



REDE ALYNE
MATO GROSSO DO SUL

Plano de Ação Regional

**Rede Alyne
Mato Grosso do Sul**

► 1. GOVERNANÇA DA REDE ALYNE

A governança da Rede Alyne em Mato Grosso do Sul está estruturada com base em instâncias institucionais e técnicas que asseguram a coordenação estadual e o apoio à implementação da rede nos territórios. A seguir, apresenta-se a composição atual:

- **Secretário Estadual de Saúde:**
Maurício Simões Correa
Contato: (67) 3318-1720
- **Secretária Adjunta de Saúde**
Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves
Contato: (67) 3318-1720
- **Superintendente de Atenção Primária à Saúde:**
Karine Cavalcante da Costa
Contato: (67) 3318-1623
- **Superintendente de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**
André Vinicius Batista de Assis
Contato: (67) 3318-1649
- **Coordenadora da Saúde da Mulher, Criança e Maternidade:**
Andriely Gomes dos Santos
Contato: (67) 3318-1667
- **Gerente da Rede Alyne:**
Renata Menezes Meireles
Contato: (67) 3318-1667
- **Áreas Técnicas Responsáveis pela Coordenação da Rede Alyne:**
 - Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS)
 - Coordenadoria de Saúde da Mulher, Criança e Maternidade (COSAM)
 - Gerência da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil (GRA)
- **Grupo Condutor Estadual da Rede Alyne:**
 - Resolução nº. 180/CIB/SES - Aprova a composição do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCE-RC)
 - Resolução nº. 181/CIB/SES - Aprova o Regimento Interno do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCE-RC) de Mato Grosso do Sul.

- **Comitê Executivo da Governança das RAS por Macrorregião de Saúde:**

Estrutura atualmente inexistente.

- **Espaços de Articulação da Rede Alyne no Território:**

- Comitê de Governança da Secretaria Estadual de Saúde
- Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil (CEPMMFI-MS)
- Conselho Estadual de Saúde
- Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
- Comissão Intersectorial de Saúde das Mulheres
- Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM)
- Núcleo Institucional de Promoção e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (NUDECA)
- Grupo Condutor da Rede Alyne do município de Campo Grande
- Grupo Condutor da Rede Alyne do município de Dourados
- Centro Estadual de Cidadania LGBTQIA+
- Outros espaços de articulação em desenvolvimento, com previsão de fortalecimento e expansão nas demais regiões do estado.

► **2. MARCOS LEGAIS**

A construção e implementação do Plano de Ação da Rede Alyne devem estar fundamentadas em um conjunto robusto de marcos legais e normativos que orientam a organização da atenção materna e infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, considerando os principais dispositivos legais, incluindo as portarias específicas da Rede Alyne, legislações anteriores ainda vigentes, políticas públicas correlatas e normativas estaduais de Mato Grosso do Sul, que asseguram a integralidade, a equidade e a qualidade da atenção à saúde de gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças:

Portaria de Consolidação nº 03/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 – Anexo II: dispõe sobre a Rede Cegonha, originalmente instituída pela Portaria GM/MS nº 1.459/2011, cujos princípios orientam parte da organização da atenção à saúde materna e infantil no SUS.

Portaria GM/MS nº 5.349, de 19 de dezembro de 2024 – Institui a Rede de

Atenção Materna e Infantil – Rede Alyne, em substituição à Rede Cegonha, estabelecendo seus objetivos, componentes, diretrizes de atenção, critérios de habilitação dos serviços e mecanismos de monitoramento e avaliação.

Portaria GM/MS nº 5.350, de 19 de dezembro de 2024 – Define os critérios de habilitação e financiamento dos componentes da Rede Alyne, organizando a estrutura dos serviços de atenção materna e infantil no território nacional.

Portaria GM/MS nº 254, de 31 de janeiro de 2002 e Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007 – Tratam da atenção à saúde dos povos indígenas, estabelecendo as responsabilidades dos entes federados.

Portaria GM/MS nº 3.265, de 1 de dezembro de 2017 – Dispõe sobre a ampliação do acesso ao DIU TCu 380A (cobre) no SUS.

Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 – Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

Portaria GM/MS nº 11, de 7 de janeiro de 2015 – Redefine as diretrizes para implantação e habilitação dos Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS.

Portaria GM/MS nº 1.153, de 22 de maio de 2014 – Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Portaria GM/MS nº 1.020, de 29 de maio de 2013 – Estabelece diretrizes para organização da atenção à gestação de alto risco e define os critérios de habilitação dos serviços de referência, incluindo a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)

Portaria GM/MS nº 930, de 10 de maio de 2012 – Define diretrizes para atenção humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de habilitação de leitos de unidade neonatal.

Portaria GM/MS nº 2.836, de 2 de dezembro de 2011 – Institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, garantindo o acesso universal e igualitário à saúde da população LGBT no SUS.

Portaria GM/MS nº 2.866, de 2 de janeiro de 2011 – Institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, com foco nas especificidades de gênero, raça, etnia e orientação sexual.

Lei Estadual nº 5.217, de 26 de junho de 2018 (MS) – Dispõe sobre medidas de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul.

Lei Estadual nº 2.576, de 19 de dezembro de 2022, a qual dispõe sobre a

Política de Aleitamento Materno para o Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências.

Resolução N. 180/CIB/SES de 23 de agosto de 2023, que aprovou a composição do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCE-RC).

Resolução CIB/SES/MS nº 018, de 30 de junho de 2016 – Aprova o Protocolo de Atendimento à Gestante, Puérpera e Recém-Nascido em Mato Grosso do Sul.

Resolução Nº 039/SES/MS/13 de 06 de junho de 2013, que reestrutura o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de Mato Grosso do Sul.

Resolução COFEN Nº 690/2022, a qual normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.

Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, Ministério da Saúde, 2012 – Instrumento normativo para rastreamento precoce de perda auditiva em recém-nascidos.

Política Nacional de Humanização em Saúde, Ministério da Saúde, 2003 – Fundamenta a atenção humanizada e centrada na pessoa no SUS, especialmente relevante nos componentes da Rede Alyne.

Resolução N. 90/SES de 02 de agosto de 2022, que padroniza os instrumentos de estratificação de risco gestacional e de crianças na APS para toda a Rede de Atenção à Saúde no âmbito estadual.

Resolução N.59/SES/MS, de 28 de julho de 2023, a qual institui o Ipê Branco, Tabebuia róseo-alba, como árvore símbolo do aleitamento materno no Estado de Mato Grosso do Sul.

Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a Rede Alyne, e incorporando os elementos da Rede Cegonha (Consolidação nº 03/GM/MS, de 28/09/2017, Anexo II) e adequando à nova conformação da Rede Alyne conforme os avanços legais e conceituais mais recentes:

A Rede Alyne é sustentada pelos seguintes princípios:

- Integralidade do cuidado à saúde da mulher, gestante, parturiente, puérpera e da criança, considerando suas especificidades e necessidades

em todas as fases do ciclo reprodutivo e de vida;

- Regionalização e hierarquização dos serviços, com definição clara de fluxos assistenciais e responsabilidades entre os pontos de atenção;
- Equidade, com ênfase na superação das desigualdades sociais, étnico-raciais e territoriais que impactam os indicadores de saúde;
- Humanização do cuidado, com centralidade na pessoa, respeito à dignidade, à autonomia e às escolhas das mulheres;
- Participação social, assegurando o controle social e a escuta qualificada das usuárias na formulação, monitoramento e avaliação das ações;
- Responsabilização e corresponsabilização entre gestores e profissionais de todas as esferas do SUS, com base na pactuação interfederativa;
- Transparência e uso de evidências, orientando o planejamento, o monitoramento e a tomada de decisão com base em dados confiáveis;
- Valorização da autonomia das mulheres em todas as etapas do cuidado, especialmente no que diz respeito à sua saúde sexual e reprodutiva.

A operacionalização da Rede Alyne abrange diretrizes que garantem a qualidade e continuidade do cuidado, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 5.350/2024:

- Acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade em todos os pontos de entrada do sistema, com foco na ampliação do acesso e na melhoria da qualidade da atenção pré-natal;
- Vinculação precoce da gestante à unidade de referência para o parto, com garantia de transporte seguro e acesso tempestivo, respeitando as particularidades regionais e socioculturais;
- Promoção de boas práticas e segurança do cuidado no parto e nascimento, conforme diretrizes da humanização, da medicina baseada em evidências e da atenção centrada na mulher e no recém-nascido;
- Atenção integral à saúde da criança de 0 a 24 meses, incluindo triagens neonatais, crescimento e desenvolvimento, imunizações e manejo adequado de agravos prevalentes na infância;
- Acesso garantido ao planejamento reprodutivo, com oferta de métodos contraceptivos de curta e longa duração, acolhimento qualificado e respeito à decisão das mulheres;

- Atenção especializada às intercorrências obstétricas e neonatais, com fluxos regulados e articulados entre unidades de retaguarda e de referência;
- Regulação, monitoramento e avaliação contínua da rede, com base em indicadores estratégicos e mecanismos de pactuação entre os entes federados;
- Formação e educação permanente das equipes, promovendo a qualificação técnica e a atualização contínua com base em evidências científicas, boas práticas e abordagens interdisciplinares.

► 3. CENÁRIO TERRITORIAL, POPULACIONAL E DIRETRIZES DE REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL

Localizado na região Centro-Oeste do Brasil, Mato Grosso do Sul faz fronteira com importantes centros econômicos e industriais da América Latina, como São Paulo, Paraná e Minas Gerais, além de estados vizinhos com destaque na produção agropecuária regional. Essa posição estratégica também o torna uma das principais portas de entrada para o MERCOSUL, com fronteiras internacionais com a Bolívia e o Paraguai, e conexões logísticas por meio de ferrovias, rodovias e hidrovias nos rios Paraná e Paraguai, que o interliga à Argentina e ao Uruguai.

Por situar-se no centro geográfico da América do Sul, o estado também representa um corredor fundamental das rotas bioceânicas, que visam conectar o oceano Atlântico ao oceano Pacífico.

A divisão territorial segue a classificação estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que considera múltiplos aspectos para representar a realidade estadual, abrangendo as dimensões física, urbana, rural, econômica, social e política, refletindo a complexa dinâmica socioespacial do território.

Dados relevantes da malha e estrutura territorial incluem:

- Extensão da 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

Com uma área total de 357.142,082 km², Mato Grosso do Sul estende-se até

as fronteiras internacionais com o Paraguai e a Bolívia ao sul e sudoeste, sendo parcialmente banhado pela bacia do Rio Paraguai. Ao norte, nordeste e leste, encontra-se sob a influência da bacia do Rio Paraná, limitando-se com os estados de Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, São Paulo e Paraná.

Seu território está inserido entre duas grandes bacias hidrográficas — a do Paraguai e a do Paraná — e é composto por duas regiões geográficas distintas: a planície pantaneira, marcada por vastas áreas alagadas e vegetação natural predominante, abrangendo cerca de 89 mil km²; e o planalto, caracterizado por intensa atividade antrópica, com uso intensivo de tecnologias agrícolas e pecuárias em grandes propriedades mecanizadas.

Historicamente, Mato Grosso do Sul era parte da região sul do antigo estado de Mato Grosso, até sua separação formalizada por meio da Lei Complementar de 11 de outubro de 1977 e efetivada em 1º de janeiro de 1979. Contudo, a ocupação da região remonta ao período colonial, antes mesmo da assinatura do Tratado de Madri, em 1750, quando o território passou ao domínio da Coroa Portuguesa. No século XVII, instalaram-se na área duas reduções jesuíticas — Santo Inácio de Caaguaçu e Santa Maria da Fé do Taré — voltadas à evangelização dos povos Guarani na região então chamada de Itatim. Parte do atual território estadual chegou a integrar a Amazônia Legal, cuja delimitação foi estendida ao sul após a criação do novo estado, de modo a garantir o acesso a benefícios fiscais concedidos àquela região.

Atualmente, sua estrutura político-administrativa é composta por 79 municípios e 85 distritos, organizados em torno de centros urbanos que exercem funções administrativas e de articulação regional.

3.1 FRONTEIRA

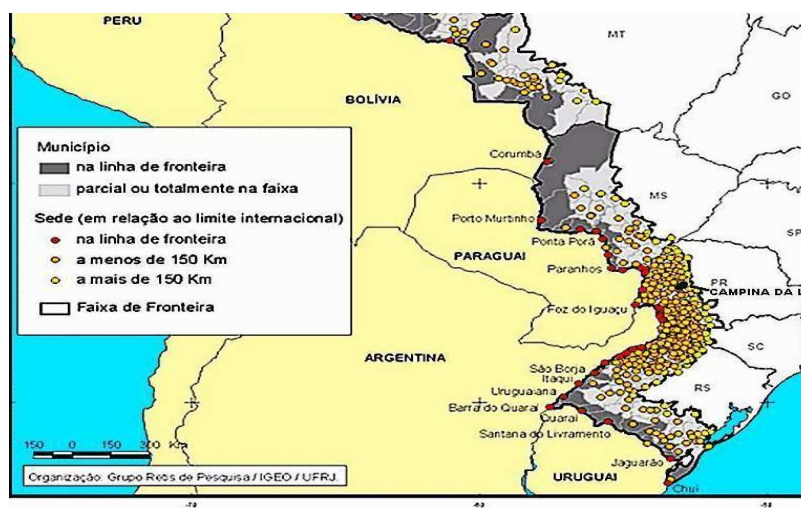
A faixa de fronteira brasileira representa aproximadamente 16,6% de todo o território nacional. Esse espaço compreende 588 municípios distribuídos por 11 estados, ao longo dos 15,9 mil quilômetros de limites territoriais com países da América do Sul, abrangendo uma área de 1,4 milhão de km², conforme dados do IBGE (2019).

No caso de Mato Grosso do Sul, dos 79 municípios existentes, 45 possuem total ou parcialmente seu território inserido nessa faixa de 150 km de largura que acompanha as fronteiras com o Paraguai e/ou a Bolívia. Essa área corresponde a

- Coronel Sapucaia, vizinha de Capitán Bado (Paraguai);
- Corumbá, que se conecta com Puerto Quijarro (Bolívia);
- Mundo Novo, que faz divisa com Salto del Guairá (Paraguai);
- Paranhos, fronteira com Ypejhú (Paraguai);
- Porto Murtinho, situada em frente a Capitán Carmelo Peralta (Paraguai);
- Ponta Porã, que se liga diretamente a Pedro Juan Caballero (Paraguai).

Essas cidades desempenham papel estratégico nas dinâmicas transfronteiriças e evidenciam, em escala local, os desafios e oportunidades da convivência entre países vizinhos, conforme ilustrado no mapa a seguir.

Figura 2 - Fronteira do Estado de Mato Grosso do Sul

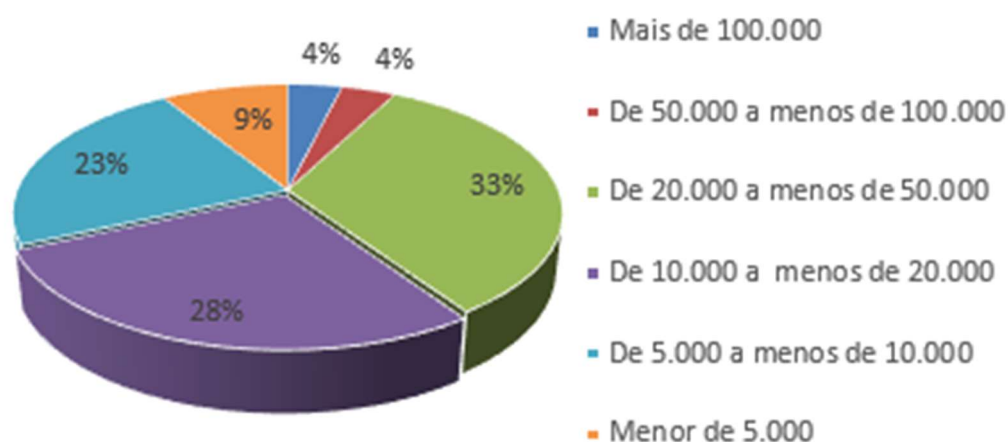


Fonte: <https://www.justica.gov.br/anexo-vii-lista-municipios-faixa-de-fronteira>. Acesso em março de 2019.

3.2 POPULAÇÃO

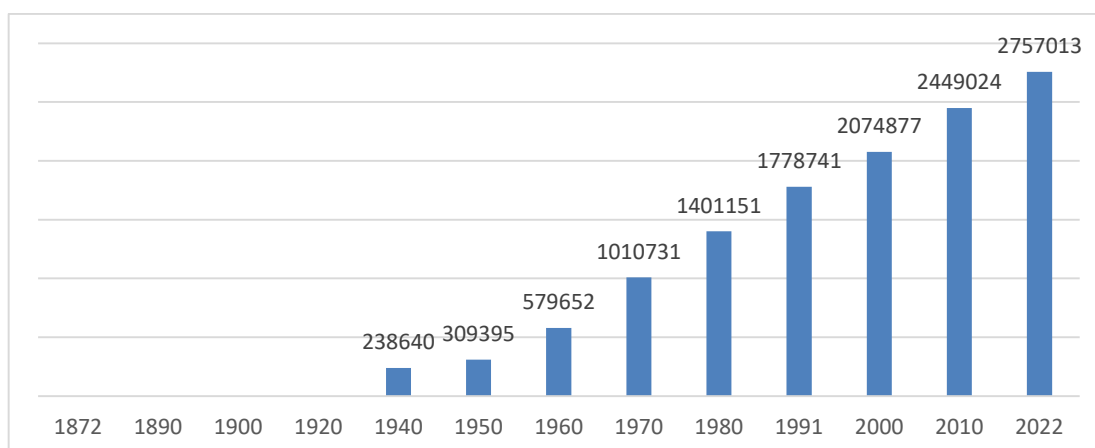
Mato Grosso do Sul possui 2.757.013 (IBGE, 2022) e tem a 7ª maior taxa de crescimento médio anual dos estados brasileiros, com 0,99% de avanço, enquanto a média brasileira foi de 0,52%.

Gráfico 1 - Número de cidades, segundo seus habitantes – IBGE 2022



Fonte: IBGE, 2022. Acessado em novembro de 2023.

Gráfico 2 - Visualização gráfica do crescimento populacional



Fonte: IBGE, 2022 (1) Censo Demográfico. (2) Contagem da População. Acesso em dezembro de 2023.

O Estado aumentou de 1,3% para 1,4% a participação populacional de MS em relação à população brasileira, acompanhando o crescimento da Região Centro-Oeste, que mostrou a maior taxa média de 1,2% de crescimento demográfico nos últimos 12 anos, como demonstrado no QUADRO a seguir:

Quadro 1 - População residente, 2010 e 2022

Censo Demográfico	2010	2022
Total População	2.449.024	2.757.013

Fonte: IBGE, 2022. Acessado em dezembro de 2023.

A distribuição da população sul-mato-grossense é marcada de um lado pela concentração na Capital, em Dourados e Três Lagoas, cidades do Estado que ultrapassaram a marca de 100 mil habitantes e, por outro, pela dispersão desta população. Quarenta e sete municípios têm população residente inferior a 20.000 pessoas, esses municípios somam uma área total de 140.984,94 km², significando 39,47% da área territorial do Estado.

No estado do Mato Grosso do Sul, 26 municípios possuem população situada na faixa intermediária, entre 20.000 e 50.000 habitantes.

Os dados evidenciam que, além da forte concentração populacional em um número reduzido de cidades, o estado apresenta vastas áreas com baixa densidade demográfica. Aproximadamente 55,12% de seu território possui menos de 3 habitantes por quilômetro quadrado — índice bastante inferior à já modesta média estadual de 7,24 hab/km², e significativamente mais baixo quando comparado à densidade de estados vizinhos.

Essa concentração populacional acompanha, de forma ainda mais acentuada, a distribuição da geração de riqueza no estado. Os vazios populacionais e econômicos que marcam o espaço geográfico sul-mato-grossense refletem disparidades regionais quanto à disponibilidade de recursos e oportunidades, gerando um cenário de desenvolvimento desigual entre os 79 municípios.

A superação dessas desigualdades regionais exige a formulação e implementação de estratégias sólidas de desenvolvimento, com ênfase na organização dos serviços por região e na consolidação de políticas públicas sustentáveis que tenham continuidade, independentemente das alternâncias nos governos locais.

Durante as últimas quatro décadas, o estado de Mato Grosso do Sul passou por importantes transformações socioeconômicas, que vão de uma estrutura produtiva de fornecedor de matéria-prima para o centro industrial brasileiro (São Paulo), para uma economia voltada ao mercado externo. Nesse processo, os movimentos populacionais e a distribuição espacial foram se consolidando, com diferentes intensidades, que definiram um estado mais urbanizado, mas que ainda tem importante representatividade da população rural.

No âmbito geral, a concentração da população rural foi diminuindo entre o período de 1970 e 2010, consolidando em torno de 15% correspondente à população

urbana, sendo que os municípios que permaneceram com concentração populacional urbana baixa, são pequenos, jovens e têm suas economias dependentes do agronegócio.

Quadro 2 - Distribuição da população urbana e rural - Mato Grosso do Sul – 1970/2022

Ano	Pop. Urbana	(%)	Pop. Rural	(%)	Pop. Total
1970	451.692	45,25	546.468	54,75	998.160
1980	919.256	67,11	450.513	32,89	1.369.769
1991	1.414.447	79,45	365.926	20,55	1.780.373
2000	1.747.106	84,08	330.895	15,92	2.078.001
2010	2.097.238	85,64	351.786	14,36	2.449.024
2022	2.368.274	85,90	388.739	14,10	2.757.013

Fonte: IBGE, 2023 (1) Censo Demográfico. (2) Contagem da População.

A proporção de mulheres e homens no estado do Mato Grosso do Sul 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 50,8%, em Mato Grosso do Sul é de 50,8%, como mostra a quadro a seguir. Nela, é possível ver a população do estado segundo o sexo, comparada com os dados da região Centro-Oeste e com a média nacional.



Quadro 3 - População segundo sexo, 2022

Sexo	Mato Grosso do Sul		Região Centro-Oeste	Brasil
	Nº de Pessoas	%	%	%
Mulheres	1.400.498	50,8	51	51,4
Homens	1.356.515	49,2	49	48,6
Total	2.757.013	100	100	100

Fonte: IBGE, 2022 acessado em dezembro de 2023.

A quadro a seguir fornece o panorama da população de acordo com a cor/raça. Percebe-se que o perfil encontrado em Mato Grosso do Sul, conforme censo 2022 apresentou uma mudança em sua estrutura e agora a população parda

apresenta a maior concentração com 47%, enquanto a população branca passou para a segunda posição com 42%, temos ainda em terceira posição com 6% da população declarada preta, 3% indígena e 1% amarela.

Quadro 4 - Mato Grosso do Sul – Composição étnica da população de Mato Grosso do Sul (em %) censo 2022

Etnias/Raças	Percentual
Pardos	47 %
Branco	42 %
Pretos	6 %
Indígenas	3 %
Amarelos	1 %

Fonte: IBGE, 2022 acessado em dezembro de 2023.

3.3 ROTAS ESTRATÉGICAS E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: DESAFIOS E RESPOSTAS DO SUS EM MATO GROSSO DO SUL

O Mato Grosso do Sul vive um momento singular de transformação social e econômica com o avanço de dois grandes eixos de desenvolvimento: a Rota da Celulose e a Rota Bioceânica. Esses projetos têm potencial de reconfigurar a dinâmica regional, impulsionar a economia, gerar empregos e, ao mesmo tempo, impor novos desafios ao sistema de saúde pública do estado.

A Rota da Celulose, concentrada em municípios como Ribas do Rio Pardo, Inocência, Água Clara, Três Lagoas, Bataguassu, Aparecida do Taboado, Selvíria e Paranaíba, tem promovido um expressivo crescimento populacional impulsionado por grandes empreendimentos florestais e industriais. A instalação de mega fábricas de celulose, como Arauco e Suzano, tem atraído milhares de trabalhadores para regiões anteriormente menos adensadas, o que exige uma resposta articulada da saúde pública frente ao aumento súbito da demanda.

Já a Rota Bioceânica, que irá conectar o Brasil aos portos do Norte do Chile, via Paraguai e Argentina, representa um corredor de integração logística internacional. Com sua passagem por mais de 20 municípios sul-mato-grossenses — incluindo Porto Murtinho, Jardim, Maracaju, Bonito, Nioaque, Sidrolândia, entre outros — a rota traz consigo desafios relacionados ao trânsito de pessoas, intercâmbio populacional, vigilância epidemiológica de fronteira e reorganização dos fluxos de atendimento em

saúde.

Diante desse cenário, a SES/MS tem adotado uma série de estratégias coordenadas e intersetoriais para preparar a rede de saúde estadual:

- Planejamento Regional Integrado

A SES tem promovido oficinas e encontros técnicos nos municípios diretamente impactados para apoiar a elaboração de diagnósticos situacionais participativos, com foco em infraestrutura, recursos humanos, equipamentos, serviços especializados e vigilância em saúde.

- Vigilância Epidemiológica e Sanitária Reforçada

Foram estruturadas ações voltadas à ampliação da capacidade de vigilância em saúde do trabalhador, vigilância de agravos e doenças transmissíveis, bem como monitoramento do impacto ambiental e de condições de vida nas áreas com crescimento acelerado.

- Parcerias Institucionais e Intersetoriais

A SES/MS vem estabelecendo diálogo contínuo com empresas do setor de celulose, instituições de pesquisa, Ministério da Saúde, universidades e outros órgãos estaduais, no intuito de alinhar ações e garantir a sustentabilidade das políticas públicas de saúde nos territórios afetados.

- Ampliação e Qualificação da Rede de Atenção à Saúde

Em parceria com os municípios, a SES tem atuado para reorganizar fluxos assistenciais, ampliar a cobertura da atenção primária, qualificar os serviços de urgência e emergência e planejar a expansão da rede hospitalar e laboratorial, conforme as demandas locais.

- Capacitações e Apoio Técnico Permanente

Profissionais da SES têm realizado visitas técnicas, capacitações e apoio in loco em temas como vigilância das arboviroses, controle de vetores, saúde do trabalhador, ISTs, agravos não transmissíveis e regulação de serviços, alinhando as equipes locais aos novos desafios regionais.

- Avanços na Saúde Digital e Integração de Sistemas

Como parte da modernização da gestão em saúde, a SES/MS tem investido na expansão da saúde digital, com destaque para a integração de sistemas de informação, teleconsultorias e telemedicina, especialmente nos municípios impactados pelas rotas. Essa estratégia visa garantir maior agilidade no acesso ao

cuidado, qualificar a tomada de decisão dos profissionais de saúde, otimizar os recursos disponíveis e permitir a atuação mais efetiva da regulação, da assistência e da vigilância em saúde.

As Rotas da Celulose e Bioceânica representam muito mais do que crescimento econômico: são oportunidades para fortalecer a regionalização da saúde, garantir o acesso universal e qualificado, e integrar a vigilância e a atenção em territórios em rápida transformação. A SES/MS segue comprometida em liderar esse processo com responsabilidade, escuta ativa e articulação permanente entre Estado, municípios, empresas e sociedade.

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 iniquidades no estado.

3.4.1 População Indígena – Povos Originários

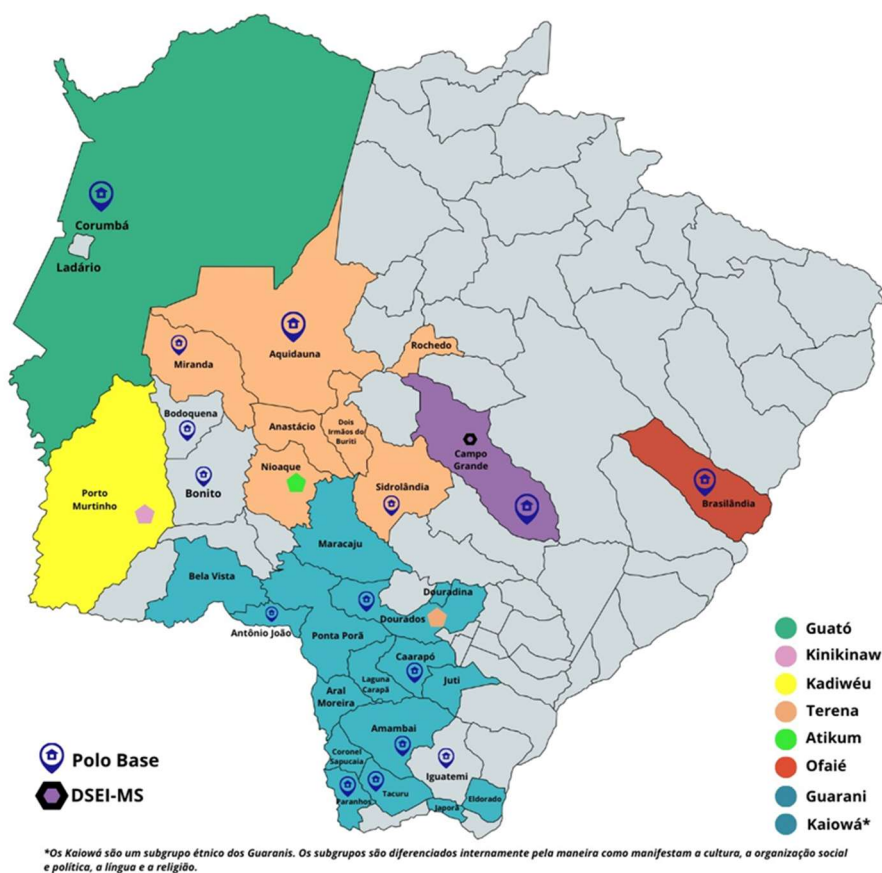
A população indígena de Mato Grosso do Sul (MS) é a terceira do País por estado da federação, ficando atrás do Amazonas, com 490.854 indivíduos e da Bahia com 229.103 indivíduos. O Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, 2022 apresenta 116.346 indivíduos, dos quais 68.534 moram em terras indígenas e 47.812 fora delas.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é atualmente a responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), sendo este o organizador das atividades para tal grupo no âmbito dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) tem como unidade gestora descentralizada o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), que presta serviços à população indígena nos Polos Base de Saúde. O Subsistema consolida-se como um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social (BRASIL, 2021).

A figura abaixo detalha a localização das aldeias indígena no Estado de Mato Grosso do Sul:

Figura 3 – Etnias e serviço por município



Fonte: SESAI. Acesso em novembro 2023.

Os povos indígenas são diretamente impactados pelas condições inadequadas de habitação, incluindo a falta de água potável e de saneamento básico, ocasionando a insalubridade local e a propagação de doenças infectoparasitárias e outros agravos epidemiológicos (Raupp, 2019).

Além das doenças infectocontagiosas, estão presentes nas populações indígenas no Brasil, as doenças sexualmente transmissíveis (IST) e as doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, alcoolismo, violência e a obesidade (COIMBRA et al, 2003; MALTA et al, 2017).

Portanto, a parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde, DSEI e Secretarias Municipais de Saúde, é de extrema importância para que as ações sejam planejadas de forma ampla e descentralizada.

3.4.2 População Negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem como compromisso o combate às desigualdades no SUS e a promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando os determinantes sociais que são influenciadores para a situação de vulnerabilidade, e os processos socioeconômicos e culturais que corroboram com a morbimortalidade dessa população (BRASIL, 2017).

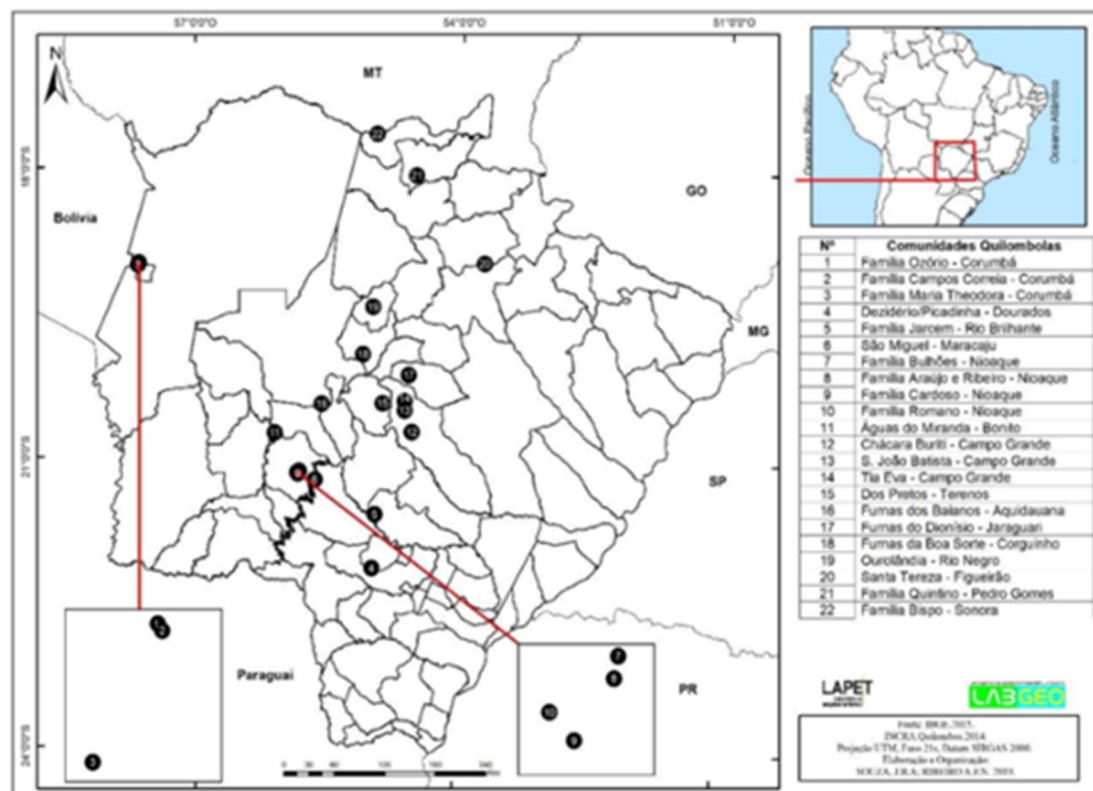
Com base no texto exposto, a Secretaria de Estado de Saúde, articulada com áreas técnicas e outras instituições, procura desenvolver um conjunto de estratégias que resgatem a visão integral do sujeito, avaliando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, como doenças patológicas (hipertensão, diabetes, colesterol alto, Doenças homeopáticas) e transmissíveis (Tuberculose, Sífilis), demandas de gênero e orientação sexual, racismo e outros.

Comunidades Remanescentes de Quilombolas e Urbanos Formalizadas

As comunidades remanescentes de quilombos integram os grupos étnico-raciais que constituem os Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana no Brasil. De acordo com o Decreto nº 4.887/2003, são consideradas remanescentes de quilombos as comunidades que mantêm uma trajetória histórica própria, dotadas de relações territoriais específicas e relacionadas a uma ancestralidade negra que resistiu à opressão histórica sofrida no período escravista ou no período pós-abolição.

Atualmente, são 22 comunidades quilombolas em Mato Grosso do Sul reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), atuantes por políticas públicas de reparação e que carregam a memória da diáspora africana em nosso estado. Na figura a seguir é possível identificar e localizar as 22 comunidades remanescentes de quilombos de Mato Grosso do Sul. Destas, 17 comunidades se encontram na zona rural, enquanto 5 estão localizadas em áreas urbanas.

Figura 4 – Localização das comunidades quilombolas em Mato Grosso do Sul.



Fonte: INCRA (2014). Organizado por Souza, J.B.A; Ribeiro, A.F.N, 2019.

3.4.3 População de Migrantes, Refugiados e Apátridas

A mudança do ciclo migratório evidenciou que em meados do século XX ocorreu uma maior tendência no fluxo de pessoas provenientes do hemisfério Sul. Por migrantes, compreende-se um fenômeno total, de pessoas que deixam os seus países e vão para outros, por motivos variados que contemplam a busca pela redução da violência ou a fuga de cenários marcados por conflitos armados e o desejo de estabelecer melhores condições de vida para si e para os seus familiares (DIAS, 2020).

O Estado do Mato Grosso do Sul ganha relevância quanto à contemporaneidade do tema; por possuir 05 (cinco) municípios fronteiriços (Dourados, Porto Murtinho, Corumbá, Ponta Porã e Mundo Novo), onde ocorre um fluxo razoável de pessoas entre Brasil, Bolívia e Paraguai ou ainda pela ascensão do Corredor Bioceânico.

Entre 2018 e 2021, segundo o Sistema de Registro Nacional Migratório da Polícia Federal, 9.509 migrantes internacionais solicitaram residência no Estado do

Mato Grosso do Sul. Os municípios que configuraram as maiores solicitações foram: Campo Grande, Dourados, Corumbá, Ponta Porã, Porto Murtinho, Bela Vista e Três Lagoas. Dourados ficou no topo das solicitações, tendo as maiores taxas em 2019 e 2021, seguido por Ponta Porã, que registrou as maiores taxas no mesmo período e, em terceiro lugar, ficou a capital Campo Grande. Entre as nacionalidades mais comuns, estão os bolivianos, venezuelanos, paraguaios e haitianos, porém, indianos, coreanos, angolanos, senegaleses, chineses, peruanos, entre outras, também figuraram nessa base. A entrada ocorreu majoritariamente por vias terrestres. Percebe-se uma dupla migração por parte daqueles que vêm de países não fronteiriços e cruzam as fronteiras pelas vias terrestres.

Em 2015, o IPEA fez uma pesquisa sobre os imigrantes em MS e verificou que as principais dificuldades estão na insuficiência de recursos humanos aptos ao trabalho com esses públicos, na ausência da abordagem pautada nos direitos humanos por parte das instituições públicas e na dificuldade de compreensão da importância do tema e de ações direcionadas a ele; os imigrantes veem como entraves a dificuldade para obter a documentação, as violências sofridas (tendo como exemplo a discriminação) e o acesso ao sistema de saúde em todos os níveis de complexidade.

Portanto, a ênfase deve iniciar com a APS no sentido de garantir que a legislação seja cumprida e todos sejam atendidos, independente da nacionalidade, por conseguinte, são necessários trabalhos que conscientizem tais grupos sobre a importância das portas de entrada ocorrerem na Atenção Básica, minimizando possíveis agravos em saúde. Reitera-se também a essencialidade de reduzir os estigmas e os obstáculos com a conscientização dos profissionais de saúde.

3.4.4 População de Campo, Floresta e Água

A população brasileira expressa a sua composição na diversidade e pluralidade. Nessa multiplicidade estão incluídas as populações do campo, floresta e águas, cujas construções sociais de vida e de trabalho são diretamente impactadas pelos ambientes onde vivem (BRASIL, 2023).

Pertencem a tais populações: os povos e comunidades tradicionais, como ribeirinhos e quilombolas, os agricultores familiares, os assentados, os acampados ou assalariados, que residem ou não no campo, totalizando 28 nomenclaturas / grupos

específicos, que podem ser considerados no eSUSAB, conforme estabelecido no I do art. 3º do Decreto 6.040, de 7 de fevereiro de 2007.

A APS além de significar importante porta de entrada, tem como responsabilidade sanitária um conjunto de práticas que compreendem as dinâmicas territoriais e consideram a situação de saúde, a autonomia, os determinantes e condicionantes de saúde desses grupos, ofertando então ações capazes de abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde.

O Ministério da Saúde situa como um dos principais desafios para a efetivação e aprimoramento dos serviços ofertados a tais populações, a inconsistência dos registros dos dados nos Sistemas de Informação em Saúde, principalmente aqueles provenientes do acompanhamento nos Serviços de Atenção Primária. A ausência dessas informações inviabiliza a análise da situação de saúde a nível nacional, o que interfere na proposta e no planejamento de Políticas Públicas destinadas a tais (BRASIL, 2021).

Face ao exposto, em 2023 o Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs) incorporou ações que visam garantir a equidade, o acesso e o cuidado em saúde desses grupos, sendo elas: a capacitação dos profissionais; o mapeamento dessas populações (principalmente das mais vulneráveis) nos Estados e Municípios, assim como das suas necessidades em saúde; a promoção de campanhas publicitárias dentro dos órgãos estaduais e municipais para combater a discriminação e outras formas de violência; o desenvolvimento de ações de saneamento ambiental; a integração com as Renast com fins de conhecer e intervir nas condições de trabalho dessas populações.

No ano de 2020, por meio da Portaria GM/MS Nº 3.396, de 11 de dezembro de 2020, já havia sido estabelecido um incentivo federal para o custeio do fortalecimento de ações de equidade na APS, considerando o cadastro dos povos e comunidades tradicionais.

3.4.5 População de Povos Ciganos / Romani

No Brasil, os ciganos se diferenciam em três grandes grupos: Rom, Calon e Sinti. Cada grupo tem identidade, costumes e língua próprios, e, por vezes, sua cultura

é transpassada por meio da oralidade.

Para falar de cuidados e atenção à saúde dos povos ciganos, é necessário, antes de tudo, respeitar a diversidade cultural e os modos de vida dessa população, que apresenta costumes e singularidades próprias, desde a vacinação, o planejamento familiar e a doenças contagiosas até os programas de educação. (ROTHENBURG; STROPPIA, 2020).

O trabalho desenvolvido na comunidade deve ser de acordo com as especificidades de cada etnia cigana. Em algumas comunidades, as mulheres são orientadas a não irem ao hospital sozinhas, assim como a não serem atendidas por médicos homens, enquanto em outras não existe essa restrição. Em função dessas diferenças, faz-se necessário que os gestores e os profissionais de saúde conheçam e reconheçam cada população adscrita (BRASIL,2022).

Um importante mecanismo de levantamento de dados é o Cadastro Único (CadÚnico), responsável pelos dados de famílias em situação de vulnerabilidade e utilizado pelo governo federal, estados e municípios para implementação de políticas públicas capazes de promover a melhoria da qualidade de vida dessas famílias (BRASIL,2022).

É de suma importância identificar a localização dos acampamentos ciganos, dado que na maioria deles, não possuem o mínimo de saneamento básico, como água encanada, luz elétrica ou rede de esgoto, havendo um aumento na contaminação de água, ocasionando crescimento nos casos de doenças infecciosas (JUNIOR, 2020).

Além dos quadros de doenças infectocontagiosas, está presente também nos acampamentos, dificuldades em tratar das doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial e hipercolesterolemia. Assim como acompanhamento em exames de rotina relacionados à saúde da mulher e da gestante, saúde da criança e saúde do idoso (JUNIOR,2020).

Portanto, é necessário desenvolver uma linguagem acessível a fim de proporcionar o acesso aos serviços de saúde, com ênfase na Atenção primária para promoção, prevenção e diagnóstico.

3.4.6 População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTQIAPN+)

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída pela Portaria nº 2.836,

de 1º de dezembro de 2011, tem o objetivo de promover a saúde integral da população LGBTQIAPN+, de forma a garantir o atendimento não discriminatório do grupo nos serviços públicos de saúde e o enfrentamento das iniquidades para o pleno exercício da democracia e do controle social. (BRASIL, 2011).

Reitera-se que nesse sentido, a orientação sexual e a identidade sexual são conceitos diferentes, mas, complementares e abarcados pelas políticas.

A orientação sexual é a capacidade que a pessoa tem de experimentar atração afetiva, emocional ou sexual por pessoas de gênero diferente, mesmo gênero ou mais de um gênero. As orientações sexuais mais comuns são: homossexualidade (atração emocional, afetiva ou sexual por pessoa do mesmo gênero), heterossexualidade (atração emocional, afetiva ou sexual por pessoa de gênero diferente), bissexualidade (atração emocional, afetiva ou sexual por pessoas dos dois gêneros) e assexualidade (ausência de atração sexual por pessoas de ambos os gêneros) (REIS, 2018).

Já a identidade sexual é a experiência interna individual em relação ao gênero, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, e que inclui expressões de gênero como o sentimento pessoal do corpo e o modo de vestir-se e falar. Em relação à identidade de gênero há os transgêneros, que são as pessoas que se identificam com gênero distinto do seu sexo biológico, podendo ser heterossexuais, bissexuais e homossexuais. Já o termo cisgênero agrupa as pessoas que se identificam ao sexo atribuído no nascimento, independentemente da orientação sexual. Por sua vez, as travestis são pessoas que vivenciam papéis de gênero feminino, não se reconhecendo como homens ou mulheres, mas como membros de um terceiro gênero ou de um não gênero (JESUS, 2012, p. 7).

Anterior à Política Nacional, o processo transsexualizador já era uma realidade no país, todavia, sua oferta pelo Sistema Único de Saúde ocorreu de modo mais tardio se comparada aos Estados Unidos ou alguns países da Europa. Em meio às exigências dos grupos que lutavam pelos direitos das pessoas trans e de toda a comunidade LGBTQ+, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 instituiu de forma gratuita, o acesso ao tratamento hormonal e ao procedimento cirúrgico (SOUZA., BERNARDES., 2020).

No entanto, verifica-se que um dos desafios no Estado é a instalação de ambulatórios para que esses processos ocorram. Atualmente, apenas a Macrorregião de Campo Grande possui esse serviço em fase de credenciamento e habilitação junto

ao Ministério da Saúde e o Hospital Universitário. Reitera-se que há a necessidade de cobertura em todas as Macrorregiões, podendo ocorrer a implantação em qualquer município pertencente às mesmas. Nesse sentido, o Estado por meio da Secretaria de Saúde tem como premissa a oferta de informações, capacitação e o apoio para que os serviços possam ser replicados, garantindo o atendimento integral.

Em contrapartida aos desafios ainda existentes, o Estado de Mato Grosso do Sul tem avançado significativamente na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da população transmasculina, reafirmando seu compromisso com a equidade, a inclusão e a justiça social. Como parte dessas ações, e em estreita colaboração com organizações representativas da sociedade civil, especialmente o Instituto Brasileiro de Transmasculinidades – Núcleo MS (IBRAT/MS), foi lançada a cartilha “Gestação de Homens Trans e Transmasculines – Cuidando com Respeito”. Trata-se de uma iniciativa inédita e de extrema relevância no contexto das políticas públicas de saúde, voltada a informar, acolher e garantir direitos de homens trans e pessoas transmasculinas que desejam gestar ou que já se encontram em processo gestacional. O material aborda, com base técnica e abordagem sensível, temas como o desejo de gestar, cuidados no pré-natal, parto e pós-parto, saúde mental, apoio nutricional, uso de testosterona e construção de planos de parto individualizados, sempre centrado na valorização da autonomia, da identidade de gênero e da dignidade humana.

Além de ser direcionada à população transmasculina, a cartilha é uma ferramenta educativa essencial para profissionais de saúde, educação, assistência social e para toda a sociedade, contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde com uma perspectiva inclusiva e livre de discriminação. Seu conteúdo visa sensibilizar e orientar equipes multiprofissionais para a construção de ambientes de atendimento seguros, acolhedores e respeitosos, fortalecendo a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e reafirmando os princípios do SUS. Esta publicação representa um marco simbólico e prático na luta pela visibilidade, cidadania e garantia dos direitos reprodutivos das pessoas transmasculinas, sendo um instrumento estratégico na transformação de realidades, na redução de barreiras de acesso e na consolidação de redes de cuidado que acolham todos os corpos com dignidade, escuta qualificada e humanidade.

3.4.7 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 as 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 as pessoas privadas de liberdade, 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 perfurocortantes predispõem a disseminação da infecção causada pelo HIV e pelo vírus da hepatite C (HCV) neste cenário.

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

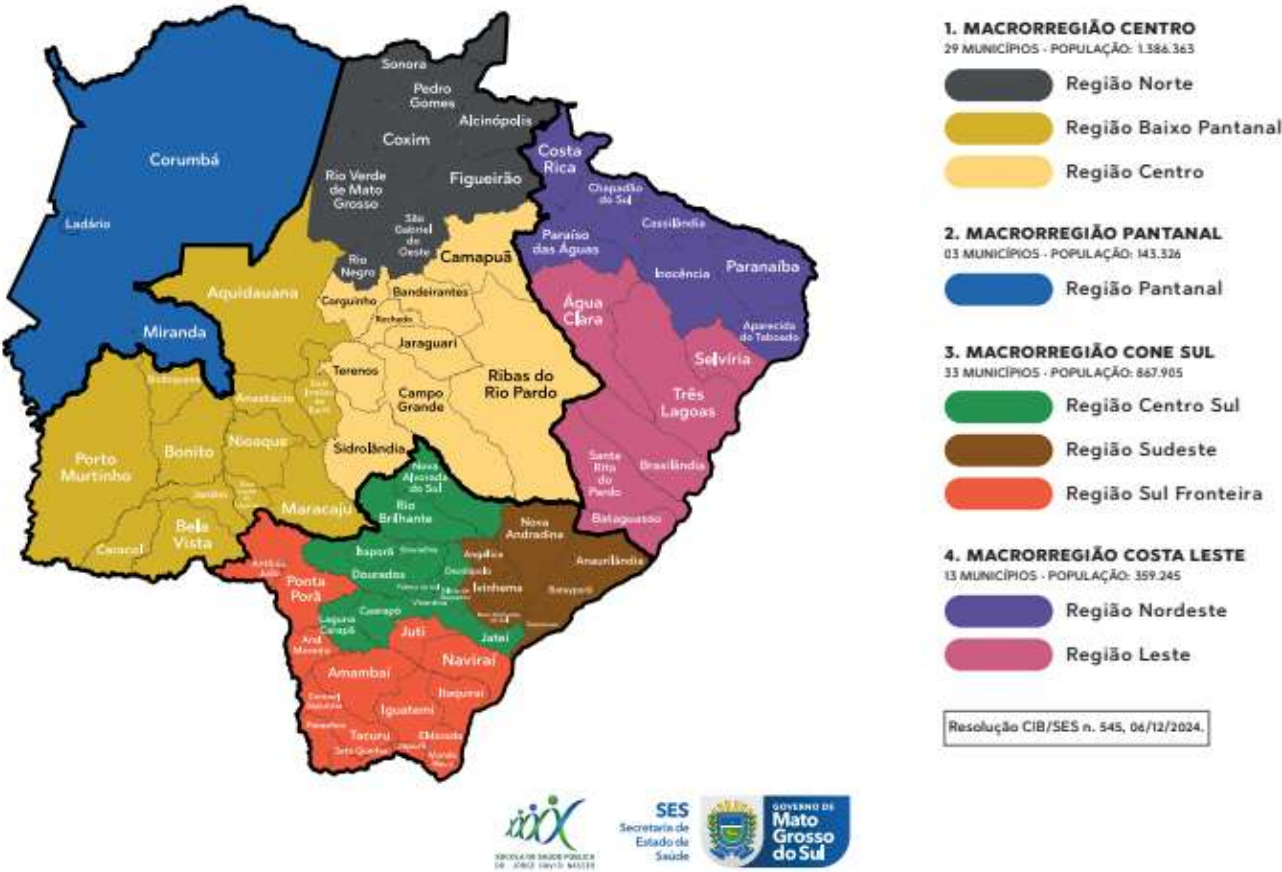
3.5 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

Inicialmente, a definição das regiões de saúde em Mato Grosso do Sul foi orientada sobretudo por critérios geográficos e administrativos, com ênfase nas grandes distâncias existentes no território estadual. No entanto, com o passar do tempo, as mudanças no perfil sociodemográfico da população, aliadas à necessidade de respostas mais ágeis e adequadas por parte do sistema de saúde, motivaram uma reavaliação técnica da organização regional.

Dessa forma, passou-se a considerar não apenas os aspectos territoriais, mas também a capacidade instalada em cada localidade, com base em indicadores como infraestrutura disponível, oferta de equipamentos e disponibilidade de recursos humanos. A proposta visava reduzir a dependência entre regiões, fortalecendo a autonomia local e promovendo maior equidade no acesso aos serviços de saúde.

Com base nessa análise técnica e nos indicadores avaliados, foi possível redefinir e classificar as regiões de saúde no estado, resultando na seguinte configuração:

Figura 5 - Mapa das regiões de saúde de Mato Grosso do Sul - 2024.



Fonte: própria

Quadro 5 - População total das Macrorregiões e Regiões de saúde do Mato Grosso do Sul

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	POPULAÇÃO TOTAL (2022)
MATO GROSSO DO SUL (79 municípios)	2.756.839
MACRORREGIÃO CENTRO (29 municípios)	1.386.363
REGIÃO NORTE (8 municípios)	115.922
REGIÃO BAIXO PANTANAL (12 municípios)	245.939

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	POPULAÇÃO TOTAL (2022)
REGIÃO CENTRO (9 municípios)	1.024.502
MACRORREGIÃO PANTANAL (03 municípios)	143.326
REGIÃO PANTANAL (03 municípios)	143.326
MACRORREGIÃO CONE SUL (34 municípios)	867.915
REGIÃO CENTRO SUL (12 municípios)	424.554
REGIÃO SUDESTE (07 municípios)	113.824
REGIÃO SUL FRONTEIRA (15 municípios)	329.537
MACRORREGIÃO COSTA LESTE (13 municípios)	359.235
REGIÃO NORDESTE (07 municípios)	160.563
REGIÃO LESTE (06 municípios)	198.672

Fonte: IBGE - Estimativas populacionais, 2022.

► 4. REDE ALYNE – COMPONENTES E SERVIÇOS

4.1 PROGRAMA BEM NASCER

A redução da mortalidade materna, fetal e neonatal no Brasil permanece como um dos maiores desafios para os serviços de saúde e para a sociedade, configurando-se como um grave problema de saúde pública.

Assumir esse conceito implica adotar um compromisso com os direitos humanos e com a equidade de gênero, o que também significa garantir que nenhuma pessoa seja deixada para trás. Esse princípio está alinhado à Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente os que tratam da saúde, igualdade de gênero e redução das desigualdades.

Do ponto de vista técnico e operacional, o planejamento sexual e reprodutivo constitui uma das estratégias mais eficazes na redução da mortalidade materna e

infantil. Segundo a OPAS/OMS (2019), a adoção de métodos contraceptivos e o fortalecimento do planejamento reprodutivo podem reduzir em até 30% os óbitos maternos e em 10% os neonatais.

A mortalidade materna e neonatal expressa, de forma contundente, as desigualdades de gênero, raça, renda, acesso à educação, à nutrição e, principalmente, à saúde. São mortes que impactam profundamente a estrutura familiar e social, sobretudo por serem, em sua maioria, evitáveis. Isso transforma um problema de saúde pública em uma questão de justiça social.

A manutenção da tendência de queda nesses indicadores exige a implementação de estratégias intersetoriais articuladas e contínuas, que fortaleçam a assistência em todos os níveis de atenção, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), e assegurem a integralidade do cuidado por meio das linhas de cuidado materno-infantil e de metodologias de intervenção qualificadas.

Em Mato Grosso do Sul, apesar da redução progressiva dos indicadores de mortalidade materna, fetal e neonatal nos últimos anos, persistem fragilidades relacionadas à qualidade da assistência prestada, o que ainda contribui para a ocorrência de mortes evitáveis. Diante desse cenário, torna-se fundamental a adoção de estratégias eficazes e baseadas em evidências para assegurar o acesso universal a cuidados pré-natais qualificados, a intervenções oportunas durante o parto e o puerpério, ao fortalecimento da rede de atenção neonatal, além do investimento em saúde e na melhoria das condições socioeconômicas das famílias.

Com esse propósito, o Governo do Estado de Mato Grosso do Sul lançou, em 2021, o Projeto Bem Nascer, com o objetivo de qualificar a estrutura dos serviços voltados à atenção à saúde da mulher e da criança, bem como capacitar os profissionais e fortalecer a rede materno-infantil estadual.

Em 2024, a iniciativa foi reformulada e ampliada, originando o Programa Bem Nascer MS — uma política pública estadual permanente, construída a partir da análise dos indicadores de saúde, da escuta dos territórios e da identificação das fragilidades e potencialidades nos serviços e processos de trabalho.

O Programa Bem Nascer MS tem como objetivo central a ampliação e qualificação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, com ênfase no acesso a métodos contraceptivos, na melhoria da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido, garantindo a efetivação da Rede de Atenção à Saúde como

estratégia para a redução da morbimortalidade materna, fetal e neonatal em Mato Grosso do Sul.

O programa possui 9 metas a serem alcançadas, conforme Plano Estadual de Saúde 2024-2027:

1. Alcançar a proporção de 80% de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação.
2. Aumentar a proporção de consultas de puerpério entre o 3º e 5º dia pós-parto para 50% das puérperas e recém-nascidos.
3. Promover a reformulação do programa Bem Nascer MS em 100% dos municípios do estado.
4. Ampliar o acesso de mulheres em idade fértil aos métodos contraceptivos de longa duração conforme critérios técnicos estabelecidos em protocolo estadual.
5. Aumentar a porcentagem de partos vaginais para 40%.
6. Reduzir os óbitos maternos em 12%.
7. Reduzir em 15% a taxa de mortalidade infantil.
8. Reduzir em 50% o percentual de gravidez na adolescência.
9. Ampliar em 80% a rede estadual de bancos de leite humano.

4.2 Evolução das ações em contracepção no Estado do Mato Grosso do Sul

A trajetória da saúde reprodutiva em Mato Grosso do Sul tem se consolidado com avanços importantes, especialmente no tocante à ampliação da oferta e do acesso aos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs). Desde 2003, o Estado realiza a aquisição regular de insumos como DIUs hormonais e implantes subdérmicos, demonstrando compromisso com a qualificação da atenção à saúde das mulheres.

Contudo, a distribuição dos insumos, por si só, não garante o acesso pleno. Persistem desafios importantes, principalmente relacionados à capacidade técnica das equipes de saúde para realizar a inserção e o acompanhamento clínico dos métodos, em especial nos territórios com maior vulnerabilidade social e baixa densidade assistencial.

A mortalidade materna no estado ainda representa um desafio persistente. A maioria dos óbitos decorre de causas evitáveis e bem conhecidas — como hemorragia

pós-parto, hipertensão e sepse — frequentemente agravadas pela demora na oferta de cuidados oportunos e qualificados. Tais eventos incidem com maior frequência sobre mulheres em contextos de exclusão social, sobretudo nas regiões mais remotas, com carência de infraestrutura e recursos humanos especializados.

Nesse contexto, a aprovação do Protocolo Estadual de Contracepção LARC, em dezembro de 2020, foi um marco para a consolidação de uma política reprodutiva mais equitativa. O protocolo prioriza populações em situação de vulnerabilidade social, como adolescentes que já vivenciaram gestações e mulheres vivendo com HIV, e assegura a oferta qualificada, ética e humanizada de métodos contraceptivos modernos, seguros e eficazes.

Entre 2015 e 2024, o Estado estabeleceu uma parceria com a Sociedade Sul-Mato-Grossense de Ginecologia e Obstetrícia, voltada à formação de médicos e equipes multiprofissionais para a inserção de LARCs e o manejo clínico de intercorrências obstétricas graves. As capacitações incluem oficinas teórico-práticas com uso de simuladores e, em alguns casos, com participação de usuárias do SUS, previamente orientadas. Os treinamentos têm carga horária de 14 horas e promovem a vivência prática dos profissionais, fortalecendo sua autonomia técnica e contribuindo para o aprimoramento da linha de cuidado.

Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de ampliar e descentralizar as estratégias de qualificação profissional, com prioridade para os municípios de pequeno porte e com maior vulnerabilidade estrutural. O acesso seguro e oportuno aos métodos contraceptivos de longa duração configura-se como uma estratégia de alto impacto para a prevenção de gestações não planejadas, redução de complicações obstétricas graves e enfrentamento das iniquidades em saúde ainda persistentes no estado. Além disso, trata-se de uma medida com elevada relação de custo-efetividade, pois reduz a demanda por serviços de média e alta complexidade, otimiza recursos e promove melhores desfechos reprodutivos e maternos a médio e longo prazo.

A qualificação das equipes, somada à implementação efetiva dos protocolos clínicos e à organização da rede de atenção, representa um passo decisivo para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e para a superação das mortes maternas evitáveis em Mato Grosso do Sul.

4.3 PRÉ-NATAL

O componente do pré-natal na Rede Alyne tem como objetivo assegurar o acompanhamento integral da gestante desde o início da gravidez, com foco na identificação precoce de riscos, estratificação adequada e encaminhamento oportuno para os pontos de atenção conforme a complexidade. A qualificação das consultas, a realização de exames laboratoriais e de imagem em tempo oportuno, e a articulação com a rede de apoio social são fundamentais para reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

Assim, descreve-se responsabilidades pautadas em documentos ministeriais e programas e projetos estaduais.

Todos os municípios do estado de Mato Grosso do Sul devem responsabilizar-se pela realização de pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS), orientando-se pelo Protocolo da Atenção Básica – Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde (2016), Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2012). Deve ainda promover captação oportuna (até 12 semanas), realizando estratificação de risco gestacional em todas as consultas.

Às gestantes de risco intermediário e alto risco, o cuidado deve ser mantido compartilhado entre especialidades e APS, guiando-se pelo Manual de Gestação de Alto Risco (2022).

Todos os municípios do estado de Mato Grosso do Sul devem oferecer os exames mínimos de pré-natal de risco habitual conforme Portaria SAS 650/2011.

Todos os municípios do estado de Mato Grosso do Sul devem garantir o mínimo de 7 consultas compartilhadas entre médico e enfermeiro.

Todas as gestantes do estado de Mato Grosso do Sul devem realizar a coleta do exame em papel filtro para triagens para doenças de transmissão vertical, realizados pelo laboratório do Iped/Apae.

Os Centros de Atenção Especializada em Saúde da Mulher - em modalidade AGPAR ou Centro de Especialidades Médicas - devem oferecer os exames mínimos de gestação de alto risco, bem como o planejamento de referências para outras especialidades e manter o cuidado compartilhado com a atenção primária com os resultados em tempo oportuno.

Além disso, devem garantir em responsabilidade compartilhada com a APS a vinculação às instituições de referência para gestação e parto de alto risco.

A vinculação da gestante à sua maternidade de referência deve ser planejada desde o pré-natal. A orientação sobre o serviço de referência deve ser discutida com a gestante durante a consulta e registrada na caderneta da gestante. São estratégias de vinculação da gestante:

- Visita orientada à maternidade (principal);
- Ações promovidas na maternidade com profissionais e gestantes das UBS;
- Ações de educação promovidas na UBS com profissionais da maternidade.

Os profissionais da atenção primária deverão registrar todos os atendimentos feitos às gestantes no e-SUS. Os profissionais da atenção especializada e saúde indígena deverão registrar os atendimentos feitos às gestantes nos sistemas disponíveis para seu uso, sendo necessários protocolos municipais bem claros de fluxos e processo para a adequada alimentação do sistema;

Todos os municípios deverão promover ações de saúde sexual e saúde reprodutiva que contemple, minimamente:

- Protocolos de acesso e ambulatorios de referência para populações vulneráveis conforme realidade local (população de rua, população de fronteira, população rural, população ribeirinha, pessoas com deficiência);
- Ações específicas para a saúde do homem, com acolhimento, triagem de ISTs, distribuição de métodos de barreira e processos para métodos definitivos;
- Ações específicas para a população LGBT, focados no acolhimento, triagem de ISTs, distribuição de métodos de barreira;
- Ações específicas para adolescentes. Recomenda-se ações em parceria com Programa Saúde na Escola, com os Centros de Referência em Assistência Social ou outras entidades afins.

Todos os municípios devem promover para as gestantes de seu território as seguintes ações de prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites:

- Testagem de sífilis, HIV e Hepatites na gestante e parcerias;
- Tratamento de sífilis na atenção básica;
- Notificação dos casos de acordo com a Portaria de Consolidação PRC Nº 4 de 28 de setembro de 2017, que define as doenças e agravos de notificação compulsória no Brasil. Inserir as notificações no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação;

- Protocolo de encaminhamento para os serviços de referência regionais.

Atenção Pré-Natal à População Indígena: Diretrizes para uma Assistência Culturalmente Adequada em Mato Grosso do Sul

A assistência pré-natal às gestantes indígenas no estado do Mato Grosso do Sul é conduzida por uma articulação entre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e a Rede de Atenção à Saúde do SUS estadual e municipal, respeitando os aspectos socioculturais dos povos indígenas.

O DSEI Mato Grosso do Sul, responsável pela organização dos serviços de saúde em territórios indígenas, contempla estratégias como acompanhamento por Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), ações de educação em saúde com tradução intercultural, e o registro e monitoramento sistemático dos atendimentos. O pré-natal é realizado nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) e nos polos-base, com encaminhamentos à rede de média e alta complexidade conforme o risco gestacional.

De acordo com o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (2022), há diretrizes específicas para estratificação de risco e encaminhamento oportuno, incluindo a necessidade de profissionais estarem atentos a barreiras de acesso geográfico, linguístico e cultural, comuns entre as gestantes indígenas. A vinculação prévia à maternidade de referência e o transporte seguro são essenciais para garantir uma atenção qualificada e oportuna ao parto.

A territorialização, o respeito aos saberes tradicionais e o fortalecimento do cuidado compartilhado entre os serviços indígenas e não indígenas são pontos centrais para a efetividade da assistência pré-natal indígena no estado. Essas diretrizes são reforçadas ainda pelo “Protocolo de Atenção à Saúde de Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade” (MS, 2022), que considera a condição de pertencimento étnico como critério de risco social, orientando cuidados diferenciados e intersetoriais.

Gestantes com Risco Moderado por Determinantes Sociais: Abordagem Integral e Intersetorial no Pré-Natal

O cuidado pré-natal de gestantes classificadas com risco moderado em razão de determinantes sociais — como baixa renda, pertencimento racial (pessoas negras

– pardas e pretas), situação de rua, pertença a comunidades indígenas ou quilombolas, e condição de migração — exige uma abordagem integral, humanizada e equitativa, pautada no respeito aos direitos reprodutivos e no compromisso com a justiça social. Essas orientações estão em consonância com as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde e com o “Protocolo de Atenção à Saúde de Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade” (BRASIL, 2022), sendo especialmente aplicáveis no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Embora voltadas inicialmente às populações em maior vulnerabilidade, muitas das recomendações desse protocolo são igualmente pertinentes ao cuidado de gestantes em geral, contribuindo para o fortalecimento de práticas de acolhimento, escuta qualificada, vínculo e continuidade do cuidado. Um pré-natal centrado na pessoa, que considere os contextos de vida e as singularidades de cada gestante, deve ser um princípio orientador de toda a rede de atenção à saúde materna.

Nesse sentido, o acolhimento qualificado, respeitoso e culturalmente sensível é essencial para identificar barreiras no acesso aos serviços e vulnerabilidades específicas, considerando o contexto social, territorial e cultural da gestante. O vínculo deve ser estabelecido de forma ética e empática, com escuta ativa, valorizando a autonomia da gestante e promovendo seu protagonismo na elaboração do plano de parto. O início precoce do pré-natal, preferencialmente até a 12ª semana, deve ser garantido, assegurando o número mínimo de consultas conforme a estratificação de risco. Os atendimentos e exames devem ser ofertados no território ou em unidades de fácil acesso, minimizando deslocamentos e promovendo o acolhimento adequado de gestantes em situação de rua, migrantes ou residentes em áreas remotas. A busca ativa em caso de faltas deve ser realizada com apoio de agentes comunitários de saúde e, quando disponíveis, por equipes de consultórios na rua. Em territórios indígenas, é fundamental a integração entre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) e o SUS, respeitando as práticas culturais e os saberes tradicionais dos povos originários.

No campo da educação em saúde e do apoio social, as orientações sobre alimentação, autocuidado e hábitos saudáveis devem ser adaptadas à realidade cultural e socioeconômica da gestante, incentivando o consumo de alimentos regionais e de baixo custo, bem como a prática de atividades físicas ajustadas ao contexto de vida da mulher. É imprescindível facilitar o acesso a políticas públicas

como o Programa Bolsa Família, benefícios eventuais, programas habitacionais e documentação civil, especialmente para gestantes em situação de rua ou migrantes. Roda de conversas com abordagem interseccional devem ser promovidas, considerando as especificidades culturais, linguísticas e de identidade das participantes.

A atuação em rede é outro aspecto essencial. Os profissionais devem articular-se com a rede intersetorial — CRAS, CREAS, Consultórios na Rua, Funai, Defensoria Pública, organizações da sociedade civil e instâncias comunitárias — para o enfrentamento de vulnerabilidades complexas. O acesso prioritário a serviços especializados, como apoio psicossocial, jurídico e nutricional, deve ser assegurado, com mediação cultural sempre que necessário, especialmente no caso de gestantes indígenas, quilombolas e migrantes.

Por fim, a estratificação de risco deve ser realizada em todas as consultas, com reavaliações contínuas da evolução da gestação. É imprescindível manter atualizado o prontuário e a Caderneta da Gestante, mesmo em atendimentos realizados fora da unidade de referência, garantindo a integralidade e continuidade do cuidado. O encaminhamento ao pré-natal de alto risco deve ser feito de forma oportuna, considerando os critérios clínicos e sociais identificados.

A atenção à saúde dessas gestantes deve ser, portanto, centrada na pessoa, com sensibilidade para as múltiplas formas de vulnerabilidade. Isso exige uma atuação interdisciplinar e intersetorial, um compromisso ético com a equidade e o enfrentamento das iniquidades estruturais que comprometem o acesso ao cuidado, promovendo segurança, respeito e dignidade ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal.

4.4 PARTO E NASCIMENTO

Este componente busca garantir um parto seguro, humanizado e respeitoso, com estrutura e equipe adequadas para o atendimento de gestações de risco habitual e alto risco. A Rede Alyne valoriza o protagonismo da mulher, a presença do acompanhante de livre escolha e o uso de boas práticas obstétricas. O acesso a unidades com retaguarda adequada para intercorrências, bem como a integração entre os diferentes níveis de atenção, é essencial para a qualidade do cuidado.

Todos os serviços hospitalares com leitos obstétricos cadastrados no CNES em

Mato Grosso do Sul devem estabelecer fluxos e protocolos para atender este perfil de população (gestantes, puérperas, recém-nascidos e bebês até 24 meses de idade).

Quando não houver capacidade de manter a equipe obstétrica continuamente disponível, o serviço não será referência para partos, porém deve ter protocolos de referência bem estabelecidos e manter leitos de retaguarda para tratamento clínico de gestantes e bebês até 24 meses de idade, bem como partos que venham a ocorrer na localidade, até que a transferência possa ser realizada.

Os locais de nascimento devem possuir infraestrutura física, recursos humanos, materiais e equipamentos, recursos assistenciais, processos assistenciais, transporte de pacientes, prevenção e controle de infecção, biossegurança e notificação de eventos adversos graves, conforme determinado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Os locais de nascimento devem manter Classificação de Risco em Obstetrícia na porta de entrada 24 horas por dia, todos os dias da semana, com o modelo “vaga sempre”, de acordo com o Manual de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia (2018).

Os locais de nascimento devem garantir a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente durante todo o tempo de internação. Recomenda-se implantar visita ampliada para gestantes em internações clínicas e situações de abortamento.

Os locais de nascimento devem implementar protocolos institucionais de proteção contra a violência obstétrica, conforme disposto no Art. 3º da Lei nº 5.217 de 26 de junho de 2018.

Devem possuir protocolos assistenciais locais baseados nos documentos da CONITEC, como as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (2015) e a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2022), promovendo a adoção de boas práticas baseadas em evidências.

Os locais de nascimento devem instituir protocolos da atenção integral e humanizada ao recém-nascido, com equipe capacitada para reanimação neonatal e boas práticas de atenção ao recém-nascido, conforme estabelecido na Portaria nº 371 de 07/05/2014.

Devem desenvolver estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, conforme disposto na Portaria nº 1.153 de 22/05/2014, que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital

Amigo da Criança (IHAC).

A assistência ao parto nos serviços hospitalares deve ser prestada prioritariamente por equipes horizontais de cuidado, com a inclusão de enfermeiros obstetras na assistência direta à parturiente em colaboração com o médico obstetra e o pediatra.

Os profissionais da equipe multiprofissional de assistência obstétrica e neonatal devem compor o Colegiado Gestor dos locais de nascimento, participando do planejamento, monitoramento e avaliação dos protocolos assistenciais, conforme diretriz de co-gestão da Política Nacional de Humanização.

Os locais de nascimento devem desenvolver estratégias para ampliação do acesso ao DIU de cobre, com inserção imediata no pós-parto normal, pós cesariana e pós-abortamento. O procedimento deve ser registrado na AIH como procedimento secundário, conforme Portaria nº 3.265 de 01/12/2017.

Todos os locais de nascimento devem adotar, preferencialmente, a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) como método de escolha para assistência ao abortamento em gestações com menos de 12 semanas e abortamento previsto em lei, conforme preconizado pela OMS, FIGO e pelo Ministério da Saúde.

Devem elaborar protocolos de alta responsável da mãe e do recém-nascido, contendo minimamente: tempo de internação, tipo de parto, APGAR, recepção do RN, aleitamento materno, intercorrências e triagens neonatais realizadas (teste do olhinho, orelhinha, coraçãozinho e pezinho), com encaminhamento para seguimento na APS. Essas informações devem ser compartilhadas com a Atenção Primária.

Adicionalmente, é fundamental garantir que o binômio mãe-bebê receba, no momento da alta hospitalar, um plano de cuidado pós-alta contendo orientações claras sobre os acompanhamentos ambulatoriais, inclusive em situações de identificação de condições específicas que exijam atenção especializada, como a necessidade de seguimento com infectologista, cardiopediatra, neurologista, entre outros. Esse plano deve indicar, sempre que possível, a data e o local da primeira consulta de retorno, idealmente já agendada antes da alta hospitalar — inclusive em prazo muito breve, como no dia seguinte à alta, nos casos que demandem maior vigilância clínica.

Para viabilizar essa articulação, recomenda-se que cada município designe um profissional de referência, responsável por estabelecer o elo entre o hospital e os serviços ambulatoriais da rede municipal, garantindo que o plano de cuidado seja

executado com fluidez, especialmente nos primeiros dias de vida do recém-nascido. Essa figura, que pode atuar como articulador de alta ou coordenador de linha de cuidado, contribuirá de forma decisiva para assegurar que os encaminhamentos sejam acolhidos, os retornos garantidos e que a puérpera e o bebê não fiquem desassistidos no período crítico do pós-parto imediato.

O plano de cuidado deve ainda contemplar os sinais de alerta, os serviços de referência em caso de intercorrência, e reforçar a importância da puericultura e do seguimento longitudinal do recém-nascido na Atenção Primária à Saúde (APS). Essa prática fortalece a articulação entre os pontos de atenção, promove a continuidade do cuidado e contribui para a prevenção de desfechos adversos no período neonatal e pós-natal, em consonância com os princípios de integralidade e regionalização do SUS.

Os locais de nascimento devem ainda garantir o registro civil do recém-nascido antes da alta hospitalar, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 938 de 20/05/2002, com registro do código correspondente na AIH.

As necessidades de investimento em reformas, ampliações, equipamentos e recursos humanos devem estar baseadas nas portarias e diretrizes citadas neste documento e integradas ao plano de ação estadual e municipal por meio do Grupo Condutor.

Além disso, todos os municípios devem:

- Articular mecanismos regionais de regulação e transporte sanitário efetivo e seguro, com ambulâncias equipadas e equipe treinada para urgências obstétricas e neonatais, conforme pactuações regionais da Rede Alyné;
- Garantir a notificação obrigatória de morte materna, infantil e fetal e implementar comissões locais de vigilância e revisão de óbitos com análise crítica e elaboração de planos de ação;
- Promover capacitações regulares das equipes de parto e nascimento, com base nas atualizações das diretrizes nacionais, em especial sobre boas práticas, classificação de risco, reanimação neonatal, manejo do trabalho de parto e atenção ao abortamento seguro;
- Adotar estratégias de acolhimento e atenção diferenciada para adolescentes, mulheres indígenas, quilombolas e migrantes, considerando vulnerabilidades específicas, conforme previsto na PNAISM e nas diretrizes

da Rede Alyne.

Parto Culturalmente Adequado: Organização da Atenção Obstétrica para Gestantes Indígenas no SUS

A assistência ao parto culturalmente adequado para gestantes indígenas é um direito garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui um componente essencial da equidade no cuidado à saúde materno-infantil. Considerando a diversidade étnica e cultural dos povos indígenas no Brasil, a organização da atenção ao parto deve respeitar as tradições, práticas de cuidado, crenças e valores dessas populações, garantindo um ambiente seguro, acolhedor e humanizado.

No contexto do Mato Grosso do Sul, estado que abriga significativa população indígena, a qualificação da atenção obstétrica exige estratégias específicas de articulação entre a atenção básica, a atenção especializada, os serviços hospitalares e a saúde indígena, coordenada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Essa articulação deve contemplar a escuta ativa das mulheres indígenas, o envolvimento de parteiras tradicionais, a presença de acompanhantes de livre escolha durante o parto, inclusive líderes e figuras de referência cultural, e a garantia de comunicação efetiva, inclusive com apoio de tradutores e profissionais indígenas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aliada às diretrizes da Rede Cegonha e da Política Nacional de Humanização (PNH), orienta que a assistência ao parto respeite o protagonismo da gestante e permita a adoção de práticas culturais seguras no ambiente hospitalar, como o uso de objetos simbólicos, cantos, rezas, posições tradicionais de parto, além da não separação desnecessária da mãe e do recém-nascido. Tais ações contribuem não apenas para a valorização das culturas indígenas, mas também para a redução de barreiras de acesso, o fortalecimento do vínculo com os serviços de saúde e a melhora dos desfechos materno-infantis.

É fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para atuar com sensibilidade intercultural, reconhecendo as especificidades dos diferentes povos indígenas presentes no território e estabelecendo relações de cuidado baseadas no respeito, confiança e corresponsabilidade. A inserção de práticas de educação permanente, protocolos adaptados e fluxos de referência pactuados com as equipes multidisciplinares indígenas e com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) são estratégias que reforçam esse compromisso.

Assim, a construção de uma assistência ao parto culturalmente adequada para gestantes indígenas é expressão do princípio da equidade do SUS e deve ser integrada aos esforços de regionalização e organização da Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para uma atenção mais inclusiva, resolutiva e humanizada.

4.5 PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Após o parto, o cuidado à puérpera e ao recém-nascido deve continuar de forma articulada, assegurando o acompanhamento clínico, o apoio à amamentação, a identificação de sinais de risco e o vínculo com a atenção primária. Esse componente reforça a importância do puerpério como momento crítico para a saúde física e mental da mulher, além de promover o desenvolvimento saudável da criança desde os primeiros dias de vida.

Todos os municípios devem realizar a visita domiciliar para acompanhamento da puérpera e da criança após o nascimento, até o 5º dia de vida. As orientações para esta ação estão disponíveis na Portaria nº 1.130 de 05/08/2015, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Todos os municípios devem oferecer as consultas e exames mínimos preconizados para 100% das crianças de 0 a 12 meses. Ademais, devem ofertar consulta de puericultura às crianças conforme calendário estabelecido, realizando estratificação de risco em toda consulta.

Todos os municípios devem implementar protocolo de referências e plano de ação conjunto com Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Distrito Sanitário Indígena (DSEI), Conselho Tutelar e outros parceiros, conforme realidade local, para a busca ativa de crianças vulneráveis e acompanhamento do desenvolvimento na atenção básica, com encaminhamentos para a rede secundária, se necessário.

Todos os municípios devem implementar estratégias de ampliação do acesso às ações de saúde sexual e saúde reprodutiva específicas para o período do puerpério, incluindo: prescrição e dispensação de métodos contraceptivos, seguimento da inserção do DIU no período pós-parto e pós-aborto.

Todos os municípios devem implementar estratégias de ampliação às ações de saúde mental específicas para o período do puerpério, incluindo ações desenvolvidas

pela equipe multiprofissional ou instituições parceiras, em interlocução com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Todos os municípios devem assegurar a continuidade do cuidado iniciado na maternidade, com contrarreferência efetiva para a Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo o vínculo da puérpera e da criança com a equipe de referência desde os primeiros dias após a alta. Esta articulação é essencial para evitar descontinuidade do cuidado e deve envolver fluxos pactuados entre maternidades e unidades básicas de saúde, conforme diretrizes da Rede Cegonha e Rede Alyne.

Todos os municípios devem garantir o acesso a vacinas e à realização dos testes do pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho nos prazos preconizados, bem como realizar busca ativa de crianças que não tenham feito os testes de triagem neonatal no tempo adequado.

Todos os municípios devem registrar e acompanhar indicadores do cuidado pós-parto e da atenção à criança, com ênfase nos indicadores pactuados na Rede Alyne e nos instrumentos de estratificação de risco da mulher e da criança. O uso sistemático de dados deve orientar ações de microplanejamento, supervisão, avaliação e qualificação da atenção ofertada.

Todos os municípios devem promover ações de educação em saúde para mães, pais e cuidadores, abordando temas como sinais de alerta no recém-nascido, amamentação, prevenção de acidentes, desenvolvimento infantil e fortalecimento do vínculo afetivo. Essas ações devem estar articuladas com a Estratégia de Saúde da Família, os serviços da proteção social básica e demais políticas intersetoriais.

Todos os municípios devem desenvolver ações específicas para populações em situação de vulnerabilidade, como mulheres indígenas, quilombolas, em situação de rua, privadas de liberdade, migrantes e adolescentes, assegurando equidade no acesso e na qualidade da atenção no puerpério e na infância, conforme preconizado pela PNAISM, PNAISC e Rede Alyne.

4.6 SISTEMA LOGÍSTICO

O sistema logístico da Rede Alyne é responsável por garantir o acesso tempestivo aos serviços, por meio da regulação eficaz, transporte sanitário adequado e comunicação entre os pontos de atenção. Envolve a organização da central de regulação obstétrica e neonatal, o uso de protocolos de encaminhamento e a disponibilidade de transporte seguro para gestantes, puérperas e recém-nascidos,

especialmente em situações de urgência.

Todos os municípios devem implementar protocolos de transporte sanitário das gestantes para os serviços de referência para consultas ambulatoriais fora do domicílio, considerando os critérios de encaminhamento e regulação, o número de consultas preconizadas e a necessidade de acompanhante para as consultas.

Todos os municípios devem implementar protocolos de transporte seguro nas situações de urgência para gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco, sempre que necessário e possível com uso de ambulâncias de suporte avançado, devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais, conforme normativas da Portaria GM/MS nº 2048/2002 e da Política Nacional de Atenção Hospitalar.

Todos os serviços hospitalares de referência para o parto devem implantar o modelo “Vaga Sempre”, com elaboração e implementação do plano de vinculação da gestante à maternidade, acolhimento com classificação de risco em obstetrícia, em conformidade com o Manual de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia (2018).

Todos os serviços ambulatoriais de referência devem dispor, no Plano de Ação, as especialidades ofertadas, número de vagas disponíveis e protocolo de acesso via SISREG estadual, garantindo a equidade e transparência na regulação.

Além disso, os municípios devem:

- Participar ativamente da pactuação regional, definindo os fluxos de referência e contrarreferência para cada tipo de risco obstétrico, neonatal e infantil (até 24 meses), de acordo com a regionalização estabelecida;
- Consolidar os dados da regulação e transporte no Sistema de Informação da Atenção à Saúde, como o SISREG, CNES, e-SUS AB e SIH/SUS, garantindo o monitoramento contínuo da efetividade da Rede;
- Manter pontos focais municipais de regulação obstétrica e neonatal, atuando em articulação com a central estadual ou regional de regulação, conforme pactuado no Grupo Condutor Estadual da Rede Alyne;
- Garantir a retaguarda de leitos clínicos nos municípios não referenciados para partos, com plano de estabilização e transporte assistido, especialmente para puérperas e recém-nascidos com intercorrências;
- Implementar e monitorar a contratualização de metas e fluxos com os

serviços conveniados e contratados pelo SUS, conforme disposto na Portaria GM/MS nº 5.349/2024, com foco nos componentes da Rede Alyne.

- Articular com a assistência social e conselhos tutelares o transporte de gestantes em vulnerabilidade, com prioridade para adolescentes, mulheres em situação de violência e indígenas, conforme previsto na PNAISM e na PNAISC.

4.7 SISTEMA DE APOIO

Este componente compreende a oferta de exames laboratoriais, de imagem e procedimentos terapêuticos essenciais ao cuidado materno-infantil. A disponibilidade oportuna e a qualidade desses serviços são decisivas para a detecção precoce de complicações e para a tomada de decisão clínica. A Rede Alyne prevê pactuações e fluxos bem definidos entre os serviços de saúde para garantir a efetividade do diagnóstico e do tratamento.

Todos os municípios devem garantir a oferta de exames laboratoriais e de imagem para o acompanhamento da gestação de risco habitual e alto risco, respeitando os protocolos clínicos e diretrizes do Ministério da Saúde.

Todos os municípios devem pactuar a oferta de procedimentos diagnósticos e terapêuticos essenciais ao ciclo gravídico-puerperal e ao cuidado neonatal e da criança até 24 meses, com definição clara de responsabilidades no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

Todos os municípios devem garantir a logística para realização e entrega oportuna dos exames, assegurando o acesso à informação clínica pela equipe responsável pelo cuidado da gestante, puérpera ou criança.

Todos os municípios devem garantir a assistência farmacêutica adequada, com abastecimento regular de medicamentos essenciais para gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças, considerando as necessidades epidemiológicas e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), em articulação com a farmácia básica. Devem ser incluídos, obrigatoriamente, o Cálcio Elementar e o Ácido Acetilsalicílico (AAS), medicamentos recomendados para a prevenção da pré-eclâmpsia em gestantes com fatores de risco, conforme diretrizes clínicas nacionais. O fornecimento deve ocorrer de forma protocolar e vinculada à estratificação de risco no pré-natal.

Todos os municípios devem assegurar acesso aos insumos necessários para o acompanhamento clínico e terapêutico, inclusive para condições como hipertensão, diabetes gestacional, sífilis, infecções do trato urinário e outras doenças prevalentes na gestação e infância.

Todos os municípios devem adotar estratégias para a produção, qualificação e uso da informação em saúde, alimentando os sistemas oficiais como e-SUS AB, SISREG, CNES, SIAB e SIH/SUS. Essas informações são fundamentais para o monitoramento e avaliação da Rede Alyne com base nos indicadores pactuados.

Todos os municípios devem manter fluxos regionais e protocolos de acesso aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, organizados em articulação com o sistema logístico e de regulação, respeitando as referências para média e alta complexidade.

Além disso, os municípios devem:

- Estabelecer mecanismos de controle da qualidade dos exames laboratoriais e de imagem, com apoio dos prestadores contratualizados e sob supervisão da vigilância sanitária;
- Garantir o acesso, seja no local ou via regulação, a exames especializados (ex.: ultrassonografias morfológicas, ecocardiogramas fetais, dopplerfluxometria, neuroimagem neonatal, entre outros) para gestantes de alto risco e recém-nascidos com complicações;
- Implementar ações para identificação precoce de anomalias congênitas e distúrbios do desenvolvimento, assegurando o encaminhamento oportuno para a rede especializada de cuidado;
- Inserir no plano municipal os serviços laboratoriais, de imagem e terapêuticos contratualizados e monitorar o cumprimento de metas pactuadas, conforme a governança da Rede Alyne;
- Garantir a articulação com os Centros de Especialidades e Serviços Regionais, especialmente em regiões onde a capacidade instalada municipal é limitada.

4.8 SISTEMA DE GOVERNANÇA

A governança da Rede Alyne envolve a coordenação e integração entre os gestores das três esferas do SUS, com foco na regionalização, na contratualização de

serviços e na definição de fluxos e responsabilidades. A instância de governança regional é responsável por monitorar indicadores, avaliar resultados e promover ações de educação permanente, assegurando a sustentabilidade e a efetividade da rede.

Todos os municípios devem cooperar com o Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, fornecendo dados, participando das discussões e executando os planos de ação pactuados. O comitê deve ser reconhecido como instância de apoio técnico-científico da governança da Rede Alyne, responsável por analisar casos evitáveis, propor estratégias de melhoria e monitorar o impacto das intervenções adotadas.

Todos os municípios devem compor o Grupo Condutor Macrorregional da Rede Alyne, de sua respectiva macrorregião, responsável por planejar, coordenar, monitorar e avaliar as ações de implementação da rede em seu território, em articulação com os grupos condutores regionais e estaduais. O grupo deve ser multidisciplinar, intersetorial e paritário, com representação da gestão, serviços, controle social e sociedade civil.

Todos os municípios devem participar da elaboração, pactuação e execução do Plano de Ação Municipal, alinhado ao Plano de Ação Regional e ao Planejamento Regional Integrado (PRI), conforme pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Todos os municípios devem implementar mecanismos de contratualização e monitoramento dos pontos de atenção sob sua gestão, estabelecendo metas quantitativas e qualitativas, conforme critérios da Rede Alyne e das portarias que regem o componente.

O Grupo Condutor Macrorregional deve manter calendário atualizado de reuniões, com registro em ata, para o acompanhamento dos fluxos, análise de dados e elaboração de propostas de melhoria da rede.

Todos os municípios devem garantir a alimentação contínua e qualificada dos sistemas de informação, de modo a subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências e o monitoramento dos indicadores pactuados.

Todos os municípios devem monitorar e avaliar os indicadores estratégicos da Rede Alyne, incluindo: mortalidade materna, neonatal e infantil; número de consultas de pré-natal; vinculação da gestante à maternidade; uso de boas práticas; oferta de métodos contraceptivos no pós-parto e pós-aborto; altas responsáveis; e seguimento

da criança até os 24 meses.

Todos os municípios devem promover ações de educação permanente para profissionais da rede, com foco em acolhimento, estratificação de risco, boas práticas no parto, atenção ao puerpério e à saúde da criança, regulação e vigilância em saúde, preferencialmente integradas às estratégias do Programa de Educação Permanente em Saúde (PEPSUS) e da Política Nacional de Educação Permanente.

Todos os municípios devem estabelecer mecanismos de escuta e participação das mulheres, usuárias da rede e conselhos locais de saúde, como forma de qualificar a governança e o controle social.

Todos os municípios devem cooperar na avaliação anual da Rede Alyné, em articulação com os estados e o Ministério da Saúde, contribuindo com dados, narrativas e análise crítica dos avanços, desafios e necessidades locais.

Além disso, os municípios devem:

- Fortalecer os espaços colegiados e fóruns regionais de governança, assegurando a interlocução entre gestão, serviços e controle social;
- Solicitar habilitação, desabilitação ou readequação dos pontos de atenção sob sua gestão, conforme critérios técnicos estabelecidos pelas portarias da Rede Alyné;
- Implantar estratégias para equidade na gestão da rede, considerando populações em maior vulnerabilidade (população negra, indígena, ribeirinha, mulheres em situação de rua, adolescentes e pessoas privadas de liberdade);
- Integrar o planejamento da Rede Alyné às demais redes de atenção à saúde (RAS), como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção às Doenças Crônicas (RASDC) e Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (RAS-PcD).

O Papel dos Gestores Municipais na Garantia de um Pré-Natal Adequado: Estratégias para Qualificação da Atenção Materna e Infantil no SUS

A atenção pré-natal é uma das principais portas de entrada para a qualificação da saúde materna e infantil, sendo decisiva na redução da morbimortalidade e na promoção de desfechos positivos para gestantes e recém-nascidos. Nesse sentido, é

fundamental que os gestores municipais compreendam em profundidade todos os componentes que precisam ser articulados para assegurar um pré-natal adequado no âmbito local.

Entre os elementos essenciais, destaca-se a necessidade de um fluxo assistencial bem estruturado, com definição clara de atribuições entre os pontos de atenção, pactuação regional e integração com a vigilância em saúde. O acesso facilitado ao teste de gravidez, especialmente na atenção primária, é o primeiro passo para a detecção precoce da gestação e o início oportuno do cuidado.

Além disso, é imprescindível garantir a disponibilidade contínua dos exames laboratoriais e de imagem preconizados, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, incluindo exames de sangue, urina, sorologias e ultrassonografias. Esses insumos devem estar disponíveis de forma regular, com agilidade na coleta, análise e devolutiva dos resultados às gestantes.

Outro pilar essencial é o fornecimento de medicações básicas durante o pré-natal, como ácido fólico, sulfato ferroso, multivitamínicos e medicamentos para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), além de insumos para profilaxias específicas.

Cabe também ao gestor promover capacitação mínima e contínua para os profissionais que ingressam na rede, assegurando que estejam atualizados quanto aos protocolos clínicos e diretrizes vigentes. Esse treinamento deve abordar, de forma prática e objetiva, o manejo clínico do pré-natal, os critérios de risco, os fluxos de referência e contrarreferência, bem como o uso correto dos sistemas de informação.

Por fim, a gestão eficaz dos recursos e a articulação intersetorial são condições indispensáveis para o funcionamento pleno da rede de atenção, o que exige dos gestores um compromisso ativo com o planejamento, a supervisão e a constante avaliação dos serviços prestados.

Garantir um pré-natal de qualidade é, acima de tudo, uma responsabilidade coletiva e uma ação estratégica da gestão para transformar a realidade da saúde materna e infantil no território.

4.8.1 Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil de Mato Grosso do Sul (CEPMMFI/MS)

O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil de

Mato Grosso do Sul (CEPMMFI/MS) foi criado em 2007, por meio da Resolução nº 813/SES/MS. No entanto, suas atividades enfrentaram momentos de fragilidades, o que contribuiu para sua desativação por um certo período. A partir de 2014, o comitê foi reativado e passou a desempenhar um papel mais estratégico, sendo cada vez mais reconhecido por sua importância. Em 2024, com a criação da Gerência de Vigilância do Óbito Materno e Infantil, subordinada à Coordenação de Vigilância Epidemiológica (CVE), as atividades do CEPMMFI foram incorporadas a essa nova estrutura, fortalecendo ainda mais seu papel institucional.

Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil são instrumentos estratégicos para identificar fragilidades nos processos de assistência à saúde de mulheres e crianças, cujo papel vai além da análise dos óbitos, pois permite mapear o percurso dessas usuárias na rede de saúde, desde o primeiro ponto de atendimento até o desfecho, incluindo toda a cadeia de eventos que levou ao óbito.

A Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, Fetal e Infantil tem como propósito subsidiar, com base nos estudos dos óbitos, a melhoria da assistência prestada, apontando onde estão os gargalos no cuidado e contribuindo com recomendações práticas. Nesse sentido, o Comitê deve estar envolvido em todas as etapas do processo, desde a análise até a construção de propostas de intervenção, que devem ser pactuadas entre os diferentes pontos de atenção da rede.

Com o suporte da Rede Alyne, será possível avançar na consolidação dos Comitês e tornar mais efetivas as ações propostas. No entanto, persistem desafios importantes a serem enfrentados, como garantir que 100% dos óbitos maternos sejam investigados e analisados; garantir que 90% dos óbitos fetais e infantis sejam investigados e analisados e assegurar que as recomendações dos comitês sejam efetivamente implementadas na rede de atenção à saúde.

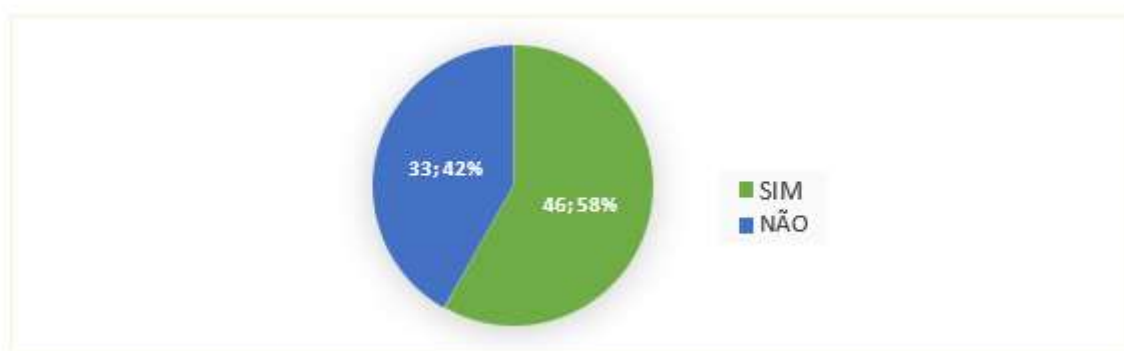
De modo que os Comitês exerçam seu papel de forma plena, é necessário minimizar fragilidades previamente identificadas, como a qualificação técnica insuficiente de seus membros e a carência de infraestrutura adequada (espaço físico, recursos humanos, materiais, entre outros). Além disso, é fundamental a realização de capacitações contínuas, voltadas ao aprimoramento técnico dos membros dos comitês. Logo a Rede Alyne, ao identificar essas lacunas, reforçará a necessidade de apoio e engajamento dos Gestores para garantir a implementação efetiva das pactuações e dos fluxos estabelecidos entre os pontos de assistência e as redes de

referência.

Os Comitês constituem uma ferramenta valiosa da Rede Alyne, podendo contribuir para a requalificação dos serviços de saúde e a avaliação contínua das necessidades assistenciais, especialmente no tocante ao cuidado materno, fetal e infantil.

O gráfico abaixo demonstra que, dos 79 municípios do Estado, 46 municípios (58%) possuem Comitês estruturados, 33 municípios (42%) ainda não possuem Comitês. Esse levantamento direciona a necessidade de ações estratégicas e urgentes quanto ao fortalecimento e implantação dos Comitês, pois poderá contribuir com a redução da mortalidade, principalmente dos óbitos evitáveis.

Gráfico 3 - Número e Percentual de Municípios que Possuem Comitês de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil – MS.



Fonte: Levantamento dos Comitês pelo google forms. Última atualização: 05 de junho de 2025.

4.9 Educação permanente e participação social:

Embora transversal, este componente sustenta a formação contínua dos profissionais da rede, garantindo atualização técnica, qualificação do cuidado e fortalecimento dos vínculos entre equipe e população. Além disso, incentiva a escuta ativa das mulheres usuárias e a participação social nos espaços de controle e planejamento do SUS, promovendo equidade, acolhimento e corresponsabilização pelo cuidado.

Todos os municípios devem implementar ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) de forma sistemática e articulada ao planejamento da Rede Alyne, considerando as necessidades identificadas a partir dos dados epidemiológicos, das avaliações da rede e das escutas dos profissionais e usuários.

Todos os municípios devem incluir a Educação Permanente nos Planos de Ação Municipais e Regionais da Rede Alyne, com cronogramas, temas prioritários e definição de atores responsáveis, em articulação com os Grupos Condutores, Escolas de Saúde Pública e instituições de ensino.

Todos os municípios devem ofertar formações periódicas para profissionais da atenção primária, especializada e hospitalar, com temas como: acolhimento com classificação de risco, estratificação de risco materno e neonatal, atenção ao parto e nascimento baseada em evidências, prevenção da pré-eclâmpsia, reanimação neonatal, assistência ao abortamento legal e humanizado, vigilância de óbitos, cuidados no puerpério, seguimento da criança de risco e implantação de métodos contraceptivos no pós-parto.

Todos os municípios devem integrar ações de EPS com a Política Nacional de Humanização (PNH), estimulando práticas que favoreçam o protagonismo das mulheres, a autonomia dos sujeitos e a corresponsabilização das equipes no cuidado.

Todos os municípios devem garantir o acesso dos profissionais às diretrizes clínicas, notas técnicas e protocolos assistenciais da Rede Alyne, com momentos de estudo orientado, discussão de casos e simulações práticas, preferencialmente com apoio das regiões de saúde e plataformas como o AVASUS.

Todos os municípios devem promover espaços regulares de escuta qualificada de usuárias da rede, incluindo mulheres em situação de vulnerabilidade, adolescentes, população indígena e população negra, com devolutivas e encaminhamentos institucionais. Essas ações devem estar integradas ao planejamento da Educação Permanente e às estratégias de governança e controle social.

Todos os municípios devem instituir ou fortalecer núcleos de educação permanente em saúde ou comissões locais, em articulação com os gestores da atenção, da vigilância, da regulação e das demais redes temáticas do território.

Todos os municípios devem incentivar a produção local de conhecimento em saúde, estimulando o registro de experiências exitosas, sistematização de boas práticas, relatos de caso, painéis de indicadores e participação em mostras e eventos científicos.

Além disso, os municípios devem:

- Priorizar o cuidado às mulheres e crianças em maior vulnerabilidade social, garantindo que os processos formativos abordem a equidade de raça, etnia,

gênero, território e condição socioeconômica;

- Mobilizar parcerias com universidades, institutos federais, residências em saúde e escolas técnicas, para qualificação permanente das equipes e apoio à Rede Alyne;
- Avaliar regularmente o impacto das ações de EPS na qualidade da assistência e nos indicadores de saúde materna e infantil, utilizando essas análises para reprogramar ações educativas mais eficazes;
- Garantir a inserção da EPS na agenda dos Colegiados de Gestão, dos Conselhos Municipais de Saúde e dos Grupos Condutores, fortalecendo a corresponsabilidade interinstitucional na implementação da Rede Alyne.

4.9.1 Estratégia de Formação de Multiplicadores em Saúde Materna

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, alinhada às diretrizes da Rede Alyne, desenvolveu e implantou uma metodologia estadual inovadora de formação de multiplicadores em saúde materna, para a capacitação de profissionais das redes municipais e estaduais com foco em:

- Assistência pré-natal com estratificação de risco;
- Assistência ao parto com boas práticas baseadas em evidências;
- Prevenção e manejo das emergências obstétricas;
- Atenção humanizada ao abortamento e ao puerpério;
- Cuidados ao recém-nascido e apoio ao aleitamento materno.

A metodologia foi aplicada com êxito à primeira turma de multiplicadores e possui como diferencial o uso de práticas pedagógicas ativas, com simulação realística, estudo de casos e dramatizações, fortalecendo o aprendizado prático e promovendo mudança de comportamento clínico e organizacional.

Além disso, sua estrutura prevê a formação de multiplicadores regionais (médicos e enfermeiros obstetras) que atuam de forma descentralizada, o que fortalece a capacidade de resposta territorial, garante capilaridade e promove a sustentabilidade da qualificação das equipes envolvidas na Rede Alyne.

O objetivo contempla o reconhecimento e institucionalização da metodologia estadual de formação de multiplicadores em saúde materna como um componente estratégico e transversal da Rede Alyne, articulado especialmente ao eixo de Educação Permanente, com impacto direto nos demais componentes da rede.

A metodologia de formação de multiplicadores contribui diretamente com a qualificação técnica, clínica e organizacional dos cinco componentes estratégicos da Rede Alyne:

Pré-natal

- Atualiza e reforça a aplicação dos protocolos de estratificação de risco.
- Fortalece a suplementação com cálcio e AAS para prevenção de pré-eclâmpsia.
- Promove a abordagem integral e respeitosa da gestante.

Parto e nascimento

- Capacita profissionais em boas práticas obstétricas baseadas em evidências.
- Qualifica o manejo de urgências e emergências, como hemorragia pós-parto, eclâmpsia e distócia de ombro.
- Incentiva o modelo colaborativo de cuidado com participação ativa de enfermeiros obstetras.

Puerpério e atenção integral à saúde da criança

- Reforça o papel da alta responsável e do seguimento do binômio mãe-bebê.
- Estimula práticas de cuidado centrado na mulher e na família, com apoio ao aleitamento e vigilância do puerpério.
- Capacita sobre sinais de alerta em puérperas e recém-nascidos.

Sistema de apoio

- Reduz a solicitação inadequada de exames e melhora a interpretação clínica.
- Amplia a integração entre a clínica e os recursos diagnósticos e terapêuticos.
- Fortalece o uso racional de medicamentos e insumos na atenção obstétrica.

Sistema logístico

- Promove o conhecimento dos fluxos regionais e da regulação obstétrica.
- Estimula a articulação entre os pontos de atenção e uso adequado do transporte sanitário.
- Contribui para a execução do modelo “vaga sempre” e plano de vinculação

da gestante à maternidade.

Governança e Educação Permanente

- Cria lideranças locais em cada região de saúde para multiplicar conhecimento.
- Apoia a implantação da Educação Permanente como eixo contínuo da gestão.
- Favorece o uso dos achados dos comitês de óbito como base para formação e melhoria da assistência.

A institucionalização dessa metodologia contribui com a consolidação da Educação Permanente como eixo estruturante da Rede Alyne, e fortalece o compromisso do estado de Mato Grosso do Sul com a redução da mortalidade materna, infantil e fetal. Recomenda-se sua adoção formal pelas regiões de saúde e municípios como componente essencial dos planos locais da Rede Alyne, com registro, monitoramento e avaliação contínua.

4.9.2 PlanificaSUS

O *PlanificaSUS*: a organização da Atenção Ambulatorial Especializada em rede com a Atenção Primária em Saúde, representa uma estratégia fundamental para a qualificação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil em Mato Grosso do Sul. Trata-se de uma iniciativa nacional coordenada pelo CONASS e Ministério da Saúde, executada pelo Hospital Israelita Albert Einstein por meio do PROADI-SUS no primeiro triênio (2019-2021), no segundo triênio (2021-2023) e agora no terceiro triênio (2024-2026). Seu objetivo central é reorganizar e qualificar os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), com ênfase na integração dos pontos de atenção e na coordenação do cuidado.

No estado, a operacionalização do PlanificaSUS vem sendo direcionada, prioritariamente, à qualificação da linha de cuidado materno-infantil. As ações desenvolvidas incluem a realização de oficinas, tutorias, formação de tutores e acompanhamento sistemático de indicadores clínicos e operacionais.

No segundo semestre de 2024, iniciou-se o 3º Triênio deste projeto pelo HIAE, sendo expandido para as Regiões de Saúde: Centro, incluindo a capital Campo Grande; Norte, Baixo Pantanal, 03 municípios da Nordeste; 01 município da Centro Sul; 01 município da Pantanal.

Os municípios de Anastácio, Aquidauana, Bela Vista, Bodoquena, Bonito, Caracol, Dois Irmãos do Buriti, Guia Lopes da Laguna, Jardim, Miranda, Nioaque e Porto Murtinho participaram da segunda fase do projeto, retomada em 2021, formando o núcleo inicial de laboratórios de prática. Posteriormente, Campo Grande, Maracaju, São Gabriel do Oeste e municípios do território do Baixo Pantanal passaram a integrar a iniciativa, ampliando a cobertura e o alcance das ações voltadas à saúde materno-infantil.

A implementação do PlanificaSUS tem promovido avanços significativos na qualificação da rede materno-infantil, como a reestruturação dos fluxos de atendimento, a organização das agendas clínicas, a estratificação de risco gestacional, a territorialização das equipes e o fortalecimento da comunicação entre os níveis de atenção. Essas ações têm impactado diretamente a qualidade do cuidado oferecido às mulheres e crianças, aumentando a resolutividade da APS, reduzindo vulnerabilidades e promovendo o cuidado contínuo e centrado na usuária.

Além disso, o projeto tem favorecido o uso sistemático de instrumentos de gestão do cuidado, como os protocolos clínicos, prontuários eletrônicos, fichas de acompanhamento e indicadores provenientes de sistemas. Também fortaleceu a cultura de supervisão apoiadora, educação permanente e planejamento baseado em dados.

Com a perspectiva de expansão nos próximos anos, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul tem reafirmado o compromisso com a institucionalização das práticas de planificação como eixo estruturante da rede materno-infantil. A articulação com os municípios, o apoio técnico contínuo e a formação de multiplicadores são elementos estratégicos para garantir a sustentabilidade das melhorias implementadas.

Sob a mesma perspectiva, a análise do atual modelo de organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em Mato Grosso do Sul revela fragilidades importantes associadas à predominância do modelo de Centros de Especialidades Médicas (CEM), caracterizado por uma estrutura fragmentada, centrada na oferta de procedimentos e com limitada integração com a Atenção Primária à Saúde (APS). Essa organização, historicamente herdada do paradigma flexneriano e consolidada na lógica da medicina liberal, contribui para a descontinuidade do cuidado, a duplicidade de atendimentos, a ineficiência do sistema e a baixa resolubilidade das

ações de saúde.

Nos CEMs, observa-se frequentemente a ausência de coordenação do cuidado, vínculos frágeis entre generalistas e especialistas, inexistência de planejamento integrado entre equipes da APS e da AAE, uso limitado de diretrizes clínicas baseadas em evidências e uma gestão ainda ancorada na lógica da oferta e regulação administrativa. Essa configuração resulta em fluxos desorganizados, ausência de prontuários eletrônicos compartilhados e práticas clínicas dissociadas do território e das necessidades reais da população.

Frente a esse cenário, a adoção do modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA) em Redes de Atenção à Saúde (RAS) se mostra como uma estratégia estruturante e altamente eficaz. Diferente do modelo tradicional, o PASA opera sob gestão de base populacional, com planejamento conjunto entre APS e AAE, organização do cuidado por estratificação de risco, uso de protocolos clínicos, e articulação multiprofissional, com apoio matricial e práticas clínicas integradas. A centralidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) na coordenação dos fluxos e contrafluxos garante maior eficiência, continuidade e segurança na atenção às pessoas.

Experiências exitosas no estado, como as implementadas por meio do Projeto PlanificaSUS, demonstram que municípios que avançaram na implantação do modelo PASA registram melhorias significativas na organização da rede, na qualificação dos processos assistenciais e na efetividade do cuidado, especialmente em áreas como a atenção materno-infantil e às condições crônicas.

5. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

A Análise Situacional de Saúde (Asis) objetiva a sistematização e a análise das informações, tornando-as conhecimento útil para orientar as ações em Saúde Coletiva. Sua relevância se estende a todos os níveis de decisão – desde os serviços de saúde locais até a esfera federal – permitindo que as informações e o conhecimento embasem o planejamento, a definição de prioridades, a alocação estratégica de recursos e a avaliação rigorosa dos programas implementados.

No contexto do Plano de Ação Regional, a Asis ganha destaque como um instrumento para um diagnóstico mais preciso das principais questões de saúde que afetam a população, considerando as particularidades da região. A vasta diversidade

territorial e étnico-racial presente no estado de Mato Grosso do Sul exige que a Asis identifique essas disparidades, de forma a detectar também as necessidades específicas da população local.

A fim de garantir esse processo, a Asis Materna e Infantil deve ser realizada de forma desagregada por raça/cor, revelando as desigualdades existentes e orientando ações para grupos específicos, como a identificação e o monitoramento da prevalência de doenças negligenciadas que afetam as populações mais vulneráveis ou a avaliação da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, identificando barreiras de acesso.

5.1. APRESENTAÇÃO DA POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

A seguir, apresenta-se a sistematização dos dados que subsidiam a análise situacional para a organização, implementação e monitoramento da Rede Alyne no estado de Mato Grosso do Sul. A caracterização da população de referência, composta por mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças de até dois anos, é realizada a partir de fontes oficiais, como o Censo Demográfico 2022 do IBGE, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), bem como banco de dados estaduais.

Os dados são desagregados por macrorregiões e regiões de saúde, contemplando recortes importantes de raça/cor (branca, preta, parda, amarela e indígena), bem como populações em situação de vulnerabilidade, como indígenas, quilombolas, população privada de liberdade e população em situação de rua. Esta abordagem visa evidenciar as desigualdades sociais e territoriais, com foco na redução das iniquidades em saúde materna e infantil.

As informações compiladas abrangem estimativas populacionais, indicadores de saúde relacionados ao pré-natal, parto, nascimento e puericultura, além de dados de mortalidade materna, infantil e fetal. Também são apresentadas análises específicas como a proporção de partos segundo o Grupo de Robson, a prevalência de nascidos vivos com baixo peso, e indicadores logísticos e de cobertura assistencial.

Esses dados constituem uma base sólida para o planejamento estratégico da Rede Alyne no Mato Grosso do Sul, orientando a priorização de ações e

investimentos, e fortalecendo o compromisso com a equidade, a integralidade e a qualidade da atenção à saúde de mulheres, recém-nascidos e crianças.

Quadro 6 - POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA PARA A REDE ALYNE (2023)

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	POPULAÇÃO TOTAL (Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2022)	MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) (Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2022)	NASCIDOS VIVOS (SINASC, 2023)	ESTIMATIVA DE GESTANTES (nascidos vivos + 10%)	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE RISCO HABITUAL	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO (15% das gestantes estimadas)
MATO GROSSO DO SUL	2.757.013	825.734	40.233	44.256	37.618	6.638
MACRORREGIÃO CENTRO	1.386.525	413.416	19.135	21.049	17.891	3.157
REGIÃO NORTE	115.922	33.695	1.747	1.922	1.634	288
REGIÃO BAIXO PANTANAL	245.939	71.722	3.738	4.112	3.495	617
REGIÃO CENTRO	1.024.664	307.999	13.650	15.015	12.763	2.252
MACRORREGIÃO PANTANAL	143.326	42.704	2.535	2.789	2.370	418
REGIÃO PANTANAL	143.326	42.704	2.535	2.789	2.370	418
MACRORREGIÃO CONE SUL	867.927	260.822	13.491	14.840	12.614	2.226
REGIÃO CENTRO SUL	424.554	127.487	6.242	6.866	5.836	1.030
REGIÃO SUDESTE	113.824	33.057	1.512	1.663	1.414	249

REGIÃO SUL FRONTEIRA	329.549	100.278	5.737	6.311	5.364	947
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	359.235	108.792	5.072	5.579	4.742	837
REGIÃO NORDESTE	160.563	47.561	2.248	2.473	2.102	371
REGIÃO LESTE	198.672	61.231	2.824	3.106	2.640	466

Fonte: População Total (2023) - BGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação Técnica do Censo Demográfico - CTD. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/37734-relacao-da-populacao-dos-municipios-para-publicacao-no-tcu.html?edicao=37735&t=resultados>. Acesso em 08/04/2025.

Fonte: Mulheres em Idade Fértil (MIF) 2022 - IBGE - Censo Demográfico. QUADRO 9514 - População residente, por sexo, idade e forma de declaração da idade. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico2022.html?edicao=38166&t=resultados>. Acesso em: 08/04/2025.

Fonte: Nascidos vivos (2023) - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em 08/04/2025.

Quadro 7 – MIF E GESTANTES ESTIMADAS POR RAÇA-COR (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas) (2022)

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	MULHERES EM IDADE FÉRTIL (2022)		GESTANTES ESTIMADAS (2023)	
MATO GROSSO DO SUL	Branças	341.074	Branças	14.806

	Pretas	51.616	Pretas	1.623
	Pardas	396.651	Pardas	24.897
	Amarelas	5.189	Amarelas	176
	Indígenas	31.185	Indígenas	2.583
	Branco/ Ignorado	-	Branco/ Ignorado	172
	Total	825.734	Total	44.256
MACRORREGIÃO CENTRO	Branças	171.507	Branças	7.123
	Pretas	27.435	Pretas	866
	Pardas	202.348	Pardas	12.299
	Amarelas	3.112	Amarelas	99
	Indígenas	9.002	Indígenas	564
	Branco/ Ignorado	-	Branco/ Ignorado	98
	Total	413.416	Total	21.049
REGIÃO NORTE	Branças	11.458	Branças	416
	Pretas	2.406	Pretas	73
	Pardas	19.645	Pardas	1.417
	Amarelas	80	Amarelas	13
	Indígenas	104	Indígenas	2

	Branco/ Ignorado	-	Branco/ Ignorado	1
	Total	33.695	Total	1.922
REGIÃO BAIXO PANTANAL	Branças	25.778	Branças	1.080
	Pretas	3.127	Pretas	99
	Pardas	37.768	Pardas	2.560
	Amarelas	257	Amarelas	6
	Indígenas	4.786	Indígenas	319
	Branco/ Ignorado	-	Branco/ Ignorado	48
	Total	74.722	Total	4.112
REGIÃO CENTRO	Branças	134.271	Branças	5.627
	Pretas	21.902	Pretas	694
	Pardas	144.935	Pardas	8.323
	Amarelas	2.775	Amarelas	80
	Indígenas	4.112	Indígenas	243
	Branco/ Ignorado	-	Branco/ Ignorado	48
	Total	307.999	Total	15.015
	Branças	10.322	Branças	317

MACRORREGIÃO PANTANAL	Pretas	3.738	Pretas	106
	Pardas	25.918	Pardas	2.126
	Amarelas	152	Amarelas	2
	Indígenas	2.574	Indígenas	238
	Branco/ Ignorado	-	Branco/ Ignorado	0
	Total	42.704	Total	2.789
REGIÃO PANTANAL	Branças	10.322	Branças	317
	Pretas	3.738	Pretas	106
	Pardas	25.918	Pardas	2.126
	Amarelas	152	Amarelas	2
	Indígenas	2.574	Indígenas	238
	Branco/ Ignorado	-	Branco/ Ignorado	0
	Total	42.704	Total	2.789
MACRORREGIÃO CONE SUL	Branças	112.473	Branças	5.321
	Pretas	11.933	Pretas	356
	Pardas	115.588	Pardas	7.258

	Amarelas	1.419	Amarelas	51
	Indígenas	19.404	Indígenas	1.777
	Branco/Ignorado	-	Branco/Ignorado	69
	Total	260.822	Total	14.840
REGIÃO CENTRO SUL	Branças	57.984	Branças	2.797
	Pretas	6.450	Pretas	213
	Pardas	54.128	Pardas	3.072
	Amarelas	876	Amarelas	33
	Indígenas	8.046	Indígenas	722
	Branco/Ignorado	-	Branco/Ignorado	29
	Total	127.487	Total	6.866
REGIÃO SUDESTE	Branças	13.024	Branças	517
	Pretas	2.002	Pretas	52
	Pardas	17.787	Pardas	1.082
	Amarelas	178	Amarelas	3
	Indígenas	66	Indígenas	3
	Branco/Ignorado	-	Branco/Ignorado	6

	Total	33.057	Total	1.663
REGIÃO SUL FRONTEIRA	Branças	41.465	Branças	2.006
	Pretas	3.481	Pretas	100
	Pardas	43.673	Pardas	3.103
	Amarelas	365	Amarelas	14
	Indígenas	11.292	Indígenas	1.052
	Branco/Ignorado	-	Branco/Ignorado	35
	Total	100.278	Total	6.311
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	Branças	46.772	Branças	2.025
	Pretas	8.510	Pretas	307
	Pardas	52.797	Pardas	3.214
	Amarelas	506	Amarelas	24
	Indígenas	205	Indígenas	4
	Branco/Ignorado	-	Branco/Ignorado	4
	Total	108.792	Total	5.579
	Branças	21.953	Branças	1.034

REGIÃO NORDESTE	Pretas	3.529	Pretas	107
	Pardas	21.868	Pardas	1.313
	Amarelas	169	Amarelas	14
	Indígenas	42	Indígenas	0
	Branco/Ignorado	-	Branco/Ignorado	4
	Total	47.561	Total	2.473
REGIÃO LESTE	Branças	24.953	Branças	991
	Pretas	4.981	Pretas	200
	Pardas	30.929	Pardas	1.901
	Amarelas	337	Amarelas	10
	Indígenas	163	Indígenas	4
	Branco/Ignorado	-	Branco/Ignorado	0
	Total	61.231	Total	3.106

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2022). QUADRO 9606 - População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e a idade. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/QUADRO/9606#resultado>. Acesso em: 08/04/2025

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em 08/04/2025.

Quadro 8 - MIF E GESTANTES ESTIMADAS INDÍGENAS E TERRITÓRIO

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	POPULAÇÃO INDÍGENA TOTAL (2022)	POPULAÇÃO EM TERRAS INDÍGENAS (2022)	MULHERES INDÍGENAS EM IDADE FÉRTIL (2022)	GESTANTES INDÍGENAS ESTIMADAS (Nascidos vivos indígenas + 10% - 2023)
MATO GROSSO DO SUL	116.469	68.682	31.185	2.582,80
MACRORREGIÃO CENTRO	44.623	12.199	9.002	564,10
REGIÃO NORTE	317	0	104	2,00
REGIÃO BAIXO PANTANAL	21.940	10.559	4.786	319,00
REGIÃO CENTRO	22.366	1.640	4.112	243,10
MACRORREGIÃO PANTANAL	9.456	7.549	2.574	237,60
REGIÃO PANTANAL	9.456	7.549	2.574	237,60
MACRORREGIÃO CONE SUL	61.721	48.868	19.404	1.776,50
REGIÃO CENTRO SUL	26.455	19.212	8.046	721,60
REGIÃO SUDESTE	173	0	66	3,30

REGIÃO SUL FRONTEIRA	35.093	29.656	11.292	1.051,60
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	699	66	205	4,40
REGIÃO NORDESTE	161	0	42	0,00
REGIÃO LESTE	508	66	163	4,40

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2022). QUADRO 9718 - População residente, total e indígena, por localização do domicílio e quesito de declaração indígena nos Censos Demográficos - Primeiros Resultados do Universo. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/QUADRO/9718>. acesso em 26/04/2025.

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2022). QUADRO 9606 - População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e a idade. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/QUADRO/9606#resultado>. Acesso em: 08/04/2025

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em 08/04/2025.

Quadro 9 - MIF QUILOMBOLAS

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	POPULAÇÃO TOTAL (2022)	MULHERES EM IDADE FÉRTIL (2022)
MATO GROSSO DO SUL	2.572	730
MACRORREGIÃO CENTRO	1.847	516
REGIÃO NORTE	140	34

REGIÃO BAIXO PANTANAL	494	127
REGIÃO CENTRO	1213	355
MACRORREGIÃO PANTANAL	421	129
REGIÃO PANTANAL	421	129
MACRORREGIÃO CONE SUL	300	84
REGIÃO CENTRO SUL	296	83
REGIÃO SUDESTE	0	0
REGIÃO SUL FRONTEIRA	4	1
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	4	1
REGIÃO NORDESTE	0	0
REGIÃO LESTE	4	1

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2022). QUADRO 9578 - População residente, total e quilombola, por localização e município. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2022/primeiros-resultados-quilombolas> Acesso em: 21/04/2025.

Quadro 10 - CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS POR RAÇA-COR (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas) 2022

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS POR RAÇA-COR (2022)	
MATO GROSSO DO SUL	Brancas	55.021
	Pretas	3.244
	Pardas	50.239
	Amarelas	339
	Indígenas	6.230
	Branco/ Ignorado	-
	Total	115.073
MACRORREGIÃO CENTRO	Brancas	26.293
	Pretas	1.656
	Pardas	25.376
	Amarelas	181
	Indígenas	1.573

	Branco/ Ignorado	-
	Total	55.079
REGIÃO NORTE	Branças	1.968
	Pretas	159
	Pardas	2.698
	Amarelas	08
	Indígenas	07
	Branco/ Ignorado	-
	Total	4.840
REGIÃO BAIXO PANTANAL	Branças	4.650
	Pretas	181
	Pardas	5.094
	Amarelas	16
	Indígenas	919
	Branco/ Ignorado	-
	Total	10.860
REGIÃO CENTRO	Branças	19.675
	Pretas	1.316
	Pardas	17.584

	Amarelas	157
	Indígenas	647
	Branco/ Ignorado	-
	Total	39.379
MACRORREGIÃO PANTANAL	Branças	2.129
	Pretas	299
	Pardas	4.016
	Amarelas	13
	Indígenas	531
	Branco/ Ignorado	-
	Total	6.988
REGIÃO PANTANAL	Branças	2.129
	Pretas	299
	Pardas	4.016
	Amarelas	13
	Indígenas	531

	Branco/ Ignorado	-
	Total	6.988
MACRORREGIÃO CONE SUL	Branças	18.893
	Pretas	746
	Pardas	14.312
	Amarelas	108
	Indígenas	4.111
	Branco/Ignorado	-
	Total	38.170
REGIÃO CENTRO SUL	Branças	9.528
	Pretas	452
	Pardas	6.612
	Amarelas	59
	Indígenas	1.616
	Branco/Ignorado	-
	Total	18.267

REGIÃO SUDESTE	Branças	2.177
	Pretas	95
	Pardas	2.106
	Amarelas	18
	Indígenas	4
	Branco/Ignorado	-
	Total	4.400
REGIÃO SUL FRONTEIRA	Branças	7.188
	Pretas	199
	Pardas	5.594
	Amarelas	31
	Indígenas	2.491
	Branco/Ignorado	-
	Total	15.503
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	Branças	7.706
	Pretas	543

	Pardas	6.535
	Amarelas	37506
	Indígenas	15
	Branco/Ignorado	-
	Total	14.836
REGIÃO NORDESTE	Branças	3.728
	Pretas	236
	Pardas	2.770
	Amarelas	11
	Indígenas	3
	Branco/Ignorado	-
	Total	6.748
REGIÃO LESTE	Branças	3.978
	Pretas	307
	Pardas	3.765
	Amarelas	26
	Indígenas	12

	Branco/Ignorado	-
	Total	8.088

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2022). QUADRO 9606 - População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e a idade. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/QUADRO/9606#resultado>. Acesso em: 08/04/2025.

Quadro 11 – Nº ABSOLUTO DE ÓBITOS MATERNOs, INFANTIS E FETAIS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE POR RAÇA- COR (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas)

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	Nº DE ÓBITOS MATERNOs (2023)		Nº DE ÓBITOS INFANTIS (2023)		Nº DE ÓBITOS NEONATAIS (2023)	
MATO GROSSO DO SUL	Branças	5	Branças	137	Branças	90
	Pretas	0	Pretas	2	Pretas	2
	Pardas	7	Pardas	149	Pardas	99
	Amarelas	0	Amarelas	1	Amarelas	1
	Indígenas	2	Indígenas	39	Indígenas	23
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	7	Branco/Ignorado	6
	Total	14	Total	137	Total	221

MACRORREGIÃO CENTRO	Branças	1	Branças	60	Branças	38
	Pretas	0	Pretas	1	Pretas	1
	Pardas	3	Pardas	62	Pardas	42
	Amarelas	0	Amarelas	1	Amarelas	1
	Indígenas	2	Indígenas	10	Indígenas	7
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	0
	Total	6	Total	134	Total	89
REGIÃO NORTE	Branças	0	Branças	6	Branças	2
	Pretas	0	Pretas	0	Pretas	0
	Pardas	0	Pardas	6	Pardas	5
	Amarelas	0	Amarelas	0	Amarelas	0
	Indígenas	0	Indígenas	0	Indígenas	0
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	0
	Total	0	Total	12	Total	7
REGIÃO BAIXO PANTANAL	Branças	0	Branças	7	Branças	5
	Pretas	0	Pretas	0	Pretas	0
	Pardas	1	Pardas	15	Pardas	10
	Amarelas	0	Amarelas	0	Amarelas	0
	Indígenas	1	Indígenas	6	Indígenas	4

	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	0
	Total	2	Total	28	Total	19
REGIÃO CENTRO	Branças	1	Branças	47	Branças	31
	Pretas	0	Pretas	1	Pretas	1
	Pardas	2	Pardas	41	Pardas	27
	Amarelas	0	Amarelas	1	Amarelas	1
	Indígenas	1	Indígenas	4	Indígenas	3
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	0
	Total	4	Total	94	Total	63
MACRORREGIÃO PANTANAL	Branças	1	Branças	4	Branças	3
	Pretas	0	Pretas	0	Pretas	0
	Pardas	1	Pardas	22	Pardas	17
	Amarelas	0	Amarelas	0	Amarelas	0
	Indígenas	0	Indígenas	3	Indígenas	0
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	1	Branco/Ignorado	1
	Total	2	Total	30	Total	21
	Branças	1	Branças	4	Branças	3

REGIÃO PANTANAL	Pretas	0	Pretas	0	Pretas	0
	Pardas	1	Pardas	22	Pardas	17
	Amarelas	0	Amarelas	0	Amarelas	0
	Indígenas	0	Indígenas	3	Indígenas	0
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	1	Branco/Ignorado	1
	Total	2	Total	30	Total	21
MACRORREGIÃO CONE SUL	Branças	1	Branças	48	Branças	35
	Pretas	0	Pretas	0	Pretas	0
	Pardas	1	Pardas	42	Pardas	27
	Amarelas	0	Amarelas	0	Amarelas	0
	Indígenas	0	Indígenas	26	Indígenas	16
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	4	Branco/Ignorado	4
	Total	2	Total	120	Total	82
REGIÃO CENTRO SUL	Branças	1	Branças	23	Branças	14
	Pretas	0	Pretas	0	Pretas	0
	Pardas	1	Pardas	17	Pardas	13

	Amarelas	0	Amarelas	0	Amarelas	0
	Indígenas	0	Indígenas	9	Indígenas	5
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	0
	Total	2	Total	49	Total	32
REGIÃO SUDESTE	Branças	0	Branças	3	Branças	3
	Pretas	0	Pretas	0	Pretas	0
	Pardas	0	Pardas	4	Pardas	1
	Amarelas	0	Amarelas	0	Amarelas	0
	Indígenas	0	Indígenas	0	Indígenas	0
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	2	Branco/Ignorado	2
	Total	0	Total	9	Total	6
REGIÃO SUL FRONTEIRA	Branças	0	Branças	22	Branças	18
	Pretas	0	Pretas	0	Pretas	0
	Pardas	0	Pardas	21	Pardas	13
	Amarelas	0	Amarelas	0	Amarelas	0
	Indígenas	0	Indígenas	17	Indígenas	11
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	2	Branco/Ignorado	2

	Total	0	Total	62	Total	44
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	Branças	2	Branças	25	Branças	14
	Pretas	0	Pretas	1	Pretas	1
	Pardas	2	Pardas	23	Pardas	13
	Amarelas	0	Amarelas	0	Amarelas	0
	Indígenas	0	Indígenas	0	Indígenas	0
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	2	Branco/Ignorado	1
	Total	4	Total	51	Total	29
REGIÃO NORDESTE	Branças	2	Branças	14	Branças	8
	Pretas	0	Pretas	0	Pretas	0
	Pardas	0	Pardas	14	Pardas	10
	Amarelas	0	Amarelas	0	Amarelas	0
	Indígenas	0	Indígenas	0	Indígenas	0
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	1	Branco/Ignorado	0
	Total	2	Total	29	Total	18
	Branças	0	Branças	11	Branças	6

REGIÃO LESTE	Pretas	0	Pretas	1	Pretas	1
	Pardas	2	Pardas	9	Pardas	3
	Amarelas	0	Amarelas	0	Amarelas	0
	Indígenas	0	Indígenas	0	Indígenas	0
	Branco/Ignorado	0	Branco/Ignorado	1	Branco/Ignorado	1
	Total	2	Total	22	Total	11

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>. Acesso em: 21/04/2025.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 21/04/2025.

5.2 BREVE DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO REFERENCIADA

A população de referência para organização da Rede Alyne no território é composta por: mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças até 2 anos.

5.2.1 Pré-natal:

Quadro 12– Percentual de gestantes com captação precoce para o pré-natal (2023)

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	TOTAL DE GESTANTES	GESTANTE COM O PRIMEIRO ATENDIMENTO ATÉ A 12ª SEMANA DE GESTAÇÃO	PERCENTUAL DE GESTANTES COM CAPTAÇÃO PRECOCE PARA O PRÉ-NATAL
MATO GROSSO DO SUL	32073	23827	74,28%
MACRORREGIÃO CENTRO	15128	11230	74,23%
REGIÃO NORTE	1570	1180	75,15%
REGIÃO BAIXO PANTANAL	3403	2403	70,61%
REGIÃO CENTRO	10155	7647	75,30%
MACRORREGIÃO PANTANAL	1811	1032	56,98%
REGIÃO PANTANAL	1811	1032	56,98%
MACRORREGIÃO CONE SUL	10354	7763	74,97%

REGIÃO CENTRO SUL	4483	3429	76,48%
REGIÃO SUDESTE	1420	1005	70,77%
REGIÃO SUL FRONTEIRA	4451	3329	74,79%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	4780	3802	79,53%
REGIÃO NORDESTE	2050	1659	80,92%
REGIÃO LESTE	2730	2143	78,49%

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB (2025)

O cuidado pré-natal no estado de Mato Grosso do Sul tem alcançado progressos relevantes, mas ainda evidencia disparidades entre regiões e fragilidades que comprometem a integralidade da assistência. A captação precoce de gestantes até a 12ª semana de gestação é de 69,21%, sinalizando que aproximadamente 3 em cada 10 gestantes iniciam o pré-natal de forma tardia, o que pode comprometer a detecção precoce de riscos e a adesão às ações preventivas.

Para ampliar a captação precoce de gestantes, os municípios devem adotar estratégias integradas de busca ativa territorializada, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, priorizando áreas de maior vulnerabilidade. É essencial garantir acesso oportuno e acolhimento qualificado em todas as unidades de saúde, com oferta imediata de testagem de gravidez e início do pré-natal no mesmo dia, sempre que possível.

A organização interna das unidades deve assegurar fluxos ágeis, desde a confirmação da gestação até o agendamento da

primeira consulta ou atendimento no mesmo dia. A comunicação comunitária deve ser fortalecida por meio de ações educativas, mídias locais e articulação com lideranças e escolas, para sensibilização sobre sinais precoces de gravidez e importância do pré-natal.

A articulação com outros pontos da rede, como maternidades e unidades de urgência, deve permitir o encaminhamento imediato de gestantes não captadas pela APS. Por fim, recomenda-se o monitoramento sistemático dos indicadores de captação precoce e a incorporação desse critério nas metas pactuadas com as equipes da atenção primária.

Quadro 13 - Número de consultas de pré-natal-natal por gestante (2023)

ESTADO/MACRORREGIÃO/REGIÃO	De 1 a 3 atendimentos	De 4 a 5 atendimentos	6 ou mais atendimentos
MATO GROSSO DO SUL	14.606	2.004	2.618
MACRORREGIÃO CENTRO	7.093	995	1.151
REGIÃO NORTE	530	124	277
REGIÃO BAIXO PANTANAL	1.442	276	408
REGIÃO CENTRO	5.121	595	466
MACRORREGIÃO CONE SUL	5.117	574	512
REGIÃO CENTRO SUL	2.321	310	224

REGIÃO SUDESTE	559	84	137
REGIÃO SUL FRONTEIRA	2.237	180	151
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	1490	303	788
REGIÃO NORDESTE	447	91	236
REGIÃO LESTE	1.043	212	552

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB (2025). Acesso em 16/06/2025.

A média estadual de consultas de pré-natal é de 7,26 por gestante, atingindo o padrão mínimo recomendado, porém com variação significativa entre os municípios. A cobertura quantitativa, por si só, não assegura a qualidade da atenção à saúde materna e para assegurar o cuidado integral à gestante e ao bebê, os municípios devem adotar estratégias que não apenas ampliem o número de consultas de pré-natal por gestante, mas que garantam a efetiva qualidade no manejo clínico, acolhimento, estratificação de risco e vínculo longitudinal com a equipe de referência.

É essencial fortalecer a organização da agenda das unidades de saúde, assegurando espaço adequado para a programação de, no mínimo, sete consultas por gestante, intercaladas entre profissionais médicos e de enfermagem, conforme as diretrizes nacionais. A adesão da gestante deve ser facilitada por meio de acolhimento com escuta qualificada, flexibilidade de horários, lembretes de agendamento e estratégias de busca ativa em casos de faltas.

A qualidade da consulta deve ser garantida com a utilização de protocolos clínicos atualizados, com ênfase na estratificação precoce do risco gestacional, solicitação e interpretação adequada dos exames obrigatórios, avaliação do crescimento uterino e

batimentos cardíacos fetais, além de orientações educativas sobre sinais de alerta, parto, aleitamento e planejamento reprodutivo.

É imprescindível assegurar o registro completo e tempestivo no prontuário eletrônico, com inserção de dados no e-SUS AB e acompanhamento por indicadores pactuados. As equipes devem ser capacitadas continuamente em temáticas como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, ISTs e manejo de agravos comuns na gestação, garantindo atuação resolutiva e humanizada.

A atuação da atenção ambulatorial especializada (AAE) deve ser articulada com a APS para acompanhamento compartilhado das gestantes de risco intermediário ou alto, garantindo retorno com contrarreferência e continuidade do cuidado.

Quadro 14 - Percentual de pré-natal com 6 consultas, exames de HIV e Sífilis realizado, bem como saúde bucal (2023)

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
MATO GROSSO DO SUL	50,61%	76,19%	65,24%
MACRORREGIÃO CENTRO	53,48%	77,76%	68,14%
REGIÃO NORTE	62,13%	74,13%	65,25%
REGIÃO BAIXO PANTANAL	55,25%	83,67%	74,00%
REGIÃO CENTRO	43,44%	73,11%	62,89%

MACRORREGIÃO PANTANAL	33,67%	69,67%	58,00%
REGIÃO PANTANAL	33,67%	69,67%	58,00%
MACRORREGIÃO CONE SUL	56,94%	79,88%	71,21%
REGIÃO CENTRO SUL	56,58%	74,00%	66,25%
REGIÃO SUDESTE	56,71%	84,57%	73,57%
REGIÃO SUL FRONTEIRA	57,33%	82,40%	74,07%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	58,38%	77,46%	63,62%
REGIÃO NORDESTE	57,29%	75,86%	68,71%
REGIÃO LESTE	59,67%	79,33%	57,67%

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB (2025). Acesso em 16/06/2025.

Os dados mais recentes dos indicadores do Previne Brasil, referentes à atenção ao pré-natal em Mato Grosso do Sul, revelam importantes disparidades regionais e municipais quanto à cobertura mínima de seis consultas, realização dos exames de rastreio para sífilis e HIV, e atenção à saúde bucal das gestantes.

De modo geral, a cobertura de seis consultas de pré-natal permanece insatisfatória em diversos municípios, com índices inferiores a 50% em cidades de grande porte como Campo Grande (35%), Dourados (38%) e Três Lagoas (40%). Essa situação é particularmente preocupante, pois trata-se de municípios que concentram significativa demanda estadual e possuem papel estratégico na organização da rede. Por outro lado, municípios como Batayporã (86%), Figueirão (82%) e Sonora (82%) apresentam desempenho expressivo, possivelmente refletindo maior organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e estratégias locais de captação e acompanhamento.

Cabe ressaltar, no entanto, que parte dos baixos percentuais observados em alguns municípios pode estar relacionada não apenas a falhas na assistência propriamente dita, mas também à insuficiência ou inconsistência nos registros dos sistemas de informação. A ausência ou subnotificação de dados no e-SUS AB, especialmente nos prontuários eletrônicos, impacta diretamente na apuração dos indicadores do Previnir Brasil, podendo gerar distorções que não refletem com precisão a realidade da atenção prestada.

Em relação à realização dos exames para HIV e sífilis, observa-se um desempenho mais homogêneo e, em geral, satisfatório, com muitos municípios apresentando cobertura superior a 90%. Isso sugere boa operacionalização da testagem rápida no pré-natal. Contudo, municípios como Jaraguari (20%) e Corguinho (38%) exibem cobertura crítica, o que pode sinalizar tanto falhas no acesso e no cumprimento dos protocolos obrigatórios quanto possíveis lacunas nos registros em sistemas.

No que tange à atenção à saúde bucal no pré-natal, verifica-se um desempenho bastante variável. Municípios como Sete Quedas (100%), Batayporã (94%) e Novo Horizonte do Sul (93%) demonstram práticas bem-sucedidas de integração da saúde bucal à linha de cuidado da gestante. Em contraste, Campo Grande (49%) e Três Lagoas (52%) apresentam cobertura insatisfatória, especialmente considerando sua estrutura e capacidade instalada. Municípios como Jaraguari (20%) e Taquarussu (22%) evidenciam índices extremamente baixos, o que pode refletir tanto ausência de ações sistemáticas quanto falhas nos registros de

procedimentos odontológicos vinculados ao pré-natal.

Em síntese, os dados indicam que, apesar de avanços localizados, há uma necessidade urgente de estratégias coordenadas para qualificar o pré-natal na APS, especialmente nos municípios com maior população e responsabilidade regional. É essencial investir não apenas na ampliação do acesso e na padronização dos protocolos, mas também na qualificação dos registros em sistemas de informação, na educação permanente das equipes e no monitoramento sistemático dos dados. Tais ações são fundamentais para reduzir as iniquidades territoriais e assegurar um cuidado integral, oportuno e equânime às gestantes sul-mato-grossenses.

Quadro 15- Proporção de Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) na Atenção Primária, Ambulatorial e Hospitalar (2022)

ESTADO/MACRORREGIÃO/REGIÃO DE SAÚDE	MIF	ATENÇÃO PRIMÁRIA	Número de DIUs inseridos na APS para cada 100.000 MIF	AMBULATORIAL E HOSPITALAR	Número de DIUs inseridos na APS para cada 100.000 MIF
MATO GROSSO DO SUL	828.734	1.433	173	1.588	192
MACRORREGIÃO CENTRO	416.416	735	177	97	23
REGIÃO NORTE	33.695	6	18	17	50
REGIÃO BAIXO PANTANAL	74.722	21	28	45	60
REGIÃO CENTRO	307.999	708	230	35	11

MACRORREGIÃO PANTANAL	42.704	3	7	83	194
REGIÃO PANTANAL	42.704	3	7	83	194
MACRORREGIÃO CONE SUL	260.822	367	141	963	369
REGIÃO CENTRO SUL	127.487	67	53	592	464
REGIÃO SUDESTE	33.057	5	15	164	496
REGIÃO SUL FRONTEIRA	100.278	295	294	207	206
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	108.792	328	301	445	409
REGIÃO NORDESTE	47.561	270	568	112	235
REGIÃO LESTE	61.231	58	95	333	544

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2025.

Fonte: SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, 2025.

Fonte: IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2023.

A análise dos dados estaduais revela importantes disparidades na cobertura de inserção de DIU entre as regiões de Mato Grosso do Sul. Embora o estado apresente uma taxa média de 173 inserções por 100 mil mulheres em idade fértil (MIF) na Atenção Primária à Saúde (APS), e 192 por 100 mil MIF em serviços ambulatoriais e hospitalares, esses valores escondem variações significativas que indicam desigualdade na oferta e no acesso ao método contraceptivo de longa duração.

A macrorregião Centro, com uma das maiores populações femininas em idade fértil, se destaca com 177 inserções por 100 mil MIF na APS, índice um pouco acima da média estadual, mas apresenta baixo desempenho hospitalar (23 por 100 mil MIF), evidenciando fragilidade na consolidação da inserção no pós-parto e pós-abortamento imediato.

A região Centro, por sua vez, é a que apresenta a maior taxa proporcional de inserções na APS, com 230 inserções por 100 mil MIF, o que indica capacidade instalada, equipes habilitadas e potencial modelo de boas práticas. Em contraste, a mesma região apresenta um dos menores índices hospitalares (11 por 100 mil MIF), apontando para uma possível desconexão entre os níveis de atenção.

Regiões como Pantanal e Baixo Pantanal mostram um cenário inverso: cobertura muito baixa na APS (7 e 28 por 100 mil MIF, respectivamente), mas proporcionalmente altas taxas hospitalares (194 por 100 mil MIF em ambos). Isso pode estar relacionado ao modelo de oferta concentrado nos hospitais de referência e menor capilaridade da Atenção Primária nos territórios de difícil acesso, como áreas ribeirinhas e fronteiriças.

O CONE SUL, com 141 inserções por 100 mil MIF na APS e 369 no nível hospitalar, revela uma boa articulação entre os pontos de atenção e pode ser considerado referência na integração das ações de planejamento reprodutivo nos diferentes níveis do SUS.

Por outro lado, regiões como Sudeste (APS: 15 / Hosp: 496) e Centro Sul (APS: 53 / Hosp: 464) apontam um perfil altamente hospitalocêntrico, com risco de perda de oportunidade na atenção básica e sobrecarga das maternidades e ambulatórios especializados. Isso também pode indicar baixa capacitação ou ausência de protocolos nas UBS para a oferta de LARCs.

Destaca-se ainda a região Leste, com alta concentração de inserções hospitalares (544 por 100 mil MIF) frente a baixa cobertura na APS (95 por 100 mil MIF), o que sugere dependência dos serviços especializados, possivelmente vinculados a maternidades com maior volume de partos.

Diante desse cenário, recomenda-se a ampliação da oferta de inserções de LARCs na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da capacitação teórico-prática de enfermeiros e médicos, da atualização dos protocolos locais e da realização de supervisões técnicas periódicas. É igualmente fundamental fortalecer a inserção no pós-parto imediato nas maternidades, sobretudo nas regiões com alta proporção de partos, a fim de evitar a perda de oportunidades no período mais sensível para a contracepção eficaz.

Outra medida estratégica é o mapeamento e a correção das assimetrias regionais, com prioridade para as regiões com baixíssima cobertura, como as macrorregiões Norte, Sudeste e Pantanal. Também se faz necessário o aprimoramento da logística e da disponibilidade de insumos, assegurando o abastecimento regular e a rastreabilidade dos métodos contraceptivos de longa duração.

Recomenda-se, ainda, a implantação de metas regionais de cobertura mínima, com base em critérios populacionais e de risco reprodutivo, como adolescentes, puérperas precoces e mulheres em situação de vulnerabilidade social. Por fim, destaca-se a importância do monitoramento contínuo por meio de indicadores regionais, com pactuação em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e vinculação a incentivos financeiros, garantindo a sustentabilidade e a efetividade das ações implementadas.

Quadro 16: Pré-natal da parceria (2023)

ESTADO/MACRORREGIÃO/REGIÃO	TOTAL DE PROCEDIMENTO
MATO GROSSO DO SUL	7700
MACRORREGIÃO CENTRO	4191
REGIÃO NORTE	652

REGIÃO BAIXO PANTANAL	1.181
REGIÃO CENTRO	2.358
MACRORREGIÃO PANTANAL	139
PANTANAL	139
MACRORREGIÃO CONE SUL	1834
REGIÃO CENTRO SUL	639
REGIÃO SUDESTE	407
REGIÃO SUL FRONTEIRA	788
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	1536
REGIÃO NORDESTE	672
REGIÃO LESTE	864

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB (2025). Acesso em 16/06/2025.

O registro de 7.700 atendimentos de Pré-natal da Parceria em 2023, distribuídos pelas quatro macrorregiões de saúde do Estado, revela avanços iniciais na incorporação dessa estratégia, mas evidencia subutilização e desigualdade territorial significativa.

A Macrorregião Centro, com maior densidade populacional, concentrou mais da metade dos procedimentos realizados (4.191), especialmente na Região Centro, refletindo maior capacidade instalada e adesão das equipes. Já a Região Baixo Pantanal, com 1.181 procedimentos, também se destaca positivamente, demonstrando boa inserção dessa ação entre as gestantes assistidas.

Em contrapartida, a Macrorregião Pantanal, com apenas 139 registros em toda a região, apresenta números extremamente baixos, indicando fragilidades no alcance da ação em territórios de difícil acesso e vulnerabilidades geográficas. Situação semelhante é observada nas regiões Sudeste (407) e Nordeste (672), que, apesar de sua relevância populacional, ainda apresentam baixa incorporação dessa estratégia nos serviços de saúde.

O Pré-natal da Parceria é uma ação estratégica prevista na Rede Alyne e no Programa Bem Nascer, com foco na participação ativa do parceiro ou acompanhante da gestante no cuidado pré-natal, contribuindo para o fortalecimento do vínculo familiar, apoio emocional, testagem para ISTs e maior adesão da gestante ao acompanhamento.

A baixa adesão observada em diversas regiões pode estar relacionada à falta de protocolos institucionais claros, ausência de sensibilização das equipes e limitações estruturais para acolhimento do parceiro, além de barreiras culturais e institucionais quanto à inclusão dos homens nos espaços tradicionalmente femininos do cuidado reprodutivo.

Assim, recomenda-se a capacitação das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto à importância do Pré-natal da Parceria, promovendo a sensibilização dos profissionais sobre os benefícios da participação ativa dos parceiros durante o acompanhamento gestacional. Para viabilizar essa inclusão, é fundamental a adoção de fluxos simplificados que facilitem o acolhimento dos parceiros nas unidades de saúde, assegurando um atendimento humanizado e acessível.

Além disso, destaca-se a necessidade de integração com ações educativas e estratégias de busca ativa, articuladas com escolas, serviços sociais e comunitários, ampliando o alcance e a efetividade da iniciativa. O monitoramento regular do indicador de acompanhamento do Pré-natal da Parceria deve ser incorporado à agenda dos grupos condutores municipais da Rede Alyne,

contribuindo para o acompanhamento contínuo e a qualificação das ações.

A expansão qualificada do Pré-natal da Parceria é essencial para o fortalecimento da linha de cuidado materno-infantil e para a promoção da corresponsabilidade no processo reprodutivo, consolidando uma abordagem mais integral e equitativa no cuidado à gestação.

5.2.2 Parto e nascimento:

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) desempenha um papel fundamental na assistência a recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos especializados. A taxa de ocupação desses leitos é um importante indicador para o planejamento e a gestão hospitalar, pois reflete tanto a demanda assistencial quanto a capacidade de resposta das unidades de saúde.

Quadro 17 - Taxa de Ocupação e Média de Permanência dos Leitos Neonatais em Mato Grosso do Sul – 2024

<u>UTI NEONATAL - 2024</u>					
Hospital	Média Anual (%)	Maior Ocupação	Mês	Menor Ocupação	Mês
Santa Casa de Campo Grande	103,40%	113,85%	Abril	96,70%	Fevereiro
HU Campo Grande (UFMS)	92,30%	104,00%	Outubro	75,56%	Junho
HU-UFMGD – Dourados	92,30%	104,00%	Outubro	75,56%	Junho

Hospital Nossa Senhora Auxiliadora – Três Lagoas	78,00%	94,78%	Junho	52,07%	Setembro
--	--------	--------	-------	--------	----------

Fonte: Painel Mais Saúde – SMS/MS. Disponível em: <https://mais.saude.ms.gov.br/>. Acessado em: 13/07/2025.

A análise das taxas de ocupação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) demonstra cenários distintos entre os hospitais avaliados. A Santa Casa de Campo Grande se destaca pela superlotação constante ao longo de 2024, com média anual superior a 100% e picos de 113,85% no mês de abril. Em diversos meses, as taxas ultrapassaram 108%, evidenciando uma demanda elevada e contínua, o que reforça a necessidade de atenção à capacidade instalada e ao fluxo assistencial.

O Hospital Universitário de Campo Grande (UFMS) e o Hospital Universitário da UFGD, em Dourados, apresentam taxas de ocupação elevadas e muito semelhantes entre si. Ambos registraram picos de 104% em outubro e apresentaram as menores taxas no mês de junho, com 75,56%. Os dados indicam uma boa utilização dos leitos neonatais, embora com certa sazonalidade, com reduções pontuais na demanda durante o meio do ano.

Já o Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, em Três Lagoas, apresentou ocupação mais moderada na UTI Neonatal, com média anual de 78%. No entanto, observou-se maior variabilidade ao longo do ano, com a menor taxa registrada em setembro (52,07%) e a maior em junho (94,78%). Essa oscilação pode refletir uma menor demanda local ou variações sazonais específicas, que impactam diretamente o uso dos leitos.

Quadro 18 – Proporção de partos vaginais e cirurgia cesariana por macrorregião de saúde. 2023

ESTADO/ MACRORREGIÕES DE SAÚDE/ REGIÃO DE SAÚDE	PARTOS VAGINAIS	CIRURGIA CESARIANA
MATO GROSSO DO SUL	33,56%	66,39%
MACRORREGIÃO CENTRO	66,61%	76,53%
REGIÃO NORTE	23,47%	76,53%
REGIÃO BAIXO PANTANAL	30,50%	69,48%
REGIÃO CENTRO	35,76%	64,24%
MACRORREGIÃO PANTANAL	27,46%	72,54%
REGIÃO PANTANAL	27,46%	72,54%
MACRORREGIÃO CONE SUL	39,56%	60,22%
REGIÃO CENTRO SUL	38,11%	61,87%
REGIÃO SUDESTE	20,77%	79,22%
REGIÃO SUL FRONTEIRA	46,59%	53,41%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	19,91%	80,05%

REGIÃO NORDESTE	18,33%	81,67%
REGIÃO LESTE	21,18%	78,75%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC/2023).

Os dados de 2023 revelam que a taxa de cesarianas permanece elevada em todas as macrorregiões do estado de Mato Grosso do Sul, refletindo um padrão assistencial ainda centrado no modelo hospitalocêntrico e médico-intervencionista, em desacordo com as recomendações da Rede Cegonha e da Rede Alyne.

A Macrorregião Costa Leste apresenta os piores indicadores, com a Região Nordeste registrando apenas 18,33% de partos vaginais e a Região Leste com 21,18%, evidenciando forte predominância de cesarianas (acima de 78%). Essa situação pode indicar uso excessivo de cesáreas eletivas, baixo protagonismo da enfermagem obstétrica e ausência de protocolos de incentivo ao parto normal.

A Macrorregião Cone Sul tem desempenho mais heterogêneo. Enquanto a Região Sul Fronteira apresenta a melhor taxa de partos vaginais do estado (46,59%), a Região Sudeste está entre as piores, com apenas 20,77%, revelando desigualdade no modelo de atenção entre os territórios.

A Macrorregião Centro, que concentra grande parte dos nascimentos, mantém taxas intermediárias. A Região Centro apresenta 35,76% de partos vaginais, enquanto a Região Norte atinge apenas 23,47%. Já a Região Baixo Pantanal, com 30,50%, também está abaixo do desejável.

A Macrorregião Pantanal, com 27,46% de partos vaginais, reflete a fragilidade estrutural da rede obstétrica em regiões de difícil acesso e cobertura hospitalar limitada.

Esse cenário demonstra a necessidade urgente de incentivar o parto normal com base em boas práticas assistenciais,

ampliando o protagonismo das enfermeiras obstétricas e obstetrizes no cuidado ao parto. Também se faz necessário revisar os protocolos hospitalares e reduzir a realização de cesarianas eletivas sem indicação clínica, especialmente em unidades de maior porte, onde essa prática tende a ser mais prevalente.

Outro ponto fundamental é o investimento na qualificação das maternidades como Centros de Parto Normal (CPN) e no fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, assegurando ambientes seguros, acolhedores e tecnicamente preparados para o parto normal. O monitoramento da proporção de partos por grupos de Robson deve ser adotado como estratégia de gestão, permitindo a identificação de perfis com maior tendência à cesariana injustificada e a adoção de medidas corretivas.

A reversão desse cenário é essencial para a redução de complicações maternas e neonatais, para a promoção de um parto mais humanizado e para o alinhamento do estado às diretrizes nacionais de atenção obstétrica.

Quadro 19- Taxa de partos com acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto (2023)

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTOS	TOTAL PARTOS	VOLUME	TOTAL		TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA: 2 DIAS		TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA: 3 DIAS	
				DIÁRIAS DE ACOMPANHANTES	ACOMPANHANTES/PARTOS	DIÁRIAS DE ACOMPANHANTES	ACOMPANHANTES/PARTOS	DIÁRIAS DE ACOMPANHANTES	ACOMPANHANTES/PARTOS
MACRORREGIÃO CENTRO									
REGIÃO NORTE									

COXIM	HOSPITAL REGIONAL DR ALVARO FONTOURA SILVA	488	480 a < 1200	1.035	212,1%	518	106,0%	345	70,7%
PEDRO GOMES	HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDRO GOMES	1	< 24	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
RIO NEGRO	HOSPITAL E MAT IDIMAQUE PAES FERREIRA	14	< 24	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
RIO VERDE DE MATO GROSSO	HOSPITAL GERAL PAULINO ALVES DA CUNHA	118	< 480	200	169,5%	100	84,7%	67	56,5%
SÃO GABRIEL DO OESTE	HOSPITAL MUNICIPAL JOSE VALDIR ANTUNES DE OLIVEIRA	380	< 480	674	177,4%	337	88,7%	225	59,1%
SONORA	HOSPITAL RACHID SALDANHA DERZI	160	< 480	276	172,5%	138	86,3%	92	57,5%
REGIÃO BAIXO PANTANAL									
ANASTÁCIO	ABRAMASTACIO	176	< 480	359	204,0%	180	102,0%	120	68,0%
AQUIDAUANA	HOSPITAL DA CIDADE	804	480 a < 1200	1.721	214,1%	861	107,0%	574	71,4%
BELA VISTA	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULA	370	< 480	648	175,1%	324	87,6%	216	58,4%
BODOQUENA	HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO SALES	20	< 24	31	155,0%	16	77,5%	10	51,7%

BONITO	HOSPITAL JOAO BIGATON	314	< 480	351	111,8%	176	55,9%	117	37,3%
CARACOL	HOSPITAL BENEFICENTE RITA ANTONIA MACIEL GODOY	26	< 480	48	184,6%	24	92,3%	16	61,5%
DOIS IRMÃOS DO BURITI	UNIDADE MISTA DE DOIS IRMAOS DO BURITI	5	< 24	4	80,0%	2	40,0%	1	26,7%
GUIA LOPES DA LAGUNA	HOSPITAL EDELMIRA NUNES DE OLIVEIRA	3	< 24	7	233,3%	4	116,7%	2	77,8%
JARDIM	HOSPITAL MARECHAL RONDON	329	< 480	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
MARACAJU	HOSPITAL SORIANO CORREA DA SILVA	609	480 a < 1200	42	6,9%	21	3,4%	14	2,3%
NIOAQUE	UNIDADE MISTA AROLD LIMA COUTO	1	< 24	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
PORTO MURTINHO	HOSPITAL MUNICIPAL OSCAR RAMIRES PEREIRA	173	< 480	234	135,3%	117	67,6%	78	45,1%
REGIÃO CENTRO									
BANDEIRANTES	UNIDADE MISTA JOAO CARNEIRO MENDONCA	4	< 24	2	50,0%	1	25,0%	1	16,7%
CAMAPUÃ	SOCIEDADE DE PROT MAT INFANCIA DE CAMAPUA	11	< 24	12	109,1%	6	54,5%	4	36,4%

CAMPO GRANDE	ASSOCIACAO DE AMPARO A MATERNIDADE E A INFANCIA AAMI	3.465	2400 a < 3600	10.525	303,8%	5.263	151,9%	3.508	101,3%
	SANTA CASA	2.699	2400 a < 3600	4.557	168,8%	2.279	84,4%	1.519	56,3%
	EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	2.146	1200 a < 2400	5.574	259,7%	2.787	129,9%	1.858	86,6%
	HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL	1.590	1200 a < 2400	536	33,7%	268	16,9%	179	11,2%
RIBAS DO RIO PARDO	HOSPITAL 19 DE MARCO	105	< 480	101	96,2%	51	48,1%	34	32,1%
SIDROLÂNDIA	SOCIEDADE BENEFICENTE DONA ELMIRIA SILVERIO BARBOSA	164	< 480	167	101,8%	84	50,9%	56	33,9%
MACRORREGIÃO PANTANAL									
REGIÃO PANTANAL									
CORUMBÁ	SANTA CASA DE CORUMBA	1.625	1200 a < 2400	3.569	219,6%	1.785	109,8%	1.190	73,2%
MIRANDA	HOSPITAL MUNICIPAL DE MIRANDA RENATO ALBUQUERQUE FILHO	324	< 480	468	144,4%	234	72,2%	156	48,1%

MACRORREGIÃO CONE SUL									
REGIÃO CENTRO SUL									
CAARAPÓ	HOSPITAL SAO MATEUS	332	< 480	548	165,1%	274	82,5%	183	55,0%
DEODÁPOLIS	HOSPITAL MUNICIPAL CRISTO REI	19	< 24	19	100,0%	10	50,0%	6	33,3%
DOURADOS	EBSERH HOSPITAL UNIVERSITARIO GRANDE DOURADOS	3.492	2400 a < 3600	10.288	294,6%	5.144	147,3%	3.429	98,2%
	MISSAO CAIUA	1	< 24	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
FÁTIMA DO SUL	HOSPITAL DA SIAS	193	< 480	434	224,9%	217	112,4%	145	75,0%
GLÓRIA DE DOURADOS	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA GLORIA	44	< 480	57	129,5%	29	64,8%	19	43,2%
ITAPORÃ	HOSPITAL MUNICIPAL LOURIVAL NASCIMENTO DA SILVA	152	< 480	190	125,0%	95	62,5%	63	41,7%
LAGUNA CARAPÃ	HOSPITAL MUNICIPAL DE LAGUNA CARAPA	22	< 24	39	177,3%	20	88,6%	13	59,1%
NOVA ALVORADA DO SUL	HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCA ORTEGA	149	< 480	290	194,6%	145	97,3%	97	64,9%

RIO BRILHANTE	HOSPITAL E MATERNIDADE DE RIO BRILHANTE	485	480 a < 1200	615	126,8%	308	63,4%	205	42,3%
VICENTINA	HOSPITAL MUNICIPAL MARIA DOS SANTOS BASTOS	26	< 480	43	165,4%	22	82,7%	14	55,1%
REGIÃO SUDESTE									
ANAUROLÂNDIA	HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS	49	< 480	142	289,8%	71	144,9%	47	96,6%
ANGÉLICA	A B A	57	< 480	109	191,2%	55	95,6%	36	63,7%
IVINHEMA	HOSPITAL MUNICIPAL DE IVINHEMA	355	< 480	434	122,3%	217	61,1%	145	40,8%
NOVA ANDRADINA	FUNDACAO SERVICOS DE SAUDE DE NOVA ANDRADINA FUNSAU NA	597	480 a < 1200	1.039	174,0%	520	87,0%	346	58,0%
NOVO HORIZONTE DO SUL	HOSPITAL E MATERNIDADE NOVO HORIZONTE	26	< 480	46	176,9%	23	88,5%	15	59,0%
REGIÃO SUL FRONTEIRA									
AMAMBAI	HOSPITAL REGIONAL AMAMBAI	392	< 480	475	121,2%	238	60,6%	158	40,4%

ANTÔNIO JOÃO	HOSPITAL MUNICIPAL DR ALTAIR DE OLIVEIRA	65	< 480	107	164,6%	54	82,3%	36	54,9%
ARAL MOREIRA	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUZIA	78	< 480	78	100,0%	39	50,0%	26	33,3%
CORONEL SAPUCAIA	HOSPITAL MUNICIPAL CORONEL SAPUCAIA	187	< 480	313	167,4%	157	83,7%	104	55,8%
ELDORADO	FUNDACAO HOSPITALAR DE ELDORADO TEREZINHA APARECIDA PIROLI	137	< 480	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
IGUATEMI	HOSPITAL SAO JUDAS TADEU	255	< 480	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
ITAQUIRAÍ	HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ITAQUIRAI	144	< 480	209	145,1%	105	72,6%	70	48,4%
JUTI	HOSPITAL MUNICIPAL SANTA LUZIA	6	< 24	8	133,3%	4	66,7%	3	44,4%
MUNDO NOVO	HOSPITAL BENEFICENTE DR BEZERRA DE MENEZES	194	< 480	347	178,9%	174	89,4%	116	59,6%
NAVIRAÍ	HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI	669	480 a < 1200	936	139,9%	468	70,0%	312	46,6%
PARANHOS	HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA	313	< 480	527	168,4%	264	84,2%	176	56,1%

	CONCEICAO								
PONTA PORÃ	HOSPITAL REGIONAL DR JOSE DE SIMONE NETTO	1.548	1200 a < 2400	2.834	183,1%	1.417	91,5%	945	61,0%
SETE QUEDAS	HOSPITAL MUNICIPAL DE SETE QUEDAS	27	< 480	36	133,3%	18	66,7%	12	44,4%
TACURU	HOSPITAL MUNICIPAL SAO SEBASTIAO	137	< 480	225	164,2%	113	82,1%	75	54,7%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE									
REGIÃO NORDESTE									
APARECIDA DO TABOADO	FUNDACAO HOSPITALAR ENFERMEIRO PEDRO FRANCISCO SOARES	217	< 480	546	251,6%	273	125,8%	182	83,9%
CASSILÂNDIA	SANTA CASA DE CASSILANDIA	121	< 480	191	157,9%	96	78,9%	64	52,6%
CHAPADÃO DO SUL	HOSPITAL MUNICIPAL DE CHAPADAO DO SUL	435	< 480	720	165,5%	360	82,8%	240	55,2%
COSTA RICA	FUNDACAO HOSPITALAR DE COSTA RICA	304	< 480	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
INOCÊNCIA	HOSPITAL E MATERNIDADE DE INOCENCIA	3	< 24	3	100,0%	2	50,0%	1	33,3%

PARANAÍBA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PARANAIBA	383	< 480	576	150,4%	288	75,2%	192	50,1%
REGIÃO LESTE									
ÁGUA CLARA	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA APARECIDA	121	< 480	186	153,7%	93	76,9%	62	51,2%
BATAGUASSU	SANTA CASA DE BATAGUASSU	193	< 480	454	235,2%	227	117,6%	151	78,4%
BRASILÂNDIA	HOSPITAL JULIO MAIA	103	< 480	198	192,2%	99	96,1%	66	64,1%
SANTA RITA DO PARDO	UNIDADE MISTA DE SAUDE NOSSA S PERPETUO SOCORRO	61	< 480	114	186,9%	57	93,4%	38	62,3%
TRÊS LAGOAS	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	1.399	1200 a < 2400	2.618	187,1%	1.309	93,6%	873	62,4%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Os dados de 2023 revelam importantes disparidades na garantia do direito à presença de acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto, conforme preconizado pela Lei Federal nº 11.108/2005. Apesar de alguns hospitais apresentarem taxas superiores a 100% — indicando presença contínua de acompanhantes ao longo de mais de uma etapa do ciclo — outros não registram qualquer diária relacionada a essa prática.

Entre os destaques positivos, estão grandes maternidades como a Maternidade Cândido Mariano (Campo Grande) e o HU-UFGD (Dourados), com mais de 300% de cobertura, refletindo não apenas a garantia legal, mas também a cultura institucional de promoção do parto humanizado e do protagonismo da mulher. O Hospital da Cidade em Aquidauana (214%) e hospitais em municípios de menor porte como Aparecida do Taboado (251,6%) e Anaurilândia (289,8%) também se destacam positivamente.

Por outro lado, há estabelecimentos com cobertura nula ou extremamente baixa, como o Hospital Regional de MS (33,7%), o Hospital de Maracaju (6,9%), além de unidades de Pedro Gomes, Nioaque e Dourados (Missão Caiuá), que não registraram presença de acompanhante, configurando grave violação de direitos e possível invisibilização do protagonismo da parturiente.

As causas para essa variação podem incluir limitações estruturais nas unidades de saúde, como ausência de mobiliário adequado e espaço físico insuficiente, além do desconhecimento ou resistência institucional quanto à legislação que assegura o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Também contribuem a falta de fluxos claros nas unidades, a ausência de sensibilização das equipes de saúde e a inexistência de um monitoramento sistemático do indicador por parte da gestão local.

Diante disso, é fundamental que os municípios e as unidades de saúde adotem medidas efetivas, como a adequação da estrutura física para garantir o acolhimento de acompanhantes, a capacitação contínua das equipes sobre práticas de humanização e direitos das gestantes, o monitoramento regular do indicador como critério de contratualização e avaliação de desempenho, e a inclusão da pauta nos grupos condutores da Rede Alyne, com ênfase na promoção da equidade.

A garantia da presença de acompanhante durante o parto é uma estratégia de impacto direto na experiência positiva da mulher, na redução de intervenções desnecessárias e na promoção da saúde física e emocional da parturiente e do recém-nascido.

Quadro 20: Proporção de nascimentos por Grupo de Robson (2023)

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 9	Grupo 10	Branco/ Ignorado	TOTAL
MATO GROSSO DO SUL	18,65%	9,12%	19,42%	6,34%	30,29%	0,94%	1,56%	2,40%	0,15%	10,99%	0,15%	100%
MACRORREGIÃO CENTRO	22,83%	6,13%	21,78%	4,88%	29,44%	0,91%	1,52%	2,52%	0,15%	9,76%	0,08%	100%
REGIÃO NORTE	18,43%	10,30%	14,20%	6,75%	37,78%	0,86%	1,66%	1,66%	0,06%	8,24%	0,06%	100%
REGIÃO BAIXO PANTANAL	20,03%	6,73%	22,69%	5,00%	30,05%	1,03%	1,73%	2,56%	0,29%	9,80%	0,10%	100%
REGIÃO CENTRO	24,04%	5,47%	22,55%	4,61%	28,23%	0,89%	1,45%	2,62%	0,13%	9,94%	0,08%	100%
MACRORREGIÃO PANTANAL	21,54%	3,67%	20,20%	2,56%	31,44%	0,36%	1,07%	2,33%	0,08%	16,73%	0,04%	100%
REGIÃO PANTANAL	21,54%	3,67%	20,20%	2,56%	31,44%	0,36%	1,07%	2,33%	0,08%	16,73%	0,04%	100%
MACRORREGIÃO CONE SUL	14,39%	11,84%	18,81%	8,26%	28,89%	0,97%	1,56%	2,42%	0,15%	12,42%	0,29%	100%
REGIÃO CENTRO SUL	13,36%	12,85%	16,37%	9,40%	30,49%	1,04%	1,71%	2,58%	0,21%	11,6%	0,38%	100%
REGIÃO SUDESTE	12,37%	17,06%	11,11%	7,87%	35,19%	1,19%	1,39%	1,98%	0,07%	11,71%	0,07%	100%
REGIÃO SUL FRONTEIRA	16,04%	9,36%	23,50%	7,13%	25,50%	0,84%	1,45%	2,35%	0,10%	13,49%	0,24%	100%

MACRORREGIÃO COSTA LESTE	12,48%	16,42%	11,55%	8,93%	35,75%	1,30%	1,83%	2,19%	0,22%	9,29%	0,04%	100%
REGIÃO NORDESTE	12,37%	15,66%	10,28%	8,72%	36,43%	1,42%	1,51%	1,82%	0,13%	11,65%	0,00%	100%
REGIÃO LESTE	12,57%	17,03%	12,57%	9,10%	35,20%	1,20%	2,09%	2,48%	0,28%	7,40%	0,07%	100%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Abril de 2025. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>. Acesso em 23/04/2025.

A classificação de Robson é um importante instrumento para avaliar e qualificar o modelo obstétrico praticado, permitindo identificar grupos de mulheres com maior contribuição para as cesarianas e, assim, orientar políticas para redução de cesáreas desnecessárias.

No Mato Grosso do Sul, o Grupo 5 (mulheres com cesárea anterior, feto único, cefálico e ≥ 37 semanas) representou a maior proporção de partos em 2023, com 30,29% do total, evidenciando o impacto acumulado de cesáreas anteriores sobre os nascimentos subsequentes. A elevada presença desse grupo em todas as macrorregiões sugere uma forte cultura intervencionista que compromete a ruptura do ciclo da cesariana.

O Grupo 1 (primíparas, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, trabalho de parto espontâneo) representou 18,65% no estado, mas variou expressivamente, atingindo 24,04% na Região Centro e apenas 12,37% nas Regiões Sudeste e Nordeste. Esta variação reforça a necessidade de ações regionalizadas para incentivar o parto vaginal entre primíparas.

Já o Grupo 2 (primíparas com parto induzido ou cesárea antes do trabalho de parto) apresentou 9,12% no estado, com destaque negativo nas Regiões Sudeste (17,06%) e Leste (17,03%). Isso indica alto índice de intervenções precoces e baixa tolerância ao processo fisiológico do parto.

As Regiões com maiores percentuais do Grupo 10 (partos <37 semanas) foram o Pantanal (16,73%) e Sul Fronteira (13,49%), o que acende alerta para partos prematuros, muitas vezes associados a cesáreas desnecessárias ou manejo inadequado do pré-natal de alto risco.

Os grupos 6 a 9, que geralmente incluem situações de indicação obstétrica real (pélvico, gestação múltipla, anomalias fetais, transversais), mantiveram proporções esperadas, o que reforça que a maior parte das cesáreas ocorre em grupos de baixo risco obstétrico (1, 2, 3 e 5).

Recomenda-se o fortalecimento de estratégias para o incentivo ao parto vaginal após cesárea (VBAC), como forma de reduzir a repetição desnecessária de cesarianas e promover práticas obstétricas baseadas em evidências. É igualmente necessário ampliar o protagonismo da enfermagem obstétrica nas maternidades, valorizando sua atuação na condução do parto normal e na humanização da assistência.

A implementação de auditorias clínicas sistemáticas das cesáreas, com base na classificação de Robson, é uma ferramenta essencial para qualificar a análise dos procedimentos e promover ajustes nos protocolos institucionais. Além disso, o monitoramento e a divulgação regular dos dados por grupo de Robson devem ser incorporados à rotina das unidades de referência obstétrica, estimulando a gestão por resultados e a responsabilização compartilhada.

A utilização da classificação de Robson deve ser central nas estratégias da Rede Alyne para a humanização do parto e a redução da mortalidade materna e neonatal evitável, permitindo uma abordagem técnica, transparente e orientada à qualidade do cuidado.

Quadro 21 – Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (2023)

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	10-14 ANOS	15-19 ANOS	TOTAL
MATO GROSSO DO SUL	0,68%	11,88%	13,59%
MACRORREGIÃO CENTRO	0,48%	11,88%	12,36%
REGIÃO NORTE	0,63%	15,05%	15,68%
REGIÃO BAIXO PANTANAL	0,75%	15,81%	16,56%
REGIÃO CENTRO	0,38%	10,40%	10,78%
MACRORREGIÃO PANTANAL	0,87%	15,38%	16,25%
REGIÃO PANTANAL	0,87%	15,38%	15,25%
MACRORREGIÃO CONE SUL	1,07%	20,13%	21,20%
REGIÃO CENTRO SUL	0,88%	11,87%	12,75%
REGIÃO SUDESTE	0,53%	13,62%	14,15%
REGIÃO SUL FRONTEIRA	1,43%	16,33%	17,76%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	0,32%	12,76%	13,07%
REGIÃO NORDESTE	0,27%	13,76%	14,06%

REGIÃO LESTE	0,35%	11,93%	12,29%
--------------	-------	--------	--------

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>. Acesso em 10/05/2025.

Em 2023, o Mato Grosso do Sul registrou que 13,59% dos nascidos vivos eram de mães adolescentes, sendo 0,68% entre 10 e 14 anos e 11,88% entre 15 e 19 anos. Esses números evidenciam a persistência da gravidez na adolescência como importante desafio de saúde pública, especialmente em regiões com maior vulnerabilidade social.

As macrorregiões Cone Sul (21,20%), Pantanal (16,25%) e Costa Leste (13,07%) apresentam as maiores proporções, indicando territórios prioritários para a atuação da Rede Alyne, com ênfase na educação sexual, acesso a métodos contraceptivos, acolhimento e vigilância ativa de vulnerabilidades.

A Região Sul Fronteira (17,76%) e Baixo Pantanal (16,56%) têm índices alarmantes, com destaque para o subgrupo de 10 a 14 anos, em que a Região Sul Fronteira alcança 1,43% – o maior percentual estadual para essa faixa etária. Este indicador exige atenção imediata, pois gestações nessa faixa etária têm associação direta com violência sexual, evasão escolar, complicações obstétricas e perpetuação de ciclos de pobreza.

Por outro lado, a Região Centro (10,78%) e Centro-Sul (12,75%) apresentam os menores percentuais, o que pode refletir maior acesso à informação, serviços e políticas de saúde sexual e reprodutiva – embora ainda distantes dos objetivos pactuados na Agenda 2030.

As implicações do cenário atual indicam a necessidade de expandir estratégias de prevenção à gravidez na adolescência, com foco na oferta de métodos contraceptivos de longa duração (LARCs) e na implementação de ações de educação integral em sexualidade no ambiente escolar. Além disso, é fundamental qualificar a linha de cuidado à gestante

adolescente, assegurando um acolhimento humanizado e a integração efetiva com a rede de proteção social.

O fortalecimento do pré-natal de risco, com vigilância ativa de gestantes entre 10 e 19 anos, é outra medida essencial para garantir o cuidado oportuno e adequado. Recomenda-se também a implantação de protocolos de atuação intersetorial envolvendo as áreas da educação, assistência social e sistema de justiça, especialmente nos casos de gestantes menores de 14 anos, que requerem atenção diferenciada e articulação institucional.

Por fim, o monitoramento mensal do indicador de gravidez na adolescência por região e por unidade de saúde deve orientar intervenções baseadas em dados, promovendo ações mais eficazes e contextualizadas. A adolescência é uma fase crítica do ciclo de vida e deve ser protegida por meio de políticas públicas efetivas. A redução da gravidez precoce é determinante para romper ciclos de iniquidade e contribuir significativamente para a redução da mortalidade materno-infantil.

Quadro 22: Percentual de maternidades habilitadas como referência para Gestação de Alto Risco com Banco Leite Humano com autossuficiência (2024)

Percentual (%)	Número de maternidades habilitadas como referência para Gestação de Alto Risco com BLH autossuficiente	Total de instituições com leitos obstétricos
5,55%	4	72

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/2025).

O percentual de maternidades habilitadas como referência para Gestação de Alto Risco com Banco de Leite Humano (BLH) autossuficiente no Mato Grosso do Sul é de apenas 5,55%, o que representa 4 instituições entre 72 com leitos obstétricos no estado. Este dado evidencia uma importante lacuna na estruturação da Rede de Atenção Materna e Infantil, especialmente no cuidado às gestantes e recém-nascidos com condições que demandam maior complexidade assistencial.

A baixa proporção compromete a garantia de acesso oportuno e qualificado às gestantes de alto risco, bem como a oferta de suporte adequado à alimentação infantil com leite humano, essencial para a redução da mortalidade neonatal e para o estímulo ao aleitamento materno. A existência de BLHs autossuficientes é estratégica para a atenção integral e segura ao binômio mãe-bebê, sobretudo nos contextos de prematuridade e outras intercorrências perinatais.

Diante disso, é fundamental que o estado e os municípios priorizem investimentos e articulações para ampliação do número de maternidades com habilitação específica e capacidade técnica-operacional para manter BLHs em pleno funcionamento. Tal medida deve estar alinhada ao planejamento regionalizado da Rede Alayne e aos compromissos pactuados nas instâncias de gestão do SUS.

Quadro 23 – PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO AO NASCER POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. 2023

UF / MACRORREGIÕES DE SAÚDE / REGIÃO DE SAÚDE	Menos de 500g	500 a 999g	1.000 a 1.499g	1.500 a 2.499g	2.500 a 2999g	3.000 a 3.999g	4.000g e mais	Branco/ Ignorado	TOTAL	TOTAL Baixo peso (<2.500 g)
MATO GROSSO DO SUL	0,11%	0,46%	0,75%	7,83%	23,67%	63,09%	4,09%	0,00%	100%	9,15%
MACRORREGIÃO CENTRO	0,13%	0,51%	0,77%	7,26%	22,62%	63,89%	4,82%	0,00%	100%	8,67%

REGIÃO NORTE	0,00%	0,46%	0,40%	5,96%	22,64%	66,48%	4,07%	0,00%	100%	6,82%
REGIÃO BAIXO PANTANAL	0,16%	0,59%	0,75%	6,55%	21,67%	64,37%	5,91%	0,00%	100%	8,05%
REGIÃO CENTRO	0,14%	0,49%	0,82%	7,62%	22,08%	63,44%	4,62%	0,00%	100%	9,07%
MACRORREGIÃO PANTANAL	0,08%	0,63%	0,95%	8,44%	24,62%	61,07%	4,22%	0,00%	100%	10,10%
REGIÃO PANTANAL	0,08%	0,63%	0,95%	8,44%	24,62%	61,07%	4,22%	0,00%	100%	10,10%
MACRORREGIÃO CONE SUL	0,10%	0,41%	0,78%	8,47%	24,28%	62,63%	3,32%	0,01%	100%	9,76%
REGIÃO CENTRO SUL	0,10%	0,38%	1,03%	8,80%	24,30%	62,40%	3,00%	0,00%	100%	10,30%
REGIÃO SUDESTE	0,07%	0,46%	0,26%	8,00%	26,06%	62,30%	2,84%	0,00%	100%	8,80%
REGIÃO SUL FRONTEIRA	0,12%	0,42%	0,64%	8,24%	23,73%	62,96%	3,80%	0,02%	100%	9,43%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	0,08%	0,37%	0,49%	7,95%	25,51%	62,30%	3,29%	0,00%	100%	8,89%
REGIÃO NORDESTE	0,04%	0,62%	0,67%	8,19%	23,93%	62,94%	3,6%	0,00%	100%	9,52%
REGIÃO LESTE	0,11%	0,18%	0,35%	7,75%	26,77%	61,79%	3,05%	0,00%	100%	8,39%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>. Acesso em 25/04/2025.

A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (<2.500g) no Estado de Mato Grosso do Sul em 2023 foi de 9,15%, o que indica um patamar próximo ao limiar de preocupação da OMS (10%). No recorte por macrorregião, observa-se importante

variação: a Macrorregião Pantanal apresentou o maior percentual (10,10%), seguida pelo Cone Sul (9,76%) e Costa Leste (8,89%).

Esse indicador é fundamental para a vigilância da saúde perinatal, pois o baixo peso está associado ao aumento do risco de mortalidade neonatal e infantil, além de repercussões no desenvolvimento neuropsicomotor e na saúde futura da criança.

A análise regional evidencia desigualdades territoriais que podem refletir barreiras de acesso ao pré-natal qualificado, atraso na detecção de condições de risco gestacional, e limitações nos serviços de referência obstétrica e neonatal. Ressalta-se que regiões como o Centro Sul (10,30%) demandam atenção imediata para investigação dos determinantes, revisão dos fluxos assistenciais e fortalecimento da atenção primária e da linha de cuidado materno-infantil.

Quadro 24 – Proporção de nascidos vivos por idade gestacional e raça/cor

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	Raça/cor	< 22 semanas	22 - 27 semanas	28 - 31 semanas	32 - 36 semanas	<37 semanas	37 - 41 semanas	42 semanas e mais	> 38 semanas	Branco/ Ignorado
MATO GROSSO DO SUL	Branças	0,03%	0,40%	0,93%	10,72%	12,08%	86,40%	1,49%	87,90%	0,02%
	Pretas	0,00%	0,47%	0,93%	12,75%	14,78%	83,32%	1,83%	85,15%	0,07%
	Pardas	0,06%	0,49%	1,56%	11,16%	12,87%	84,75%	2,29%	87,04%	0,09%
	Amarelas	0,00%	0,00%	1,15%	16,25%	16,25%	82,50%	1,25%	83,75%	0,00%
	Indígenas	0,13%	0,77%	0,00%	19,46%	22,7%	73,64%	3,41%	77,04%	0,26%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	2,34%	16,67%	17,31%	76,28%	5,13%	81,41%	1,28%

	Total	0,05%	0,47%	1,16%	11,60%	13,28%	84,56%	2,08%	86,64%	0,08%
MACRORREGIÃO CENTRO	Branças	0,02%	0,34%	0,80%	9,82%	10,98%	87,90%	1,11%	89,01%	0,02%
	Pretas	0,00%	0,26%	1,30%	13,41%	14,97%	82,94%	2,08%	85,03%	0,00%
	Pardas	0,07%	0,56%	1,25%	10,20%	12,08%	85,63%	2,22%	87,85%	0,07%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	15,56%	15,56%	83,33%	1,11%	84,44%	0,00%
	Indígenas	0,19%	1,17%	1,36%	14,84%	17,54%	81,09%	1,36%	82,46%	0,00%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	1,12%	15,73%	16,85%	76,40%	4,49%	80,90	2,25%
	Total	0,05%	0,49%	1,10%	10,37%	12,01%	86,11%	1,82%	87,93%	0,06%
REGIÃO NORTE	Branças	0,00%	0,00%	1,06%	10,32%	11,38%	87,04%	1,32%	88,36%	0,26%
	Pretas	0,00%	0,00%	1,52%	16,67%	18,18%	80,30%	1,52%	81,82%	0,00%
	Pardas	0,00%	0,39%	0,62%	7,76%	8,77%	89,13%	2,10%	91,23%	0,00%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	33,33%	66,67%	0,00%	66,67%	0,00%
	Indígenas	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	Total	0,00%	0,29%	0,74%	8,82%	9,85%	88,21%	1,89%	90,10%	0,06%
REGIÃO BAIXO PANTANAL	Branças	0,00%	0,30%	0,60%	10,29%	11,19%	87,21%	1,60%	88,81%	0,00%
	Pretas	0,00%	0,00%	0,00%	4,23%	4,23%	94,37%	1,41%	95,77%	0,00%
	Pardas	0,09%	0,73%	1,33%	9,20%	11,35%	85,78%	2,66%	88,44%	0,21%

	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	80,00%	20,00%	100,00%	0,00%
	Indígenas	0,00%	1,03%	1,03%	13,79%	15,86%	83,10%	1,03%	84,14%	0,00%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	0,00%	20,45%	20,45%	75,00%	4,55%	79,55%	0,00%
	Total	0,05%	0,62%	1,07%	9,87%	11,61%	85,98%	2,27%	88,26%	0,13%
REGIÃO CENTRO	Branças	0,02%	0,37%	0,82%	9,70%	10,91%	88,09%	1,00%	89,09%	0,00%
	Pretas	0,00%	0,32%	1,43%	14,10%	15,85%	81,93%	2,22%	84,15%	0,00%
	Pardas	0,08%	0,54%	1,33	10,92%	12,87%	84,99%	2,10%	87,09%	0,04%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	13,70%	13,70%	86,30%	0,00%	86,30%	0,00%
	Indígenas	0,45%	1,36%	1,81%	16,29%	19,91%	78,28%	1,81%	80,09%	0,00%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	2,27	11,36%	13,64%	77,27%	4,55%	81,82%	4,55%
	Total	0,06%	0,48%	1,15%	10,71%	12,40%	85,88%	1,68%	87,57%	0,04%
MACRORREGIÃO PANTANAL	Branças	0,00%	0,00%	0,69%	13,19%	13,89%	84,72%	1,04%	85,76%	0,35%
	Pretas	0,00%	1,04%	4,17%	21,88%	27,08%	71,88%	1,04%	72,92%	0,00%
	Pardas	0,05%	0,83%	1,14%	16,81%	18,83%	79,77%	1,40%	81,17%	0,00%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	Indígenas	0,00%	0,00%	1,85%	17,13%	18,98%	73,15%	7,87%	81,02%	0,00%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

	Total	0,04%	0,67%	1,26%	16,61%	18,58%	79,49%	1,89%	81,38%	0,04%
REGIÃO PANTANAL	Branças	0,00%	0,00%	0,69%	13,19%	13,89%	84,72%	1,04%	85,76%	0,35%
	Pretas	0,00%	1,04%	4,17%	21,88%	27,08%	71,88%	1,04%	72,92%	0,00%
	Pardas	0,05%	0,83%	1,14%	16,81%	18,83%	79,77%	1,40%	81,17%	0,00%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	Indígenas	0,00%	0,00%	1,85%	17,13%	18,98%	73,15%	7,87%	81,02%	0,00%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Total	0,04%	0,67%	1,26%	16,61%	18,58%	79,49%	1,89%	81,38%	0,04%
MACRORREGIÃO CONE SUL	Branças	0,06%	0,58%	1,1%	12,09%	13,83%	84,10%	2,05%	86,15%	0,02%
	Pretas	0,00%	0,60%	1,20%	11,45%	13,25%	84,94%	1,51%	86,45%	0,30%
	Pardas	0,06%	0,33%	0,91%	11,56%	12,87%	84,25%	2,70	86,95%	0,18%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	15,22%	15,22%	82,61%	2,17%	84,78%	0,00%
	Indígenas	0,12%	0,74%	2,72%	21,30%	24,89%	71,27%	3,47%	74,74%	0,37%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	0,00%	19,05%	19,05%	74,60%	6,35%	80,95%	0,00%
	Total	0,07%	0,47%	1,19%	12,96%	14,70%	82,61%	2,54%	85,15%	0,15%
REGIÃO CENTRO	Branças	0,08%	0,55%	1,10%	11,68%	13,41%	85,10%	1,49%	86,59%	0,00%

SUL	Pretas	0,00%	0,52%	1,55%	9,28%	11,35%	87,63%	1,03%	88,66%	0,00%
	Pardas	0,07%	0,18%	0,86%	12,35%	13,46%	84,21%	2,08%	86,29%	0,25%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	16,67%	16,67%	80,00%	3,33%	83,33%	0,00%
	Indígenas	0,00%	0,61%	2,29%	21,19%	21,19%	76,68%	1,98%	78,66%	0,15%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	0,00%	19,23%	19,23%	76,92%	3,85%	80,77%	0,00%
	Total	0,06%	0,38%	1,12%	12,66%	14,23%	83,84%	1,81%	85,65%	0,13%
REGIÃO SUDESTE	Branças	0,00%	0,85%	0,85%	12,13%	13,83%	82,98%	3,19%	86,17%	0,00%
	Pretas	0,00%	0,00%	0,00%	17,02%	17,02%	78,72%	4,26%	82,98%	0,00%
	Pardas	0,00%	0,51%	0,81%	11,38%	12,70%	84,35%	2,85%	87,20%	0,10%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	33,33%	66,67%	0,00%	66,67%	0,00%
	Indígenas	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	33,33%	66,67%	0,00%	66,67%	0,00%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	0,00%	20,00%	20,00%	80,00%	0,00%	80,00%	0,00%
	Total	0,00%	0,60%	0,79%	11,90	13,29%	83,66%	2,98%	86,64%	0,07%
REGIÃO SUL FRONTEIRA	Branças	0,05%	0,55%	1,15%	12,66%	14,42%	83,00%	2,52%	85,53%	0,05%
	Pretas	0,00%	1,10%	1,10%	13,19%	15,38%	82,42%	1,10%	83,52%	1,10%
	Pardas	0,07%	0,43%	0,99%	10,85%	12,34%	42,26%	3,26%	87,52%	0,14%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	7,69%	7,69%	92,31%	0,00%	92,31%	0,00%

	Indígenas	0,21%	0,84%	3,03%	23,33%	27,41%	67,57%	4,50%	72,07%	0,52%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	0,00%	18,15%	18,75%	71,88%	9,38%	81,25%	0,00%
	Total	0,09%	0,54%	1,38%	13,58%	15,58%	81,00%	3,22%	84,23%	0,19%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	Branças	0,00%	0,22%	0,98%	9,89%	11,08%	87,45%	1,47%	88,92%	0,00%
	Pretas	0,00%	0,72%	1,79%	9,32%	11,83%	86,38%	1,79%	88,17%	0,00%
	Pardas	0,03%	0,38%	1,33%	10,20%	11,94%	85,83%	2,22%	88,06%	0,00%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	22,73%	22,73%	77,27%	0,00%	77,27%	0,00%
	Indígenas	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	Total	0,02%	0,34%	1,22%	10,07%	11,65%	86,44%	1,91%	88,35%	0,00%
REGIÃO NORDESTE	Branças	0,00%	0,21%	1,28%	12,02%	13,51%	85,00%	1,49%	86,49%	0,00%
	Pretas	0,00%	1,03%	1,03%	14,43%	16,49%	79,38%	4,12%	83,51%	0,00%
	Pardas	0,00%	0,75%	1,59%	11,39%	13,74%	83,08%	3,18%	86,26%	0,00%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	15,38%	15,38%	84,62%	0,00%	84,62%	0,00%
	Indígenas	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%

	Total	0,00%	0,53%	1,42%	11,79%	13,75%	83,76%	2,49%	86,25%	0,00%
REGIÃO LESTE	Branças	0,00%	0,22%	0,67%	7,66%	8,55%	90,01%	1,44%	91,45%	0,00%
	Pretas	0,00%	0,55%	2,20%	6,59%	9,34%	90,11%	0,55%	90,66%	0,00%
	Pardas	0,06%	0,12%	1,16%	9,38%	10,71%	87,73%	1,56%	89,29%	0,00%
	Amarelas	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	33,33%	66,67%	0,00%	66,67%	0,00%
	Indígenas	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	Branco/Ignorado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Total	0,04%	0,18%	1,06%	8,71%	9,99%	88,56%	1,45%	90,01%	0,00%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Abril de 2025. Disponível em: <https://svs.aims.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>. Acesso em 27/04/2025.

Os dados evidenciam que a maioria dos nascimentos em Mato Grosso do Sul ocorre entre 37 e 41 semanas (84,56%), padrão considerado ideal. Entretanto, 13,28% dos nascidos vivos são prematuros (com menos de 37 semanas), percentual superior ao limite aceitável pela OMS (até 10%), com variações significativas por raça/cor e região.

Destaca-se que as gestantes indígenas apresentam as piores condições de desfecho gestacional, com 22,7% de partos prematuros no estado, chegando a 27,41% na Região Sul Fronteira e 24,89% no Cone Sul. A proporção de prematuridade em gestantes pretas (14,78%) e pardas (12,87%) também é superior à média geral, refletindo iniquidades raciais no acesso, qualidade e continuidade do cuidado pré-natal e obstétrico.

O recorte regional revela maior prematuridade nas macrorregiões Pantanal (18,58%) e Cone Sul (14,70%), reforçando a

correlação com territórios de maior vulnerabilidade social, acesso dificultado à atenção especializada e menor cobertura de ações preventivas na APS.

Observa-se ainda que gestantes indígenas apresentam maior proporção de partos antes de 32 semanas e maior frequência de idade gestacional indeterminada, o que sugere subnotificação e falhas na coleta e registro do dado – comprometendo a vigilância e o planejamento das ações.

As implicações do atual cenário de prematuridade apontam para a necessidade de priorizar o acompanhamento pré-natal adequado e precoce de gestantes indígenas, pretas e pardas, com foco na estratificação de risco e na articulação efetiva com a rede de atenção obstétrica. Essa abordagem visa garantir o cuidado integral e reduzir desigualdades raciais e étnicas na atenção materna.

É igualmente essencial reforçar a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) nos territórios com maiores índices de prematuridade, com ações voltadas para um pré-natal de qualidade, atividades de educação em saúde e garantia de acesso oportuno a exames e consultas especializadas.

A implementação de protocolos clínicos e de vigilância específicos para o parto prematuro, especialmente voltados às gestantes com comorbidades, histórico de partos prematuros ou em situação de vulnerabilidade social, constitui uma estratégia importante para a prevenção e o manejo adequado desses casos.

Por fim, destaca-se a importância de melhorar a qualidade dos registros no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), com especial atenção à completude de dados sobre idade gestacional, raça/cor e intercorrências gestacionais. O aprimoramento dessas informações é fundamental para robustecer a análise situacional e subsidiar intervenções mais eficazes no enfrentamento da prematuridade.

A análise dos dados de 2023 sobre a proporção de nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas segundo raça/cor da mãe por macrorregião de saúde de Mato Grosso do Sul revela desigualdades significativas na prematuridade, associadas

a marcadores sociais e territoriais.

No estado, a média geral de partos prematuros (<37 semanas) foi de 13,28%, sendo notadamente mais elevada entre mães indígenas (22,7%), pretas (14,78%), amarelas (16,25%) e com raça/cor ignorada (17,31%). Essa tendência se repete em diversas macrorregiões, com destaque negativo para:

- **Macrorregião Pantanal**, com média de **18,58%**, onde mães pretas (27,08%) e indígenas (18,98%) concentram as maiores proporções;
- **Macrorregião Cone Sul**, com **14,70%**, evidenciando novamente maior vulnerabilidade entre indígenas (24,89%); **Macrorregião Centro**, com menores taxas, mas ainda com disparidades entre brancas (10,98%) e indígenas (17,54%).

A recorrência de taxas elevadas entre populações indígenas e pretas evidencia a persistência de barreiras estruturais no acesso e na qualidade da atenção pré-natal, incluindo tardia captação, acompanhamento irregular, determinantes sociais adversos e iniquidades nos serviços de saúde.

Recomenda-se o fortalecimento de ações intersetoriais e de equidade, ampliação da cobertura e qualidade do pré-natal nas áreas indígenas e de maior vulnerabilidade, e o monitoramento contínuo por recortes étnico-raciais para subsidiar políticas públicas efetivas de combate à prematuridade e redução da mortalidade infantil

Quadro 25 – PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º MINUTO DE VIDA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE.

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	ASFIXIA GRAVE (0-2)	ASFIXIA MODERADA (3-4)	ASFIXIA LEVE (5-7)	SEM ASFIXIA (8-10)	BRANCO/IGNORADO	TOTAL DE NASCIDOS VIVOS	% DE NV COM APGAR < OU IGUAL A 7 NO 5º MINUTO
MATO GROSSO DO SUL	90	106	500	39.378	159	40.233	1.73%

MACRORREGIÃO CENTRO	34	45	181	18.814	61	19.135	1,36%
REGIÃO NORTE	2	3	15	1.726	1	1.747	1,14%
REGIÃO BAIXO PANTANAL	8	7	25	3.679	19	3.738	1,07%
REGIÃO CENTRO	24	35	141	13.409	41	13.650	1,47%
MACRORREGIÃO PANTANAL	6	11	25	2.490	3	2.535	1,66%
REGIÃO PANTANAL	6	11	25	2.490	3	2.535	1,66%
MACRORREGIÃO CONE SUL	37	42	261	13.057	94	13.491	2,52%
REGIÃO CENTRO SUL	19	22	95	6.075	31	6.242	2,18%
REGIÃO SUDESTE	4	2	9	1.497	0	1.512	0,99%
REGIÃO SUL FRONTEIRA	14	18	157	5.485	63	5.737	3,29%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	13	8	33	5.017	1	5.072	1,06%
REGIÃO NORDESTE	6	3	15	2.224	0	2.248	1,07%
REGIÃO LESTE	7	5	18	2.793	1	2.824	1,06%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC/2023). TABNET

A análise da proporção de nascidos vivos com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida em Mato Grosso do Sul (2023) revela um indicador sensível da qualidade da atenção perinatal e da assistência ao parto e ao recém-nascido.

O percentual estadual de nascidos vivos com Apgar ≤ 7 foi de 1,73%, com variações relevantes entre as macrorregiões de saúde:

- **Macrorregião Cone Sul** apresentou a maior taxa (2,52%), destacando-se negativamente, sobretudo na Região Sul Fronteira (3,29%), o que pode refletir fragilidades na assistência neonatal imediata e na retaguarda obstétrica.
- **Macrorregiões Centro** (1,36%) e **Pantanal** (1,66%) situam-se próximas da média estadual, embora com necessidade de atenção à Região Centro, que concentra volume expressivo de nascimentos e número absoluto elevado de casos com Apgar < 7 .
- **Macrorregião Costa Leste** (1,06%) apresenta a menor proporção entre as macrorregiões, sugerindo melhores resultados na assistência ao recém-nascido, ainda que mereça investigação detalhada para confirmar a qualidade dos registros.

A presença de casos com asfixia grave (Apgar 0-2) e moderada (3-4) em todas as regiões reforça a urgência do fortalecimento das práticas de reanimação neonatal, qualificação das equipes de parto, vigilância ativa das condições do nascimento e garantia de acesso a Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, especialmente nas regiões de maior risco.

Recomenda-se à gestão estadual intensificar ações de educação permanente, apoio institucional e vigilância do óbito neonatal com base nos dados de Apgar, visando à redução da morbimortalidade evitável no período neonatal precoce.

Quadro 26: Percentual de RN com triagem neonatal realizada (2023)

ESTADO/MACRORREGIÃO/REGIÃO	EXAMES	NV	PROPORÇÃO
MATO GROSSO DO SUL	35714	40233	88,76%
MACRORREGIÃO CENTRO	17131	19135	89,52%
REGIÃO NORTE	1438	1747	82,31%
REGIÃO BAIXO PANTANAL	3462	3738	92,61%
REGIÃO CENTRO	12231	13650	89,60%
MACRORREGIÃO PANTANAL	2169	2535	85,56%
REGIÃO PANTANAL	2169	2535	85,56%
MACRORREGIÃO CONE SUL	12111	13491	89,77%
REGIÃO CENTRO SUL	5500	6242	88,11%
REGIÃO SUDESTE	1476	1512	97,61%
REGIÃO SUL FRONTEIRA	5135	5737	89,50%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	4303	5072	84,83%
REGIÃO NORDESTE	1990	2248	88,52%

REGIÃO LESTE	2313	2824	81,90%
--------------	------	------	--------

Fonte: Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE de Campo Grande.

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Em 2023, o Mato Grosso do Sul atingiu uma cobertura de 88,76% de triagem neonatal nos nascidos vivos, o que, apesar de estar próximo do ideal (acima de 95%, segundo recomendações nacionais), ainda evidencia lacunas assistenciais importantes.

Entre as macrorregiões, destaca-se positivamente a Região Sudeste da Cone Sul, com 97,61%, cumprindo a meta pactuada. Em contraponto, regiões como Leste (81,90%), Norte (82,31%) e Pantanal (85,56%) apresentam coberturas aquém do esperado, o que compromete a detecção precoce de doenças e o início oportuno do tratamento.

A heterogeneidade territorial sugere desafios na logística de coleta, transporte de amostras, acesso aos pontos de triagem e cobertura da atenção primária. É fundamental fortalecer o fluxo da Rede de Triagem Neonatal, ampliar a integração com a atenção básica, qualificar os processos de trabalho nas maternidades e monitorar continuamente os dados para garantir cobertura universal e equitativa.

5.2.3 Saúde da Criança e Puerpério:

Quadro 27 - Proporção de crianças com Aleitamento Materno exclusivo até 6 meses de vida (2023)

ESTADO, MACRORREGIÕES DE SAÚDE E REGIÕES DE SAÚDE	TOTAL	%	Total de Menores de 6 meses acompanhados(as)
MATO GROSSO DO SUL	4004	59,72%	6.706

MACRORREGIÃO CENTRO	2194	65,77%	3.512
REGIÃO NORTE	218	74.4%	293
REGIÃO BAIXO PANTANAL	556	61.64%	902
REGIÃO CENTRO	1420	61,29%	2.317
MACRORREGIÃO PANTANAL	162	68.35%	237
REGIÃO PANTANAL	162	68.35%	237
MACRORREGIÃO CONE SUL	1181	57,51	1.997
REGIÃO CENTRO SUL	696	62.93%	1.106
REGIÃO SUDESTE	134	55.6%	241
REGIÃO SUL FRONTEIRA	351	54%	650
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	467	47,28%	960
REGIÃO NORDESTE	155	40.68%	381
REGIÃO LESTE	312	53.89%	579

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (2025).

A análise da proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo (AME) até 6 meses em Mato Grosso do Sul (2023) evidencia disparidades regionais relevantes que demandam ações articuladas da gestão estadual e municipal.

O dado geral do estado não foi apresentado de forma consolidada, mas a avaliação por regiões permite observar:

- A **Região Norte (Macrorregião Centro)** obteve o **melhor desempenho (74,4%)**, superando a média esperada e demonstrando efetividade das ações de promoção, proteção e apoio ao AME.
- A **Macrorregião Costa Leste**, especialmente a **Região Nordeste (40,68%)**, apresenta os **piores indicadores**, seguidos por **Sul Fronteira (54%)** e **Sudeste (55,6%)**, revelando importantes desafios quanto à adesão e sustentabilidade do AME.

A média geral entre as regiões revela que poucas alcançam os parâmetros preconizados pela Organização Mundial da Saúde, que recomenda AME até os 6 meses como estratégia essencial para a redução da mortalidade infantil e promoção da saúde.

As recomendações estratégicas para a promoção do aleitamento materno incluem a ampliação de ações educativas e de apoio às famílias desde o pré-natal, visando preparar gestantes e seus acompanhantes para o início e a manutenção da amamentação. É fundamental fortalecer a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, com a utilização sistemática de protocolos de Atenção Multiprofissional Especializada (AME) que orientem a identificação precoce de dificuldades e o manejo adequado de intercorrências.

Além disso, recomenda-se a implementação de espaços adequados para amamentação e incentivo ao aleitamento nos serviços de saúde, garantindo conforto, privacidade e acolhimento às nutrizes. O fortalecimento da Rede de Bancos de Leite Humano e das Salas de Apoio à Amamentação também é essencial para ampliar o acesso à orientação qualificada, à coleta e distribuição de leite humano e à promoção do aleitamento exclusivo e prolongado, contribuindo significativamente para a saúde e o desenvolvimento infantil.

A gestão estadual deve priorizar essas regiões com menor desempenho no planejamento e execução de políticas de alimentação e nutrição na infância, como estratégia de equidade e integralidade do cuidado.

Quadro 28- Percentual de visita domiciliar de puérperas e recém-nascidos (RN) 7º dia após nascimento (2023)

MACRORREGIÃO/REGIÃO	PERCENTUAL DE VISITA DOMICILIAR NO PUERPÉRIO	PERCENTUAL DE VISITA DOMICILIAR AO RN COM ATÉ 7 DIAS DE VIDA
MATO GROSSO DO SUL	38,94%	3,75%
MACRORREGIÃO CENTRO	31,16%	3,14%
REGIÃO NORTE	49,11%	3,77%
REGIÃO BAIXO PANTANAL	49,33%	2,00%
REGIÃO CENTRO	23,89%	3,37%
MACRORREGIÃO PANTANAL	35,89%	4,18%
REGIÃO PANTANAL	35,89%	4,18%
MACRORREGIÃO CONE SUL	39,05%	4,11%
REGIÃO CENTRO SUL	44,82%	3,12%
REGIÃO SUDESTE	48,01%	5,22%

REGIÃO SUL FRONTEIRA	30,41%	4,89%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	49,66%	3,58%
REGIÃO NORDESTE	56,18%	2,75%
REGIÃO LESTE	44,47%	4,24%

Fonte: SISAB – Sistema de informação em Saúde para a Atenção básica. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauProducao.xhtml>. Acessado em: 13/07/2025.

A análise dos dados referentes às visitas domiciliares realizadas a puérperas, recém-nascidos até o 7º dia de vida e crianças até dois anos de idade em 2023, no estado de Mato Grosso do Sul, evidencia fragilidades significativas na continuidade do cuidado ao longo do ciclo gravídico-puerperal e da primeira infância.

No que se refere à visita domiciliar no puerpério, observa-se uma média estadual ainda baixa, com percentuais que variam de 23,89% na macrorregião Centro até 56,18% na Região Nordeste (Costa Leste). Embora esta última apresente o melhor desempenho, a maioria das regiões do estado registra coberturas inferiores a 50%, o que revela que menos da metade das puérperas estão sendo acompanhadas em seus domicílios no período pós-parto imediato — etapa crítica para a prevenção de complicações maternas e neonatais.

A situação torna-se ainda mais preocupante no que diz respeito à visita ao recém-nascido até o 7º dia de vida. Os percentuais são extremamente baixos em todo o território estadual, variando entre 2% e 5%. Tal cenário configura uma falha grave na implementação dessa ação, considerada obrigatória e estratégica pelo Ministério da Saúde para a redução da mortalidade neonatal precoce. A maior cobertura foi observada na Região Sudeste, com apenas 5,22%, valor ainda muito aquém do necessário para

garantir um cuidado adequado nos primeiros dias de vida.

Diante desse cenário, recomenda-se como prioridade a reorganização do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS), com a roteirização das visitas domiciliares no pós-parto e a definição de fluxos assistenciais efetivos entre as maternidades e as Unidades de Saúde. É fundamental ampliar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos enfermeiros nas visitas realizadas entre 48 horas e sete dias após o parto, assegurando o registro oportuno e qualificado no sistema e-SUS AB.

Além disso, torna-se necessário o monitoramento mensal dos dados no SISAB e nos prontuários das unidades da APS, com atenção especial às mulheres em situação de vulnerabilidade social. As equipes devem ser capacitadas continuamente sobre a importância dessas visitas domiciliares, tanto para a prevenção de óbitos neonatais quanto para a promoção da amamentação e a identificação precoce de intercorrências clínicas.

A baixa cobertura dessas ações compromete diretamente a efetividade da Rede Alyné e a integralidade do cuidado materno-infantil, configurando um ponto crítico que exige ação imediata e articulada da gestão estadual em parceria com os municípios.

Quadro 29: Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B e Poliomielite inativada (2023)

ESTADO / MACRORREGIÃO / REGIÃO	PROPORÇÃO
MATO GROSSO DO SUL	72%

MACRORREGIÃO CENTRO	83,35%
REGIÃO NORTE	81,50%
REGIÃO BAIXO PANTANAL	85,67%
REGIÃO CENTRO	82,89%
MACRORREGIÃO PANTANAL	71,00%
REGIÃO PANTANAL	71,00%
MACRORREGIÃO CONE SUL	83,34%
REGIÃO CENTRO SUL	83,25%
REGIÃO SUDESTE	80,57%
REGIÃO SUL FRONTEIRA	86,20%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	76,84%
REGIÃO NORDESTE	73,00%
REGIÃO LESTE	80,67%

Fonte: SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, 2025.

A análise da proporção de crianças de 1 ano vacinadas na Atenção Primária à Saúde (APS) em 2023, com esquema completo das vacinas contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções por *Haemophilus influenzae* tipo B e Poliomielite inativada, revela importantes desigualdades territoriais e desafios persistentes na cobertura vacinal infantil em Mato Grosso do Sul.

No panorama estadual, os dados por macrorregião apontam coberturas vacinais inferiores à meta mínima de 95%, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Nenhuma região atingiu esse patamar, o que indica risco real de reintrodução de doenças imunopreveníveis e aumento da vulnerabilidade coletiva, especialmente entre populações infantis em maior situação de risco social.

Entre as macrorregiões com melhor desempenho, destacam-se o Cone Sul (83,34%) e a região Centro (83,35%), que, embora apresentem percentuais mais elevados, ainda se encontram aquém do ideal. A Região Sul Fronteira registrou a melhor cobertura (86,20%), aproximando-se da meta, mas ainda sem alcançá-la.

Por outro lado, as regiões com cobertura vacinal mais crítica incluem a Macrorregião Pantanal, com apenas 71%, e a Região Nordeste (Costa Leste), com 73%, sinalizando fragilidades importantes no acesso aos serviços de vacinação ou na efetividade das estratégias adotadas. A Macrorregião Costa Leste também apresentou resultado preocupante, com cobertura de 76,84%, revelando um padrão de baixa adesão que exige atenção continuada.

Diante desse cenário, recomenda-se a ampliação das ações de busca ativa realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com prioridade para crianças com esquemas vacinais incompletos ou que não frequentam as unidades de saúde. É fundamental fortalecer o microplanejamento local das salas de vacina, com definição de metas específicas por território adscrito e estratégias de acompanhamento periódico.

Adicionalmente, é necessário revisar os fluxos de registro das vacinas nos sistemas e-SUS e SIPNI, assegurando a fidedignidade e a oportunidade dos dados. A articulação intersetorial com a educação e a assistência social deve ser intensificada,

com foco na sensibilização das famílias sobre a importância do calendário vacinal. Também se recomendam ações extramuros em áreas rurais, indígenas, assentamentos e periferias urbanas com cobertura insuficiente, ampliando o alcance das equipes de saúde.

A vigilância vacinal qualificada é essencial para garantir a proteção coletiva. Cabe à gestão estadual exercer papel estratégico na indução de medidas corretivas junto aos municípios com piores indicadores e oferecer apoio técnico contínuo para a superação das desigualdades na cobertura vacinal infantil.

Quadro 30 - Consultas de Puericultura (2023)

ESTADO / MACRORREGIÃO / REGIÃO	TOTAL CONSULTAS	TOTAL NASCIDOS VIVOS
MATO GROSSO DO SUL	162.509	40.233
MACRORREGIÃO CENTRO	95.260	19.135
REGIÃO NORTE	2.190	1.747
REGIÃO BAIXO PANTANAL	7.214	3.738
REGIÃO CENTRO	85.856	13.650
MACRORREGIÃO PANTANAL	4.179	2.535
REGIÃO PANTANAL	4.179	2.535

MACRORREGIÃO CONE SUL	52.299	13.491
REGIÃO CENTRO SUL	34.704	6.242
REGIÃO SUDESTE	3.852	1.512
REGIÃO SUL FRONTEIRA	13.743	5.737
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	10.771	5.072
REGIÃO NORDESTE	4.863	2.248
REGIÃO LESTE	5.908	2.824

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB (2025). Acesso em 16/06/2025.

Em 2023, o estado de Mato Grosso do Sul contabilizou 162.509 consultas de puericultura para um total de 40.233 nascidos vivos. Esse número expressivo aponta para um importante volume de atendimentos voltados ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida. No entanto, como ocorre em outros tipos de atenção contínua, é essencial interpretar esses dados com cautela, uma vez que múltiplas consultas por criança são esperadas — mas a ausência de uma sistematização pode mascarar falhas na cobertura universal.

Ao analisar a distribuição regional, observam-se desigualdades importantes no número absoluto de atendimentos:

A Macrorregião Centro concentra a maior parte das consultas no estado, com mais de 95 mil registros para pouco mais de 19 mil nascimentos. Dentro dessa macrorregião:

A região Centro responde por cerca de 86 mil atendimentos, sendo a principal responsável pelos números expressivos do

estado. Isso pode indicar uma boa organização da atenção primária à saúde infantil, mas também levanta a necessidade de verificar se todos os municípios estão com registros atualizados e consistentes.

A região Norte, embora tenha número de nascidos similar à região Centro, contabiliza apenas 2.190 consultas, o que representa uma diferença marcante e possivelmente preocupante em termos de equidade no cuidado.

A região Baixo Pantanal também apresenta um volume relevante, com 7.214 consultas, compatível com sua população atendida.

A Macrorregião Pantanal totalizou 4.179 consultas para 2.535 nascidos, refletindo um volume assistencial relativamente pequeno quando comparado às demais regiões. Este dado pode apontar para limitações operacionais ou estruturais na garantia do acompanhamento infantil sistemático.

A Macrorregião Costa Leste registrou 10.771 consultas para pouco mais de 5 mil nascimentos. Dentro dela:

A região Leste realizou 5.908 atendimentos, enquanto a região Nordeste somou 4.863, indicando certo equilíbrio entre as duas áreas quanto ao volume de atenção em puericultura.

A Macrorregião Cone Sul aparece com o segundo maior número absoluto de atendimentos, totalizando 52.299 consultas para 13.491 nascidos. Esse volume é puxado principalmente pela região Centro Sul, responsável por 34.704 consultas, sugerindo forte atuação da APS no cuidado à infância. As regiões Sul Fronteira e Sudeste também apresentam números expressivos — 13.743 e 3.852 consultas, respectivamente.

Quadro 31: Consultas de puerpério (2023)

ESTADO/MACRORREGIÃO/REGIÃO	TOTAL CONSULTAS	TOTAL NASCIDOS VIVOS
MATO GROSSO DO SUL	162.509	40.233

MACRORREGIÃO CENTRO	95.260	19.135
REGIÃO NORTE	2.190	1.747
REGIÃO BAIXO PANTANAL	7.214	3.738
REGIÃO CENTRO	85.856	13.650
MACRORREGIÃO PANTANAL	4.179	2.535
REGIÃO PANTANAL	4.179	2.535
MACRORREGIÃO CONE SUL	52.299	13.491
REGIÃO CENTRO SUL	34.704	6.242
REGIÃO SUDESTE	3.852	1.512
REGIÃO SUL FRONTEIRA	13.743	5.737
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	10.771	5.072
REGIÃO NORDESTE	4.863	2.248
REGIÃO LESTE	5.908	2.824

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB (2025). Acesso em 16/06/2025.

Em 2023, o estado de Mato Grosso do Sul registrou um total de 162.509 consultas de puerpério, para um total de 40.233 nascidos vivos. Esse volume expressivo de atendimentos indica uma prática consolidada de acompanhamento no pós-parto, mas também demanda uma leitura crítica, já que os sistemas de informação podem contabilizar mais de uma consulta por mulher, o que dificulta a identificação de quantas puérperas, de fato, estão sendo acompanhadas conforme o preconizado.

Ao observarmos a distribuição por macrorregião, algumas diferenças importantes são notadas:

Macrorregião Centro concentrou a maior parte dos atendimentos, com mais de 95 mil consultas realizadas para pouco mais de 19 mil nascimentos. Esse número elevado pode refletir uma boa cobertura por parte das equipes da Atenção Primária à Saúde, mas também levanta a hipótese de registros duplicados ou práticas de seguimento mais frequentes em determinados territórios.

Dentro da macrorregião, a região Centro sozinha respondeu por quase 86 mil consultas com cerca de 13.600 nascidos, enquanto a região Norte realizou pouco mais de 2 mil atendimentos, com um número de nascidos semelhante ao da região Centro. Essa discrepância sugere a necessidade de aprofundamento na análise local.

A região Baixo Pantanal também apresenta volume considerável (7.214 consultas para 3.738 nascidos), o que pode indicar boas práticas de seguimento.

Na Macrorregião Pantanal, foram registradas 4.179 consultas para 2.535 nascidos vivos, indicando um volume menor de atendimentos em relação às demais regiões, o que pode refletir limitações estruturais ou assistenciais específicas do território.

A Macrorregião Costa Leste totalizou 10.771 consultas para 5.072 nascimentos, com destaque para a região Leste, responsável por mais da metade desses atendimentos. Já a região Nordeste, mesmo com menor número absoluto de nascidos, realizou quantidade semelhante de atendimentos, o que demonstra uma certa homogeneidade entre as duas regiões da macrorregião.

A Macrorregião Cone Sul realizou mais de 52 mil consultas, com aproximadamente 13.500 nascimentos. É a segunda com maior número absoluto de atendimentos no estado, ficando atrás apenas da Macrorregião Centro. Destaca-se a região Centro Sul, que concentrou quase 35 mil atendimentos, o que demonstra forte atuação da rede local no acompanhamento do puerpério. As regiões Sul Fronteira e Sudeste também apresentaram números elevados de atendimentos em relação aos nascimentos registrados, indicando a possibilidade de práticas sistematizadas de seguimento, mas que também merecem avaliação da consistência dos registros.

Em resumo, embora o alto volume de consultas de puerpério registradas no estado possa apontar para um esforço das equipes em acompanhar adequadamente as puérperas, os dados também sugerem a necessidade de revisar os mecanismos de registro e monitoramento da informação. É fundamental garantir que os dados reflitam com precisão a cobertura real e que todas as mulheres estejam, de fato, sendo acompanhadas de maneira equânime e qualificada em todo o território estadual.

Para o fortalecimento da cobertura das consultas de puerpério nas regiões com menor desempenho, são recomendadas ações específicas, com foco na reorganização do processo de trabalho da APS e na integração da linha de cuidado materno-infantil.

Na Região Norte, pertencente à Macrorregião Centro, que baixa cobertura, é fundamental implementar estratégias de busca ativa domiciliar nos 7º e 15º dias pós-parto, assegurando que as mulheres sejam acompanhadas em momentos críticos para a detecção precoce de complicações. Além disso, recomenda-se ampliar a qualificação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde quanto ao protocolo de puerpério, com ênfase na vigilância de complicações maternas tardias, muitas vezes negligenciadas. Outra medida importante é o fortalecimento do vínculo entre o pré-natal e o pós-parto, por meio do agendamento da primeira consulta de puerpério ainda durante o pré-natal, garantindo continuidade assistencial e maior adesão das usuárias.

Na Macrorregião Pantanal e na Região do Baixo Pantanal, recomenda-se estimular a implantação de roteiros padronizados de seguimento da puérpera, utilizando checklist de riscos para apoiar a tomada de decisão clínica e a estratificação de cuidados.

Nessas áreas, onde o acesso geográfico é frequentemente um desafio, o uso de telemonitoramento ativo deve ser incentivado, articulado com o transporte sanitário para garantir a efetividade do acompanhamento. Também é essencial fortalecer a integração entre maternidades e unidades da APS por meio de uma contrarreferência estruturada, assegurando a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Como parte do monitoramento e apoio institucional, recomenda-se o desenvolvimento de painéis mensais de indicadores, com metas pactuadas entre gestores, para acompanhamento da cobertura de puerpério por região de saúde. A realização de oficinas regionais de educação permanente, com foco na linha de cuidado materno-infantil e na valorização da etapa puerperal como momento prioritário de vigilância, deve ser incorporada à agenda estadual.

Essas ações contribuem diretamente para a redução de complicações no pós-parto, a prevenção de mortes maternas evitáveis e a consolidação de uma atenção integral no ciclo gravídico-puerperal. Recomenda-se que a gestão estadual realize o acompanhamento trimestral desses indicadores, em articulação com os COSEMS regionais, como estratégia para indução de melhorias e redução das desigualdades no cuidado.

5.2.4 Sistema Logístico:

O estado de Mato Grosso do Sul apresenta um conjunto de particularidades geográficas, socioeconômicas e culturais que impactam diretamente o funcionamento e a efetividade do sistema logístico de acesso aos serviços de saúde materno-infantil, em especial os relacionados à Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne). A extensão territorial significativa, as longas distâncias entre os municípios, a baixa densidade populacional em determinadas áreas, a presença de territórios de fronteira internacional e o desenvolvimento acelerado de algumas regiões configuram desafios logísticos importantes que precisam ser enfrentados com

estratégias territorializadas e intersetoriais.

Diretrizes de Acesso: Serviços e Transporte de Referência

Em Mato Grosso do Sul, o acesso de gestantes e recém-nascidos de alto risco aos serviços de saúde é regulado por fluxos pactuados entre entes federativos e organizados conforme a complexidade assistencial. A regulação hospitalar ocorre predominantemente pelo Sistema CORE, ferramenta oficial para unidades sob gestão estadual, como os hospitais regionais de Campo Grande, Três Lagoas, Ponta Porã e, futuramente, Dourados. Já no âmbito ambulatorial, os fluxos seguem as pactuações municipais, sendo utilizados principalmente o SISREG.

Para gestantes de alto risco, a priorização do acesso aos leitos hospitalares baseia-se em protocolos clínicos e critérios de gravidade, não havendo, contudo, leitos exclusivos para a Rede Alyne — as vagas são distribuídas conforme fila única. Os atendimentos ambulatoriais de pré-natal de alto risco seguem os acordos estabelecidos entre os municípios e os polos de referência.

Há necessidade de atualizar normativos como o caderno de referência da urgência e de fortalecer as pactuações formais, bem como simplificar e padronizar os sistemas de regulação, promovendo o planejamento do cuidado, o monitoramento dos fluxos e a elaboração de planos de parto mais assertivos.

O deslocamento intermunicipal e intermacrorregional é muitas vezes inevitável, especialmente em virtude das longas distâncias, da insuficiência de leitos obstétricos e da concentração de especialidades em Campo Grande e Dourados. O transporte sanitário enfrenta desafios logísticos, como a precariedade das vias em períodos chuvosos e a escassez de veículos.

Critérios de Acesso e Fluxos Assistenciais

Os fluxos são estruturados conforme o risco da gestante ou puérpera e a complexidade necessária ao atendimento do recém-nascido, com base nas diretrizes da Rede de Atenção Materna e Infantil. As pactuações realizadas em CIR e CIB são fundamentais,

embora ainda apresentem fragilidades, como a falta de atualização sistemática e ausência de monitoramento efetivo.

A Resolução CIB nº 126, de 25 de agosto de 2022, define a Grade de Referência aos serviços de alto risco, que organiza o acesso regulado aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares especializados em todo o estado. Ela é composta por dois eixos principais:

Grade Ambulatorial de Alto Risco (SISREG): Define os serviços de referência para diferentes condições de saúde materno-fetal, como Santa Casa, HUMAP, HRMS, CEAM e CEDIP, com atribuições específicas para cada condição clínica.

Grade de Intercorrências Clínicas/Obstétricas (CORE/SAMU): Abrange situações como síndromes hipertensivas, hemorragias, malformações fetais e infecções graves, com indicação de unidades específicas conforme o quadro clínico.

A resolução também prevê que gestantes em atendimento ambulatorial de alto risco sejam vinculadas aos serviços responsáveis pelo parto ou intercorrências, observando risco, disponibilidade de leitos e mapa de vinculação.

Com base na Resolução Estadual nº 311/CIB/SES, foi elaborado um instrumento técnico-normativo que estrutura os fluxos por macrorregião e região de saúde, com definição dos serviços especializados para pré-natal, parto e atenção neonatal, com base em critérios técnicos como habilitação ministerial, capacidade instalada e localização estratégica. A proposta visa reduzir a fragmentação da rede, qualificar referências e melhorar desfechos maternos e neonatais. O documento tem caráter dinâmico, podendo ser revisado com a ampliação da rede e novas pactuações.

Recomenda-se a construção de um Mapa de Vinculação para Gestação de Alto Risco, especialmente para os municípios que referenciam para Campo Grande, de modo a orientar o planejamento e favorecer a elaboração de planos de parto seguros. No entanto, essa vinculação deve ser flexível, considerando a disponibilidade de vagas e a condição clínica da gestante no momento da regulação.

Em regiões com populações indígenas, como o Cone Sul, os fluxos devem respeitar especificidades culturais e geográficas,

exigindo articulação com a SESAI e os DSEIs.

Barreiras Territoriais e Logísticas

Diversos fatores impactam a logística de acesso ao parto e ao atendimento de intercorrências.

Extensão Territorial e Vazios Assistenciais: O estado possui vasto território e municípios distantes entre si, demandando longos deslocamentos, especialmente nas regiões do Bolsão e Pantanal.

Territórios de Fronteira: Municípios como Ponta Porã e Corumbá enfrentam desafios adicionais, como gestantes estrangeiras e barreiras linguísticas, sem uma regulação estruturada entre países vizinhos.

Rotas de Desenvolvimento: O avanço da Rota Bioceânica e da Rota da Celulose acelera o crescimento populacional e industrial em municípios como Três Lagoas e Porto Murtinho, exigindo planejamento logístico da rede de saúde.

Populações Tradicionais: Presença de comunidades indígenas, quilombolas e ribeirinhas em áreas remotas, que requerem estratégias interculturais e apoio da Atenção Primária.

Implementação das Grades de Referência

A implantação das grades varia entre macrorregiões:

Macrorregião Centro: Apresenta organização mais avançada, com atualização periódica e uso do Mapa de Vinculação (2023), que associa unidades básicas aos hospitais de referência, assegurando continuidade do cuidado e prevenindo peregrinação.

Macrorregiões Cone Sul e Costa Leste: Ainda enfrentam desafios na atualização anual das grades e formalização das

pactuações, principalmente nos municípios de menor porte.

Pantanal: Enfrenta barreiras relevantes de transporte e regulação devido à localização isolada.

Destacam-se ainda como desafios persistentes:

- Insuficiência de leitos obstétricos e neonatais.
- Falta de clareza nos critérios para encaminhamento de gestantes com comorbidades.
- Ausência de pactuações formalizadas para garantir a contrarreferência de puérperas e recém-nascidos ao município de origem.

Recomenda-se o fortalecimento das pactuações em CIR e CIB, a consolidação de instrumentos como o Mapa de Equipamentos e a Linha de Cuidado da Gestante e da Criança, e a integração plena das grades ao sistema estadual de regulação como medida estratégica para assegurar previsibilidade, segurança e efetividade no acesso.

5.3 PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE ALYNE

5.3.1 Atenção Primária à Saúde

Quadro 32 - Cobertura de Atenção Primária no Estado do Mato Grosso do Sul (2025)

ESTADO / MACRORREGIÃO / REGIÃO DE SAÚDE / MUNICÍPIO	ESF	eSFR	eAP 20H	eAP 30H	eCR	eAPP 20H	eAPP 30H	COBERT URA
--	-----	------	------------	------------	-----	-------------	-------------	---------------

MATO GROSSO DO SUL			777	15	18	0	5	35	6	97,08%
	REGIÃO NORTE	Alcinópolis	1	0	0	1	0	0	0	131,77%
		Coxim	9	0	0	0	0	1	0	96,27%
		Figueirão	1	0	0	0	0	0	0	94,36%
		Pedro Gomes	2	0	0	0	0	0	0	100,37%
		Rio Negro	2	0	0	0	0	1	0	142,16%
		Rio Verde de Mato Grosso	8	0	0	0	0	1	0	137,32%
		São Gabriel do Oeste	10	0	0	0	0	0	0	110,43%
		Sonora	5	0	0	1	0	0	0	135,77%

**MACRORREGIÃO
CENTRO**

REGIÃO BAIXO PANTANAL	Anastácio	9	0	0	0	0	0	0	127,31%
	Aquidauana	17	0	0	0	0	1	0	123,72%
	Bela Vista	7	0	0	0	0	0	0	111,54%
	Bodoquena	3	0	0	0	0	0	0	118,65%
	Bonito	5	0	0	0	0	1	0	70,74%
	Caracol	3	0	0	0	0	0	0	205,27%
	Dois Irmãos do Buriti	4	0	0	0	0	1	0	133,46%
	Guia Lopes da Laguna	3	0	0	0	0	0	0	103,60%
	Jardim	7	0	0	0	0	2	0	103,14%
	Maracaju	11	0	0	0	0	0	0	80,95%
	Nioaque	5	0	0	0	0	0	0	130,48%

		Porto Murтинho	6	0	0	0	0	0	0	163,24%
	REGIÃO CENTRO	Bandeirantes	2	0	0	1	0	0	0	116,30%
		Camapuã	6	0	0	0	0	1	0	150,87%
		Campo Grande	227	0	2	0	2	5	3	84,51%
		Corguinho	3	0	0	0	0	0	0	214,59%
		Jaraguari	3	0	0	0	0	0	0	141,41%
		Ribas do Rio Pardo	6	0	0	1	0	1	0	98,45%
		Rochedo	2	0	0	0	0	0	0	129,46%
		Sidrolândia	13	0	0	0	0	0	0	92,15%
		Terenos	7	0	0	0	0	0	0	135,06%

MACRORREGIÃO PANTANAL	REGIÃO PANTANAL	Corumbá	28	0	0	0	1	1	0	99,03%
		Ladário	7	0	0	0	0	0	0	109,91%
		Miranda	7	0	2	0	0	0	0	105,71%
MACRORREGIÃO CONE SUL	REGIÃO CENTRO SUL	Caarapó	8	0	2	0	0	0	0	97,20%
		Deodápolis	7	0	0	0	0	0	0	172,41%
		Douradina	2	0	0	0	0	0	0	121,76%
		Dourados	57	0	1	0	0	3	1	81,09%
		Fátima do Sul	7	0	0	0	0	1	0	114,57%
		Glória de Dourados	4	0	0	0	0	0	0	129,90%
		Itaporã	7	0	0	0	0	0	0	97,70%
		Jateí	2	0	0	0	0	1	0	194,47%

	Laguna Carapã	3	0	0	0	0	0	0	149,74%
	Nova Alvorada do Sul	7	0	1	0	0	0	0	113,86%
	Rio Brilhante	10	0	0	2	0	2	0	102,84%
	Vicentina	2	0	0	0	0	0	0	108,09%
REGIÃO SUDESTE	Anaurilândia	3	0	0	0	0	0	0	135,74%
	Angélica	4	0	0	0	0	0	0	124,96%
	Batayporã	5	0	0	0	0	0	0	159,77%
	Ivinhema	9			1				115,23%
	Nova Andradina	13	0	0	2	0	0	0	100,27%
	Novo Horizonte do Sul	2	0	0	0	0	0	0	145,49%
	Taquarussu	2	0	0	0	0	0	0	187,66%

REGIÃO SUL FRONTEIRA	Amambai	9	0	0	1	0	1	0	83,53%
	Antônio João	3	0	0	0	0	0	0	108,90%
	Aral Moreira	4	0	0	0	0	0	0	126,29%
	Coronel Sapucaia	4	0	0	0	0	0	0	95,49%
	Eldorado	4	0	1	0	0	0	0	120,34%
	Iguatemi	4	0	1	0	0	0	0	112,36%
	Itaquiraí	8	0	0	0	0	1	0	140,42%
	Japorã	3	0	0	0	0	0	0	156,08%
	Juti	2	0	0	0	0	0	0	99,87%
	Mundo Novo	6	0	0	0	0	0	0	105,33%
	Naviraí	11	0	2	2	0	1	0	92,67%

		Paranhos	3	0	0	0	0	0	0	78,81%
		Ponta Porã	21	0	0	0	1	2	0	76,86%
		Sete Quedas	3	0	0	0	0	1	0	92,91%
		Tacuru	3	0	0	0	0	0	0	94,09%
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	REGIÃO NORDESTE	Aparecida do Taboado	7	0	0	0	0	0	0	83,20%
		Cassilândia	7	0	0	1	0	1	0	127,43%
		Chapadão do Sul	8	0	0	0	0	0	0	82,86%
		Costa Rica	7	0	0	0	0	0	0	86,99%
		Inocência	4	0	0	0	0	1	0	161,00%
		Paraíso das Águas	1	0	0	2	0	0	0	151,46%

		Paranaíba	12	0	0	0	0	0	0	98,72%
	REGIÃO LESTE	Água Clara	4	0	0	0	0	1	0	79,69%
		Bataguassu	7	0	0	0	0	0	1	104,17%
		Brasilândia	4	0	0	0	0	0	0	118,24%
		Santa Rita do Pardo	2	0	1	0	0	0	0	121,96%
		Selvíria	3	0	1	0	0	0	0	121,96%
		Três Lagoas	40	0	3	0	1	2	1	103,98%

Fonte: e-Gestor Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/aps>.

A cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Mato Grosso do Sul em 2025, conforme os dados apresentados, evidencia avanços importantes na presença territorial das Equipes de Saúde da Família (ESF), mas também revela uma significativa heterogeneidade na distribuição e composição das equipes, o que pode impactar diretamente a efetividade do cuidado prestado à população.

A cobertura média estadual da APS é de 97,08%, superando a meta mínima de 80% recomendada pelo Ministério da Saúde. Essa taxa elevada reflete um esforço expressivo na expansão da Estratégia Saúde da Família no estado, indicando avanços estruturais relevantes. No entanto, alguns municípios apresentam coberturas superiores a 100%, como Caracol (205,27%), Corguinho (214,59%) e Taquarussu (187,66%). Esses percentuais sugerem possíveis distorções na estimativa populacional das áreas adscritas ou desatualização dos cadastros no sistema e-SUS, o que requer uma revisão técnica cuidadosa e a validação dos dados populacionais utilizados no cálculo da cobertura.

Em contrapartida, municípios de maior porte e complexidade, como Campo Grande (84,51%), Ponta Porã (76,86%) e Paranhos (78,81%), apresentam coberturas aquém do ideal. Esse cenário é preocupante, considerando o volume populacional e os desafios sociais desses territórios. Para esses casos, a ampliação do número de equipes e a incorporação de modalidades complementares, como Equipes de Atenção Primária (eAP) e Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), devem ser estratégias prioritárias.

Outro ponto crítico observado é a fragilidade na composição ampliada das equipes. A presença reduzida de equipes multiprofissionais, como Equipes de Consultório na Rua (eCR) e eAPP com carga horária ampliada (20h/30h), limita o escopo de ações ofertadas pela APS, comprometendo a integralidade do cuidado, sobretudo em áreas com alta vulnerabilidade social. Regiões como a Macrorregião Pantanal (exemplo: Corumbá, com 99,03%) e a Costa Leste (como Chapadão do Sul, com 82,86%) também evidenciam a necessidade de investimentos específicos para ampliar o acesso e qualificar o atendimento prestado.

Diante desse contexto, recomenda-se a revisão e atualização do cadastro territorial das equipes de saúde, assegurando a compatibilidade entre a população adscrita e a cobertura real. É fundamental ampliar o número de eAP e eAPP, especialmente em municípios com elevada densidade urbana e em territórios indígenas e rurais, que demandam estratégias diferenciadas. Também é essencial implantar estratégias de regionalização do cuidado, reforçando o papel das microrregiões e do planejamento integrado

entre municípios.

Outro eixo prioritário é o monitoramento da produtividade e da qualidade das ações da APS, alinhando a cobertura nominal a indicadores de impacto, como vacinação, pré-natal e puericultura. Por fim, recomenda-se fortalecer a integração entre a atenção primária, a vigilância em saúde e as redes de atenção, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado.

A APS é a base estruturante do SUS, e sua efetividade depende não apenas da extensão da cobertura populacional, mas principalmente da capacidade de ofertar um cuidado resolutivo, equânime e territorializado.

O levantamento das unidades de saúde dos municípios ([Unidades MS.xlsx](#)) que compõem a Rede de Atenção Materna e Infantil no Estado de Mato Grosso do Sul, com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), evidencia a ampla presença da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do SUS e principal eixo organizador do cuidado. Foram identificadas unidades com diferentes arranjos assistenciais, incluindo Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Atenção Primária (eAP) e Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP).

Observa-se significativa variabilidade entre os municípios quanto ao número de unidades e à composição dos modelos assistenciais, o que reflete não apenas o porte populacional, mas também as escolhas de gestão local na organização da APS. Municípios com maior número de unidades e diversidade de tipos de equipe indicam estrutura mais robusta, potencialmente mais capaz de garantir acesso oportuno e longitudinalidade do cuidado. Já municípios com número reduzido de unidades ou presença de apenas um modelo assistencial demandam maior articulação regional para assegurar a integralidade do cuidado, sobretudo em situações que exigem encaminhamentos para atenção especializada ou atenção hospitalar.

A análise reforça a necessidade de fortalecimento da integração entre os diferentes pontos de atenção, com foco em linhas de cuidado materno-infantis, protocolos de estratificação de risco e qualificação do pré-natal. A identificação precisa das unidades também subsidia o planejamento de ações prioritárias da Rede Alyné, como a implantação de núcleos de educação permanente,

teleconsultorias, pactuações com a média complexidade e organização dos fluxos de regulação e transporte sanitário.

Este panorama, portanto, oferece base sólida para a construção de estratégias regionais que promovam a equidade, assegurem o direito à saúde e contribuam para a redução da mortalidade materna e infantil em Mato Grosso do Sul.

5.3.2 Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR):

A habilitação de um Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) deve atender aos requisitos definidos na normativa vigente do Ministério da Saúde, os quais incluem parâmetros de cobertura assistencial para cada 5.000 nascidos vivos, capacidade instalada para atendimento anual de 1.500 gestantes de alto risco, equipe multiprofissional especializada, estrutura diagnóstica e vinculação formal à maternidade de referência.

As propostas de habilitação de AGPAR que não atingem o quantitativo mínimo de nascidos vivos estabelecido em norma apresentam justificativas técnicas fundamentadas nas características territoriais e no perfil populacional das respectivas regiões de saúde, considerando aspectos como a alta dispersão geográfica, a vulnerabilidade social, a presença de população indígena e fronteiriça, e os desafios de acesso aos serviços especializados, bem como o alto desenvolvimento industrial que implica no aumento exponencial do contingente populacional. Essas particularidades do estado de Mato Grosso do Sul reforçam a necessidade de ampliação da capilaridade da rede, com vistas a garantir equidade, regionalização e continuidade do cuidado às gestantes e puérperas de alto risco.

Nesse sentido, é fundamental que os gestores municipais e regionais estejam atentos aos critérios estabelecidos na normativa federal e adotem estratégias para viabilizar a habilitação dos serviços propostos, promovendo adequações estruturais e operacionais necessárias, fortalecendo os fluxos assistenciais e formalizando os vínculos com as maternidades de referência, de modo a assegurar a aprovação junto ao Ministério da Saúde e a qualificação da Rede Alyne no estado.

Vale salientar que sempre que houver condições clínicas e estruturais seguras, é recomendável que os municípios assumam o acompanhamento das gestantes de risco intermediário e alto risco controlado/estável conforme estratificação realizada durante o pré-natal. Essa atribuição torna-se especialmente viável nos municípios que dispõem de ginecologista/obstetra na rede municipal, desde que haja condições clínicas seguras para o acompanhamento local, de modo a preservar a qualidade e a integralidade da assistência. Essa estratégia contribui para a descentralização do cuidado, melhora a acessibilidade, fortalece a rede local, permite intervenções oportunas e otimiza os recursos do sistema, promovendo maior resolutividade e sustentabilidade da Rede de Atenção à Saúde.

Ressalta-se, ainda, que pactuações entre municípios diferentes das configurações regionais sugeridas poderão ser mantidas ou estabelecidas, desde que acordadas entre os gestores locais, considerando a autonomia da gestão municipal. O cenário proposto para habilitação dos AGPAR segue o critério técnico estabelecido pela normativa federal, que prevê a regionalização da cobertura assistencial, sem prejuízo à flexibilidade dos arranjos pactuados localmente. Contudo, recomenda-se que tais pactuações busquem atender, sempre que possível, ao requisito populacional mínimo estabelecido, com vistas à viabilidade da habilitação junto ao Ministério da Saúde, ou, nos casos em que esse quantitativo não for atingido, sejam consideradas e respeitadas as justificativas técnicas apresentadas neste documento.

NOME DO AGPAR COM CNES: CENTRO DE ATENDIMENTO MATERNO INFANTIL - CAMI 5491185 (AQUIDAUANA)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO

MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO - REGIÃO BAIXO PANTANAL	MUNICÍPIO SEDE	AQUIDAUANA (141 km da capital)	690	759	144
	Municípios pactuados	ANASTÁCIO (5,4 km da sede)	268	295	44
		BODOQUENA (133,7 km da sede)	99	109	16
		DOIS IRMÃOS DO BURITI (72,7 km da sede)	168	185	28
		NIOAQUE (93,4 km da sede)	149	164	25
		MIRANDA (114,2 km da sede)	487	536	80
		TOTAL	1861	2.048	337
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO: 5491185

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO (CENTRO DE ESPECIALIDADE MÉDICAS - AQUIDAUANA): MUNICIPAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL): ESTADUAL/MUNICIPAL

NATUREZA JURÍDICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O Centro de Atendimento Materno Infantil (CAMI) de Aquidauana, proposto para habilitação como AGPAR, já atua conforme os parâmetros de um Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA), consolidado a partir da adesão ao Projeto PlanificaSUS. Essa iniciativa viabilizou a qualificação dos processos assistenciais e organizacionais do serviço, promovendo sua integração efetiva

com a Atenção Primária à Saúde (APS) e fortalecendo a coordenação da linha de cuidado materno-infantil.

O CAMI atende atualmente os municípios da Região de Saúde do Baixo Pantanal — Aquidauana, Anastácio, Bodoquena, Dois Irmãos do Buriti, Nioaque — e também o município de Miranda, cuja pactuação foi previamente estabelecida, mesmo este último compondo atualmente a Macrorregião de Saúde Pantanal. Essas pactuações foram definidas com base nas necessidades assistenciais e na organização local da rede, e permanecem sob a autonomia dos gestores municipais e regionais, conforme os princípios do SUS.

Apesar do quantitativo de nascidos vivos da região ainda não alcançar o parâmetro populacional mínimo de 5.000 nascidos vivos para habilitação de AGPAR, conforme definido na Portaria GM/MS nº 5.350/2024, a proposta de habilitação justifica-se pelas características territoriais específicas e pelas vulnerabilidades sociodemográficas locais. Trata-se de uma região extensa, de difícil acesso e com limitações logísticas importantes para deslocamentos intermunicipais. A ausência de um ambulatório habilitado nesse território imporia barreiras significativas à continuidade do cuidado das gestantes de alto risco, comprometendo a regionalização, a equidade e a integralidade da atenção.

Portanto, a habilitação do AGPAR em Aquidauana, ainda que fora dos critérios estritos de cobertura populacional, é estrategicamente justificável para garantir acesso oportuno, evitar descontinuidade do cuidado e atender às necessidades específicas da população da Região de Saúde do Baixo Pantanal. Trata-se de uma medida que fortalece a capacidade instalada da Rede de Atenção à Saúde e assegura a proteção materna e neonatal em um território de elevada vulnerabilidade.

NOME DO AGPAR COM CNES: CEAMI ILZA DA SILVA FARIAS 0946044 (JARDIM)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO

MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO - REGIÃO BAIXO PANTANAL	MUNICÍPIO SEDE	JARDIM (234,3 km da capital)	372	409	61
	Municípios pactuados	BELA VISTA (88,3 km da sede)	445	490	73
		BONITO (68,4 km da sede)	373	410	62
		CARACOL (140,8 km da sede)	67	74	11
		GUIA LOPES DA LAGUNA (3,5 km da sede)	148	163	24
		PORTO MURTINHO (203,6 km da sede)	184	202	30
		TOTAL	1.589	1.748	261
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO: 0946044

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO (CEAMI ILZA DA SILVA FARIAS DE JARDIM - JARDIM): MUNICIPAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (CEAMI ILZA DA SILVA FARIAS DE JARDIM - JARDIM): MUNICIPAL

NATUREZA JURÍDICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O CEAMI Ilza da Silva Farias, localizado no município de Jardim, opera segundo o modelo PASA, com organização assistencial qualificada por meio da adesão ao Projeto PlanificaSUS. Essa experiência consolidou a integração com a APS, otimizando os fluxos de cuidado e o acompanhamento das gestantes de alto risco.

Atualmente, o CEAMI atende os municípios de Jardim, Bela Vista, Bonito, Caracol, Guia Lopes da Laguna e Porto Murtinho, cuja pactuação regional foi definida com base em planejamento territorial e análise das demandas assistenciais. Essa definição favoreceu a criação de fluxos coordenados e a consolidação de uma rede de cuidado regionalizada. Embora a região do Baixo Pantanal já conte com um ambulatorio habilitado em Aquidauana, a habilitação do serviço de Jardim é justificável, considerando: (1) a estrutura organizacional previamente instalada; (2) a pactuação regional vigente; (3) as longas distâncias entre os municípios; e (4) o perfil socioeconômico de alta vulnerabilidade da população atendida. Além disso, municípios como Porto Murtinho fazem fronteira com países vizinhos, recebendo demanda espontânea internacional, o que aumenta a sobrecarga sobre os serviços públicos de saúde.

Outro aspecto estratégico é o impacto direto da Rota Bioceânica, que conecta Brasil, Paraguai, Argentina e Chile, e terá como corredor logístico a região atendida pelo CEAMI. Essa nova dinâmica pode gerar um aumento significativo na mobilidade populacional e, conseqüentemente, na pressão sobre os serviços de saúde da região, incluindo a necessidade de resposta qualificada para gestantes em trânsito ou em situações de vulnerabilidade social.

Assim, mesmo que o serviço ainda não atenda ao critério populacional mínimo estabelecido pela normativa federal, entende-se que sua habilitação é necessária, estrategicamente coerente e plenamente justificável frente ao contexto regional. O reconhecimento formal do CEAMI como AGPAR representa uma ação estratégica, não apenas para ampliar a resolatividade da rede local, mas também para antecipar os impactos assistenciais da nova rota internacional, assegurando atenção qualificada, equânime e integrada à gestante e ao recém-nascido na Região Baixo Pantanal.

NOME DO AGPAR COM CNES: CEM II - CENTRO DE REFERÊNCIA MUNICIPAL PRES. JANIO QUADROS 4348583 (CAMPO GRANDE)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO
MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO	MUNICÍPIO SEDE	CAMPO GRANDE	11.918	13.110	1.966
	REGIÃO DE SAÚDE	CENTRO	13.650	15.015	2.252
	Macrorregião Centro, principalmente os municípios da região centro (Bandeirantes, Camapuã, Corguinho, Jaraguari, Maracaju, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos), tendo em vista que será solicitado habilitação dos ambulatórios nas regiões baixo pantanal e norte	MACRORREGIÃO CENTRO	19.135	21.049	3.157
		TOTAL	19.135	21.049	3.157
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO: 4348583

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO: MUNICIPAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL): ESTADUAL/MUNICIPAL

NATUREZA JURÍDICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O CEM II - Centro de Referência Municipal Presidente Jânio Quadros, situado no município de Campo Grande, encontra-

se em processo de adequação para atuação como PASA, conforme orientações do Projeto PlanificaSUS. Esta transição está alinhada às diretrizes de qualificação da Rede de Atenção Materno-Infantil, fortalecendo a integração entre a APS e os serviços especializados, com vistas à melhoria da coordenação do cuidado e à ampliação da resolutividade no acompanhamento de gestantes de alto risco.

Importa destacar que, apesar da habilitação de ambulatórios regionais em municípios como Aquidauana e Jardim (também pertencentes à macrorregião centro), bem como em Coxim (região norte), o município de Campo Grande mantém-se como referência macrorregional e estadual para o atendimento ambulatorial de gestantes de alto risco. Essa posição se justifica pela presença de serviços especializados que concentram expertises clínicas específicas, não disponíveis nos demais pontos da rede, como, por exemplo, o atendimento em infectologia, cuja referência regional é o HUMAP – Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian.

Além do CEM II, Campo Grande conta com outros três ambulatórios especializados no acompanhamento pré-natal de alto risco: Santa Casa, HUMAP/UFMS e HRMS – Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. A alocação das gestantes entre esses serviços ocorre conforme critérios pactuados na Programação Pactuada Integrada (PPI), respeitando a grade de referência clínica definida pela Resolução CIB nº 311, bem como a disponibilidade de vagas. Estes critérios norteiam o trabalho dos profissionais da regulação, assegurando o acesso ordenado, equânime e oportuno ao cuidado especializado, conforme o grau de risco e o perfil clínico das gestantes.

Os AGPAR habilitados em Campo Grande, portanto, permanecerão como referência estratégica, especialmente para a Região Centro da Macrorregião de Saúde Centro, considerando a previsão de habilitação de ambulatórios nas regiões do Baixo Pantanal e Norte. Essa distribuição busca qualificar e descentralizar o acesso, ao mesmo tempo em que preserva a centralidade dos serviços de Campo Grande para os casos que demandam maior complexidade.

Dessa forma, mesmo com a ampliação dos ambulatórios regionais, o fluxo regulado para os AGPAR localizados em Campo

Grande permanece necessário, sobretudo nos casos que demandam avaliação ou seguimento em especialidades específicas. Ressalta-se que o CEM II, por meio da gestão de agenda pactuada e da articulação regional, contribui efetivamente para a organização do acesso de toda a macrorregião centro, cumprindo um papel estratégico no cuidado materno-infantil.

NOME DO AGPAR COM CNES: HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL 0009725 (CAMPO GRANDE)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO
MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO - REGIÃO CENTRO	MUNICÍPIO SEDE	CAMPO GRANDE	11.918	13.110	1.966
	REGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO CENTRO	13.650	15.015	2.252
	Macrorregião Centro, principalmente os municípios da região centro (Bandeirantes, Camapuã, Corguinho, Jaraguari, Maracaju, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos), tendo em vista que será solicitado habilitação dos ambulatorios nas regiões baixo pantanal e norte	ACRORREGIÃO CENTRO	19.135	21.049	3.157
		TOTAL	19.135	21.049	3.157
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO: 0009725

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO: ESTADUAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL): ESTADUAL

NATUREZA JURÍDICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A proposta de habilitação do AGPAR no **Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS)**, localizado no município de Campo Grande, é estratégica e tecnicamente justificada diante da atual organização da rede materno-infantil da Macrorregião de Saúde Centro. O HRMS já desempenha, historicamente, o papel de referência regional para atendimento de gestantes de alto risco, sendo unidade hospitalar de retaguarda especializada e de suporte à Rede de Atenção Materna e Infantil, além de estar sob gestão direta da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, o que favorece a coordenação administrativa, o monitoramento das ações e a integração com as diretrizes estaduais.

A análise dos dados epidemiológicos reforça a necessidade de habilitação do ambulatório. Em 2023, o município de Campo Grande registrou 11.918 nascidos vivos, com uma estimativa de 13.110 gestantes, das quais 1.966 apresentaram condições de alto risco, o que representa cerca de 15% do total. Quando se considera toda a Macrorregião de Saúde Centro, os números alcançam 21.049 gestantes, com 3.157 gestantes de alto risco estimadas. Esses dados evidenciam uma demanda significativa por acompanhamento ambulatorial especializado, que exige a ampliação da capacidade instalada para garantir acesso equitativo e tempestivo às gestantes mais vulneráveis.

A habilitação permitirá o reconhecimento oficial da função que o hospital já exerce, viabilizando o custeio adequado, a padronização dos fluxos e o fortalecimento das ações em consonância com a Resolução CIB/SES n.º 311, que define a grade de referência para atenção obstétrica de alto risco no estado.

Destaca-se ainda que, considerando a solicitação de habilitação de ambulatórios nas regiões do Baixo Pantanal e Norte, a

habilitação do AGPAR no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) torna-se essencial, assumindo papel estratégico como referência para os municípios da Região de Saúde Centro, tais como Bandeirantes, Camapuã, Corguinho, Jaraguari, Maracaju, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos. Pela localização geográfica e pela ausência de estrutura especializada local, esses municípios dependem fortemente da retaguarda assistencial de Campo Grande, sendo o HRMS peça-chave para assegurar a regionalização do cuidado e a coordenação da atenção às gestantes de alto risco.

Dessa forma, a habilitação do AGPAR no HRMS não apenas formaliza uma função já exercida pela unidade, como também consolida sua importância na Rede Alynne estadual, promovendo maior resolutividade, eficiência na alocação de recursos, articulação entre os pontos de atenção e fortalecimento da política de atenção materno-infantil em Mato Grosso do Sul.

NOME DO AGPAR COM CNES: EBSE RH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN 0009709 (CAMPO GRANDE)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO
MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO - REGIÃO CENTRO	MUNICÍPIO SEDE	CAMPO GRANDE	11.918	13.110	1.966
	REGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO CENTRO	13.650	15.015	2.252
	Macrorregião Centro, principalmente os municípios da região centro (Bandeirantes, Camapuã, Corguinho, Jaraguari, Maracaju, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos), tendo em vista	MACRORREGIÃO CENTRO	19.135	21.049	3.157

	que será solicitado habilitação dos ambulatorios nas regiões baixo pantanal e norte.				
		TOTAL	19.135	21.049	3.157
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO: 0009709

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO: MUNICIPAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL): MUNICIPAL/ESTADUAL/FEDERAL

NATUREZA JURÍDICA: ENTIDADES EMPRESARIAIS

A proposta de habilitação do AGPAR no **Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP/UFMS**, localizado em Campo Grande, deve ser analisada à luz da regionalização da atenção e da necessidade de ampliação da oferta qualificada de pré-natal de alto risco na Macrorregião de Saúde Centro. Campo Grande, sede da referida macrorregião, apresentou no ano de 2023 um total de 11.918 nascidos vivos, com uma estimativa de 13.110 gestantes, das quais 1.966 foram classificadas como de alto risco, o que corresponde a aproximadamente 15% do total – percentual compatível com a prevalência esperada para condições obstétricas de maior complexidade. Quando considerada toda a Macrorregião Centro, os dados são ainda mais expressivos, com uma estimativa de 21.049 gestantes e cerca de 3.157 gestantes de alto risco, o que evidencia a elevada demanda por serviços especializados e a necessidade de uma rede regionalizada, articulada e resolutiva para o acompanhamento ambulatorial dessas usuárias.

O HUMAP/UFMS se localiza em uma área estratégica de Campo Grande e já atua como ponto de referência para gestantes da Macrorregião Centro. A menção aos municípios de Bandeirantes, Camapuã, Corguinho, Jaraguari, Maracaju, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos está relacionada à proposta estadual de habilitação de ambulatorios nas regiões do Baixo Pantanal e Norte, o que reforça ainda mais o papel central de Campo Grande como referência regional imediata para o atendimento

especializado às gestantes dessas áreas.

Além disso, foram formalmente indicados os ambulatorios do Centro de Especialidades Médicas II (CEM II) e do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), ambos também localizados na capital. No entanto, diante do volume assistencial expressivo, da densidade populacional e da complexidade dos casos atendidos, há robusta justificativa técnica para a habilitação de mais de um AGPAR em Campo Grande, permitindo a adequada distribuição das demandas entre os serviços conforme seus perfis, estruturas e capacidade instalada.

A habilitação do AGPAR no HUMAP/UFMS representa, portanto, uma ação estratégica para ampliar e qualificar a oferta ambulatorial para gestantes de alto risco; formalizar e garantir o financiamento dos atendimentos já realizados, fortalecendo a sustentabilidade da rede; promover a integração entre ensino, serviço e gestão; e reduzir barreiras de acesso, contribuindo efetivamente com a equidade e integralidade do cuidado.

Diante disso, a recomendação técnica é favorável à habilitação do AGPAR no HUMAP/UFMS, com base nos critérios epidemiológicos, territoriais e assistenciais que respaldam sua inserção formal na Rede Alyne, em conformidade com a Resolução CIB/SES n.º 311 e as diretrizes da Rede de Atenção Materna e Infantil no estado de Mato Grosso do Sul.

NOME DO AGPAR COM CNES: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE 0009717 (CAMPO GRANDE)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO
MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO - REGIÃO	MUNICÍPIO SEDE	CAMPO GRANDE	11.918	13.110	1.966
	REGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO CENTRO	13.650	15.015	2.252

CENTRO	Macrorregião Centro, principalmente os municípios da região centro (Bandeirantes, Camapuã, Corguinho, Jaraguari, Maracaju, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos), tendo em vista que será solicitado habilitação dos ambulatórios nas regiões baixo pantanal e norte	MACRORREGIÃO CENTRO	19.135	21.049	3.157
		TOTAL	19.135	21.049	3.157
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO: 0009717

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO: MUNICIPAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL): MUNICIPAL

NATUREZA JURÍDICA: ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS

A Santa Casa de Campo Grande, referência estadual em atendimentos de alta complexidade obstétrica e neonatal, atualmente opera um ambulatório de gestação de alto risco sem habilitação formal junto ao Ministério da Saúde. Diante do volume assistencial, da abrangência territorial e da complexidade clínica envolvida, torna-se tecnicamente justificável e estrategicamente prioritária a solicitação de habilitação do AGPAR na unidade.

A Macrorregião de Saúde Centro, cuja sede é Campo Grande, concentra uma estimativa de 21.049 gestantes por ano, das quais aproximadamente 3.157 são classificadas como gestantes de alto risco. Desse total, a Região de Saúde Centro — que inclui

os municípios de Bandeirantes, Camapuã, Corguinho, Jaraguari, Maracaju, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos — contribui com a maior parte dessa demanda. Ressalta-se que, nas demais regiões da macrorregião (Baixo Pantanal e Norte), estão previstas solicitações específicas de habilitação de ambulatorios regionais, reforçando o papel estratégico da Santa Casa como polo referencial para o atendimento da região centro e da capital.

Além disso, a Santa Casa de Campo Grande é a unidade de referência estadual para o atendimento de cardiopatias congênitas, condição que exige diagnóstico precoce ainda no pré-natal para adequada condução do parto, preparo neonatal e encaminhamento cirúrgico oportuno. A presença de um AGPAR habilitado na unidade contribuirá significativamente para a ampliação do acesso ao diagnóstico especializado de malformações congênitas, particularmente as cardiopatias, cuja detecção intrauterina impacta diretamente na redução da mortalidade infantil e nos desfechos perinatais.

O AGPAR, uma vez habilitado, permitirá a estruturação formal do atendimento ambulatorial de alto risco, a qualificação dos fluxos de referência e contrarreferência, a vinculação precoce da gestante ao local de parto e o fortalecimento da articulação entre a atenção primária e a atenção especializada. Também contribuirá para a melhoria dos registros nos sistemas de informação, a racionalização dos encaminhamentos e a alocação adequada de recursos federais.

Portanto, diante da elevada demanda regional, da importância da Santa Casa como referência para condições de alta complexidade — em especial as cardiopatias congênitas — e da atual execução dos atendimentos, recomenda-se fortemente a habilitação do AGPAR nesta unidade.

NOME DO AGPAR COM CNES: POLICLÍNICA LOURDES FONTOURA 2752549 (COXIM)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO
MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO - REGIÃO NORTE	MUNICÍPIO SEDE	COXIM (253 km da capital)	433	476	71
	Municípios pactuados ou a pactuar	ALCINÓPOLIS (125,7 km da sede)	54	59	09
		FIGUEIRÃO (179,2 km da sede)	37	41	06
		PEDRO GOMES (54,8 km da sede)	79	87	13
		RIO NEGRO (247 km da sede)	63	69	10
		RIO VERDE DE MATO GROSSO (52,3 km da sede)	274	301	45
		SÃO GABRIEL DO OESTE (117,4 km da sede)	564	620	93
		SONORA (110,3 km da sede)	243	267	40
		TOTAL	1.747	1.920	287
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO: 2752549

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO: MUNICIPAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL): MUNICIPAL

NATUREZA JURÍDICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A Policlínica Lourdes Fontoura, localizada no município de Coxim, atualmente funciona como ambulatório de alto risco sem habilitação formal. O serviço encontra-se em processo de transição para atuação segundo a lógica do modelo de Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA), impulsionado pela adesão ao Projeto PlanificaSUS. Essa reestruturação tem qualificado os processos assistenciais e organizacionais, promovendo maior integração com a Atenção Primária à Saúde (APS) e fortalecimento da coordenação do cuidado.

Diante das características regionais, destaca-se a importância estratégica da habilitação de um AGPAR em Coxim, com o objetivo de fortalecer o cuidado especializado ao pré-natal de alto risco e ampliar o acesso das gestantes da região a esse serviço fundamental. A macrorregião Norte do estado, com 1.747 nascidos vivos registrados em 2023, não atinge o parâmetro mínimo populacional estabelecido na normativa federal (5.000 nascidos vivos por serviço), porém, apresenta especificidades territoriais que justificam a excepcionalidade da habilitação.

Entre os fatores que embasam essa proposta estão: a baixa densidade populacional associada a vastas distâncias geográficas entre os municípios da região; a ausência de serviços especializados de referência em áreas próximas; a concentração dos recursos assistenciais em polos distantes, como Campo Grande; e a presença de vulnerabilidades sociais que dificultam o acesso regular ao pré-natal de alto risco. Tais condições impõem barreiras à equidade e ao cuidado oportuno, tornando fundamental a interiorização dos serviços.

A habilitação do AGPAR em Coxim contribuirá significativamente para reduzir deslocamentos extensos, garantir maior equidade no acesso, qualificar a linha de cuidado materno-infantil e fortalecer a lógica da regionalização da atenção à saúde. Ainda,

possibilitará a estruturação de fluxos assistenciais organizados e pactuados com os municípios da região, promovendo a continuidade do cuidado e a resolutividade da rede.

NOME DO AGPAR COM CNES: CENTRO DE SAÚDE DA MULHER DR NICOLAU FRAGELLI 2558742 (CORUMBÁ)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO
MACRORREGIÃO DE SAÚDE PANTANAL - REGIÃO PANTANAL	MUNICÍPIO SEDE	CORUMBÁ (426 km da capital)	1.746	1.921	288
	Município para pactuação	LADÁRIO (5,4 km da sede)	302	332	50
		TOTAL	2.048	2.253	338
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO: 2558742

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO: MUNICIPAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL): MUNICIPAL

NATUREZA JURÍDICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O **Centro de Saúde da Mulher Dr. Nicolau Fragelli**, localizado no município de Corumbá, atualmente atua como ambulatório de gestação de alto risco sem habilitação formal, atendendo gestantes da Macrorregião de Saúde Pantanal, que compreende os municípios de Corumbá e Ladário. A habilitação deste ambulatório como AGPAR configura-se como uma estratégia essencial para

qualificar e regionalizar o cuidado ao pré-natal de alto risco, especialmente diante das especificidades e dos desafios logísticos e sociais da região.

Entre os principais fatores que justificam tecnicamente essa habilitação, destaca-se a grande distância geográfica entre Corumbá e Campo Grande, o que impõe dificuldades significativas para o acesso das gestantes da macrorregião aos serviços especializados localizados na capital. Além disso, a região apresenta uma alta proporção de gestantes em situação de vulnerabilidade, incluindo populações ribeirinhas, indígenas, quilombolas e residentes de áreas rurais ou de difícil acesso, que enfrentam barreiras adicionais relacionadas ao deslocamento, continuidade do cuidado e acesso oportuno aos serviços de saúde.

Outro elemento crítico é o contexto fronteiriço de Corumbá, que contribui para o aumento da pressão sobre os serviços locais de saúde devido à procura espontânea de gestantes oriundas do país vizinho, especialmente da Bolívia. Muitas dessas mulheres possuem vínculos familiares ou comunitários com o lado brasileiro da fronteira, o que intensifica a demanda por atenção obstétrica especializada no município.

A criação formal do AGPAR em Corumbá permitirá fortalecer a linha de cuidado materno-infantil da macrorregião Pantanal, promovendo maior equidade no acesso aos serviços, reduzindo a necessidade de deslocamentos desnecessários e contribuindo diretamente para a redução da mortalidade e da morbidade materna e neonatal. Essa habilitação viabilizará também o reconhecimento e o financiamento adequado das ações já desenvolvidas pelo serviço, assegurando sua sustentabilidade e potencial de expansão.

Importante esclarecer que o município de Miranda, embora localizado na macrorregião Pantanal, mantém atualmente pactuação com o ambulatório de Aquidauana para o acompanhamento do pré-natal de alto risco. A manutenção dessa pactuação poderá ser considerada, respeitando-se a autonomia municipal e o interesse da gestão local nas definições pactuadas.

NOME DO AGPAR COM CNES: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS HU-UGD 2710935 (DOURADOS)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO
MACRORREGIÃO DE SAÚDE CONE SUL - REGIÃO CENTRO SUL	MUNICÍPIO SEDE	DOURADOS (226 km da capital)	3.818	4.200	630
	Municípios pactuados ou a pactuar	CAARAPÓ (52,8 km da sede)	529	582	87
		DEODÁPOLIS (82,3 km da sede)	135	149	22
		DOURADINA (39 km da sede)	65	72	11
		FÁTIMA DO SUL (44,9 km da sede)	257	283	42
		GLÓRIA DE DOURADOS (81 km da sede)	106	117	17
		ITAPORÃ (16,6 km da sede)	214	235	35
		JATEÍ (71,2 km da sede)	52	57	17
		LAGUNA CARAPÃ (57,7 km da sede)	143	157	24
		NOVA ALVORADA DO SUL	314	345	52

		(116,7 km da sede)			
		RIO BRILHANTE (71 km da sede)	536	590	88
		VICENTINA (53,6 km da sede)	73	80	12
		NOVA ANDRADINA (176,5 km da sede)	628	691	104
		ANAUROLÂNDIA (246,7 km da sede)	78	86	13
		ANGÉLICA (139,3 km da sede)	162	178	27
		BATAYPORÃ (188 km da sede)	122	134	20
		IVINHEMA (118,9 km da sede)	421	463	69
		NOVO HORIZONTE DO SUL (140 km da sede)	65	72	11
		TAQUARUSSU (202,9 km da sede)	36	40	06
		TOTAL	7.754	8.531	1.287
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO: 2710935

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO: MUNICIPAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL): MUNICIPAL

NATUREZA JURÍDICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O Hospital Universitário da Grande Dourados (HU-UFGD), localizado no município de Dourados, atualmente funciona como ambulatório de gestação de alto risco sem habilitação formal. Contudo, já exerce papel estratégico consolidado no acompanhamento de gestantes de alto risco na Macrorregião de Saúde Cone Sul, especialmente nas Regiões de Saúde Centro-Sul e Sudeste. Em 2023, essas regiões totalizaram 7.754 nascidos vivos, com estimativa de mais de 1.280 gestantes de alto risco, distribuídas entre 18 municípios.

O perfil demográfico da Macrorregião Cone Sul é caracterizado por elevada densidade populacional em polos urbanos como Dourados, associado à presença de populações rurais, indígenas, assentadas e em situação de vulnerabilidade social e econômica. Essa configuração territorial impõe desafios significativos para o acesso oportuno e qualificado ao pré-natal de alto risco, especialmente nos municípios mais distantes ou com infraestrutura limitada. A presença de comunidades indígenas, como nas regiões de Dourados, Amambai, Caarapó e Juti, reforça ainda mais a necessidade de serviços regionalizados, culturalmente sensíveis e integrados.

Nesse contexto, a habilitação do AGPAR no HU-UFGD é fundamental para garantir a regionalização da linha de cuidado materno-infantil, ampliando a resolutividade do sistema e assegurando maior equidade no acesso. A habilitação permitirá consolidar o HU-UFGD como referência assistencial formal, viabilizar a captação de recursos federais específicos, qualificar os fluxos de regulação e integrar de forma mais estruturada a atenção especializada com a atenção primária.

Além do HU-UFGD, Dourados também conta com o ambulatório da Policlínica de Atendimento à Mulher Enf. Ana Maria Carneiro, que contribui no acompanhamento das gestantes de alto risco. A distribuição de vagas entre os dois serviços ocorre conforme a complexidade dos casos e a disponibilidade de agenda, em consonância com os protocolos de regulação estabelecidos.

Cabe destacar que, sempre que houver capacidade técnica, estrutura adequada e segurança clínica, é fundamental que os próprios municípios assumam o acompanhamento das gestantes classificadas como risco intermediário ou alto risco estável. Essa conduta deve ser adotada especialmente por aqueles que dispõem de profissional ginecologista/obstetra na rede local, contribuindo para desafogar os polos macrorregionais, evitar sobrecarga dos serviços de referência e promover maior resolutividade, proximidade e eficiência no cuidado prestado. A estratificação de risco deve ser realizada de forma sistemática em todas as consultas de pré-natal, assegurando a adequada identificação dos casos que realmente demandam encaminhamento para serviços especializados.

Portanto, diante do volume assistencial expressivo, da diversidade populacional, das vulnerabilidades territoriais e da capacidade instalada já existente, a habilitação do AGPAR no HU-UFGD se configura como medida prioritária e estratégica para a consolidação da Rede de Atenção Materna e Infantil na Macrorregião Cone Sul.

NOME DO AGPAR COM CNES: POLICLÍNICA DE ATENDIMENTO A MULHER ENF ANA MARIA CARNEIRO 2710781 (DOURADOS)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO
	LOCALIZAÇÃO	DOURADOS (226 km da capital)	3.818	4.200	630
	Municípios pactuados ou a pactuar	CAARAPÓ (52,8 km da sede)	529	582	87
		DEODÁPOLIS (82,3 km da sede)	135	149	22
		DOURADINA (39 km da sede)	65	72	11

MACRORREGIÃO DE SAÚDE CONE SUL - REGIÃO CENTRO SUL E REGIÃO SUDESTE	FÁTIMA DO SUL (44,9 km da sede)	257	283	42
	GLÓRIA DE DOURADOS (81 km da sede)	106	117	17
	ITAPORÃ (16,6 km da sede)	214	235	35
	JATEÍ (71,2 km da sede)	52	57	17
	LAGUNA CARAPÃ (57,7 km da sede)	143	157	24
	NOVA ALVORADA DO SUL (116,7 km da sede)	314	345	52
	RIO BRILHANTE (71 km da sede)	536	590	88
	VICENTINA (53,6 km da sede)	73	80	12
	NOVA ANDRADINA (176,5 km da sede)	628	691	104
	ANAUROLÂNDIA (246,7 km da sede)	78	86	13
	ANGÉLICA (139,3 km da sede)	162	178	27
	BATAYPORÃ	122	134	20

		(188 km da sede)			
		IVINHEMA (118,9 km da sede)	421	463	69
		NOVO HORIZONTE DO SUL (140 km da sede)	65	72	11
		TAQUARUSSU (202,9 km da sede)	36	40	06
		TOTAL	7.754	8.531	1.287
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO 2710781

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO: MUNICIPAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL): MUNICIPAL

NATUREZA JURÍDICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A Macrorregião de Saúde Cone Sul, com foco na Região Centro-Sul Sudeste, registrou 7.754 nascidos vivos em 2023, o que permite estimar cerca de 8.531 gestantes e, entre estas, aproximadamente 1.287 gestantes de alto risco. Esses números demonstram a demanda expressiva e crescente por serviços especializados na atenção ambulatorial à gestação de alto risco. Tal cenário justifica, conforme parâmetros técnicos e diretrizes da Rede de Atenção Materna e Infantil, a necessidade de ampliação da rede de ambulatorios habilitados como AGPAR.

O ambulatório do HU-UFGD, também indicado para habilitação de AGPAR, embora seja referência regional, apresenta capacidade operacional limitada frente à magnitude da população a ser atendida, comprometendo a integralidade, a equidade e a

resolutividade do cuidado.

A Policlínica de Atendimento à Mulher Enf. Ana Maria Carneiro, localizada em Dourados, está inserida estrategicamente no território, já realiza atendimentos ambulatoriais de alto risco e possui potencial estrutural e técnico para assumir o papel de novo AGPAR. Importante destacar que este ambulatório já realiza atendimentos diretamente dentro do território indígena, assegurando atenção qualificada às gestantes dessa população em seus próprios espaços comunitários, respeitando suas especificidades culturais e promovendo acesso em tempo oportuno.

Sua habilitação como AGPAR permitirá ampliar o acesso, desconcentrar os fluxos assistenciais do HU-UFGD e contribuir para maior capilaridade e equidade da assistência às gestantes. Ademais, a região Centro-Sul possui importantes bolsões de vulnerabilidade, com presença significativa de populações indígenas, cujas condições de saúde materna são historicamente marcadas por iniquidades, barreiras de acesso e possível subnotificação de eventos vitais. A habilitação de um segundo AGPAR em Dourados fortalecerá a resposta institucional a essa realidade, promovendo ações territorializadas, culturalmente sensíveis e articuladas à atenção primária e à maternidade de referência.

NOME DO AGPAR COM CNES: NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE SÔNIA CINTAS 2374250 (PONTA-PORÃ)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO
MACRORREGIÃO DE SAÚDE COSTA LESTE - REGIÃO SUL FRONTEIRA	MUNICÍPIO SEDE	PONTA-PORÃ (312,8 km da capital)	1.698	1.868	280
	Municípios pactuados ou a pactuar	AMAMBAÍ (121 km da sede)	671	738	111
		ANTÔNIO JOÃO (58,4 km da sede)	159	175	26

		ARAL MOREIRA (135,7 km da sede)	179	197	30
		CORONEL SAPUCAIA (165,9 km da sede)	360	396	59
		ELDORADO (271,6 km da sede)	170	187	28
		IGUATEMI (238,2 km da sede)	199	219	33
		ITAQUIRAÍ (257,2 km da sede)	272	299	45
		JAPORÃ (277,9 km da sede)	186	205	31
		JUTI (162,5 km da sede)	92	101	15
		MUNDO NOVO (291,9 km da sede)	246	271	41
		NAVIRAÍ (210,3 km da sede)	813	894	134
		PARANHOS (231 km da sede)	339	373	56
		SETE QUEDAS (239 km da sede)	148	163	24
		TACURU (192,2 km da sede)	205	226	34

		TOTAL	5.737	6.312	947
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO: 2374250

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO: MUNICIPAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL): MUNICIPAL

NATUREZA JURÍDICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A Região de Saúde Sul Fronteira, com sede em Ponta Porã, apresenta um perfil territorial específico, caracterizado por sua posição geográfica estratégica na fronteira com o Paraguai, a presença expressiva de população indígena — sobretudo do povo Guarani e Kaiowá — e por abranger municípios de médio porte com elevada vulnerabilidade social e barreiras de acesso aos serviços especializados.

Em 2023, a região concentrou um total de 5.737 nascidos vivos, representando uma estimativa de 6.312 gestantes ao ano, das quais cerca de 947 foram classificadas como de alto risco. Somente o município de Ponta Porã responde por 1.698 nascidos vivos, e com a habilitação passaria a exercer papel central como referência assistencial para os municípios supramencionados (sugestão para pactuação).

Atualmente, o atendimento ambulatorial às gestantes com risco gestacional elevado é realizado na região, mas diante do volume populacional e da complexidade da região, é tecnicamente justificável e estrategicamente prioritária a habilitação de um AGPAR no Núcleo Ampliado de Saúde Sônia Cintas. A formalização desse serviço ampliará o acesso oportuno e contínuo ao pré-natal de alto risco, favorecerá o planejamento da linha de cuidado materno-infantil e possibilitará maior resolutividade nos atendimentos, com articulação qualificada entre a APS, a maternidade de referência e os serviços de média e alta complexidade.

A distância entre a Região Sul Fronteira e o polo macrorregional de Dourados reforça a necessidade de descentralização do acesso ao cuidado especializado. Nesse sentido de um AGPAR em Ponta Porã se configura como uma estratégia fundamental para garantir acesso equânime às gestantes em risco, respeitando as características territoriais e populacionais de cada região.

Portanto, considerando os critérios epidemiológicos, geográficos e estruturais, recomenda-se a habilitação do AGPAR no município de Ponta Porã, fortalecendo a regionalização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no Cone Sul de Mato Grosso do Sul.

NOME DO AGPAR COM CNES: CLÍNICA DA MULHER 2757176 (TRÊS LAGOAS)					
() AGPAR (X) AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO SEM HABILITAÇÃO		REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO
MACRORREGIÃO DE SAÚDE COSTA LESTE - REGIÃO LESTE	MUNICÍPIO SEDE	TRÊS LAGOAS (326,5 da capital)	1.898	2.088	313
	Municípios pactuados ou a pactuar	ÁGUA CLARA (134,2 km da sede)	280	308	46
		BATAGUASSU (133,3 km da sede)	299	329	49
		BRASILÂNDIA (65,6 km da sede)	140	154	23
		SANTA RITA DO PARDO (187,2 km da sede)	99	109	16

		SELVÍRIA (74,5 km da sede)	108	119	18
		TOTAL	2.824	3.107	465
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:			Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES		

CNES DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUE ESTÁ LIGADO: 2757176

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO: MUNICIPAL

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL): MUNICIPAL

NATUREZA JURÍDICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A **Clínica da Mulher**, situada no município de Três Lagoas, atualmente opera como ambulatório de gestação de alto risco sem habilitação formal, atuando como referência para a Macrorregião de Saúde Costa Leste – Região Leste. Em 2023, essa região contabilizou aproximadamente 3.102 gestantes estimadas, das quais 928 foram classificadas como gestantes de alto risco, evidenciando a necessidade de estruturação e formalização do serviço especializado no próprio território.

A habilitação deste serviço como AGPAR é uma medida estratégica e necessária, tendo em vista o expressivo volume de gestantes com condições clínicas que demandam acompanhamento especializado. A existência de um ponto de atenção qualificado na própria região é essencial para garantir um cuidado adequado, próximo às necessidades das mulheres, e reduzir barreiras de acesso ao pré-natal de maior complexidade.

A localização de Três Lagoas, enquanto município polo da Região Leste, confere à unidade uma posição estratégica, que possibilita ampliar o acesso e a resolutividade dos serviços para os municípios do entorno. Isso evita deslocamentos desnecessários para outras regiões, assegurando uma assistência mais oportuna, contínua e centrada na gestante. A habilitação do AGPAR também contribuirá diretamente para a redução dos vazios assistenciais e para o fortalecimento da regionalização da atenção à saúde,

promovendo a organização da Rede de Atenção Materno-Infantil do estado, conforme preconizado na Resolução nº 311/CIB/SES e em consonância com os princípios da Rede Alyne.

Além de ampliar o acesso de forma mais equânime e qualificada, essa medida é particularmente importante diante das dificuldades logísticas da região e da distância em relação aos demais polos de atenção ao alto risco no estado. A organização da rede com base na lógica territorial e na distribuição racional dos serviços fortalece a integralidade do cuidado e contribui para a melhoria dos desfechos maternos e neonatais.

Por fim, reforça-se a importância de que o encaminhamento das gestantes para o AGPAR seja feito de forma responsável e baseado na estratificação de risco. Os municípios da região devem assumir o acompanhamento das gestantes classificadas como risco intermediário ou alto risco controlado/estável, sempre que houver condições técnicas e segurança clínica para tal, garantindo o encaminhamento oportuno, qualificado e em tempo adequado para o serviço de referência quando necessário.

5.3.3 Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança (A-SEG) para habilitação

Para qualificar a atenção ao recém-nascido de risco e fortalecer a Rede de Atenção Materna e Infantil no Mato Grosso do Sul, propõe-se a habilitação formal dos seguintes serviços como Ambulatórios de Seguimento (A-SEG):

1. **Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) – Campo Grande (CNES: 0009725).**
2. **Santa Casa de Campo Grande – Ambulatorial de Seguimento (A-SEG).**
3. **Policlínica Lourdes Fontoura – Coxim (CNES: 2752549).**
4. **CEAMI Ilza da Silva Farias – Jardim (CNES: 0946044).**

5. **CAMI – Aquidauana (CNES: 5491185).**
6. **Hospital Universitário da Grande Dourados (HU-UFGD) – Dourados (CNES: 2710935).**
7. **Núcleo Ampliado de Saúde Sônia Cintas – Ponta Porã (CNES: 0495603).**
8. **Hospital Nossa Senhora Auxiliadora – Três Lagoas (CNES: 2756951).**

Essas unidades já realizam o acompanhamento ambulatorial de recém-nascidos com condições clínicas que exigem vigilância especializada, porém, ainda não contam com habilitação específica, o que compromete a padronização da atenção, o financiamento adequado e a integração plena com a rede de cuidados.

A habilitação formal desses serviços como A-SEGs é fundamental para assegurar o cuidado sistematizado e contínuo aos recém-nascidos de risco — especialmente aqueles que passaram por unidades neonatais (UTI ou UCIN) ou que apresentam condições como prematuridade, baixo peso ao nascer, intercorrências neonatais graves ou necessidade de suporte multidisciplinar. Com a habilitação, será possível viabilizar a alocação de recursos financeiros específicos, institucionalizar os protocolos clínicos de seguimento, e melhorar o monitoramento de indicadores de desenvolvimento infantil, reinternações e mortalidade neonatal.

Considerando a extensa área geográfica do estado, com barreiras de acesso e concentração dos serviços em polos distantes, a habilitação dos A-SEGs nesses pontos estratégicos permitirá a descentralização da atenção e a ampliação da capilaridade da rede, aproximando o cuidado das famílias e reduzindo vazios assistenciais críticos.

Além disso, o fortalecimento da rede de Ambulatórios de Seguimento deve estar integrado à Atenção Primária à Saúde, assegurando a continuidade do cuidado no primeiro ano de vida, o fortalecimento do vínculo entre famílias e equipes e a promoção do desenvolvimento infantil. Trata-se de uma ação estruturante para o SUS no Mato Grosso do Sul, em consonância com os princípios da Rede de Atenção Materna e Infantil e com a diretriz da equidade no cuidado à primeira infância.

Destaca-se que os gestores devem observar criteriosamente os requisitos técnicos previstos para a habilitação dos A-SEGs,

incluindo:

- Funcionamento preferencial em hospital de alta complexidade ou unidade especializada com garantia de local para funcionamento desse seguimento ambulatorial;
- Equipe multiprofissional qualificada;
- Acesso regulado a exames e subespecialidades pediátricas;
- Articulação com a APS;
- Estrutura física e equipamentos adequados;
- Cobertura assistencial de até 5.000 nascidos vivos com meta anual de 10.000 consultas ambulatoriais, sendo 4.500 realizadas por pediatra.

A atenção aos critérios normativos garantirá a efetividade, sustentabilidade e aprovação dos serviços junto ao Ministério da Saúde.

Importante destacar que, por ora, não será proposta a habilitação de A-SEG no município de Corumbá, em razão da ausência de estrutura mínima necessária para organização do serviço e atendimento aos critérios técnicos exigidos. No entanto, com a previsão de construção do novo Hospital Regional em Corumbá — que contará com oferta de serviços de média e alta complexidade e será referência para a macrorregião do Pantanal —, a habilitação de um A-SEG naquele território poderá se tornar viável em futuro próximo, conforme a consolidação da rede e da capacidade instalada.

Da mesma forma, considera-se a possibilidade de habilitação futura de um A-SEG no município de Nova Andradina, diante da perspectiva de maior estruturação do Hospital Regional local, que vem sendo fortalecido para ofertar serviços de média complexidade e que poderá, inclusive, vir a contar com a implantação de um Banco de Leite Humano. Essa potencial expansão contribuirá para a qualificação da atenção neonatal e a regionalização da atenção perinatal no território.

NOME DO A-SEG COM CNES - Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) 0009725 - Campo Grande		
() A-SEG (X) AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO SEM HABILITAÇÃO	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023
MACRORREGIÃO DE SAÚDE - CENTRO	REGIÃO CENTRO	13.650
	CAMPO GRANDE	11.928
	BANDEIRANTES	100
	CAMAPUÃ	155
	CORGUINHO	41
	JARAGUARI	60
	TOTAL	12.284
MATERNIDADE/HOSPITAL DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) 0009725	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	ESTADUAL	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APOORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):	ESTADUAL	
NATUREZA JURÍDICA:	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	

NOME DO A-SEG COM CNES - Associação Beneficente da Santa Casa de Campo Grande 0009717 - Campo Grande		
() A-SEG (X) AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO SEM HABILITAÇÃO	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023
MACRORREGIÃO DE SAÚDE - CENTRO	REGIÃO CENTRO	13.650
	RIBAS DO RIO PARDO	386
	ROCHEDO	80
	SIDROLÂNDIA	702
	TERENOS	208
	MARACAJU	775
MACRORREGIÃO DE SAÚDE - PANTANAL	REGIÃO PANTANAL	2.535
	CORUMBÁ	1.746
	LADÁRIO	302
	TOTAL	4.199
MATERNIDADE/HOSPITAL DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:	Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande 0009717 - Campo Grande	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	MUNICIPAL	

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APOORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):	CONTRATUALIZAÇÃO
NATUREZA JURÍDICA:	ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS

NOME DO A-SEG COM CNES - POLICLÍNICA LOURDES FONTOURA 2752549 - COXIM		
() A-SEG (X) AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO SEM HABILITAÇÃO	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023
MACRORREGIÃO DE SAÚDE - CENTRO	REGIÃO NORTE	1.747
	COXIM	433
	ALCINÓPOLIS	54
	FIGUEIRÃO	37
	PEDRO GOMES	79
	RIO NEGRO	63

	RIO VERDE DE MATO GROSSO	274
	SÃO GABRIEL DO OESTE	564
	SONORA	243
	TOTAL	1.747
MATERNIDADE/HOSPITAL DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:	Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES	

NOME DO A-SEG COM CNES - CEAMI ILZA DA SILVA FARIAS 0946044 - JARDIM		
() A-SEG (X) AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO SEM HABILITAÇÃO	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023
MACRORREGIÃO DE SAÚDE - CENTRO	REGIÃO BAIXO PANTANAL	3.728
	BELA VISTA	445
	BONITO	373

	CARACOL	67
	GUIA LOPES DA LAGUNA	148
	JARDIM	372
	PORTO MURTINHO	184
	TOTAL	1.589
MATERNIDADE/HOSPITAL DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:	Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES	

NOME DO A-SEG COM CNES - CENTRO DE ATENDIMENTO MATERNO INFANTIL/CAMI 5491185 - AQUIDAUANA		
() A-SEG (X) AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO SEM HABILITAÇÃO	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023
MACRORREGIÃO DE SAÚDE - CENTRO	REGIÃO BAIXO PANTANAL	3.728
	AQUIDAUANA	690

	ANASTÁCIO	268
	BODOQUENA	99
	DOIS IRMÃOS DO BURITI	168
	MIRANDA	487
	NIOAQUE	149
	TOTAL	1.861
MATERNIDADE/HOSPITAL DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:	Segue grade de referência RESOLUÇÃO Nº 311/CIB/SES	

NOME DO A-SEG COM CNES - EBSEH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GRANDE DOURADOS - 2710935 - Dourados		
() A-SEG (X) AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO SEM HABILITAÇÃO	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023

	REGIÃO CENTRO SUL	6.242
MACRORREGIÃO DE SAÚDE - CONE SUL	DOURADOS	3.818
	CAARAPÓ	529
	DEODÁPOLIS	135
	DOURADINA	65
	FÁTIMA DO SUL	257
	GLÓRIA DE DOURADOS	106
	ITAPORÃ	214
	JATEÍ	52
	LAGUNA CARAPÃ	143
	NOVA ALVORADA DO SUL	314

	RIO BRILHANTE	536
	VICENTINA	73
	REGIÃO SUDESTE - NOVA ANDRADINA	628
	ANAUROLÂNDIA	78
	ANGÉLICA	162
	BATAYPORÃ	122
	IVINHEMA	421
	NOVO HORIZONTE DO SUL	65
	TAQUARUSSU	36
	TOTAL	7.754
MATERNIDADE/HOSPITAL DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:	EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GRANDE DOURADOS - 2710935	

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	MUNICIPAL
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):	DUPLA - CONTRATUALIZAÇÃO
NATUREZA JURÍDICA:	ENTIDADES EMPRESARIAIS

NOME DO A-SEG COM CNES - NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE SONIA CINTAS: CNES 0495603 - PONTA PORÃ		
() A-SEG (X) AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO SEM HABILITAÇÃO	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023
	REGIÃO SUL FRONTEIRA - PONTA PORÃ	1.698
	AMAMBAI	671
	ANTÔNIO JOÃO	159

MACRORREGIÃO DE SAÚDE - CONE SUL	ARAL MOREIRA	179
	CORONEL SAPUCAIA	360
	ELDORADO	170
	IGUATEMI	199
	ITAQUIRAÍ	272
	JAPORÃ	186
	JUTI	92
	MUNDO NOVO	246
	NAVIRAÍ	813
	PARANHOS	339
	SETE QUEDAS	148
	TACURU	205

	TOTAL	5.737
MATERNIDADE/HOSPITAL DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:	EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GRANDE DOURADOS - 2710935	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	MUNICIPAL	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APOORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):	DUPLA - CONTRATUALIZAÇÃO	

NOME DO A-SEG COM CNES - HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA: CNES 2756951		
() A-SEG (X) AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO SEM HABILITAÇÃO	REGIÃO DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023
MACRORREGIÃO DE SAÚDE - COSTA LESTE	REGIÃO NORDESTE - PARANAÍBA	525
	APARECIDA DO TABOADO	411
	CASSILÂNDIA	209
	CHAPADÃO DO SUL	528

	COSTA RICA	406
	INOCÊNCIA	102
	PARAÍSO DAS ÁGUAS	67
	REGIÃO LESTE - TRÊS LAGOAS	1.898
	ÁGUA CLARA	280
	BATAGUASSU	299
	BRASILÂNDIA	140
	SANTA RITA DO PARDO	99
	SELVÍRIA	108
	TOTAL	5.072
MATERNIDADE/HOSPITAL DE ALTO RISCO DE REFERÊNCIA COM CNES:	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA: CNES 2756951	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	MUNICIPAL	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APOORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU	DUPLA - CONTRATUALIZAÇÃO	

MUNICIPAL):	
NATUREZA JURÍDICA:	ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS

5.3.4 Atenção Hospitalar

5.3.4.1 Centros de Parto Normal (CPN):

O cenário demográfico de Mato Grosso do Sul passará por transformações significativas nos próximos anos. Com o crescimento populacional e o adensamento de áreas urbanas estratégicas, é esperado um aumento da demanda por serviços de atenção obstétrica qualificados, especialmente aqueles voltados à promoção do parto seguro, humanizado e centrado na mulher. Diante disso, a área técnica estadual tem adotado uma postura proativa, ancorada no monitoramento contínuo da rede e no mapeamento de vazios assistenciais, com foco na ampliação da cobertura e qualificação da Rede de Atenção Materna e Infantil.

Neste contexto, a habilitação de novos Centros de Parto Normal (CPNs), tanto intra-hospitalares (CPNi) quanto perihospitalares (CPNp), constitui uma das principais estratégias do Estado para reorganizar a linha de cuidado do parto e nascimento, ampliar o acesso e reduzir a mortalidade materna e neonatal. A Secretaria de Estado de Saúde acompanhará atentamente a evolução das taxas de nascimentos por município, bem como a capacidade instalada e os fluxos regionais, para subsidiar a tomada de decisão quanto às habilitações futuras.

Com base nos dados atuais e nas projeções de crescimento das regiões de saúde, é iminente a estruturação de novos CPNs em municípios estratégicos, a exemplo de Corumbá, Miranda, Bela Vista, Naviraí, Ponta Porã, Nova Andradina, Campo Grande,

Coxim, Três Lagoas e Costa Rica. Estes territórios apresentam características demográficas, logísticas e assistenciais que justificam a priorização para futuras habilitações, especialmente no contexto de fortalecimento da Rede Alyne e da busca pela equidade no acesso ao parto humanizado.

A expectativa é de que, nos próximos ciclos do PAR e nas atualizações da Rede Alyne, essas regiões já estejam em processo de planejamento ou implantação de seus respectivos Centros de Parto Normal, integrados às maternidades de referência e em consonância com os princípios da regionalização e da humanização do cuidado.

O compromisso da gestão estadual, portanto, é seguir investindo em estratégias que assegurem um ambiente de parto seguro, acolhedor e tecnicamente qualificado, garantindo que todas as pessoas que gestam tenham acesso a serviços resolutivos, próximos de seu local de residência, e que respeitem sua autonomia e protagonismo. Nesse sentido, destaca-se a perspectiva de implantação e futura habilitação de um CPNp em Corumbá, bem como de um CPNi vinculado à maternidade que integrará o novo Hospital Regional do PAC em construção no município. Essas ações representam um avanço concreto na qualificação da atenção ao parto na macrorregião do Pantanal.

NOVA HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO

NOME DO CPN COM CNES - SOCIEDADE BENEFICENTE DONA ELMIRIA SILVERIO BARBOSA: CNES 2370816				
() CPNp (X) CPNi	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	Nº DE PARTOS 2023 (SE JÁ FUNCIONA)
MACRORREGIÃO - CENTRO	REGIÃO CENTRO - SIDROLÂNDIA	702 (residência)	773	165

NÚMERO DE QUARTOS PPP:		05 (CINCO)		
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA COM CNES:		SOCIEDADE BENEFICENTE DONA ELMIRIA SILVERIO BARBOSA: CNES 2370816		
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:		MUNICIPAL		
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):			DUPLA - CONTRATUALIZAÇÃO	
NATUREZA JURÍDICA:			ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS	
RENOVAR HABILITAÇÃO () SIM (X) NÃO		NOVA HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO		

A habilitação do Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (CPNi) no município de Sidrolândia, vinculado à Sociedade Beneficente Dona Elmíria Silvério Barbosa, representa uma ação estratégica fundamental para a qualificação da assistência ao parto na macrorregião centro do Estado de Mato Grosso do Sul. Com o registro de 702 nascidos vivos em 2023 e uma estimativa de 773 gestantes no mesmo período, o município apresenta um volume expressivo de partos que justifica plenamente o fortalecimento do modelo de atenção obstétrica local.

A implementação e habilitação do CPNi proporcionará avanços significativos, incluindo o fortalecimento da assistência humanizada ao parto e nascimento, com foco no respeito às boas práticas obstétricas, no protagonismo da mulher e na redução de intervenções desnecessárias. Ao oferecer um serviço de parto seguro e qualificado dentro do próprio município, a proposta evita

deslocamentos para outras localidades e amplia o acesso das gestantes ao cuidado oportuno e adequado, promovendo maior conforto, vínculo com a equipe local e continuidade do cuidado.

A unidade já conta com cinco quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), estrutura que viabiliza a realização de partos normais em ambiente acolhedor, seguro e tecnicamente adequado, aumentando a resolutividade da rede de atenção à saúde materna e infantil na região. Esta organização também contribui diretamente para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, em consonância com os princípios e diretrizes da Rede de Atenção Materna e Infantil e da Rede Alyne, consolidando uma prática de cuidado regionalizado, equânime e humanizado.

Adicionalmente, a habilitação do CPNi em Sidrolândia trará benefícios não apenas para as gestantes do município, mas também para toda a macrorregião centro, ao colaborar com o desafogamento das maternidades de Campo Grande, melhorando a organização dos fluxos assistenciais e promovendo a regionalização efetiva da atenção ao parto e nascimento no Estado de Mato Grosso do Sul.

NOVA HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO

NOME DO CPN COM CNES - EBSE RH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GRANDE DOURADOS: CNES 2710935				
() CPNp (X) CPNi	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	Nº DE PARTOS 2023 (SE JÁ FUNCIONA)
MACRORREGIÃO - CONE SUL	REGIÃO CENTRO SUL - DOURADOS	3.818	4.200	3.544

NÚMERO DE QUARTOS PPP:	05 (CINCO)	
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA COM CNES:	EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GRANDE DOURADOS: CNES 2710935 (PARA 2027)	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	MUNICIPAL	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):		DUPLA - CONTRATUALIZAÇÃO
NATUREZA JURÍDICA:		ENTIDADES EMPRESARIAIS
RENOVAR HABILITAÇÃO () SIM (X) NÃO	NOVA HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO	

A habilitação do CPNi já implantado e em funcionamento no HU-UFGD, sob gestão da EBSEH, constitui uma estratégia essencial para o aprimoramento da assistência ao parto e nascimento na macrorregião Cone Sul do Estado de Mato Grosso do Sul. Com 3.818 nascidos vivos registrados em Dourados no ano de 2023 e uma estimativa de 4.200 gestantes no mesmo período, o município exerce papel central na estruturação da atenção obstétrica regional, servindo como referência para diversos municípios da macrorregião.

O CPNi do HU-UFGD já atua na qualificação da assistência ao parto normal em ambiente hospitalar, priorizando a humanização do cuidado, o respeito às boas práticas obstétricas e a redução de intervenções desnecessárias, especialmente cesarianas sem indicação clínica. O serviço dispõe de cinco quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), oferecendo um ambiente seguro, acolhedor e tecnicamente adequado, que favorece o protagonismo da mulher no processo de parto e o fortalecimento do vínculo precoce com o recém-nascido.

Este serviço já contribui significativamente para o fortalecimento da rede regionalizada de atenção ao parto e nascimento, promovendo maior resolutividade dentro da macrorregião Cone Sul. Tal reorganização do cuidado tem impacto direto na melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil, especialmente na redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal, em consonância com os princípios e diretrizes da Rede Cegonha, da Rede Alyne e das recomendações do Ministério da Saúde voltadas à atenção obstétrica de qualidade.,

Destaca-se ainda que o CPNi no HU-UFGD atende uma demanda regional expressiva, incluindo populações em situação de vulnerabilidade social, como povos indígenas e comunidades expostas a maiores riscos sociais, reafirmando o compromisso institucional com a equidade no acesso e na qualidade da atenção obstétrica. Trata-se, portanto, de uma ação já consolidada, com alto impacto positivo na saúde materno-infantil da macrorregião Cone Sul e que deve ser fortalecida por meio da sua habilitação formal no âmbito da Rede Alyne.

NOVA HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO

NOME DO CPN COM CNES - HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA (HNSA) - CNES 2756951				
() CPNp (X) CPNi	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	Nº DE PARTOS 2023 (SE JÁ FUNCIONA)
MACRORREGIÃO - COSTA LESTE	REGIÃO LESTE E NORDESTE – TRÊS LAGOAS	5.072	5.579	1.624

NÚMERO DE QUARTOS PPP:	05 (CINCO)	
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA COM CNES:	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA (HNSA) - CNES 2756951	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	MUNICIPAL	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APOORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):	DUPLA - CONTRATUALIZAÇÃO	
NATUREZA JURÍDICA:	ENTIDADES EMPRESARIAIS	
RENOVAR HABILITAÇÃO () SIM (X) NÃO	NOVA HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO	

A habilitação do Centro de Parto Normal intra-hospitalar (CPNi) já implantado e em funcionamento no Hospital Nossa Senhora Auxiliadora configura-se como uma estratégia fundamental para o fortalecimento da atenção obstétrica na macrorregião de saúde do Bolsão, em Mato Grosso do Sul. O município desempenha papel estratégico como polo assistencial e regulador da rede materno-infantil da região.

O CPNi de Três Lagoas já realiza atendimentos voltados à promoção do parto normal com segurança, dignidade e acolhimento, integrando os princípios da humanização do nascimento e da adoção de boas práticas obstétricas. O serviço conta com estrutura física e equipe multiprofissional qualificada, ofertando ambiente adequado para a realização do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (PPP), respeitando o protagonismo das mulheres e favorecendo a presença do acompanhante, o contato pele a pele e o início precoce do aleitamento materno.

A habilitação desse serviço no âmbito da Rede Alyne reforçará a regionalização da assistência ao parto e nascimento na

Costa Leste, contribuindo para a redução de deslocamentos desnecessários, para a diminuição das taxas de cesariana sem indicação clínica e para a qualificação da assistência obstétrica no SUS. Além disso, permitirá maior resolutividade dentro do território, com impacto direto na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, em consonância com as diretrizes da Rede Alyne e das políticas públicas voltadas à saúde da mulher e da criança.

Cabe destacar ainda que Três Lagoas é referência para municípios vizinhos com menor capacidade instalada, atendendo gestantes em situação de vulnerabilidade social e garantindo acesso qualificado à atenção obstétrica e neonatal. Assim, a habilitação formal do CPNi representa o reconhecimento de uma prática já consolidada e essencial para a ampliação da equidade, da integralidade e da qualidade do cuidado materno-infantil na macrorregião do Costa Leste.

5.3.4.2 Maternidades de Referência para a Gestação de Alto Risco

A habilitação dos serviços hospitalares de referência à gestação e ao puerpério de alto risco (HGPARG) constitui um dos pilares para garantir a integralidade e a resolutividade da Rede de Atenção Materna e Infantil. Conforme diretrizes da Rede Alyne, esses serviços devem atender a critérios técnicos rigorosos, que envolvem desde a disponibilidade de equipe multiprofissional especializada e infraestrutura diagnóstica completa até a manutenção de leitos específicos e acesso contínuo a serviços de apoio, como UTI Neonatal e Adulto, UCINCo, UCINCa, hemocomponentes e BLH.

Além disso, as unidades habilitadas devem possuir estrutura organizacional robusta, com Núcleo Interno de Regulação (NIR), colegiado gestor e comissões de mortalidade materna, infantil e fetal, promovendo uma governança qualificada e vigilância integrada. Entre os compromissos exigidos estão o acompanhamento da taxa de cesariana com metas de redução gradual, a adesão a boas práticas de parto e nascimento e a adoção de protocolos clínicos alinhados às evidências científicas e diretrizes nacionais.

A habilitação e a renovação destes serviços junto ao Ministério da Saúde, são essenciais para garantir o reconhecimento institucional, o aporte de financiamento federal e a conformidade com os parâmetros assistenciais definidos nacionalmente. Trata-se de um processo estratégico que fortalece a regionalização da assistência, assegura o cuidado qualificado às gestantes de alto risco e contribui diretamente para a redução da morbimortalidade materna e neonatal no estado.

EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (0009709)										
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE PARTOS 2023	Nº DE PARTOS NORMAIS 2023	Nº DE CESÁREAS 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNOS 2023	Nº DE ÓBITOS FETAL 2023	Nº DE AMIU 2023	Nº CURETAGE M 2023	Nº DE LAQUEADURAS 2023	Nº HISTERECTOMIA 2023
MACRORREGIÃO CENTRO	CAMPO GRANDE	11.918	4.212	7.706	2	121	-	-	-	-
	HUMAP/UFMS	2.146	924	1.222	2	33	116	81	32	44
Nº DE LEITOS OBSTÉTRICOS CLÍNICOS:		21			Nº DE LEITOS OBSTÉTRICOS CIRÚRGICOS:			11		
Nº DE LEITOS DE UTIN:		8 (6 HABILITADOS)			Nº DE LEITOS DE UCINCo:			11 (7 HABILITADOS)		
Nº DE LEITOS DE UCINCa:		4 (NÃO HABILITADOS)			SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?			-		

SE NÃO POSSUI UTI ADULTO, QUAL A REFERÊNCIA?	-	POSSUI BANCO DE LEITE HUMANO?	(X) SIM () NÃO
HABILITAÇÕES ATIVAS:	1414 ATENCAO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II)610 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II 2802 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO)		
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	FEDERAL		
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):	TRIPARTITE		
NATUREZA JURÍDICA:	15461510000214		
RENOVAR HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO	NOVA HABILITAÇÃO (x) SIM () NÃO	NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DA HABILITAÇÃO: Sim	
JUSTIFICATIVA DE AMPLIAÇÃO:	HABILITAR LEITOS JÁ EM FUNCIONAMENTO, DE REFERÊNCIA MACRORREGIONAL E ESTADUAL.		

HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL (0009725)
--

	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE PARTOS 2023	Nº DE PARTOS NORMAIS 2023	Nº DE CESÁREAS 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNOS 2023	Nº DE ÓBITOS FETAL 2023	Nº DE AMIU 2023	Nº CURETAGEM 2023	Nº DE LAQUEADURAS 2023	Nº HISTERECTOMIA 2023
MACRORREGIÃO CENTRO	CAMPO GRANDE	11.918	4.212	7.706	2	121	-	-	-	-
	HRMS	1.590	532	1.058	3	25	84	68	91	98
Nº DE LEITOS OBSTÉTRICOS CLÍNICOS:		14			Nº DE LEITOS OBSTÉTRICOS CIRÚRGICOS:			16		
Nº DE LEITOS DE UTIN:		10			Nº DE LEITOS DE UCINCo:			20		
Nº DE LEITOS DE UCINCa:		5			SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?			-		
SE NÃO POSSUI UTI ADULTO, QUAL A REFERÊNCIA?		-			POSSUI BANCO DE LEITE HUMANO?			(X) SIM () NÃO		
HABILITAÇÕES ATIVAS:		1414 ATENCAO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II) 2610 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II 2802 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO) 2803 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCA)								
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:		ESTADUAL								

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):	TRIPARTITE	
NATUREZA JURÍDICA:	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	
RENOVAR HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO	NOVA HABILITAÇÃO () SIM (X) NÃO	NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DA HABILITAÇÃO: NÃO
JUSTIFICATIVA DE AMPLIAÇÃO:	-	

ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE (0009717)										
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE PARTOS 2023	Nº DE PARTOS NORMAIS 2023	Nº DE CESÁREA S 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNOS 2023	Nº DE ÓBITOS FETAL 2023	Nº DE AMIU 2023	Nº CURETAGE M 2023	Nº DE LAQUEAD URAS 2023	Nº HISTERECT OMIA 2023
NOME DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CAMPO GRANDE	11.918	4.212	7.706	2	121	-	-	-	-
	SANTA CASA	2.699	1.024	1.675	5	36	165	49	41	94

Nº DE LEITOS OBSTÉTRICOS CLÍNICOS:	16	Nº DE LEITOS OBSTÉTRICOS CIRÚRGICOS:	11
Nº DE LEITOS DE UTIN:	18	Nº DE LEITOS DE UCINCo:	11
Nº DE LEITOS DE UCINCa:	4	SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?	-
SE NÃO POSSUI UTI ADULTO, QUAL A REFERÊNCIA?	-	POSSUI BANCO DE LEITE HUMANO?	(x) SIM () NÃO
HABILITAÇÕES ATIVAS:	1414 - ATENÇÃO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II) 2610 - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II 2802 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO) 2803 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCA)		
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	MUNICIPAL		
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):	ESTADUAL E MUNICIPAL		
NATUREZA JURÍDICA:	ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS		
RENOVAR HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO	NOVA HABILITAÇÃO () SIM (X) NÃO		NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DA HABILITAÇÃO: NÃO

JUSTIFICATIVA DE AMPLIAÇÃO:

-

EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS (HU-UFGD)

EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS (HU-UFGD)										
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE PARTOS 2023	Nº DE PARTOS NORMAIS 2023	Nº DE CESÁREAS 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNO S 2023	Nº DE ÓBITOS FETAL 2023	Nº DE AMIU 2023	Nº CURETAGEM 2023	Nº DE LAQUEADURAS 2023	Nº HISTERECTOMIA 2023
NOME DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE	DOURADOS	3.818	1.688	2.130	0		-	-	-	-
	HU UFGD	3.544	1.839	1.705	1	45	38	253	25	41
Nº DE LEITOS OBSTÉTRICOS CLÍNICOS:		18			Nº DE LEITOS OBSTÉTRICOS CIRÚRGICOS:			18		
Nº DE LEITOS DE UTIN:		20 (10 HABILITADOS)			Nº DE LEITOS DE UCINCo:			30 (15 HABILITADOS)		
Nº DE LEITOS DE UCINCa:		0			SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?			-		
SE NÃO POSSUI UTI ADULTO, QUAL A REFERÊNCIA?		-			POSSUI BANCO DE LEITE HUMANO?			(X) SIM () NÃO		
HABILITAÇÕES ATIVAS:		1414 ATENCAO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II)								

	2610 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II 2802 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO)	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	FEDERAL	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):	FEDERAL, MUNICIPAL	
NATUREZA JURÍDICA:	ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS	
RENOVAR HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO	NOVA HABILITAÇÃO () SIM (X) NÃO	NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DA HABILITAÇÃO: SIM
JUSTIFICATIVA DE AMPLIAÇÃO:	HABILITAR 11 LEITOS PARA ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	

Os leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) nos hospitais informados acima referem-se   manutenção das habilitações vigentes, garantindo a continuidade da assistência qualificada às gestantes de alto risco, conforme diretrizes da Rede de Atenção Materno-Infantil.

Em relação ao Hospital Universitário da Grande Dourados (HU-UFGD), unidade vinculada à EBSE RH e referência na

Macrorregião de Saúde de Dourados, destaca-se que o serviço **solicitou a habilitação de 11 leitos GAR para o ano de 2025**, com previsão de **ampliação para 13 leitos em 2027**, conforme planejamento interno de expansão da capacidade instalada e resposta à crescente demanda regional. A proposta de ampliação visa assegurar maior suporte às gestantes em situação de risco, com foco na regionalização, integralidade e resolutividade do cuidado obstétrico de alta complexidade.

HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA (HNSA)										
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE PARTOS 2023	Nº DE PARTOS NORMAIS 2023	Nº DE CESÁREAS 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNOS 2023	Nº DE ÓBITOS FETAL 2023	Nº DE AMIU 2023	Nº CURETAG EM 2023	Nº DE LAQUEADURAS 2023	Nº HISTERECTOMIA 2023
MACRORREGIÃO DO COSTA LESTE	TRÊS LAGOAS	1898	439	1459	2	18	-	-	-	-
	HNSA	1624	449	1175	3	1	0	3	0	0
Nº DE LEITOS OBSTÉTRICOS CLÍNICOS:		15			Nº DE LEITOS OBSTÉTRICOS CIRÚRGICOS:			10		
Nº DE LEITOS DE UTIN:		10 (NÃO HABILITADOS)			Nº DE LEITOS DE UCINCO:			10 (NÃO HABILITADOS)		
Nº DE LEITOS DE UCINCa:		5 (NÃO HABILITADOS)			SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?			-		

SE NÃO POSSUI UTI ADULTO, QUAL A REFERÊNCIA?	-	POSSUI BANCO DE LEITE HUMANO?	() SIM (X) NÃO FORMALIZADA REFERÊNCIA COM CAMPO GRANDE
HABILITAÇÕES ATIVAS:	-		
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	MUNICIPAL		
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APOORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):	MUNICIPAL		
NATUREZA JURÍDICA:	ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS		
RENOVAR HABILITAÇÃO () SIM (x) NÃO	NOVA HABILITAÇÃO (x) SIM () NÃO		NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DA HABILITAÇÃO: NÃO
JUSTIFICATIVA DE AMPLIAÇÃO:	-		

A habilitação do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora (HNSA), inicialmente com 10 leitos GAR, como serviço de referência para gestação de alto risco representa um passo fundamental para o fortalecimento da Rede de Atenção Materna e Infantil na Macrorregião de Saúde Costa Leste, atendendo aos princípios da regionalização, da equidade e da integralidade do cuidado, uma

vez que este é o hospital de referência ainda não habilitado para a região.

O HNSA apresenta capacidade técnico-operacional compatível com os critérios definidos para unidades de referência em gestação e puerpério de alto risco, conforme diretrizes da Rede Alyne. A instituição dispõe de:

- Equipe multiprofissional especializada com atuação em regime de plantão e retaguarda nas especialidades obstetrícia, neonatologia, anestesiologia, clínica médica e enfermagem obstétrica;
- Infraestrutura assistencial adequada, com centro obstétrico estruturado, leitos obstétricos de risco habitual e alto risco, além de acesso permanente à UTI Neonatal, UTI Adulto, UCINCo, garantindo suporte resolutivo para situações de instabilidade clínica;
- Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, como laboratório de análises clínicas, serviço de imagem 24h, hemocomponentes, assegurando suporte integral às demandas clínicas e neonatais;
- Estrutura organizacional qualificada, com Núcleo Interno de Regulação (NIR) atuante, colegiado gestor, Comissão de Revisão de Óbitos Maternos, Infantis e Fetais, e adesão à vigilância ativa dos desfechos gestacionais;
- Acompanhamento de indicadores-chave, como a taxa de cesariana, com metas de redução pactuadas, além da implementação de boas práticas obstétricas e protocolos clínicos baseados em evidências científicas.

A habilitação do HNSA junto ao Ministério da Saúde trará importantes benefícios estruturais e financeiros, incluindo reconhecimento institucional como referência estadual, acesso a incentivos federais específicos para manutenção e qualificação da assistência, além de fortalecer o fluxo regulado e hierarquizado da Rede Alyne, garantindo acesso seguro, oportuno e humanizado para as gestantes e recém-nascidos em situação de risco.

Trata-se, portanto, de uma medida estratégica que consolida a regionalização da atenção obstétrica de alta complexidade, contribuindo diretamente para a redução da morbimortalidade materna e neonatal no estado de Mato Grosso do Sul, em

conformidade com os compromissos do Pacto pela Vida e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

5.3.4.3 Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP):

A habilitação de Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) em pontos estratégicos do território sul-mato-grossense constitui uma ação prioritária e estruturante para o fortalecimento da Rede de Atenção Materno-Infantil no estado. Esta iniciativa é fundamental para qualificar a atenção ao pré-natal, parto e puerpério, conforme preconizado pelas diretrizes da Rede Cegonha e da Rede Alyne, e deve ser conduzida com base em critérios de regionalização, vulnerabilidade e necessidade de deslocamento das usuárias.

Embora o Estado de Mato Grosso do Sul conte atualmente com uma CGBP em funcionamento no município de Dourados, essa estrutura é claramente insuficiente diante da ausência desse serviço em outras regiões estratégicas do território. O extenso território, com grandes distâncias entre os municípios e os polos de referência obstétrica, impõe desafios significativos à garantia do acesso oportuno e seguro ao cuidado, especialmente para gestantes em situação de risco ou residentes em áreas rurais, indígenas, ribeirinhas e fronteiriças.

Muitas dessas mulheres enfrentam barreiras logísticas, sociais e econômicas para se deslocar até os serviços especializados, o que pode comprometer o acompanhamento adequado da gestação e o desfecho materno e neonatal. Nesse contexto, a ampliação da implantação de CGBP representa uma estratégia essencial para acolher gestantes e puérperas que necessitam se deslocar para outros municípios para realizar o parto ou seguir em observação clínica.

As casas garantem um espaço seguro, humanizado e estruturado, promovendo conforto, alimentação, vigilância em saúde e vínculo com os serviços de referência, reduzindo riscos e promovendo a integralidade do cuidado. A presença de CGBP em regiões-chave do estado contribuirá significativamente para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, ao assegurar condições adequadas de permanência e acompanhamento próximo às unidades hospitalares de referência.

Além disso, reforça o princípio da equidade ao oferecer suporte efetivo às populações mais vulneráveis, ampliando o acesso

e a segurança durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Assim, a estruturação e expansão da habilitação das Casas da Gestante, Bebê e Puérpera deve ser priorizada como componente estratégico da Rede Alyne em Mato Grosso do Sul, garantindo que nenhuma mulher deixe de ter acesso ao parto seguro e ao cuidado digno por conta da distância, da condição social ou da ausência de retaguarda nos serviços locais.

EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS (HU-UFGD)						
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	NASCIDOS VIVOS 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES	Nº DE GESTANTES HOSPEDADAS NO ANO DE 2023 (SE JÁ FUNCIONA)	Nº DE PUÉRPERAS HOSPEDADAS NO ANO DE 2023 (SE JÁ FUNCIONA)	Nº DE RECÉM-NASCIDOS HOSPEDADOS NO ANO DE 2023 (SE JÁ FUNCIONA)
MACRORREGIÃO DE SAÚDE	DOURADOS	3818	4200	-	-	-
	HU-UFGD	3544	3898	-	-	-
NÚMERO DE QUARTOS	20					
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA COM CNES	EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS (HU-UFGD) - 2710935					
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:	FEDERAL					

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):	TRIPARTITE	
NATUREZA JURÍDICA:	ENTIDADES EMPRESARIAIS	
RENOVAR HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO	NOVA HABILITAÇÃO () SIM (X) NÃO	

Atualmente, o município de Dourados já conta com uma CGBP em funcionamento, sendo recomendada a renovação da habilitação como medida essencial para garantir a continuidade da oferta do cuidado ampliado e acolhedor às gestantes, puérperas e recém-nascidos que necessitam permanecer próximos ao serviço hospitalar por razões clínicas, geográficas ou socioeconômicas.

5.3.4.4 Unidades de Cuidado Neonatal:

HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL (HRMS)											
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE NASCIDOS- VIVOS 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 1.500g 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 2500g 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNOS 2023	Nº DE NV COM 22 E <28 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 28 E <32 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 32 E <34 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 34 E <37 SEMANAS	Nº DE NV COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º 2023	Nº DE ÓBITOS FETAIS 2023

									2023		
MACRORREGIÃO CENTRO E MACRORREGIÃO PANTANAL	CAMPO GRANDE	11.918	164	1075	2	53	137	-	-	172	121
	HRMS	1.643	55	262	3	18	47	63	232	26	25
Nº DE LEITOS DE UTIN:		10			BANCO DE LEITE HUMANO DE REFERÊNCIA:			SIM			
Nº DE LEITOS DE UCINCa:		5			SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?			-			
Nº DE LEITOS DE UCINCo:		20			HABILITAÇÕES ATIVAS:			1414 - ATENCAO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II). 2610 - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II 2802 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO). 2803- UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCA).			
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:				ESTADUAL							
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):							ESTADUAL				
NATUREZA JURÍDICA:		ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA									

RENOVAR HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO		ESSE HOSPITAL É REFERÊNCIA DE CUIDADO NEONATAL PARA OS 29 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO CENTRO E DE 3 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO PANTANAL	
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UTIN:		-	
JUSTIFICATIVA:	-		
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCo:		-	
JUSTIFICATIVA:	-		
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCa:		-	
JUSTIFICATIVA:	-		

EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP)											
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE NASCIDOS-VIVOS 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 1.500g 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 2500g 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNO S 2023	Nº DE NV COM 22 E <28 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 28 E <32 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 32 E <34 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 34 E <37 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º 2023	Nº DE ÓBITOS FETAIS 2023
MACRORREGIÃO CENTRO	CAMPO GRANDE	11.918	164	1075	2	53	137	-	-	172	121
	HUMAP	2.135	73	305	2	24	54	47	248	26	33
Nº DE LEITOS DE UTIN:		8 (2 NÃO HABILITADOS)			BANCO DE LEITE HUMANO DE REFERÊNCIA:			SIM			

Nº DE LEITOS DE UCINCa:	4 (NÃO HABILITADOS)	SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?	-
Nº DE LEITOS DE UCINCo:	11 (4 NÃO HABILITADOS)	HABILITAÇÕES ATIVAS:	1414 - ATENCAO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II). 2610 - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II. 2802 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO).
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:		FEDERAL	
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):			MUNICIPAL, ESTADUAL E FEDERAL
NATUREZA JURÍDICA:	15461510000214		
RENOVAR HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO		ESSE HOSPITAL É REFERÊNCIA DE CUIDADO NEONATAL PARA OS 29 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO CENTRO E DE 3 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO PANTANAL.	
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UTIN:		HABILITAR 2 LEITOS	
JUSTIFICATIVA:	NECESSIDADE DE HABILITAR LEITOS JÁ OPERANTES		
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCO:		HABILITAR 4 LEITOS	
JUSTIFICATIVA:	NECESSIDADE DE HABILITAR LEITOS JÁ OPERANTES		
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCA:		HABILITAR 4 LEITOS	
JUSTIFICATIVA:	NECESSIDADE DE HABILITAR LEITOS JÁ OPERANTES		

SANTA CASA DE CAMPO GRANDE											
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE NASCIDOS-VIVOS 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 1.500 g 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 2500g 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNO S 2023	Nº DE NV COM 22 E <28 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 28 E <32 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 32 E <34 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 34 E <37 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º 2023	Nº DE ÓBITOS FETAIS 2023
MACRORREGIÃO CENTRO	CAMPO GRANDE	11.918	164	1075	2	53	137	-	-	172	121
	Santa Casa	3.034	72	402	5	19	61	92	393	18	36
Nº DE LEITOS DE UTIN:		18 (5 NÃO HABILITADOS)			BANCO DE LEITE HUMANO DE REFERÊNCIA:			SIM			
Nº DE LEITOS DE UCINCa:		6			SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?			-			
Nº DE LEITOS DE UCINCo:		11			HABILITAÇÕES ATIVAS:			1414 - ATENCAO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II). 2610 - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II 2802 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO). 2803 -UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCA).			
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:				MUNICIPAL							

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):		ESTADUAL E MUNICIPAL
NATUREZA JURÍDICA:	ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS	
RENOVAR HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO	ESSE HOSPITAL É REFERÊNCIA DE CUIDADO NEONATAL PARA OS 29 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO CENTRO E DE 3 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO PANTANAL	
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UTIN: SIM	HABILITAR 5 LEITOS DE UTIN JÁ OPERANTES	
JUSTIFICATIVA:	ESSE HOSPITAL É REFERÊNCIA DE CUIDADO NEONATAL PARA OS 29 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO CENTRO E DE 3 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO PANTANAL, OS LEITOS JÁ ESTÃO OPERANTES	
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCO:	NÃO	
JUSTIFICATIVA:	-	
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCA:	SIM	
JUSTIFICATIVA:	-	

ASSOCIAÇÃO DE AMPARO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA (AAMI)											
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE NASCIDOS - VIVOS 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 1.500 g 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 2500g 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNO S 2023	Nº DE NV COM 22 E <28 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 28 E <32 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 32 E <34 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 34 E <37 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º 2023	Nº DE ÓBITOS FETAIS 2023
MACRORREGIÃO CENTRO	CAMPO GRANDE	11.918	164	1075	2	53	137	-	-	172	121
	AAMI	7.334	83	564	0	32	57	91	569	28	57
Nº DE LEITOS DE UTIN:		20			BANCO DE LEITE HUMANO DE REFERÊNCIA:			SIM			
Nº DE LEITOS DE UCINCa:		4			SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?						
Nº DE LEITOS DE UCINCo:		20 (10 HABILITADOS)			HABILITAÇÕES ATIVAS:			2610 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II 2802 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO) 2803 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCA)			
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:				MUNICIPAL							
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):							MUNICIPAL				
NATUREZA JURÍDICA:		ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS									
RENOVAR HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO					ESSE HOSPITAL É REFERÊNCIA DE CUIDADO NEONATAL PARA OS 29 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO CENTRO E DE 3 MUNICÍPIOS DA						

	MACRORREGIÃO PANTANAL
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UTIN:	NÃO
JUSTIFICATIVA:	-
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCo: 10	HABILITAR 10 LEITOS DE UCINCo
JUSTIFICATIVA:	20 LEITOS OPERACIONAIS, 10 HABILITADOS
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCa:	NÃO
JUSTIFICATIVA:	-

EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS (HU-UFGD)											
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE NASCIDO S- VIVOS 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 1.500 g 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 2500g 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNO S 2023	Nº DE NV COM 22 E <28 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 28 E <32 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 32 E <34 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 34 E <37 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º 2023	Nº DE ÓBITOS FETAIS 2023
MACRORREGIÃO CONE SUL	DOURADOS	3.818	62	400	0	20	38	-	-	88	33

	HU-UFGD	3.540	102	614	1	36	80	135	530	77	45
Nº DE LEITOS DE UTIN:		20 (10 HABILITADOS)			BANCO DE LEITE HUMANO DE REFERÊNCIA:			SIM			
Nº DE LEITOS DE UCINCA:		0 EXISTENTES			SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?			-			
Nº DE LEITOS DE UCINCO:		30 (15 HABILITADOS)			HABILITAÇÕES ATIVAS:			1414 - ATENCAO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II). 2610 - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II. 2802 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO). 2803 -UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCA).			
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:				FEDERAL							
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):							FEDERAL				
NATUREZA JURÍDICA:		ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS									
RENOVAR HABILITAÇÃO (X) SIM () NÃO					ESSE HOSPITAL É REFERÊNCIA DE CUIDADO NEONATAL PARA OS 34 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO CONE SUL						
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UTIN: 10					SIM						
JUSTIFICATIVA:		HABILITAR 10 LEITOS - NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DE LEITOS POR SUPERLOTAÇÃO									
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCO: 15					SIM						

JUSTIFICATIVA:	HABILITAR 15 LEITOS - NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DE LEITOS POR SUPERLOTAÇÃO
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCA: 10	SIM
JUSTIFICATIVA:	HABILITAR 10 LEITOS - NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DE LEITOS POR SUPERLOTAÇÃO.

HOSPITAL PRESBITERIANO MACKENZIE - DR. E SRA. GOLDSBY KING											
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE NASCIDOS-VIVOS 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 1.500 g 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 2500g 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNO S 2023	Nº DE NV COM 22 E <28 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 28 E <32 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 32 E <34 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 34 E <37 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º 2023	Nº DE ÓBITOS FETAIS 2023
MACRORREGIÃO CONE SUL	DOURADOS	3.818	62	400	0	20	38	-	-	88	33
	Mackenzie	666	7	66	1	3	1	11	74	4	1
Nº DE LEITOS DE UTIN:		8			BANCO DE LEITE HUMANO DE REFERÊNCIA:			SIM	HU-UFGD		
Nº DE LEITOS DE UCINCa:		0			SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?			0	HU-UFGD		
Nº DE LEITOS DE UCINCo:		0			HABILITAÇÕES ATIVAS:			0	-		
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:				MUNICIPAL							

ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):		MUNICIPAL
NATUREZA JURÍDICA:	ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS	
RENOVAR HABILITAÇÃO () SIM (X) NÃO HABILITAÇÃO NOVA		
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UTIN:		NÃO
JUSTIFICATIVA:	-	
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCo:		NÃO
JUSTIFICATIVA:	-	
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCa:		NÃO
JUSTIFICATIVA:	-	

HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA (HNSA)											
	REGIÕES DE SAÚDE ATENDIDAS	Nº DE NASCIDOS-VIVOS 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 1.500 g 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 2500g 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNO S 2023	Nº DE NV COM 22 E <28 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 28 E <32 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 32 E <34 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM 34 E <37 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º 2023	Nº DE ÓBITOS FETAIS 2023
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	TRÊS LAGOAS	1.897	13	158	2	2	17	-	-	18	18

	HNSA	1.624	27	187	3	10	27	-	-	24	-
Nº DE LEITOS DE UTIN:		10			BANCO DE LEITE HUMANO DE REFERÊNCIA:			SIM	CAMPO GRANDE		
Nº DE LEITOS DE UCINCA:		10			SE NÃO POSSUI UTIN, QUAL A REFERÊNCIA?			-			
Nº DE LEITOS DE UCINCO:		5			HABILITAÇÕES ATIVAS:			0	-		
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO:				MUNICIPAL							
ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APORTE FINANCEIRO (ESTADUAL OU MUNICIPAL):							MUNICIPAL				
NATUREZA JURÍDICA:		ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS									
RENOVAR HABILITAÇÃO () SIM (X) NÃO HABILITAÇÃO NOVA											
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UTIN: 10					SIM						
JUSTIFICATIVA:		HABILITAR 10 LEITOS JÁ EM FUNCIONAMENTO // ESSE HOSPITAL É REFERÊNCIA DE CUIDADO NEONATAL PARA OS 13 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO COSTA LESTE									
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCO: 10											
JUSTIFICATIVA:		HABILITAR LEITOS OPERANTES									
NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO UCINCA: 5											
JUSTIFICATIVA:		HABILITAR LEITOS OPERANTES, PARA ATENDER A REGIÃO.									

A análise situacional da Rede de Atenção Neonatal em Mato Grosso do Sul, realizada durante as Oficinas Regionais da Rede Alyne em 2025, evidenciou importantes vazios assistenciais, com oferta insuficiente e distribuição desigual dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidades de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) e Unidades de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), comprometendo o acesso oportuno e a integralidade da atenção aos recém-nascidos de risco.

Em conformidade com a Portaria GM/MS nº 930/2012, que estabelece o parâmetro de necessidade de 2 leitos de UTIN, 2 de UCINCo e 1 de UCINCa para cada 1.000 nascidos vivos, o Estado apresenta déficit de leitos habilitados, especialmente nas regiões de maior demanda. Atualmente, estão habilitados apenas 62 leitos de UTIN, frente à necessidade de pelo menos 75, segundo estimativas atualizadas.

Dentre as ações pactuadas com os territórios e consideradas prioritárias para a organização da linha de cuidado neonatal, destacam-se:

- Habilitação imediata de 10 leitos de UTIN no Hospital Nossa Senhora Auxiliadora (Três Lagoas – Macrorregião Costa Leste), que já se encontram em funcionamento, mas sem habilitação vigente, representando risco à continuidade assistencial;
- Habilitação de 10 leitos de UTIN, 15 leitos de UCINCo e 10 leitos de UCINCa no Hospital Universitário da UFGD, com vistas à consolidação de polo de atenção neonatal qualificado e vinculado à formação em saúde;
- Habilitação de 6 leitos de UCINCa na Santa Casa de Campo Grande e 2 leitos de UCINCa na Maternidade Cândido Mariano, fortalecendo a retaguarda do método Canguru na Macrorregião Centro e promovendo cuidado humanizado ao recém-nascido.

Essas ações integram o escopo do Plano de Ação Regional da Rede Alyne, e têm como objetivos estratégicos:

- Ampliar a oferta de leitos críticos neonatais;
- Garantir regionalização e redução de transferências interestaduais;
- Melhorar os indicadores de mortalidade neonatal e permanência hospitalar;
- Fortalecer a integralidade e a humanização na atenção neonatal, conforme diretrizes do SUS e da Rede Alyne.

Meta 2025-2026: Habilitação de 52 leitos neonatais, conforme descrito, com previsão de contratualização via Ministério da Saúde após pactuação em CIB e envio do PAR.

Atualmente, a Santa Casa de Corumbá, unidade hospitalar de referência da **Macrorregião de Saúde Pantanal**, não dispõe de estrutura física e técnico-assistencial compatível com os critérios para habilitação de leitos de UTI Neonatal, conforme normativas vigentes do Ministério da Saúde. Essa limitação representa um desafio significativo para a assistência de alta complexidade aos recém-nascidos na região, especialmente em situações de instabilidade clínica e risco iminente.

Contudo, o Estado de Mato Grosso do Sul já possui planejamento em curso para a construção de uma nova maternidade em Corumbá, no âmbito do Novo PAC, cujo projeto padrão prevê estrutura adequada para a implantação e possibilidade de futura habilitação de leitos de UTI Neonatal, o que poderá contribuir de forma decisiva para a regionalização e qualificação da atenção neonatal de alta complexidade na Macrorregião do Pantanal.

Enquanto essa estrutura definitiva não é concretizada, torna-se fundamental garantir o acesso seguro e oportuno dos recém-nascidos graves aos serviços de referência, por meio da qualificação do transporte inter-hospitalar com UTI Móvel, equipada com incubadora e ventilador neonatal, além de equipe especializada. Tal estratégia visa assegurar a estabilização e transferência adequada desses pacientes, majoritariamente com destino à Capital, até que a assistência local possa ser ofertada de forma plena.

Adicionalmente, encontra-se em fase avançada de negociação a contratualização de leitos de UTI Neonatal e UTI Pediátrica no Hospital da Cassems em Corumbá, sendo prevista a disponibilidade de cinco leitos de UTI Neonatal e quatro de UTI Pediátrica. Essa

ação, articulada entre Estado e prestador, representará importante avanço na capacidade assistencial da região até a consolidação da maternidade regional do Novo PAC.

Destaca-se, ainda, a perspectiva de implantação futura de leitos de UTI Neonatal no município de Nova Andradina, em razão da reestruturação em curso no Hospital Regional local. Com o fortalecimento da capacidade instalada e da qualificação da assistência neonatal, este território poderá se consolidar como referência regional, ampliando a cobertura de cuidados intensivos neonatais no estado

5.3.5 Apresentação do Sistema Logístico

O Sistema Logístico é responsável por produzir soluções em saúde, com base em tecnologias da informação e comunicação, a fim de fortalecer a integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde da Rede Alyne. Para o planejamento deste componente é importante que a coordenação estadual da Rede Alyne realize seu planejamento junto com a coordenação estadual de regulação e transporte de urgência. São considerados dispositivos do Sistema Logístico no âmbito da Rede Alyne:

A habilitação dos Complexos Reguladores em cada polo macrorregional do Estado de Mato Grosso do Sul é uma medida estratégica e imprescindível para a qualificação da regulação em saúde materna e infantil. Diante da crescente demanda por serviços de média e alta complexidade, especialmente no cuidado obstétrico e neonatal, a estruturação dos Complexos Reguladores permite a organização racional e eficiente do acesso, priorizando o risco e a necessidade clínica em consonância com os princípios do SUS.

A efetiva atuação desses complexos depende do cumprimento de critérios fundamentais: equipe profissional capacitada e disponível 24 horas por dia, sete dias por semana, com cobertura médica especializada (preferencialmente obstetras e neonatologistas), enfermeiros e auxiliares de regulação; além de protocolos padronizados que definam fluxos assistenciais

hospitalares e ambulatoriais. Esses requisitos asseguram resposta ágil, resolutiva e com segurança, especialmente nos casos de urgência e emergência envolvendo gestantes, puérperas e recém-nascidos.

A classificação por porte das macrorregiões — com base no número de nascidos vivos — permite a adequada alocação de equipes e de incentivos financeiros mensais proporcionais à necessidade regional, o que fortalece a equidade e a territorialização da atenção. Ademais, a exigência de grade de referência da rede hospitalar regional garante a coerência entre oferta e demanda, promovendo pactuações consistentes e organizando os fluxos intermunicipais de forma integrada.

Portanto, a habilitação e financiamento contínuo dos Complexos Reguladores são ações prioritárias e estruturantes para assegurar a política de “vaga sempre” no cuidado materno-infantil, otimizando a regulação de leitos e serviços especializados, com impacto direto na redução da mortalidade materna e neonatal e na ampliação da resolutividade da Rede de Atenção à Saúde.

5.3.5.1. Complexos Reguladores

COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL									
REGIÕES DE SAÚDE REFENCIADAS	Nº DE NASCIDOS - VIVOS 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 1.500 g 2023	Nº DE NV COM MENOS DE 2500g 2023	Nº DE ÓBITOS MATERNOS 2023	Nº DE NV ENTRE 22 E 28 SEMANAS 2023	Nº DE NV ENTRE 28 E 32 SEMANAS 2023	Nº DE NV ENTRE 32 E 37 SEMANAS 2023	Nº DE NV COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º 2023	Nº DE ÓBITOS FETAL 2023

MACRORREGIÃO CENTRO	19.135	269	1.658	6	93	210	1.985	260	190
MACRORREGIÃO PANTANAL	2.535	42	256	2	17	32	421	42	30
MACRORREGIÃO CONE SUL	13.491	174	1.317	2	64	161	1.749	340	162
MACRORREGIÃO COSTA LESTE	5.072	48	451	4	17	62	511	54	57
TOTAL	40.233	533	3.682	14	174	465	4.666	696	439
CNES E NOME DO COMPLEXO REGULADOR OU CENTRAL DE REGULAÇÃO:	5583683			NOME DO SISTEMA DE REGULAÇÃO UTILIZADO:			CORE		
FORMA DE AQUISIÇÃO DO SISTEMA DE REGULAÇÃO*	-			OUTRAS FERRAMENTAS DE TIC DO SISTEMA LOGÍSTICO**			-		

LINK DA GRADE DE REFERÊNCIA COM OS PONTOS DE ATENÇÃO DE REDE MATERNA E INFANTIL	-	LINKS PARA O(S) PROTOCOLO(S) DE ACESSO	-
--	---	---	---

A habilitação dos Complexos Reguladores Regionais nos municípios de Campo Grande, Dourados e Três Lagoas, bem como do Complexo Regulador Estadual de Mato Grosso do Sul, configura-se como uma estratégia essencial para qualificar a assistência materno-infantil no âmbito da Rede Alyne. Essa medida contribui diretamente para a consolidação dos princípios de regionalização, equidade e integralidade do cuidado no estado, fortalecendo a governança e a organização da Rede de Atenção à Saúde.

A qualificação dos complexos reguladores justifica-se por múltiplos fatores. Em primeiro lugar, possibilita o fortalecimento da regulação da linha de cuidado materno-infantil, assegurando que o acesso aos serviços de pré-natal de alto risco, parto e atenção ao recém-nascido ocorra de forma oportuna, ordenada e segura, com base em critérios clínicos e na estratificação de risco. Ao permitir que cada macrorregião gerencie seus próprios fluxos assistenciais com maior autonomia, respeitando a pactuação interfederativa e as grades de referência previamente estabelecidas, reduz-se a sobrecarga dos grandes centros e evitam-se deslocamentos desnecessários de gestantes e recém-nascidos.

Entretanto, é importante destacar que o Estado de Mato Grosso do Sul se encontra em processo de centralização da regulação dos leitos materno-infantis no âmbito do Complexo Regulador Estadual. Essa proposta visa otimizar a alocação dos recursos e qualificar de forma mais efetiva a regulação especializada dessa linha de cuidado, permitindo a constituição de uma equipe técnica estadual com expertise específica em saúde materna e infantil, apta a garantir decisões clínicas mais seguras, ágeis e alinhadas às

diretrizes nacionais e estaduais.

Nesse contexto, considera-se fundamental que o incentivo financeiro previsto no âmbito da Rede Alyne, destinado à estruturação e qualificação dos complexos reguladores, seja direcionado prioritariamente ao Estado. A destinação desses recursos ao Complexo Regulador Estadual viabilizará a implementação de protocolos assistenciais padronizados, o fortalecimento dos sistemas de informação integrados, e o desenvolvimento de processos de educação permanente, com foco na melhoria contínua da qualidade da regulação materno-infantil em todo o território estadual.

A consolidação da centralização da regulação no nível estadual não exclui a importância das macrorregiões na operacionalização da Rede, mas reforça o compromisso do Estado com uma gestão mais integrada, resolutiva e equânime. Trata-se, portanto, de uma medida estratégica e prioritária, com elevado potencial de impacto na qualidade e nos desfechos da atenção à saúde de gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças em Mato Grosso do Sul.

5.3.5.2. Transporte inter-hospitalar

MACRORREGIÃO CENTRO - SEDE EM CAMPO GRANDE		
CENTRO	REGIÕES DE SAÚDE REFERENCIADAS	Nº DE NASCIDOS- VIVOS 2023
	BAIXO PANTANAL	3.738
	NORTE	1.747

	CENTRO	13.650
CONE SUL	SUDESTE	1.512
	SUL FRONTEIRA	5.737
	CENTRO SUL	6.242
PANTANAL	PANTANAL	2.535
COSTA LESTE	NORDESTE	2.248
	LESTE	2.824
	TOTAL	40.233
COMPLEXO REGULADOR QUE ESTARÁ VINCULADO:	5583683	
Nº DE VEÍCULOS:	-	LINK DE PROTOCOLOS: -

A organização da Rede de Atenção à Saúde em Mato Grosso do Sul demanda estratégias específicas para superar desafios históricos relacionados à oferta de serviços de alta complexidade, especialmente diante da vasta extensão territorial do estado, da distribuição desigual da população e da concentração dos serviços terciários em polos regionais. Dentre os principais gargalos identificados está a fragilidade do componente logístico do transporte inter-hospitalar, com destaque para a indisponibilidade de Unidades de Terapia Intensiva Móveis (UTI Móvel) adequadas e em tempo oportuno para a transferência segura de pacientes em estado crítico. Esse cenário compromete a integralidade do cuidado, eleva o risco de desfechos desfavoráveis e sobrecarrega os serviços de urgência e emergência locais.

Considerando os vazios assistenciais em diversas regiões e as longas distâncias entre municípios e hospitais de referência, propõe-se a estruturação de uma UTI Móvel por macrorregião de saúde, respeitando critérios técnicos e a complexidade da população atendida. Essa medida objetiva garantir respostas rápidas e resolutivas às situações de urgência, com suporte avançado de vida durante o deslocamento, fortalecendo a equidade, a regionalização e a pactuação interfederativa. A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, em consonância com a Portaria GM/MS nº 5.350/2024 e a Nota Técnica Conjunta nº 220/2024-SAPS/SAES/MS, submete, por meio deste Plano de Ação Regional (PAR), proposta de habilitação do componente Sistema de Transporte Inter-Hospitalar da Rede Alyne, com abrangência nas quatro macrorregiões do Estado.

Com base no diagnóstico situacional da rede obstétrica e neonatal, observa-se fragilidades expressivas nas condições de transporte, particularmente para o atendimento neonatal, destacando-se a ausência de equipes especializadas no transporte de recém-nascidos críticos; o déficit de ambulâncias com equipamentos específicos, como incubadoras, monitores multiparamétricos e ventiladores neonatais; e a desarticulação entre regulação e transporte, gerando atrasos e riscos à saúde dos pacientes.

Considerando o quantitativo de 40.233 nascidos vivos em 2023, distribuídos entre as macrorregiões Centro (19.135), Cone Sul (13.491), Costa Leste (5.072) e Pantanal (2.535), todas se enquadram no Porte I para habilitação, conforme critérios da Rede

Alyne. Propõe-se, assim, a habilitação de 1 Unidade de Suporte Avançado (UTI Móvel) por macrorregião, com valor mensal de R\$ 50.500,00 cada, totalizando R\$ 202.000,00 mensais, sendo diretamente centralizado o calor para o fundo estadual de saúde.

Importa destacar que, justificando a centralização, o Estado de Mato Grosso do Sul já destina recursos próprios para o custeio do transporte intermunicipal de urgência de pacientes críticos, conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite Estadual desde 2011. Diante disso, solicita-se que os incentivos federais da Rede Alyne referente ao componente logístico possam ser repassados ao Estado, de forma a complementar este cofinanciamento estadual, fortalecendo a viabilidade e a sustentabilidade da proposta. Tal medida é especialmente relevante, considerando que a responsabilidade direta sobre o transporte é do município de origem do paciente, mas sua operacionalização depende de uma articulação regional e estadual coordenada.

Os recursos devem ser aplicados na contratação e capacitação de equipes especializadas em transporte materno e neonatal; aquisição de equipamentos apropriados para UTI Móvel neonatal; e integração dos serviços de transporte aos Complexos Reguladores Regionais com cobertura 24h. Essa proposta está alinhada ao Planejamento Regional Integrado e visa qualificar a linha de cuidado perinatal, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal.

Ressalta-se que, embora a implantação de uma UTI Móvel por macrorregião representa um avanço, reconhece-se que tal quantitativo pode não ser plenamente suficiente, dadas as especificidades geográficas e assistenciais do Estado. Portanto, a proposta será reavaliada periodicamente com base em dados assistenciais e operacionais, de modo a garantir a efetividade, a equidade e a resolutividade do cuidado perinatal em todo o território estadual.

► **6. DESENHO DA REDE: ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO E SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICO E OS FLUXOS EM SEUS DIFERENTES NÍVEIS ASSISTENCIAIS E TERRITÓRIOS SANITÁRIOS**

6.1 PANORAMA DOS LEITOS OBSTÉTRICOS POR MUNICÍPIO, REGIÃO E MACRORREGIÃO DE SAÚDE

MACRORREGIÃO CENTRO								
REGIÃO DE SAÚDE	Nº ESTIMADO DE GESTANTES	MUNICÍPIO	TIPO DE LEITO*	ESTABELECIMENTO	TOTAL POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	TOTAL EXISTENTE NA REGIÃO DE SAÚDE	QUANTIDADE NECESSÁRIA PARA A REGIÃO DE SAÚDE	DIFERENÇA
BAIXO PANTANAL	759	AQUIDAUANA	GAR	HOSPITAL REGIONAL DR ESTÁCIO MUNIZ	0	0	9	DÉFICIT 9 LEITOS
			Risco habitual	HOSPITAL REGIONAL DR ESTÁCIO MUNIZ	23	72	32	40
			UTI Adulto	HOSPITAL REGIONAL DR ESTÁCIO MUNIZ	10	10	2	8
			CPNp	HOSPITAL REGIONAL DR ESTÁCIO MUNIZ	0	0	----	----
	489	BELA VISTA	Risco habitual	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA	7			

108	BODOQUENA	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO SALES	2				
410	BONITO	Risco habitual	HOSPITAL JOÃO BIGATON	4				
73	CARACOL	Risco habitual	HOSPITAL BENEFICENTE RITA ANTONIA MACIEL GODOY	3				
184	DOIS IRMÃOS DO BURITI	Risco habitual	UNIDADE MISTA DE DOIS IRMAOS DO BURITI	2				
162	GUIA LOPES DA LAGUNA	Risco habitual	HOSPITAL EDELMIRA NUNES DE OLIVEIRA	5				
409	JARDIM	Risco habitual	HOSPITAL MARECHAL RONDON	12				
163	NIOAQUE	Risco habitual	UNIDADE MISTA AROLDO LIMA COUTO	1				
202	PORTO MURTINHO	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL OSCAR RAMIRES PEREIRA	5				

	294	ANASTÁCIO	Risco habitual	ABRAMASTACIO	8			
REGIÃO CENTRO	13.109	CAMPO GRANDE	GAR	EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	13	55	34	21
				HOSPITAL SANTA CASA	26			
				HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN	16			
			Risco habitual	EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	19	115	117	DÉFICIT 02 LEITOS
				HOSPITAL SANTA CASA	6			
				HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL	14			
				ASSOCIACAO DE AMPARO A MATERNIDADE E A INFANCIA AAMi	63			
				EBSERH HOSP	10	30	09	21

			UTI Adulto	UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN				
				SANTA CASA	10			
				HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL	10			
			CPNp	EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	0	0	---	—=
	170	CAMAPUÃ	Risco habitual	SOCIEDADE DE PROT MAT INFÂNCIA DE CAMAPUA	4			
	45	CORGUINHO	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
	66	JARAGUARI	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
	424	RIBAS DO RIO PARDO	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE MARIA MARQUES DOMINGUES	2			

	88	ROCHEDO	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
	772	SIDROLÂNDIA	Risco habitual	SOCIEDADE BENEFICENTE DONA ELMIRIA SILVERIO BARBOS	5			
			CPNp	SOCIEDADE BENEFICENTE DONA ELMIRIA SILVERIO BARBOS	3			
	228	TERENOS	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
	110	BANDEIRANT ES	Risco habitual	UNIDADE MISTA JOAO CARNEIRO MENDONCA	2			
REGIÃO NORTE	476	COXIM	GAR	HOSPITAL REGIONAL DR ALVARO FONTOURA SILVA	0	0	4	DÉFICIT DE 4 LEITOS
			Risco habitual	HOSPITAL REGIONAL DR ALVARO FONTOURA SILVA	15	46	15	31

			UTI Adulto	HOSPITAL REGIONAL DR ALVARO FONTOURA SILVA	10	10	1	9
			CPNp	HOSPITAL REGIONAL DR ALVARO FONTOURA SILVA	0	0	---	---
	40	FIGUEIRÃO	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
	86	PEDRO GOMES	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDRO GOMES	6			
	69	RIO NEGRO	Risco habitual	HOSPITAL E MAT IDIMAQUE PAES FERREIRA	8			
	301	RIO VERDE DE MATO GROSSO	Risco habitual	HOSPITAL GERAL PAULINO ALVES DA CUNHA	6			
	620	SÃO GABRIEL DO OESTE	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL JOSE VALDIR ANTUNES DE OLIVEIRA	5			

	267	SONORA	Risco habitual	HOSPITAL RACHID SALDANHA DERZI	6			
	59	ALCINÓPOLIS	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
TOTAL PARA A MACRORREGIÃO						338	223	145

*Gestação de risco habitual, Gestação de alto risco, UTI adulto, CPNi, CPNp.

OBS: Na macrorregião centro: região centro, os municípios de Corguinho, Jaraguari, Rochedo e Terenos não possuem leitos obstétricos (GAR, Alto Risco, UTI adulto e CPNp). Na região norte, o município de Figueirão e Alcinópolis não possuem leitos obstétricos (GAR, Alto Risco, UTI adulto e CPNp).

MACRORREGIÃO PANTANAL								
REGIÃO DE SAÚDE	Nº ESTIMADO DE GESTANTES	MUNICÍPIO	TIPO DE LEITO *	ESTABELECIMENTO	TOTAL POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	TOTAL EXISTENTE NA REGIÃO DE SAÚDE	QUANTIDADE NECESSÁRIA PARA A REGIÃO DE SAÚDE	DIFERENÇA
PANTANAL	1920	CORUMBÁ	GAR	SANTA CASA DE CORUMBÁ	0	0	6	DÉFICIT DE 6 LEITOS
			Risco habitual	SANTA CASA DE CORUMBÁ	30	35	22	7
					20	20	2	18

			UTI Adulto	SANTA CASA DE CORUMBÁ				
			CPNp	SANTA CASA DE CORUMBÁ	0	0	—	—
	332	LADÁRIO	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
	535	MIRANDA	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL DE MIRANDA RENATO ALBUQUERQUE FILHO	5			
TOTAL PARA A MACRORREGIÃO						55	30	31

*Gestação de risco habitual, Gestação de alto risco, UTI adulto, CPNi, CPNp.

OBS: A macrorregião Pantanal: Na região Pantanal, o município de Ladário não possui leitos obstétricos (GAR, Alto Risco, UTI adulto e CPNp).

MACRORREGIÃO CONE SUL								
REGIÃO DE SAÚDE	Nº ESTIMADO DE GESTANTES	MUNICÍPIO	TIPO DE LEITO*	ESTABELECIMENTO	TOTAL POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	TOTAL EXISTENTE NA REGIÃO DE SAÚDE	QUANTIDADE DE NECESSÁRIA PARA A REGIÃO DE SAÚDE	DIFERENÇA
CENTRO SUL	4199	DOURADOS	GAR	EBSERH HOSPITAL UNIVERSITA	15	15	16	DÉFICIT DE 01 LEITO

				RIO GRANDE DOURADOS				
			Risco habitual	EBSERH HOSPITAL UNIVERSITARIO GRANDE DOURADOS	10	61	53	8
			UTI Adulto	EBSERH HOSPITAL UNIVERSITARIO GRANDE DOURADOS	14	14	4	10
			CPNp	EBSERH HOSPITAL UNIVERSITARIO GRANDE DOURADOS	0	0	0	0
	148	DEODÁPOLIS	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL CRISTO REI	3			
	282	FÁTIMA DO SUL	Risco habitual	HOSPITAL DA SIAS	7			
	116	GLÓRIA DE DOURADOS	Risco habitual	HOSPITAL E MATERNIDA DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	4			
	235	ITAPORÃ	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL	5			

				LOURIVAL NASCIMENT O DA SILVA				
	57	JATEÍ	GAR Risco habitua UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
	157	LAGUNA CARAPÃ	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL DE LAGUNA CARAPÃ	2			
	345	NOVA ALVORADA DO SUL	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCA ORTEGA	4			
	589	RIO BRILHANTE	Risco habitual	HOSPITAL E MATERNIDA DE DE RIO BRILHANTE	13			
	80	VICENTINA	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL MARIA DOS SANTOS BASTOS	1			
	581	CAARAPÓ	Risco habitual	HOSPITAL SÃO MATEUS	12			
REGIÃO SUDESTE	85	ANAUROLÂNDIA	GAR	HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS	0	0	4	DÉFICIT DE 4 LEITOS

			Risco habitual	HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS	3	29	13	16
			UTI Adulto	HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS	0	10	1	9
			CPNp	HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS	0	0	0	0
	178	ANGÉLICA	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL DE ANGÉLICA	4			
	134	BATAYPORÃ	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
	463	IVINHEMA	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL DE IVINHEMA	4			
	689	NOVA ANDRADINA	Risco habitual	FUNDACAO SERVICOS DE SAUDE DE NOVA ANDRADINA	14			
			UTI Adulto	FUNDACAO	10			

				SERVICOS DE SAUDE DE NOVA ANDRADINA				
	71	NOVO HORIZONTE DO SUL	Risco habitual	HOSPITAL E MATERNIDADE NOVO HORIZONTE	4			
	39	TAQUARUSSU	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
SUL FRONTEIRA	1867	PONTA PORÃ	GAR	HOSPITAL REGIONAL DR JOSE DE SIMONE NETTO	0	0	14	DÉFICIT DE 14 LEITOS
			Risco habitual	HOSPITAL REGIONAL DR JOSE DE SIMONE NETTO	17	94	49	45
			UTI Adulto	HOSPITAL REGIONAL DR JOSE DE SIMONE NETTO	20	20	4	16
			CPNp	HOSPITAL REGIONAL DR JOSE DE SIMONE	0	0	0	0

				NETTO				
	174	ANTONIO JOAO	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL DR ALTAIR DE OLIVEIRA	2			
	194	ARAL MOREIRA	Risco habitual	HOSPITAL E MATERNIDAD E SANTA LUZIA	4			
	396	CORONEL SAPUCAIA	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL CORONEL SAPUCAIA	3			
	187	ELDORADO	Risco habitual	FUNDACAO HOSPITALAR DE ELDORADO TEREZINHA APARECIDA PIROLI	9			
	218	IGUATEMI	Risco habitual	HOSPITAL SAO JUDAS TADEU	8			
	298	ITAQUIRAI	Risco habitual	HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ITAQUIRAI	7			

	204	JAPORÃ	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
	101	JUTI	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL SANTA LUZIA	1			
	270	MUNDO NOVO	Risco habitual	HOSPITAL BENEFICENTE DR BEZERRA DE MENEZES	10			
	894	NAVIRAÍ	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI	12			
	372	PARANHOS	Risco habitual	HOSPITAL MATERNIDAD E NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	3			
	162	SETE QUEDAS	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL DE SETE QUEDAS	3			
	225	TACURU	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL SAO SEBASTIÃO	1			
	738	AMAMBAI	Risco habitual	HOSPITAL REGIONAL AMAMBAI	14			

TOTAL PARA A MACRORREGIÃO						243	158	123

*Gestação de risco habitual, Gestação de alto risco, UTI adulto, CPNi, CPNp.

OBS: A macro Cone Sul: Em sua região Centro Sul, os municípios de Douradina e Jateé não possuem leitos obstétricos. Em sua região Sudeste, os municípios de Bataypora e Taquarussu não possuem leitos obstétricos. Em sua região Sul Fronteira o município de Japorã não possui leitos obstétricos.

MACRORREGIÃO COSTA LESTE								
REGIÃO DE SAÚDE	Nº ESTIMADO DE GESTANTES	MUNICÍPIO	TIPO DE LEITO*	ESTABELECIMENTO	TOTAL POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	TOTAL EXISTENTE NA REGIÃO DE SAÚDE	QUANTIDADE NECESSÁRIA PARA A REGIÃO DE SAÚDE	DIFERENÇA
REGIÃO NORDESTE	452	APARECIDA DO TABOADO.	GAR	FUNDACAO HOSPITALAR ENFERMEIRO PEDRO FRANCISCO SOARES	0	0	6	DÉFICIT DE 6 LEITOS
			Risco habitual	FUNDACAO HOSPITALAR ENFERMEIRO PEDRO FRANCISCO SOARES	9	66	19	47
			UTI Adulto	FUNDACAO HOSPITALAR	0	20	1	19

				ENFERMEIRO PEDRO FRANCISCO SOARES				
			CPNp	FUNDACAO HOSPITALAR ENFERMEIRO PEDRO FRANCISCO SOARES	0	0	-	-
	229	CASSILÂNDIA	Risco habitual	SANTA CASA DE CASSILÂNDIA	9			
	580	CHAPADÃO DO SUL	Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO SUL	10			
	445	COSTA RICA	Risco habitual	FUNDACAO HOSPITALAR DE COSTA RICA	15			
			UTI Adulto	FUNDACAO HOSPITALAR DE COSTA RICA	10			
	112	INOCÊNCIA	Risco habitual	HOSPITAL E MATERNIDADE	2			

				DE DE INOCÊNCIA				
	73	PARAÍSO DAS ÁGUAS	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
	577	PARANAÍBA	Risco habitual	SANTA CASA DE MISERICOR DIA DE PARANAIBA	21			
			UTI Adulto	SANTA CASA DE MISERICOR DIA DE PARANAIBA	10			
REGIÃO LESTE	308	ÁGUA CLARA	GAR	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA APARECIDA	0	0	7	DÉFICIT DE 7 LEITOS
			Risco habitual	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA APARECIDA	4	43	24	19
			UTI Adulto	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA APARECIDA	0	20	2	18

			CPNp	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA APARECIDA	0	0	-	-
	328	BATAGUASSU	Risco habitual	SANTA CASA DE BATAGUASSU	8			
	154	BRASILÂNDIA	Risco habitual	HOSPITAL JULIO MAIA	5			
	108	SANTA RITA DO PARDO	Risco habitual	UNIDADE MISTA DE SAUDE NOSSA S PERPETUO SOCORRO	1			
	118	SELVÍRIA	GAR Risco habitual UTI Adulto CPNp	NÃO HÁ LEITOS NESTE MUNICÍPIO	0			
	2086	TRÊS LAGOAS	GAR	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	0			
			Risco habitual	HOSPITAL NOSSA SENHORA	25			

				AUXILIADO RA				
			UTI Adulto	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADO RA	20			
			CPNp	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADO RA	0			
TOTAL PARA A MACRORREGIÃO						149	59	116

*Gestação de risco habitual, Gestação de alto risco, UTI adulto, CPNi, CPNp.

OBS: A macro Costa Leste Em sua região Nordeste, o município de Paraíso das Águas não possui leitos obstétricos. Em sua região Leste, o município de Selvíria não possui leitos obstétricos.

6.2 PANORAMA DOS LEITOS NEONATAIS POR MUNICÍPIO, REGIÃO E MACRORREGIÃO DE SAÚDE

MACRORREGIÃO CENTRO								
REGIÃO DE SAÚDE	Nº ESTIMADO DE NASCIDOS VIVOS	MUNICÍPIO	TIPO DE LEITO*	ESTABELECIM ENTO	TOTAL POR ESTABEL ECIM ENTO DE SAÚDE	TOTAL EXISTENT E NA REGIÃO DE SAÚDE	QUANTIDA DE NECESSÁRI A PARA A REGIÃO DE SAÚDE	DIFERENÇA
REGIÃO CENTRO	13.650	CAMPO GRANDE	UTIN	EBSERH HOSP UNIV MARIA	6	44	27	17

				APARECIDA PEDROSSIAN				
				HOSPITAL SANTA CASA	8			
				HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN	10			
				ASSOCIACAO DE AMPARO A MATERNIDAD E E A INFANCIA AAMI	20			
			UCINCo	EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	10			
				HOSPITAL SANTA CASA	11			
				HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN	20			
				ASSOCIACAO DE AMPARO A MATERNIDAD E E A INFANCIA AAMI	20			
						61	27	34

			UCINCa	EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	4	17	14	3
				HOSPITAL SANTA CASA	4			
				HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN	5			
				ASSOCIACAO DE AMPARO A MATERNIDAD E E A INFANCIA AAMI	4			
BAIXO PANTANAL	3738		UTIN	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	7	DÉFICIT DE 07 LEITOS
			UCINCo	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	7	DÉFICIT DE 07 LEITOS
			UCINCa	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS S	0	0	4	DÉFICIT DE 04 LEITOS
REGIÃO NORTE	1747		UTIN	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	3	DÉFICIT DE 03 LEITOS

			UCINCo	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	3	DÉFICIT DE 03 LEITOS
			UCINCa	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	2	DÉFICIT DE 02 LEITOS
TOTAL PARA A MACRORREGIÃO						122	68	80

*UTIN, UCINCo, UCINCa.

MACRORREGIÃO CONE SUL								
REGIÃO DE SAÚDE	Nº ESTIMADO DE GESTANTES	MUNICÍPIO	TIPO DE LEITO*	ESTABELECIM ENTO	TOTAL POR ESTABELEC IM ENTO DE SAÚDE	TOTAL EXISTENTE NA REGIÃO DE SAÚDE	QUANTIDADE NECESSÁRIA PARA A REGIÃO DE SAÚDE	DIFERENÇA
CENTRO SUL	6.242	DOURADOS	UTIN	EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO O GRANDE DOURADOS	10	18	12	6
				HOSPITAL PRESBITERIANO O MACKENZIE DR E SRA GOLDSBY KING	8			
			UCINCo	EBSERH HOSPITAL	15	15	12	3

				UNIVERSITARI O GRANDE DOURADOS				
				HOSPITAL PRESBITERIAN O MACKENZIE DR E SRA GOLDSBY KING	0			
			UCINCa	EBSERH HOSPITAL UNIVERSITARI O GRANDE DOURADOS	0	0	6	DÉFICIT DE 06 LEITOS
				HOSPITAL PRESBITERIAN O MACKENZIE DR E SRA GOLDSBY KING	0			
SUL FRONTEIRA	NV da região de saúde Sul Fronteira nº 5737	JUTI	UTIN	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	11	DÉFICIT DE 11 LEITOS
			UCINCo	HOSPITAL MUNICIPAL SANTA LUZIA	1	1	11	DÉFICIT DE 10 LEITOS
			UCINCa	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	6	DÉFICIT DE 6 LEITOS
SUDESTE	1512		UTIN	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	3	DÉFICIT DE 03 LEITOS

			UCINCo	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	3	DÉFICIT DE 03 LEITOS
			UCINCa	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	2	DÉFICIT DE 02 LEITOS
TOTAL PARA A MACRORREGIÃO						34	66	50

MACRORREGIÃO COSTA LESTE								
REGIÃO DE SAÚDE	Nº ESTIMADO DE GESTANTES	MUNICÍPIO	TIPO DE LEITO*	ESTABELEC I M ENTO	TOTAL POR ESTABELE CIM ENTO DE SAÚDE	TOTAL EXISTENTE NA REGIÃO DE SAÚDE	QUANTIDADE E NECESSÁRI A PARA A REGIÃO DE SAÚDE	DIFERENÇA
LESTE	Nº DE NASCIDOS VIVOS NA REGIÃO LESTE Nº 2824	TRÊS LAGOAS	UTIN	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	12	12	6	6
			UCINCo	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	0	0	6	DÉFICIT DE 06 LEITOS
			UCINCa	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	0	0	3	DÉFICIT DE 03 LEITOS

NORDESTE	Nº NV NA REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE 2248		UTIN	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	4	DÉFICIT DE 04 LEITOS
			UCINC	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	4	DÉFICIT DE 04 LEITOS
			UCINCa	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	2	DÉFICIT DE 02 LEITOS
TOTAL PARA A MACRORREGIÃO						12	25	25

MACRORREGIÃO PANTANAL								
REGIÃO DE SAÚDE	Nº ESTIMADO DE GESTANTES	MUNICÍPIO	TIPO DE LEITO*	ESTABELECIMENTO	TOTAL POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	TOTAL EXISTENTE NA REGIÃO DE SAÚDE	QUANTIDADE E NECESSÁRIA PARA A REGIÃO DE SAÚDE	DIFERENÇA
PANTANAL	Nº DE NASCIDOS VIVOS NA REGIÃO LESTE Nº 2535	CORUMBÁ MIRANDA LADÁRIO	UTIN	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	5	DÉFICIT DE 05 LEITOS
			UCINCo	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	5	DÉFICIT DE 05 LEITOS
			UCINCa	NÃO HÁ SERVIÇOS HABILITADOS	0	0	3	DÉFICIT DE 03 LEITOS
TOTAL PARA A MACRORREGIÃO						0	13	DÉFICIT DE 13 LEITOS

► 7. QUADROS RESUMO

7.1 PANORAMA DE LEITOS OBSTÉTRICOS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	ESTIMATIVA DE GESTANTES			LEITOS OBSTÉTRICOS								
	Total	Risco habitual	Alto risco	Risco habitual			Alto risco			UTI adulto		
				Necess.	Exist.	Dif.	Necess.	Exist.	Dif.	Necess..	Exist.	Dif.
CENTRO	21.049	17.891	3.157	163	288	125	48	55	7	13	40	27
PANTANAL	2.789	2.370	418	22	35	13	6	0	-6	2	20	18
CONE SUL	14.840	12.614	2.226	115	138	23	34	61	27	9	44	35
COSTA LESTE	5.579	4.742	837	43	109	66	13	0	-13	3	40	37
TOTAL DO ESTADO	44.257	37.617	6.638	343	570	227	101	115	14	27	144	117

7.2 PANORAMA DE LEITOS NEONATAIS E BANCO DE LEITE HUMANO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	Nº NASCIDOS VIVOS	UTIN			UCINCo			UCINCa			BLH		
		Necess.	Exist	Dif.	Necess.	Exist	Dif.	Necess.	Exist	Dif.	Necess.	Exist	Dif.
CENTRO	19.135	38	44	6	38	61	23	19	17	-2	4	4	0

PANTANAL	2.535	5	0	-5	5	0	-5	3	0	-3	1	0	-1
CONE SUL	13.491	27	18	-9	27	15	-12	13	0	-13	2	1	-1
COSTA LESTE	5.072	10	12	2	10	0	-10	5	0	-5	1	0	-1
TOTAL DO ESTADO	40.233	80	74	22	80	76	50	40	17	23	8	5	-3

7.3 PANORAMA DE AMBULATÓRIOS, CPN E CGBP POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	AGPAR			A-SEG			CPNi			CPNp			CGBP		
	Necess,	Exist.	Dif,	Necess,	Exist.	Dif.	Necess,	Exist.	Dif.	Necess,	Exist.	Dif.	Necess,	Exist.	Dif.
CENTRO	3	0	-3	3	0	-3	3	0	-3	3	0	-3	3	0	-3
PANTANAL	1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1
CONE SUL	3	0	-3	3	0	-3	3	0	-3	3	0	-3	1	1	0
COSTA LESTE	2	0	-2	2	0	-2	2	0	-2	2	0	-2	1	0	-1
TOTAL DO ESTADO	9	0	-9	9	0	-9	9	0	-9	9	0	-9	6	1	-5

7.4 PANORAMA DO SISTEMA LOGÍSTICO

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	Nº DE NASCIDOS VIVOS	COMPLEXO REGULADOR			TRANSPORTE INTER- HOSPITALAR		
		Necess.	Exist.	Dif	Necess.	Exist.	Dif.
	40.233	4	0	-4	4	0	-4
TOTAL DO ESTADO	40.233	4	0	-4	4	0	-4

7.5. RESUMO DAS SOLICITAÇÕES DAS NOVAS HABILITAÇÕES DE SERVIÇOS E LEITOS

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CPNi	CPNp	CGBP	AGPAR	A-SEG	HGPARG	UTIN	UCINCo	UCINCa
CENTRO	1	0	0	7	5	3	2	14	4
PANTANAL	0	0	0	1	0	0	0	0	0
CONE SUL	1	0	1	4	2	1	10	15	10
COSTA LESTE	1	0	0	1	1	1	10	10	5
TOTAL DO ESTADO	3	0	1	13	8	5	22	39	19

As solicitações de novas habilitações de serviços e leitos no Estado de Mato Grosso do Sul evidenciam um esforço estratégico para a ampliação e qualificação da Rede de Atenção Materna e Infantil, com especial atenção à estruturação da linha de cuidado da gestação de alto risco, do parto e da atenção neonatal nas quatro macrorregiões do estado.

A Macrorregião Centro concentra o maior número de pedidos (32 no total), com destaque para 7 ambulatorios de gestação

de alto risco (AGPAR), 5 unidades de apoio diagnóstico especializado (A-SEG) e 14 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo). Além disso, são solicitadas habilitações de 1 CPNi, 3 hospitais de gestação de alto risco (HGAR), 2 UTINs e 4 UCINCas, refletindo uma robusta tentativa de qualificação da retaguarda assistencial em uma região que concentra grande parte da população e da demanda obstétrica e neonatal do estado.

Na Macrorregião Cone Sul, observa-se a solicitação de 1 CPNi, 4 AGPARs, 2 A-SEGs e 1 HGAR, além de um número expressivo de leitos neonatais: 10 de UTIN, 15 de UCINCo e 10 de UCINCa. Esses dados indicam um movimento coordenado para fortalecer a resposta assistencial à gestação e ao nascimento, com foco em maior resolutividade e regionalização da atenção às gestantes e recém-nascidos de risco.

A Macrorregião Costa Leste apresenta pedidos relevantes: 1 CPNi, 1 AGPAR, 1 A-SEG, 1 HGAR, 10 leitos de UTIN, 10 de UCINCo e 5 de UCINCa, o que evidencia a consolidação de um polo assistencial em crescimento, especialmente no município de Três Lagoas, referência regional.

Já a Macrorregião do Pantanal apresenta uma solicitação pontual de 1 AGPAR, sem pleitos para leitos neonatais, o que pode refletir desafios relacionados à densidade populacional, cobertura territorial e escala de atendimento. Ainda assim, a demanda registrada sinaliza uma movimentação inicial para qualificação da atenção obstétrica no território.

Por outro lado, chama atenção a baixa solicitação de Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), com apenas 1 pedido no estado, e um número ainda modesto de habilitações como hospitais de referência para gestação de alto risco (HGAR), com apenas 5 solicitações, o que indica a necessidade de maior estímulo a esse componente, essencial para garantir o cuidado integral e de alta complexidade em casos de risco materno.

Cabe destacar, como medida estruturante, a previsão de construção de duas novas maternidades por meio do Novo PAC nos municípios de Campo Grande e Corumbá, o que contribuirá significativamente para ampliação da oferta de leitos obstétricos e

neonatais e para o fortalecimento da regionalização e equidade do cuidado.

Em síntese, o conjunto das solicitações demonstra alinhamento com as diretrizes da Rede Alyne, buscando qualificar a atenção materno-infantil de forma regionalizada, integrada e baseada em evidências, com vistas à redução da morbimortalidade materna e neonatal em Mato Grosso do Sul.

► **8. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES SANITÁRIAS – DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E PRAZOS DE EXECUÇÃO (DOMI)**

Com base no processo de elaboração e pactuação das Prioridades Regionais Integradas (PRI) das macrorregiões de saúde de Mato Grosso do Sul, apresenta-se o panorama atual da prioridade sanitária “Saúde materna e infantil” (com ênfase na redução da morbimortalidade materna e infantil) para fins de incorporação ao Plano de Ação Regional (PAR) da Rede Alyne.

Macrorregião de Saúde Centro

O PRI desta macrorregião apresenta a prioridade sanitária 'Saúde materna e infantil' de forma estruturada. Dentre as ações propostas estão: qualificação do pré-natal e da assistência ao parto; redução da mortalidade materna e infantil; implantação e ampliação de leitos PPP; ampliação da inserção de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (DIU e implantes); incentivo ao parto vaginal e à presença de acompanhante; e fortalecimento das redes de cuidado materno e neonatal. A estruturação do DOMI contempla diretrizes, objetivos, metas e indicadores relacionados à ampliação da cobertura de consultas de pré-natal, aumento da proporção de partos vaginais e redução das taxas de mortalidade.

Macrorregião de Saúde Cone Sul

Destacam-se ações voltadas à ampliação da cobertura de pré-natal de qualidade, redução da mortalidade materna e neonatal, incentivo ao parto humanizado e reestruturação da rede materno-infantil. A proposta prevê capacitação de profissionais, implementação de práticas seguras e oferta de métodos contraceptivos de longa duração. Os objetivos estão alinhados às diretrizes da Rede Alyne, incluindo a estruturação de serviços e fluxos assistenciais em maternidades de referência e unidades básicas.

Macrorregião de Saúde Costa Leste

A macrorregião de Três Lagoas ainda se encontra em fase de elaboração das ações relacionadas à prioridade 'Saúde materna e infantil'. O PRI traz o diagnóstico situacional com foco na baixa cobertura de pré-natal adequado, elevada razão de mortalidade materna e infantil e vazios assistenciais para parto de risco habitual. As propostas em discussão incluem: fortalecimento da linha de cuidado materno-infantil; estruturação de serviços de referência com leitos PPP; qualificação da atenção ao parto e nascimento; e ampliação do acesso a LARCs.

Macrorregião de Saúde Pantanal

A prioridade 'Saúde materna e infantil' é abordada com foco no contexto territorial e populacional específico, incluindo população indígena e ribeirinha. O documento traz diagnóstico da elevada vulnerabilidade social e dificuldades de acesso geográfico, apontando a necessidade de fortalecimento da atenção básica e da retaguarda hospitalar. Entre as propostas em elaboração estão: fortalecimento do pré-natal nas aldeias; qualificação da atenção ao parto; transporte sanitário adequado; e articulação com a Rede Cegonha e a Rede Alyne.

► 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Plano de Ação Regional (PAR) da Rede Alyné do Estado de Mato Grosso do Sul contempla o conjunto mínimo de informações exigidas para a avaliação da organização da Rede de Atenção Materna e Infantil no território, com vistas à priorização dos serviços e leitos estratégicos para o cofinanciamento federal e ao direcionamento do apoio técnico do Ministério da Saúde. Além disso, expressa o compromisso do Estado com a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, em consonância com as metas pactuadas nacional e internacionalmente.

A elaboração do PAR foi orientada pelas diretrizes da Portaria GM/MS nº 5.349/2024, adotando como princípios norteadores a equidade, a regionalização, a humanização e a integralidade do cuidado. O documento parte de um diagnóstico ampliado que considera dados epidemiológicos, a capacidade instalada, a produção assistencial, os vazios assistenciais e as potencialidades regionais, respeitando as especificidades de cada macrorregião de saúde.

As análises críticas apontaram avanços importantes, como a expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde e a implantação de políticas estaduais estruturantes, a exemplo do Programa Bem Nascer MS e da Política Estadual de Contracepção. No entanto, persistem desafios significativos, tais como as elevadas taxas de cesariana em determinadas regiões, a proporção de partos em adolescentes, a ocorrência de nascimentos prematuros e de baixo peso, além de fragilidades na captação precoce e na qualidade do pré-natal.

Também foram identificadas lacunas na continuidade do cuidado no puerpério, como baixa cobertura de visitas domiciliares, aleitamento materno exclusivo e vacinação infantil. Essas fragilidades reforçam a importância de estratégias integradas que fortaleçam a atenção ambulatorial especializada, os dispositivos de apoio às gestantes (como CPN e CGBP), e a qualificação da atenção à criança até os dois anos de idade.

Neste contexto, o documento está em fase de ampliação, incluindo informações detalhadas conforme orientação ministerial, que envolvem:

- **Caracterização do território**, com levantamento do número de equipes multiprofissionais (e-Multi), cobertura de eSF, diretrizes clínicas, ações de educação permanente, uso de telessaúde, recursos comunitários, e desafios como a rotatividade de profissionais e limitações estruturais nas UBS.
- **Pré-natal e puerpério**, incluindo dados sobre estratificação de risco, vínculo com maternidades, internações obstétricas, preenchimento da caderneta da gestante, plano de parto, exames e insumos, além da elaboração de planos de cuidado e autocuidado apoiado.
- **Parto e nascimento**, com indicadores como taxa de mortalidade materna e perinatal, eventos adversos, near miss, além da caracterização dos AGPARs, CPNs e maternidades com leitos obstétricos e de alto risco, sua carteira de serviços, estrutura, absenteísmo, tempo médio de acesso e sistema de prontuário eletrônico.
- **Saúde da criança**, com dados sobre estratificação de risco, uso da caderneta da criança, exames, medicamentos, ambulatorios A-SEG, indicadores de óbito pós-neonatal e potencialidades e desafios da atenção à criança de risco.
- **Sistema logístico**, com informações sobre transporte inter-hospitalar obstétrico e neonatal, incluindo tipologia, composição das equipes, qualificação profissional e principais desafios.

Diante do exposto, as propostas de habilitação de novos serviços e leitos se consolidam como ferramentas essenciais para a reconfiguração da rede, especialmente no cuidado intensivo e intermediário neonatal e na atenção à gestação de alto risco. A previsão da construção de duas novas maternidades no Estado, nos municípios de Corumbá e Campo Grande — inseridas no escopo do Novo PAC — representa uma oportunidade estratégica para ampliar e qualificar a oferta obstétrica de forma regionalizada.

O Estado de Mato Grosso do Sul reafirma, por meio deste PAR, o compromisso com a implantação efetiva da Rede Alyne e com a construção de uma rede de cuidados resolutiva, humanizada e centrada nas necessidades das mulheres, crianças e famílias sul-mato-grossenses. Este documento será revisado periodicamente, em articulação com os municípios e o Grupo Condutor Estadual, incorporando evidências, escuta ativa dos territórios e monitoramento contínuo dos indicadores.

**Coordenadoria da Saúde da Mulher, Criança
e Maternidade**

Telefone

(67) 3318-1667 (expediente)

E-mail

bemnascerms@saude.ms.gov.br (expediente)

Endereço

Avenida do Poeta Manoel de Barros, Bloco VII
CEP: 79.031-902 - Campo Grande / MS

Governador do Estado de Mato Grosso do Sul: Eduardo Correa Riedel

Secretário de Estado de Saúde: Maurício Simões Corrêa

Secretária de Estado de Saúde Adjunta: Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves

Superintendente de Atenção Primária à Saúde: Karine Cavalcante da Costa

Coordenadora de saúde da Mulher, Criança e Maternidade: Andriely Gomes dos Santos

Equipe Técnica da Rede Alyne: Renata Menezes Meireles, Liliane Dias Tenório Rodrigues

Elaboração: Andriely Gomes dos Santos

Renata Menezes Meireles

Gabriela Giacomini Bertoche

Josiane Cristina Dudu

Letícia Barboza

Hilda Guimarães de Freitas

Revisão: Karine Cavalcante da Costa

► 10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 21 nov. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acesso em: julho de 2025.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 fev. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm. Acesso em: julho de 2025.

BRASIL. Ministério da Cidadania. *Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal: o que é e para que serve*. Brasília: Ministério da Cidadania, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br>. Acesso em: julho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, 2012. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, da floresta e das águas e dos povos e comunidades tradicionais (PCTs)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: julho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH). Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: julho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas: por equidade no SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: julho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo II: Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 28 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para organização da atenção à gestação de alto risco. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine diretrizes para implantação e habilitação dos Centros de Parto Normal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.656, de 17 de outubro de 2007. Redefine a atenção à saúde dos povos indígenas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.836, de 2 de dezembro de 2011. Institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.866, de 2 de janeiro de 2011. Institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes para a atenção à saúde dos povos indígenas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017. Dispõe sobre a ampliação do acesso ao DIU TCu 380A no SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.396, de 11 de dezembro de 2020. Estabelece incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das ações de equidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde, com base no cadastro das

populações vulneráveis. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 14 dez. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: julho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 para instituir nova metodologia de cofinanciamento do Piso da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 11 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.349, de 19 de dezembro de 2024. Institui a Rede de Atenção Materna e Infantil – Rede Alyne. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 19 de dezembro de 2024. Define os critérios de habilitação e financiamento dos componentes da Rede Alyne. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 930, de 10 de maio de 2012. Define diretrizes para atenção humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 11 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 ago. 2008. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: julho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de avaliação dos dados de saúde das populações do campo, da floresta e das águas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da população cigana no SUS: orientações para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: julho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS: organização, funcionamento e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: julho de 2025.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Política pública para a faixa de fronteira: diagnóstico e propostas para atuação*

governamental. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Defesa Nacional e da Segurança Pública (SecexDefesa), 2019. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br>. Acesso em: julho de 2025.

COIMBRA Jr., Carlos E. A. et al. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. In: RUFFINO, M. L. (org.). *Amazônia: uma perspectiva macroeconômica*. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2003. p. 265-290.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 690, de 7 de julho de 2022. Normatiza a atuação do enfermeiro no planejamento familiar e reprodutivo. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 jul. 2022.

DIAS, Luciana de Oliveira. *Saúde e migração internacional: um olhar para os direitos humanos e a integralidade no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2022: primeiros resultados – população e crescimento dos municípios e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/censos/censo-demografico-2022>. Acesso em: julho de 2025.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Faixa de fronteira da divisa do Brasil com países sul-americanos. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31090-ibge-atualiza-municipios-de-fronteira-e-defrontantes-com-o-mar-devido-a-mudancas-de-limites#:~:text=Fronteira%20terrestre%20se%20estende%20por,toda%20a%20extens%C3%A3o%20fronteiri%C3%A7a%20nacional>. Acessado em dezembro 2023

INCRA – INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA. *Cadastro de Projetos de Assentamento por Unidade da Federação – Mato Grosso do Sul*. Brasília: INCRA, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/incra>. Acesso em: julho de 2025.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Imigração e políticas públicas: o atendimento a imigrantes no Brasil*. Brasília: Ipea, 2015. (Texto para Discussão, n. 2044). Disponível em: <https://www.ipea.gov.br>. Acesso em: julho de 2025.

JESUS, Jaqueline Gomes de. *Transfobia: identidade de gênero e os direitos das pessoas trans*. Brasília: INESP, 2012. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br>. Acesso em: julho de 2025.

JUNIOR, Paulo Sérgio. *Povos ciganos no Brasil: entre a invisibilidade e o reconhecimento de direitos*. São Paulo: Cortez, 2020.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, supl. 1, p. 87–96, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050008>. Acesso em: Acesso em: julho de 2025.

MATO GROSSO DO SUL. Lei Estadual nº 2.576, de 19 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a Política de Aleitamento Materno no Estado. Diário Oficial do Estado de MS, Campo Grande, MS, 20 dez. 2022.

MATO GROSSO DO SUL. Lei Estadual nº 5.217, de 26 de junho de 2018. Dispõe sobre medidas de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Diário Oficial do Estado de MS, Campo Grande, MS, 27 jun. 2018.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução CIB/SES nº 180, de 23 de agosto de 2023. Aprova a composição do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. Diário Oficial do Estado de MS, Campo Grande, MS, 24 ago. 2023.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução CIB/SES/MS nº 018, de 30 de junho de 2016. Aprova o Protocolo de Atendimento à Gestante, Puérpera e Recém-Nascido. Diário Oficial do Estado de MS, Campo Grande, MS, 1 jul. 2016.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MS nº 039, de 6 de junho de 2013. Reestrutura o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil. Diário Oficial do Estado de MS, Campo Grande, MS, 7 jun. 2013.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MS nº 090, de 2 de agosto de 2022. Padroniza os instrumentos de estratificação de risco gestacional e infantil na APS. Diário Oficial do Estado de MS, Campo Grande, MS, 3 ago. 2022.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MS nº 059, de 28 de julho de 2023. Institui o Ipê Branco como árvore símbolo do aleitamento materno no Estado. Diário Oficial do Estado de MS, Campo Grande, MS, 31 jul. 2023.

RAUPP, Luciana. *Saúde indígena no Brasil: desafios e perspectivas*. Curitiba: CRV, 2019.

REIS, R. I. *Diversidade sexual e de gênero: conceitos e reflexões para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2018.

ROTHENBURG, Liane; STROPPIA, Cristiane. *Atenção à saúde dos povos ciganos no SUS: desafios e possibilidades*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da população cigana no SUS: orientações para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. p. 18-27. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: julho de 2025.

SOUZA, Andressa Nogueira de; BERNARDES, Caroline Sanches. Política pública de saúde e a população trans no Brasil: avanços e desafios. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 117–133, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29437>. Acesso em: julho de 2025.

► 10. ANEXOS

Grupo Condutor Estadual da Rede, Resolução N. 180/CIB/SES de 23 de agosto de 2023, [Grupo Condutor Estadual.pdf](#)

Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de Mato Grosso do Sul: nº 039/SES/MS/13 de 06 de junho de 2013, [REGIMENTO INTERNO CEPMMI.pdf](#)

Planificação da Atenção à Saúde – PAS

O Estado de Mato Grosso do Sul aderiu à Planificação da Atenção à Saúde – PAS, por meio do Projeto PlanificaSUS, com apoio técnico do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), no âmbito do PROADI-SUS, em três triênios consecutivos: 2019–2021, 2021–2023 e 2024–2026.

O projeto tem como objetivo implantar a metodologia da Planificação da Atenção à Saúde nos territórios, com foco na organização dos macroprocessos da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). A atuação

ocorre de forma articulada entre as esferas estadual e municipal, fortalecendo o cuidado compartilhado e resolutivo, especialmente nas linhas materna-infantil e de saúde mental.

No terceiro triênio, iniciado em 2024, o projeto foi expandido para seis Regiões de Saúde:

- Centro, incluindo a capital Campo Grande
- Norte
- Baixo Pantanal
- 03 municípios da Região Nordeste
- 01 município da Região Centro-Sul
- 01 município da Região Pantanal

Ao todo, 34 municípios participam da estratégia, com foco principal na linha de cuidado materno-infantil, considerando as elevadas taxas de mortalidade nesses estratos populacionais. Na Região Baixo Pantanal, também foi incorporada a linha de cuidado em saúde mental.

A metodologia da PAS está estruturada em seis Ciclos de Melhoria Contínua, cada um com duração de seis meses, abrangendo as fases de Planejamento, Operacionalização, Monitoramento e Avaliação. Durante a fase de operacionalização, os municípios realizam workshops teóricos e oficinas tutoriais, com a construção de planos de ação locais, fortalecendo os processos nas Unidades Básicas de Saúde.

Além disso, no triênio vigente, está sendo implementado o processo de formação de multiplicadores do instrumento MI-mhGAP, com 80 profissionais capacitados para atuarem como formadores em saúde mental.

Como incentivo estadual, a SES/MS realiza repasse mensal de R\$ 390.000,00 para os 34 municípios participantes, totalizando R\$ 4.680.000,00 anuais.

A metodologia da Planificação dialoga de forma estratégica com a Rede Alyne, uma vez que ambas promovem a qualificação dos processos de trabalho da APS e da AAE, organizando fluxos e linhas de cuidado com foco na atenção materna e infantil, gestão

do risco, redução da mortalidade e na coordenação efetiva do cuidado em rede. A incorporação dos instrumentos e práticas da Planificação fortalece os objetivos e compromissos assumidos no âmbito da Rede Alyne.

Responsável estadual pela Planificação da Atenção à Saúde:

Karine Cavalcante Costa

Superintendente de Atenção Primária à Saúde – SES/MS

e-mail: saps@saude.ms.gov.br

(67) 3318-1623

Planejamento Regional Integrado – PRI

O Estado de Mato Grosso do Sul iniciou o **Planejamento Regional Integrado (PRI)** em **2023**, conduzindo de forma colaborativa entre a Secretaria de Estado de Saúde, os municípios e as regiões de saúde, com base na Portaria GM/MS nº 1.135/2022.

O processo foi articulado com o apoio técnico do Ministério da Saúde e contou com oficinas regionais para análise situacional, definição de prioridades e pactuação de metas para reorganização da rede de atenção à saúde nos territórios.

O documento final do PRI foi validado em **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)** e subsidiou a construção do Plano Estadual de Saúde e dos Planos Regionais, sendo fundamental para o alinhamento das ações estratégicas nas regiões e para o aprimoramento da alocação de recursos federais e estaduais.

Responsável estadual pelo PRI:

Letícia Gavioli

Superintendência de Gestão da Rede de Atenção à Saúde – SES/MS

leticia.gavioli@saude.ms.gov.br

(67) 3318-1771