macrorregião	2015	2016	2017
Dourados	25	526	96

Fonte: SINAN INFLUENZA WEB

A tabela a seguir mostra os casos confirmados de coqueluche na Macrorregião no período de 2015 a 2017.

Tabela 73 - Casos confirmados de coqueluche por Macrorregião, Mato Grosso do Sul, no período de 2015 a 2017

Macrorregião	2015	2016	2017
Macrorregião de Dourados	7	2	-

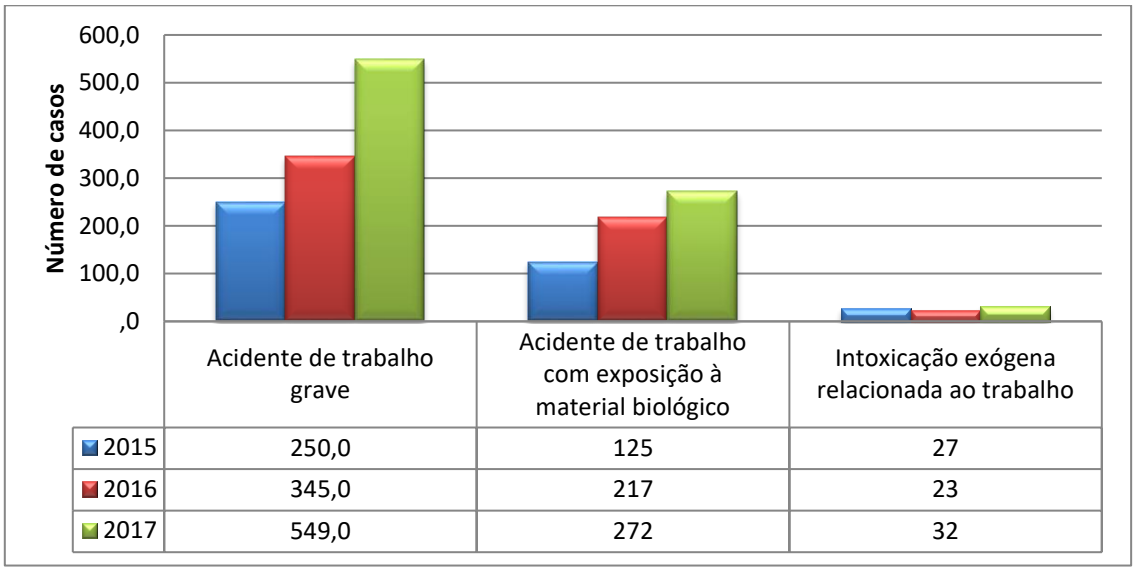
* Fonte: SINAN - Dados coletados em 10/05/2019, sujeito à revisão.

Tabela 74 - Coberturas vacinais (CV) por tipo de vacinas em crianças menores de 01 ano e 1 ano de idade, macrorregião de Dourados - período de 2015 a 2017

Cobertura vacinal (%) BCG	2015	2016	2017
Dourados	153,48	121,18	108,31
Cobertura vacinal (%) Rotavírus	2015	2016	2017
Dourados	138,75	117,08	100,74
Total	117.69	97.89	92.83
Cobertura vacinal (%) Meningocócica C	2015	2016	2017
Dourados	139,85	120,68	101,52
Cobertura vacinal (%) Pentavalente	2015	2016	2017
Dourados	138,35	115,85	99,21
Cobertura vacinal (%) Pneumococcica 10 valente	2015	2016	2017
Dourados	136.74	124.12	105.68
Cobertura vacinal (%) Poliomielite	2015	2016	2017
Dourados	139.12	108.75	99.96
Cobertura vacinal (%) Febre Amarela	2015	2016	2017
Dourados	122.17	105.35	86.79
Cobertura vacinal (%) Tríplice Viral	2015	2016	2017
Dourados	127.07	118.30	97.93

Quanto aos registros de acidentes de trabalho, a macrorregião apresenta os seguintes dados (figura 67).

Figura 67 - Frequência de casos de acidentes de trabalho, segundo o ano de notificação, Macrorregião de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2015 a 2017 (N= 1.840)



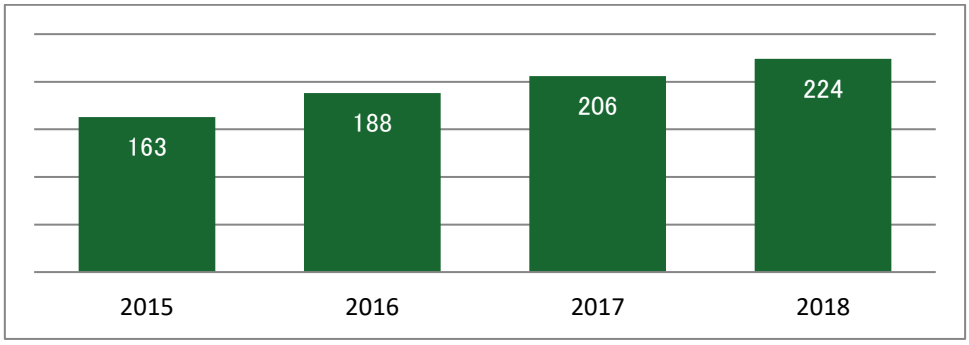
	Acidente de trabalho grave	Acidente de trabalho com exposição à material biológico	Intoxicação exógena relacionada ao trabalho
2015	250,0	125	27
2016	345,0	217	23
2017	549,0	272	32

Fonte: SINAN NET/SGVS/CEVE/SES/MS – 2019.

A Macrorregião de saúde de Dourados é segunda maior macrorregional e por consequência também possui o segundo maior número de áreas cadastradas (224).

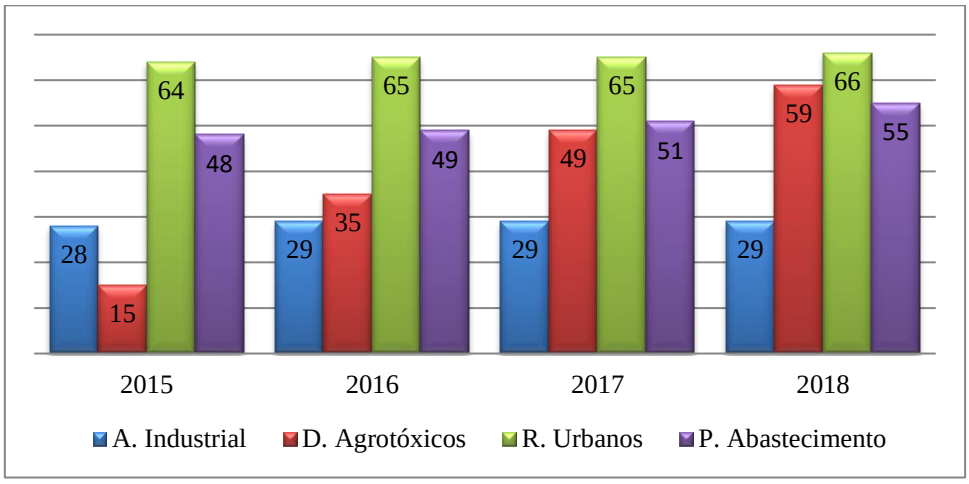
As áreas classificadas como "áreas de disposição final de resíduos urbanos" aparecem em maior número (66). Destacamos o crescente cadastramento de áreas classificadas como "depósito de agrotóxicos".

Figura 68 - Áreas Cadastradas no SISSOLO, Macrorregional Dourados - 2015-2018



Fonte: SISSOLO/MS 2018.

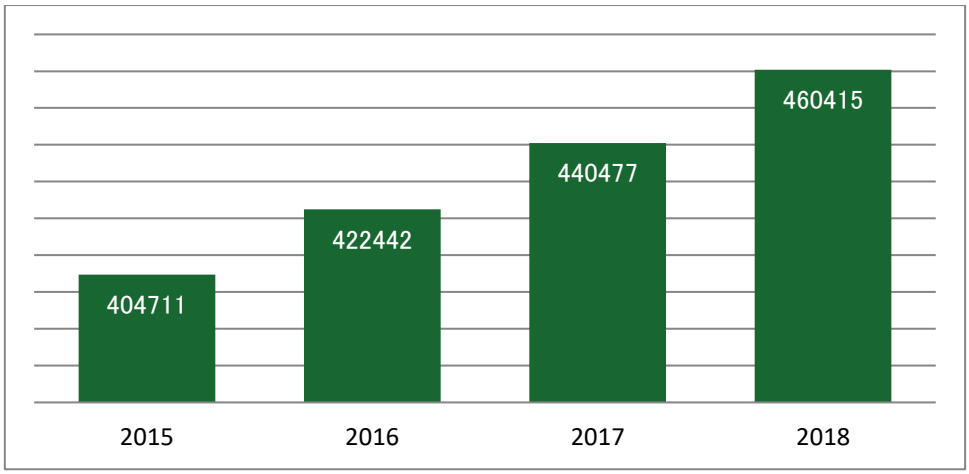
Figura 69 - Classificação das Áreas Cadastradas no SISSOLO, Macrorregional Dourados - 2015-2018



Fonte: SISSOLO/MS 2018.

A Macrorregião de saúde de Dourados possui a segunda maior frota veicular do estado (460.415), também em crescimento.

Figura 70 - Frota Veicular, Macrorregional Dourados – 2015 a 2018

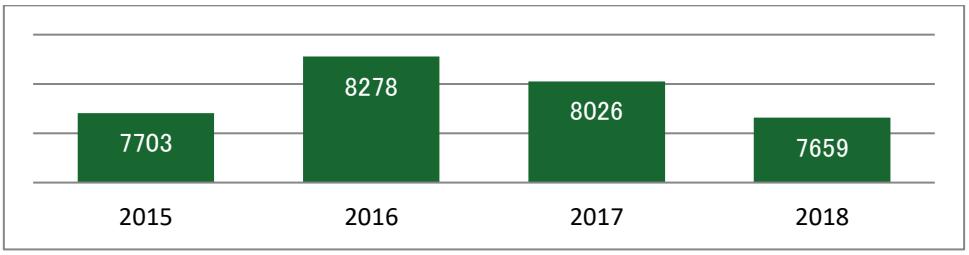


Fonte: Denatran 2018.

No período de 2015 a 2018, apresentou uma queda de 0,6% nas internações por doenças do aparelho respiratório.

Ressaltando que, nos anos de 2016 e 2017, houve um aumento expressivo nas internações.

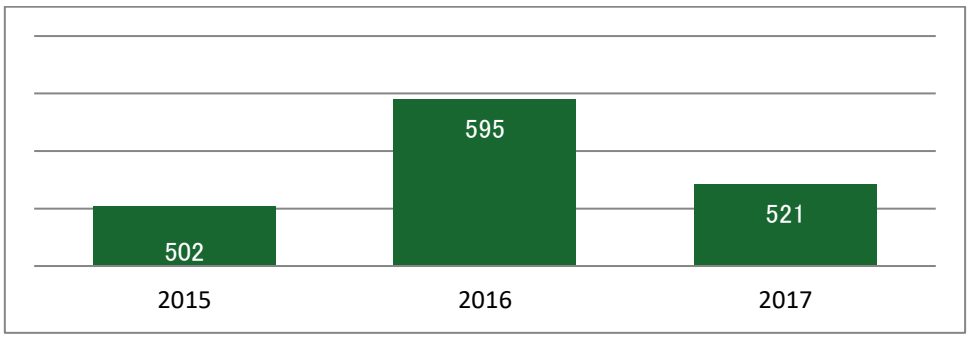
Figura 71- Internações por Doenças do Aparelho Respiratório, Macrorregional Dourados – 2015 a 2018



Fonte: DATASUS/MS 2018.

No período de 2015 a 2018, apresentou um aumento de 4% nos óbitos por doenças do aparelho respiratório. Ressaltando que no ano de 2016 houve um aumento expressivo nos óbitos.

Figura 72 - Óbitos por Doenças do Aparelho Respiratório, Macrorregional Dourados – 2015 a 2017



Fonte: DATASUS/MS 2018.

2.3. Macrorregião de Três Lagoas

Com características muito próprias devido à sua estreita ligação e proximidade com os Estados de São Paulo, Minas Gerais e Goiás, a Macrorregião de Três Lagoas se desenvolveu dentro de características agropastoris com forte predomínio de pecuária.

Nos últimos anos vem se esforçando para diversificar sua economia com a expansão de polos industriais, onde se destacam os municípios de Três Lagoas e Aparecida do Taboado, neste sentido, alguns setores têm adquirido características promissoras, entre eles o da indústria oleiro-cerâmica, de derivados de leite, o têxtil, o de confecções, frigorífico e o

da indústria de produtos e subprodutos oriundos da silvicultura com destaque para papel e celulose, e sucroalcooleira.

Mesmo após sua interligação rodoviária pela BR-262 com as demais regiões de Mato Grosso do Sul, ainda permaneceu com forte relação socioeconômica com estes estados, sendo fornecedora de produtos básicos e, ao mesmo tempo, importadora de máquinas, equipamentos, peças, remédios, produtos veterinários, adubos, herbicidas e outros produtos industrializados de que necessita.

A região teve um crescimento populacional significativo, média de 2,1%a.a. quando comparado a média do Estado de 1,7%a.a. Água Clara, Bataguassú e Três Lagoas foram os municípios que tiveram as maiores taxas de crescimento 2,7%a.a., 2,0%a.a. e 2,6%a.a., respectivamente, característica de áreas em processo de desenvolvimento econômico, enquanto os demais municípios tiveram taxas relativamente baixas, sendo que Brasilândia teve crescimento negativo (-0,1%a.a.).

Figura 73- Macrorregião de Saúde de Três Lagoas

REGIÃO	280.588
População própria	119.465
População referenciada	161.123
Número de nunicípios adscritos	10

Fonte: TCU 2018.

Tabela 75 - Microrregiões de Saúde – municípios, estimativa populacional 2018 e distância da Capital do estado – IBGE 2018

MICRORREGIÃO	NOME DO MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA	DISTÂNCIA DA CAPITAL KM
Microrregião de Paranaíba	Aparecida do Taboado	**25.257**	**193**
	Cassilândia	**21.876**	**430**
	Inocência	**7.625**	**321**
	Paranaíba	**42.010**	**407**
Microrregião Três Lagoas	Água Clara	**15.257**	**193**
	Bataguassu	**22.717**	**335**
	Três Lagoas	**121.388**	**326**
	Selvíria	**6.529**	**400**
	Brasilândia	**11.891**	**399**
	Santa Rita do Pardo	**7.801**	**267**

Fonte: SES/MS 2019

2.3.1. Perfil de Saúde e Morbimortalidade da Macrorregião de Três Lagoas

Tabela 76 - Taxas de Internação (SUS) da Macrorregião Três Lagoas

Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por 10 mil hab.)
XV. Gravidez parto e puerpério	3214	114,5452
X. Doenças do aparelho respiratório	2025	72,16987
XI. Doenças do aparelho digestivo	1914	68,21389
XIX. Lesões envenenamento e alguma outra consequência - causas externas	1867	66,53884
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1757	62,6185
IX. Doenças do aparelho circulatório	1327	47,29354
Total	16564	590,3317

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de internação é pela taxa por 10 mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de internação total não considera apenas as cinco maiores causas de internação, mas sim o número de internações total.

Tabela 77 - Taxas de Internação (SUS) da Macrorregião Três Lagoas por microrregião

Microrregião de Paranaíba		
Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por 10 mil hab.)
XV. Gravidez parto e puerpério	1098	113,2636
XI. Doenças do aparelho digestivo	852	87,8876
X. Doenças do aparelho respiratório	753	77,67531
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	667	68,80403
XIX. Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	654	67,46302
IX. Doenças do aparelho circulatório	393	40,5397
Total	6077	626,8697
Microrregião de Três Lagoas		
Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por 10 mil hab.)
XV. Gravidez parto e puerpério	2116	115,2217
X. Doenças do aparelho respiratório	1272	69,26369
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1213	66,05099
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1090	59,35332
XI. Doenças do aparelho digestivo	1062	57,82865
II. Neoplasias (tumores)	954	51,94777
Total	10487	571,0443

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de internação é pela taxa por 10 mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de internação total não considera apenas as cinco maiores causas de internação, mas sim o número de internações total.

Tabela 78 - Mortalidade Geral da Macrorregião Três Lagoas

Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por mil hab.)
IX. Doenças do aparelho circulatório	510	1,840298
II. Neoplasias (tumores)	298	1,075311
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	243	0,876848
X. Doenças do aparelho respiratório	203	0,732511
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	133	0,479921
XI. Doenças do aparelho digestivo	90	0,324759
Total	1721	6,210104

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de mortalidade é pela taxa por mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: caso as causas mal definidas estejam entre as cinco maiores causas de mortalidade, desconsiderar (apagar a última linha) para evitar duplicata.

Tabela 79 – Mortalidade Geral da Macrorregião Três Lagoas por microrregião

Microrregião de Paranaíba		
Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por mil hab.)
IX. Doenças do aparelho circulatório	225	2,339048
II. Neoplasias (tumores)	105	1,091556
X. Doenças do aparelho respiratório	92	0,956411
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	90	0,935619
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	49	0,509393
XI. Doenças do aparelho digestivo	33	0,34306
Total	**668**	**6,944372**
Microrregião de Três Lagoas		
Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por mil hab.)
IX. Doenças do aparelho circulatório	285	1,575143
II. Neoplasias (tumores)	193	1,066676
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	153	0,845603
X. Doenças do aparelho respiratório	111	0,613477
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	84	0,464253
XI. Doenças do aparelho digestivo	57	0,315029
Total	**1053**	**5,819737**

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de mortalidade é pela taxa por mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: caso as causas mal definidas estejam entre as cinco maiores causas de mortalidade, desconsiderar (apagar a última linha) para evitar duplicata.

Tabela 80 - Mortalidade por Sexo da Macrorregião Três Lagoas

Sexo Masculino		Sexo feminino	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
I21 Infarto agudo do miocárdio	0,382493	I21 Infarto agudo do miocárdio	0,248982
J44 Outra doença pulmonares obstrutivas crônicas	0,187638	E11 Diabetes mellitus não-insulino-dependente	0,155162
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependente	0,129903	J44 Outra doença pulmonares obstrutivas crônicas	0,151554
C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	0,111861	I67 Outra doença cerebrovasculares	0,104644
I67 Outra doença cerebrovasculares	0,108253	C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	0,093819
Taxa de mortalidade total	**3,62647**	**Taxa de mortalidade total**	**2,583634**

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de mortalidade é pela taxa por mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de mortalidade total não considera apenas as cinco maiores causas de morte, mas sim o número de óbitos total.

Obs3: o quadro se refere às mortes por causas segundo a categoria CID-10 (ex: C32 neoplasia maligna da laringe) e não Capítulo CID-10 (ex: II. Neoplasias (tumores)), por ser mais específica.

Tabela 81 - Mortalidade por Sexo da Macrorregião Três Lagoas por microrregião

Microrregião de Paranaíba			
Sexo Masculino		Sexo feminino	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
I21 Infarto agudo do miocárdio	0,467809508	I21 Infarto agudo do miocárdio	0,353456073
J44 Outra doença pulmonares obstrutivas crônicas	0,259894171	J44 Outra doença pulmonares obstrutivas crônicas	0,19751957
I61 Hemorragia intracerebral	0,155936503	E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,135144969

I67 Outra doença cerebrovasculares	0,155936503	C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	0,124749202
C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	0,135144969	I67 Outra doença cerebrovasculares	0,114353435
Taxa de mortalidade total	**3,939995634**	**Taxa de mortalidade total**	**3,004376618**
Microrregião de Três Lagoas			
Causa (Categoria CID-10)	**Taxa (por mil hab.)**	**Causa (Categoria CID-10)**	**Taxa (por mil hab.)**
I21 Infarto agudo do miocárdio	0,337136	I21 Infarto agudo do miocárdio	0,193439
J44 Outra doença pulmonares obstrutivas crônicas	0,149224	E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,165804
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0,143697	J44 Outra doença pulmonares obstrutivas crônicas	0,127117
K70 Doença alcoólica do fígado	0,116063	I67 Outra doença cerebrovasculares	0,099483
X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE	0,116063	J18 Pneumonia p/microorg NE	0,088429
Taxa de mortalidade total	**3,459787**	**Taxa de mortalidade total**	**2,35995**

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de mortalidade é pela taxa por mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de mortalidade total não considera apenas as cinco maiores causas de morte, mas sim o número de óbitos total.

Obs3: o quadro se refere às mortes por causas segundo a categoria CID-10 (ex: C32 neoplasia maligna da laringe) e não Capítulo CID-10 (ex: II. Neoplasias (tumores)), por ser mais específica.

Tabela 82 - Mortalidade por Faixa Etária da Macrorregião Três Lagoas

Faixa etária	Nº óbitos	Taxa (por mil hab.)	Causa principal (Categoria CID-10)
0 a 6 dias	24	0,086602	P01 Fet rec-nasc afet complicações maternas gravidez
7 a 27 dias	5	0,018042	Q24 Outra malformações congênitas do coração
28 a 364 dias	13	0,04691	W79 Inalacao ingest aliment caus obstr trat resp
1 a 4 anos	8	0,028867	W67 Afogamento e submersão em piscina
5 a 9 anos	9	0,032476	J18 Pneumonia p/microorg NE

10 a 14 anos	2	0,007217	X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE; X64 Auto-int intenção out droga med. subst. bióloga NE.
15 a 19 anos	16	0,057735	X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE; V24 Motociclo trauma colisão veicular transp. pesado ônibus.
20 a 24 anos	30	0,108253	Y35 Intervenção legal; G40 Epilepsia; V24 Motociclo trauma colis veic transp pesado ônibus; X99 Agressão objeto cortante ou penetrante.
25 a 29 anos	32	0,11547	X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE
30 a 34 anos	40	0,144337	B20 Doença p/HIV result. doença infecção e parasita
35 a 39 anos	52	0,187638	I21 Infarto agudo do miocárdio; X99 Agressão objeto cortante ou penetrante; X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE.
40 a 44 anos	63	0,227331	X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE
45 a 49 anos	71	0,256198	I21 Infarto agudo do miocárdio
50 a 54 anos	113	0,407752	I21 Infarto agudo do miocárdio
55 a 59 anos	102	0,36806	I21 Infarto agudo do miocárdio
60 a 64 anos	157	0,566523	I21 Infarto agudo do miocárdio
65 a 69 anos	193	0,696427	I21 Infarto agudo do miocárdio
70 a 74 anos	184	0,663951	I21 Infarto agudo do miocárdio
75 a 79 anos	186	0,671168	I21 Infarto agudo do miocárdio
80 anos e mais	421	1,519148	I21 Infarto agudo do miocárdio
Total	1721	6,210104	I21 Infarto agudo do miocárdio

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o número de óbitos e a taxa por mil habitantes é referente à todas as mortes naquela faixa etária, e não somente na principal causa de mortalidade.

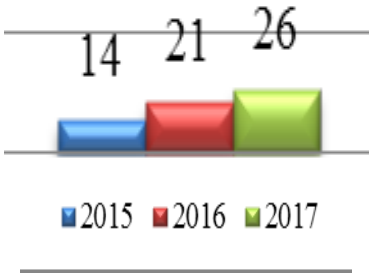
Obs2: o quadro se refere às mortes por causas segundo a categoria CID-10 (ex: C32 neoplasia maligna da laringe) e não Capítulo CID-10 (ex: II. Neoplasias (tumores)), por ser mais específica.

Tabela 83 - Número de notificações de violência por ano, sexo e tipo de violência (violência física, violência psicológica/moral e violência sexual) por macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

Frequência por Ano da Notificação Violência segundo Sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Três Lagoas	143	68	172	95	353	204
Frequência por Ano da Notificação Violência Física segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Três Lagoas	76	36	104	67	224	157
Frequência por Ano da Notificação Violência Psicológica / moral segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Três Lagoas	8	0	18	9	54	18
Frequência por Ano da Notificação Violência Sexual segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Três Lagoas	19	4	17	1	30	8

Fonte: SINAN-NET acessado em 16/05/2019.

Figura 74 - Distribuição dos casos notificados de AIDS da macrorregião de Três Lagoas



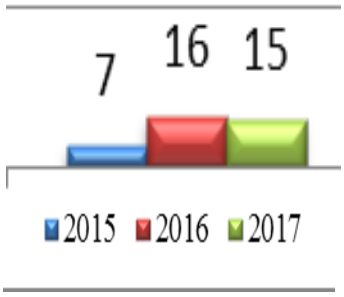
Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

Tabela 84 - Número de notificações de lesões autoprovocadas, por sexo, macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

Lesão autoprovocada por Ano da Notificação segundo Sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Três Lagoas	51	20	46	27	101	56

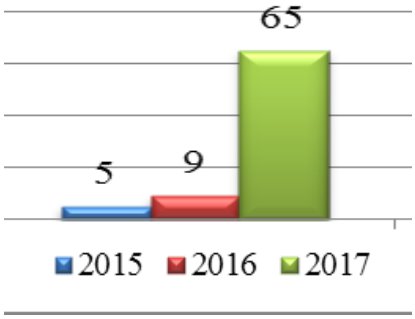
Fonte: SINAN-NET acessado em 16/05/2019.

Figura 75 - Distribuição dos casos notificados de Sífilis Congênita, macrorregião de Três Lagoas – período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

Figura 76 - Distribuição dos casos notificados de Hepatite C, macrorregião de Três Lagoas – período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

Tabela 85 - Casos notificados doenças endêmicas e influenza, macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE	2015	2016	2017
	5.647	3.488	935
CASOS NOTIFICADOS DE FEBRE DO CHIKUNGUNYA	10	33	32
CASOS NOTIFICADOS DE ZIKA	–	59	1
CASOS NOTIFICADOS DE SRAG (SINDROME RESPIRATORIA	4	128	35
FONTE SINAN INFLUENZA WEB			

Fonte: SINAN ONLINE

Tabela 86 - Proporção de encerramento de Tuberculose Pulmonar bacilífera macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015			2016			2017		
	SI	%C	%A	SI	%C	%A	SI	%C	%A
Macrorregião de Três Lagoas	4,0	65,38	57,5	1,82	88,18	20,2	65,2	23,64	9,1

S/I = Sem Informação; %C = % Cura; A% = % Abandono.

Fonte: CVE/PECT/SES- SINANTABWIN 18/04/2018

* Os dados podem sofrer alterações conforme atualização do banco de dados** dados de 2017 não estão encerrados.

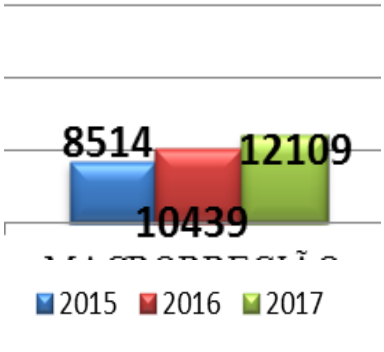
Tabela 87 - Proporção de testagem para HIV realizados e coinfecção TB/HIV macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

Mun Resid MS	2015		2016		2017	
	%HIV	%C.	%HIV	%C.	%HIV	%C.
Macrorregião de Três Lagoas	81,70%	26,10%	67,27%	30,03%	73,10%	24,70%

%HIV= % HIV Realizado; %C = % Coinfecção

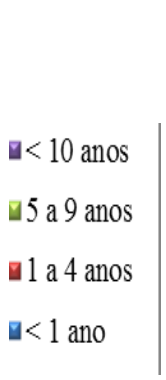
Fonte: CVE/PECT/SES- SINANTABWIN 18/04/2018 * Os dados podem sofrer alterações conforme atualização do banco de dados.

Figura 77 – Número de atendimentos de casos de Doença Diarreica Aguda por Macrorregião de Saúde, macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017.



Fonte: SIVEP_DDA/DATASUS acessado em 16/05/2019

Figura 78 - Proporção atendimentos de casos de Doença Diarreica Aguda por faixa etária, macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017



	2015	2016	2017	2015	2016	2017
	MACRORREGIÃO TRÊS LAGOAS			MACRORREGIÃO DE CORUMBÁ		
< 10 anos	5173	5279	6606	2287	1893	2739
5 a 9 anos	1074	1701	1482	538	484	531
1 a 4 anos	1669	2403	2101	1212	1210	1182
< 1 ano	589	834	722	355	262	247

Fonte: SIVEP_DDA/DATASUS acessado em 16/05/2019.

Tabela 88 - Número e porcentagem de casos confirmados de leishmaniose visceral humana, macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Macrorregião de Três Lagoas	11	8,7	13	11,0	20	15,4

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 89 - Número e porcentagem de casos confirmados de leishmaniose tegumentar, segundo macrorregião de saúde, macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Macrorregião de Três Lagoas	4	2,7	4	3,4	7	8,1

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 90 - Número de casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, segundo formas clínicas, macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Três Lagoas	4	100,0	-	-	-	
MACRORREGIÃO	2016					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Três Lagoas	3	75,0	-	-	1	25,0
MACRORREGIÃO	2017					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Três Lagoas	7	100,0	-	-	-	-

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 91 - Porcentagem de cobertura vacinal antirrábica de cães e gatos, por macrorregião de saúde macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Cães %	Gatos %	Cães %	Gatos %	Cães %	Gatos %
Macrorregião de Três Lagoas	69	52	54	42	69	52

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 92 - Número de animais positivos para raiva, por espécie e macrorregião de saúde, macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Três Lagoas	-	-	-	-	-	-
MACRORREGIÃO	2016					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Três Lagoas	-	-	-	1	-	-
MACRORREGIÃO	2017					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Três Lagoas	-	-	-	3	-	-

Fonte: Agência Estadual de defesa Sanitária Animal e Vegetal – IAGRO. Acessado em 08/08/2018. Legenda: QH – Quiróptero Hematófago; QñH – Quiróptero não Hematófago.

A tabela a seguir, mostra que a macrorregião de saúde teve a maior concentração de casos de SRAG é Campo Grande, provavelmente devido à fatores de exposição da população que permitem uma maior disseminação viral. Em 2017 houve predominância da circulação do vírus H3N2 no estado de Mato Grosso do Sul.

Tabela 93 - Casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

Macrorregião	2015	2016	2017
Três Lagoas	4	128	35

Fonte: SINAN INFLUENZA WEB

A tabela a seguir mostra os casos confirmados de coqueluche por Macrorregião no período de 2015 a 2017.

Tabela 94 - Casos confirmados de coqueluche por Macrorregião, macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

Macrorregião	2015	2016	2017
Macrorregião de Três Lagoas	6	1	-

* Fonte: SINAN - Dados coletados em 10/05/2019, sujeito à revisão.

Tabela 95 - Coberturas vacinais (CV) por tipo de vacinas em crianças menores de 01 ano e 1 ano de idade macrorregião de Três Lagoas - período de 2015 a 2017

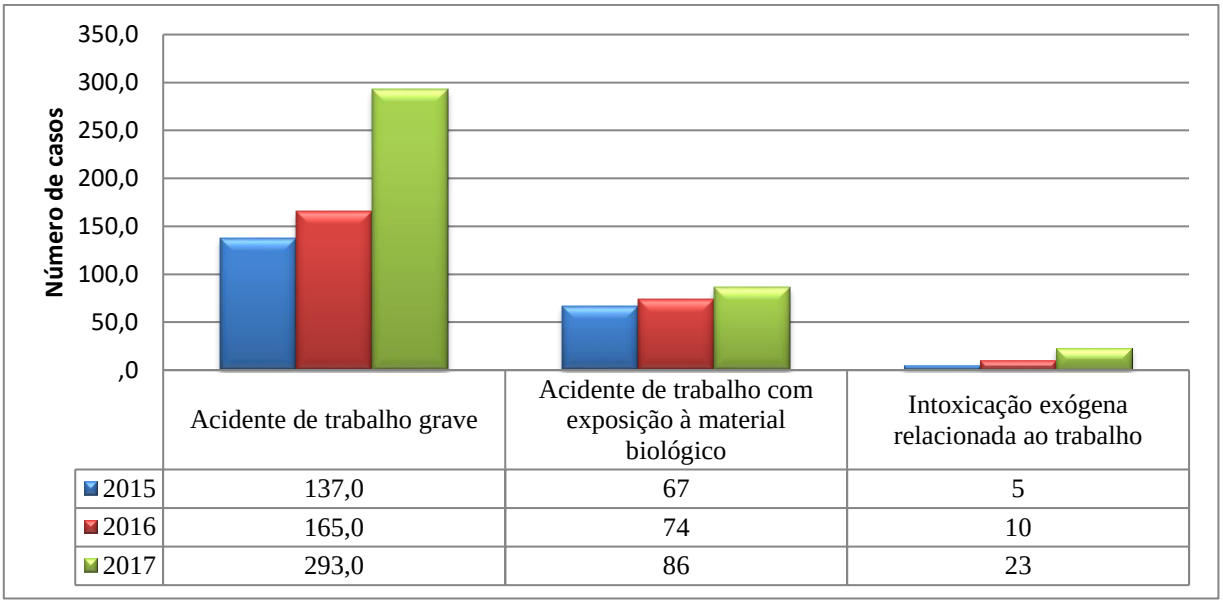
Cobertura vacinal (%) BCG	2015	2016	2017
Três Lagoas	99,95	82,01	96,08
Cobertura vacinal (%) Rotavírus	2015	2016	2017
Três Lagoas	111,88	83,58	93,31
Cobertura vacinal (%) Meningocócica C	2015	2016	2017
Três Lagoas	112,16	84,43	96,76
Cobertura vacinal (%) Pentavalente	2015	2016	2017
Três Lagoas	108,67	85,55	92,34

Cobertura vacinal (%) Pneumococcica 10 valente	2015	2016	2017
Três Lagoas	107.87	86.63	99.77
Cobertura vacinal (%) Poliomielite	2015	2016	2017
Três Lagoas	106.66	81.94	91.54
Cobertura vacinal (%) Febre Amarela	2015	2016	2017
Três Lagoas	93.07	76.25	78.58
Cobertura vacinal (%) Tríplice Viral	2015	2016	2017
Três Lagoas	103.22	84.47	89.22

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Quanto aos registros de acidentes de trabalho, a macrorregião apresenta os dados a seguir:

Figura 79 - Frequência de casos de acidentes de trabalho, segundo o ano de notificação, Macrorregião de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, 2015 a 2017 (N= 860).

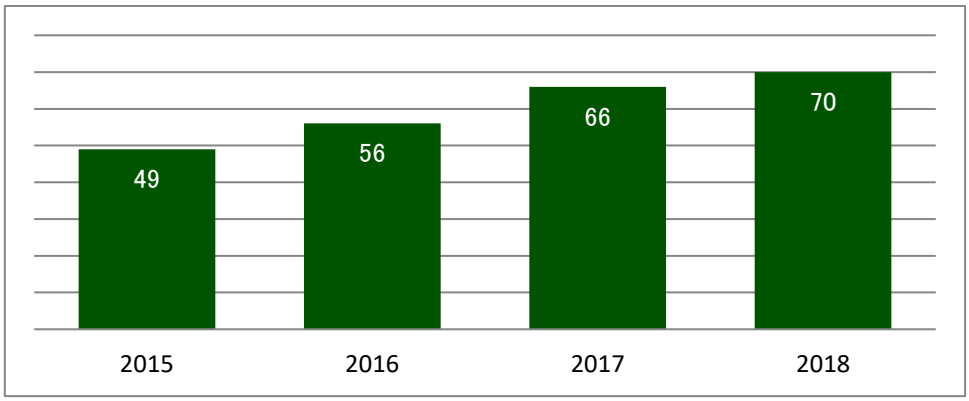


	Acidente de trabalho grave	Acidente de trabalho com exposição à material biológico	Intoxicação exógena relacionada ao trabalho
2015	137,0	67	5
2016	165,0	74	10
2017	293,0	86	23

Fonte: SINAN NET/SGVS/CEVE/SES/MS – 2019.

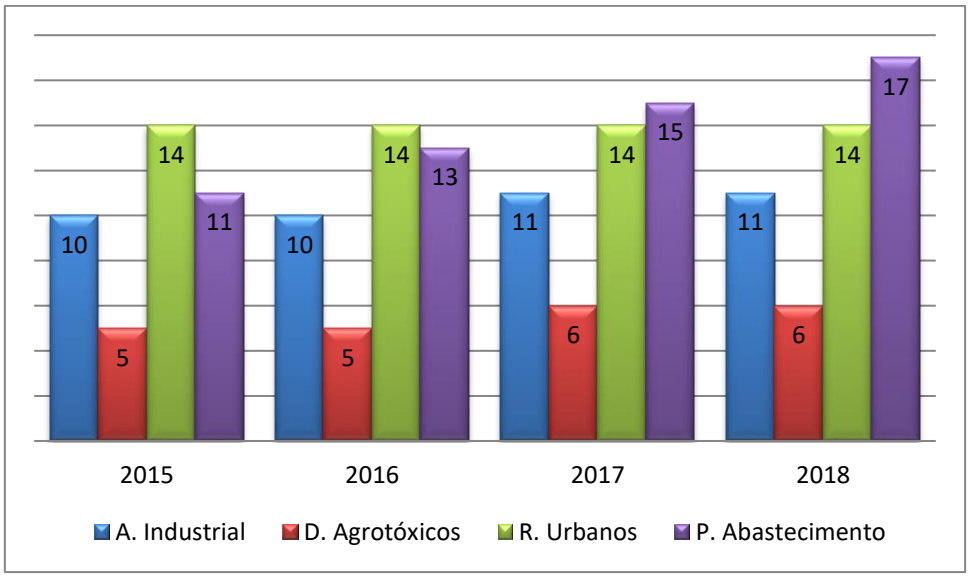
A Macrorregião de saúde de Três Lagoas possui 70 áreas cadastradas no SISSOLO. As áreas classificadas como "áreas de postos de abastecimento e serviços" aparecem em maior número (17), seguida das "áreas de disposição final de resíduos urbanos" (14).

Figura 80 - Áreas Cadastradas no SISSOLO, Macrorregional Três Lagoas – 2015 a 2018.



Fonte: SISSOLO/MS 2018.

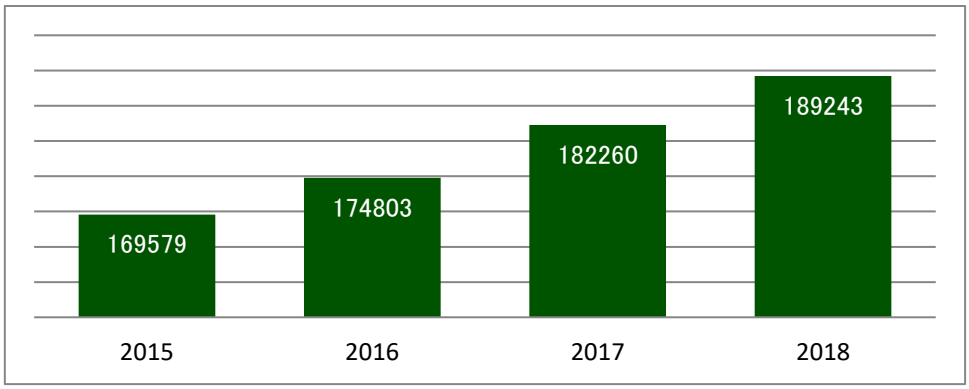
Figura 81 - Classificação das Áreas Cadastradas no SISSOLO, Macrorregional Três Lagoas - 2015 a 2018



Fonte: SISSOLO/MS 2018.

A Macrorregião de saúde de Três Lagoas possui uma frota veicular de 189.243, também em crescimento.

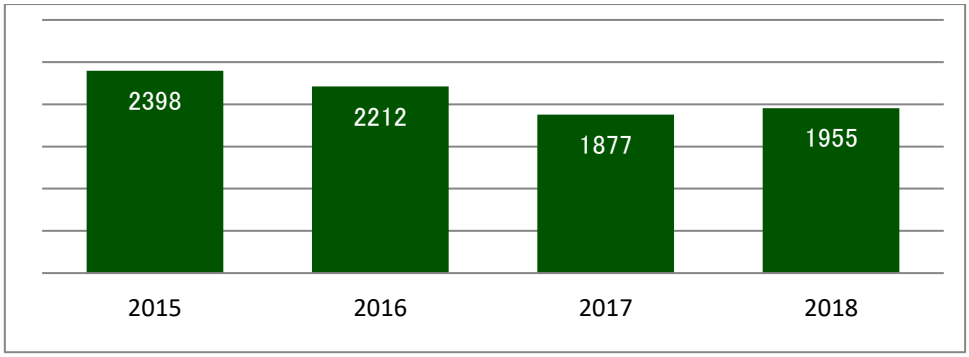
Figura 82 - Frota Veicular, Macrorregional Três Lagoas, 2015 a 2018



Fonte: Denatran 2018.

No período de 2015 a 2018, a macrorregião de Três Lagoas apresentou uma queda de 18% nas internações por doenças do aparelho respiratório.

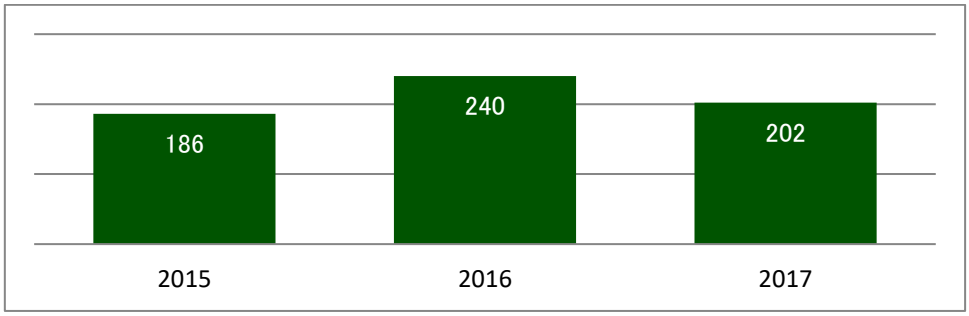
Figura 83 - Internações por Doenças do Aparelho Respiratório, Macrorregional Três Lagoas, 2015 a 2018



Fonte: DATASUS/MS 2018.

No período de 2015 a 2018, a macrorregião apresentou um aumento de 9% nos óbitos por doenças do aparelho respiratório. Ressaltando que no ano de 2016 houve um aumento nos óbitos.

Figura 84 - Óbitos por Doenças do Aparelho Respiratório, Macrorregional Três Lagoas



Fonte: DATASUS/MS 2018.

2.4. Macrorregião de Corumbá

Constituída por dois municípios, a macrorregião de Corumbá está localizada na porção centro-oeste e noroeste do Estado de Mato Grosso do Sul. A pecuária extensiva foi a grande responsável pela ocupação da região do Alto Pantanal, porém, mais recentemente, outras atividades econômicas têm sido desenvolvidas, entre as quais o turismo ecológico de pesca e rural, a mineração e o comércio de fronteira (Corumbá / Porto Suarez). É importante salientar alguns empreendimentos já instalados ou a se instalar na Região, entre os quais citam-se o Gasoduto Bolívia-Brasil, a Hidrovia Paraguai-Paraná e o Polo Minero-siderúrgico de Corumbá.

O Município de Corumbá, com uma área de 64.962,72 km², ocupa grande parte do território da região. Segundo o IBGE 2018, a população da macrorregião era de 133.744 habitantes, resultando em uma densidade demográfica de 2,50 hb/km², sendo o Município de Corumbá, com 1,65 hab/km², o de menor densidade demográfica regional; já o Município de Ladário, com 61,94 hab/km², tem a maior densidade.

A ocupação econômica regional está centrada principalmente na pecuária de corte extensiva, com um rebanho de 3,23 milhões de cabeças de bovinos. Grande parte desse rebanho pertence a Corumbá, que detém um rebanho superior a 1,8 milhões de bovinos. A Região se caracteriza por estar localizada na planície pantaneira, onde grande parte das suas áreas de pastagens são nativas e sofrem processo de alagamento nos períodos de cheias nas cabeceiras dos rios que formam a Bacia Pantaneira.

A BR-262, que atravessa o Estado de leste a oeste, é a principal alternativa rodoviária de ligação desta Região com as demais Regiões sul-mato-grossenses. Também acompanhando o traçado da rodovia, passam os trilhos da ferrovia Novoeste que atua no

transporte de carga, sendo também o principal meio de escoamento da produção mineral que ocorre nos municípios de Corumbá e Ladário.

Trata-se de uma região de grande extensão territorial o que dificulta a integração regional com municípios e até mesmo nas áreas urbanas e rurais de cada um destes, problemas que são agravados pela baixa oferta de emprego e aumento do custo de vida. As características naturais da região pantaneira tornam o turismo uma das mais importantes atividades econômicas da macrorregião, que tem como base o turismo contemplativo e o de pesca esportiva.

Figura 85 - Macrorregião de Saúde de Corumbá

Fonte: SES/MS 2019.

Tabela 96 - Microrregiões de Saúde – municípios, estimativa populacional 2018 e distância da Capital do estado – IBGE 2018

MICRORREGIÃO	NOME DO MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA	DISTÂNCIA DA CAPITAL KM
Microrregião de Corumbá	Corumbá	110.806	429
	Ladário	22.968	426

2.4.1. Perfil de Morbimortalidade da macrorregião Corumbá

Tabela 97 - Taxas de Internação (SUS) da Macrorregião Corumbá

Causa (Capítulo CID-10)	Número	Taxa (por 10 mil hab.)
XV. Gravidez parto e puerpério	2365	176,7907
XIX. Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	1084	81,03219
X. Doenças do aparelho respiratório	1009	75,42572
XI. Doenças do aparelho digestivo	751	56,13946
IX. Doenças do aparelho circulatório	719	53,74736
XIV.Doenças do aparelho geniturinário	637	47,61762
Total	8772	655,7328

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de internação é pela taxa por 10 mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de internação total não considera apenas as cinco maiores causas de internação, mas sim o número de internações total.

Tabela 98 - Mortalidade por Sexo da Macrorregião Corumbá

Sexo Masculino		Sexo feminino	
Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)	Causa (Categoria CID-10)	Taxa (por mil hab.)
I21 Infarto agudo do miocardio	0,369842	I21 Infarto agudo do miocardio	0,211338
J18 Pneumonia p/microorg NE	0,166052	J18 Pneumonia p/microorg NE	0,211338
E14 Diabetes mellitus NE	0,105669	J15 Pneumonia bacter NCOP	0,143408
I11 Doenc cardiaca hipertensiva	0,105669	I11 Doenc cardiaca hipertensiva	0,128313
X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	0,105669	E14 Diabetes mellitus NE	0,098121
Taxa de mortalidade total	3,547464	Taxa de mortalidade total	2,717207

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o ranking das cinco maiores causas de mortalidade é pela taxa por mil habitantes, não pelo número absoluto.

Obs2: a taxa de mortalidade total não considera apenas as cinco maiores causas de morte, mas sim o número de óbitos total.

Obs3: o quadro se refere às mortes por causas segundo a categoria CID-10 (ex: C32 neoplasia maligna da laringe) e não Capítulo CID-10 (ex: II. Neoplasias (tumores)), por ser mais específica.

Tabela 99 - Mortalidade por Faixa Etária da Macrorregião Corumbá

Faixa etária	Nº óbitos	Taxa (por mil hab.)	Causa principal (Categoria CID-10)
0 a 6 dias	35	0,264173	P07 Transt rel gest curt dur peso baix nasc NCOP
7 a 27 dias	3	0,022643	P77 Enterocolite necrotizante do feto e rec-nasc; Q23 Malformacoes congen valvas aortica e mitral; P53 Doenc hemorragica do feto e do recém-nascido
28 a 364 dias	4	0,030191	R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade; Y07 Outr sindr de maus tratos; J18 Pneumonia p/microorg NE; X91 Agressao enforc estrangulamento sufocacao
1 a 4 anos	9	0,06793	E46 Desnutric proteico-calorica NE; L02 Abscesso cutaneo furunculo e antraz; A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum; J21 Bronquiolite aguda; J18 Pneumonia p/microorg NE; W67 Afogamento e submersao em piscina; C95 Leucemia de tipo celular NE; A41 Outr septicemias; J15 Pneumonia bacter NCOP
5 a 9 anos	4	0,030191	G93 Outr transt do encefalo; J45 Asma; Q24 Outr malformacoes congen do coracao; Q02 Microcefalia
10 a 14 anos	1	0,007548	Q21 Malformacoes congen dos septos cardiacos
15 a 19 anos	8	0,060382	G40 Epilepsia;Y35 Intervencao legal;Q07 Outr malformacoes congen do sist nervoso;J18 Pneumonia p/microorg NE;V28 Motociclista traum acid transp s/colis;X95 Agressao disparo

			outr arma de fogo ou NE;X58 Exposicao a outr fatores espec;C56 Neopl malig do ovario
20 a 24 anos	12	0,090574	X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE
25 a 29 anos	13	0,098121	X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc
30 a 34 anos	10	0,075478	X95 Agressão disparo outras arma de fogo ou NE
35 a 39 anos	20	0,150956	X95 Agressão disparo outras armas de fogo ou NE
40 a 44 anos	25	0,188695	C53 Neoplasia maligna do colo do útero
45 a 49 anos	41	0,30946	K70 Doença alcoólica do fígado
50 a 54 anos	51	0,384938	I21 Infarto agudo do miocárdio
55 a 59 anos	66	0,422677	I21 Infarto agudo do miocárdio
60 a 64 anos	2	0,543441	I21 Infarto agudo do miocárdio
65 a 69 anos	3	0,550989	I21 Infarto agudo do miocárdio
70 a 74 anos	09	0,82271	I21 Infarto agudo do miocárdio
75 a 79 anos	3	0,701945	I21 Infarto agudo do miocárdio
80 anos e mais	91	1,441629	J18 Pneumonia p/microorg NE
Idade ignorada	11	0,007548	R99 Outras causas mal definidas e NE mortalidade
Total	831	6,272219	I21 Infarto agudo do miocárdio

Fonte: TABNET/DATASUS - Período: 2018

Obs1: o número de óbitos e a taxa por mil habitantes é referente à todas as mortes naquela faixa etária, e não somente na principal causa de mortalidade.

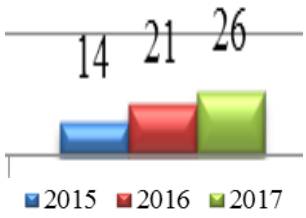
Obs2: o quadro se refere às mortes por causas segundo a categoria CID-10 (ex: C32 neoplasia maligna da laringe) e não Capítulo CID-10 (ex: II. Neoplasias (tumores)), por ser mais específica.

Tabela 100 - Número de notificações de violência por ano, sexo e tipo de violência (violência física, violência psicológica/moral e violência sexual) macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

.Frequência por Ano da Notificação Violência segundo Sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Corumbá	748	398	788	455	819	511
Frequência por Ano da Notificação Violência Física segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Corumbá	360	133	354	175	374	182
Frequência por Ano da Notificação Violência Psicológica / moral segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Corumbá	154	6	184	9	121	7
Frequência por Ano da Notificação Violência Sexual segundo sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Corumbá	39	12	27	0	52	4

Fonte: SINAN-NET acessado em 16/05/2019.

Figura 86 - Distribuição dos casos notificados de AIDS, macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017



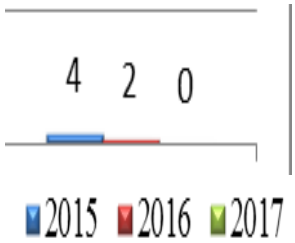
Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações.

Tabela 101 - Número de notificações de lesões autoprovocadas, por sexo, macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

Lesão autoprovocada por Ano da Notificação segundo Sexo	2015		2016		2017	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Macrorregião de Corumbá	55	21	75	36	76	53

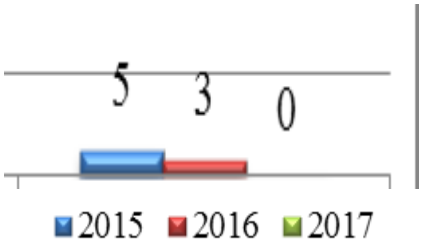
Fonte: SINAN-NET acessado em 16/05/2019.

Figura 87 - Distribuição dos casos notificados de Sífilis Congênita macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN-NET/SES- Dados

Figura 88 - Distribuição dos casos notificados de Hepatite C macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017



Fonte: SINAN-NET/SES- Dados sujeitos a alterações

Tabela 101 - Casos notificados doenças endêmicas e influenza, macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

	2015	2016	2017
CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE	957	1.042	624
CASOS NOTIFICADOS DE FEBRE DO CHIKUNGUNYA	19	37	96
CASOS NOTIFICADOS DE ZIKA	–	106	139
CASOS NOTIFICADOS DE SRAG (SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE)	4	96	62

Fonte: SINAN ONLINE

Tabela 102 - Proporção de encerramento de Tuberculose Pulmonar bacilífera macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015			2016			2017		
	SI	%C	%A	SI	%C	%A	SI	%C	%A
Macrorregião de Corumbá	7,7	59,35	35,4	0	76,4	0	32,8	40,85	16,1

S/I = Sem Informação; %C = % Cura; A% = % Abandono.

Fonte: CVE/PECT/SES- SINANTABWIN 18/04/2018

* Os dados podem sofrer alterações conforme atualização do banco de dados** dados de 2017 não estão encerrados.

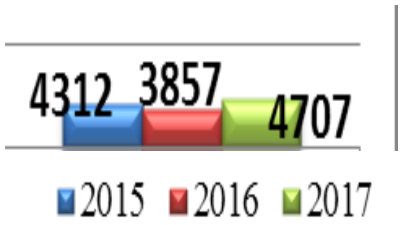
Tabela 103 - Proporção de testagem para HIV realizados e coinfecção TB/ macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

Mun Resid MS	2015		2016		2017	
	%HIV	%C.	%HIV	%C.	%HIV	%C.
Macrorregião de Corumbá	88,50%	2,1%	75,4%	4,60%	67,10%	0,85%

%HIV= % HIV Realizado; %C = % Coinfecção

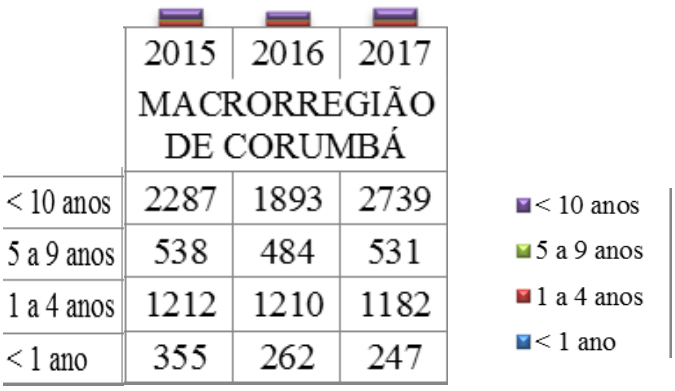
Fonte: CVE/PECT/SES- SINANTABWIN 18/04/2018 * Os dados podem sofrer alterações conforme atualização do banco de dados.

Figura 89 – Número de atendimentos de casos de Doença Diarreica Aguda por macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017



Fonte: SIVEP_DDA/DATASUS acessado em 16/05/2019

Figura 90 - Proporção atendimentos de casos de Doença Diarreica Aguda por faixa etária macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017



Fonte: SIVEP_DDA/DATASUS acessado em 16/05/2019.

Tabela 104 - Número e porcentagem de casos confirmados de leishmaniose visceral humana, segundo macrorregião de saúde, Mato Grosso do Sul, 2015-2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Macrorregião de Corumbá	12	9,5	13	11,0	16	12,3

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 105 - Número e porcentagem de casos confirmados de leishmaniose tegumentar, macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Macrorregião de Corumbá	2	1,4	5	4,3	1	1,2

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 106 - Número de casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, segundo formas clínicas, macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Corumbá	1	50,0	-	-	1	50,0
MACRORREGIÃO	2016					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Corumbá	4	80,0	-		1	20,0
MACRORREGIÃO	2017					
	Cutânea	% C.	Mucosa	% M.	Cutâneo-Mucosa	% C.M.
Macrorregião de Corumbá	1	100,0	-	-	-	-

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 107 - Porcentagem de cobertura vacinal antirrábica de cães e gatos, por macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015		2016		2017	
	Cães %	Gatos %	Cães %	Gatos %	Cães %	Gatos %
Macrorregião de Corumbá	96	88	90	75	78	79

Fonte: SINAN Acessado em 08/08/2018

Tabela 108 - Número de animais positivos para raiva, por espécie e macrorregião de saúde, macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

MACRORREGIÃO	2015					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Corumbá	71	-	2	1	1	-
MACRORREGIÃO	2016					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Corumbá	1	-	1	-	-	-
MACRORREGIÃO	2017					
	Canino	QH	QñH	Bovino	Equino	Ovino
Corumbá	1	-	-	3	-	-

Fonte: Agência Estadual de defesa Sanitária Animal e Vegetal – IAGRO. Acessado em 08/08/2018. Legenda: QH – Quiróptero Hematófago; QñH – Quiróptero não Hematófago.

A tabela a seguir, mostra que a macrorregião de saúde teve a maior concentração de casos de SRAG é Campo Grande, provavelmente devido à fatores de exposição da população que permitem uma maior disseminação viral. Em 2017 houve predominância da circulação do vírus H3N2 no estado de Mato Grosso do Sul.

Tabela 109 - Casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave por macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

Macrorregião	2015	2016	2017
Corumbá	4	96	62

Fonte: SINAN INFLUENZA WEB

A tabela a seguir mostra os casos confirmados de coqueluche no período de 2015 a 2017.

Tabela 110 - Casos confirmados de coqueluche por Macrorregião, macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

Macrorregião	2015	2016	2017
Macrorregião de Corumbá	2	1	-

* Fonte: SINAN - Dados coletados em 10/05/2019, sujeito à revisão.

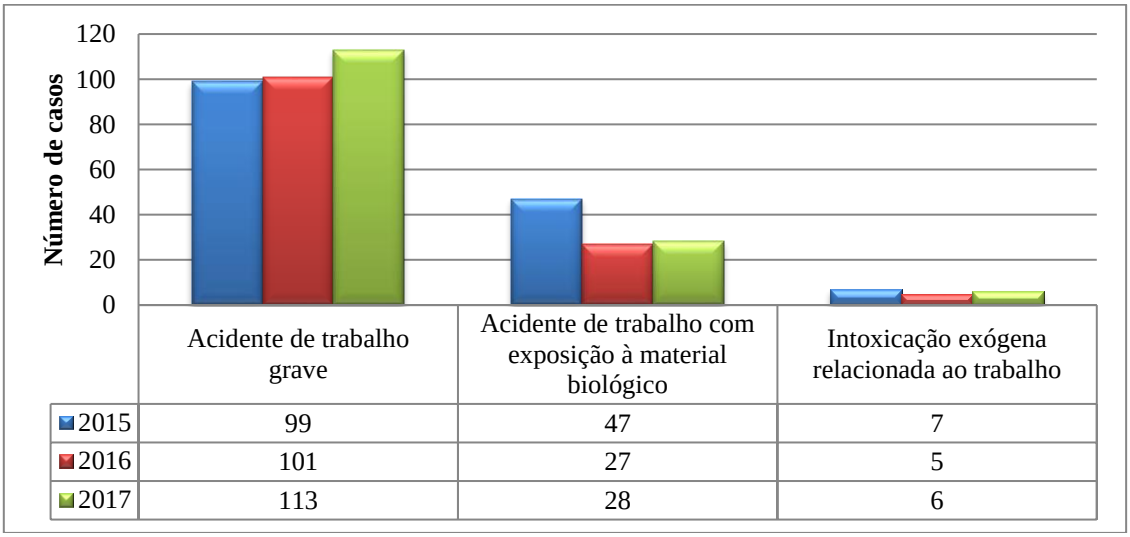
Tabela 111 - Coberturas vacinais (CV) por tipo de vacinas em crianças menores de 01 ano e 1 ano de idade, macrorregião de Corumbá - período de 2015 a 2017

Cobertura vacinal (%) BCG	2015	2016	2017
Corumbá	130,29	86,32	90,63
Cobertura vacinal (%) Rotavírus	2015	2016	2017
Corumbá	86,02	39,44	62,74
Cobertura vacinal (%) Meningocócica C	2015	2016	2017
Corumbá	83,43	41,29	61,67
Cobertura vacinal (%) Pentavalente	2015	2016	2017
Corumbá	87,60	36,77	58,01
Cobertura vacinal (%) Pneumococcica 10 valente	2015	2016	2017
Corumbá	80.29	40.92	65.78
Cobertura vacinal (%) Poliomielite	2015	2016	2017
Corumbá	106.84	36.44	58.26
Cobertura vacinal (%) Febre Amarela	2015	2016	2017
Corumbá	86.41	35.21	51.97
Cobertura vacinal (%) Tríplice Viral	2015	2016	2017
Corumbá	81.01	40.39	59.61

* Fonte: SINAN - Dados coletados em 10/05/2019, sujeito à revisão.

Quanto aos registros de acidentes de trabalho, a macrorregião apresenta os seguintes dados:

Figura 91 - Frequência de casos de acidentes de trabalho, segundo o ano de notificação, Macrorregião de Corumbá, Mato Grosso do Sul, 2015 a 2017 (N= 433)



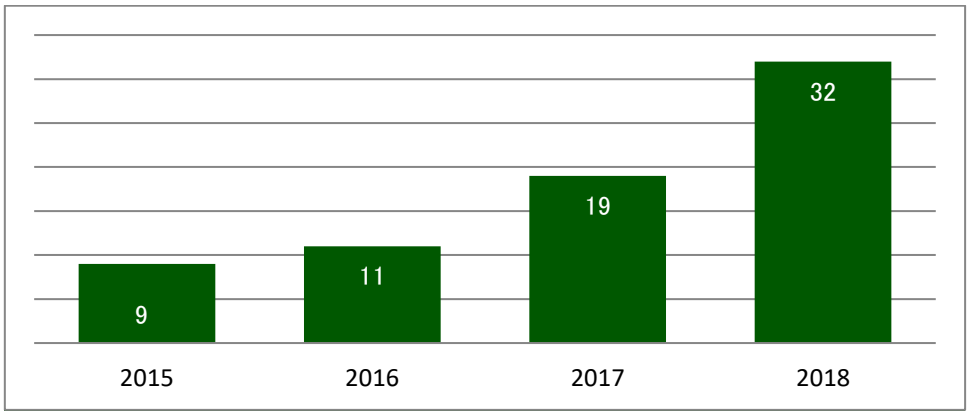
	Acidente de trabalho grave	Acidente de trabalho com exposição à material biológico	Intoxicação exógena relacionada ao trabalho
2015	99	47	7
2016	101	27	5
2017	113	28	6

Fonte: SINAN NET/SGVS/CEVE/SES/MS – 2019.

A Macrorregião de saúde de Corumbá destaca-se por possuir o menor número de municípios, apenas dois, Corumbá e Ladário. E, por causa disto, também possui o menor número de áreas cadastradas (32).

As áreas classificadas como "áreas de postos de abastecimento e serviços" aparecem em maior número (18).

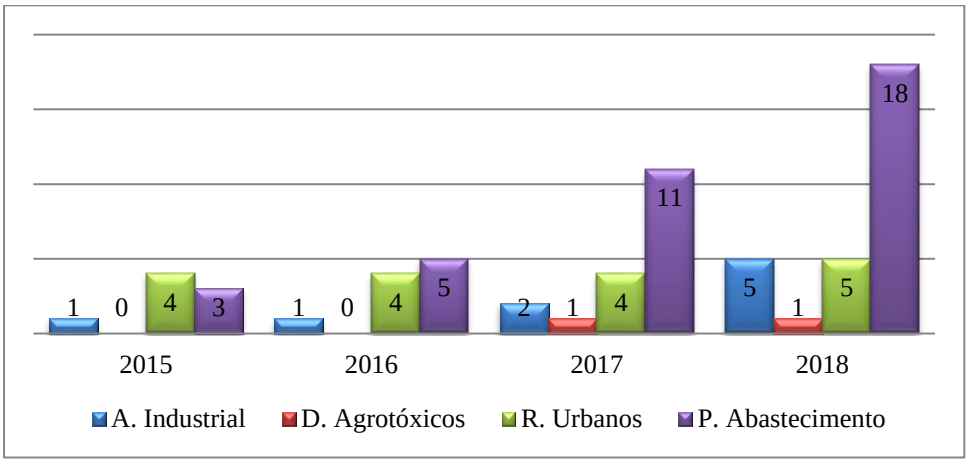
Figura 92 - Áreas Cadastradas no SISSOLO, Macrorregional Corumbá – 2015 a 2018



Fonte: SISSOLO/MS 2018.

Quanto a classificação das águas a macrorregião apresenta os dados a seguir demonstrado.

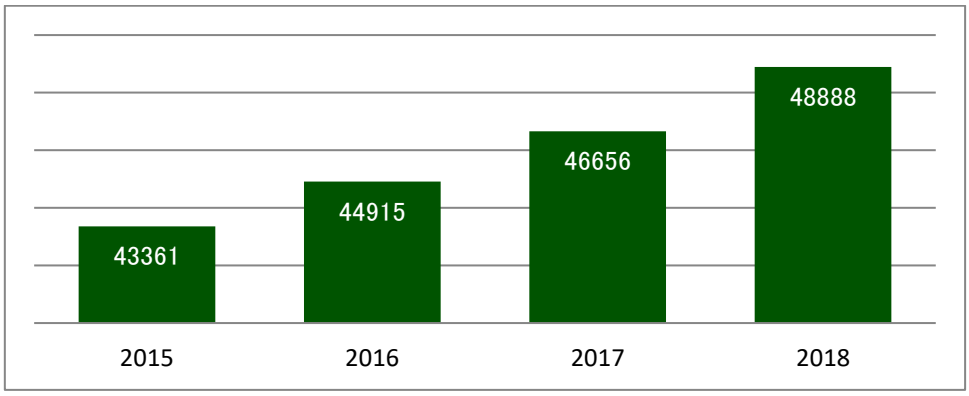
Figura 93 - Classificação das Áreas Cadastradas no SISSOLO, Macrorregional Corumbá - 2015 a 2018



Fonte: SISSOLO/MS 2018.

A Macrorregião de saúde de Corumbá, por possuir apenas dois municípios, possui a menor frota veicular do estado (48.888), mas também em crescimento.

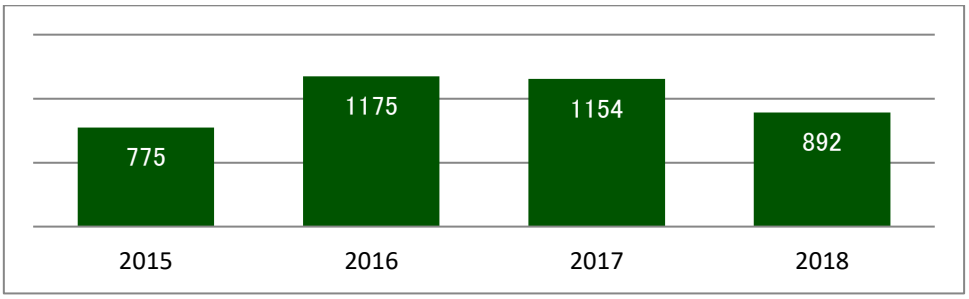
Figura 94 - Frota Veicular, Macrorregional Corumbá, 2015 a 2018.



Fonte: Denatran 2018.

No período de 2015 a 2018, a macrorregião apresentou um aumento de 15% nas internações por doenças do aparelho respiratório, ressaltando que nos anos de 2016 e 2017 houve um aumento expressivo nas internações.

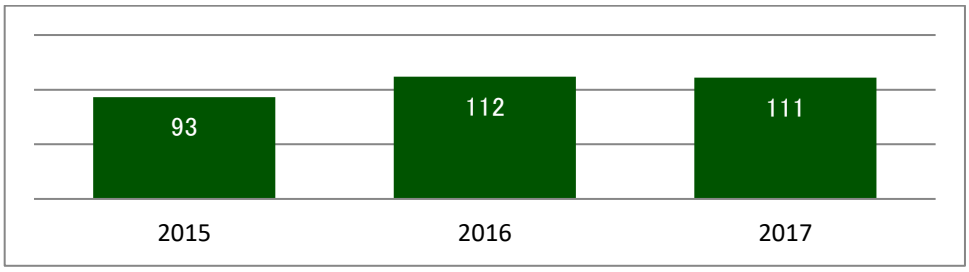
Figura 95 - Internações por Doenças do Aparelho Respiratório, Macrorregional Corumbá, 2015 a 2018



Fonte: DATASUS/MS 2018.

No período de 2015 a 2018, a macrorregião apresentou um aumento de 19% nos óbitos por doenças do aparelho respiratório.

Figura 96 - Óbitos por Doenças do Aparelho Respiratório, Macrorregional Corumbá, 2015 a 2017



Fonte: DATASUS/MS 2018

CAPÍTULO 3

3. Rede de Estabelecimentos e Serviços de Saúde _____ *188*

3.1. Rede de Estabelecimento e Serviços de Saúde _____ 188

3.1.1. Capacidade instalada _____ 188

3.1.2. Produção de serviços - SIA e SIH _____ 192

3.1.3. Produção Ambulatorial por Subgrupo de Procedimentos e Financiamento __ 194

3.1.4. Sistema de informações hospitalares _____ 197

3.1.5. Situação Atual da Contratualização no Estado de Mato Grosso do Sul _____ 202

3.1.5.1. Gestão Estadual _____ 202

3.1.5.2. Gestão Municipal – Interveniência do Estado à Contratualização de Unidades Hospitalares sob Gestão Municipal _____ 202

3.1.5.2.1. Cálculo para repasse dos valores às unidades/municípios _____ 202

3.1.5.3. Ação para Contratualização _____ 203

3.1.6. Assistência Médica Segundo UF _____ 204

3.1.6.1. Fissionais do SUS _____ 204

3. Rede de Estabelecimentos e Serviços de Saúde

3.1. Rede de Estabelecimento e Serviços de Saúde

3.1.1. Capacidade instalada

Tabela 112 -Estabelecimentos públicos e privados com vínculo SUS, por tipo e gestão

Tipo de estabelecimento	Total	Tipo de gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	85	75	10	0
CENTRAL DE NOTIFICACAO,CAPTACAO E DISTRIB DE ORGAOS ESTADUAL	2	1	1	0
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	38	37	1	0
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	4	3	1	0
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	13	13	0	0
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	12	0	12	0
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	33	33	0	0
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	583	583	0	0
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	153	151	2	0
CONSULTORIO ISOLADO	19	19	0	0
FARMACIA	26	24	2	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	6	5	0	1
HOSPITAL GERAL	74	32	5	37
HOSPITAL/DIA ISOLADO	2	2	0	0
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	7	6	1	0
POLICLINICA	22	22	0	0
POLO ACADEMIA DA SAUDE	42	42	0	0
POLO DE PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PROMOCAO DA SAUDE	4	4	0	0
POSTO DE SAUDE	46	46	0	0
PRONTO ATENDIMENTO	14	14	0	0
PRONTO SOCORRO GERAL	3	3	0	0
TELESSAUDE	1	0	1	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	110	110	0	0
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	65	65	0	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	22	22	0	0
UNIDADE MISTA	9	3	0	6
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PREHOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	41	41	0	0
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	21	19	2	0
Total	1.457	1.375	38	44

Fonte: CNES

A rede física de estabelecimentos de saúde do estado de Mato Grosso do Sul, segundo o SCNES – Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, demonstra que 94%

dos estabelecimentos estão sob gestão dos municípios, 3% sob gestão do estado e 3% sob gestão dupla (municipal e estadual).

As unidades próprias da SES, que aparecem como sob gestão estadual, referem-se às que realizam ações de serviços de saúde de competência do estado, assumidas no Pacto de Gestão.

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. Os cinco hospitais gerais que aparecem na planilha como sob gestão estadual são: o Hospital São Judas Tadeu (Iguatemi), Hospital e Maternidade Idimaque Paes Ferreira (Rio Negro) e Hospital Rachid Saldanha Derzi (Sonora), Hospital Regional de Cirurgias da Grande Dourados (Dourados) e Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (Ponta Porã).

Tabela 113 - Estabelecimento COM vínculo SUS, esfera administrativa e gestão

Natureza Jurídica (Gerência)	Total	Municipal	Estadual	Dupla
FEDERAL	53	53	0	0
ESTADUAL	46	14	32	0
MUNICIPAL	1.128	1.103	0	25
PRIVADA	230	205	6	19
Total	1.457	1.375	38	44

Fonte: CNES

Tabela 114 - Hospitais com atendimento SUS no Estado

Ord.	Município	Instituição	Natureza Jurídica	Gestão	Contratualizado Estado
1	Agua Clara	Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida	PUBLICO	Estadual	sim
2	Amambai	Hospital Regional Amambai	Filantropicos	Municipal	sim
3	Anastácio	Hospitalar de Anastácio -Abramastácio	Filantrópicos	Estadual	sim
4	Anaurilândia	Hospital Sagrado Coração de Jesus	Filantropicos	Estadual	sim
5	Angélica	Associação Beneficente de Angélica -A. B. A	Filantropicos	Estadual	sim
6	Antônio João	Hospital Municipal Antonio Joao	PUBLICO	Estadual	sim
7	Aparcida do Taboado	Fundaçao de Saude de Aparecida do Taboado	Fundaçao Publica de Direito Privado	Municipal	sim
8	Aquidauana	Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar -A AAH	Filantrópicos	Municipal	sim
9	Aquidauana	Assoc. Benef. Ruralista de Assitencia	Filantropicos	Municipal	sim
10	Aral Moreira	Hospital e Maternidade Santa Luzia	PUBLICO	Estadual	sim
11	Bandeirantes	Unidade Mista Joao Carneiro Mendonça	PUBLICO	Estadual	sim
12	Bataguassú	Irmandade da Santa Casa de M. de Bataguassu	Filantropicos	Estadual	sim
13	Bataiporã	Hospital Sao Lucas	Filantropicos	Estadual	sim
14	Bela Vista	Hospital Sao Vicente de Paula	Filantropicos	Estadual	sim
15	Bodoquena	Hospital Municipal Francisco Sales	PUBLICO	Estadual	sim
16	Bonito	Sociedade Beneficente Gonçalves Ledo	Filantropicos	Estadual	sim
17	Brasilândia	Hospital Julio Maia	Filantropicos	Estadual	sim
18	Caarpó	Hospital Sao Mateus	Filantropicos	Estadual	sim
19	Camapuã	Soc. de Proteçao a Mat. e Infancia de Camapua	Filantropicos	Estadual	sim
20	Campo Grande	Assoc. de Amparo a Maternidade e a Infancia	Filantropicos	Municipal	sim
21	Campo Grande	Assoc. de Aux. e Recuperaçao do Hanseniano	Filantropicos	Municipal	sim
22	Campo Grande	Fundaçao Carmen Prudente de MS	Filantropicos	Municipal	sim
23	Campo Grande	Santa Casa de Campo Grande	Filantropicos	Municipal	não contratualizado
24	Campo Grande	Hospital Nosso Lar	Filantropicos	Municipal	não contratualizado
25	Campo Grande	Hospital Universitario de Campo Grande	PUBLICO	Federal	não contratualizado
26	Campo Grande	Hospital Regional de Campo Grande	PÚBLICO	Municipal	Cooperação entre Entes Públicos -PCEP
27	Campo Grande	Hospital Adventista do Penfigo	Filantropicos	Municipal	não contratualizado
28	Campo Grande	CEDIP Hospital Dia	PUBLICO	Municipal	não contratualizado
29	Campo Grande	Maternidade Vo Honoria	Filantropicos	Municipal	não contratualizado
30	Caracol	Hospital Beneficente Rita Antonia Maciel Godoy	Filantropicos	Estadual	sim
31	Cassilândia	Irmandade da Santa Casa de Misericordia	Filantropicos	Municipal	sim
32	Chapadão do Sul	Hospital Municipal de Chapadao do Sul	PUBLICO	Municipal	sim
33	Corguinho	Unidade Mista de Corguinho	PUBLICO	Estadual	não contratualizado
34	Coronel Sapucaia	Hospital Municipal de Coronel Sapucaia	PUBLICO	Estadual	sim
35	Corumbá	Associaçao Beneficente de Corumba -Santa Casa	Filantropicos	Municipal	sim
36	Costa Rica	Fundaçao Hospitalar de Costa Rica	Filantropicos	Municipal	sim
37	Coxim	FESP	Fundaçao Publica de Direito Privado	Municipal	sim
38	Deodápolis	Hospital Municipal Cristo Rei	PUBLICO	Estadual	sim
39	Dois Irmãos do Buriti	Unidade Mista de Dois Irmaos do Buriti	PUBLICO	Estadual	sim
40	Dourados	Missao Evangelica Caiua	Filantropicos	Municipal	sim
41	Dourados	Hospital Evangelico de Dourados	PUBLICO	Municipal	não contratualizado
42	Dourados	Hospital da Vida Fundaçao	Fundaçao Publica de Direito Privado	Municipal	não contratualizado
43	Dourados	Hospital Universitario de Dourados	PUBLICO	Federal	não contratualizado
44	Fátima do Sul	SIAS	Filantropicos	Estadual	sim
45	Figueirão	Hospital de Figueirao	PUBLICO	Municipal	não contratualizado
46	Glória de Dourados	Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Gloria	Filantropicos	Estadual	sim
47	Guia Lopes da Laguna	Associaçao Lagunense de Saude	Filantropicos	Estadual	sim

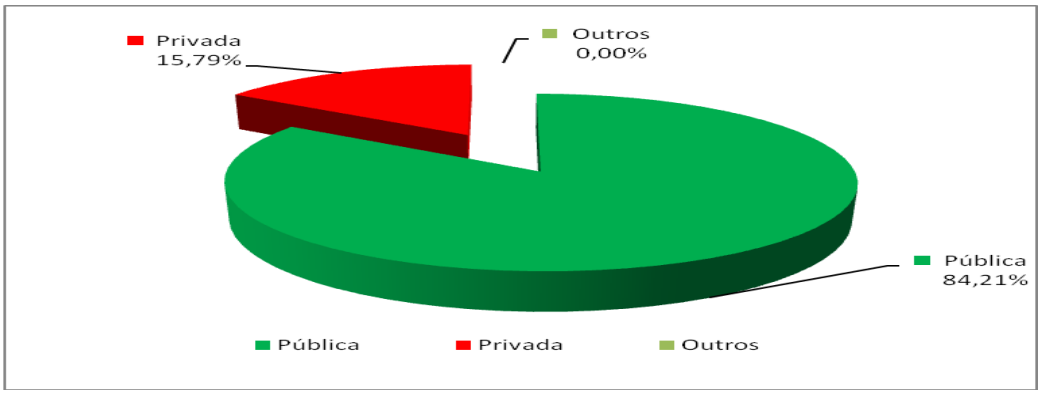
Ord.	Município	Instituição	Natureza Jurídica	Gestão	Contratualizado Estado
48	Iguatemi	Hospital São Judas Tadeu	PRIVADO		não contratualizado
49	Inocência	Hospital e Maternidade de Inocência	PUBLICO	Estadual	sim
50	Itaporã	Hospital Municipal Lourival Nascimento da Silva	PUBLICO	Estadual	sim
51	Itaquiraí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

HOSPITAIS COM ATENDIMENTO SUS NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

As unidades citadas como não contratualizadas possuem convênios com uma das unidades gestoras

Fonte: CECAA/SES/MS

Gráfico 1 – Percentual por tipo de natureza com vínculo SUS



Fonte: CNES

3.1.2. Produção de serviços - SIA e SIH

O Quadro abaixo mostra a produção ambulatorial por tipo de financiamento e por região de saúde. Em 2018, houve aumento no número de procedimentos da Atenção Básica na Região de Saúde de Campo Grande, tendo em vista atendimentos nas escolas do procedimento de 02.11.06.027-5 - Triagem Oftalmológica, realizada pela unidade móvel LINK SAUDE MS, e também os procedimentos com tipo de financiamento MAC, como: 02.11.07.036-0 - Triagem Auditiva de Escolares e 02.11.07.014-9 - Emissões Otoacústicas Evocadas P/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha).

E também no tipo de financiamento MAC, outro aumento refere-se às consultas, exames oftalmológicos e cirurgias de Pterígio realizadas pela unidade móvel 20 20 Serviços Médicos. Na Região de Campo Grande o tipo de financiamento FAEC, representou 48,70%, tendo em vista a realização de cirurgias de Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intra-Ocular Dobrável, 0405030134 Vitrectomia Anterior, 0405050020 Capsulotomia a Yag Laser, pela unidade móvel 20 20 Serviços Médicos e Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abrão, referente às Portarias do Ministério da Saúde n°s 1.294, de 25 de maio de 2017 e 2.895, de 12 de setembro de 2018, que estabelece a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos

Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Região de Dourados representou o maior percentual do tipo de financiamento FAEC, com 51,30%, sendo que os procedimentos mais frequentes se referem a tratamento de nefrologia.

Com relação ao tipo de financiamento Incentivo – MAC, as ações referentes a unidade SAMU 192 Estadual de Mato Grosso do Sul (CNES 7296606) foram transferidas para a SMS de Campo Grande, sendo que na competência novembro/2018 foram processadas as últimas produções realizadas. Conforme mostra o Quadro abaixo todas as Regiões apresentaram inconsistências no processamento do SIA no ano de 2018 no financiamento MAC, sendo "Proced. Exige serviço./class. não cadast. no CNES", "CNS do profissional não encontrado no estab/equipe" com maior frequência de rejeições.

Quadro 4 - Produção ambulatorial por tipo de financiamento e por Região de saúde – ano/2018

Tipo de Financiamento	Região de Saúde Campo Grande		Região de Saúde Dourados		Região de Saúde Três Lagoas		Total	
	Produção (QTD)		Produção (QTD)		Produção (QTD)		Produção (QTD)	
	Apresentada	Aprovada	Apresentada	Aprovada	Apresentada	Aprovada	Apresentada	Aprovada
Atenção Básica (PAB)	26.756	26.681	3.173	3.153	1.888	1.888	31.817	31.722
Assistência Farmacêutica	9.673.014	9.673.014	0	0	0	0	9.673.014	9.673.014
Fundo de Ações Estratégicas e Compensações FAEC	17.673	17.673	18.618	18.618	0	0	36.291	36.291
Incentivo - MAC	21.339	21.339	0	0	0	0	21.339	21.339
Média e Alta Complexidade (MAC)	1.244.659	1.221.500	564.988	557.679	57.689	57.344	1.867.336	1.836.523
Vigilância em Saúde	37.314	37.314	0	0	0	0	37.314	37.314
Total	**11.020.755**	**10.997.521**	**586.779**	**579.450**	**59.577**	**59.232**	**11.667.111**	**11.636.203**

Fonte: Setor de Processamento do SIA-DCAA-SES e SIA-DATASUS-TABWIN.

Quadro 5 – Produção ambulatorial por tipo de financiamento e por Região de saúde – ano/2018

Tipo de Financiamento	Região de Saúde Campo Grande		Região de Saúde Dourados		Região de Saúde Três Lagoas		Total	
	Valor (R$)		Valor (R$)		Valor (R$)		Valor (R$)	
	Apresentado	Aprovado	Apresentado	Aprovado	Apresentado	Aprovado	Apresentado	Aprovado
Assistência Farmacêutica	14.728.578,46	14.728.578,46	0	0	0	0	14.728.578,46	14.728.578,46
Fundo de Ações Estratégicas e Compensações FAEC	6.610.662,42	7.078.487,07	4.019.491,79	4.030.602,83	0	0	10.630.154,21	11.109.089,90
Média e Alta Complexidade (MAC)	19.830.584,19	19.615.214,58	3.994.607,36	3.882.514,30	466.172,23	455.618,67	24.291.363,78	23.953.347,55
Total	**41.169.825,07**	**41.422.280,11**	**8.014.099,15**	**7.913.117,13**	**466.172,23**	**455.618,67**	**49.650.096,45**	**49.791.015,91**

Fonte: Setor de Processamento do SIA-DCAA-SES e SIA-DATASUS-TABWIN.

3.1.3. Produção Ambulatorial por Subgrupo de Procedimentos e Financiamento

Conforme mostra o Quadro abaixo por subgrupo de procedimentos, financiamento e região de saúde, a produção ambulatorial do ano de 2018 correspondeu 11.636.681 procedimentos.

Os mais frequentes por financiamento foram: Assistência farmacêutica com 9.673.014 (83,13%); MAC com 1.836.523 (15,78%); Vigilância em Saúde com 37.314 (0,32%) e FAEC com 36.291 (0,31%).

Quadro 6 – Frequência da produção ambulatorial processada pela SES, por subgrupo de procedimentos, Região de Saúde e tipo de financiamento – Janeiro a dezembro/2018

Subgrupo procedimentos	PAB				Assistência Farmacêutica	Vigilância em Saúde	Incentivo - MAC	FAEC			MAC				Total Geral
	Região de Campo Grande	Região Dourados	Região Três Lagoas	Total PAB	Região de Campo Grande	Região de Campo Grande	Região de Campo Grande	Região de Campo Grande	Região Dourados	Total FAEC	Região de Campo Grande	Região Dourados	Região Três Lagoas	Total MAC	
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	34	0	34	35
0102 Vigilância em saúde	0	0	0	0	0	928	71	0	0	0	0	0	0	0	999
0201 Coleta de material	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	6	6

0202 Diagnóstico em laboratório clínico	21	17	1	39	0	0	0	0	0	0	198.253	146.761	9.082	354.096	354.135
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	0	0	0	0	0	0	0	16	0	16	3.806	0	0	3.806	3.822
0204 Diagnóstico por radiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8.165	27.021	3.331	38.517	38.517
0205 Diagnóstico por ultrasonografia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14.527	10.206	948	25.681	25.681
0206 Diagnóstico por tomografia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.027	0	3.027	3.027
0209 Diagnóstico por endoscopia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	905	0	905	905
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	26.506	0	0	26.506	0	0	0	0	0	0	128.809	6.090	1.755	136.654	163.160
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	327.639	0	3.450	331.089	331.089
0213 Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	0	0	0	0	0	36.386	0	0	0	0	0	0	0	0	36.386
0214 Diagnóstico por teste rápido	18	4	0	22	0	0	0	0	0	0	103	169	0	272	294
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	115	2.326	1.869	4.310	0	0	21.268	0	0	0	252.689	350.319	30.529	633.537	659.115
0302 Fisioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.123	7.205	0	11.328	11.328
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	48	5	93	93
0305 Tratamento em nefrologia	0	0	0	0	0	0	0	0	17.601	17.601	0	0	0	0	17.601
0306 Hemoterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	115.487	26	7.250	122.763	122.763
0307 Tratamentos odontológicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	21	805	0	826	0	0	0	0	0	0	2.006	4.655	945	7.606	8.432
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	0	1	17	18	0	0	0	0	0	0	929	50	46	1.025	1.043
0405 Cirurgia do aparelho da visão	0	0	0	0	0	0	0	11.115	159	11.274	1.115	586	0	1.701	12.975
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	4	4
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0	8	8
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	0	20	0	20	40
0410 Cirurgia de mama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
0415 Outras cirurgias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	3
0417 Anestesiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	542	0	542	542
0418 Cirurgia em nefrologia	0	0	0	0	0	0	0	0	254	254	0	0	0	0	254

0501 Coleta e exames para fins de doação de orgãos, tecidos e células e de transplante	0	0	0	0	0	0	0	6.542	0	6.542	0	0	0	0	6.542
0604 Componente Especializado da Assitencia Farmaceutica	0	0	0	0	9.673.014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9.673.014
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41.825	0	0	41.825	41.825
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	0	0	0	0	0	0	0	0	584	584	0	0	0	0	584
0803 Autorização / Regulação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	121.978	0	0	121.978	121.978
Total	26.681	3.153	1.888	31.722	9.673.014	37.314	21.339	17.673	18.618	36.291	1.221.500	557.679	57.344	1.836.523	11.636.203

Fonte: SIA-DATASUS-TABWIN.

Quadro 7 – Valores da produção ambulatorial processada pela SES, por subgrupo de procedimentos, Região de Saúde e tipo de financiamento – janeiro a dezembro/2018

SubGrupo procedimentos	Assistência Farmacéutica	FAEC			MAC				Total Assit.Farm + FAEC + MAC
	Região Campo Grande	Região Campo Grande	Região Dourados	Total FAEC	Região Campo Grande	Região Dourados	Região Três Lagoas	Total MAC	
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0	91,80	0,00	91,80	91,80
0201 Coleta de material	0,00	0,00	0,00	0,00	0	166,65	0,00	166,65	166,65
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	0,00	0,00	0,00	0,00	2.008.017	491.269,80	25.138,96	2.524.426,17	2.524.426,17
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	0,00	143,36	0,00	143,36	34.102	0,00	0,00	34.101,76	34.245,12
0204 Diagnóstico por radiologia	0,00	0,00	0,00	0,00	60.634	205.474,17	25.727,91	291.835,93	291.835,93
0205 Diagnóstico por ultrasonografia	0,00	0,00	0,00	0,00	294.454	274.704,10	27.877,85	597.036,26	597.036,26
0206 Diagnóstico por tomografia	0,00	0,00	0,00	0,00	0	352.820,96	0,00	352.820,96	352.820,96
0209 Diagnóstico por endoscopia	0,00	0,00	0,00	0,00	0	61.193,30	0,00	61.193,30	61.193,30
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	0,00	0,00	0,00	0,00	2.017.696	37.889,75	9.038,25	2.064.623,84	2.064.623,84
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	0,00	0,00	0,00	0,00	7.522.823	0,00	35.017,50	7.557.840,24	7.557.840,24
0214 Diagnóstico por teste rápido	0,00	0,00	0,00	0,00	103	169,00	0,00	272,00	272,00
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	1.979.296	2.097.178,98	197.663,82	4.274.139,12	4.274.139,12
0302 Fisioterapia	0,00	0,00	0,00	0,00	19.955	36.627,67	0,00	56.582,64	56.582,64

0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	0,00	0,00	0,00	0,00	1.015	1.718,95	136,02	2.870,03	2.870,03
0305 Tratamento em nefrologia	0,00	0,00	3.455.599,02	3.455.599,02	0	0,00	0,00	0,00	3.455.599,02
0306 Hemoterapia	0,00	0,00	0,00	0,00	1.898.587	210,34	113.900,00	2.012.697,46	2.012.697,46
0307 Tratamentos odontológicos	0,00	0,00	0,00	0,00	7	4,41	0,00	11,36	11,36
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	0,00	0,00	0,00	0,00	44.981	109.166,98	20.728,22	174.876,26	174.876,26
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	0,00	0,00	0,00	0,00	6.124	638,09	300,56	7.062,89	7.062,89
0405 Cirurgia do aparelho da visão	0,00	6.898.438,71	133.500,67	7.031.939,38	229.724	198.571,47	0,00	428.295,72	7.460.235,10
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	0,00	0,00	0,00	0,00	60	0,00	59,72	119,44	119,44
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	0,00	0,00	0,00	0,00	119	189,60	0,00	308,18	308,18
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	0,00	0,00	5.867,35	5.867,35	0	6.129,40	0,00	6.129,40	11.996,75
0410 Cirurgia de mama	0,00	0,00	0,00	0,00	0	20,74	0,00	20,74	20,74
0415 Outras cirurgias	0,00	0,00	0,00	0,00	0	59,72	29,86	89,58	89,58
0417 Anestesiologia	0,00	0,00	0,00	0,00	0	8.218,42	0,00	8.218,42	8.218,42
0418 Cirurgia em nefrologia	0,00	0,00	79.813,40	79.813,40	0	0,00	0,00	0,00	79.813,40
0501 Coleta e exames para fins de doação de orgãos, tecidos e células e de transplante	0,00	179.905,00	0,00	179.905,00	0	0,00	0,00	0,00	179.905,00
0604 Componente Especializado da Assitencia Farmaceutica	14.728.578,46	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	14.728.578,46
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	0,00	0,00	0,00	0,00	558.046	0,00	0,00	558.045,70	558.045,70
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	0,00	0,00	355.822,39	355.822,39	0	0,00	0,00	0,00	355.822,39
0803 Autorização / Regulação	0,00	0,00	0,00	0,00	2.939.472	0,00	0,00	2.939.471,70	2.939.471,70
Total	14.728.578,46	7.078.487,07	4.030.602,83	11.109.089,90	19.615.215	3.882.514,30	455.618,67	23.953.347,55	49.791.015,91

Fonte: SIA-DATASUS-TA

3.1.4. Sistema de informações hospitalares

A avaliação da produção do Sistema de Informação Hospitalar – SIH foi realizada em relação à autorização dos Espelhos de AIH´s.

Abaixo, estão relacionados os estabelecimentos sob gestão estadual contratualizados, por região de saúde, que apresentaram produção no ano de 2018.

Quadro 8 – Estabelecimentos sob gestão estadual contratualizados, ano 2018.

Região / Microrregião de Saúde	Nº de estabelecimentos sob gestão estadual	Nº de estabelecimentos com produção no Ano de 2018.
Campo Grande	6	5
Aquidauana	5	5
Coxim *	2	2
Jardim	5	5
Total região Campo Grande	**18**	**17**
Dourados	9	9
Ponta Porã	7	7
Naviraí	4	4
Nova Andradina	4	4
Total região Dourados	**24**	**24**
Três Lagoas	4	4
Paranaíba	1	1
Total região Três Lagoas	**5**	**5**
Total Geral	**47**	**46**

Fonte: Setor de Processamento e operacionalização do Sistema Hospitalar/DCAA/SES/MS

OBS: a autorização e o processamento da unidade hospitalar de Rio Negro são realizados no NRS de Coxim, apesar do município pertencer à microrregião de Campo Grande.

Conforme mostra o Quadro abaixo, no ano de 2018, as unidades hospitalares da Região de Saúde de Dourados representaram 63,86% de espelhos de AIH apresentados, seguido de Campo Grande com 28,67% e de Três Lagoas com 7,46%, por tipo de financiamento MAC e FAEC. A Região de Saúde de Dourados tem a maior produção, tendo em vista que 51,11% de estabelecimentos estão nessa região e também com maior número de leitos e complexidade, seguido da Região de Campo Grande com 37,78% e Região de Três Lagoas com 11,11%.

Quadro 9 – Produção hospitalar apresentada x aprovado por tipo de financiamento e Região de Saúde – janeiro a dezembro/2018

Região de Saúde	FAEC				Média e Alta Complexidade (MAC)			
	Produção		Valor (R$)		Produção		Valor (R$)	
	Apresentada	Aprovada	Apresentado	Aprovado	Apresentada	Aprovada	Apresentado	Aprovado
Campo Grande	0	0	0	0	9.921	9.190	3.844.840,81	3.552.013,90
Dourados	252	182	138.862,86	102.640,98	21.845	20.137	8.213.479,13	7.477.741,33
Três Lagoas	0	0	0	0	2.582	2.345	1.093.754,76	1.004.034,47
Total	**252**	**182**	**138.862,86**	**102.640,98**	**34.348**	**31.672**	**13.152.074,70**	**12.033.789,70**

Fonte: SIHD-DATASUS-TABWIN e Setor de Processamento e Operacionalização do Sistema Hospitalar.

Conforme mostra o Quadro abaixo por subgrupo de procedimentos, tipo de financiamento e região de saúde a produção hospitalar dos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual por financiamento FAEC correspondeu a 182 procedimentos e no MAC correspondeu a 31.672, sendo os mais frequentes do MAC, o subgrupo de procedimentos: 0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades) com 52,63%, seguido de 0310 Parto e nascimento com 10,62%; 0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos com 10,52% e 0411 Cirurgia obstétrica com 10,33%.

Quadro 10 – Frequência da produção hospitalar processada pela SES, por subgrupo de procedimentos, por Região de Saúde e tipo de financiamento – janeiro a dezembro/2018

Subgrupo procedimentos	FAEC	MAC				Total MAC + FAEC
	Região de Saúde Dourados	Região de Saúde Campo Grande	Região de Saúde Dourados	Região de Saúde Três Lagoas	Total	
0201 Coleta de material	0	0	4	0	4	4
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	0	611	2.691	31	3.333	3.333
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	0	5.336	10.206	1.128	16.670	16.670
0304 Tratamento em oncologia	0	51	170	17	238	238

0305 Tratamento em nefrologia	0	334	549	225	1.108	1.108
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	0	246	494	22	762	762
0310 Parto e nascimento	0	792	2.404	166	3.362	3.362
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	0	19	7	32	58	58
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	2	2	0	0	2	4
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	0	0	4	1	5	5
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	9	6	48	0	54	63
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, orgãos anexos e parede abdominal	125	507	729	132	1.368	1.493
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	6	53	546	1	600	606
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	40	262	346	125	733	773
0410 Cirurgia de mama	0	5	1	6	12	12
0411 Cirurgia obstétrica	0	959	1.855	457	3.271	3.271
0412 Cirurgia torácica	0	4	38	0	42	42
0413 Cirurgia reparadora	0	0	0	2	2	2
0415 Outras cirurgias	0	3	45	0	48	48
Total	182	9.190	20.137	2.345	31.672	31.854

Fonte: SIH-DATASUS-TABWIN.

Quadro 11 – Produção hospitalar com os valores processados pela SES, por subgrupo de procedimentos, por Região de Saúde e tipo de financiamento – janeiro a dezembro/2018

Subgrupo procedimentos	FAEC	MAC				Total MAC + FAEC
	Região de Saúde Dourados (R$)	Região de Saúde Campo Grande	Região de Saúde Dourados	Região de Saúde Três Lagoas	Total	
0201 Coleta de material	0	0	577,44	0	577,44	577,44
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	0	30.993,58	139.740,90	1.407,02	172.141,50	172.141,50
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	0	2.019.814,02	3.785.734,49	438.519,08	6.244.067,59	6.244.067,59
0304 Tratamento em oncologia	0	12.906,95	53.726,33	4.436,39	71.069,67	71.069,67
0305 Tratamento em nefrologia	0	75.805,36	137.171,90	47.946,59	260.923,85	260.923,85
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	0	50.018,84	105.723,90	4.186,59	159.929,33	159.929,33
0310 Parto e nascimento	0	375.992,50	1.127.802,95	84.959,60	1.588.755,05	1.588.755,05
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	0	5.471,40	1.627,69	5.773,13	12.872,22	12.872,22
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	695,24	703,24	0	0	703,24	1.398,48
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	0	0	5.452,57	382,58	5.835,15	5.835,15
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	5.139,69	2.396,10	26.348,53	0	28.744,63	33.884,32
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, orgãos anexos e parede abdominal	77.968,23	281.747,77	426.040,52	65.892,80	773.681,09	851.649,32
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	3.801,12	16.265,31	304.897,71	115,49	321.278,51	325.079,63
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	15.036,70	114.113,66	152.847,64	51.593,63	318.554,93	333.591,63
0410 Cirurgia de mama	0	1.555,96	171,51	3.229,02	4.956,49	4.956,49
0411 Cirurgia obstétrica	0	557.179,80	1.119.194,03	294.800,79	1.971.174,62	1.971.174,62
0412 Cirurgia torácica	0	4.226,36	45.470,40	0	49.696,76	49.696,76
0413 Cirurgia reparadora	0	0	0	791,76	791,76	791,76
0415 Outras cirurgias	0	2.823,05	45.212,82	0	48.035,87	48.035,87
Total	102.640,98	3.552.013,90	7.477.741,33	1.004.034,47	12.033.789,70	12.136.430,68

Fonte: SIH-DATASUS-TABWIN.

3.1.5. Situação Atual da Contratualização no Estado de Mato Grosso do Sul

3.1.5.1. Gestão Estadual

São 46 Unidades hospitalares contratualizadas/contratada, sendo:

- 25 Hospitais públicos
- 16 Hospitais privados sem fins lucrativos
- Hospitais privado com fins lucrativos – prestação de serviços AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO – TRS (nefrologia).
- Hospitais privado com fins lucrativos – em fase de contratação. Já foi aberto o Processo Administrativo.

3.1.5.2. Gestão Municipal – Interveniência do Estado à Contratualização de Unidades Hospitalares sob Gestão Municipal

25 Hospitais Contratualizados, referente a 20 municípios, sendo:

- CONTRATMS: 10 unidades, onde são 07 públicos e 03 privados.
- HFSUS: 15 unidades que são filantrópicos.

3.1.5.2.1. Cálculo para repasse dos valores às unidades/municípios

Cálculo dos valores a serem repassados às unidades/municípios conforme contratualização, por meio de um dos programas/políticas HPP, HFSUS, CONTRATMS. Distribuição dos valores dos tetos por componentes:

Valor total Contratualizado

Para este cálculo é considerado o recurso Federal (MAC) e Contrapartida Estadual (se houver). Sendo 50% para teto componente Qualitativo e 50% Teto componente Quantitativo, dividido conforme Documento Descritivo:

- ✓ Teto produção hospitalar
- ✓ Teto produção ambulatorial

1 **Recurso Federal:** O Valor do Recurso Federal refere-se aos recursos da Média e Alta Complexidade – MAC para financiamento da produção ambulatorial e hospitalar.

2 **Recurso Estadual e Federal:** O Valor do Recurso Estadual refere-se ao Incentivo Estadual e pago 100% em conformidade ao Termo de Contratualização e, a Contrapartida Estadual (quando houver). Em alguns casos também está incluído o Incentivo Federal a Contratualização.

3 **Incentivo Municipal:** É transferido pelo Município diretamente ao Hospital podendo ser vinculado ou não a meta, não faz parte dos nossos valores para transferência.

3.1.5.3. Ação para Contratualização

- Constituição Federal, em especial em seus artigos 196 e seguintes;
- Lei Complementar Federal nº 101/2000;
- Lei de Responsabilidade Fiscal;
- Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 e suas alterações posteriores (Lei Orgânica da Saúde, Decreto Federal nº 6.170/2007;
- Portaria Interministerial nº 424/MP/MF/CGU2016 (Regulamentação sobre Repasses Federais);
- Portaria GM/MS nº 2.314/2005;
- Portaria de Consolidação nº 02 de 28 de setembro de 2017;
- Decreto Estadual nº 11.261/2003

HPP

- Resolução nº 780/SES-MS/2007.

CONTRATMS

- Resoluções nº 774/2007/SES-MS e 790/2007/SES-MS.

HFSUS

- Resolução nº 782/SES-MS/2007.

3.1.6. Assistência Médica Segundo UF

Quadro 12 – Assistência Municipal – UF: Mato Grosso do Sul – período Dez/2018

UF	Assistência Médica
Mato Grosso do Sul	577.589
Taxa de cobertura	23

3.1.6.1. Fissionais do SUS

Através dos dados do CNES foram identificados 17 vínculos de trabalho distribuídos abaixo:

Quadro 13 – Vínculos de trabalhos distribuídos – dados CNES

Rótulos de linha	Contagem de detalhamento do vinculo
CEDIDO	13
CLT	92
CONTRATO POR ENTIDADE FILANTROPICA	63
CONTRATO POR REDE PRIVADA	12
NAO SE APLICA	11233
PESSOA FISICA	31
PESSOA JURIDICA	151
PRIVADO	888
PROPRIO	3657
PUBLICO	8595
SEM SUBTIPO	1296
SEM VINCULO COM O SETOR PUBLICO	82
SERVIDOR CEDIDO	245
SERVIDOR PROPRIO	23223
SERVIDOR PUBLICO CEDIDO	8
SERVIDOR PUBLICO PROPRIO	239
SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE	49
Total Geral	49877

Fonte: CNES – fevereiro/2018.

Foram extraídos os dados do CNES e verificado que dos 59400 trabalhadores da área de saúde 49877 são trabalhadores do SUS.

Quadro 14 – Trabalhadores distribuídos por município – dados CNES

Rótulos de Linha	SUS	Total Geral
AGUA CLARA	214	231
ALCINOPOLIS	74	80
AMAMBAI	503	567
ANASTACIO	250	259
ANAURILANDIA	165	178
ANGELICA	167	177
ANTONIO JOAO	169	175
APARECIDA DO TABOADO	224	280
AQUIDAUANA	868	1041
ARAL MOREIRA	192	193
BANDEIRANTES	133	134
BATAGUASSU	322	361
BATAYPORA	129	139
BELA VISTA	253	294
BODOQUENA	158	162
BONITO	322	347
BRASILANDIA	192	203
CAARAPO	395	441
CAMAPUA	248	286
CAMPO GRANDE	20812	25802
CARACOL	93	94
CASSILANDIA	305	358
CHAPADAO DO SUL	527	616
CORGUINHO	74	74
CORONEL SAPUCAIA	168	174
CORUMBA	1671	1946
COSTA RICA	409	484
COXIM	652	774
DEODAPOLIS	175	229
DOIS IRMAOS DO BURITI	199	206
DOURADINA	81	85
DOURADOS	5036	6279
ELDORADO	166	172
FATIMA DO SUL	384	418
FIGUEIRAO	77	77
GLORIA DE DOURADOS	136	161
GUIA LOPES DA LAGUNA	145	157

IGUATEMI	209	216
INOCENCIA	120	125
ITAPORA	321	338
ITAQUIRAI	162	170
IVINHEMA	372	494
JAPORA	77	77
JARAGUARI	95	95
JARDIM	378	413
JATEI	136	137
JUTI	111	116
LADARIO	194	201
LAGUNA CARAPA	168	177
MARACAJU	539	582
MIRANDA	378	393
MUNDO NOVO	173	194
NAVIRAI	720	834
NIOAQUE	159	167
NOVA ALVORADA DO SUL	241	269
NOVA ANDRADINA	897	1214
NOVO HORIZONTE DO SUL	92	92
PARAISO DAS AGUAS	34	36
PARANAIBA	637	911
PARANHOS	187	197
PEDRO GOMES	117	127
PONTA PORA	1225	1389
PORTO MURTINHO	202	207
RIBAS DO RIO PARDO	210	229
RIO BRILHANTE	479	547
RIO NEGRO	103	108
RIO VERDE DE MATO GROSSO	342	377
ROCHEDO	80	82
SANTA RITA DO PARDO	119	121
SAO GABRIEL DO OESTE	559	600
SELVIRIA	79	82
SETE QUEDAS	123	147
SIDROLANDIA	597	639
SONORA	213	235
TACURU	212	218
TAQUARUSSU	141	143
TERENOS	229	234

TRES LAGOAS	2255	2707
VICENTINA	104	106
Total Geral	**49877**	**59400**

CAPÍTULO 4

4. Organização e Estrutura da Saúde *209*

4.1. Atenção Primária à Saúde 210

4.2. Cofinanciamento Estadual da APS 212

4.3. Indicadores da Atenção Primária à Saúde 213

4.4. Redes de atenção à saúde (RAS) 215

4.4.1. Rede Cegonha 216

4.4.2. Rede de Urgência e Emergência – RUE 219

4.4.3. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS 223

4.4.4. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência – RAPD 226

4.4.5. Rede de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas 228

4.4.6. Grupo condutor das redes de atenção à saúde 230

4.5. Atenção Especializada 231

4.5.1. Atenção Especializada Ambulatorial 231

4.5.2. Atenção Especializada Hospitalar 231

4.6. Assistência Farmacêutica 238

4.6.1. Componente Básico de Assistência Farmacêutica (CBAF) 239

4.6.2. Componente estratégico de assistência farmacêutica (CESAF) 240

4.6.3. Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) 241

4.6.4. Medicamentos Oncológicos 242

4.6.5. Medicamentos de Protocolos/Resoluções Estaduais 243

4.6.6. Central de Abastecimento Farmacêutico Estadual (CAF ESTADUAL) 244

4.6.7. Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e Comissão Estadual de Farmacoterapia (COMEFA) 244

4.7. Hemorrede Estadual 246

4.8. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul 248

4.9. Vigilância em Saúde 252

4.9.1. Vigilância Epidemiológica 252

4.9.2. Vigilância em Saúde Ambiental e Toxicológica 253

4.9.3. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) 254

4.9.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador 254

4.9.5. Vigilância Sanitária 255

4.9.6. Sala Estadual de Situação em Vigilância em Saúde 256

4.9.7. Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (LACEN) 256

4.9.8. CONTROLE DE VETORES 257

4. Organização e Estrutura da Saúde

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

Como apresentado, o cenário sul-mato-grossense é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pela extensão territorial, e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo efetividade demonstra a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado.

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde demandou do estado de Mato Grosso do Sul, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde, decisões que envolvem aspectos técnicos, éticos, culturais, mas principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

A solução foi inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das Redes de Atenção a Saúde, para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Experiências têm demonstrado que a organização de RAS tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo apontadas como mais eficazes, tanto em termos de

organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação.

Nesse processo, o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

4.1. Atenção Primária à Saúde

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ALMA-ATA, 1978).

Atenção Primária à Saúde pode ser compreendida como o primeiro nível do sistema de serviço de saúde, o qual deve funcionar como porta de entrada preferencial do sistema, formando a base que determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde,

promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

Mato Grosso do Sul, tem investido, através da Secretaria de Estado de Saúde, técnica e financeiramente nas ações de APS, reconhecendo neste nível de assistência capacidade de resolutividade e melhoria da qualidade das condições de vida de uma população.

Com esse objetivo é realizado o repasse financeiro estadual às diversas estratégicas como às equipes da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal, às especificidades regionais como as equipes que atual em áreas rurais, equipes de Atenção Básica no Sistema Prisional, consultórios na rua e agentes comunitários de saúde.

Ressalta-se que os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde como aos Centros de Atenção Psicossociais, Centros Especializados em Reabilitação, Centros de Especialidades Odontológicas, Centro de Parto Normal recebem recurso financeiro estadual, uma vez que o estado entende a RAS como modelo de atenção estratégico definido pelo Ministério da Saúde para organização dos serviços e sistema de saúde.

A seguir encontram-se os dados de cobertura populacional de Saúde da Família no estado, a partir do número de equipes de saúde da família existentes e também a cobertura populacional de Atenção Básica, considerando a carga horária de médicos e enfermeiros cadastrados no CNES por macrorregião de saúde.

Tabela 112 - Cobertura populacional de Saúde da Família no Estado por macrorregião, 2018

Região de Saúde	População	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
Campo Grande	1.502.351	295	964.862	64,22%	1.077.884	71,74%
Corumbá	133.774	31	105.768	79,06%	105.768	79,06%
Dourados	831.310	185	603.667	72,61%	640.237	77,01%
Três Lagoas	280.588	64	207.448	73,93%	221.515	78,94%
MS	2.748.023	575	1.881.745	68,47%	2.045.404	74,43%

Fonte: e-Gestor/DAB/Ministério da Saúde, dados dezembro/2018.

Observa-se que a cobertura populacional de ESF e de AB mantém-se acima de 64,22 e 71,74%, respectivamente, sendo a macrorregião de Corumbá com o valor mais expressivo tendo em vista a população para esta macrorregião ser a menor do estado.

4.2. Cofinanciamento Estadual da APS

Ressalta-se que o estado de Mato Grosso do Sul, desde o ano de 2001 possui incentivo financeiro estadual para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, iniciando com os Agentes Comunitários de Saúde e em 2004, para as Equipes da Saúde da Família, sendo expandido ao longo dos anos para outras estratégias: equipes prisionais, compensação de especificidades rurais, consultório na rua.

Tabela 113 – Total dos Repasses Estaduais para Fortalecimento da Atenção Primária a Saúde, 2014-2018

Ano	Total Anual
2014	31.634.927,00
2015	31.714.876,87
2016	30.578.603,55
2017	36.392.790,12
2018	45.845.824,44
Total	549.326.733,98

Fonte: SES/MS 2018.

Tabela 114 - Repasses Estaduais para Fortalecimento da Atenção Primária a Saúde

Ano	PSF	ACS	CONS.RUA	PENITENCIARIA	CER	NASF	KIT SF
2015	21.091.367,07	6.857.080,00	538.800,00	912.071,46	2.218.428,00		97.130,34
2016	21.430.444,01	5.397.120,00	538.800,00	993.811,54	2.218.428,00		
2017	21.656.056,50	10.948.219,78	538.800,00	1.031.285,84	2.218.428,00		
2018	15.535.896,50	27.350.081,28	359.200,00	797.926,86	1.478.952,00		323.767,80
Total	**352.095.479,08**	**148.571.077,06**	**2.113.350,00**	**8.318.240,94**	**29.989.463,10**	**1.440.000,00**	**6.799.123,80**

Fonte: SES/MS 2018.

4.3. Indicadores da Atenção Primária à Saúde

A seguir apresentamos os indicadores, metas e resultados alcançados para o ano de 2018, por macrorregião de saúde.

Tabela 115 – Indicadores, metas e resultados alcançados, ano de 2018

Indicadores 2018	Estado		Macrorregião de Campo Grande		Macrorregião de Dourados		Macrorregião de Três Lagoas		Macrorregião de Corumbá	
	Meta	Result	Meta	Result	Meta	Result	Meta	Result	Meta	Result
Proporção de MIF	87%	86,23 %	88%	92,02 %	89%	81,25 %	85%	69,15%	70,00 %	93,62 %
Citopatológico	0,60	0,55	0,65	0,51%	0,67	0,68	0,46	0,68	0,38	0,41
Mamografia	0,30	0,18	0,33	0,18	0,25	0,16	0,25	0,18	0,22	0,19
Parto Normal	39,47 %	37,32 %	40,73 %	37,32 %	40,97 %	40,83 %	31,03 %	32,55 %	33,12 %	31,61%

Gravidez na adoles	18,96 %	16,79 %	15,11%	15,77%	17,09 %	18,17%	16,48 %	16,12%	16,99 %	20,46 %
TMI <1 ano	12,70	11,42	11,00	13,29	13,00	16,24	11,20	14,40	18,30	18,38
TM precoce	6,30	6,10	5,44	6,00	6,30	9,70	5,68	9,30	12,11	13,10
TM tardia	1,90	1,60	1,60	2,20	1,30	2,10	2,16	1,60	2,24	1,60
TM pós neo	4,50	3,70	4,00	5,30	5,40	4,40	3,40	3,20	4,00	3,70
Óbitos maternos	28	29	10	17	12	5	3	4	3	3
Cob pop AB	74,16 %	77,12%	65,47 %	73,08 %	83,99 %	81,99 %	82,60 %	77,65 %	92,51 %	87,89 %
Cob PBF	65,19 %	71,55 %	68,69 %	72,20 %	70,66 %	73,92 %	57,71%	69,90 %	61,00 %	64,60 %
Cob pop SB AB	78,00 %	78,05 %	72,44 %	72,56 %	85,97 %	85,87 %	86,99 %	84,54 %	72,02 %	75,68 %

Fonte: SES/MS 2018.

Houve avanços em relação à Atenção Primária à Saúde no Estado do Mato Grosso do Sul, considerando a evolução dos serviços e ações, bem como o cofinanciamento das suas principais estratégias. Os indicadores refletem avanços ao longo do tempo, no entanto há desafios a serem enfrentados, tais como: ampliação do acesso, melhoria da qualidade do serviço prestado, prover a acessibilidade, visando maior efetividade e resolubilidade. Isso pode ser visualizado nos altos índices de gravidez na adolescência (16,79), taxa de mortalidade precoce de (6,10), taxa de mortalidade tardia (1,60), taxa de mortalidade pós neonatais (3,70) e o número crescente da mortalidade materna (29). Algumas iniciativas foram desenvolvidas tais como: o Protocolo Estadual de Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescente, o Plano Estadual de Enfrentamento à Sífilis, o incentivo a Investigação dos óbitos maternos, o fortalecimento dos Comitês Municipais de Prevenção do Óbito Materno e infantil, por meio do Comitê Estadual e Protocolo Estadual de Saúde Reprodutiva.

4.4. Redes de atenção à saúde (RAS)

As Redes de Atenção à Saúde são definidas 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 das 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.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia

ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.

Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

O Plano de Ação Regional (PAR) é modelado para todas as RAS e tem como finalidade descrever os pontos de atenção distribuídos entre seus componentes, por macrorregião, pactuado entre os gestores e instituições.

Redes Temáticas Priorizadas

- Rede Cegonha.
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).
- Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

4.4.1. Rede Cegonha

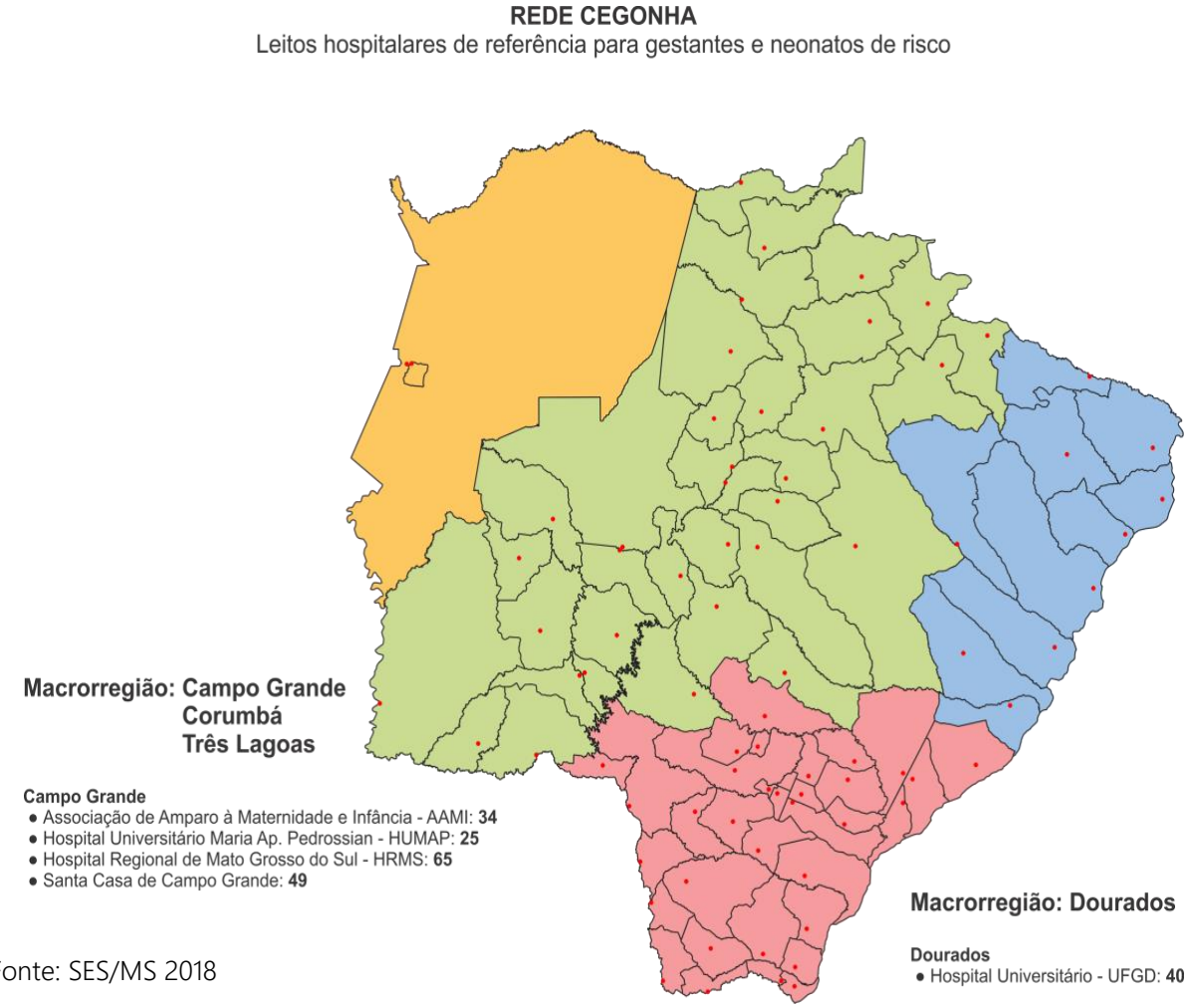
A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que preconiza a organização de uma rede de cuidados materno-infantil, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde através da Portaria n° 1.459 de 24/06/2011. Consiste numa Rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

O Estado de Mato Grosso do Sul, aderiu a Rede de Cegonha, de acordo com as Portarias nº 1.459/2011, 650/2011 e 2.351/2011, sendo que publicado no Diário Oficial do Estado, em 14 de outubro de 2011 a resolução nº 074/SES/MS, com a proposta de desenho

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.

A seguir, os mapas de localização dos leitos hospitalares de referência na rede.

Figura 97 - Leitos hospitalares de referência para gestantes e neonatos de risco

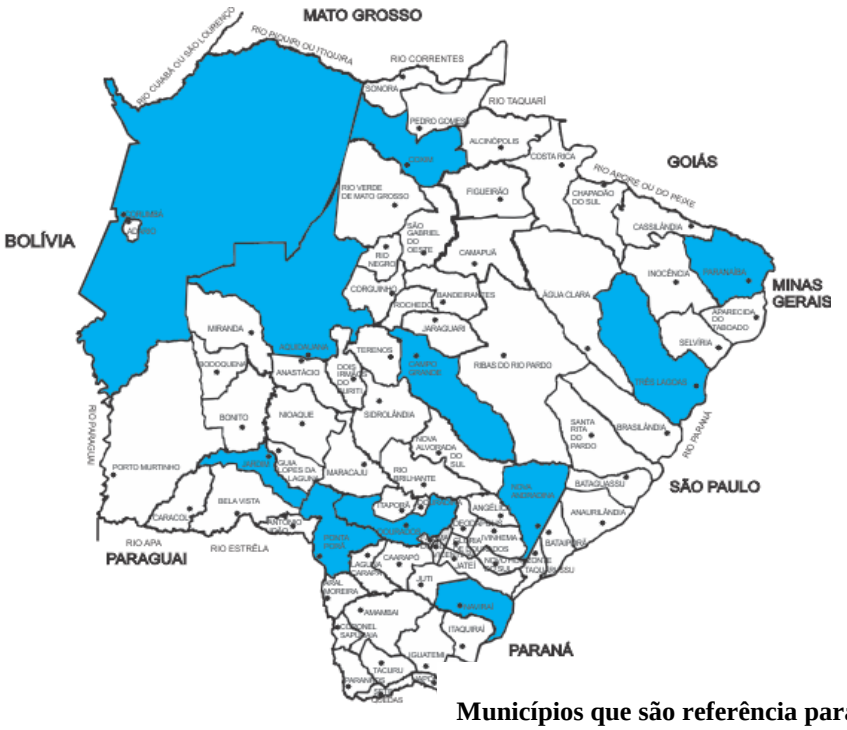


Fonte: SES/MS 2018

Figura 98 - Rede Cegonha - Leitos obstetrícios

Fonte: SES/MS 2018.

Figura 99 - Pontos de Atenção da Rede Cegonha em Mato Grosso Do Sul - Pré-Natal de Alto Risco



Municípios que são referência para o pré-natal de alto risco.

Fonte: SES/MS 2019.

Tabela 116 - Componentes da Rede Cegonha

REDE CEGONHA												
Componentes	**Pré-Natal**		**Parto e Nascimento**									**Puerpério**
Subcomponentes	**Risco Habitual**	**Alto Risco**	**Risco Habitual**				**Alto Risco**					
Subdivisões	**Atenção Primária**		**Leito Obstétrico**		**CGBP**	**CPN**	**Leito GAR**	**Leito de UTI**		**Leitos de Cuidados Intermediários**		
			CIRÚRGICO	**CLÍNICO**				**NEO**	**Adulto**	**UCINCa**	**UCINCo**	
MACRO	**Existente**		**Existente**	**Existente**	**Existente**	**Existente**	**Existente**	**Existente**	**Existente**	**Existente**	**Existente**	**Existente**
Macrorregiões **Campo Grande**	307		132	146	1	26	44	96	13	47	298	
Corumbá	32		16	8							32	
Dourados	200		72	106		15	10	24		15	200	
Três Lagoas	63		29	28				10			63	
Total	**602**		**249**	**288**	**1**	**41**	**54**	**130**	**13**	**62**	**593**	

4.4.2. Rede de Urgência e Emergência – RUE

De acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS n° 3/2017, a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. A RUE foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado.

No intuito de possibilitar a organização e o adequado funcionamento da RUE nessas regiões definidas é determinado um Plano de Ação Regional (PAR). No Mato Grosso do Sul, este é o instrumento formalizado em Diário Oficial que organiza a articulação e integração

de todos os equipamentos de saúde. Objetiva ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

De acordo com o PAR, a RUE de Mato Grosso do Sul é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, em parceria com Corpo de Bombeiros Militar; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; Atenção Domiciliar.

Além desses componentes, a RUE conta com ações de Educação Permanente desenvolvidas em parceria com a Escola de Saúde Pública Dr Jorge David Nasser (ESP) e a Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão" (ETSUS), em que promovem processos educacionais dos recursos humanos envolvidos em todos os componentes da RUE de Mato Grosso do Sul. O intuito dessas ações é promover qualificação, atualização e aperfeiçoamento desses profissionais, tendo como base os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, acolhimento e classificação de risco, legislações vigentes, protocolos e diretrizes clínicas, que servirão como aporte teórico para oferta dos cursos elaborados a partir das necessidades de cada região. No intuito de realizar monitoramento e avaliação da RUE, utiliza-se do Grupo Condutor Estadual das Redes de Atenção à Saúde, Grupo Condutor Estadual de Cuidados Continuados Integrados, Câmara Técnica de Atenção Hospitalar, como espaços de discussão e acompanhamento das ações, bem como se realiza visitas técnicas in loco nos pontos de atenção habilitados, quando necessário. A partir de janeiro de 2016, para somar a esse processo, entrou em vigor a utilização de uma nova

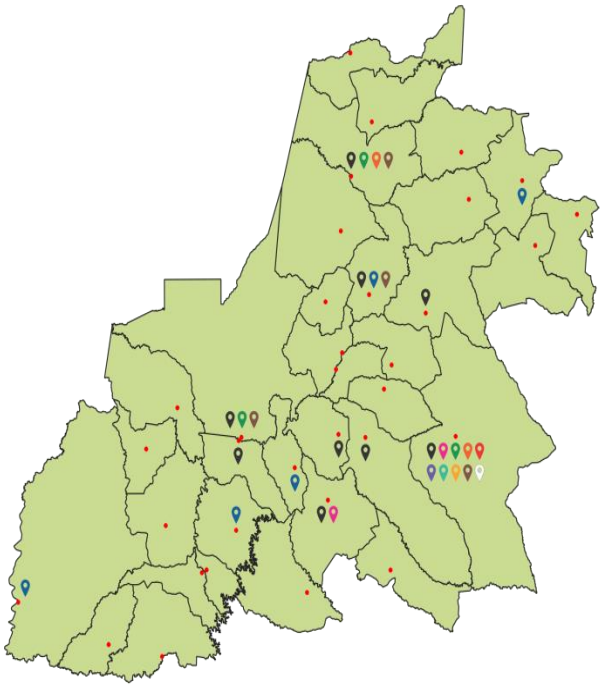
ferramenta de gestão, desenvolvido pelo setor de tecnologia da informação, com direcionamento dos técnicos da Coordenadoria de Atenção Especializada (CAE) da SES: o e-RUE, um sistema de monitoramento dos indicadores para todos os componentes da RUE. Sendo assim, a RUE tem como diretrizes: o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade da atenção no funcionamento de seus fluxos assistências. A RUE em Mato Grosso do Sul avançou significativamente com relação à sua expansão, por meio da implantação de novos serviços. Entretanto, ainda é necessário progredir no sentido de concluir os processos de habilitação com incentivo de custeio para os serviços já em funcionamento, bem como promover a ampliação da oferta de serviços e de novas habilitações previstas no PAR.

Tabela 117 - Componentes da RUE

Fonte: SES/ MS 2019

Figura 100 - Pontos de Atenção da RUE por macrorregião de saúde

Componentes			Macrorregião				MS
			Campo Grande	Corumbá	Dourados	Três Lagoas	Total
PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL	SAMU	CRU	1	0	1	1	3
		USA	3	1	1	1	6
		USB	17	2	5	2	26
		MOTOLÂNCIA	0	0	1	0	1
PRÉ-HOSPITALAR FIXO	UPA	PORTE I	1	1	0	0	2
		PORTE II	3	0	0	1	4
		PORTE III	3	0	1	0	4
	SALA DE ESTABILIZAÇÃO		5	0	0	0	5
HOSPITALAR	LEITOS	PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR - RUE (GERAL, TIPO I, TIPO II)	5	1	4	2	12
		RETAGUARDA CLÍNICA	148	20	79	20	267
		UTI PEDIÁTRICO Tipo II	8	0	10	0	18
		UTI PEDIÁTRICO Tipo III	10	0	0	0	10
		UTI ADULTO Tipo II	26	3	34	8	71
		UTI ADULTO Tipo III	57	0	0	0	57
		UCO	10	0	0	0	10
		UCP	90	0	0	0	90
		UAVC INTEGRAL	0	0	0	0	0
ATENÇÃO DOMICILIAR	EMAD I		4	1	0	0	5
	EMAD II		2	0	0	0	2
	EMAP		4	1	0	0	5

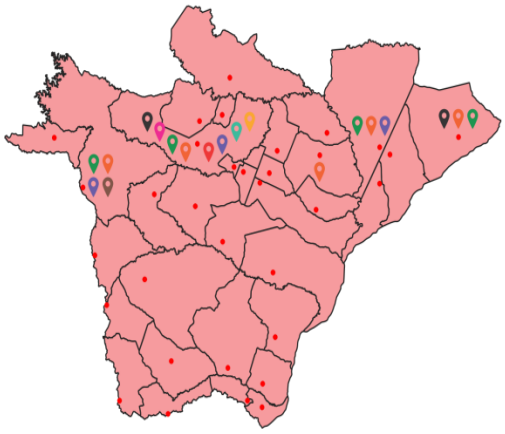


PONTOS DE ATENÇÃO DA RUE
Macrorregião: Campo Grande

- **Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde:** todos os municípios
- **Atenção Básica em Saúde:** todos os municípios
- **SAMU 192 e Centrais:** Aquidauana/Anastácio, Campo Grande, Coxim, Ribas do Rio Pardo, Sidrolândia, Terenos, São Gabriel do Oeste e Camapuã
- **Serviços Especializados:** Costa Rica, Dois Irmãos do Buriti, Nioaque, Porto Murtinho e São Gabriel do Oeste
- **UPA 24h:** Campo Grande e Sidrolândia
- **Porta hospitalar de urgência:** ABCG - Santa Casa, HU/UFMS, HRMS, HR de Coxim e HR de Aquidauana
- **Enfermarias clínicas de retaguarda:** ABCG – Santa Casa, HU/UFMS, HRMS, HR de Coxim
- **UCP:** ABCG - Santa Casa e Hospital São Julião
- **Leitos de UTI:** ABCG - Santa Casa, HU/UFMS, HRMS e HR de Aquidauana
- **Linha AVC:** ABCG - Santa Casa e HRMS
- **Linha IAM:** Santa Casa e HRMS
- **Atenção Domiciliar:** Aquidauana, Campo Grande, Coxim e São Gabriel do Oeste
- **Centro de Trauma:** ABCG - Santa Casa.

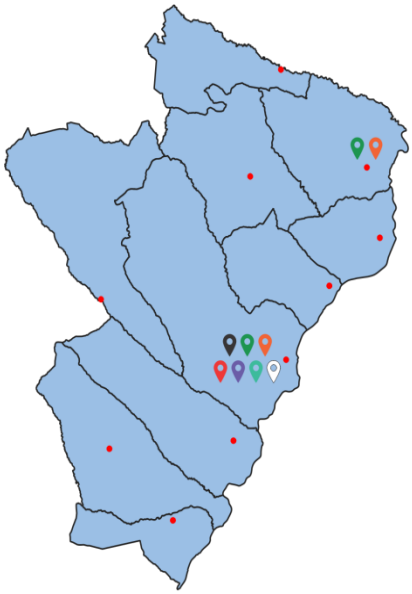
PONTOS DE ATENÇÃO DA RUE
Macrorregião: Corumbá

- **Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde:** todos os municípios
- **Atenção Básica em Saúde:** todos os municípios
- **SAMU 192:** Corumbá/Ladário
- **UPA 24h:** Corumbá
- **Porta hospitalar de urgência:** Pronto Socorro de Corumbá
- **Enfermarias clínicas de retaguarda:** Santa Casa de Corumbá
- **Leitos de UTI:** Santa Casa de Corumbá
- **Componente Atenção Domiciliar:** Corumbá



PONTOS DE ATENÇÃO DA RUE
Macrorregião: Dourados

- **Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde:** todos os municípios
- **Atenção Básica em Saúde:** todos os municípios
- **SAMU 192 e Centrais:** Dourados, Naviraí, Nova Andradina, e Ponta Porã
- **UPA 24h:** Dourados
- **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
- **Atenção Domiciliar:** Ponta Porã



PONTOS DE ATENÇÃO DA RUE
Macrorregião: Três Lagoas

- **Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde:** todos os municípios
- **Atenção Básica em Saúde:** todos os municípios
- **SAMU 192 e Centrais:** Três Lagoas
- **Porta hospitalar de urgência:** HNSA, Santa de Paranaíba
- **Enfermarias clínicas de retaguarda:** HNSA, Santa Casa de Paranaíba
- **UCP:** HNSA
- **Leitos de UTI:** HNSA
- **Linha AVC:** HNSA
- **Centro de Trauma:** HNSA

Fonte: SES/MS 2019.

4.4.3. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, garante livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade.

Este modelo conta com uma rede de atenção psicossocial para garantir o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A Política Estadual de Saúde Mental no estado de Mato Grosso do Sul segue os princípios e diretrizes do SUS: universalização do acesso, integralidade da atenção, eqüidade, participação e controle social, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços; respeitando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira de inclusão social e da busca de compreensão da sociedade para conviver com a diferença, de modo a garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e priorizar a construção de uma rede de atenção integral em saúde mental.

O Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial está organizado em conformidade com as onze microrregiões de saúde do Estado e as ações de saúde mental são estruturadas a partir da realidade local, respeitando o processo de pactuação e regionalização estabelecidos em todas as quatro Regiões de Saúde. A tabela 47 apresenta os componentes desta rede no estado por macrorregião de saúde.

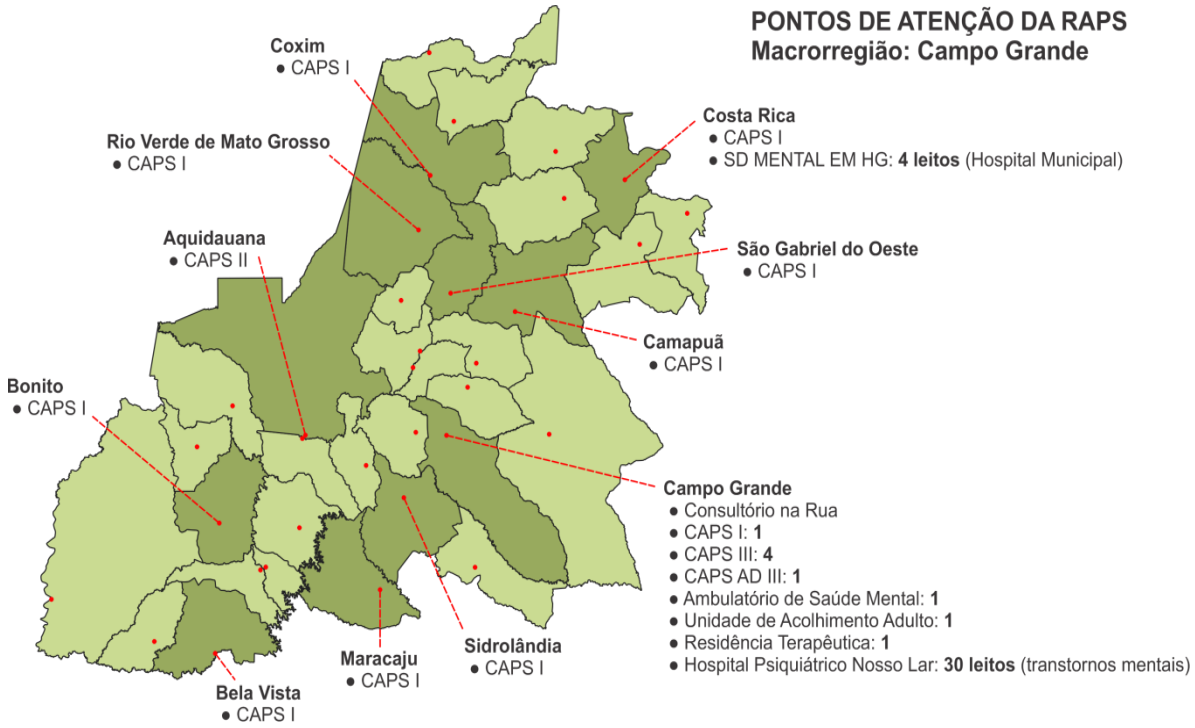
Tabela 118 - Rede de Atenção Psicossocial no estado de Mato Grosso do Sul, 2019

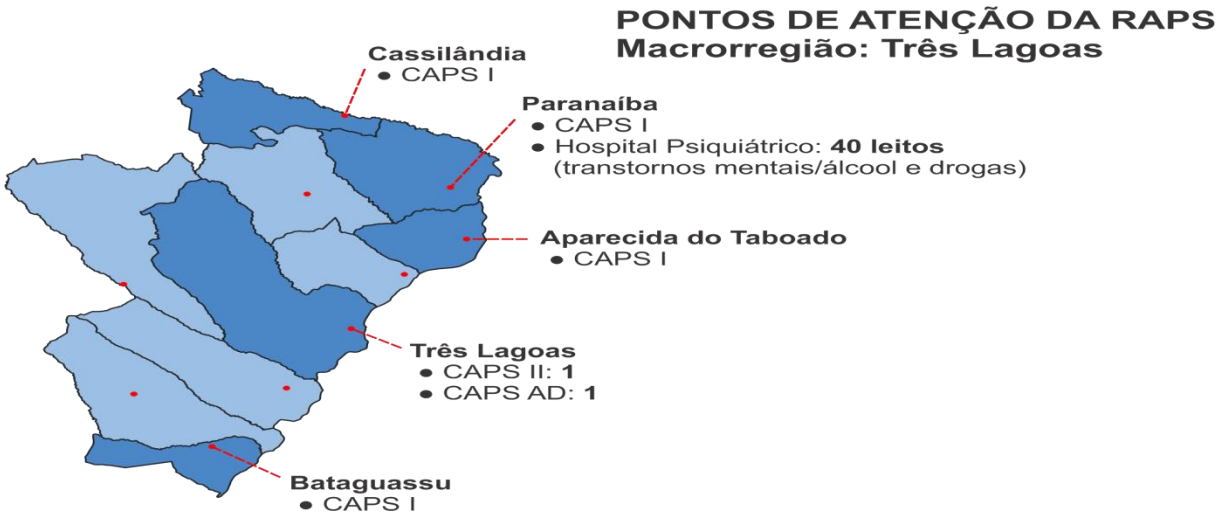
Macrorregião de Saúde	CAPS						Consultório na Rua	Ambulatório de Saúde Mental	Unidade de Acolhimento Adulto	Residência Terapêutica	Leitos de Saúde Mental		Leitos Álcool e outras Drogas
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III					Habilitado	Sem Habilitação	
Campo Grande	9	1	4	1		1	1	1	1	1	34		12
Corumbá		1		1	1		1			1		6	
Dourados	3	2			2		1				9		
Três Lagoas	4	1			1						40		
Total	16	5	4	2	4	1	3	1	1	2	83	6	12

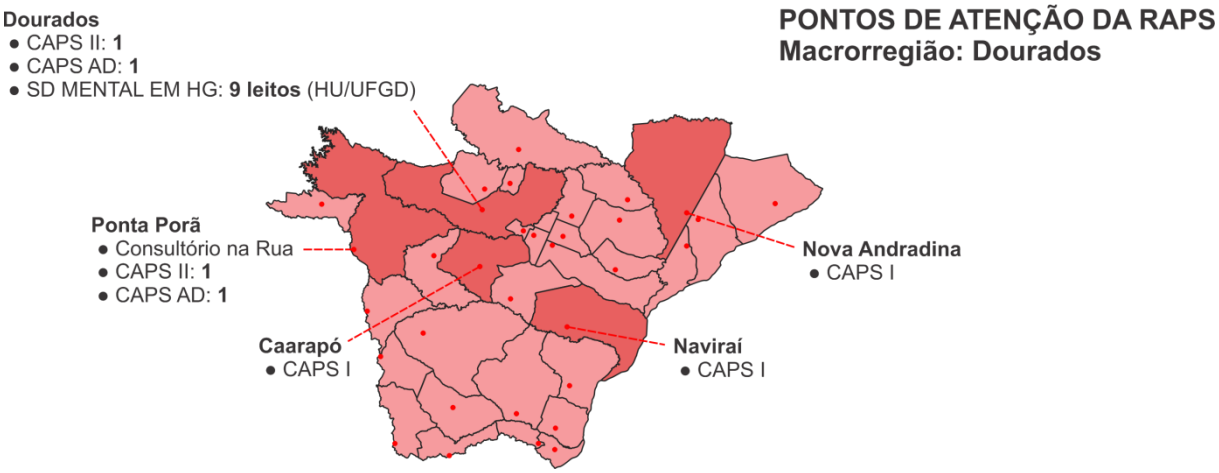
Fonte: SES/ MS 2019

A seguir os mapas com a localização dos pontos de atenção por macrorregião de saúde:

Figura 101 - Pontos de Atenção da RAPS na Macrorregião de Saúde







4.4.4. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência – RAPD

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência foi criada mediante a Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002 e para a implantação das unidades de reabilitação foram estabelecidas diversas normas. A rede tem como objetivos gerais a ampliação do acesso com o acolhimento e a classificação de risco e a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomias e múltiplas deficiências, temporária e permanente, progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua com foco na organização de rede e na atenção integral á saúde.

Em Mato Grosso do Sul, a RAPD foi instituída por meio do PAR aprovado pela Resolução N. 019/CIB/SES/MS, de 29/04/2014 e está organizado em conformidade com as

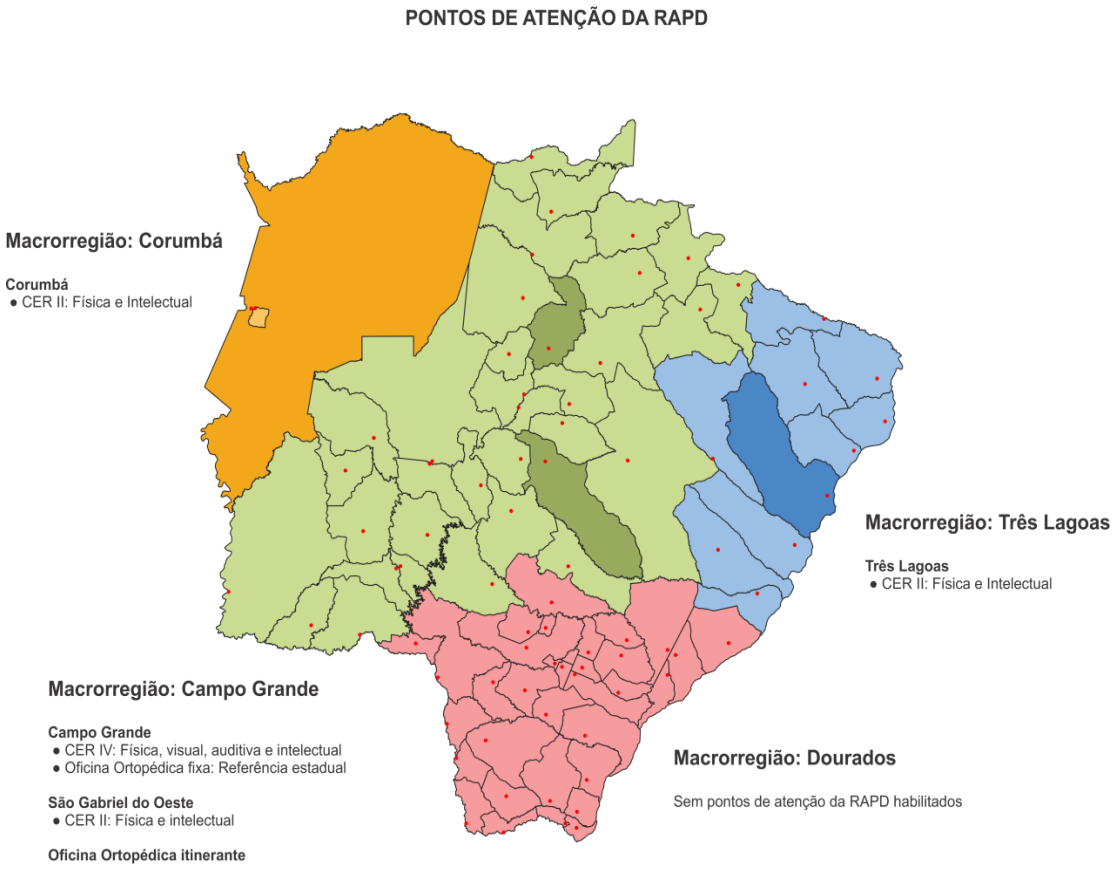
Regiões de Saúde do Estado e as ações da rede são estruturadas a partir da realidade local, respeitando o processo de pactuação e regionalização estabelecidos entre as Macrorregiões.

Tabela 119 - Componentes especializados da Rede de Atenção à Pessoa om deficiência

Fonte: SES/MS 2019

COMPONENTES ESPECIALIZADOS DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA																	
	NASF			CER	CER II						CER III				CER IV	OFICINA Ortopédica	
Macrorregião de Saúde	NASF I	NASF II	NASF III	Centro Especializado em Reabilitação (CER)	Auditiva e Físico	Auditiva e intelectual	Auditiva e Visual	Física e Intelectual	Física e Visual	Intelectual e Visual	Auditiva Física e Intelectual	Auditiva Física Intelectual	Auditiva Intelectual Visual	Física Intelectual Visual	Auditiva Física Intelectual Visual	Oficina Ortopédica Fixa	Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre
Campo Grande	23	7	5					1							1	1	1
Corumbá	3							1									
Dourados	8	9	8														
Três Lagoas	6	4	1					1									

Figura 102 – Pontos de Atenção da RADP



Fonte: SES/MS 2019

4.4.5.Rede de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração.

Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades.

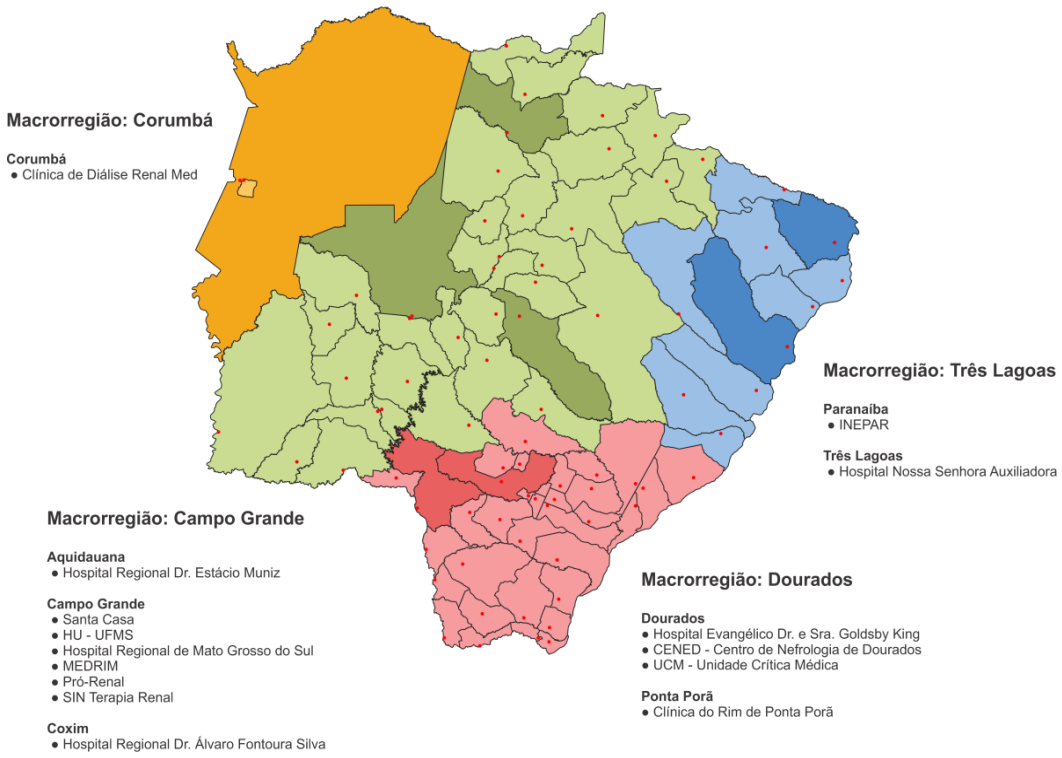
Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

Cabe ressaltar que as doenças crônicas representam um grande problema de saúde e de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes.

Nessa lógica, foi instituída a Portaria GM/MS n. 483, de 1° de abril de 2014, a qual redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (A primeira Portaria foi instituída em fevereiro de 2013).

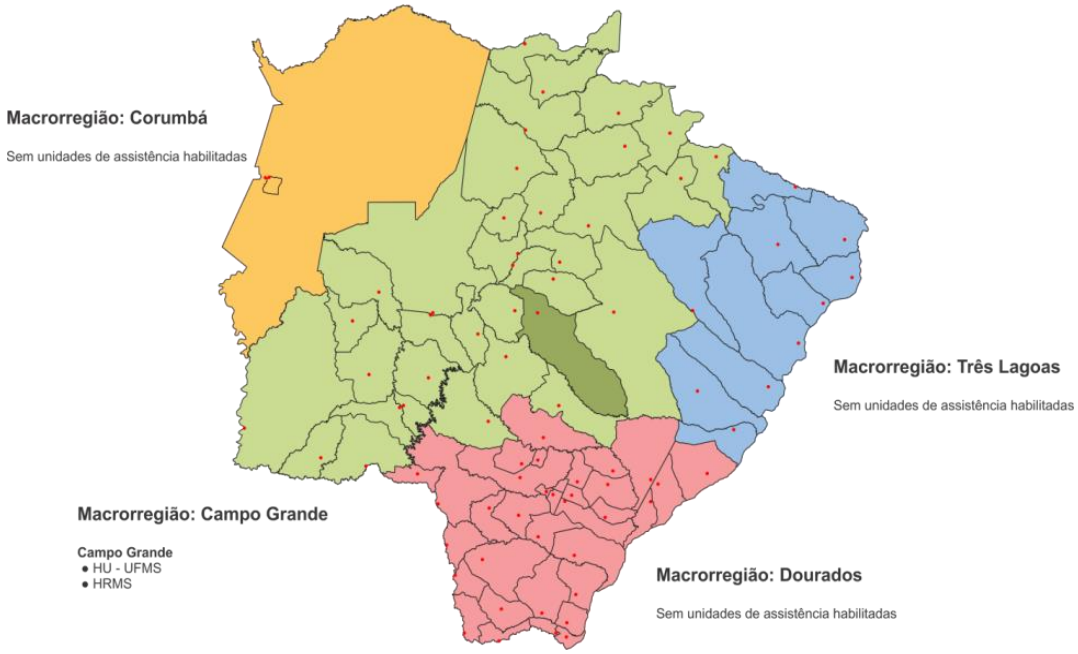
No estado do Mato Grosso do Sul, a implantação desta Rede se deu por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude: Linha de Cuidado em Oncologia, Linha de Cuidado em Nefrologia (processo atualização) e Linha de Cuidado em Obesidade. A seguir mapas com a localização das unidades habilitadas por especialidade.

Figura 103 - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia



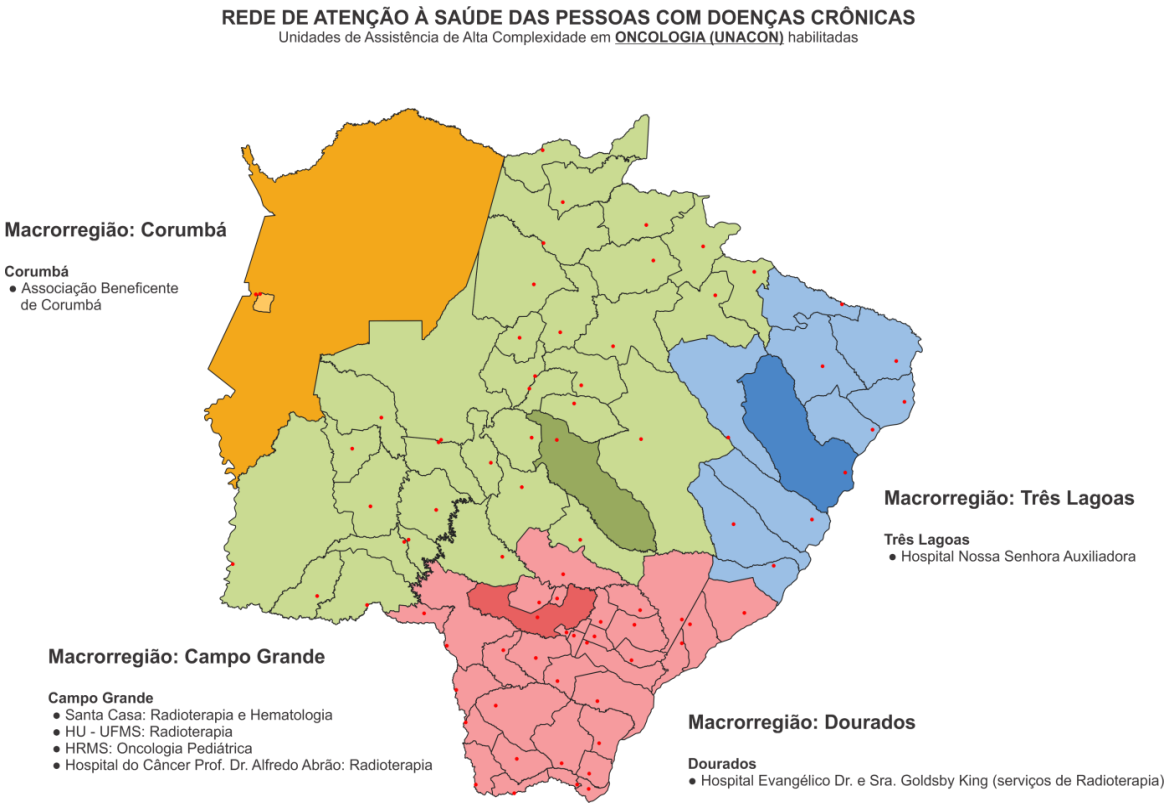
Fonte: SES/MS 2019.

Figura 104 - Unidades de Assistência de Alta Complexidade – Portador de Obesidade Grave



Fonte: SES/MS 2019.

Figura 105 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia habilitadas



Fonte: SES/MS 2019.

4.4.6.Grupo condutor das redes de atenção à saúde

A Secretaria de Estado de Saúde institui o Grupo Condutor Estadual das Redes de Atenção à Saúde (GCE-RAS), através da Resolução nº 020 CIB/SES/MS de 03/07/2017. A resolução é voltada a implantação das Redes, além do fortalecimento de ações nas seguintes áreas: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O Grupo Condutor tem como premissa, o fortalecimento do componente da Vigilância em Saúde, Política de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde, além de monitorar e avaliar o processo de implantação da Rede de Atenção à Saúde.

4.5. Atenção Especializada

4.5.1. Atenção Especializada Ambulatorial

A atenção especializada ambulatorial (AEA) oferece tecnologias que permitem apoio à atenção primária à saúde (APS) na elucidação diagnóstica, definição de condutas e manutenção dos tratamentos. Preconiza-se que a prática da APS seja feita baseada em evidências e respeitando os protocolos de regulação de acesso vigentes. O acesso do usuário aos serviços de atenção especializada ambulatorial inicia-se na APS com a inserção da solicitação no sistema de regulação local. No Mato Grosso do Sul, a AEA é composta por ambulatórios de especialidades médicas que estão distribuídas por todo estado, contemplando 37 unidades de atendimento disponíveis ao SUS.

4.5.2. Atenção Especializada Hospitalar

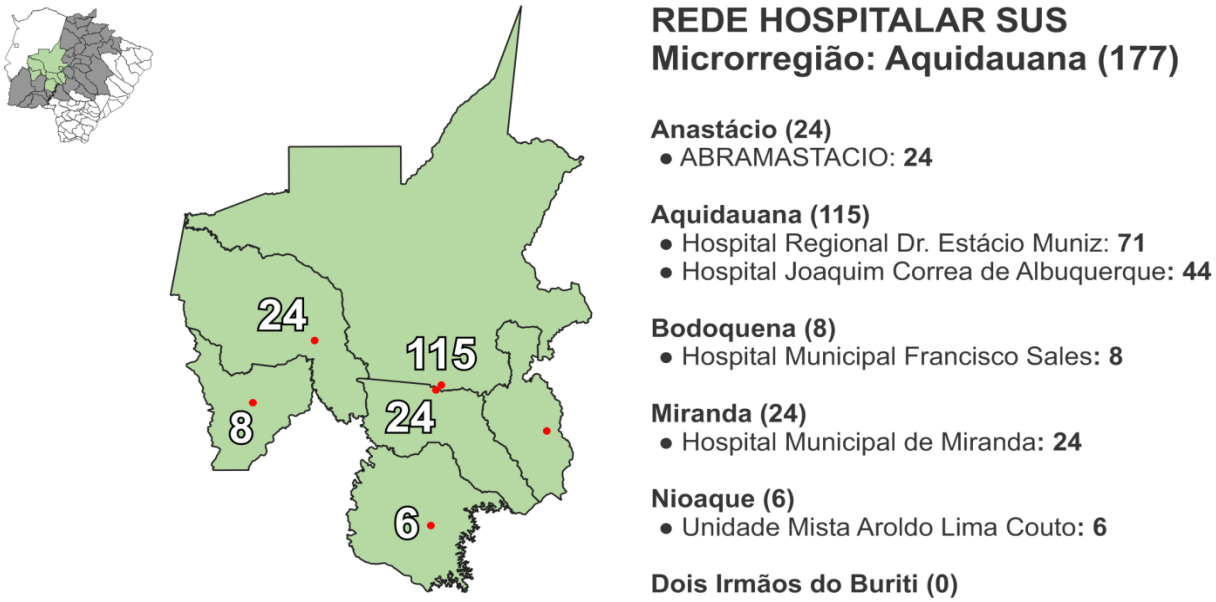
A atenção especializada hospitalar (AEH) é caracterizada por um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção primária e atenção especializada ambulatorial). As principais áreas que compõem a alta complexidade são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular/ vascular; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otológica; procedimentos em fissuras lábio palatais; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica), entre outros. Atualmente o Estado conta com 84 unidades hospitalares que atendem ao SUS, destes 13 hospitais possuem mais de 80 leitos, os demais em sua maioria, são considerados hospitais de pequeno porte.

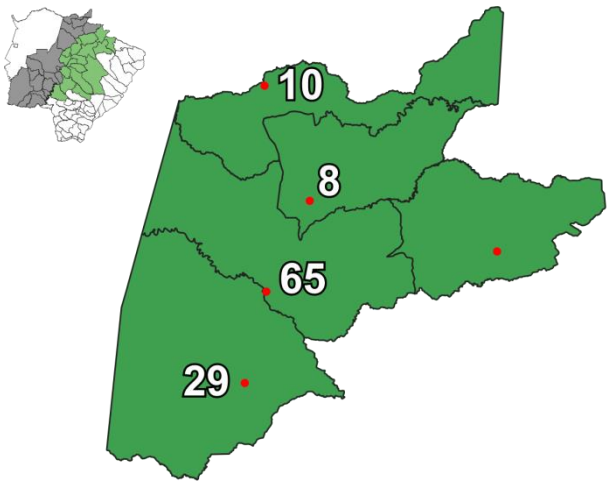
Vale ressalta que o gestor municipal do SUS, ciente da real necessidade do serviço de alta complexidade em seu território, deverá consultar as normas vigentes e definir a possibilidade de credenciamento, levando em conta a população a ser atendida, a demanda reprimida, os mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra referência e a capacidade técnica e operacional dos serviços a serem implantados.

A seguir detalhamento da a distribuição da rede hospitalar no estado de Mato Grosso do Sul, apresentada por mapas.

Destaca-se que essa organização tem como foca o fortalecimento da capacidade instalada das regiões de saúde.

Figura 106 - Distribuição da Rede Hospitalar no Estado de Mato Grosso do Sul





REDE HOSPITALAR SUS
Microrregião: Coxim (112)

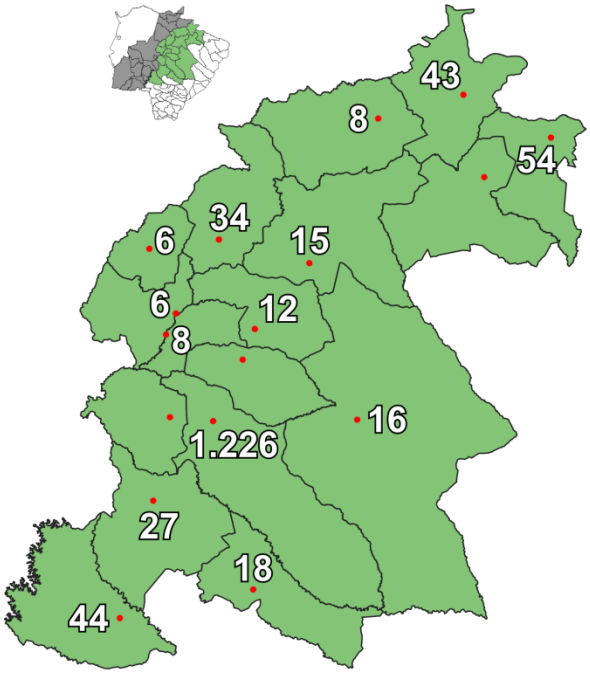
Coxim (65)
- Hospital Regional Dr. Álvaro Fontoura Silva: **65**

Pedro Gomes (8)
- Hospital Municipal de Pedro Gomes: **8**

Rio Verde de Mato Grosso (29)
- Hospital Geral Paulino Alves da Cunha: **29**

Sonora (10)
- Hospital Rachid Saldanha Derzi: **10**

Alcinópolis (0)



Figueirão (8)
- Hospital Municipal Dr. Naldo Luza N. Guimarães: **8**

Maracaju (44)
- Hospital Soriano Corrêa da Silva: **44**

Nova Alvorada do Sul (18)
- Hospital Municipal Francisco Ortega: **18**

Ribas do Rio Pardo (16)
- Hospital 19 de Março: **16**

REDE HOSPITALAR SUS
Microrregião: Campo Grande (1.517)

Bandeirantes (12)
- Unidade Mista João Carneiro Mendonça: **12**

Camapuã (15)
- Sociedade de Proteção à Maternidade e Infância: **15**

Campo Grande (1.226)
- AAMI: **199**
- Hospital Regional de MS: **270**
- Hospital São Julião: **105**
- HU Maria Aparecida Pedrossian: **185**
- Santa Casa: **419**
- Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abrão: **48**

Chapadão do Sul (54)
- Hospital Municipal de Chapadão: **54**

Corguinho (6)
- Unidade Mista de Corguinho: **6**

Costa Rica (43)
- Fundação Hospitalar de Costa Rica: **43**

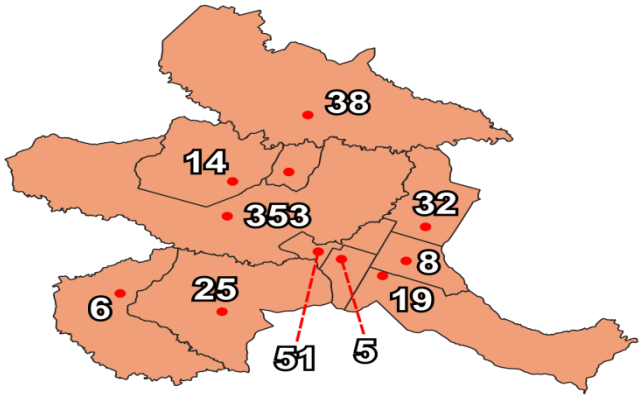
Rio Negro (6)
- Hospital e Mat. Idimaqui Paes Ferreira: **6**

Rochedo (8)
- Unidade Mista de Saúde Senhor Bom Jesus da Lapa: **8**

São Gabriel do Oeste (34)
- Hospital Municipal José Valdir A. de Oliveira: **34**

Sidrolândia (27)
- Sociedade Beneficiente Dona Elmíria Silvério Barboza: **27**

Figueirão e **Terenos (0)**



REDE HOSPITALAR SUS
Microrregião: Dourados (551)

Caarapó (25)
- Hospital São Mateus: **25**

Deodápolis (32)
- Hospital Municipal Cristo Rei: **32**

Dourados (353)
- Hospital da Vida: **92**
- HU UFGD: **137**
- Missão Caiuá: **74**
- Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldbys King: **50**

Fátima do Sul (51)
- Hospital da SIAS: **51**

Glória de Dourados (8)
- Hospital e Mat. Nossa Sra. da Glória: **8**

Itaporã (14)
- Hospital Municipal Lourival N. da Silva: **14**

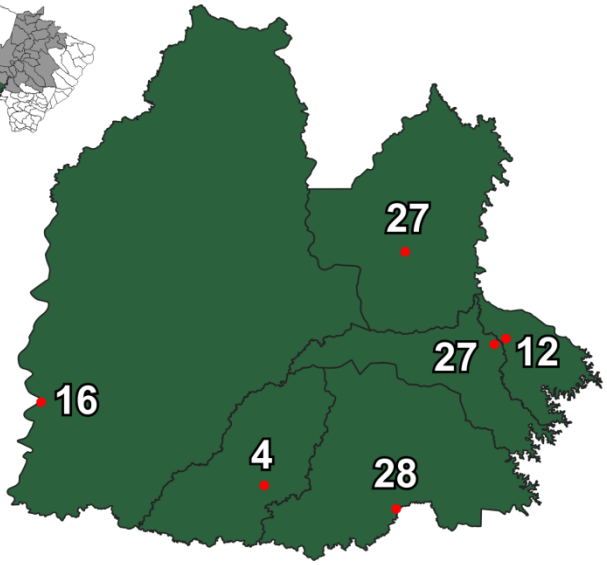
Jateí (19)
- Hospital Santa Catarina: **19**

Laguna Carapã (6)
- Hospital Municipal de Laguna Carapã: **6**

Rio Brilhante (38)
- Hopstial e Mat. de Rio Brilhante: **38**

Vicentina (5)
- Hospital Municipal Maria dos Santos: **5**

Douradina (0)



REDE HOSPITALAR SUS
Microrregião: Jardim (114)

Bela Vista (28)
- Hospital São Vicente de Paula: **28**

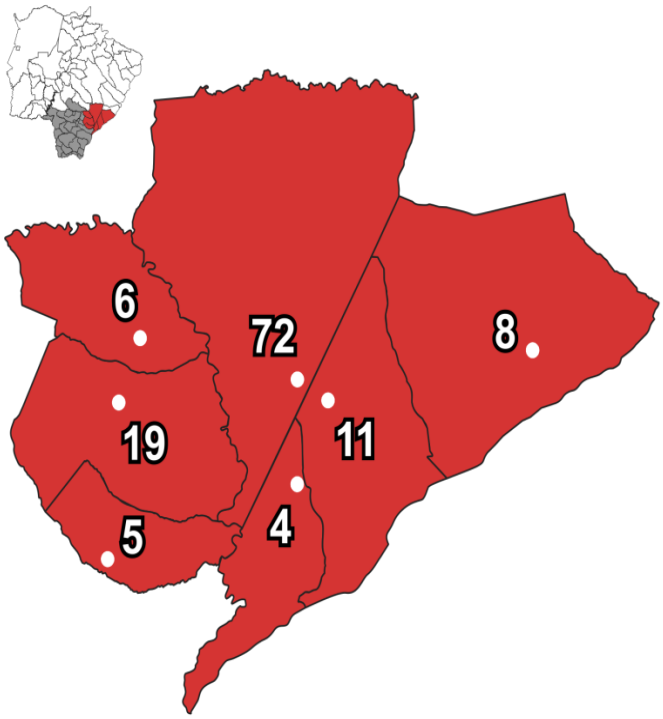
Bonito (27)
- Hospital João Bigaton: **27**

Caracol (4)
- Hospital Beneficente Rita Antônia Maciel Godoy: **4**

Guia Lopes da Laguna (12)
- Hospital Edelmira Nunes de Oliveira: **12**

Jardim (27)
- Hospital Marechal Rondon: **27**

Porto Murtinho (16)
- Hospital Municipal Oscar Ramires Pereira: **16**



REDE HOSPITALAR SUS
Microrregião: Nova Andradina (135)

Anaurilândia (8)
- Hospital Sagrado Coração de Jesus: **8**

Angélica (6)
- ABA: **6**

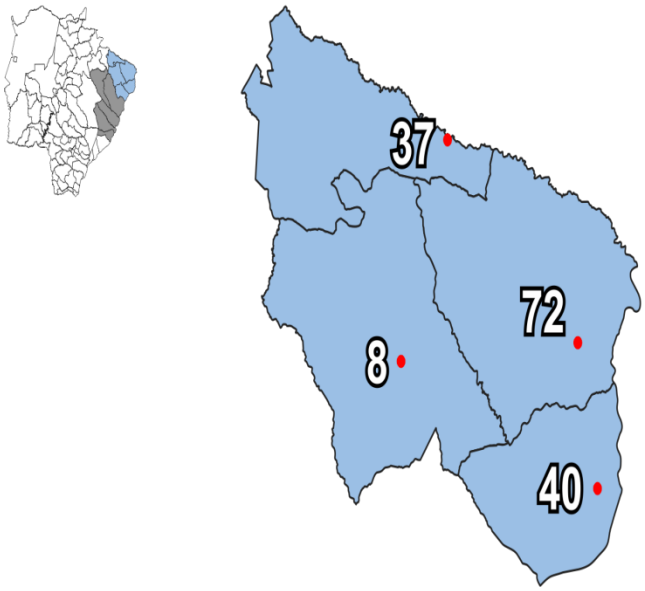
Batayporã (11)
- Hospital São Lucas: **11**

Ivinhema (19)
- Hospital Municipal de Ivinhema: **19**

Nova Andradina (72)
- Hospital Regional: **72**

Novo Horizonte do Sul (5)
- Hospital e Mat. Novo Horizonte: **5**

Taquarussu (4)
- Unidade Mista Sagrado Coração de Jesus: **4**



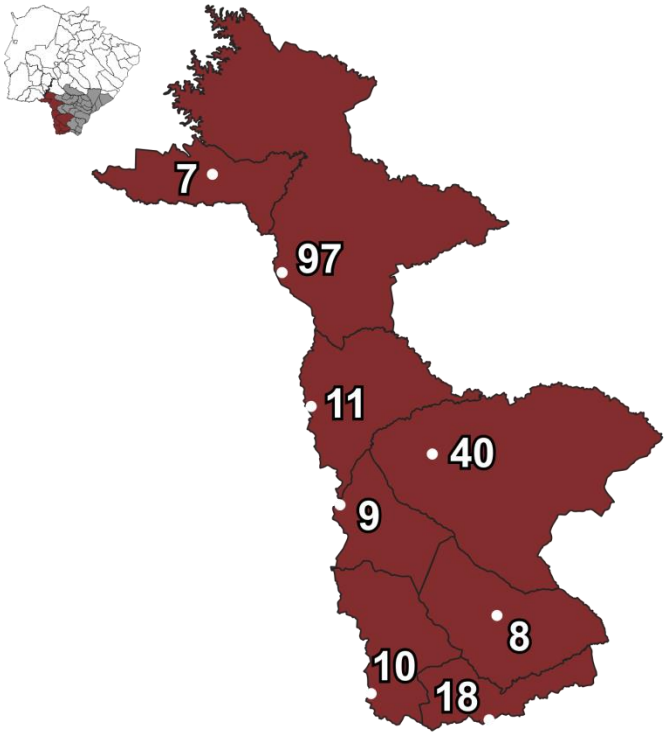
REDE HOSPITALAR SUS
Microrregião: Paranaíba (157)

Aparecida do Taboado (40)
- Hospital Municipal e Mat. Nossa Sra. Aparecida: **40**

Cassilândia (37)
- Santa Casa de Cassilândia: **37**

Inocência (8)
- Hospital e Mat. De Inocência: **8**

Paranaíba (72)
- Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba: **72**



REDE HOSPITALAR SUS
Microrregião: Ponta Porã (200)

Amambai (40)
- Hospital Regional Amambai: **40**

Antônio João (7)
- Hospital Municipal de Antonio João**: 7**

Aral Moreira (11)
- Hospital e Mat. St. Luzia: **11**

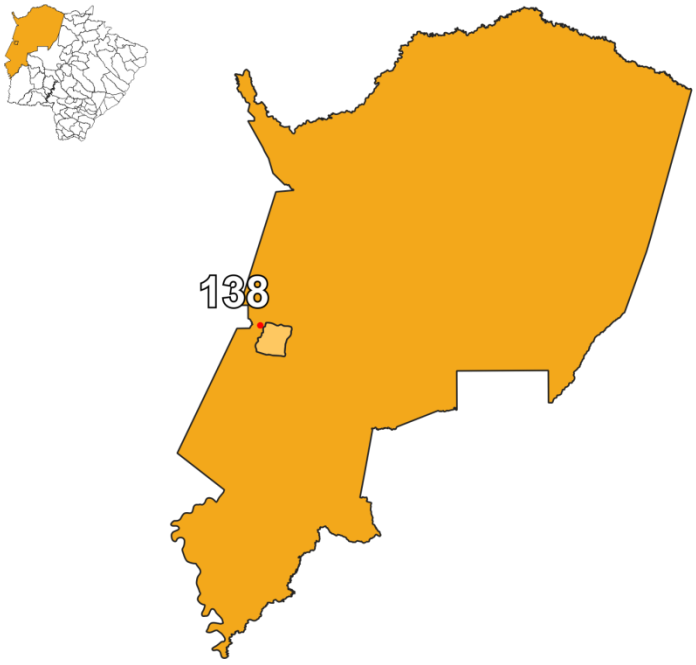
Coronel Sapucaia (9)
- Hospital Municipal de Coronel Sapucaia: **9**

Paranhos (10)
- Hospital e Mat. Nossa Sra. da Conceição: **10**

Ponta Porã (97)
- Hospital Regional Dr. José de Simone Netto: **97**

Sete Quedas (18)
- Hospital Municipal de Sete Quedas: **18**

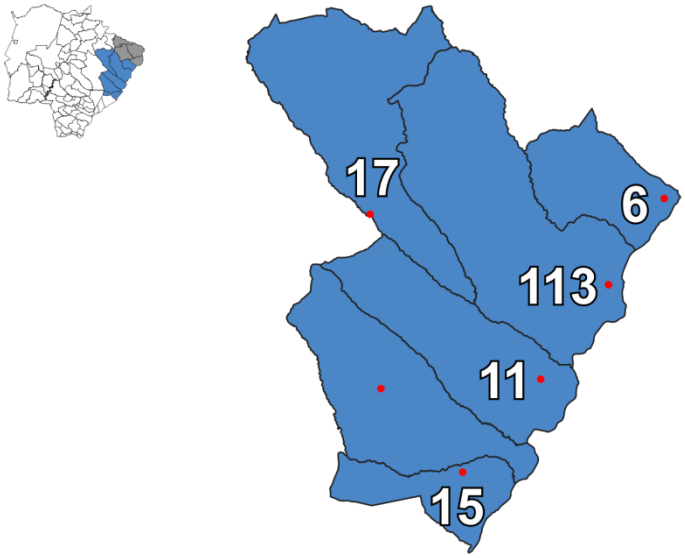
Tacuru (8)
- Hospital Municipal São Sebastião: **8**



REDE HOSPITALAR SUS
Microrregião: Corumbá (138)

Corumbá (138)
- Santa Casa de Corumbá: **138**

Ladário (0)



REDE HOSPITALAR SUS
Microrregião: Três Lagoas (162)

Água Clara (17)
- Hospital Municipal Nossa Sra. Aparecida: **17**

Bataguassu (15)
- Santa Casa de Bataguassu**: 15**

Brasilândia (11)
- Hospital Julio Maia: **11**

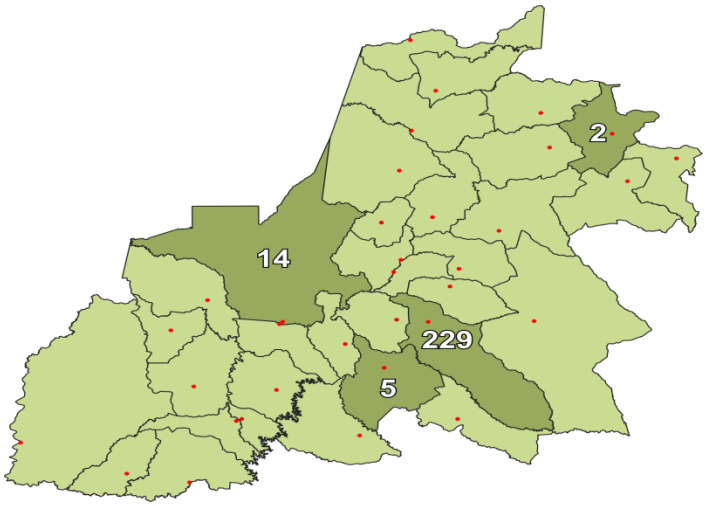
Selvíria (6)
- Hospital Municipal Santa Rita de Cássia: **6**

Três Lagoas (113)
- Hosital Nossa Sra. Auxiliadora: **113**

Santa Rita do Pardo

Fonte: SES/MS 2018

Figura 107 - Distribuição dos leitos no estado de Mato Grosso do Sul



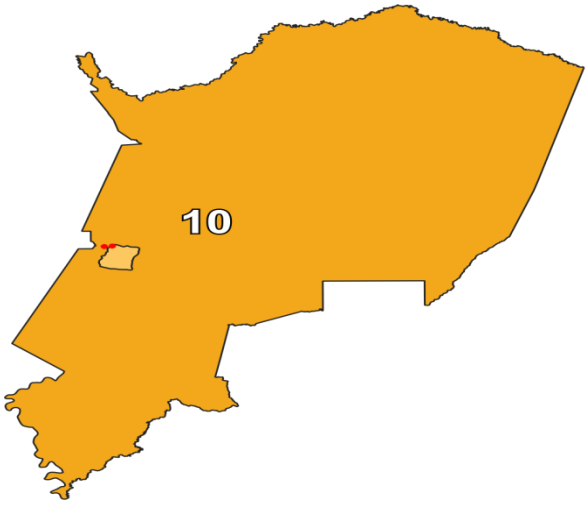
LEITOS UTI
Macrorregião: Campo Grande (250)

Aquidauana (14)
- Hospital da Cidade: **14**

Campo Grande (229)
- Ebserh Hosp Univ Maria Aparecida Pedrossian: **33**
- Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abrão: **4**
- Hospital Regional de Mato Grosso do Sul: **82**
- Santa Casa: **86**
- Associacao de Amparo à Maternidade e a Infancia AAMI: **24**

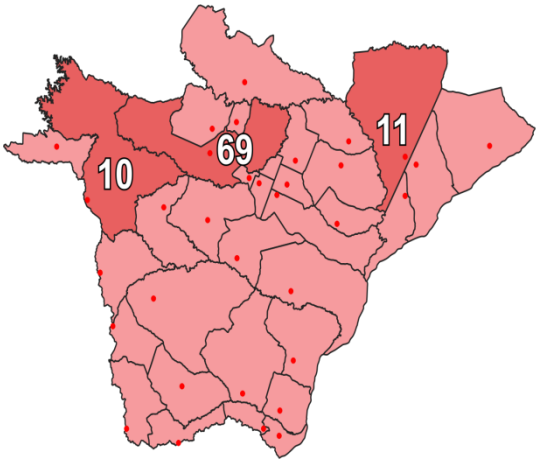
Costa Rica (2)
- Fundacao Hospitalar de Costa Rica: **2**

Sidrolândia (5)
- Sociedade Beneficente Dona Elmíria Silvério Barbosa: **5**



LEITOS UTI
Macrorregião: Corumbá (10)

Corumbá (10)
- Santa Casa de Corumbá: **10**

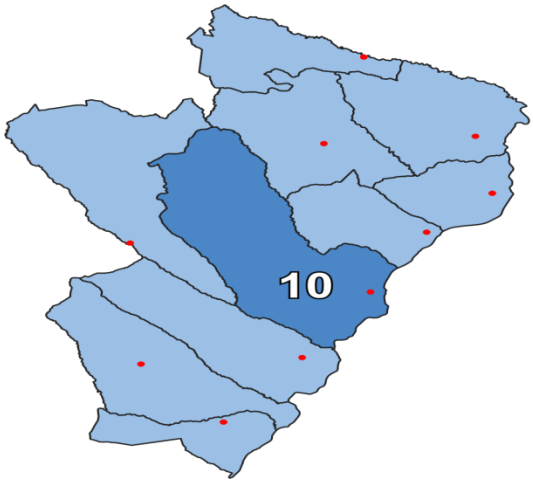


LEITOS UTI
Macrorregião: Dourados (90)

Dourados (69)
- Hospital Universitário - UFGD: **49**
- Hospital da Vida: **10**
- Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King: **10**

Nova Andradina (11)
- Hospital Regional de Nova Andradina: 11

Ponta Porã (10)
- Hospital Regional de Ponta Porã: **10**



LEITOS UTI
Macrorregião: Três Lagoas (10)

Três Lagoas (10)
- Hospital Nossa Senhora Auxiliadora: **10**

4.6. 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 de Mato Grosso do Sul a operacionalização da

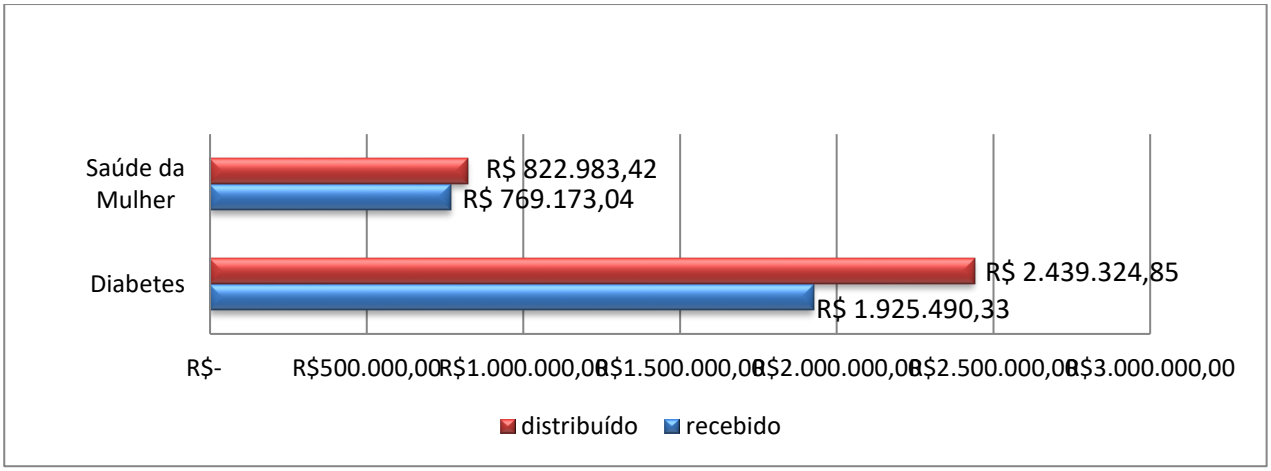
assistência farmacêutica está distribuída entre a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica e Estratégica e Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada.

4.6.1. Componente Básico de Assistência Farmacêutica (CBAF)

A Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica e Estratégica (CAFBE) realiza o gerenciamento estadual do CBAF, por meio do repasse financeiro correspondente à parcela tripartite estadual para aquisição de medicamentos e insumos do CBAF da RENAME aos 79 Municípios do Estado, além de realizar o monitoramento (aquisição e aplicação) dos recursos pelos Municípios. As insulinas do Programa Diabetes e medicamentos e insumos anticoncepcionais do Programa Saúde da Mulher, pertencem ao CBAF da RENAME.

Entretanto, a modalidade de aquisição é exceção aos demais medicamentos básicos, não sendo adquiridos pelos Municípios mediante repasse tripartite, mas sim, por meio de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, cabendo à Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica e Estratégica a programação, recebimento, armazenamento e distribuição aos Núcleos Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, conforme consta no Gráfico X.

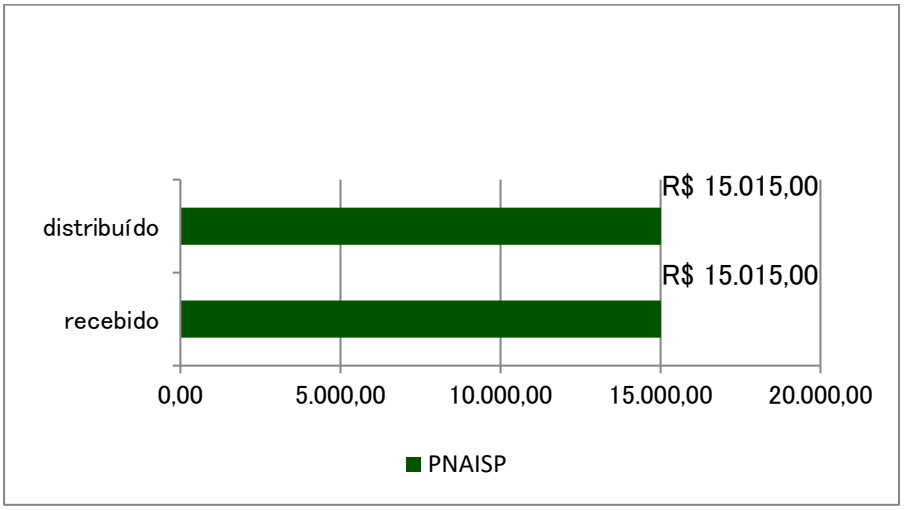
Figura 108 - Valor dos medicamentos recebidos e distribuídos pela SES, dos Programas Diabetes e Saúde da Mulher, em 2018



Fonte: DATASUS/MS/Sistema Hórus.

Ainda no CBAF, esta Coordenadoria executa o recurso financeiro da Assistência Farmacêutica Básica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), adquirindo e distribuindo medicamentos básicos aos Municípios com população privada de liberdade e que não recebem o recurso direto do Fundo Nacional de Saúde, por não terem aderido à PNAISP, conforme gráfico abaixo.

Figura 109 - Valor dos medicamentos adquiridos e distribuídos pela SES, para a PNAISP, em 2018



Fonte: DATASUS/MS/Sistema Hórus

4.6.2. Componente estratégico de assistência farmacêutica (CESAF)

A Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica e Estratégica realiza o gerenciamento do CESAF da RENAME (de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde), mediante programação, recebimento, armazenamento e distribuição aos Núcleos Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde dos medicamentos que são os utilizados nos Programas de Saúde Tuberculose, Hanseníase, IST/AIDS, Influenza, Tabagismo, Alimentação e Nutrição, Leishmaniose, Toxoplasmose, Brucelose, Febre Maculosa, Cólera, Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório, Malária, Chagas, etc.

Abaixo, tabela 120, seguem os valores dos medicamentos recebidos e distribuídos pela SES, por Programa de Saúde do CESAF, no ano de 2018.

Tabela 120 - Valor dos medicamentos recebidos e distribuídos pela SES, por Programa de Saúde do CESAF, em 2018

Programa da Saúde	Valor recebido	Valor distribuído
Aids	R$ 16.158.314,65	R$ 15.267.571,35
Alimentação e Nutrição	R$ 51.419,25	R$ 48.585,73
Brucelose	R$ 988,33	R$ 127,13
Calamidade Pública	R$ 81.270,12	R$ 81.270,12
Chagas	R$ 213,11	R$ 280,85
Cólera	R$ 23.325,00	R$ 38.743,02
Coqueluche	R$ 1.631,84	R$ 2.443,01
Doença Falciforme	R$ 9.379,49	R$ 9.379,49
Esquistossomose	R$ 125,32	R$ 30,14
Febre Maculosa	R$ 26,13	R$ -
Geohelmintiases	R$ 14.576,59	R$ 9.360,09
Hanseníase	R$ 141.957,05	R$ 166.459,80
Infecções Oportunistas e IST	R$ 415.761,00	R$ 116.581,43
Influenza	R$ 1.416.041,67	R$ 715.709,72
Leishmanioses	R$ 778.048,62	R$ 830.809,86
Lupus, Mieloma Múltiplo e Dexh	R$ -	R$ 7.349,33
Malária	R$ 2.275,33	R$ 1.771,10
Meningite	R$ 676,03	R$ 952,76
Repelentes	R$ 366.070,75	R$ 235.077,10
Saúde da Criança	R$ 3.503.232,86	R$ 1.337.421,41
Sifilis	R$ 234.893,40	R$ 52.585,50
Tabagismo	R$ 322.567,66	R$ 302.548,26
Toxoplasmose	R$ 49.481,52	R$ 14.723,22
Tracoma	R$ 7.704,60	R$ 5.074,66
Tuberculose	R$ 237.613,32	R$ 260.783,07

Fonte: DATASUS/MS/Sistema Hórus

4.6.3. Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF)

A Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada (CAFE) tem sob sua responsabilidade o atendimento de todo o Estado com os medicamentos do CEAF e Ações Judiciais. Atualmente, o atendimento dos munícipes de Campo Grande é realizado

diretamente na CAFE, e o atendimento dos demais é realizado via Núcleos Regionais de Saúde/Secretarias Municipais de Saúde.

É importante ressaltar que a avaliação e autorização dos laudos de medicamento especializado (LME) de solicitação dos medicamentos é centralizada na CAFE.

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 para atender a demanda de Ações Judiciais impetradas contra o Estado.

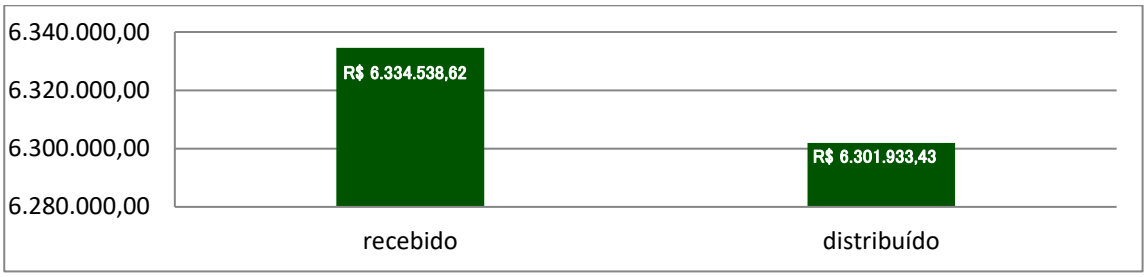
Toda programação para abastecimento das farmácias tanto do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, como de Ações Judiciais fica sob a responsabilidade da Gerência de Medicamentos (Setor de Planejamento de Compras).

No ano de 2018, foram distribuídos medicamentos do CEAF no valor de R$ 70.593.906,44 (setenta milhões, quinhentos e noventa e três mil, novecentos e seis reais e quarenta e quatro centavos).

4.6.4. Medicamentos Oncológicos

Os medicamentos oncológicos são adquiridos e ofertados pelas Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) mediante padronização hospitalar. Entretanto, alguns são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, cabendo à SES realizar a programação, recebimento, armazenamento e distribuição às UNACON.

Figura 110 - Valor dos medicamentos recebidos e distribuídos pela SES, dos Programas Diabetes e Saúde da Mulher, em 2018



Fonte: DATASUS/MS/Sistema Hórus

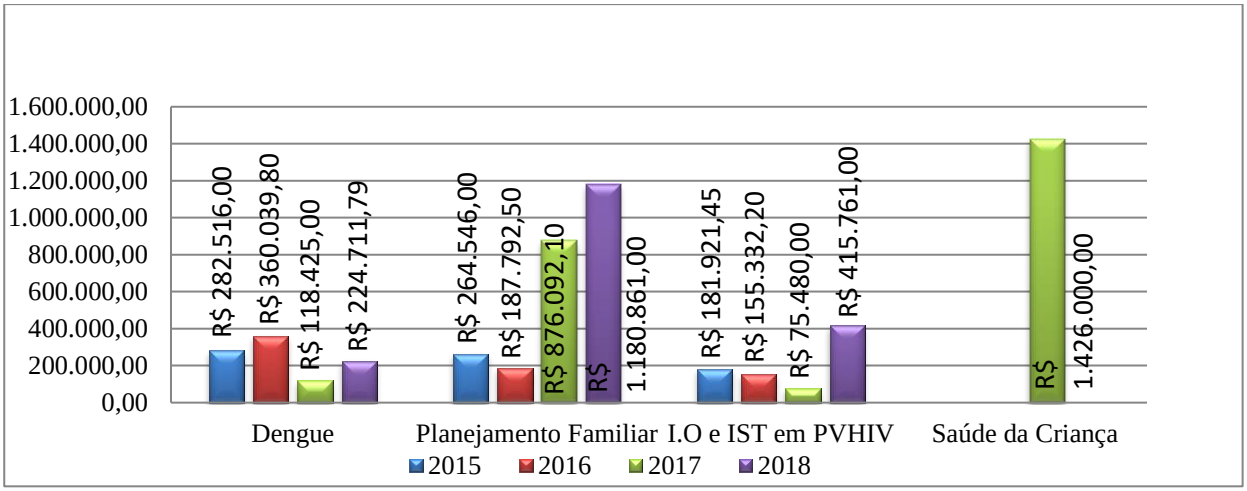
4.6.5.Medicamentos de Protocolos/Resoluções Estaduais

Ainda são adquiridos pela Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica e Estratégica medicamentos para Infecções Oportunistas e Infecções Sexualmente Transmissíveis em Pessoas Vivendo com HIV (Resolução CIB nº 17, de 28/03/2018), medicamentos para Dengue, Saúde da Criança (Resolução CIB nº 14 de 15/03/2018), e métodos de contracepção reversível de longa duração (LARCs) para o Protocolo Estadual de Saúde Reprodutiva.

Também é repassado recurso para Fibrose Cística, via Convênio com a APAE para aquisição de elenco padronizado de medicamentos/insumos/nutracêuticos.

No gráfico abaixo é possível observar o histórico do valor investido na compra de medicamentos, de 2015 a 2018, com destaque para a aquisição dos LARCs nos últimos dois anos, e Programa Saúde da Criança, em 2017.

Figura 111 - Valor investido pela SES na oferta de medicamentos para alguns Programas de Saúde, de 2015 a 2018



Fonte: DATASUS/MS/Sistema Hórus

4.6.6.Central de Abastecimento Farmacêutico Estadual (CAF ESTADUAL)

A CAF Estadual é a unidade de saúde cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, a qual executa a logística dos medicamentos básicos, estratégicos, especializados, oncológicos e ação judicial, desde o recebimento e armazenamento até a distribuição mediante cronograma e transporte adequado para os Núcleos Regionais de Saúde e Municípios, com emissão de notas de entrada e saída a partir de sistema informatizado de controle de estoque de medicamentos.

4.6.7.Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e Comissão Estadual de Farmacoterapia (COMEFA)

A RESME de Mato Grosso do Sul é composta por medicamentos e insumos dos três Componentes da RENAME, medicamentos oncológicos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e medicamentos adquiridos pelo Estado, de forma suplementar à RENAME, em decorrência de protocolos/resoluções estaduais (elenco de LARCs do Programa Planejamento Familiar/Saúde da Mulher; elenco obrigatório de medicamentos para Infecções

Sexualmente Transmissíveis e Infecções Oportunistas em Pessoas Vivendo com HIV; elenco de Fibrose Cística).

O elenco de medicamentos e insumos do Componente Básico de Assistência Farmacêutica da RESME possui apenas medicamentos constantes na RENAME, é uma lista reduzida, de referência para os Municípios construírem suas Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUME), sendo denominado Elenco de Referência Estadual de Medicamentos e Insumos para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

A Comissão Estadual de Farmacoterapia, presidida pela Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica e Estratégica, trabalha de forma articulada e colaborativa, com representatividades da SES, Secretarias Municipais de Saúde e Conselhos, e realiza a revisão do elenco supracitado, de forma compartilhada e ascendente, de modo que todos os Municípios podem manifestar suas reivindicações por meio do preenchimento de formulário padronizado para revisão da RESME.

A primeira edição da RESME data de 2011, e atualmente, encontra-se em sua quarta edição – RESME 2019.

1ª Edição - RESME 2011

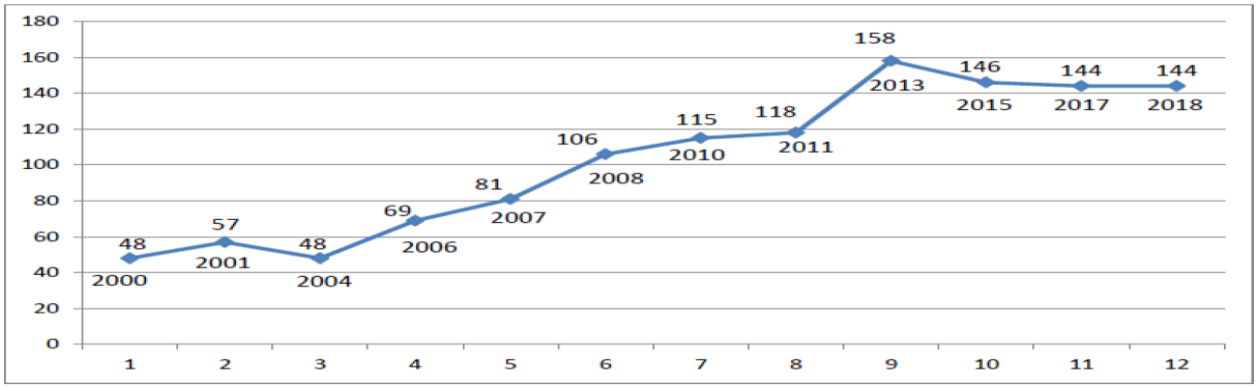
2ª Edição - RESME 2015

3ª Edição - RESME 2017

4ª Edição - RESME 2019

No gráfico abaixo, é possível observar o histórico de número de itens padronizados no Elenco de Referência Estadual de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica ao longo dos anos.

Figura 112 - Número de itens padronizados no Elenco de Referência Estadual de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, de 2000 a 2018



Fonte: SES/MS/Relação Estadual de Medicamentos Essenciais 2019

4.7. Hemorrede Estadual

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.

4.8. 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, com 352 leitos e atende 100% SUS. Tem como missão ser uma instituição de referência estadual, prestando assistência médico-hospitalar humanizada através do Sistema Único de Saúde – SUS.

É um Hospital de Ensino e conta com profissionais de saúde e administrativos qualificados. Possui ainda, 16 Programas de residência médica com mais de 100 vagas credenciadas, e, nove programas de Residência multiprofissional com 40 vagas credenciadas, além de, uma média de 31 mestres e 17 doutores em seu quadro de pessoal.

Cumpre com o seu objetivo no fortalecimento à Rede de Atenção Hospitalar Especializada do Estado consolidando o apoio através do atendimento das regiões de saúde do Estado e adesão às Redes temáticas do Ministério da Saúde: Rede Cegonha e Rede de Urgência e Emergência. Sua complexidade e importância podem ser avaliadas através dos seguintes pontos destacados:

- Produção de saúde organizada em Linhas de Cuidado: Materno-Infantil, Cardiodiagnóstico, Oncológica, Paciente Crítico, Nefro Urológica, Clínica Médica e Cirúrgica;
- Conta com o Serviço de Atenção Domiciliar – SAD;
- Gestão colegiada;
- Voltado para a gestação de alto risco que está em fase de final de habilitação;
- Ambulatório de especialidades;
- Banco de Leite;
- Pronto Atendimento Médico tipo 2;
- Hospital de Ensino tipo 1.

É habilitado como UNACON - Serviço de Oncologia Pediátrica e em processo de habilitação para UNACON – Serviço de Hematologia, e tem como principais serviços oferecidos: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, UTI adulto e infantil, Buco-Maxilo-Facial,

Oncologia, Nefrologia, Cardiologia, Hemodinâmica, Imagem e Endoscopia. Destaca-se o ambulatório que 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.

O desafio, neste momento, é o fortalecimento do planejamento estratégico do Hospital, o qual dentre algumas de suas ações está reavaliação do Plano Diretor de Obras (PDO) que objetiva a reorganização dos serviços e o enfoque na vocação do hospital através das linhas de cuidado.

Dentre as previsões para as reformas com estimativa de início em 2019 e 2020 destacam-se as reformas aprovadas pela Caixa Econômica Federal: Hemodiálise, Central de Material Esterilizado – CME, Enfermaria da pediatria, CTI Pediátrico e Pintura externa, manutenção de brises e fachada do Hospital e as reformas em análise – Centro Cirúrgico, Enfermaria do 8º andar.

Do mesmo modo, o novo PDO intenciona realizar o levantamento e a análise de toda a edificação para elaboração do planejamento de obras novas, adaptações, reparos e melhorias para o HRMS.

Em relação aos processos de trabalho destacam-se:

- Participa do Projeto Apice-On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, que é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Ebserh, Abrahue, MEC e IFF/ FioCruz tendo a Universidade Federal de Minas Gerais como instituição executora. Este projeto propõe a qualificação nos campos de atenção/ cuidado ao parto e nascimento com o objetivo geral de contribuir com a implementação e capilarização de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas,

nos direitos e nos princípios da humanização, disponibilizando um conjunto de práticas formativas de atenção e de gestão capaz de produzir impacto em toda a rede de serviços. Para isso o Hospital incrementou o programa de Residência multiprofissional em ginecologia e obstetrícia;

- Implantação do Contrato de Gestão – Lean nas Emergências, desenvolvido por meio do programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS – PROADI/ SUS, executado em parceria com o Hospital Sírio Libanês com o objetivo de reduzir a superlotação nas urgências e emergências de hospitais públicos e filantrópicos por meio do uso da metodologia Lean, visando a melhoria da gestão com racionalização dos recursos e otimização dos espaços e insumos. Iniciado em junho, e tendo como meta a reestruturação da urgência e emergência, a capacitação de profissionais, implantação de protocolos clínicos, redução do tempo dos pacientes nas emergências;

- Participação no projeto do Ministério da Saúde AcolheSUS – com o objetivo de qualificar o acesso e as práticas de cuidado por meio da implantação/ implementação da diretriz de acolhimento da Política Nacional de Humanização (PNH) nos serviços de saúde e na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

- Implantação da consultoria PROADI/ Hospital Alemão Oswaldo Cruz - objetivando a restituição do Serviço de alta complexidade aos pacientes portadores de obesidade grave (cirurgia bariátrica) para atendimento de quatro pacientes por semana (regulados) auxiliando na redução na fila de espera de 524 pacientes.

- Instituiu o setor de Controladoria com o objetivo de facilitar a gestão e eliminar possíveis excessos, permitindo que os processos ocorram com transparência, controle e

maior fluidez. A meta é formatar um modelo de gestão administrativa e financeira eficaz e efetiva garantindo a continuidade dos processos administrativos;

- Foi instituído o Plano de Ação Emergencial do HRMS para regularizar os estoques de medicamentos, de insumos e dos demais materiais necessários ao
- Atendimento dos pacientes usuários do Hospital. Desta forma, foram elencadas as necessidades dos setores para disparos das solicitações de compras com fornecimento imediato de insumos e suprimentos para o Hospital;
- Instaurou a gestão de contratos e Convênios para controle e gestão dos
- Realizou o cadastramento de propostas para aquisição de equipamentos e material permanente no Ministério da Saúde num total de R$ 3.586.690,00, os quais obtiveram parecer técnico favorável. Além disso, aguarda parecer técnico do MS para aprovação de mais R$ 11.506.689,00 na compra de mais equipamentos.

contratos a fim de eliminar inconsistências e gastos desnecessários. Dentre as ações efetivas dessa Coordenação tivemos a atualização de 40 módulos do Sistema MV;

- Realizou o cadastramento de propostas para aquisição de equipamentos e material permanente no Ministério da Saúde

Como resultado percebe-se as alterações no cenário, que podem ser evidenciadas na pesquisa de satisfação do usuário e taxas de desempenho hospitalar. A Taxa de satisfação do usuário – objetiva avaliar o atendimento durante o período de internação e tem se mantido acima de 80% como bom e excelente e as taxas de desempenho hospitalar – comparando as taxas de janeiro a maio dos anos de 2018 e 2019, temos:

- ✓ Índice de renovação de leitos: aumento de 3,25%;
- ✓ Taxa de ocupação: aumento de 4,64%;

- ✓ Taxa de mortalidade: redução de 23,73%;
- ✓ Taxa de mortalidade operatória: redução de 45,37%.

Na tabela abaixo segue os das produções de maior destaque:

Tabela 121 – Desempenho Hospitalar, anos 2018 e 2019

PRODUÇÃO HOSPITALAR	2018	2019	SITUAÇÃO
Nº DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	6.204	6.330	AUMENTO DE 2,03%
Nº DE INTERNAÇÕES	1.263	1.414	AUMENTO DE 11,96%
Nº DE CIRURGIAS	552	652	AUMENTO DE 18,11%
Nº DE EXAMES DE IMAGEM	5.695	6.187	AUMENTO DE 8,64%
Nº DE EXAMES DE HEMODINÂMICA	96	108	AUMENTO DE 12,5%
Nº DE HEMODIÁLISE	730	778	AUMENTO DE 6,57%
Nº DE ATENDIMENTOS DO PAM	2.343	2.685	AUMENTO DE 14,60%

Fonte: Hospital Regional – 2018.

4.9. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde é responsável por ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e pela análise de situação de saúde da população brasileira e passa a ser entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, que visa ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

4.9.1. Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica desenvolve ações diversas com objetivo de intensificar o suporte técnico aos gestores municipais de saúde, através de orientações técnicas,

capacitação profissional, supervisão e atualização. As ações são realizadas de forma integrada entre as três esferas de gestão do SUS e tem por objetivo prevenir, diagnosticar e orientar as medidas de controle para interrupção da cadeia de transmissão das doenças infecciosas ou de fatores condicionantes e determinantes que interferem no processo saúde-doença.

No estado de Mato Grosso do Sul, as ações realizadas no âmbito da vigilância epidemiológica, são de apoio e monitoramento dos 79 municípios e 09 Regionais de Saúde, fornecendo orientação técnica permanente para execução de ações de vigilância, diagnóstico e controle das mesmas; acompanhamento no sistema do LACEN (GAL) os resultados laboratoriais dos agravos pertinentes e consolidação dos resultados; vigilância epidemiológica sistemática da evolução dos agravos der notificação compulsória; controle e liberação junto à Coordenação de Assistência Farmacêutica – CAF das medicações.

4.9.2. Vigilância em Saúde Ambiental e Toxicológica

O estado é responsável pela coordenação das ações de monitoramento dos fatores não biológicos e toxicológicos que ocasionem riscos à saúde sul-mato-grossense. Este processo abrange a prestação de informações específicas, em caráter de emergência e em regime de plantão permanente (24 horas/dia) aos profissionais de saúde que viabilizem e aperfeiçoem o atendimento (diagnóstico e tratamento) de pacientes vitimados por exposições químicas em geral, exposições por substâncias potencialmente tóxicas, contaminação por pesticidas agrícolas ou domésticos, substâncias químicas de uso doméstico ou industrial, plantas tóxicas, animais peçonhentos, medicamentos de uso humano ou animal, drogas lícitas e ilícitas ou qualquer outra exposição química; a proposição de normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele

decorrentes, intoxicações e acidentes com animais peçonhentos que tenham repercussão na saúde humana; supervisão das ações de vigilância em saúde ambiental e toxicológica, com ênfase naquelas que exija simultaneidade em mais de um município.

Ressalta-se a coordenação das atividades de vigilância toxicológica e em saúde ambiental de contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como dos riscos decorrentes dos desastres.

4.9.3. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)

O Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde – CIEVS/MS atua diretamente na identificação de eventos que podem se tornar emergência em saúde pública, onde executa a vigilância para os agravos de notificação imediata. Mantém equipe de plantão 24h, incluindo sábados, domingos e feriados, para o recebimento de notificações imediatas oriundas dos 79 municípios do Estado, prestando colaboração técnica e orientações nos diversos agravos, bem como intermediar recebimento de amostras no LACEN fora do horário de expediente. É designado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como ponto focal regional no recebimento das notificações de emergências em Saúde Pública e atua como notificador ao Ministério da Saúde (CIEVS Nacional).

4.9.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador, conforme a Lei 8080 é um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Visa à promoção da saúde e redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio

da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

A CVIST – Coordenadoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador tem como atribuições coordenar as ações do CEREST- Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e suas ações são articuladas aos demais serviços da rede SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda às suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser notificados e atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada 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).

4.9.5. Vigilância Sanitária

Com a missão de promover a proteção da saúde da população, intervindo nos riscos e agravos, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços sujeitos ao controle de vigilância sanitária, em ação coordenada com os municípios de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, visando a melhoria da qualidade de vida da população do Estado de Mato Grosso do Sul.

É responsável pela fiscalização e licenciamento dos serviços de saúde de alta complexidade instalados no estado, entre eles: Hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva, Terapia Renal Substitutiva, serviços de terapia e diagnóstico por imagem (Radioterapia, Medicina Nuclear, Tomografia, Hemodinâmica, Mamografia), Quimioterapia, Banco de Leite, Banco de Tecidos Células e Órgãos, hemoderivados, hospitais de pequeno porte não pactuados pelas vigilâncias sanitárias municipais, entre outros serviços sujeitos à ação de vigilância sanitária. Compete ainda planejar, coordenar, controlar, supervisionar e

assegurar à execução das ações em caráter complementar as ações de vigilância sanitária de bens, produtos, atividades, serviços e locais de interesse a saúde humana.

Neste sentido, também cabe a Vigilância Sanitária, a capacitação, apoio técnico e outra atividade de grande relevância, como medida protetiva à saúde, é a elaboração de normas e resoluções que tem como objetivo assegurar a prevenção e minimização de riscos sanitários à população.

4.9.6. Sala Estadual de Situação em Vigilância em Saúde

A Sala Estadual de Situação em Vigilância em Saúde desenvolve atividades conjuntas de mobilização entre as áreas da Vigilância em Saúde e diversos setores do governo para responder as situações de evidências epidemiológicas de doenças e agravos à saúde da população, acompanhando e apoiando efetivamente a execução dos planos de emergência, contingência e de ação das áreas da Vigilância em Saúde, de forma integrada com os órgãos das esferas federal e municipal que desenvolvam atividades de prevenção e promoção de vigilância em saúde.

4.9.7. Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (LACEN)

O LACEN é um órgão da administração pública estadual ligada ao Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública do Governo Federal, que objetiva a contribuição à Saúde Pública de maneira a alcançar excelência na qualidade dos exames complementando assim o diagnóstico de confirmação de casos bem como fonte de conhecimento de casos que não foram notificados.

Faz parte do conjunto da Rede Nacional de Laboratórios que constitui o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB. Classificado como porte II e nível "E" pela Portaria n° 2606/GM de 2005 (nível mais elevado) o LACEN realiza procedimentos

laboratoriais de média e alta complexidade desde 1992 e atende aos programas efetivamente consolidados em nível federal nos 79 municípios de Mato Grosso do Sul.

4.9.8.Controle de Vetores

Os vetores são insetos ou outros tipos de animais que habitam o meio urbano. Mosquitos, pulgas, cupins, formigas, baratas, ratos, são alguns exemplos. Eles atuam como intermediários ao hospedar bactérias ou vírus e transmitir uma série de doenças quanto entram em contato com as pessoas. Como a presença destes tipos de animais é recorrente no estado, as patologias disseminadas por eles se alastram facilmente. E um quadro de epidemia, por sua vez, provoca muitos danos para a saúde pública. Hospitais e postos de saúde sobrecarregados e altos custos para controlar o surto de doenças são algumas das consequências.

O controle de vetores no estado de Mato Grosso do Sul é realizado através de atividades de informação, educação e comunicação, recebimento e distribuição de produtos químicos, fiscalização e supervisão das ações, e investiga surtos relacionados às doenças e agravos à saúde da sua área de atuação com análise e propor ações de prevenção, controle e promoção à saúde da população do estado.

CAPÍTULO 5

5. Gestão em Saúde no Estado 259

5.1. Gestão 259

5.1.1. Organização Administrativa da SES 259

5.2. Planejamento Estratégico e Informação em Saúde 261

5.3. Gestão Participativa Descentralizada e Controle Social 261

5.3.1. Participação Social 262

5.3.2. Instâncias de Participação Intergestores 263

5.3.3. Ouvidoria do SUS 263

5.3.4. Núcleos Regionais de Saúde 264

5.4. Regulação 265

5.4.1. Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e Central de Estadual de Alta Complexidade (CERAC) 265

5.4.2. Terapia Renal Substitutiva (TRS) 266

5.4.3. Tratamento Fora de Domicílio (TFD) 266

5.4.4. Ações Judiciais 267

5.4.5. Complexo Regulador 268

5.4.6. Complexo Regulador Estadual (CORE) 269

5.4.7. Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade 270

5.5. Controle, Avaliação e Auditoria 270

5.6. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde 271

5.6.1. Diagnóstico das Necessidades de Educação Permanente em Saúde 272

5.7. Comissões e Colegiados com Representação DA ETSUS 274

5.8. Comissões e Colegiados com Representação da ESP 274

5. Gestão em Saúde no Estado

5.1. Gestão

A descentralização do SUS é um dos caminhos percorridos pelo estado de Mato Grosso do Sul, para a equidade e integralidade dos diversos âmbitos da saúde. O avanço na integralidade da atenção à saúde da população sul- mato-grossense inclui a extensão de acesso aos serviços de saúde à população, tanto na atenção primária como na atenção de maior complexidade, e é resultado de uma interação democrática e da reorganização da SES/MS, orientada para a racionalidade das ações desenvolvidas através da definição dos papéis nos diferentes níveis de gestão, gerando o reordenamento do trabalho, trazendo inovações e adaptações gerenciais e técnicas, significativas no âmbito das ações de saúde do estado.

Esta reorganização para o direcionamento de gestão da SES possibilitou a racionalização dos recursos existentes; a implementação da regulação de sistemas regionais de saúde; capacidade para identificação de necessidades de intervenção a partir da análise precisa dos indicadores de saúde; planejamento; avaliação e controle em âmbito regional; identificação e disseminação de novas tecnologias; precisão na prestação de apoio técnico e financeiro aos municípios, provendo a continuidade dos processos de descentralização com o intuito de que a cobertura das ações de saúde seja ampliada, diminuindo as desigualdades de atenção e promovendo a equidade nos processos de saúde através de uma gestão articulada entre o estado e os municípios.

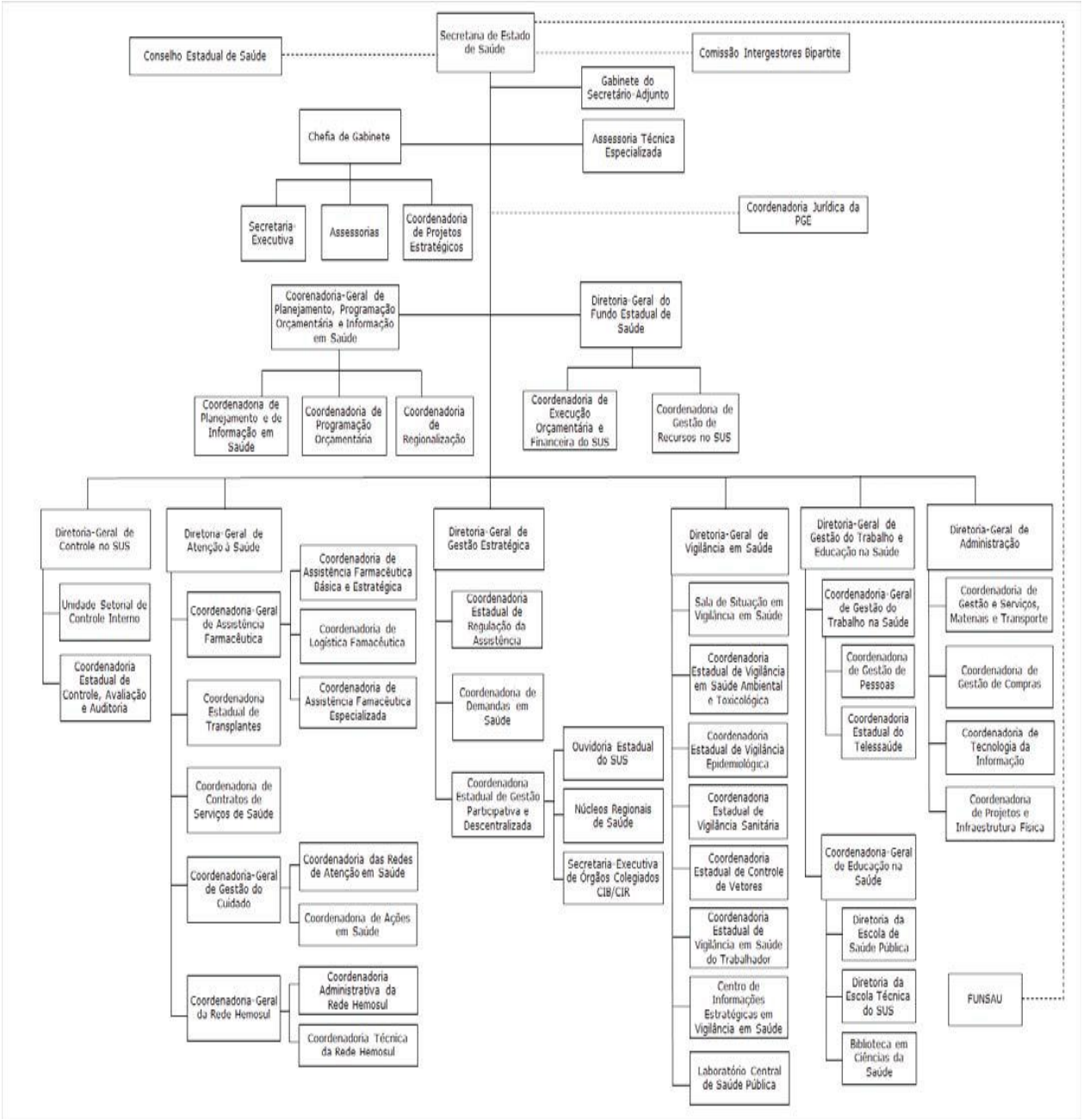
5.1.1. Organização Administrativa da SES

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 seis Diretorias Gerais, sendo elas: Administração, Controle do SUS, Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, 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).

Figura 110 - Organograma da SES, 2019



5.2. Planejamento Estratégico e Informação em Saúde

O planejamento estratégico e a avaliação dos sistemas e serviços de saúde permitem a instrumentalização e a intervenção adequada de acordo com o diagnóstico situacional em saúde. Desta forma, o processo de planejamento do estado, no âmbito do SUS, é desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locorregionais, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão quanto das ações e dos serviços prestados à população sul-mato-grossense.

O alinhamento dos principais instrumentos de planejamento - PES, PAS e PPA, é uma prática que vem sendo aprimorada desde 2017. Esta estratégia e o monitoramento de metas e indicadores permitiram identificar as potências e fragilidades da atuação da SES, e oportunizaram espaços de discussões, articulação e integração das equipes técnicas para o fortalecimento das ações de saúde e o reestabelecimento de uma comunicação ampla com os municípios do estado, consequentemente, a interface com o controle social.

Essas iniciativas resultarão na aprendizagem, retroalimentação e aperfeiçoamento do processo de planejamento e gestão do SUS no estado.

5.3. Gestão Participativa Descentralizada e Controle Social

A participação social no âmbito do SUS é de extrema importância para o exercício do efetivo controle social, previsto desde as primeiras normas regulamentadoras do SUS.

A partir da efetivação das instâncias de participação e deliberação a sociedade passa a ser co-responsável pela promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida, alinhando-se ao conceito inovador de políticas sanitárias de construção cidadã.

Nesse sentido, a SES/MS, em prol de tornar Mato Grosso do Sul o estado em que se vive mais e melhor, bem como em ser instituição inovadora em gestão de saúde, vêm implementando políticas e ações que estimulam e preconizam a participação social e que objetivam que o Sistema Único de Saúde (SUS) atenda às demandas da população.

Formular e deliberar juntos significa mais do que realizar o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado.

5.3.1. Participação Social

O Conselho Estadual da Saúde de Mato Grosso do Sul (CES/MS), foi instituído pela Lei 1152, de 21/06/1991, e é uma instância colegiada deliberativa e de natureza permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado à Secretaria Estadual da Saúde.

O Conselho Estadual de Saúde tem por finalidade deliberar sobre: a política de saúde do estado; a direção estadual do SUS; o regimento interno do CES e assuntos a ele submetidos pela Secretaria de Estado da Saúde e pelos seus conselheiros.

O compromisso do estado é apoiar o Conselho Estadual de Saúde – CES/MS no desenvolvimento de suas atribuições, desta forma 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.

As Conferências de Saúde se iniciaram há 70 anos, cumprindo o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei n. º 378, de 13 de janeiro de 1937. A obrigatoriedade da realização das Conferências de Saúde foi mantida, em 1990, quando a Lei n. º 8.142 as consagrou como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional.

As Conferências de Saúde são convocadas a cada 04 anos. Neste ano Mato Grosso do Sul realizou a 9ª Conferência Estadual de Saúde, com o tema "Democracia e Saúde", com foco na implementação da regionalização no estado objetivando oferecer saúde de qualidade mais próxima dos cidadãos.

5.3.2. Instâncias de Participação Intergestores

A Comissão Intergestores Regional/CIR uma instância de articulação e 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.

No estado de Mato Grosso do Sul as Comissões Intergestores Regionais de Saúde-CIRS foram implantadas em 2013, através da Resolução nº 54/SES/MS, de 20 de agosto de 2013, e desenvolvem suas atividades administrativas e operacionais vinculada à SES.

Atualmente as quatro regiões de saúde, possuem uma CIR: Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá, com seu Regimento Interno aprovado e seus membros designados através de Resolução pelo Secretário de Estado de Saúde, com a realização de reuniões ordinárias e/ou extraordinárias, conforme calendário anual aprovado na última reunião do ano anterior.

5.3.3. Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria em saúde constitui-se em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre os cidadãos e os gestores do Sistema Único de Saúde/SUS, relativos aos serviços prestados, pautada nos princípios éticos e constitucionais da Administração Pública e do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Ouvidor SUS é um sistema informatizado desenvolvido para atender as Ouvidorias do SUS; proporcionando ao cidadão maior agilidade na resposta às suas manifestações e demandas junto aos órgãos gestores de saúde.

O processo de escuta do cidadão se dá individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da saúde.

A Ouvidoria do SUS do Mato Grosso do Sul é um espaço de cidadania e de comunicação entre o cidadão e os gestores do SUS. É um instrumento voltado para garantir que as manifestações e contribuições da população subsidiem as ações dos gestores na avaliação e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, permitindo a construção de uma sociedade mais informada e participativa.

5.3.4.Núcleos Regionais de Saúde

A SES está presente de forma descentralizada nas 09 microrregiões de saúde através dos Núcleos Regionais de Saúde, que estão localizados nas cidades sedes das microrregiões de saúde. As instâncias administrativas mantêm ligação com a Coordenadoria Estadual de Gestão Participativa e Descentralizada, centrando suas ações em atenção em saúde (rede de atenção à saúde, medicamentos de alto custo) e gestão em saúde (auditoria, TFD, CNRAC), vigilância em saúde (vetores, vigilância epidemiológica e sanitária).

O corpo técnico dos núcleos é composto por profissionais de nível médio e superior, com experiência e que atuam como apoio das equipes municipais de saúde e da rede SUS; outra função é a articulação e desenvolvimento das políticas de saúde da SES. Os profissionais efetuam ainda o acompanhamento dos serviços de média e alta complexidade

e dos hospitais com gestão dupla e de referência estadual existente nas microrregiões de saúde.

É importante trabalhar nas regiões a redução da mortalidade infantil, a implementação do processo de planificação da APS, afim de fortalecer e qualificar a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS; implementar e consolidar a governança regional da gestão em saúde; qualificar os processos de trabalho com base na política de educação permanente em saúde, incentivando a mudança de cultura organizacional; definir e fortalecer a função dos hospitais de modo a garantir sua efetividade; ampliar a avaliação e o monitoramento dos serviços integrando os diferentes níveis de atenção, com foco nas ações intersetoriais, interdisciplinares e interinstitucionais.

5.4. Regulação

No Estado de Mato Grosso do Sul a Coordenadoria Estadual de Regulação Assistencial (CERA) é responsável em desenvolver ações de regulação de acesso em urgência e emergência; de cirurgias eletivas, de leitos, ambulatorial, CERAC, TRS, TFD e ações judiciais.

5.4.1. Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e Central de Estadual de Alta Complexidade (CERAC)

A CNRAC e as CERAC são regidas pela Portaria/GM n. º 2309, de 19 de dezembro de 2001, Portaria/SAS n. º 589, de 27 de dezembro de 2001 e a Portaria SAS/MS nº 39 de 06 de fevereiro de 2006.

Como forma de melhor qualificar o acesso de pacientes a alta complexidade, de forma equânime em todo o país foi criada a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), que é representada nos estados pelas Centrais Estaduais de

Regulação da Alta Complexidade (CERAC), que devem estar integradas às ações regulatórias das demais centrais de regulação.

Na prática a CERAC responde pela regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu estado de origem nas especialidades de cardiologia, oncologia, neurologia/neurocirurgia, gastroenterologia e traumato-ortopedia.

5.4.2.Terapia Renal Substitutiva (TRS)

O Serviço de Terapia Renal Substitutiva (TRS) existe nas microrregiões de saúde de Campo Grande, Aquidauana, Coxim, Três Lagoas, Paranaíba, Dourados, Ponta Porã e Corumbá.

A Central Estadual de Regulação é responsável pela regulação dos pacientes em trânsito.

5.4.3.Tratamento Fora de Domicílio (TFD)

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) foi instituído pela Portaria SAS nº 55/99. É o instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

O TFD interestadual, só será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento na rede pública ou conveniada/contratada ao SUS dentro do Estado, limitado ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes, de acordo com o § 1° do artigo 1° da Portaria SAS/MS n° 55/1999.

O TFD intermunicipal, que é o deslocamento de pacientes para atendimento de saúde dentro do estado do MS, é de responsabilidade dos gestores municipais de saúde, conforme a Programação Pactuada Integrada da Assistência - PPI, entre os municípios,

respeitando o encaminhamento regulado via Coordenadoria Estadual de Regulação da Assistência (CERA/SES).

O benefício de TFD consiste em fornecimento de passagens aérea, terrestre ou fluvial, para o deslocamento exclusivamente dos usuários do SUS e acompanhante, se necessário, para a realização de atendimento especializado em estabelecimentos de saúde da rede pública ou conveniada/contratada do SUS em outras Unidades da Federação.

Também contempla o pagamento de ajuda de custo para alimentação e pernoite, a paciente e acompanhante, após a devida comprovação da necessidade.

5.4.4.Ações Judiciais

Considerando a alta incidência de demandas judiciais inerentes a regulação, em 2013 foi criado o setor de ações judiciais da CERA, cujas as atribuições são:

- Monitorar os agendamentos de consultas via SISREG,
- Monitorar as solicitações de transferência de pacientes do CORE;
- Responder ofícios referentes a solicitação de agendamento oriundos do Ministério Público e Defensorias;
- Responder ofícios referentes a inquéritos;
- Receber e responder mandados de intimação e citação.

5.4.5.Complexo Regulador

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:

- **Complexo Regulador Estadual:** gestão e gerência da SES, regulando o acesso aos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, no âmbito do estado.
- **Complexo Regulador Regional:** gestão e gerência da SES, regulando o acesso aos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do estado.
- **Complexo Regulador Municipal:** gestão e gerência da SMS, regulando o acesso da população própria aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, no âmbito do município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

Cada modelo de Complexo Regulador acima mencionado é composto por uma ou mais Centrais de Regulação que podem ser:

- **Central de Regulação de Urgência**: sua ação é executada conforme disposto na Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. A partir do momento em que o paciente necessita de uma internação será acionada a Central de Regulação de Internações.

- **Central de Regulação de Internações:** é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros.

- **Central de Regulação de Consultas e Exames**: é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnose e Terapia - SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não.

5.4.6.Complexo Regulador Estadual (CORE)

No Estado de Mato Grosso do Sul o CORE é uma Unidade de Apoio da CERA e atualmente é gerenciado pelo IABAS, através do Contrato de Gestão 02/2016 decorrente do Chamamento Público nº 002/2016 conforme processo administrativo nº 27/0006515/2016, regido pela Lei Estadual nº 4.698, de 20 de julho de 2015; Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998; Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei Federal nº 8.142/90 e suas alterações; Decreto Estadual nº 14.269, de 05 de outubro de 2015; Decreto-Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011; o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, no que couber; nas portarias ministeriais que regulamentam a Política Nacional de Regulação, em especial a Portaria GM/MS nº 1.559, de 01 de agosto de 2008, Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012, Portaria SAS/MS nº 1.299, de 23 de novembro de 2012 e Portaria GM/MS nº 2.923, de 28 de novembro de 2013, bem como pelos princípios, diretrizes e demais normas do Sistema Único de Saúde - SUS.

Utilizamos dois sistemas para execução das ações de regulação:

- Sistema CORE - Regulação da Urgência e Emergência
- Sistema SISREG III - para as demais.

Os Módulos Ambulatorial e Cirurgias Eletivas do Sistema CORE estão funcionando na Microrregião de Saúde de Ponta Porã.

Previsão desses Módulos estarem funcionando na Região de Saúde de Dourados até junho/2019.

5.4.7. Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI) vigente está sendo utilizada como referência para a formulação da nova Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade no estado de Mato Grosso do Sul.

Este processo consiste na definição, quantificação e orçamentação das ações e serviços de saúde, e está sendo desenvolvido em conjunto com estado e municípios, com foco na região de saúde, para fazer face às necessidades da população, particularmente no que se refere à atenção de média e alta complexidade.

Do ponto de vista metodológico, a Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade esta subdivida em três etapas inter-relacionadas para possibilitar a melhor operacionalização da proposta de modo sistêmico, conforme sua abrangência e escopo.

5.5. Controle, Avaliação e Auditoria

O controle, avalição e auditoria são mecanismos de verificação e aferição dos padrões de conformidades estabelecidos pelo SUS, cujos resultados irão corroborar com o fortalecimento das políticas públicas de saúde no âmbito estadual, possuindo interface direta com a qualidade da assistência prestada aos usuários e a otimização dos recursos.

A nova concepção de saúde, pautada em princípios inerentes ao campo dos direitos humanos e sociais, exige dos técnicos e gestores da área, mudanças no sentido de apropriar novos conhecimentos, aprimorar e desenvolver novas técnicas, definindo novas diretrizes,

quanto ao controle, avaliação e auditoria. A partir daí a Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria, além de exercer as atividades de controle das ações e serviços de saúde, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos de eficiência, eficácia e efetividade, junto ao SUS, tornou-se instrumento para gestão, contribuindo com o fornecimento de informações qualificadas para a melhoria das ações e políticas de saúde desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde.

Assim, os produtos decorrentes de controle, avaliação e auditoria, estão voltados para o diagnóstico e qualificação da rede de assistência, na melhoria da gestão e no apoio ao controle social.

5.6. Gestão do Trabalho e 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 quotidiano 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.

As escolas desenvolvem muitas de suas ações, a partir de acordos de cooperação técnica, intercâmbio e parcerias com instituições públicas e organizações privadas em programas de formação profissional e educação permanente, bem como, a criação e manutenção de espaços para aprendizagem e a troca de experiências devolvidas na área social com universidades e centros de pesquisa: UFMS, UFGD

FIOCRUZ, HRMS, SESAU, IEP/HSL, HAOC, Secretarias Municipais do Estado, Hospital São Julião, Santa Casa, UEMS, SES, HU/CG e Fundect.

5.6.1. Diagnóstico das Necessidades de Educação Permanente em Saúde

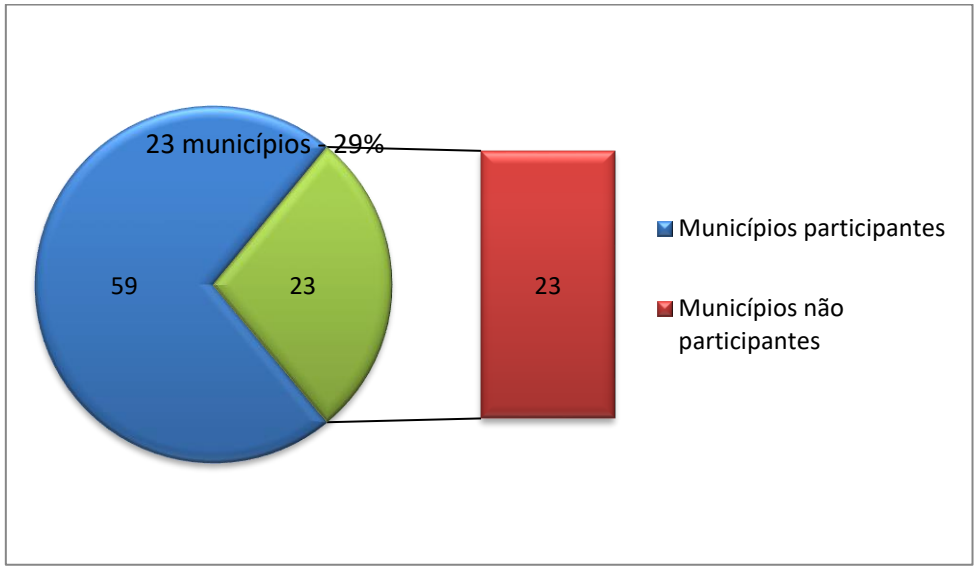
O diagnóstico das necessidades de educação permanente em saúde do estado foi realizado durante a elaboração Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) - 2019-2022, os seguintes focos:

- ❑ Custeio - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS SUS);

❑ Construção coletiva, considerando as especificidades locais de cada região de saúde, mediante um planejamento ascendente, descentralizado e participativo dos municípios.

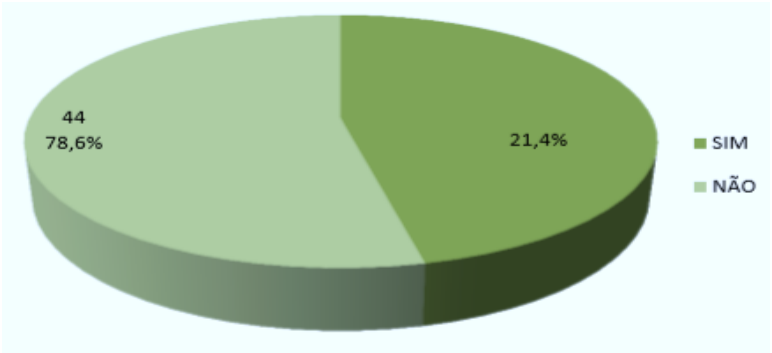
A seguir o resultado da situação dos municípios do estado apresentada em gráficos:

Figura 111 - Número de municípios participantes na elaboração do PEEPS do estado de Mato Grosso do Sul (n=79)



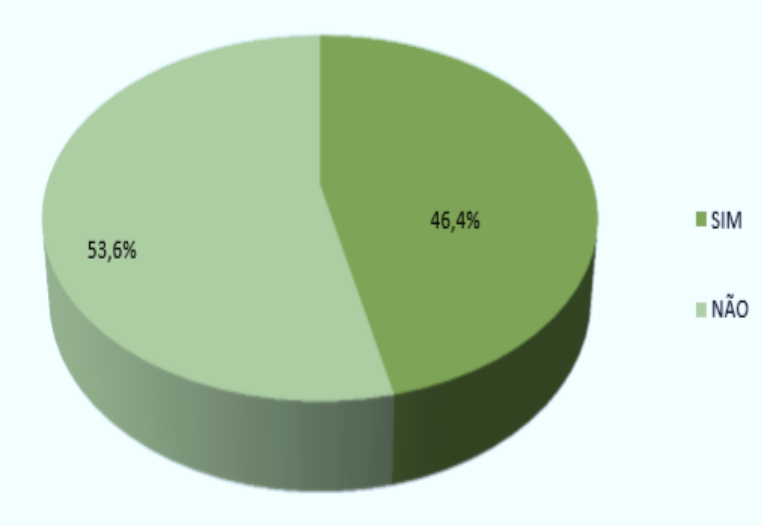
Fonte: SES/MS 2018.

Figura 112 - Existência de Setor/Núcleo específico de Educação Permanente em Saúde no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (n=56)



Fonte: SES/MS 2018.

Figura 113 - Existência de instituições formadoras de educação profissional nível médio ou superior na área da saúde no seu município (n=56)



Fonte: SES/MS 2018.

5.7. Comissões e Colegiados com Representação DA ETSUS

ORGANISMO REPRESENTATIVO
Comissão permanente de integração ensino-serviço (CIES).
Grupo de trabalho da CIES para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.
Grupo Estadual Condutor das Redes de Atenção à Saúde.
Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).
Comitê Estadual de Segurança do Paciente.
Representante da Região Centro-Oeste no Comitê assessor da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP).
Grupo de Trabalho Estadual da Atenção Básica.
Grupo de Coordenação do SIG Segurança do Paciente (*Special Interest Groups*)
Coordenadora da Comissão de Credenciamento

5.8. Comissões e Colegiados com Representação da ESP

ORGANISMO REPRESENTATIVO
Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (*COREMU*)
Comissão de Residência Médica (*COREME*)
Conselho de Ética da UFMS
Comissão Permanente de Integração ensino-Serviço

Comissão de Acompanhamento do Programa "Mais Médicos"
Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Serviço (SESAU)
Comissão de Planejamento e dimensionamento Força de trabalho das redes de atenção à Saúde- (OPAS/Rede Unida)
Grupo Técnico da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço para construção do Plano Estadual de Educação Permanente
Comitê Estadual de Farmacoterapia
Fórum Nacional de Educação Permanente para o Controle Social
Comitê Estadual de prevenção da Mortalidade Materna e Infantil
Grupo Executivo Estadual de Acolhimento: Política Nacional de Humanização
Grupo de trabalho de Atenção Básica de Mato Grosso do Sul

Mato Grosso do Sul tem cumprido o índice constitucional obrigatório, que corresponde a 12% das suas receitas líquidas oriundas de impostos, conforme preconizado pela LC 141/2012. O financiamento das ações e serviços públicos de saúde pela SES/MS é efetuado majoritariamente por recursos do Tesouro Estadual e, de forma complementar, por recursos federais, sejam oriundos de transferências fundo a fundo ou, em menor escala, decorrentes de convênios ou contratos de repasse.

As transferências fundo a fundo dos recursos federais ocorrem, sobretudo, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde/MS. Ressalta-se que no último quadriênio foram feitos vários investimentos para o fortalecimento do SUS no estado. Estão em andamento 24 (vinte e quatro) convênios relativos à execução de obras, atendendo prioritariamente a macrorregião de Campo Grande e de Dourados, com destaque para a construção do Hospital Regional de Dourados com a execução de dois convênios onde a obra está em andamento. Ainda em Dourados, temos a construção do Centro de Diagnóstico e do Centro de Especialidade Médica de Dourados, além de prevista a reforma do Hemocentro de Dourados.

Em Campo Grande no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul – HRMS estão em andamento 09 (nove) projetos de reforma, mais outros 05 (cinco) projetos de construção, este que trata do Centro de Reabilitação, almoxarifado da farmácia e área de ensino e pesquisa. No Laboratório Central de Mato Grosso do Sul – LACEN, temos programado 01 (uma) reforma e 01 (uma) ampliação, além do Hemosul Coordenador que está prevista 01 (uma) reforma. Em Ponta Porã ampliação de enfermarias do Hospital Regional, e em Corumbá na reforma da Santa Casa. No decorrer de cada exercício a realização das receitas e a execução das despesas são objeto de acompanhamento permanente.

Destaca-se, que apesar do cenário de crise econômica que afeta a União, os estados e os municípios brasileiros, com diminuição de suas receitas e restrições orçamentárias, tornando ainda mais crítico o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, sobretudo considerando o insuficiente aporte de recursos financeiros que historicamente vem ocorrendo na implementação do SUS, haja vista a participação menor do gasto público em relação ao privado na composição do gasto total com despesas de saúde no Brasil, o estado do Mato Grosso do Sul conseguiu, de certa forma, dar respostas às demandas da população sul-mato-grossense por meio de um conjunto de intervenções públicas visando à promoção de bem-estar a partir de um sistema de saúde amplo, universal e gratuito, envolvendo a participação popular nas várias esferas de decisão colegiada. A seguir, destacamos um resumo dos recursos executados no Plano Estadual 2016-2019, por Diretriz, Programa do Plano Plurianual - PPA 2016-2019 e por Macrorregião de Saúde.

Tabela 122 - Executado por Diretriz do PES

	DIRETRIZ PES 2016-2019	REALIZADO 2016	REALIZADO 2017	REALIZADO 2018	REALIZADO 2019 (dados sujeitos a alteração)
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.	74.785.825,26	89.226.750,81	100.186.326,66	85.309.934,54
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.	274.691.857,96	293.661.695,08	298.857.831,48	285.186.815,53
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.	421.792.525,16	300.583.147,61	256.623.824,45	587.318.100,71
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.	356.963.528,80	640.890.442,73	694.577.267,66	450.195.879,40
5	Garantia e participação do Controle Social do SUS.	129.910,37	182.084,95	355.385,22	245.700,72

Fonte: SES/MS 2019.

* As alterações nos valores realizados nas Diretrizes 3 e 4 devem-se aos recursos investidos na FUNSAU terem deixado de serem enquadrados na Diretriz 4 e passarem a fazerem parte da execução na Diretriz 3.

Tabela 123 - Recursos Executados por Programa do PPA

Programa PPA	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019	TOTAL executado
ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDAD	476.633.014,24	723.234.280,39	430.776.084,42	434.015.627,91	**2.064.659.006,96**
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	51.098.517,77	73.172.588,66	54.238.171,46	46.137.137,75	**224.646.415,64**
GESTÃO COMPARTILHADA E TRAB. EM FOCO	21.739.878,96	31.547.927,48	147.074.049,24	167.175.824,94	**367.537.680,62**
GESTÃO E MANUTENÇÃO DA SES E VINCULADA	820.861.748,39	830.196.137,30	748.221.541,98	756.036.582,75	**3.155.316.010,42**
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	14.270.560,32	10.144.309,40	19.881.458,59	18.741.295,11	**63.037.623,42**
INVESTINDO EM SAÚDE	17.015.744,35	12.795.229,64	49.116.393,83	48.235.545,06	**127.162.912,88**
SAÚDE COM ATENÇÃO BÁSICA	56.945.291,50	75.567.993,62	80.377.764,10	77.927.426,42	**290.818.475,64**

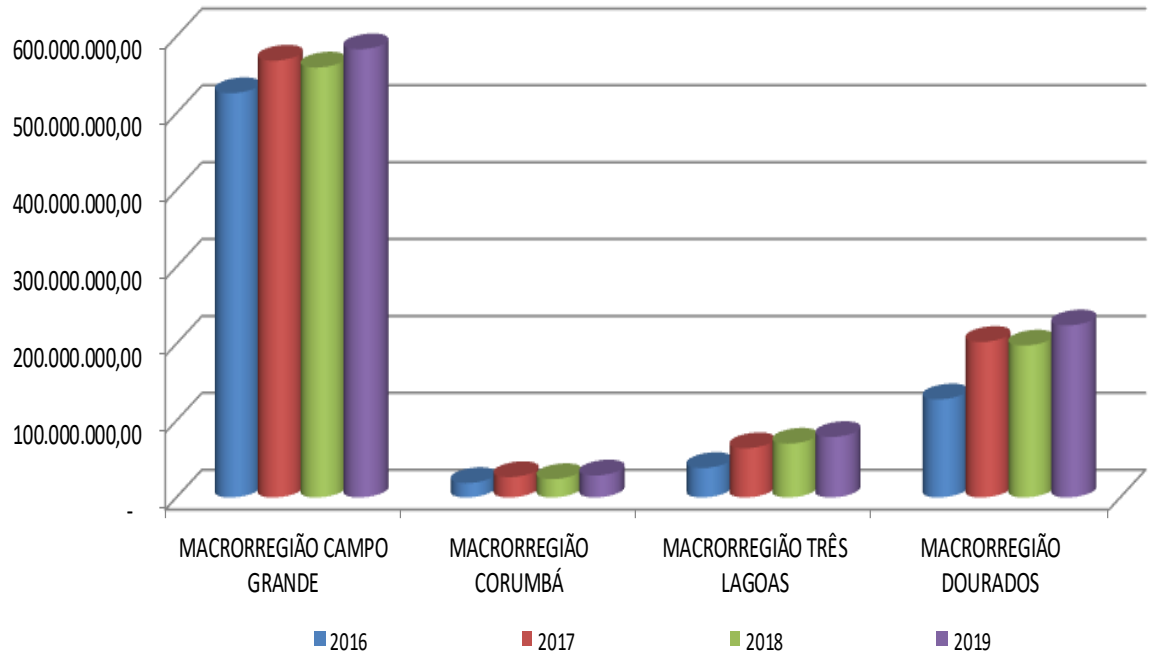
Fonte: SES/MS 2019.

Dados 2019 sujeitos à alteração até o fechamento do Balanço.

Tabela 124 - Recursos Executados por Macrorregião de Saúde

ANO	MACRORREGIÃO CAMPO GRANDE	MACRORREGIÃO CORUMBÁ	MACRORREGIÃO TRÊS LAGOAS	MACRORREGIÃO DOURADOS	ESTADUAL	TOTAL INVESTIMENTO todas as Fontes	Outras despesas não computadas serviços de saúde	TOTAL GERAL DE INVESTIMENTO
2016	525.995.845,78	18.654.229,52	38.258.955,65	127.583.383,76	421.918.270,67	1.132.410.685,38	326.154.070,15	**1.458.564.755,53**
2017	568.393.613,23	26.450.829,11	63.981.812,19	202.297.073,75	403.229.396,34	1.264.352.724,62	492.305.741,87	**1.756.658.466,49**
2018	559.486.226,81	23.816.366,62	69.959.883,72	197.657.635,62	502.979.386,05	1.353.899.498,82	175.785.964,80	**1.529.685.463,62**
2019	583.269.822,34	28.559.712,26	78.582.193,58	223.873.030,03	494.948.250,34	1.409.233.008,55	139.036.431,39	**1.548.269.439,94**
	2.237.145.508,16	**97.481.137,51**	**250.782.845,14**	**751.411.123,16**	**1.823.075.303,40**	**5.159.895.917,37**	**1.133.282.208,21**	**6.293.178.125,58**

Fonte: SES/MS 2019



CAPÍTULO 6

6. Diretrizes, Objetivos e Metas _____ *280*

6.1. Monitoramento e Avaliação _____ 297

6. Diretrizes, Objetivos e Metas

A tomada de decisão é uma prerrogativa de atores implicados em um processo de gestão, que demanda a definição de prioridades como consequência natural do desequilíbrio entre necessidades e recursos. Daí a importância de avaliar os desafios, avanços e resultados de um determinado período para, então, através de uma análise da situação atual, planejar os próximos passos, baseada em um processo ascendente e integrado a partir do nível local, considerando ainda, os aspectos financeiros e as demandas sociais.

A elaboração do Plano Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul se valeu do conhecimento dos servidores da Secretaria Estadual de Saúde (SES/MS), o que caracterizou um avanço em relação à forma anteriormente utilizada. Essa opção levou a criação de um grupo de trabalho específico composto por técnicos dos diferentes departamentos, coordenados pela equipe de Planejamento da SES/MS.

Através de encontros periódicos para a realização de oficinas de apropriação metodológica, discussões técnicas de avaliação dos dados e indicadores do período de execução do PES 2016-2019, a equipe construiu uma análise de saúde que forneceu um conjunto de informações que orientaram a proposição de metas que respondessem efetivamente e integralmente às necessidades da sociedade sul-mato-grossense.

A simplicidade da leitura visual de problemas e determinantes de saúde prioritários conduziu o grupo a uma avaliação positiva do período de 2016 a 2019. *Mesmo vivendo um cenário crítico nacional*, onde a economia brasileira permaneceu com todos os ingredientes recessivos, o estado registrou uma melhora sensível em alguns indicadores de saúde em relação aos demais estados da Região Centro-Oeste e permaneceu na média nacional, cumprindo 97% das metas programadas no PES 2016-2019. Entretanto, abraçar os princípios

da promoção da saúde é um caminho ainda em construção para a melhoria da qualidade de vida no estado.

Ao avaliar o cenário atual, aspectos como o crescimento populacional e envelhecimento da população sul-mato-grossense, a distribuição populacional que gera grandes vazios, fato constatado através da baixa densidade demográfica (população relativa), o aumento no índice de imigração, as especificidades da população, a mudança cultural e comportamental das gerações, as demandas por novos de serviços de saúde, os recursos insuficientes, a infraestrutura de saúde no estado e a organização dos serviços foram temas abordados e amplamente discutidos para o processo de estabelecimento de prioridades para o próximo período.

A compreensão desse contexto contribuiu para a elaboração de diretrizes, objetivos e metas para o período de 2020-2023, implantadas a partir de projetos e ações estratégicas, sempre com o objetivo de promover saúde enfrentando o imenso desafio de desencadear um amplo processo que inclui atuações intersetoriais, articulação de parcerias e participação popular, visando a garantia de acesso.

Tabela 125 – Diretriz de Ações de Promoção à Saúde

DIRETRIZ 1: GARANTIR AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE, POR MEIO DO FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO 1.1: *Ampliar o acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde*

	META	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR
1	Aumentar em 400% o número de teleconsultorias em relação ao ano de 2017	Porcentagem	2017 (133)	532	Número absoluto de teleconsultorias realizadas

2	Aumentar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos para 0,65 até 2023.	Razão	2018 (0,55)	0,65	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.
3	Ampliar a razão de exames mamografia para 0,34 até 2023	Razão	2018 (0,18)	0,34	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
4	Ampliar a cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Primária para 82% até 2023	Porcentagem	2018 (78%)	82	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Primária
5	Ampliar a cobertura de Estratégia Saúde da Família em 5%	Porcentagem	2018 (77,12%)	82,12	Percentual de cobertura da população por equipes da Estratégia Saúde da Família
6	Manter o cofinanciamento para apoio às ações estratégicas de Atenção Primária nos 79 municípios	Unidade	2018 (79)	79	Número de municípios apoiados
7	Implementar as Políticas de Promoção da Equidade no cuidado à saúde das populações: negra, indígenas, quilombolas e outros grupos vulneráveis	Unidade	2018 (1)	1	Política de Promoção da Equidade implementada
8	Executar 100% das ações programadas em políticas de saúde prioritárias com vistas à garantia da promoção da Atenção Primária à Saúde (vigilância alimentar e nutricional, saúde bucal, saúde da criança, da mulher, do homem, do adolescente, idoso, população privada de liberdade, além das diversidades, inclusive de gênero e sociais)	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações de políticas de saúde prioritárias programadas e executadas

DIRETRIZ 1: GARANTIR AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE, POR MEIO DO FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO 1.2: Garantir a transversalidade das ações de Vigilância na Atenção à Saúde

META	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO	INDICADOR

				2020-2023	
1	Ampliar em 50% o número de hospitais notificantes de eventos adversos no sistema NOTIVISA	Unidade	2018 (10)	15	Número absoluto de hospitais notificantes no sistema NOTIVISA
2	Monitorar 100% das ações de Vigilância em Saúde nos serviços de saúde, visando a segurança do paciente e a qualidade dos serviços prestados à população	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações monitoradas
3	Encerrar 80% dos casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) em até sessenta dias no SINAN	Porcentagem	2018 (60,30%)	80	Percentual de registros de DCNI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias
4	Manter 100% das estratégias voltadas à redução dos riscos e agravos à saúde com integração entre Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de estratégias implementadas
DIRETRIZ 1: GARANTIR AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE, POR MEIO DO FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE					

OBJETIVO 1.3 : Qualificar as ações de Vigilância em saúde

META		UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR
1	Alcançar o percentual de 75% das vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação das crianças menores de dois anos de idade	Porcentagem	2018 (49,36%)	75	Percentual de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade - PENTAVALENTE (3ª dose), PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE (2ª dose), POLIOMIELITE (3ª dose) e TRÍPLICE VIRAL (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.
2	Realizar ações voltadas ao controle de vetores e vigilância epidemiológica das arboviroses, leishmaniose, bem como capacitações, supervisões, apoio logístico com máquinas de UBV, insumos para tratamento dos pacientes, apoio ao projeto wolbachia,	Unidade	2018 (4)	6	Números de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura

	atingir pelo menos, 6 ciclos de visitas domiciliares de cobertura de imóveis visitados pelo controle das arboviroses, com 80% de cobertura em cada ciclo, visando ampliar a capacidade de resposta dos municípios às emergências em saúde pública.				
3	Assegurar 100% das ações de redução dos riscos, doenças e agravos de relevância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador por meio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância em saúde nas 4 macrorregiões de saúde	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual das ações programadas e realizadas nas macrorregiões de saúde
4	Manter no mínimo 86% de contatos intradomiciliares examinados dos casos novos de hanseníase	Porcentagem	2017 (85%)	86	Percentual de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseniase examinados
5	Atender os 79 municípios do estado com cofinanciamento para apoio às ações de Vigilância em Saúde	Unidade	2018 (79)	79	Número de municípios apoiados
6	Assegurar 90% dos municípios realizando notificações dos casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho no SINAN	Porcentagem	2018 (88,61)	90	Percentual de municípios com casos notificados de doenças ou agravos relacionados ao trabalho no SINAN
7	Implementar 100% das ações de Saúde do Trabalhador 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).	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações implementadas
8	Implementar ações que garantam o papel do LACEN como instrumento da qualificação das ações de Vigilância em Saúde	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual da produção das análises laboratoriais de interesse à saúde pública
9	Ampliar em 20% o número de municípios supervisionados em laboratórios públicos e/ou conveniados ao SUS que realizam exames de Vigilância no estado	Unidade	2018 (11)	14	Número de municípios supervisionados na rede de laboratórios públicos e ou conveniados ao SUS
10	Ampliar em 100% as notificações de Intoxicação por Agrotóxicos	Unidade	2018 (257 notificações)	514	Número de notificações de intoxicações por agrotóxicos: de uso agrícola, doméstico, saúde

					pública, raticida e produto veterinário
11	Monitorar a qualidade da água para consumo humano, atingindo 90% em relação à presença de coliformes totais	Porcentagem	2018 (57,97%)	90	Percentual de análise realizadas para o parâmetro coliforme total em água para consumo humano
12	Reduzir em 15% os casos novos de sífilis em menores de 1 ano até 2023	Unidade	2018 (321)	273	Número de casos novos de sífilis congênita em < de 1 ano
13	Monitorar e responder a 100% dos eventos de interesse em Saúde Pública prioritários notificados ao CIEVS	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de eventos monitorados e respondidos
DIRETRIZ 1: GARANTIR AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE, POR MEIO DO FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE					

OBJETIVO 1.4 : Reduzir a mortalidade materna e infantil

META		UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR
1	Reduzir a taxa de mortalidade infantil para 8,8 por 1000 nascidos vivos até 2023	Taxa	2018 (11,42)	8,8	Taxa de mortalidade infantil
2	Reduzir a razão da mortalidade materna em 10%, até 2023	Razão	2018 (29)	26	Razão da mortalidade materna
DIRETRIZ 1: GARANTIR AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE, POR MEIO DO FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE					
OBJETIVO 1.5 : Reduzir a mortalidade prematura por complicação de condições crônicas					
META		**UNIDADE DE MEDIDA**	**LINHA DE BASE**	**META PLANO 2020-2023**	**INDICADOR**
1	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) em 10%, até 2023	Porcentagem	2018 (307,62)	10	Taxa de mortalidade prematura de 30 a 69 anos nos principais grupos de doenças crônicas
2	Apoiar a busca ativa de pelo menos 80% dos contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos	Porcentagem	2018 (62%)	80	Percentual de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados

DIRETRIZ 1: GARANTIR AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE, POR MEIO DO FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO 1.6 : Reduzir a mortalidade por causas externas

	META	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR
1	Executar minimamente 75% das ações de saúde previstas nos Projetos de Promoção à Cultura da Paz e de Prevenção da Violência (Suicídio, Vida no Trânsito, combate ao Feminicídio entre outros)	Porcentagem	2018 (0)	75	Percentual de execução de ações programadas nos planos de enfrentamento às causas externas

Tabela 126 – Diretriz de Regionalização

DIRETRIZ 2: GARANTIR A REGIONALIZAÇÃO, ASSUMINDO SEU PAPEL NO PROCESSO, VISANDO O DIREITO À SAÚDE

OBJETIVO 2.1 : Qualificar a Política Hospitalar definindo o papel dos hospitais de maneira regionalizada

	META	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR
1	Estimular a implantação em 100% das unidades hospitalares o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	Unidade	2018 (42)	103	Número de unidades hospitalares com NSP implantados
2	Aprimorar continuamente o atendimento à comunidade, assegurando qualidade nos serviços prestados pelo Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS	Taxa	2018 (80%)	≥ 80%	Taxa de satisfação do Usuário ≥ 80%
3	Garantir o cumprimento de no mínimo 81% das metas quantitativas e qualitativas do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS, pactuadas no Documento Descritivo com o gestor municipal	Taxa	2018 (81%)	≥ a 81%	Taxa de cumprimento de metas ≥ a 81%

4	Assegurar 100% das unidades hospitalares contratualizadas conforme a política estadual da Atenção Hospitalar do Estado de Mato Grosso do Sul	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de hospitais contratualizados na política estadual da Atenção Hospitalar do Estado de Mato Grosso do Sul
5	Apoiar tècnica e financeiramente o processo de aprimoramento da Gestão Hospitalar	Unidade	2018 (1)	1	Processo de Gestão Hospitalar apoiado
6	Instituir Política Estadual da Atenção Hospitalar no Estado de Mato Grosso do Sul	Unidade	2018 (0)	1	Política Estadual da Atenção Hospitalar publicada
7	Manter o apoio técnico e financeiro às unidades de saúde para que cumpram seu papel na rede de assistência	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de unidades de saúde apoiadas

DIRETRIZ 2: GARANTIR A REGIONALIZAÇÃO, ASSUMINDO SEU PAPEL NO PROCESSO, VISANDO O DIREITO À SAÚDE

OBJETIVO 2.2 : Fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica

META		UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR
1	Assegurar 100% do fornecimento dos medicamentos estratégicos, básicos e especializados conforme normas vigentes	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de fornecimento dos medicamentos estratégico

					s, básicos e especializados
2	Implementar a Política de Assistência Farmacêutica no estado de Mato Grosso do Sul	Unidade	2018 (1)	1	Política de Assistência Farmacêutica implementada
3	Atender os 79 municípios do estado com repasse de recursos financeiros pactuados referente ao componente de farmácia básica	Unidade	2018 (79)	79	Número de municípios apoiados
4	Fortalecer o processo de compras compartilhadas de medicamentos via Consórcio Interestadual de Desenvolvimento do Brasil Central	Unidade	2018 (0)	1	Processo de compras fortalecido
5	Promover a adequação estrutural de 09 Núcleos Regionais de Saúde (NRS) para atender a assistência farmacêutica até 2023	Unidade	2018 (0)	9	Número de NRS adequados estruturalmente para a assistência farmacêutica
6	Mapear 100% dos processos de medicamentos na cadeia logística	Porcentagem	2018 (0)	100	Percentual de processos mapeados na cadeia logística

DIRETRIZ 2: GARANTIR A REGIONALIZAÇÃO, ASSUMINDO SEU PAPEL NO PROCESSO, VISANDO O DIREITO À SAÚDE

OBJETIVO 2.3 : Ampliar e melhorar o acesso às ações e serviços de saúde de forma regionalizada e equânime

META	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR
1 Assegurar 100% da oferta de hemocomponentes, assistência hemoterápica e hematológica à população do estado de Mato Grosso do Sul	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de oferta assegurada

2	Reestruturar a Hemorrede do Estado do Mato Grosso do Sul até 2023	Unidade	2018 (1)	1	Hemorrede reestruturada
3	Aumentar em 20% os procedimentos ambulatoriais de média complexidade até 2023	Unidade	2018 (18.005.725)	21.606.870	Total de procedimentos ambulatoriais de média complexidade executados
4	Reduzir 10% as internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) até 2023	Unidade	2018 (33.106)	29.795	Número absoluto de internações por condições sensíveis à Atenção Primária
5	Assegurar o acesso da população à assistência e aos serviços de saúde especializados com demanda reprimida , reorganizando e utilizando os serviços e estruturas existentes nas 4 Macrorregiões de Saúde	Unidade	2018 (4)	4	Serviços assegurados nas 4 Macrorregiões de Saúde
6	Implantar estratégias integradas de atenção e vigilância em saúde nos municípios de fronteira	Municípios	2018 (0)	2	Número de estratégias integradas de atenção e vigilância em saúde implantadas nos municípios de fronteira
7	Manter o apoio técnico e financeiro no atendimento pré-hospitalar e às urgências através da articulação entre a gestão municipal e estadual nas 4 Macrorregiões de Saúde	Unidade	2018 (4)	4	Macrorregiões de Saúde apoiadas

8	Apoiar 100% das ações de Gestão do Cuidado em âmbito estadual nas 4 Macrorregiões de Saúde	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações Gestão do Cuidado apoiadas
9	Assegurar que 100% das ações relacionadas à captação e transplante de órgãos e tecidos no estado sejam realizadas	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações programadas e realizadas
10	Apoiar 100% as ações que visem a redução das demandas assistenciais de atenção hospitalar especializada, com base nas necessidades regionais.	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações apoiadas que visem a redução das demandas assistenciais
11	Assegurar o atendimento de 100% das solicitações de Tratamento Fora do Domicílio – TFD, conforme critérios regulamentados	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de solicitações atendidas
12	Atualizar a Programação de Ações e Serviços de Saúde da Assistência de Média e Alta Complexidade	Unidade	2018 (1)	4	Programação de Ações e Serviços de Saúde da Assistência de Média e Alta Complexidade atualizada
13	Criar 502 novos leitos hospitalares estaduais até 2023	Unidade	2018 (399)	502	Número absoluto de novos leitos hospitalares criados
14	Executar o Plano de Reforma e Ampliação do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS	Unidade	2018 (0)	1	Plano de reforma e ampliação concluído

15	Executar o Plano de estruturação das Unidades de Atenção Especializada em Saúde	Unidade	2018 (0)	1	Plano de estruturação concluído

Tabela 127 – Diretriz de Implementação de Organização de Assistência Especializada e Hospitalar

DIRETRIZ 3: IMPLEMENTAR A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA E HOSPITALAR, POR MEIO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVO 3.1 : Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde por meio da regionalização

	META	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR
1	Implementar as ações propostas na Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental, com articulação de diversos pontos de atenção a Saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso/ abuso/dependência de crack, álcool e outras drogas nas 4 Macrorregiões de Saúde	Unidade	2018 (4)	4	Número de macrorregiões com ações implementadas
2	Manter apoio aos 79 municípios do Estado com cofinanciamento para as ações das Redes de Atenção à Saúde	Unidade	2018 (79)	79	Número de municípios apoiados
3	Apoiar a implantação/implementação e qualificação das Redes de Atenção a Saúde (RAS) nas 4 Macrorregiões de Saúde	Unidade	2018 (4)	4	Macrorregiões apoiadas
4	Coordenar 100% das ações das Redes de Atenção à Saúde em âmbito estadual nas 4 Macrorregiões de Saúde	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações das Redes de Atenção à Saúde coordenadas

DIRETRIZ 3: IMPLEMENTAR A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA E HOSPITALAR, POR MEIO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVO 3.2 : Desenvolver o planificaSUS como estratégia de qualificação dos processos de gestão em saúde de maneira integrada

META	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO	INDICADOR

				2020-2023	
1	Implantar a metodologia do Planificasus nas 04 macrorregiões de saúde do Estado	Unidade	2018 (0)	4	Número de macrorregiões com metodologia Planifica/SUS implantada/RAS

Tabela 128 – Diretriz de Implementação de Ação de Gestão Própria nos Serviços de Saúde Pública

DIRETRIZ 4: IMPLEMENTAR AÇÕES ATRAVÉS DE GESTÃO PRÓPRIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS DE MATO GROSSO DO SUL

OBJETIVO 4.1 : Aprimorar a execução das políticas de saúde com os municípios para qualificar o acesso aos serviços de saúde

	META	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR
1	Promover a adoção de estratégias inovadoras que voltem-se a melhorar a efetividade das ações e serviços de saúde nas Macrorregiões de Saúde	Unidade	2018 (0)	4	Número absoluto de estratégias inovadoras desenvolvidas
2	Fortalecer a relação interfederativa garantindo a governança regional em 100% das Macrorregiões de Saúde	Unidade	2018 (4)	4	Macrorregiões de Saúde com governança regional fortalecida
3	Apoiar e integrar 100% das ações e os serviços de saúde em âmbito municipal, estadual e regional, promovendo atenção à saúde com qualidade e resolutividade no acesso.	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações apoiadas e integradas

DIRETRIZ 4: IMPLEMENTAR AÇÕES ATRAVÉS DE GESTÃO PRÓPRIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS DE MATO GROSSO DO SUL

OBJETIVO 4.2 : Qualificar a Gestão da Saúde

META	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR

1	Estruturar 09 Núcleos Regionais de Saúde (NRS) até 2023	Unidade	2018 (0)	9	Número de NRS estruturados
2	Assegurar a implantação de 04 estratégias de fortalecimento dos canais de comunicação entre os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), equipamentos estaduais e SES	Unidade	2018 (0)	4	Número de estratégias implantadas
3	Assegurar 100% do direito ao acesso à saúde, cumprindo de maneira ágil e oportuna as demandas judiciais	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações judiciais demandadas e atendidas
4	Coordenar o processo de Planejamento Regional Integrado - PRI no estado de Mato Grosso do Sul	Unidade	2018 (0)	1	Processo de PRI coordenado
5	Apoiar tecnicamente 100% dos municípios para utilização do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de municípios apoiados
6	Coordenar o processo de elaboração, monitoramento e avaliação de 100% dos Instrumentos de Planejamento do SUS	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de instrumentos coordenados
7	Assegurar 100% do apoio administrativo necessário para o desenvolvimento das atividades da SES	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de apoio administrativo assegurado
8	Assegurar 100% dos serviços próprios de saúde em funcionamento	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de serviços próprios de saúde estaduais funcionando regularmente
9	Implantar a gestão da inteligência estratégica no âmbito da SES	Unidade	2018 (0)	1	Sala de gestão estratégica implantada

Tabela 129 – Diretriz de Ampliação de Capacidade de Monitoramento, Avaliação e Controle Público

DIRETRIZ 5: AMPLIAR A CAPACIDADE DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E CONTROLE PÚBLICO, VISANDO A GESTÃO POR RESULTADOS

OBJETIVO 5.1 : Qualificar as ações de Regulação, Contratualização, Monitoramento, Avaliação e Auditoria

META	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO	INDICADOR

				2020-2023	
1	Realizar 100 % das visitas técnicas de acompanhamento das metas contratualizadas ou contratadas com os estabelecimentos de saúde sob gestão estadual.	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de visitas técnicas realizadas.
2	Realizar o controle da produção ambulatorial (revisão, autorização e processamento) em 100% dos estabelecimentos de saúde próprios, contratualizados ou contratos sob gestão estadual.	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de atividades de controle da produção ambulatorial realizadas.
3	Realizar o controle da produção de internação hospitalar (revisão, autorização e processamento) em 100% dos estabelecimentos de saúde próprios, contratualizados ou contratos sob gestão estadual.	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de atividades de controle de internação hospitalar realizadas.
4	Atender 100% das solicitações demandadas pelas Secretarias Municipais da Saúde e pelos hospitais vinculados ao SUS, para a capacitação de servidores/colaboradores quanto à operacionalização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIA, SIH e SCNES).	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de capacitações realizadas.
5	Realizar avaliação de programas ou políticas de saúde desenvolvidas no âmbito estadual em uma das 04 (quatro) áreas: Saúde Mental, Oncologia, Terapia Renal Substitutiva, Odontologia Especializada ou Reabilitação Especializada	Unidade	2018 (0)	4	Número de programas ou políticas de saúde avaliados
6	Realizar avaliação da prestação de contas em 100% dos Contratos de Gestão firmados pela SES com prestadores de serviços de saúde	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de prestações de contas avaliadas
7	Realizar 100% das fases de auditoria, conforme a singularidade da ação.	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de fases de auditorias realizadas.
8	Capacitar 100% dos servidores da CECAA, objetivando o desenvolvimento e a valorização do capital intelectual dos servidores.	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de servidores capacitados

9	Realizar Encontros da Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria da DGCSUS.	Unidade	2018 (4)	4	Número de encontros realizados.
10	Assegurar 100% das condições operacionais na execução das atividades da CECAA-DGCSUS e demandas extraordinárias.	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de atividades executadas
11	Implementar a Política Estadual de Regulação	Unidade	2018 (1)	1	Política Estadual de Regulação implementada

Tabela 130 – Diretriz de Implementação de Ações de Participação e Controle Social no SUS

DIRETRIZ 6: GARANTIR E IMPLEMENTAR AÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS					
OBJETIVO 6.1: Fortalecer a Gestão Participativa e o Controle Social no SUS					
	META	**UNIDADE DE MEDIDA**	**LINHA DE BASE**	**META PLANO 2020-2023**	**INDICADOR**
1	Apoiar 100% da realização das Conferências Municipais de Saúde	Porcentagem	2019 (100%)	100	Percentual de Conferências Municipais de Saúde apoiadas pelo CES/SES)
2	Realizar 100% das Conferências e Plenárias em Saúde	Unidade	2018 (100)	100	Percentual de Conferencias e Plenárias realizadas
3	Assegurar 100% de participação em eventos pertinentes ao controle e a participação social no nível Municipal, Estadual e Nacional, conforme agenda do Ministério da Saúde, Conselhos de Saúde e órgãos afins.	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de participação em enventos assegurada
4	Manter 100% do funcionamento do Conselho Estadual de Saúde nas ações de Controle Social	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações de Controle Social realizadas
DIRETRIZ 6: GARANTIR E IMPLEMENTAR AÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS					

OBJETIVO 6.2 : Fortalecer a ouvidoria do SUS

META		UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR
1	Ampliar os canais de escuta para a sociedade com implantação/implementação e qualificação de Ouvidorias em 79 municípios do Estado	Unidade	2018 (36)	79	Percentual de Ouvidorias Municipais implantadas/implementadas e qualificadas.
2	Coordenar 100% das ações para o efetivo funcionamento do Serviço Estadual de Ouvidoria	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações de ouvidoria coordenadas

Tabela 131 – Diretriz de Implementação das Políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

DIRETRIZ 7: GARANTIR A IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

OBJETIVO 7.1 : Implementar a política de gestão do trabalho e educação na saúde

META		UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2020-2023	INDICADOR
1	Promover 100% das ações de Educação Permanente no SUS para qualificar os profissionais no período de 2020 a 2023	Porcentagem	2018 (100%)	100	Percentual de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas
2	Realizar um (01) concurso público para reestruturar 100% da necessidade do corpo técnico da rede estadual de saúde	Unidade	2018 (0)	1	Número de concurso realizado
3	Implementar na sua totalidade, o Plano de Cargos Carreiras e Salário PCCS, Lei 5.175/2018 para os trabalhadores estaduais do Sistema Único de Saúde	Unidade	2018 (1)	1	Plano de Cargos Carreiras e Salário PCCS atualizado

6.1. Monitoramento e Avaliação

A fim de alcançar os objetivos e metas constantes neste plano, é imprescindível estabelecer um sistema de monitoramento e avaliação que permita acompanhar a execução das ações e indique os ajustes necessários durante o processo, de modo que haja uma otimização do trabalho e do uso dos insumos e recursos.

Parte-se aqui, do pressuposto de que a avaliação não é uma mera etapa formal a ser realizada ao final da execução do plano. Antes, concorda-se com Pisco apud Carvalho et al, quando afirma que a avaliação é, pois, um poderoso instrumento de mudança, que não deve ser visto como uma ameaça, mas sim como um incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade (2012, p. 905).

Considera-se o estabelecido no Manual de Planejamento do SUS (Brasil. Ministério da Saúde, 2015) que confirma o processo de planejamento articulado ao Monitoramento e a Avaliação, não consistindo apenas no exercício de programação de metas futuras, mas também em uma ação estratégica da Gestão Pública com o objetivo de orientar e reorientar programas e projetos governamentais de forma a ampliar a efetividade das ações nas Políticas Públicas, contribuindo para o aperfeiçoamento da Gestão do SUS.

Destaca-se a relevância de instrumentos previstos na política de planejamento do SUS, que permitem realizar essa avaliação de processo, conforme as normas do Ministério da Saúde expressas nas portarias GM n.º 3.085, de 01 de dezembro de 2006, que dispõe sobre o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS); e GM n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos de planejamento, como a Programação Anual de Saúde - PAS (apresenta um detalhamento das ações a serem desenvolvidas a cada ano, e é avaliada quadrimestralmente); os Relatórios

Detalhados Quadrimestrais - RDQ (onde os atores, desde o nível local até o nível central da SMS, podem monitorar os resultados parciais do que foi planejado); e o Relatório Anual de Gestão - RAG.

Para a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, responsável pela elaboração e execução deste Plano, o Monitoramento e Avaliação são parte de um ciclo que envolve todo o planejamento. O primeiro deles compreende o acompanhamento constante das metas e indicadores, que expressam as Diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período.

Desta forma, o processo de monitoramento deste plano será através de:

- Relatório Quadrimestral (RDQ) e Relatório Anual de Gestão (RAG).
- Plataforma DigiSUS- módulo planejamento.
- Audiências Públicas realizadas quadrimestralmente nos meses de fevereiro/maio/setembro.
- Reuniões periódicas com a equipe de trabalho visando repasse de informações sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, os indicadores e resultados obtidos, entre outros monitoramentos que se mostrarem pertinentes.

O segundo o processo é o de avaliação, para o qual foram estabelecidos indicadores de monitoramento. O indicador é uma variável, característica ou atributo que é capaz de sintetizar, representar ou dar maior significado ao que se quer monitorar ou avaliar. Deve ser utilizado como ferramenta de mensuração que possibilite observar as mudanças efetivas nos processos e nos resultados, por meio do estabelecimento de ações e metas prioritárias que garantam a melhoria contínua e gradativa de uma situação ou agravo. Existem diversos tipos de indicadores, mas para efeito de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde

2020-2023, serão adotados Indicadores de resultados, expressos para cada meta estabelecida neste plano.

Lista de Siglas

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 de Saúde Pública
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da 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