PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) 2026-2029

CAMPO GRANDE
PREFEITURA
Para viver e ser feliz

SESAU
Secretaria Municipal de Saúde

CGEP

Conselho Municipal de Saúde
CAMPO GRANDE - MS

SUS Sistema Único de Saúde

PREFEITA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

Adriane Barbosa Nogueira Lopes

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rosana Leite de Melo

SECRETÁRIO-ADJUNTO

Aldecir Dutra de Araújo

COORDENADORIA-GERAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO PARTICIPATIVA

Yama Alburquerque Higa

COORDENADORIA-GERAL FINANCEIRA

Elias Reis de Souza

COORDENADORIA-GERAL JURÍDICA

Clelia Steinle de Carvalho

COORDENADORIA-GERAL DE SOLUÇÕES EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Fabio Nantes Monteiro

COORDENADORIA-GERAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes

COORDENADORIA-ESPECIAL DE MANUTENÇÃO E OBRAS

Sinério Otávio da Silva

OUVIDORIA DA SAÚDE

Sílvia Raquel Bambokian

SUPERINTENDÊNCIA DE ECONOMIA EM SAÚDE

Danilo de Souza Vasconcelos

SUPERINTENDÊNCIA DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Ana Paula Gonçalves de Lima Resende

SUPERINTENDÊNCIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS DE SAÚDE

Ana Paula Souza Borges Bueno

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO

Eduardo Luis Mense Rodrigues

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Veruska Lahdo

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO CUIDADO

Kezia Dias Santana Vieira Nishimura

ELABORAÇÃO TÉCNICA

Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS

Hena Dianna Moreira Lopes da Silva – Gerente (GPSUS)

Jéssica Priscilla Resende Magalhães - Chefe Divisão de Monitoramento (DiMSUS)

Edward Meireles de Camargo Junior - Assessor GPSUS

Apoio Técnico

Assessoria Técnica – Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa

Gorett Alves Pereira

SUMÁRIO

Introdução..... 10

1. Estrutura Plano Municipal 2026-2029..... 15

2. Análise Situacional..... 19

2.4 Estrutura do Sistema de Saúde..... 26

2.4.1 Atenção Primária à Saúde 29

2.4.2 Saúde Bucal..... 38

2.4.3 Urgência e Emergência..... 40

2.4.4 Atenção Especializada..... 47

2.4.5 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 49

2.4.6 SAMU..... 51

2.4.7 Assistência Farmacêutica..... 52

2.4.8 Vigilância em Saúde..... 54

2.4.9 Relação Institucionais de Saúde..... 60

2.5 Redes de Atenção à Saúde - RAS..... 73

2.6 Condições Sociossanitárias..... 91

2.6.1 Perfil nascidos vivos..... 93

2.6.2 Mortalidade..... 96

2.6.3 Indicadores de morbidade..... 101

2.7 Emergência em Saúde Pública..... 163

2.8 Fluxos de Acesso..... 167

2.9 Recursos Financeiros..... 198

2.10 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde..... 213

2.11 Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde..... 222

2.12 Gestão..... 241

2.13 Controle Social..... 279

2.14 Auditoria..... 282

2.15 Regionalização..... 284

3. Diretrizes, objetivos, metas e Indicadores..... 299

4. Monitoramento e Avaliação..... 324

Referências..... 326

Anexos

INTRODUÇÃO

Os instrumentos básicos para planejamento e gestão do SUS são compostos pelo **Plano de Saúde (PS)**, Programações Anuais de Saúde (PAS) *e* Relatórios Anuais de Gestão (RAG) em estreita articulação e interdependência, são partes consecutivas e contínuas de um mesmo processo e pretende contribuir para funcionamento do sistema de saúde, o qual objetiva a melhoria da promoção, proteção e recuperação da saúde, o aperfeiçoamento da gestão, das ações e serviços prestados à população, como dispõe a Lei n. 8.080/90.

O processo de planejamento e orçamento do SUS é ascendente do nível local até o federal compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Sendo assim, o **Plano de Saúde** é o instrumento central de planejamento, que orienta as iniciativas de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) para o período de quatro anos, expressando políticas e compromissos sanitários, buscando explicitar o caminho a ser seguido pela Secretaria de Saúde para atingir sua missão e devendo orientar-se pelos pactos assumidos, pelos Relatórios das Conferências em Saúde, pelas recomendações dos Relatórios de Gestão de anos anteriores, além de pautar-se na Análise Situacional, nas necessidades de saúde da população e nas peculiaridades da esfera municipal, a partir dos seguintes eixos mínimos orientadores:

- Estrutura do Sistema de Saúde;
- Redes de Atenção à Saúde;
- Condições Sociossanitárias;
- Fluxos de Acesso;
- Recursos Financeiros;
- Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde;
- Gestão;

Eixos complementares:

- Controle Social e
- Auditoria.

O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas. A identificação dos problemas na análise situacional para a elaboração do Plano de Saúde deverá ser feita com base nas condições de saúde da população, nos determinantes e condicionantes de saúde e na gestão em saúde.

Desta forma, a Análise situacional configura-se como etapa que antecede a formulação das diretrizes, objetivos e metas do próprio Plano, consistindo no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade.

Subsequentemente à análise situacional devem ser definidas as diretrizes, objetivos e metas do Plano de Saúde que devem também estar consoantes aos critérios adotados na análise situacional.

Tabela 01. Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Metas, 2025.

DIRETRIZ	Formulação que indica as linhas de ação a serem seguidas. Expressa de forma objetiva – sob a forma de um enunciado-síntese – e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde.
OBJETIVO	Expressa o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.
INDICADOR	É um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas.
META	Expressão quantitativa de um objetivo. A meta concretiza o objetivo no tempo, esclarece e quantifica “o que”, “para quem”, “quando”.

Fonte: Série Cadernos de Planejamento, v. 2 do ano 2009 – “Sistema de Planejamento do SUS - Uma construção coletiva”, Instrumentos básicos.

Como parte integrante do processo cíclico de planejamento do SUS, a Programação Anual operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, em ações concretas, a fim de garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde. Os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde são parte integrante do Relatório Anual de Gestão assim como orientam eventuais redirecionamentos para o Plano e para as programações anuais sucessivas.

O Plano de Saúde deverá nortear a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde, além de todos os instrumentos do ciclo de planejamento do SUS (Plano e Programação) compatibilizando com os instrumentos de planejamento governamental (Plano Plurianual Anual - PPA e Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA).

À Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS cabe planejar, executar e gerir os serviços de saúde em conformidade com os princípios do SUS, buscando excelência nas ações direcionadas a integridade na saúde e qualidade de vida dos cidadãos, portanto a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde, é subsidiada pelo Plano Municipal de Saúde e abrange todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade das ações norteando as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde, tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação do controle social, via Conselho Municipal de Saúde.

✓ MAPA ESTRATÉGICO

O mapa estratégico é uma representação gráfica das metas do plano municipal, que evidencia os desafios para que a gestão possa intervir, com intuito de transformar a situação atual de saúde e atender as necessidades da população. O mapa descreve as estratégias da organização, facilita a tomada de decisões e estimula o envolvimento dos colaboradores da saúde. Portanto, sua estrutura se dá por meio de **missão, visão** e **valores** distribuídos em resultados esperados para a sociedade, processos, perspectivas da gestão e perspectiva financeira.

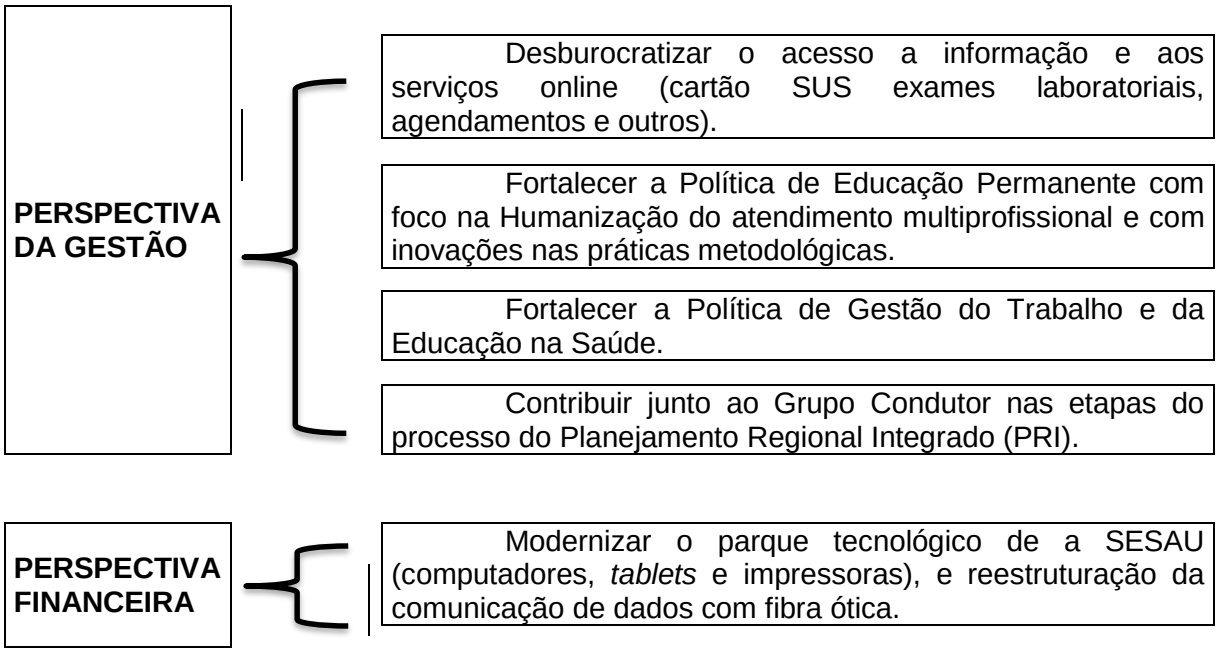
Mapa estratégico da Secretária Municipal de Saúde (SESAU), 2022-2025.

MISSÃO	Promover o cuidado humanizado e qualificado à população em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, por meio das redes de cuidado e gestão eficiente.
VISÃO	Tornar-se referência em humanização, qualidade no acesso à saúde, transparência e educação com garantia das universalidade, equidade e integralidade.
VALORES	Equidade, ética, humanização, participação social e transparência.

RESULTADOS PARA A SOCIEDADE	Propiciar atenção integral à saúde qualificada para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência.
	Ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, a promoção do acesso aos pontos de atenção da população alvo e de sua família.
	Reduzir a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção.

PROCESSOS	Qualificar o acesso e estimular o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção.
	Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades.
	Desenvolver ações coletivas de Assistência Odontológica para o usuário em sua integralidade biopsicossocial.
	Ofertar cuidados próprios da Atenção Primária à Saúde com base na integralidade (abrangência do cuidado), tanto de serviços clínicos como de vigilância em saúde.
	Qualificar os ambientes da rede de saúde promovendo a proteção e segurança dos usuários e trabalhadores do SUS através da manutenção preventiva e corretiva.
	Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade.

Mapa estratégico da Secretária Municipal de Saúde (SESAU), 2022-2025.



1. ESTRUTURA DO PLANO MUNICIPAL 2026-2029

A Constituição federal de 1988 dispõe em seu art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Em seguida, sua regulamentação é apresentada nas leis nº 8.080 de 1990 e nº 8.142 de 1990, chamadas Leis Orgânicas do SUS.

O SUS constitui-se em uma forma de organização da prestação das ações e serviços públicos, abrangendo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Além dos seus princípios fundamentais e organizacionais para o SUS, sendo a universalidade, integralidade e equidade os estruturantes da institucionalidade do sistema. E, os princípios organizacionais, os quais se destacam a descentralização de meios e responsabilidades, com prioridade municipal de execução, além da participação social na elaboração e controle da política nacional.

A Lei nº 8.080/90 foi melhor detalhada pelo Decreto nº 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa como forma de operacionalização, levando em consideração um modelo regionalizado e hierarquizado. Esse dispositivo legal definiu como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Regiões de Saúde são instituídas por articulação entre os estados e os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O decreto estabelece também que poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados, em articulação com os Municípios. Quando situados em áreas fronteiriças com outros países, a conformação em regiões deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Para referendar o arcabouço legal do SUS, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabeleceu bases referenciais para o escopo das ações e serviços de saúde e para o compartilhamento do financiamento setorial. Em maio de 2021, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) publicou nota explicativa sobre a Lei Complementar nº 181, de 06 de maio de 2021 (anexo) para viabilizar meios legais que possibilitem aos municípios a execução dos recursos financeiros remanescentes de exercícios anteriores, constantes nos Fundos Municipais de Saúde, provenientes de repasses do Ministério da Saúde. De acordo com a lei n°181/2021, a qual permite aos Estados, ao

Distrito Federal e aos Municípios realizarem a transposição e a transferência destes valores disponíveis para que sejam utilizados em outras ações de saúde no Município.

No decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, o qual dispõe sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e da política nacional de saúde competências: coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde - SUS; a saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios; as informações de saúde; os insumos críticos para a saúde; a ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais, lacustres e aéreos; a vigilância de saúde, especialmente quanto a drogas, medicamentos e alimentos; e a pesquisa científica e tecnológica na área de saúde.

Além de suas competências, vale ressaltar que MS é a gestão central do sistema, sendo preferencialmente de forma descentralizada, onde o componente municipal é o principal executor da atenção com direção única em cada esfera de governo, sendo facultativo a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde conforme disposto na lei.

Para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e dos programas do MS, o Plano Nacional de Saúde (PNS) como instrumento orientador se torna capaz de conduzir a atuação da esfera federal em sua coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecendo metas, indicadores, diretrizes e prioridades.

Enquanto o Plano Estadual de Saúde (PES) é um dos principais instrumentos de apoio em busca do aperfeiçoamento e a atuação da Secretária Estadual de Saúde (SES) que pretende destacar os problemas e prioridades de intervenção para a melhoria e sustentabilidade do SUS, visando a equidade entre as regiões e a qualidade de vida e de saúde da população do estado de Mato Grosso do Sul.

Contudo, para o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) feito o diagnóstico situacional, identificado as necessidades da população, e a partir das conferências distritais e municipais com participação social, trabalhadores da saúde e gestores apoiados pela Secretaria Municipal de saúde (SESAU) suas etapas demandam alguns requisitos, como operacionalização e estruturação das informações.

Destaca-se que os problemas elencados como prioridade para o enfrentamento, no quadriênio, apresentam-se grifados e sublinhados no decorrer daquele documento. Sendo assim, O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 possui como estrutura:

- Introdução: contextualização do ciclo de planejamento e os itens básicos do Plano;

- Diagnóstico situacional: foram transcritos os itens do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029, a saber: Estrutura do Sistema de Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Condições sociossanitárias; Fluxos de Acesso; Recursos Financeiros; Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde; Gestão,

Auditoria e Conselho Social, respeitando-se os levantamentos realizados quando da sua elaboração em 2020/2021.

- Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Metas: considerando a Portaria GM n° 750, de 29/04/19, que institui o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28/09/17 e considerando o modelo de Plano de Saúde disponibilizado pelo DigiSUS onde os indicadores proporão metas e ações do Plano, obrigatoriamente, com intuito de auxiliar seu monitoramento, e estar vinculadas à Objetivos e Diretrizes.

- Operacionalização: conta com o relato dos caminhos percorridos para a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029.

- Monitoramento e Avaliação: o monitoramento se deu através do acompanhamento dos compromissos explicitados nos Instrumentos Básicos do Planejamento do SUS. Enquanto a avaliação do Plano tem importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão, da resolubilidade das ações e serviços de saúde prestados à população e para a implementação e consolidação do Sistema de Planejamento do SUS.

- Indicadores de saúde: A consolidação da denominada “Ficha de qualificação - Proposta para Pactuação dos Indicadores de Saúde: 2024-2025” será conduzida pela Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS da Coordenadoria – Geral de Planejamento e Gestão Participativa, junto aos setores responsáveis desta secretaria pelo preenchimento do dado. Portanto, a estrutura definida é uma adaptação que se norteou a partir dos dados básicos de saúde da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que dispõe de conceitos e critérios adotados para os indicadores conforme o “Modelo da Ficha de Qualificação de Indicadores (FQI)”. Para o mesmo fim, também foram utilizadas as Fichas de Qualificação da Pactuação Interfederativa 2017-2021.

Cabe destacar que, em favor das tramitações legais, os indicadores foram sistematizados junto às áreas técnicas, os quais deverão ser monitorados e avaliados, de acordo com a periodicidade preestabelecida, sendo elas: mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual.

O Plano Municipal de Saúde é submetido à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde devendo ser disponibilizado para acesso ao público no DigiSUS.

O DigiSUS Gestor- módulo planejamento incorporou as funcionalidades do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS) e do Sistema de Pactuação de Indicadores do Pacto pela Saúde (Sispacto) e foi regulamentado pela Portaria GM/MS n° 750, de 29 de abril de 2019, que altera os artigos 435 a 441 da Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017. É uma plataforma digital, que tem por objetivo possibilitar, aos gestores de todas as esferas acesso aos registros de dados do Plano de Saúde (PS) e da Programação Anual de Saúde (PAS), bem como a elaboração e o envio do Relatório Detalhado do Quadrimestre

Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG) para apreciação do conselho de saúde.

Os principais objetivos do DigiSUS baseiam-se no aperfeiçoamento da gestão em saúde, a facilitação do acompanhamento das políticas de saúde, o aprimoramento do uso dos recursos públicos, apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde e manter a transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde.

2.4 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

A estrutura do sistema de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Campo Grande-MS, é definida por órgãos colegiados e de direção superior. Os órgãos colegiados incluem o Conselho Municipal de Saúde, enquanto os órgãos de direção superior são o Secretário Municipal e o Secretário-Adjunto.

A rede de saúde do SUS em Campo Grande abrange serviços de atenção primária, média e alta complexidade, além de urgência e emergência, vigilância sanitária e ambiental, assistência farmacêutica, entre outros. Contudo, a SESAU tem sua competência e estrutura básica instituída no Decreto nº 16.169 de 23 de janeiro de 2025.

À Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), nos termos do disposto no art. 22 da Lei n. 7.366, de 27 de dezembro de 2024, compete:

I - A formulação da política de saúde do Município, tendo como base os indicadores socioeconômicos e culturais da população, e a sua implementação, através da integração, disseminação e hierarquização dos serviços da saúde, em conformidade com as normas do Sistema Único de Saúde e deliberações do Conselho Municipal de Saúde;

II - A coordenação, a supervisão e a execução de programas, projetos, atividades e ações vinculadas ao Sistema Único de Saúde, em articulação com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul e com o Ministério da Saúde;

III - a coordenação e a execução das ações de controle sanitário do meio ambiente e de saneamento básico, em articulação com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Gestão Urbana e Desenvolvimento Econômico, Turístico e Sustentável, em especial para emissão de alvará sanitário;

IV - A coordenação, a fiscalização e a execução das ações de vigilância sanitária e a aplicação do ordenamento normativo de defesa sanitária vegetal e animal no território do Município; V - a promoção de medidas preventivas de proteção à saúde, em especial, as de caráter imunológico e educativo, concernentes ao perfil epidemiológico do Município e as ações de prevenção da saúde bucal;

VI - A promoção da integração das atividades públicas e privadas, coordenando a prestação dos serviços de saúde e estabelecendo normas, parâmetros e critérios necessários ao padrão de qualidade exigido, no nível de competência do Município;

VII - a gestão, a manutenção, a coordenação, o controle e a execução dos serviços de saúde prestados pela rede pública em ambulatórios, unidades da atenção primaria de saúde, unidades de prontos atendimentos e laboratórios na execução de ações e procedimento de proteção, prevenção e promoção da saúde da população;

VIII - a distribuição de medicamentos, assegurando a assistência farmacêutica, em consonância com a política e diretrizes do Sistema Único de Saúde;

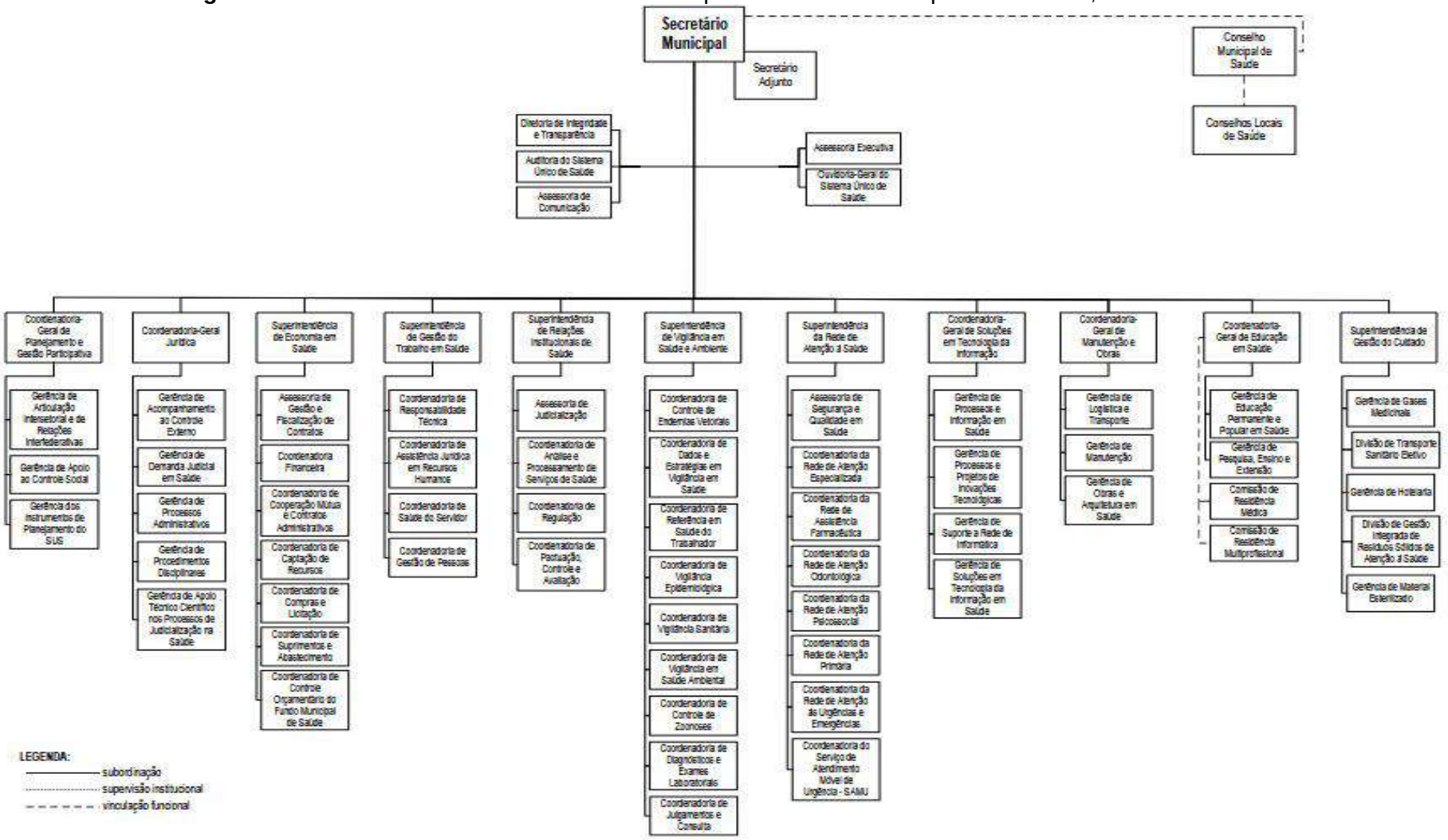
IX - A execução dos serviços de saúde vinculados às atividades de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e saúde do meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana;

X - A promoção e a coordenação da integração das atividades de prestação de serviços de saúde no Município e o estabelecimento de normas, parâmetros e critérios necessários para assegurar graus de eficiência e produtividade nesse setor;

XI - a gestão dos recursos destinados à saúde, para assegurar o cumprimento das obrigações constitucionais e a aplicação no atendimento integral à saúde, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

XII – formulação, execução de políticas públicas para gestão, formação e qualificação dos trabalhadores da área de saúde com ênfase na educação em saúde.

Figura 01 – Estrutura Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande- MS, 2025.



2.4.1 Atenção Primária à Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como proposta a implantação dos sistemas de saúde municipais articulados regionalmente, com base municipal, num processo de negociação permanente e dinâmica entre os níveis de governo Municipal, Estadual e Federal, visando assegurar melhor atenção à saúde da população.

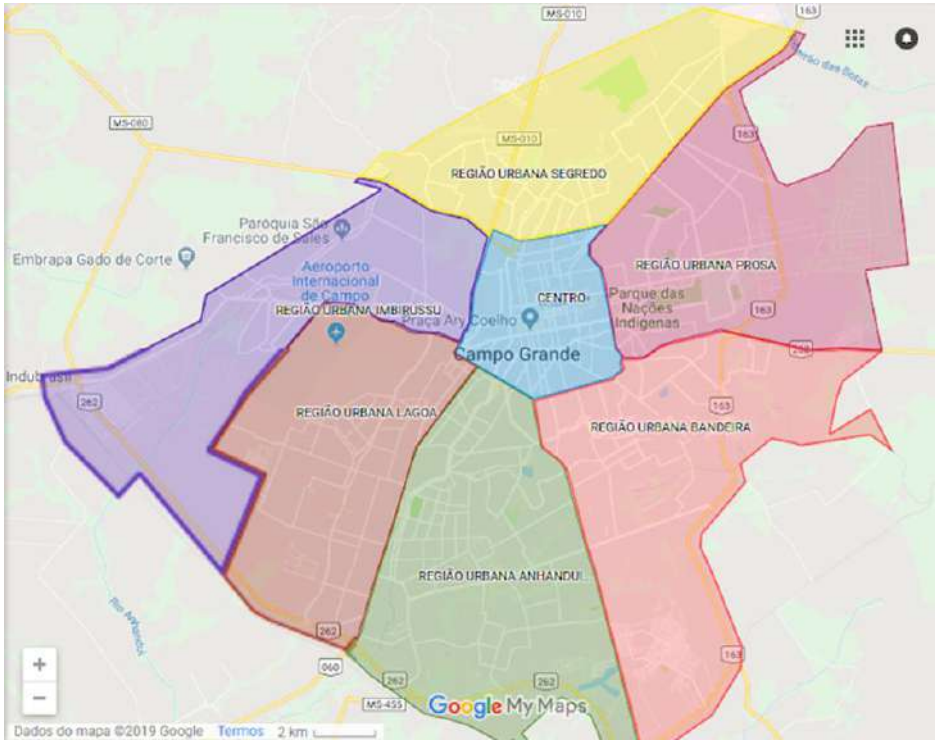
A Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) tem por objetivo assegurar à população Políticas Públicas de Saúde, contemplando os princípios do SUS, através do cuidado oportuno, eficiente com equidade promovendo a integração a gestão participativa e o controle social, visando à melhoria da qualidade de vida de seus munícipes.

A Coordenadoria de Rede de Atenção Primária à Saúde, diretamente subordinada à Superintendência da Rede de Assistência à Saúde, tem como competências: Coordenar a Rede de Atenção Primária em Saúde no âmbito municipal em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, coordenar a Estratégia de Saúde da Família como acesso preferencial dos usuários aos serviços de saúde, articulando-se as coordenadorias municipais e unidades gestoras; ampliar o escopo da Atenção Primária sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da Atenção Primária; coordenar a implantação, expansão e a operacionalização das equipes de saúde da família e das equipes multiprofissionais na APS (eMulti) no âmbito do sistema local, em conjunto com os demais setores competentes; monitoramento e avaliação dos indicadores municipais; elaborar, implantar, coordenar, monitorar e avaliar as políticas transversais de atenção à saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde, desenvolvendo programas e ações, considerando a diversidade dos usuários, possibilitando a resolução de grande parte de suas necessidades, é uma estratégia de organização voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso à Atenção Primária à Saúde, por meio de equipes multiprofissionais.

Importante destacar a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária - AP, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas pelo ministério da saúde.

Figura 2. Distritos Sanitários do município de Campo Grande-MS, 2025.



Fonte: 10.8.3.231:8000/mapa, 2021.

De acordo com a orgânica da saúde, Lei nº 8.080/90, parágrafo 2 do artigo 10, “no nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde”.

Visando promover a integração regional das redes de atenção, por meio da reorganização territorial dos Distritos Sanitários com vistas ao reordenamento e reconhecimento das especificidades das diferentes bases regionais, foi proposto um novo dimensionamento, levando em consideração os elementos como: a divisão territorial, os problemas ou práticas sanitárias e o processo de trabalho das unidades adscritas. O município é composto por 07 Distritos, e sua a nomenclatura segue as regiões urbanas:

1. **Distrito Sanitário da Região Prosa;**
2. **Distrito Sanitário da Região Segredo;**
3. **Distrito Sanitário da Região do Anhanduizinho;**
4. **Distrito Sanitário da Região Imbirussu;**
5. **Distrito Sanitário Região do Bandeira;**
6. **Distrito Sanitário da Região da Lagoa;**
7. **Distrito Sanitário da Região Centro;**

A Atenção Primária à Saúde de Campo Grande é composta por 74 Unidades de Atenção Primária à Saúde, 227 equipes de Saúde da Família (ESF), 147 equipes de Saúde Bucal (ESB); 14 equipes multiprofissionais na APS (eMulti), 02 equipes de Consultório na Rua (eCR), 07 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP).

Embora ambos os modelos sejam formas de prover assistência primária em saúde à população, existem diferenças importantes de recursos humanos, financiamento e processo de trabalho que resultam em impacto diferenciado na forma de assistência à população.

Abaixo segue a distribuição das unidades por distrito:

- Distrito Sanitário da Região Prosa: 08 Unidades de Saúde da Família (USF)
  - 01 unidade com 02 equipes
  - 02 unidades com 03 equipes
  - 01 unidade com 04 equipes
  - 01 unidade com 05 equipes
  - 02 unidades com 01 equipe
  - 01 unidade com 03 equipes

- Distrito Sanitário da Região Segredo: 15 Unidades de Saúde da Família (USF)
  - 01 unidade rural com 01 equipe
  - 03 unidades com 01 equipe
  - 01 unidade com 02 equipes
  - 05 unidades com 03 equipes
  - 05 unidades com 04 equipes

- Distrito Sanitário da Região do Anhanduizinho: 18 Unidades de Saúde da Família (USF)
  - 01 unidade rural com 02 equipes
  - 05 unidades com 02 equipes
  - 05 unidades com 03 equipes
  - 06 unidades com 04 equipes
  - 01 unidade com 05 equipes

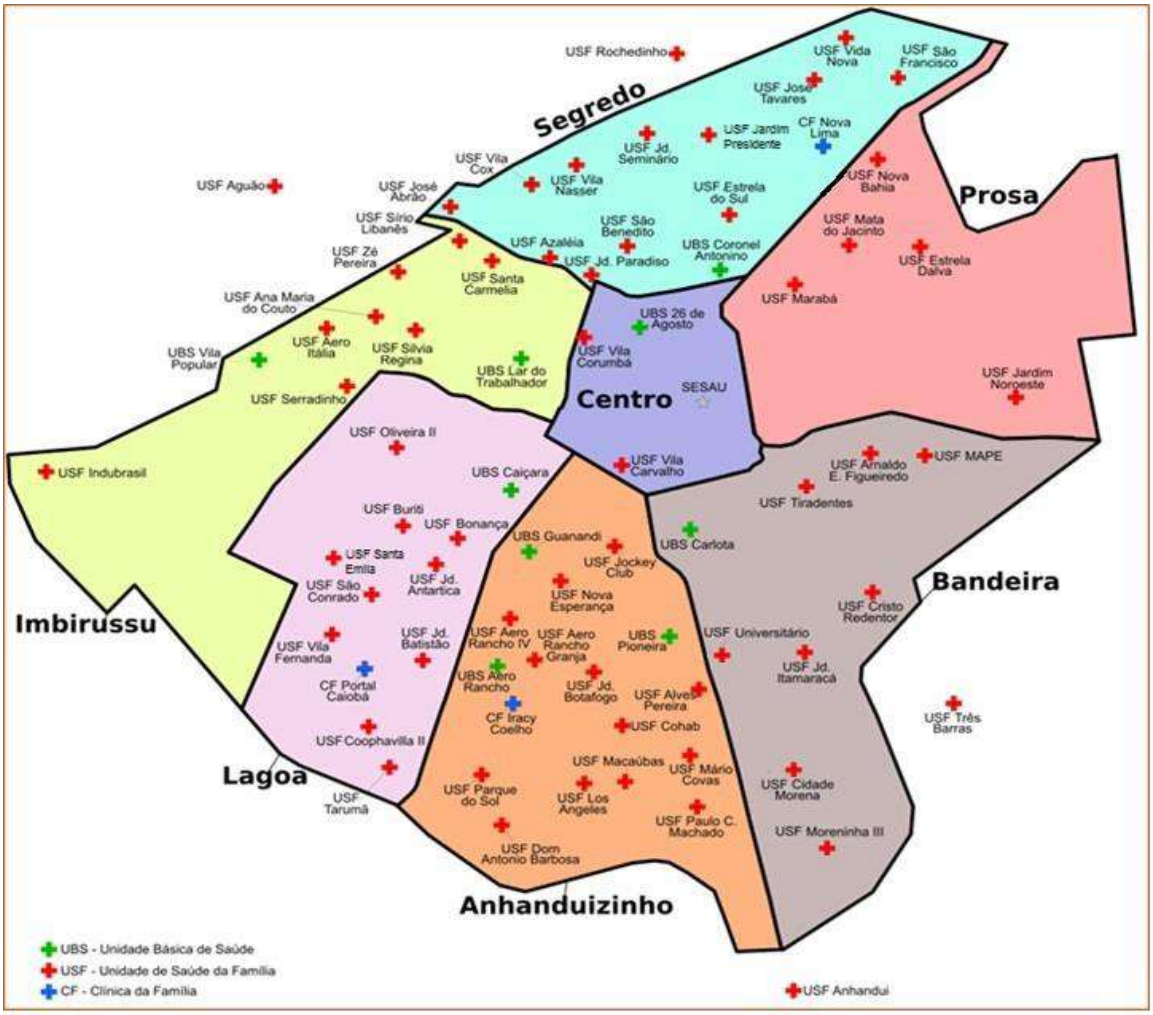
- Distrito Sanitário da Região Imbirussu: 11 Unidades de Saúde da Família (USF)
  - 01 unidade rural com 01 equipe
  - 03 unidades com 02 equipes
  - 05 unidades com 03 equipes
  - 01 unidade com 04 equipes
  - 01 unidade com 05 equipes

- Distrito Sanitário Região do Bandeira: 10 Unidades de Saúde da Família (USF)
  - 01 unidade rural com 01 equipe
  - 02 unidades com 02 equipes
  - 02 unidades com 03 equipes
  - 03 unidades com 04 equipes
  - 01 unidade com 05 equipes
  - 01 unidade com 06 equipes

- Distrito Sanitário da Região da Lagoa: 12 Unidades de Saúde da Família (USF)
  - 01 unidade com 02 equipes
  - 05 unidades com 03 equipes
  - 05 unidades com 04 equipes
  - 01 unidade com 06 equipes

- Distrito Sanitário da Região Centro: 03 Unidades de Saúde da Família (USF)
  - 02 unidades com 01 equipe
  - 01 unidade com 03 equipes

Figura 3. Localização das Unidades de Atenção Primária do município de Campo Grande-MS, 2025.



Considerando que os territórios são dinâmicos devido ao crescimento populacional, foi realizado redimensionamento do território para cobertura das microáreas descobertas, distribuição e adequação do número de pessoas por agente comunitário de saúde (ACS) para melhor planejamento das ações de saúde pelas equipes vinculadas às unidades e atender ao preconizado na Política Nacional de Atenção Básica. Atualmente o município de Campo Grande possui 1.482 ACS, ativos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) competência janeiro de 2023, desenvolvendo ações de mapeamento e territorialização das áreas adscritas e atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, em especial os mais prevalentes no território.

As equipes multiprofissionais na APS (eMulti) são equipes compostas por profissionais de saúde, de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais, foi instituída pela Portaria GM/MS Nº 635 de 22/05/2023, elas operam de maneira complementar e integrada às outras equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). A eMulti inova e valoriza o cuidado multidisciplinar com o aumento do valor do repasse federal aos municípios credenciados para o custeio dessas equipes, com a incorporação de tecnologias de informação e comunicação (TIC) e a ampliação da lista de composição profissional. Vale destacar, que algumas equipes atuam juntas, sendo responsáveis pela mesma população e território, fortalecendo as articulações com outros equipamentos de saúde e de outros setores (educação, serviço social, cultura, lazer, esporte, entre outros), estando organizadas no município de Campo Grande da seguinte forma:

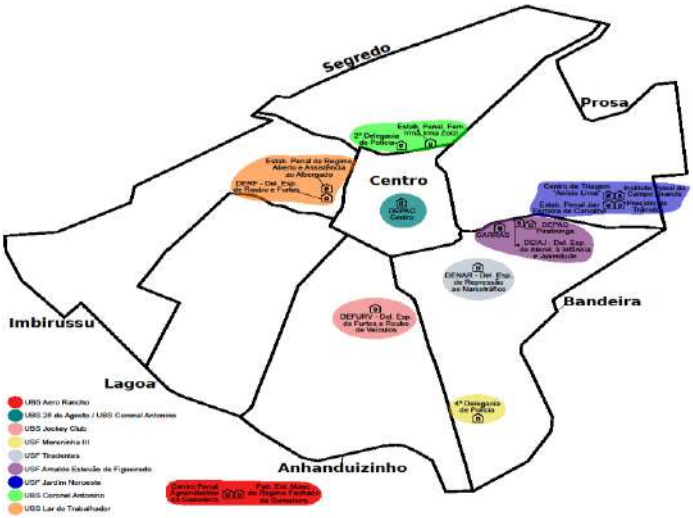
- Equipes multiprofissionais (eMulti) desenvolve ações de atendimento individual, em grupo e domiciliar; atividades coletivas; apoio matricial; discussões de casos; atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; ações de saúde à distância; construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; práticas intersetoriais.
- Equipes de Consultório na Rua (eCR) realiza a vinculação entre paciente e equipe, e posteriormente a vinculação deste com a unidade de referência do seu território atual. Visa também desenvolver ações integrais de saúde frente às necessidades da população em situação de rua, através de articulações com a rede intrasetorial e intersetorial para o atendimento desta população. Quanto ao perfil desta população, a maioria são homens com idade de 20 a 50 anos sendo o uso abusivo de álcool o mais presente, seguido do uso de pasta base e crack.

- Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) tem como objetivo garantir a pessoa privada de liberdade o acesso ao cuidado integral ~~da~~ no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando a Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

No Brasil, desde 1984, a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984 assegura atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984) às pessoas reclusas. O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentando pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, prevê, em suas diretrizes, a universalidade, a igualdade e a equidade do acesso à saúde como um direito de cidadania e um dever das três esferas de governo.

O Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade de atenção primária prisional passasse a ser visualizada como ponto da Rede de Atenção à Saúde.

Figura 4. Localização das Unidades Prisionais do município de Campo Grande-MS, 2025.



Fonte: 10.8.3.231:8000/mapa, 2022.

O município de Campo Grande-MS possui sete equipes de atenção primária prisional (eAPP):

- CENTRO PENAL AGROINDUSTRIAL GAMELEIRA SEMI ABERTO - 0540978

- ESTAB PENAL DE SEGURANCA MAXIMA JAIR FERREIRA DE CARVALHO - 9518231

- ESTABELECIMENTO PENAL FEMININO IRMA IRMA ZORZI EPFIIZ - 7773145

- MODULO DE SAUDE DO COMPLEXO PENITENCIARIO DE CPO GDE MS - 7975783

- PENITENCIARIA ESTADUAL MASC REGIME FECHADO GAMELEIRA I – 0378704

- PENITENCIARIA ESTADUAL MASC REGIME FECHADO GAMELEIRA II - 0937746

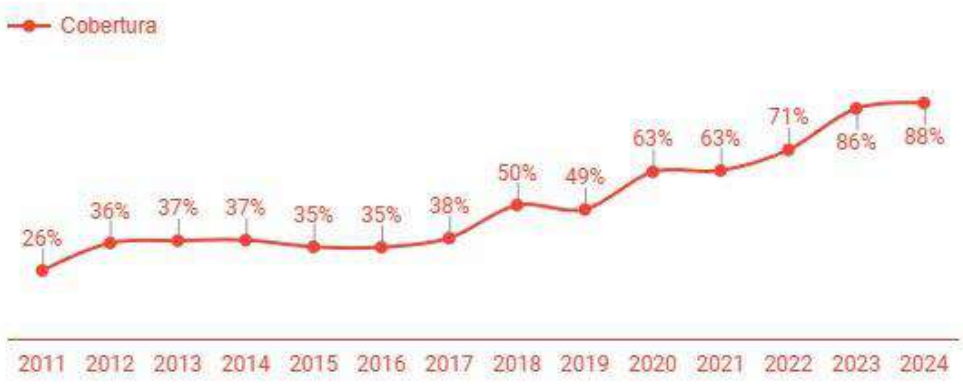
- PENITENCIARIA FEDERAL DE CAMPO GRANDE - MS – 6918956.

Cada estabelecimento conta com uma eAPP multiprofissional que oferta ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, garantindo o direito à saúde para todas as pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional, garantia do acesso dessa população ao Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando os preceitos dos direitos humanos e de cidadania.

A Coordenação da Rede de Atenção Primária tem reforçado ações e estratégias que visam o fortalecimento da APS, como por exemplo, a Clínica da Família que é uma iniciativa municipal de certificação de qualidade de USF, que busca reforçar a APS como estratégia prioritária de saúde do município, através da ampliação do acesso, acolhimento, gestão de agenda, extensão de horário, ampliação do escopo de práticas, entre outras ações validadas por diretrizes ministeriais. As unidades de saúde certificadas como Clínica da Família são Iracy Coelho, Portal Caiobá e Nova Lima.

Segundo dados extraídos e-Gestor em 04/04/2025 às 08h40min, (referência abril de 2024), a cobertura da Atenção Primária é de 89,44%.

Figura 5. Evolução da cobertura populacional de Campo Grande-MS 2011-2024.



Fonte: e-gestor 04/04/2025.

O município de Campo Grande possui **36 unidades de Atenção Primária à Saúde** que funcionam em horário estendido, sendo elas:

- USF PAULO COELHO MACHADO – CNES 3198278;
- USF DR WAGNER JOSE BORTOTTO GARCIA – MARIO COVAS – CNES 3051358;
- USF DR SONI LYDIA SOUZA WOLF – MACAUBAS – CNES 0010413;
- USF DR NELSON TOKUEI SIMABUKURO – AERO RANCHO IV – CNES 7096887;
- USF DR ELIZABETH WANDERLE TOBARU - BOTAFOGO – CNES 7108001;
- USF DR BENJAMIM ASATO - PARQUE DO SOL – CNES 0028835;
- CF DR MAURO R BARROS WANDERLEY – IRACY COELHO - CNES 5506158;
- USF MARIA APARECIDA PEDROSSIAN – CNES 0010278;
- USF EDSON QUINTINO MENDES – JARDIM ITAMARACÁ – CNES 0024341;
- USF DR SUMIE IKEDA RODRIGUES – SERRADINHO – CNES 0010197;
- USF DR ALBINO COIMBRA - SANTA CARMÉLIA – CNES 0024422;
- USF MARIA IVONE DE O NASCIMENTO ARAKAKI – VILA FERNANDA – CNES 7568835;
- USF PASTOR ELISEU FEITOSA DE ALENCAR – SÃO CONRADO – CNES 3311260;
- USF DR NELSON ASSEF BUAINAIN – JARDIM ANTARTICA – CNES 7108052;
- USF DR HELIO MARTINS COELHO – BATISTÃO – CNES 7096895;
- USF DR EMILIO GARBELOTI NETO – TARUMA – CNES 3080021;
- USF BENEDITO MARTINS GONCALVES - OLIVEIRA II – CNES 9443525;
- CF MARIA DE LOURDES DOS SANTOS – PORTAL CAIOBA – CNES 0028827;
- USF JARDIM NOROESTE – CNES 3005690;
- USF DR JOAO MIGUEL BASMAGE – ESTRELA DALVA – CNES 5672341;
- USF DR ADEMAR GUEDES DE SOUZA - MATA DO JACINTO – CNES 0010146;
- USF CONSELHEIRO DE SAUDE EDNEY A DE CAMPOS - NOVA BAHIA – CNES 0024481;
- USF SAO FRANCISCO – CNES 0010332;
- USF DRA ALDA GUEDES GARCIA OLIVEIRA – JARDIM AZALEIA – CNES 3051374;
- USF DR MILTON KOJO CHINEN – VILA NASSER – CNES 0010235;
- USF AQUINO DIAS BEZERRA - VIDA NOVA – CNES 6585612;
- CF DRA MARCIA DE SA EARP – NOVA LIMA - CNES 2752530;
- USF ALFREDO NEDER - COOPHAVILA II – CNES 0028851;
- USF DR JUDSON TADEU RIBAS – MORENINHA III – CNES 0028789;
- USF HERBERTO CALADO REBELO – AERO ITALIA – CNES 3598209;
- USF SEBASTIAO LUIZ NOGUEIRA – LOS ANGELES – CNES 3285294;
- USF DR ANTONIO PEREIRA – TIRADENTES – CNES 0024457;

- USF DR JOAO PEREIRA DA ROSA – AERO RANCHO – CNES 0024449;

- USF DR JORGE DAVID NASSER – JOCKEY CLUB – CNES 0010308;

- USF ENG ARTHUR HOKAMA DONA NETA – GUANANDI – CNES 0024465;

- USF BAIRRO CORONEL ANTONINO – CNES 0024473.

Como ação indutiva ao do fortalecimento da APS, a Secretaria de Saúde (SESAU) mantém a parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) através do projeto Qualifica Atenção Primária em Saúde (Qualifica APS) que tem por objetivo gerar inovações tecnológicas em saúde e disseminá-las; desenvolver, experimentar e avaliar modelos de atenção; Gerar e prover acesso a informações e conhecimentos estratégicos em saúde; Colaborar para ampliar a capacidade nacional de vigilância em saúde; Intensificar a formação de quadros estratégicos para o SUS, mobilizando a rede instalada de instituições formadoras; Contribuir para a redução dos riscos à saúde.

2.4.2 Saúde Bucal – Rede de Atenção Odontológica

A interpretação da Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde - RAS. A oferta de atendimentos odontológicos na atenção primária é feita, principalmente, pelas equipes de Saúde Bucal - eSB na Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Com a expansão do conceito de atenção primária, e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, houve necessidade, também, de investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. A Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar em saúde bucal está associada à consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal. A Atenção Especializada Ambulatorial é oferecida através dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

Com a publicação da Portaria GM/MS Nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde Bucal - RASB na Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. O objetivo é organizar a saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde - RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

No município de Campo Grande, a coordenação, planejamento, organização, acompanhamento e supervisão das ações em Saúde Bucal na Rede de Atenção à Saúde Bucal – RASB é competência da Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica – CRAO, que é diretamente subordinada à Superintendência da Rede de Atenção à Saúde – SRAS e segue todas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. A porta de acesso para o tratamento odontológico na Rede são as Unidades de Saúde da Atenção Primária e, caso necessário atendimento especializado, o usuário é encaminhado para os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO através do Sistema de Regulação (SISREG).

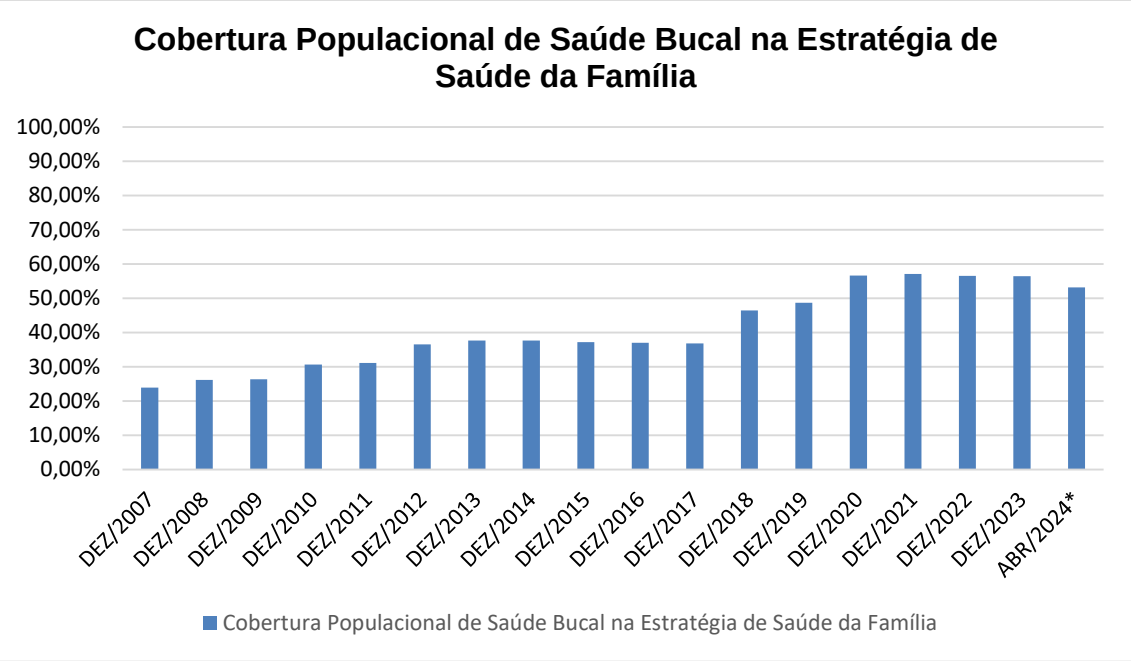
Atualmente (março 2025), o município possui 147 equipes de Saúde Bucal distribuídas em 71 Unidades de Saúde da Família - USF e em 03 Clínicas da Família - CF. Além disso, oferece serviços de assistência odontológica através de 02 Policlínicas Odontológicas (Policlínica Universitário – Região Bandeira e Policlínica CAIC – Região Anhanduizinho); 02 Unidades Móveis Odontológicas; 01 Unidade Móvel de Prevenção em Saúde Bucal; 06 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 03 Centros Regionais de Saúde (CRS); e 06 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO (CEO III – Região Centro, CEO II Cidade Morena - Região Bandeira, CEO II Guanandy - Região Anhanduizinho, CEO II Sílvia Regina - Região Imbirussu, CEO II Nova Bahia - Região Prosa e CEO II Santa Emília - Região Lagoa). Além disso, há 02 Laboratórios de Prótese Dentária.

Tabela 01. Evolução de equipes de Saúde Bucal (eSB) e Cobertura Populacional de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.

Competência	Nº eSB	Cobertura Populacional
Dez/2007	53	23,89%
Dez/2008	55	26,19%
Dez/2009	57	26,32%
Dez/2010	67	30,61%
Dez/2011	71	31,13%
Dez/2012	84	36,57%
Dez/2013	88	37,63%
Dez/2014	91	37,68%
Dez/2015	91	37,18%
Dez/2016	92	37%
Dez/2017	92	36,80%
Dez/2018	118	46,41%
Dez/2019	125	48,69%
Dez/2020	147	56,60%
Dez/2021	150	57,11%
Dez/2022	150	56,49%
Dez/2023	147	56,46%
Abr/2024*	147	53,13%

Fonte: e-GESTOR (Ministério da Saúde). *Última competência disponível no site e-Gestor em 04/04/25.

Gráfico 01. Cobertura Populacional de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.



Fonte: e-GESTOR (Ministério da Saúde). *Última competência disponível no site e-Gestor em 04/04/25.

2.4.3 Urgência e Emergência

As unidades de saúde 24 horas estão distribuídas nos Distritos Sanitários da seguinte forma: Segredo - UPA Coronel Antonino; Prosa - CRS Nova Bahia; Anhanduizinho - CRS Aero Rancho; Bandeira - UPA Universitário, UPA Moreninha e CRS Tiradentes; Imbirussu - UPA Vila Almeida, UPA Santa Mônica e UPA Leblon; Lagoa - CRS Coophavila.

As unidades de urgência e emergência prestam atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, além de prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares. Com apoio de exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiográficos. Contam com equipe multiprofissional composta por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Odontólogos, Fisioterapeutas, Auxiliares de Saúde Bucal e Administrativos.

A estrutura física dispõe de sala de emergência, sala de classificação de risco, sala de observação masculino, feminino e infantil, consultórios médicos, sala de

inalação, sala de imunobiológicos, sala de administração de medicamentos/hidratação. Todas as unidades dispõem também de equipamentos médico hospitalares, conforme legislação vigente.

No período de 2021 a 2024*, foram atendidos 4.727.494 pacientes. Segundo o Protocolo de Classificação de Risco, os pacientes foram classificados como prioridade emergente (vermelha); urgente (amarela); pouco urgente (verde) e não urgente (azul), como demonstram os gráficos a seguir:

Gráfico 01. Total de Atendimentos médicos nas UPAs e CRS no período de 2021 a 2024*, por unidade de urgência e emergência (UPA 24h e CRS)**.**



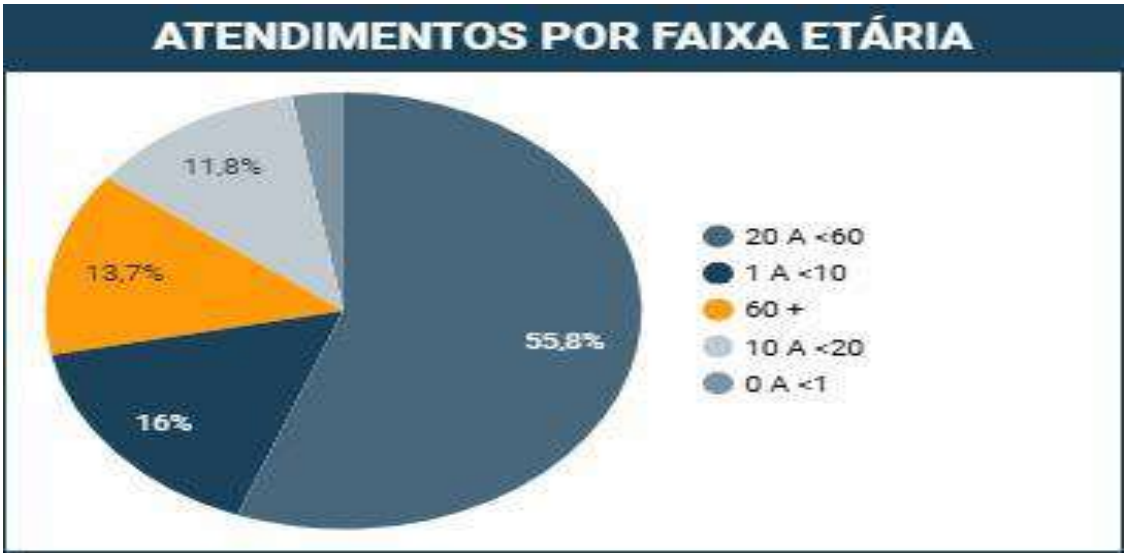
Fonte: Relatório Gerencial – Sistema HYGIA e Intranet, 2025.

Gráfico 02. Total de Atendimentos médicos nas UPAs e CRS no período de 2021 a 2024***.**



Fonte: Relatório Gerencial – Sistema HYGIA e Intranet, 2025.

Gráfico 03. Total de Atendimentos médicos nas UPAs e CRS no período de 2021 a 2024* nas dez unidades de urgência e emergência (UPA 24h e CRS) conforme faixa etária.



Fonte: Relatório Gerencial – Sistema HYGIA e Intranet, 2025.

Gráfico 04. Número total de atendimentos médicos no período de 2021 a 2024*, por unidade de urgência e emergência (UPA 24h E CRS) e conforme classificação de risco



Fonte: Relatório Gerencial – Sistema HYGIA e Intranet, 2025. *Obs. Os gráficos apresentam dados parciais do ano de 2024 em virtude da implantação do Sistema PEC/e-SUS.

Classificação de Risco

Conforme Resolução SESAU nº 87, de 3 de agosto de 2009 foi implantado o Protocolo de Classificação de Risco nos Centros Regionais. A Classificação de Risco é realizada pelo Enfermeiro, mediante treinamento específico com o objetivo de avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os por ordem de prioridade de gravidade para o atendimento. O usuário, ao chegar à unidade, passa pela recepção, é realizada a ficha de atendimento. Após é avaliado e classificado de acordo com risco potencial pela equipe de enfermagem e encaminhado ao consultório médico para as posteriores condutas.

Cientes da necessidade de evolução do processo classificatório frente a demanda de pacientes de urgência no município e a necessidade de atualização do referido protocolo, foi realizado um trabalho em conjunto com o Núcleo de Evidências (NEV), Coordenadoria da Rede de Atenção de Urgência e Emergência (CRAUE) e Colegiado de Enfermagem da qualidade da urgência pré-hospitalar fixo (CEQUPHM) para elaboração do Protocolo de Classificação Sistematizada de Risco (versão 2024), sob coordenação do NEV.

Sob tal justificativa o texto da Resolução SESAU n. 872, de 27 de fevereiro de 2025, regulamenta a implantação do referido protocolo, que vem sendo realizada no primeiro semestre do corrente ano (2025) junto às Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Centro Regionais de Saúde (CRS) do município de Campo Grande/MS, sob tutela e orientação dos setores supracitados.

Escuta especializada

O serviço de Escuta Especializada de crianças e/ou adolescentes na rede de saúde do município de Campo Grande foi implantado inicialmente por meio de matriciamento e tendo como referência o serviço do Pronto Atendimento Infantil (PAI) do CRS Tiradentes, por meio do Serviço Social.

Embora a Escuta Especializada possa ser realizada por qualquer profissional da rede de proteção da criança e do adolescente, sua implementação inicial está sendo conduzida no PAI/CRS Tiradentes por assistentes sociais. Esses profissionais desempenham um papel essencial no acolhimento humanizado e na mediação ética, adequada e eficiente entre o paciente e a equipe multiprofissional das Unidades de Saúde de Campo Grande.

A execução da Escuta Especializada seguirá as diretrizes do Decreto nº 9.603/2018, que regulamenta a Lei nº 13.431/2017. O procedimento será realizado após o atendimento médico pediátrico ou clínico (para adolescentes acima de 12 anos), em

sala individual, pelo serviço social. Essa estrutura garante a confidencialidade, o sigilo, a ética e a segurança emocional da vítima.

As informações relatadas pela vítima serão registradas na Ficha de Escuta Especializada e encaminhadas à rede de proteção — incluindo o Conselho Tutelar e a Delegacia da Criança e do Adolescente — por meio dos endereços de e-mail especificados. Após esse registro, será preenchida a Ficha de Notificação de Violência, contendo apenas as informações essenciais, respeitando os princípios da confidencialidade e finalidade do atendimento.

O acompanhamento dos casos continuará nas Unidades de Saúde da Família, conforme o fluxo institucional estabelecido, com os devidos encaminhamentos e articulações intra e intersetoriais com a Rede de Proteção. O objetivo é garantir a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência física e/ou sexual.

Atendimento Odontológico de Urgência

No que se refere aos serviços de saúde bucal é importante destacar que todas as UPA e CRS oferecem atenção odontológica na modalidade de urgência e emergência, esta por sua vez destinada a atender casos e ou situações classificadas como tal. Dentro deste contexto a distribuição do atendimento odontológico pelas referidas unidades se dá considerando os critérios de regionalização, projeção de demanda reprimida e adequação ao desenho estrutural da rede de saúde municipal, conforme especificado na tabela abaixo:

Tabela 1. Atendimento odontológico disponível nos UPA e CRS considerando a disponibilidade das escalas de plantão (6, 12 e 24 horas respectivamente).

Unidade	Nº de Dentistas	Turno	
UPA Coronel	1	24 horas	-
UPA Leblon	1	24 horas	-
UPA Universitário*	2	12h noturno	6h noturno
UPA Almeida*	2	12h noturno	6h noturno
UPA Moreninha	1	12h noturno	-
UPA Santa Mônica	1	6h noturno	-
CRS Coophavila	1	6h noturno	-
CRS Aero Rancho	2	6h noturno	-
CRS Tiradentes	1	6h noturno	-
CRS Nova Bahia	2	6h noturno	-

*Unidades que apresentam dois dentistas no turno da noite, um em turno de 6h e outro de 12h respectivamente.

No intuito de regular tal modalidade de atendimento, a Resolução SESAU 877 de 4 de Abril de 2025 aprovou o Protocolo de Atendimento Odontológico da rede de Urgência e Emergência do município de Campo Grande MS. Por sua vez a implantação do referido protocolo vem sendo realizada em todas as Unidades de Pronto Atendimento do município de Campo Grande/MS fruto do esforço conjunto com a Superintendência da Rede de Atenção à Saúde (SRAS), Coordenadoria da Rede de Urgência e Emergência (CRAUE), Coordenação da Rede de Atenção Odontológica (CRAO).

Via de regra a manutenção do atendimento odontológico de urgência nas UPA e CRS representa uma estratégia robusta na otimização dos serviços de saúde, sobretudo quando esta for capaz de reduzir a sobrecarga de serviços mais complexos, contribuir para a vigilância em saúde bucal melhorando a qualidade de vida da população. A manutenção destes serviços exige critério e uma rede de suporte eficaz, assegurando desta forma o bom funcionamento do serviço.

Tabela 01. Encaminhamentos para serviços hospitalares após atendimentos Unidades 24 horas, 2024.

AÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	MEIO DE VERIFICAÇÃO	META	2024
Encaminhar os pacientes para os serviços hospitalares pós consulta nas unidades 24 horas	**Paciente**	**Relatório**	**Demanda**	**37.176**

Fonte: Relatório CORE, 2024.

Em virtude da implantação do sistema e-SUS/PEC nas UPAs e CRS no ano de 2024, não foi possível comparar o total de atendimentos médicos realizados nas unidades, com o total de pacientes encaminhados para os serviços hospitalares.

Com base no Decreto n° 7508, de 28 de junho de 2011, a Região de Saúde, é conceituada “espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicos e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Assim, o desenho populacional empregado no município, estrutura a rede de serviços de urgência e emergência, que contemple o **Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências** das Macrorregiões de Campo Grande e Corumbá Resolução nº 063/CIB/SES/MS, de 02 de julho de 2019, na lógica de fortalecer as regiões de saúde

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU- Campo Grande faz parte do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção a Urgência e Emergência da Região de Campo Grande conforme Resolução n. 061/CIB-SES/MS publicada no D.O.E n.º 0.937 de 08/07/2019 – pág.05

A Rede de Urgência e Emergência do Município – RUE abrange:

- ✓ Promoção, prevenção e vigilância à saúde;
- ✓ Atenção Básica em saúde;
- ✓ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/192 e sua Central de Regulação das Urgências;
- ✓ Força Nacional de Saúde do SUS;
- ✓ Unidades de Pronto-Atendimento – UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgência 24h: CRS e CAPS;
- ✓ Hospitalar: estes incluem Hospital Beneficente de Campo Grande – Santa Casa, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul Rosa Pedrossian, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian e Maternidade Cândido Mariano:
- ✓ Atenção Domiciliar: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);
- ✓ Centro de Trauma;
- ✓ SOS Emergência.

As UPA e CRS são unidades de urgência e emergência para acolhimento de quadros agudos, com capacidade para ao atendimento de diversas situações clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas.

A capacidade instalada de cada unidade hospitalar é critério para definição das pactuações. O paciente é referenciado para a unidade que possui capacidade para dar a resolução do caso em nível terciário. Embora existam as pactuações para a garantia da continuidade da assistência à saúde, o acesso às unidades hospitalares é prejudicado pela sobrecarga das portas de entrada hospitalares de urgência, principalmente para os pacientes com doenças crônicas agudizadas e idosos.

Componente de Atenção Domiciliar

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), por meio do Programa Melhor em Casa (PMeC), tem por objetivo a redução de demanda por atendimentos hospitalares e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização/desospitalização e ampliação da autonomia dos usuários.

A Portaria GM/MS nº3.005, de 02 de janeiro de 2024, estabelece e atualiza as regras do Programa Melhor em Casa e do Serviço de Atenção Domiciliar. O SAD caracteriza-se pelo atendimento domiciliar realizado pela Equipe Multiprofissional de

Atenção Domiciliar (EMAD) que conta com o auxílio da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

No município de Campo Grande – MS, o SAD a atuação das EMAD/EMAP é por território, sendo cada equipe responsável por determinado Distrito Sanitário. Atualmente contamos com 05 EMADs e 02 EMAPs, sendo elas:

- EMAD LESTE e EMAD OESTE – com sede no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), estas atendem os Distritos Sanitários do Anhanduizinho e Lagoa, respectivamente;
- EMAD Bandeira – com sede na UPA Universitário Aparecida Gonçalves Saraiva, que atende o Distrito Sanitário Bandeira;
- EMAD Prosa e Segredo – com sede na UPA Coronel Antonino Dr Walfrido Arruda, e atende ao Distrito Sanitário Prosa e Distrito Sanitário Segredo;
- EMAD HCAA – com sede no Hospital de Câncer Alfredo Abrão, esta é uma EMAD por especialidade, portanto, atende todo o território do município desde que o paciente possua doença oncológica com comprovação via biópisa.

De acordo com a Portaria nº3.005, o SAD deve funcionar 12horas por dia, todos os dias, incluindo finais de semana e feriados. Os atendimentos são realizados no domicílio do paciente no mínimo uma vez na semana pela equipe multiprofissional para todos que estão admitidos no serviço, e os cuidados são compartilhados com a família e/ou cuidador responsável. O SAD não disponibiliza para o paciente medicação e/ou insumos. Os equipamentos (concentrador de oxigênio, cama hospitalar, aspirador de vias aéreas, nebulizador e suporte de soro) são emprestados aos pacientes enquanto estes estão sendo assistidos pelo SAD e mediante assinatura de documento. No momento da alta, estes são recolhidos.

Os pacientes elegíveis ao SAD são os AD2 e A3 (conforme Política de Atenção Domiciliar e a Portaria n.3005). Nesses se encontram os pacientes com necessidades aguda ou crônico agudizadas de adoecimento, pacientes em uso de Ventilação não invasiva, dependentes de equipamentos e em uso de múltiplos dispositivos. Paciente com lesões por pressão de grau III ou IV, com necessidade de curativos especiais e ainda a realização de medicação parenteral no domicílio (antibióticos).

2.4.4 Atenção Especializada

A atenção especializada do município de Campo Grande é composta por prestadores de serviço da rede própria e da rede contratualizada, estruturada para

atender às necessidades de saúde da população não apenas do município, mas também de outras regiões do Estado de Mato Grosso do Sul, por meio das Pactuações Regionais Integradas (PRI).

A Coordenadoria da Rede de Atenção Especializada (CRAE) atua de forma transversal na Rede de Atenção à Saúde (RAS), especificamente no nível secundário, promovendo o acesso à assistência especializada em caráter ambulatorial. Essa assistência é distribuída em nove Unidades Especializadas, compostas por:01 Centro Especializado Municipal - CEM - localizado no bairro São Francisco;

- ✓ 01 Centro Especializado Municipal II- CEM II- localizado no bairro Chácara Cachoeira;
- ✓ 01 Centro Ortopédico - CENORT - localizado no bairro São Francisco;
- ✓ 01 Centro de Apoio e Diagnóstico Municipal - localizado no bairro São Francisco;
- ✓ 01 Centro de Referência a Saúde do Homem - CRSH - localizado no bairro Coronel Antonino;
- ✓ 01 Centro de Doenças Infecto-Parasitárias – CEDIP/SAE/HD - localizado no bairro Nova Bahia;
- ✓ 01 Unidade Especializada de Reabilitação e Diagnóstico - UERD - localizado na Vila Almeida.
- ✓ 01 Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA – localizado no bairro Amambaí.

A CRAE também é responsável pela coordenação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), que tem por finalidade ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A coordenadoria atua na organização e fortalecimento das ações voltadas a esse público, por meio da coordenação do Grupo Condutor Municipal da RCPD, cuja principal atribuição é a implementação das Diretrizes Clínicas e Protocolos de Atenção à Pessoa com Deficiência, bem como o acompanhamento das ações de saúde definidas para cada componente da rede. Essa atuação integrada visa garantir um cuidado contínuo, humanizado e centrado nas necessidades das pessoas com deficiência.

De acordo com os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidos pela Portaria MS/GM nº 1.631/2015 e consolidados pela Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Capítulo II, Art. 102), o SUS determina a oferta mínima anual de consultas especializadas por 100.000 habitantes. No entanto, Campo Grande não pode se basear exclusivamente nesses parâmetros, uma vez que, além de atender sua própria população, o município é responsável pelo

atendimento da macrorregião por meio de pactuações regionais integradas (PRI). Essas pactuações ampliam significativamente a demanda por serviços especializados.

Esse contexto faz com que a demanda real por consultas especializadas ultrapasse os parâmetros estabelecidos, resultando em uma significativa demanda reprimida, especialmente nas áreas de Neurologia, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Oftalmologia (com ênfase no atendimento a pacientes com glaucoma) e Cirurgia Plástica, conforme dados do SISREG de 31 de março de 2025.

Além das consultas, os exames complementares também apresentam filas de espera relevantes. Entre os exames com maior demanda reprimida, destacam-se: radiografia simples, endoscopia digestiva e ultrassonografia doppler colorido de três vasos.

Diante da crescente demanda por serviços de saúde, o município tem adotado a contratualização de serviços por meio da Superintendência de Relações Institucionais de Saúde para complementar a oferta de consultas especializadas e exames que não são atendidos pela Rede Própria. Essa estratégia visa ampliar a rede assistencial, otimizar recursos, reduzir filas de espera e garantir que a população tenha acesso oportuno e de qualidade aos serviços essenciais, alinhando-se aos objetivos do SUS.

2.4.5 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

De acordo com o novo modelo de atenção em Saúde Mental, Portaria nº 3.088/GM/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Corroborando com a portaria supracitada, a portaria nº 336/GM/2002 valoriza a ênfase em atividades de âmbito multiprofissional associadas à perspectiva de reinserção de pessoas com sofrimento mental.

Neste sentido a Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial (CRAP), diretamente subordinada à Superintendência da Rede de Atenção à Saúde (SRAS), é composta pelos seguintes equipamentos de saúde:

- ✓ A rede de urgência da RAPS é composta por UPA, CRS, SAMU, serviço de equipe móvel de saúde mental e serviço de transporte da RAPS,
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas AD IV, para atendimento de pacientes com transtornos mentais moderados, graves, severos e persistentes, e atende a região de saúde Segredo, Centro, Prosa e Bandeira, com 20 leitos de acolhimento;

- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas AD II, para atendimento de pacientes com transtornos mentais moderados,graves, severos e persistentes, e atende a região de saúde Anhanduizinho, Lagoa e Imbirussu, com 10 leitos de acolhimento;
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial III Infanto Juvenil, para atendimento de pacientes com transtornos mentais moderados, graves, severos e persistentes, e atende todo o município, 08 leitos de acolhimento;
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial III Margarida, para atendimento de pacientes com transtornos moderados mentais moderados, graves, severos e persistentes, e atende as Regiões de Saúde Prosa e Bandeira, com 10 leitos de acolhimento;
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial III Vila Almeida, para atendimento de pacientes com transtornos mentais moderados, graves, severos e persistentes, e atende as Regiões de Saúde Imbirussu e Lagoa, 08 leitos de acolhimento;
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial III Aero Rancho, para atendimento de pacientes com transtornos mentais moderados, graves, severos e persistentes, e atende toda a Região de Saúde Anhanduizinho, com 09 leitos de acolhimento;
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial III Afrodite Doris Contis, para atendimento de pacientes com transtornos mentais moderados graves, severos e persistentes, e atende as Regiões de Saúde Centro e Segredo, com 10 leitos de acolhimento;
- ✓ 04 Residências Terapêutica (RT), para acolher e abrigar as pessoas em longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos (dois anos ou mais ininterruptos de internação psiquiátrica) e as pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais, que perderam os vínculos familiares e que não consigam ter autonomia de vida social. Sendo elas as RTs: Dulcineia de Toboso, Miguel de Cervantes, Dom Quixote e Moinhos de Vento, com 10 leitos cada uma, conforme portaria ministerial;
- ✓ 01 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), para prestar atenção integral em regime residencial temporário, às pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas e/ou transtornos mentais severos e persistentes, no componente de atenção residencial de caráter transitório com 12 leitos;
- ✓ Ambulatório de Saúde Mental/CEM com 02 equipes multiprofissionais tipo III, para oferecer atendimento ambulatorial em saúde mental para usuários com transtornos mentais leves e moderados;
- ✓ Divisão de Planejamento e Qualificação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e
- ✓ Divisão de Suprimentos da Rede de Atenção Psicossocial

Neste contexto, a CRAP atua no fortalecimento das ações de saúde mental na atenção primária em saúde a fim de que casos leves e moderados possam ser conduzidos pelo médico generalista e pela equipe do território de casa usuário, melhorando e qualificando o encaminhamento ao especialista.

Além disto, o desenvolvimento de estratégias de matriciamento e educação permanente junto às equipes e descentralização das ações de saúde mental são imprescindíveis e são monitorados para que a atenção psicossocial tenha resolutividade para todos os usuários de Campo Grande-MS.

2.4.6 SAMU

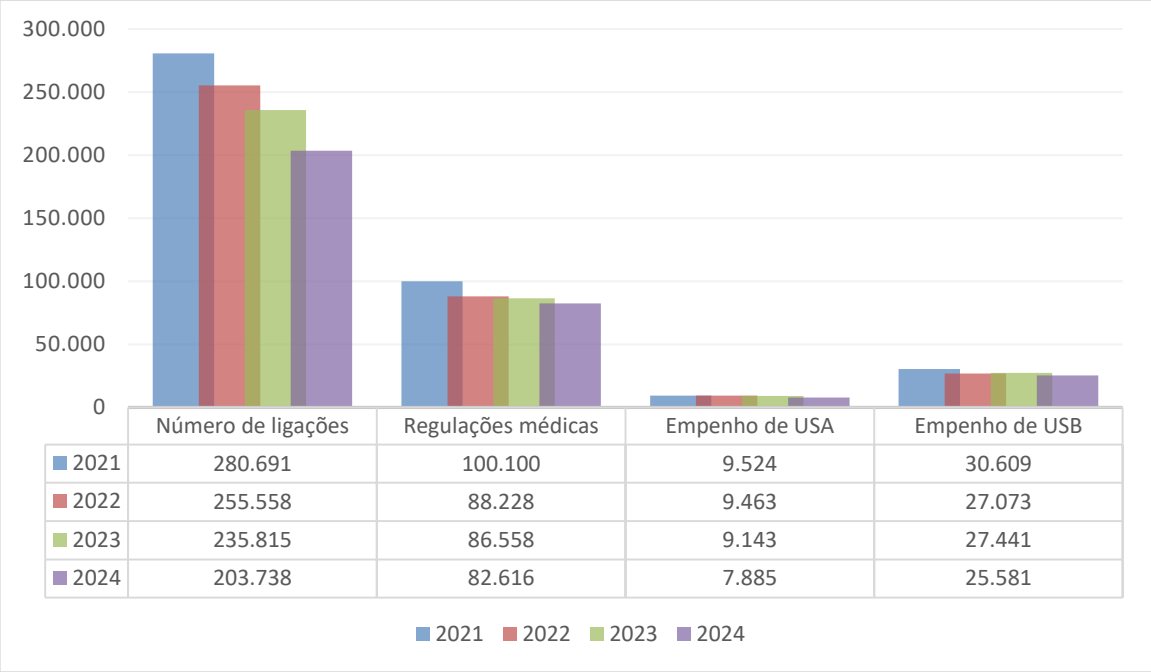
O **Serviço Móvel de Urgência (SAMU)** Regional Campo Grande – MS abrange a área urbana e rural de Campo Grande. Integrado a Regulação das Urgências do serviço estão regionalizados os municípios de Terenos, Sidrolândia, Ribas do Rio Pardo, Camapuã, São Gabriel do Oeste, Rio Verde de Mato Grosso, Aquidauana/Anastácio, Coxim, Corumbá/Ladário. Com isso, a Regulação Médica – através do contato 192, recebe ligações de 12 municípios na sua totalidade.

A capacidade operacional do serviço abrange: 10 unidades móveis de suporte básico (USB), 04 unidades de suporte avançado (USA), 1 equipe composta por 2 motolâncias e a Central de Regulação das Urgências, além de mais 9 unidades de suporte básico (USB) dos municípios de Ribas do Rio Pardo - MS, Sidrolândia-MS, Terenos-MS, Camapuã-MS, São Gabriel do Oeste-MS, Coxim-MS, Aquidauana/Anastácio-MS e Corumbá/Ladário-MS, sendo que esta última possui 2 USB e 1 USA.

Em Campo Grande existem 09 bases das viaturas de suporte básico, situadas nas seguintes Unidades: UPA Coronel Antonino, Vila Almeida, Leblon, Universitário, Moreninha e CRS Nova Bahia, Coophavila, Tiradentes e Aero Rancho. No Distrito de Anhanduí há 01 viatura, visto que neste Distrito não existe unidade de saúde 24h.

As viaturas de suporte avançado de vida ficam baseadas na UPA Coronel Antonino (USA2), sede da SESAU (USA 1), UPA Santa Mônica (USA 4) e Vila Pioneiras (USA 3). No gráfico 1 apresentamos a totalidade de ligações 192 a cada ano (2021 a 2024), bem como o número de regulações médicas, empenho de unidades móveis de suporte avançado e de suporte básico.

Gráfico 1. Distribuição absoluta de ligações telefônicas e regulações médicas no tronco – 192, empenho de unidades móveis e orientações médicas – Anos de 2021 a 2024. Campo Grande/MS – 2025.



	Número de ligações	Regulações médicas	Empenho de USA	Empenho de USB
2021	280.691	100.100	9.524	30.609
2022	255.558	88.228	9.463	27.073
2023	235.815	86.558	9.143	27.441
2024	203.738	82.616	7.885	25.581

Fonte: E-SUS/SAMU/Secretaria Municipal de Saúde - SESAU- Campo Grande - MS, 2025.

Conforme visualizado no Gráfico- 1, a média de atendimentos diários de USA é de 24 atendimentos e de USB é de 75 atendimentos. A predominância dos atendimentos é em ambiente domiciliar e de natureza clínica.

2.4.7 Assistência Farmacêutica

A **Assistência Farmacêutica (AF)** engloba um conjunto de ações e serviços que visam garantir o acesso e o uso racional de medicamentos, promovendo a saúde e o bem-estar da população, tendo como objetivos a garantia de acesso ao medicamento, promoção do uso racional, visando a melhoria da qualidade de vida.

Desta maneira é papel do farmacêutico apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, com a prestação dos serviços da assistência farmacêutica:

- Dispensação de medicamentos;
- Orientação farmacêutica;
- Acompanhamento farmacoterapêutico.

A importância fundamental dessa assistência é a melhora da saúde da população, redução de custos, pois a promoção do uso racional evita os erros de

medicação, como também promoção de segurança, pois o profissional farmacêutico garante a entrega correta e segura de medicamentos.

A Rede Municipal de Saúde conta com 2 farmacêuticos do Estado lotados na AGEPEN e 148 farmacêuticos distribuídos na seguinte forma:

- ✓ 13 farmacêuticos lotados nos CAPs;
- ✓ 06 farmacêuticos lotados no CEDIP e CTA;
- ✓ 02 farmacêuticos lotado no CEI;
- ✓ 07 farmacêuticos lotados no CEM;
- ✓ 39 farmacêuticos lotados nas unidades 24h;
- ✓ 08 farmacêuticos lotados na emulti;
- ✓ 12 farmacêuticos lotados nas diversas superintendências da SESAU;
- ✓ 06 farmacêuticos lotados na CRAF;
- ✓ 33 farmacêuticos lotados nas unidades básicas;
- ✓ 22 farmacêuticos lotados no LABCEM;

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

O acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e insumos utilizados no âmbito da atenção básica em saúde se dá através das unidades básicas de saúde do município onde reside o paciente.

Já os medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) compreendem medicamentos para o tratamento de doenças que configuram problemas de saúde pública. Estão incluídos em programas estratégicos do ministério da saúde, que seguem protocolos e normas específicas. Esses medicamentos são disponibilizados via SES ao município de Campo Grande.

O acesso aos medicamentos do componente especializado se dá através da casa da saúde, via secretaria estadual de saúde.

O financiamento da assistência farmacêutica é um aspecto crucial para garantir o acesso aos medicamentos e serviços de saúde de qualidade.

2.4.7 Vigilância em Saúde

Instituída através da Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, a A Política Nacional de Vigilância em Saúde é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público. Definida como:

> O processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018).

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

No município de Campo Grande, as ações de vigilância em saúde são transversais e permeiam toda a Rede de Atenção à Saúde, sendo desenvolvidas tanto por serviços específicos da vigilância em saúde, como por todos os profissionais da rede, como exemplo, a detecção e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, que pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, conforme estabelecido na portaria GM/MS n.º 5.201, de 15 de agosto de 2024.

Localizada dentro da Secretaria Municipal de Saúde, a Superintendência de Vigilância em Saúde é composta por 09 coordenadorias, cada uma delas desempenha um papel crucial na promoção da saúde pública e no controle de doenças., veja a seguir:

As ações **da Vigilância Sanitária (VISA)** no município são desenvolvidas com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de riscos sanitários, por meio da realização de inspeções regulares em estabelecimentos e serviços sujeitos à vigilância. Essas ações têm como foco principal a orientação e conscientização da população, buscando reduzir os riscos à saúde relacionados ao consumo de alimentos, medicamentos, produtos e à utilização de serviços diversos e incluindo a saúde do trabalhador.

Contempla ainda o fortalecimento das ações educativas voltadas à comunidade e ao setor regulado, por meio da realização de cursos, palestras, oficinas e da participação em ações específicas. Estão previstas atividades de elaboração e análise de perfis demográficos e epidemiológicos, que subsidiarão a tomada de decisões e o planejamento de políticas públicas mais eficazes.

A VISA tem como estratégia a produção e/ou subsídios para a criação de atos normativos que estabeleçam regras, padrões e obrigações de conduta em suas áreas de atuação, garantindo uniformidade das práticas sanitárias. Além disso, promove articulação com órgãos das diferentes esferas governamentais e não governamentais, promovendo integração das ações e o fortalecimento das políticas públicas de saúde.

E complementarmente, são desenvolvidas ações integradas de controle de endemias vetoriais e de combate às zoonoses, contribuindo para a vigilância em saúde de forma ampla, intersetorial e contínua.

Cabe à Vigilância de Saúde Ambiental a fiscalização dos Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas de água para consumo humano, além da vigilância da qualidade da água consumida pela população, através de coletas de amostras de água, analisadas no Laboratório Municipal de Água. Executa as diretrizes da Política de Saúde do município na área de Vigilância de Saúde Ambiental, englobando um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde. Nesse sentido, a qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais, qualidade do ar, qualidade do solo, notadamente em relação ao manejo dos resíduos tóxicos e perigosos, os desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, são objetos de monitoramento dessa vigilância, seja de forma direta e contínua ou por meio de ações em parceria com outros órgãos e secretarias.

No que diz respeito à **Vigilância Epidemiológica** é definida pela Lei n° 8.080/90 como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”, abrangendo ações de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde; Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis, Doenças e Agravos Não Transmissíveis, assim como a Promoção da Saúde; Prevenção a Violência e Acidentes de Trânsito e Domésticos; Imunização; Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis e monitoramento das estatísticas de natalidade e mortalidade do município de Campo Grande-MS, com o

objetivo de dar subsídio para elaboração e avaliação das políticas públicas em saúde pelos serviços de vigilância, assistência e gestão. Realiza o acompanhamento de indicadores de saúde relativos ao nascimento e óbito, além de coordenar e supervisionar os Sistemas de Informações sobre doenças de notificação compulsória, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Vigilância do Óbito Materno, infantil e Fetal.

A Coordenadoria de Julgamentos e Consulta, contempla as atividades de órgão julgador responsável pela emissão da decisão em primeira instância decorrente das autuações da fiscalização sanitária, emissão de pareceres em processos de consultas e na tutela dos produtos, equipamentos e objetos de interesse à saúde apreendidos em fiscalização.

A Coordenadoria de Diagnósticos e Exames Laboratoriais (CDEL) tem efetiva participação ao garantir acesso para população à serviços públicos de saúde de qualidade, através de mais de 88 tipos exames laboratoriais, que permitem aos pacientes da Rede Municipal de Saúde de Campo Grande - MS (atenção básica, atenção especializada e rede de urgência) um diagnóstico precoce e preciso.

Estruturalmente, o Laboratório Central Municipal (LABCEM) conta com 9 setores laboratoriais. Com exames nas áreas de Imunologia, bioquímica, baciloscopia, microbiologia, urinálise, parasitologia e hematologia. Realizando em média 4,9 milhões de exames laboratoriais, anualmente.

Em 2025, são 88 postos de coleta de material biológico distribuídos entre os 7 distritos sanitários, distribuídos na rede de atenção básica e rede de urgência:

Tabela 1. Postos de coletas de material biológico, 2025.

Distrito Sanitário	N. de Postos de Coleta Atenção Básica	N. de Postos de Coleta Rede de Urgência
Anhanduizinho	18	1
Bandeira	10	3
Centro	3	0
Imbirussu	11	2
Lagoa	12	2
Prosa	6	1
Segredo	15	1
Sistema Prisional	3	0
Total	**78**	**10**

Fonte: SESAU/LABCEM/CDEL, 2025.

Para realizar todos os exames solicitados o quadro de funcionários é composto por 1 coordenador, 22 farmacêuticos bioquímicos, 17 técnicos em laboratório, 14 assistentes administrativos e 2 auxiliares de serviços diversos.

A Coordenadoria de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional Centro tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, com prioridade para as populações do campo e da floresta. Com base na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), cabe ao CEREST, coordenar, articular e apoiar a execução das ações de VISAT na região de saúde centro de Mato Grosso do Sul.

Para efetiva realização e alcance das ações realizadas, o CEREST Regional Centro é dividido em serviços técnicos essenciais, que compõem e norteiam as atividades elaboradas pelo setor, os serviços técnicos são: educação, promoção, vigilância epidemiológica e vigilância de ambientes e processos de trabalho, que atuam de maneira harmônica e interligada para alcançar o objetivo principal: fortalecer a saúde do trabalhador na região de saúde Centro.

Nos últimos anos, a saúde do trabalhador passou por importantes atualizações, incluindo a inclusão de um novo agravo na lista de notificação compulsória: o distúrbio de voz relacionado ao trabalho. Além disso, diante do aumento de casos de violência no ambiente laboral, tornou-se essencial o monitoramento do índice de violência interpessoal relacionada ao trabalho, reforçando a necessidade de medidas preventivas e de acompanhamento contínuo. O Ministério de Saúde também atualizou a lista de doenças relacionadas ao trabalho, após 24 anos da sua instituição, publicada em novembro de 2024 a Portaria GM/MS nº 1.999, traz a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). A nova lista traz o acréscimo de 165 patologias, elevando o número de doenças relacionadas ao trabalho de 182 para 347.

A síndrome do esgotamento profissional (burnout) e os transtornos de ansiedade e depressão, além da COVID-19 caso tenha sido contraída no ambiente laboral, estão entre as novas doenças incluídas.

A lista dispõe também dos fatores de risco presentes nos ambientes do trabalho e as respectivas doenças que podem ser adquiridas pela exposição do trabalhador a esses fatores.

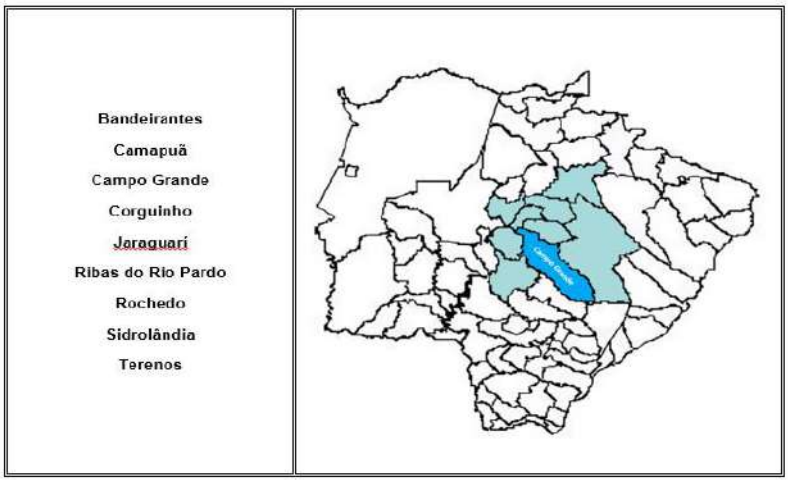
De acordo com o Ministério da Saúde, as mudanças na lista contribuem para a estruturação de medidas de assistência e vigilância que possibilitem locais de trabalhos mais seguros e saudáveis e ainda facilitar o estudo da relação de adoecimento e o trabalho.

Outra importante alteração no que tange à saúde do trabalhador foi o novo desenho da regionalização do estado de Mato Grosso do Sul publicado através do Plano Diretor de Regionalização de 2024. Com a nova estruturação, o CEREST Regional assume a região de saúde Centro, contando com 9 municípios em sua área de abrangência.

A nova organização fortaleceu o vínculo entre a equipe técnica do CEREST e as referências técnicas municipais, facilitando a comunicação e a articulação. Essa melhoria foi possível devido à redução do número de municípios atendidos em comparação com o modelo anterior.

Os suportes técnicos e a retaguarda teórica são oferecidos de forma contínua por meio de apoio matricial, visitas técnicas aos municípios, capacitações periódicas e monitoramento das ações. Esse acompanhamento ocorre através da estratégia **"Qualifica RT"**, desenvolvida pela equipe técnica do CEREST, na qual são realizadas avaliações quadrimestrais das iniciativas municipais em saúde do trabalhador, promovendo a troca de experiências bem-sucedidas e auxiliando na criação e manutenção de estratégias para fortalecer a saúde do trabalhador na região de saúde Centro.

Figura 1. Região de saúde Centro de Mato Grosso do Sul, 2024.



Fonte: CEREST – Regional Centro – 2024.

À **Coordenadoria de Controle de zoonoses - CCZ**, composta pelos serviços de:

- Serviço de Controle da Raiva e de Outras Zoonoses;
- Serviço de Fiscalização em Vigilância Zoosanitária;
- Serviço de Controle de Roedores, Animais Peçonhentos e Sinantrópicos;
- Serviço de Diagnóstico Laboratorial de Zoonoses;

O CCZ é o órgão responsável pelo desenvolvimento de ações objetivando a prevenção e controle de agravos e doenças transmitidas por animais (zoonoses), através do manejo populacional de cães e gatos, apreensão de animais de grande porte em perímetro urbano e o controle de animais da fauna sinantrópica (morcegos, pombos, roedores, caramujos, carrapato e pulga entre outros), além da vacinação antirrábica de cães e gatos, diagnóstico laboratorial de zoonoses e ações voltadas para educação em saúde da população e profissionais da rede de atendimento da secretaria municipal de saúde.

A Coordenadoria de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde-CIEVS-CG instituída por meio do Decreto n. 14.558, de 8 de dezembro de 2020, tem como objetivo principal identificar precoce e oportunamente emergências em saúde pública, a fim de organizar a adoção de respostas adequadas que reduzam e contenham o risco à saúde da população. Serviço esse que funciona 24 horas por dia.

A CIEVS é composta pelos serviços:

- Serviço de Preparação às Emergências em Saúde

O Serviço de Preparação às Emergências em Saúde foca em fortalecer as capacidades de vigilância, alerta e resposta do SUS, desenvolvendo estratégias, instrumentos, planos e protocolos, além de promover a capacitação de recursos humanos através de treinamentos, simulações e visitas técnicas, preparando os serviços para eventos de saúde pública, desastres e eventos de massa.

- Serviço de Detecção de Rumores e Eventos

O Serviço de Detecção de Rumores e Eventos é responsável pela identificação ativa, passiva e digital de potenciais ameaças, recebendo, verificando e analisando notificações de eventos e rumores através de diversos canais e sistemas de informação, monitorando a qualidade dos dados e notificando a Secretaria Estadual sobre ocorrências relevantes.

- Serviço de Monitoramento de Eventos

O Serviço de Monitoramento de Eventos realiza a investigação epidemiológica dos eventos detectados para interromper a transmissão e monitorar situações que excedam limites esperados ou apresentem mudanças de padrão, acompanhando também eventos de massa, desastres, a saúde do viajante e realizando avaliações de risco.

- Serviço de Análise da Situação de Saúde

O Serviço de Análise da Situação de Saúde avalia riscos e impactos das emergências, utilizando dados, indicadores e inteligência epidemiológica para produzir boletins, relatórios e análises que identificam padrões e tendências, subsidiando a tomada de decisão e o desenvolvimento de estratégias.

- Serviço de Resposta às Emergências em Saúde

O Serviço de Resposta às Emergências em Saúde coordena a ação direta frente a surtos e emergências, apoiando Salas de Situação ou COE, colaborando em investigações, realizando coleta e transporte de amostras, elaborando orientações e alertas, e mantendo equipes de plantão 24/7/365

- Comitê de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (CME-CG).

O Comitê de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (CME-CG) atua como um espaço consultivo para identificação de prioridades e apoio à tomada de decisão entre a Secretaria Municipal e a Superintendência de Vigilância, auxiliando na organização de ações para uma resposta integrada e resolutiva às emergências.

Cabe à **Coordenadoria de Controle de Endemias Vetoriais** planejar, coordenar, monitorar, supervisionar e avaliar as ações de prevenção e controle das arboviroses, especialmente das doenças transmitidas por vetores responsáveis pelas doenças de Dengue, Zika, Chikungunya e Leishmaniose visceral, assim como fatores ambientais a eles relacionados, além de assumir o controle operacional de situações epidemiológicas (epidemias, surtos e outros) referentes, às doenças de notificação compulsória ou agravos inusitados de saúde no município no âmbito de sua atuação.

2.4.8 Relações Institucionais de Saúde

Em cumprimento a Política Nacional de Regulação, Controle e Avaliação, Processamento de Informações em Saúde e Auditoria, o trabalho desenvolvido institucionalmente tem contribuído com o fortalecimento da regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, buscando a garantia do acesso igualitário aos serviços em nível ambulatorial e hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico do Sistema Único de Saúde.

E considerando a Portaria nº 3.188 de 18 de Dezembro de 2009 que habilita Estados e Municípios para a implantação e implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Desta forma estão estruturadas e em funcionamento no prédio do Complexo Regulador Estadual, a Superintendência de Relações Institucionais de Saúde e suas respectivas unidades organizacionais, sendo elas a Assessoria de Judicialização, Coordenadoria de Análise e Processamento de Serviços de Saúde, Coordenadoria de Regulação e Coordenadoria de Pactuação Controle e Avaliação.

2.4.8.1 Rede Complementar

A Rede Municipal de Saúde de Campo Grande-MS está composta atualmente pelos seguintes prestadores de serviços da rede complementar:

- ✓ 14 Clínicas/Centros de Especialidades – Pestalozzi, Orionópolis, Associação Juliano Varela, CER-APAE, FUNCRAF, ISMAC, MEDRIM, DAVITA Serviços de Nefrologia Campo Grande LTDA, DAVITA Pantanal, Fundação Pio XII, Clínica Médica Anhanguera, Associação Beneficente Casa Rosa, ABREC, AMA.
- ✓ 03 Hospitais Especializados – Associação de Amparo à Maternidade e à Infância, Hospital do Câncer e Hospital Nosso Lar;
- ✓ 03 Hospitais Gerais – Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Santa Casa e São Julião;
- ✓ 01 Policlínica – Universidade Católica Dom Bosco – UCDB.
- ✓ 08 Unidades de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado) – Laboratório APC, HISTOLAB, SCREENLAB, Laboratório Diagnose Cunha, Laboratório Falcão Patologia, SCAPULATEMPO, IPED/APAE, Centro Radiológico por Imagem.

Através da Resolução 391/CIB/SES, de 12 de abril de 2024 e da PORTARIA GM/MS Nº 4.577, DE 2 DE JULHO DE 2024 a gestão do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul/HRMS foi transferida para gestão dupla, estabelecendo o cronograma de transição da gestão municipal para gestão estadual, afim não prejudicar o faturamento/processamento e registro das produções ambulatoriais e hospitalares, bem como permitir a organização da regulação dos acessos do referido nosocômio.

A Resolução n. 40/SES/MS/2022 institui o Projeto Opera/MS e a Resolução n. 42/SES/MS/2022 institui o Projeto Examina para retomada dos procedimentos eletivos após a Pandemia de Covid 19. No ano de 2023 foi lançado o Projeto Mais Saúde Menos Fila através da Resolução N. 28/SES/MS/2023 e da Resolução N. 42/CIB/MS/ 2023. No ano de 2024 esses Programas foram prorrogados através da Resolução N. 205/SES/MS/2024.

Conforme previsão da portaria nº 1.034/2010, a complementação dos serviços observa os princípios e as diretrizes do SUS, em especial, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso.

Ainda em atendimento ao preconizado pela normativa, o município dá preferência às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos.

A capacidade instalada de cada estabelecimento da Rede Complementar é averiguada por meio das informações do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, por força da Portaria nº 1.646/2015.

Considerando que o município de Campo Grande-MS dispõe de uma rede de atenção à saúde estruturada em todos os níveis de atenção e nesse sentido estão aqui

concentrados a maioria dos serviços de média e alta complexidade, o que contribui para a superlotação dos mesmos, em especial urgência e emergência.

O município tem sofrido com a **insuficiência de leitos de UTI** rotineiramente, visto o quantitativo de pacientes advindos de outros municípios da região, para os quais Campo Grande-MS é referência, destacando-se as especialidades de Neurologia, Ortopedia, Infectologia, Cirurgia Cardíaca.

Há necessidade dos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul organizarem e pactuarem o acesso a ações e serviços de atenção à saúde a partir das necessidades da atenção básica e sua integração e articulação aos demais níveis do sistema.

Conforme planilha de controle de solicitações de vaga em hospital, elaborada pela Gerência de Regulação Hospitalar, o quantitativo de vagas zero no período de março de 2024 a março de 2025, oriundas dos municípios do interior foi de 3.557, corroborando com a necessidade ainda de incremento de leitos de UTI.

Consta nos registros do Sistema de Regulação Hospitalar – SISREG, sob a Gerência de Regulação Hospitalar, que é o setor responsável pela regulação das internações hospitalares, o total de 14.239 Autorizações de Internações Hospitalares – AIH aguardado cirurgias (fila de espera/demanda reprimida), nas diversas especialidades, até o dia 25 de abril de 2025.

A PPI é o instrumento por meio do qual são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, tendo a conformação de redes de serviços regionalizadas sido pensada como uma forma de garantir o acesso da população a todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006b). Cabe ao gestor municipal garantir que a população sob sua responsabilidade tenha acesso à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território (BRASIL, 2009).

Essa ferramenta é um instrumento que, em consonância com o processo de planejamento, visa definir e quantificar as ações de saúde para a população residente em cada território, além de nortear a alocação dos recursos financeiros a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Deve, ainda, explicitar os pactos de referência entre municípios e definir a parcela de recursos destinados à assistência da própria população e da população referenciada por outros municípios (BRASIL, 2006b).

Assim sendo, o processo de PPI, coordenado pelo gestor estadual, representa o principal instrumento para a garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, além de orientar a alocação de recursos e a definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independentemente de sua condição de gestão (BRASIL, 2001).

A programação da atenção básica é de responsabilidade exclusiva dos municípios não estando previstos referenciamentos. Já para a média complexidade ambulatorial, a lógica de programação é ascendente, sendo que os municípios programam as ações de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, daquelas ações que não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada (BRASIL, 2006b).

Salienta-se que Mato Grosso do Sul foi um dos primeiros estados a celebrar o Pacto pela Saúde com a adesão de 100% dos 78 municípios existentes à época (SMAKA, 2013) e, também, o primeiro estado a assinar o COAP com 100% de seus municípios (LEWANDOWSKI; BARROS, 2014). Apesar da importância da PPI na organização e gestão do SUS, o conhecimento acerca do papel que esse instrumento de planejamento teria na garantia da integralidade da atenção à saúde no estado de Mato Grosso do Sul, é incipiente.

Cabe aos gestores definir as prioridades que orientam a programação das ações e serviços de saúde de seus municípios (BRASIL, 2015), com base na análise da situação de saúde, peculiaridades e necessidades locorregionais (BRASIL, 2006a). Entretanto observa-se que a identificação da demanda e a definição das ações e serviços de saúde pactuados nem sempre do resultado de diagnósticos situacionais, mas da utilização da série histórica dos atendimentos, ou seja, de tempos passados.

2.4.8.2 Regulação Ambulatorial

A Gerência de Regulação foi implantada em 03 de novembro 2008 com a publicação da Portaria da Política Nacional de Regulação 1.559 de 01 de agosto de 2008, com a unificação das portarias e revogações, está regulamentada na Portaria 2 de Consolidação Anexo XXVI, da Política Nacional de Regulação do SUS, de 28 de setembro de 2017. Adotou-se o Sistema de Regulação – SISREG como ferramenta de trabalho, que é um sistema web, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulador, por meio de módulos que permitem a inserção da oferta, da solicitação até a confirmação do atendimento do usuário, bem como a regulação de leitos hospitalares.

No SISREG, as solicitações podem ser realizadas pela atenção primária à saúde e pelas outras portas de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS para consultas, exames e procedimentos da média e alta complexidade, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimização da utilização dos recursos assistenciais, visando a humanização no atendimento, sendo uma ferramenta gratuita disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

A implantação das especialidades e procedimentos foi realizada de forma gradativa, sendo que a última especialidade médica a ser inserida no Sistema de

Regulação foi a Nefrologia no ano de 2015. No mesmo período, foi implantado a Regulação do Acesso (Oferta de vagas) na totalidade de todos os estabelecimentos de saúde da Atenção Especializada da rede própria, contratada e conveniada com atendimentos regulados via Sistema de Regulação – SISREG. Tendo como referência a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde – PPI, a Gerência de Regulação Ambulatorial disponibiliza oferta de vagas para acesso às especialidades, exames e procedimentos para os municípios do interior do Estado de acordo com a pactuação estabelecida.

A Regulação foi dividida em Ambulatorial e Hospitalar a partir de 2015 devido a proporção e especificidade do trabalho executado por cada Gerência. Em 2016, a Central de Regulação Ambulatorial instalou-se no Complexo Regulador Estadual e a partir de então mais especialidades multiprofissionais, exames e procedimentos foram inseridos para regulação via SISREG.

Em 2017 iniciaram-se as autorizações das Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção - OPM do Centro Especializado de Reabilitação CER/APAE via sistema de regulação, dando celeridade ao processo de dispensação do equipamento ao paciente em tempo oportuno.

São realizadas em média 40.000 ligações/mês, as quais são efetivadas em até três tentativas de contato para repasse do agendamento, e caso não se confirme o agendamento na ligação, as vagas são canceladas e retornam ao sistema para reaproveitamento.

No dia 18/02/2020 foi realizada a primeira capacitação com os 71 (setenta e um) gerentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde – APS na Escola de Saúde Pública – ESP MS e no dia 19/02/2020, foram capacitados os médicos responsáveis técnicos (RT) dessas unidades, com o objetivo de iniciar o processo de descentralização da regulação de consultas especializadas. Desse modo, o médico RT ficou responsável pela regulação e autorização das solicitações oriundas da sua unidade de lotação, identificando as prioridades e realizando o agendamento de acordo com as ofertas de vagas disponibilizadas pelos prestadores/unidades executantes.

Considerando a escassez de vagas, não foi possível a descentralização da totalidade de especialidades, ficando aquelas com oferta de vagas mais crítica a cargo da Gerência de Regulação Ambulatorial. Informamos ainda que essa descentralização só contemplou consultas em especialidades médicas, ou seja, os atendimentos multiprofissionais e odontológicos não foram redirecionados para as APS.

No final de Maio de 2020, foi realizada reunião com os colegiados multiprofissionais para a definição dos encaminhamentos especializados e início da revisão dos protocolos que foi encaminhado aos serviços e conselhos de categorias

profissionais para apreciação e publicado através da resolução n. 574 de 18 de Dezembro, publicada no Diogrande Suplemento n. 6157 de 21 de Dezembro de 2020.

Após revisão dos procedimentos de reabilitação, em junho de 2020, houve reunião do Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência onde foi deliberada a alteração da nomenclatura do procedimento “Acolhimento para Centro Especializado em Reabilitação”, que dá acesso aos serviços de reabilitação multiprofissional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), passando a constar como “Atendimento/Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências”, facilitando o melhor encaminhamento e monitoramento da real demanda por tipo de reabilitação, se visual, auditiva, física e/ou intelectual.

Em Agosto de 2020, foi implantada a regulação odontológica com a criação dos protocolos de acesso previamente encaminhamos à CRAO para deliberação. Este encontra – se disponível para consulta pública (consulta pública n. 1) desde 05 de Agosto de 2020.

No início de setembro de 2020 foi realizada reunião e implantação do acesso ao transplante cardíaco da CASSEMS, sabendo da importância em manter os prestadores atualizados quanto aos serviços em saúde, foram realizadas capacitações da Gerência de Regulação Ambulatorial com os colaboradores da Santa Casa, HRMS, Ebserh Hospital Universitário, Hospital de Câncer, a fim de fortalecer todas as frentes de atendimento ao paciente.

Visando fortalecer ainda mais essa rede de atendimento, foram resgatados e implementados como rotina do processo regulatório, a manutenção periódica da Planilha de Oferta de Vagas e da Grade de Referência Ambulatorial, dando visibilidade dos procedimentos cadastrados no Sistema de Regulação com os devidos profissionais e locais de atuação.

Dentre os serviços coordenados pela Gerência de Regulação Ambulatorial, estão os serviços de telessaúde que são ofertados desde 2020 e em diversas modalidades. O teleatendimento telefônico iniciado em março de 2020, por meio da parceria entre Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS (SESAU) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), realizou o suporte multiprofissional à população através da central telefônica pelo número 2020-2170. Atualmente, este número mantém-se ativo para demandas relacionada à sintomas gripais (vacinação e testagem de covid) e monkeypox (testagem e orientações), ambos com suporte médico.

Os casos de monkeypox também são demandados pela superintendência de vigilância em saúde, para telemonitoramento médico conforme demanda.

Em 2021 foi iniciada a oferta de teleatendimento por videoconferência em telemedicina, na modalidade de teleinterconsulta médica síncrona, para suporte de

especialistas aos médicos às unidades da Atenção Primária à Saúde. Entre dezembro de 2021 e abril de 2025 o serviço ofertou as especialidades de cardiologia, gastroenterologia, nefrologia, infectologia, psiquiatria, ortopedia e angiologia. Atualmente, as especialidades médicas disponíveis são cardiologia, angiologia e gastroenterologia. A ampliação dessa oferta por serviço próprio enfrenta dificuldades em relação a indisponibilidade de especialistas, aos quais precisam ter vínculo na rede.

Em 2024, foi iniciada e mantêm-se ativas as ofertas de teleatendimento em fisioterapia (teleinterconsulta multiprofissional e teleconsulta) e psicologia (teleconsulta). Dentre as ofertas de serviços de telessaúde, a psicologia é a única regulada (pacientes devem estar inseridos no SISREG). O serviço de telepsicologia possui perspectiva de ampliação, que está em trâmite de desenvolvimento.

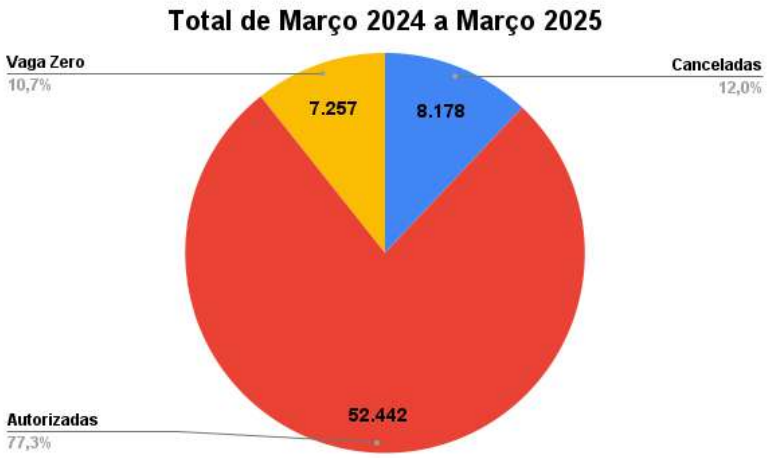
O serviço de telessaúde municipal teve seu cadastramento como estabelecimento de saúde em 19/06/2024, com cadastro em CNES 4690133 - SESAU TELESSAUDE DE CAMPO GRANDE MS, sendo um núcleo de telessaúde, que dá suporte aos pontos de telessaúde (unidades de saúde). Esclarecemos que existem outros serviços de telessaúde não gerenciados por este núcleo, mas que são pactuados na rede com outros núcleos de telessaúde externos como do serviço de TeleECG do Núcleo de Telessaúde do Estado/SES (com Hospital das Clínicas/UFMG) e o TeleECG do Projeto Boas Práticas do Ministério da Saúde (com HCOR / Associação Beneficente Síria / PROADI-SUS). Ressaltamos ainda que, neste momento, o município aguarda retorno quanto ao pedido de adesão para as ofertas de telessaúde disponibilizada pelo núcleo de telessaúde estadual para ampliação da oferta de serviços de teleatendimento à rede de assistência à saúde municipal.

2.4.8.3 Regulação Hospitalar

Na Regulação Hospitalar são realizados os serviços de Regulação de acesso à porta de entrada nos hospitais e a Autorização das Internações Hospitalares (AIH) eletivas e de urgência. Destaca-se que, no período de março/2024 a março/2025, foram em torno de 82 mil autorizações de AIH de urgência e eletivas.

Abaixo, destaca-se a produção de março/2024 a março/2025, da Regulação de acesso:

Gráfico 01. Regulação de Acesso, março/2024 a março/2025.



Fonte: Planilha de Controle de senhas da Gerência de Regulação Hospitalar, março/2024 a março/2025.

Desde julho de 2017 a Regulação hospitalar realiza a Regulação Secundária da rede própria (UPAS e CRS) de Campo Grande-MS, favorecendo o fortalecimento da fila única e um processo regulatório direcionado pela classificação de risco, permitindo ao cidadão uma assistência de acordo com suas necessidades em tempo oportuno.

2.4.8.4 Coordenadoria de Processamento SIA/SIH e CNES

A Coordenadoria de Processamento - CP SIA/SIH e CNES diretamente subordinada à Superintendência de Relações Institucionais de Saúde, é responsável pelos principais Sistemas de Informações do SUS, onde supervisiona, controla e avalia o processamento de informações dos Estabelecimentos de Saúde. Está composta por 3 divisões Divisão de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde – CNES; Divisão de Processamento de Informações Ambulatorial – SIA; Divisão de Processamento de Informações Hospitalares – SIH. A CP supervisiona e acompanha o processamento de informações dos principais sistemas de informação do SUS, sendo eles: SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), SIHD (Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado), CNES (Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde) e CIHA (Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial), prestando apoio técnico às demais Coordenadorias e Gerências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e prestadores de serviço conveniados ao Sistema Único de Saúde. Segue de maneira sintetizada as atividades realizadas por cada divisão.

A Divisão de Processamento de Informação Hospitalar – DPIH/SIH, através do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado- SIHD2, é responsável por receber toda a produção de internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde-SUS, no âmbito municipal de média e alta complexidade e enviar para o Ministério da

Saúde. Realiza orientações técnicas quanto ao processamento da produção hospitalar, emissão de relatórios gerenciais e financeiros para os prestadores de serviços e gestão municipal, instalação e treinamentos do sistema SISAIH01, no qual os hospitais digitam a produção. Coopera tecnicamente com as Divisões de Regulação Hospitalar, Controle e Avaliação e Auditoria Municipal de Saúde, fornecendo relatórios e informações como subsídios aos trabalhos da Superintendência de Relações Institucionais em Saúde. A DPIH também é responsável pelo processamento das remessas hospitalares e ambulatoriais do CIHA, instrumento de envio de informações relativas aos atendimentos prestados, financiados com recursos de fontes externas ao Sistema Único de Saúde.

A Divisão de Processamento de Informações Ambulatoriais – DPIA/SIA opera o processamento do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), que visa o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial por meio dos aplicativos de captação: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) e Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS). Com a evolução do SUS para uma gestão cada vez mais descentralizada, o Ministério da Saúde (MS), necessitou dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado, em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria. A Divisão de Processamento de Informações Ambulatoriais gerencia informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial. Além disso, o trabalho tem a função de oferecer treinamento e suporte a todas as Clínicas e Hospitais contratados pela Secretaria.

A Divisão de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde – CNES trabalha com a inserção de dados no sistema SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, sistema que registra todas as informações dos Estabelecimentos de Saúde: Razão Social; nome fantasia, endereço, serviços prestados e/ou habilitados, leitos cadastrados, instalação física, equipamentos, profissionais que atendem no estabelecimento, entre outros. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que ***"Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. "*** **CAPÍTULO IV -** DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES), **Seção I - Art. 358.** Fica instituído o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 1º), é o sistema de informação oficial de cadastramento de

informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde (MS) no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não. Além do processamento das informações no SCNES, a presente divisão faz atendimento aos estabelecimentos de saúde de natureza pública e privada e aos profissionais de saúde. Os atendimentos versam sobre cadastramento, alterações, informações e orientações sobre CNES.

2.4.8.6 Pactuação Assistencial

Os Instrumentos de Gestão em Saúde são mecanismos que asseguram o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis. Assim, a gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que através de seus órgãos gestores, utilizam-se de vários instrumentos com a finalidade de garantir o pleno funcionamento do sistema de saúde.

Existem diversos Instrumentos de Gestão em Saúde que são específicos de cada Município, Estado, Distrito Federal e União. Há outros, por sua vez, que coexistem e corroboram para a articulação das três esferas gestoras de governo, garantindo a operacionalização de um sistema de saúde nacional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Sua implantação ocorreu com o intuito de fortalecer os estados no processo de descentralização das ações e serviços para os municípios – processo conhecido como municipalização.

Através do artigo 198 da CF/88 foi estabelecido que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado conforme as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Salientamos que para cumprir os preceitos constitucionais, o SUS utiliza-se de diversos instrumentos de gestão, que são criados de acordo com a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e política dos gestores das três esferas de governo.

Enumerando os principais instrumentos de Gestão em Saúde ligados ao planejamento, temos:

1. Agendas de Saúde

2. Planos de Saúde
3. Relatórios de Gestão
4. Plano Diretor de Regionalização (PDR)
5. Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Neste contexto, com o intuito de fortalecimento das ações do SUS no município de Campo Grande, a Superintendência de Relações Institucionais de Saúde (SUPRIS) fundamentou-se na existência de diversas gerências, dentre as quais enfatizamos a recém-criada Gerência de Pactuação Assistencial (GPA).

A GPA é um setor que comunica diferentes interfaces do sistema de saúde, tendo sido criada para fortalecer as pactuações e suas fragilidades, e consolidar suas potencialidades, além de reduzir as lacunas assistenciais locais e de nossas regiões de saúde.

Sendo assim, a atuação desta gerência está fundamentada no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que fornece importantes subsídios para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, orientado na organização, regionalização e hierarquização da rede (conforme a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90), além de garantir aos usuários integralidade no atendimento e acesso a todos os níveis de complexidade.

A efetividade deste plano diretor é garantida por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento importantíssimo no processo de planejamento do SUS, uma vez que determina: alocação de recursos, reorganização das redes de atenção à saúde, e consolidação das diretrizes e prioridades expressas nos demais processo do planejamento.

A PPI tendo como base o PDR faz a programação das ações que serão realizadas, visto que as prioridades já foram estabelecidas nas Agendas de Saúde e planejadas com a elaboração dos Planos de Saúde.

A Programação Pactuada e Integrada não tem a intenção de solucionar todas as necessidades de programação das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde. Restringe-se em alguns aspectos e questões de interesse ou de responsabilidade compartilhada, que envolvem a fixação de critérios de alocação de recursos do SUS.

A PPI traduz a autonomia de cada gestor, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente em um município específico, quer pelo encaminhamento a um município de referência, sempre por intermédio de negociações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

Cada município deverá programar as ações que irá executar, para então negociar com os outros gestores a programação das ações que serão referenciadas, conforme o Plano Diretor de Regionalização. Para tanto, o gestor municipal deve conhecer as necessidades em saúde de seu município, a quantidade de usuários que

será atendida e encaminhada para os municípios de referência, e conhecer as especialidades profissionais (médicas ou outras) e os recursos tecnológicos demandados.

Por ser a capital do estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande é referência em média e alta complexidade para a maioria absoluta dos municípios e regiões de saúde, monitora os entraves para a utilização dos recursos alocados e para a sustentabilidade do sistema. Desta forma, a gerência técnica traz à evidência os maiores gargalos do sistema, e propõe soluções viáveis de pactuação a fim de que o Plano Diretor seja integralmente cumprido.

Principais objetivos da Programação Pactuada e Integrada:

- Estimular o processo de planejamento e programação integrada entre os gestores municipais e o gestor estadual;
- Orientar a organização do sistema de saúde e das redes de referência de caráter microrregional, regional ou estadual, de acordo com as necessidades identificadas;
- Explicitar os fluxos de referências intermunicipais, acordados entre os gestores, de forma a garantir o acesso de toda a população a todos os níveis de atenção;
- Orientar a alocação de recursos financeiros pela lógica das necessidades de saúde da população e de acordo com as prioridades estabelecidas pelos gestores;
- Orientar a alocação de recursos financeiros entre os municípios para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, através da adoção de critérios claros e adequados, e da explicitação da parcela correspondente às referências intermunicipais pactuadas;

Os pactos contidos na PPI serão atualizados periodicamente entre os gestores municipais e estadual mediante a aprovação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Em Mato Grosso do Sul a última atualização ocorreu em 2008, necessitando ser revista, já que o aumento populacional e a incorporação de novas tecnologias e tratamentos vêm fragilizando a cadeia de ofertas.

A utilização de instrumentos eletrônicos para a elaboração das Programações Pactuadas e Integradas permitirá uma maior agilidade na atualizações e revisões das metas pactuadas.

A GPA segue em análise criteriosa de prioridades nas seguintes atividades:

- Revisão completa da MAC (Média e Alta Complexidade) Ambulatorial e Hospitalar com análise da produção pelo TABWIN (análise por abrangência e referência);

- Análise dos Documentos Descritivos (DD) dos Contratos estabelecidos com a rede de prestadores com a finalidade de avaliar as metas e os planos de trabalho (atuação conjunta com GCA para fortalecimento da ferramenta de gestão);
- Avaliação das atas da CIB para revisão dos documentos comprobatórios das pactuações firmadas pelo município de Campo Grande;
- Diálogo com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) para ação sinérgica no estudo da próxima atualização, fundamental para a gestão municipal e estadual;
- Análise do SISMAC (Sistema de Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade) dos anos de 2022, 2023 e 2024;
- Estudo da PAMAC (Programação Assistencial da Média e. Alta Complexidade), que em breve subsidiará as pactuações das Comissões Intergestores (CIB).

2.5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS

As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico, nutricional e demográfico resultaram na atual situação de saúde da população, caracterizada pelo predomínio das condições crônicas, convivendo com as condições agudas e os agravos decorrentes das causas externas.

Assim, é essencial a implantação de um sistema de saúde capaz de oferecer atenção adequada a essa nova agenda, baseada em uma estrutura integrada, com base em relações horizontais entre todos os pontos de atenção, com foco no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e na integralidade do cuidado. O Sistema único de Saúde (SUS) está organizado por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme disposto na Portaria de Consolidação nº 3, Anexo I que estabelece as diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

As RAS contemplam indicadores ou marcadores - relacionados às diretrizes nacionais e configurados na Pactuação Interfederativa, que buscam qualificar a atenção à saúde através da ampliação do acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado, tendo como maior objetivo a garantia do alcance da integralidade do cuidado em todas as RAS prioritárias. De acordo com a portaria que estabelece as diretrizes para a organização das RAS no SUS, são redes temáticas:

A **Rede Alyne** reforça o compromisso da saúde, com melhores condições de cuidado para as gestantes, as puérperas e os bebês, através de medidas como a reestruturação dos serviços de urgência e emergência; incentivo ao aleitamento materno; mais investimento em pré-natal, leitos canguru e modelo de financiamento por nascido vivo. A **Rede Atenção às Urgências,** promoção e prevenção; Atenção Primária à Saúde; Unidades de Pronto Atendimento - UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia. A **Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência -** Atenção Primária à Saúde; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência.

A **Rede de Atenção Psicossocia**l cuja diretriz visa “Garantir o direito à saúde mental e ampliação do acesso equânime e universal em todos os pontos de atenção à saúde dos territórios, além de proporcionar cuidado humanizado e integral, baseado em estratégias assertivas por meio de Projetos terapêuticos Singulares ativos e participação de pacientes atendidos em saúde mental em espaços deliberativos e de controle social”.

A **Rede de Atenção Saúde das pessoas com Doenças Crônicas** que compreende a assistência à hipertensão, diabetes, cânceres, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Doença Renal Crônica (DRC), obesidade/sobrepeso e tabagismo.

Cada rede temática é formada por Grupo Condutor Municipal com componentes das áreas técnicas exemplificadas através de representantes da APS, atenção especializada, atenção hospitalar, atenção às urgências e emergências, sistemas de apoio, sistemas logísticos e regulação, de acordo com a especificidade de cada rede. Os grupos são espaços deliberativos de construção de diagnósticos, estabelecimentos de prioridades, elaborações de desenhos das redes, fluxos locais e de educação e qualificação. Os grupos constituídos são:

- Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (GCMRDC);
- Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (GCRPCD);
- Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial (GCMRAPS)
- Grupo Condutor Municipal da Rede Alyne (GCMRA);
- Grupo Condutor Municipal da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP);

A operacionalização das redes temáticas do SUS é desenvolvida através da qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidado que expressam o fluxo assistencial que devem ser garantidos aos usuários de forma transversal, desde sua entrada no sistema de saúde, preferencialmente pela APS, considerando todos os pontos de atenção da rede necessários para que a integralidade do cuidado seja garantida.

As ações estratégicas consistem em operacionalizar as linhas de cuidado com ações de fortalecimento da atenção através de programas de saúde, protocolos, normativas, educação permanente e educação em saúde, articulações intrassetoriais e intersetorial e demais elementos pertinentes à estruturação das linhas. As linhas de cuidado são baseadas nas políticas de saúde vigentes e diretrizes de saúde e estão organizadas na SESAU em 09 (nove) linhas de cuidados prioritárias:

1 - Linha de cuidado das pessoas com doenças renocardiovasculares: com foco na prevenção da doença renal crônica, infartos, acidente vascular e cânceres;

2 - Linha de cuidado das pessoas com sobrepeso/obesidade: promove ações de estímulo à alimentação saudável, atividade física;

3 - Linha de cuidado da criança e do adolescente: promove ações de crescimento e desenvolvimento;

4 - Linha materno infantil: promove ações para a gestação, parto e puerpério adequados;

5 - Linha da saúde sexual e reprodutiva: promove ações planejamento sexual e reprodutivo com oferta de contraceptivos e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST’s;

6 - Linha de cuidado do usuário com hipertensão arterial sistêmica/ diabetes mellitus: foco na prevenção e tratamento dos agravos;

7- Linha de cuidado da saúde do homem: promove ações de fortalecimento de pré-natal do parceiro, estilo de vida saudável, prevenção de doenças cardiovasculares, e cânceres principalmente próstata;

8 - Linha de cuidado da saúde do idoso: desenvolve ações de promoção de envelhecimento saudável, articulação entre unidades de saúde com as Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI's;

9 - Linha de cuidado da equidade em saúde: promove a garantia do atendimento integral no SUS com o respeito à diversidade das populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, orientadas à saúde integral da população negra e quilombolas, população do campo e da floresta - assentados e ribeirinhos, população lésbicas, gays, bissexual, transexual, travesti, e intersexual - LGBTQIA+, população em situação de rua, cigana, albinismo, migrantes e refugiados, população indígena e os adolescentes privados de liberdade, conforme os princípios do SUS.

As RAS são operacionalizadas através da interação de seus elementos constitutivos, onde está compreendida a estrutura operacional que é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam os serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

Os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos. O município de Campo Grande- MS possui em sua rede serviços de APS, média e alta complexidade de rede própria e/ou através de contratos/convênios com estabelecimentos de saúde, em complementariedade aos serviços da rede.

Tabela 1. Estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde, 2025.

Tipo	**Quantitativo**
Unidades de Saúde da Família (USF)	74
Equipes de Saúde da Família (eSF)	227
Equipes de Saúde Bucal (ESB)	147
Equipe Multiprofissional	14
Equipe Consultório na Rua (ECR)	02
Equipes de Atenção Primária Prisional (EAPP)	07

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

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS está instituída pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (origem: Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012).

Tabela 2 - Estabelecimentos que contemplam a Rede da Deficiência, 2025**.**

Estabelecimentos	Categorias
CER IV APAE	Física, Intelectual, Auditiva e Visual
CER II Cotolengo	Física e Intelectual
CER II Pestalozzi	Física e Intelectual
Oficina Itinerante	Manutenção e adaptação de OPM
FUNCRAF	Auditiva e pacientes com deformidades crânio faciais
UCDB	Auditiva e Terapia Ocupacional
ISMAC	Visual
Juliano Varela	Atendimento Ambulatorial
Hospital São Julião	Atendimento Hospitalar Odontológico Portador de Necessidades Especiais
CEO – Rede Própria	Atendimento Odontológico de Média Complexidade

Fonte: SESAU/SUPRIS/GCA/ Convênios e Contratos, 2025.

- **Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Campo Grande/APAE - Centro Especializado em Reabilitação/CER IV:**

Serviço habilitado para oferecer atendimento nas quatro modalidades de reabilitação: auditiva, visual, intelectual e física. Também realiza o acompanhamento de pessoas ostomizadas, incluindo o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes. Dispõe de oficina ortopédica para confecção, adaptação, manutenção e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM). Além disso, o serviço contempla a aplicação de toxina botulínica.

- **Cotolengo Sul-MatoGrossense - Centro Especializado em Reabilitação/CER II:**

Unidade habilitada para oferecer atendimento em duas modalidades de reabilitação — intelectual e física — por meio de abordagem multiprofissional, com planos terapêuticos personalizados para promover a autonomia e a funcionalidade dos pacientes.

- **Associação Pestalozzi de Campo Grande - Centro Especializado em Reabilitação/CER II:**

Unidade habilitada para oferecer atendimento em duas modalidades de reabilitação — intelectual e física — por meio de abordagem multiprofissional, com planos terapêuticos personalizados para promover a autonomia e a funcionalidade dos pacientes.

- **Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre**:

Unidade vinculada ao Centro Especializado em Reabilitação (CER/APAE). Atua na realização de manutenção e adaptação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

(OPM) em municípios do interior do Estado, conforme pactuação estabelecida com a Secretaria de Estado da Saúde.

- **Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais /FUNCRAF:**

Possui habilitação como Centro de Reabilitação Auditiva de Alta Complexidade, oferecendo atendimento especializado para pessoas com deficiência auditiva. Realiza o processo completo de diagnóstico auditivo, incluindo consultas, exames audiológicos, seleção, adaptação e concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI), além de terapia fonoaudiológica. É também é habilitado como Centro de Tratamento de Má Formação Lábio-Palatal, com atendimentos odontológicos que abrangem desde o diagnóstico até procedimentos ambulatoriais de alta complexidade. As ações incluem desde atividades de promoção e prevenção em saúde bucal até a instalação de aparelhos ortodônticos em pacientes com fissura labiopalatina.

- **Universidade Católica Dom Bosco /UCDB**:

Possui habilitação como Centro de Reabilitação Auditiva de Alta Complexidade, oferecendo atendimento especializado para pessoas com deficiência auditiva. O serviço realiza todo o processo de diagnóstico auditivo, incluindo consultas, exames audiológicos, seleção, adaptação e concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI), além de terapia fonoaudiológica. Também são realizados atendimentos em Terapia Ocupacional, ampliando a abordagem multidisciplinar no cuidado aos usuários.

- **Instituto Sul Mato Grossense para Cegos Florivaldo Vargas/ ISMAC**:

Possui habilitação de Unidade de Reabilitação Visual, oferece atendimento multiprofissional voltado ao desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma. Realiza também estimulação precoce com foco no desenvolvimento global do paciente, além de fornecer orientações à família, à escola e para a realização de atividades de vida autônoma e profissional.

- **Associação Juliano Varela:**

Possui convênio com a Secretaria Municipal de Saúde desde agosto de 2022, para o atendimento de pessoas com deficiência intelectual, incluindo Síndrome de Down, Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Microcefalia e Transtorno do Espectro Autista (TEA).

- **Centro de Especialidades Odontológicas**:

Unidade habilitada para atendimento odontológico de média complexidade a pessoas com deficiência, oferecendo serviços especializados como próteses, tratamento periodontal, endodontia e reabilitação oral adaptada às necessidades de cada paciente. Foram habilitados, na modalidade CER II (reabilitação física e intelectual), os Centros Especializados

em Reabilitação, Cotolengo (Portaria nº 3.531, de 17 de dezembro de 2020) e Pestalozzi (Portaria GM/MS nº 2.617, de 21 de dezembro de 2023).

A Portaria GM/MS nº 3.088 de 2011 institui a **Rede de Atenção Psicossocial** para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS).

Tendo como indicador a realização de matriciamento da saúde mental na atenção básica por meio dos 07 (sete) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes no município (conforme abaixo), sendo 01 matriciamento por CAPS por mês, somando um total de 72 matriciamentos/ano. Com meta a cumprir de atendimento de 100% do total de matriciamento por ano:

- CAPS III AFRODITE DORIS CONTIS
- CAPS III MARGARIDA
- CAPS III AERO RANCHO
- CAPS III VILA ALMEIDA
- CAPS INFANTO JUVENIL
- CAPS AD IV Fátima Medeiros
- CAPS AD III Guanandi.

O apoio matricial ou matriciamento da saúde mental na atenção primária à saúde é de extrema importância devido o mesmo proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos singulares junto à população, sendo trabalhado em capacitações com cronograma que envolve não só os CAPS mas também a atenção primária à saúde de modo que os atores participem ativamente do projeto terapêutico singular dos seus usuários no seu território em conjunto, na lógica do funcionamento em rede.

Acerca dos leitos de psiquiatria pela Rede Complementar de Saúde:

- **Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/HUMAP – EBSERH**:
  - 2 Leitos destinados ao atendimento de transtornos psiquiátricos.
- **Hospital Nosso Lar**: 70 leitos, subdivididos em:
  - 30 Leitos regulados pela SESAU para pacientes residentes em Campo Grande.
  - 40 Leitos regulados pela SES para pacientes provenientes do interior do estado.

No Brasil, a legislação sobre políticas e práticas voltadas à segurança do paciente e gestão dos riscos nos serviços de saúde teve início com a criação da Portaria MS nº 529, de 01 de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e criou o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Posteriormente foram publicadas as Portaria MS nº 1.377, de 09 de julho de 2013, que aprovou 3 protocolos básicos de segurança do paciente, quais sejam, Protocolos de Cirurgia Segura,

Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão e Portaria MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, que aprovou o Protocolo de Prevenção de Quedas, o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos.

Em 25 de Julho de 2013 também foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA nº 36 (Anexo I), que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e deu outras providências, como a obrigatoriedade de todo serviço de saúde ter seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e ainda.

A RDC ANVISA nº 36 prevê a elaboração, pelas instituições de saúde, do Plano de Segurança do Paciente (PSP), que deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco e segurança do paciente, com base na legislação nacional e nas metas internacionais de segurança do paciente, para que as instituições possam assegurar ao máximo uma assistência à saúde segura, livre de danos aos seus pacientes.

Em cumprimento à legislação vigente, o Núcleo de Segurança do Paciente elaborou o **Plano de Segurança do Paciente** do município de Campo Grande. A **Rede de Urgência/Emergência** no município de Campo Grande está sendo implementada gradativamente, com vistas à articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

De acordo com o Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência – RUE, publicado através da Resolução nº 063/CIB/SES/MS, de 02 de julho de 2019, os serviços da Rede Complementar encontram-se dispostos da seguinte forma:

Componente Hospitalar / Portas hospitalares de Urgência*:*

- **Santa Casa de Campo Grande**

-Linhas de cuidado: Cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, traumato-ortopedia e pediatria (referência estadual).

-Complexidade: Retaguarda de média e alta complexidade, incluindo procedimentos diagnósticos, clínicos, cirúrgicos e terapia intensiva para a rede de Atenção às Urgências e Emergências.

-Porta Hospitalar de Urgência: Principal referência de Mato Grosso do Sul para urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e traumatológicas, com equipe multidisciplinar.

-Referência em trauma: Atendimento especializado a vítimas de trauma, visando reduzir mortalidade e morbidade por meio da universalização e padronização do modelo de atendimento.

- **Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/HUMAP – EBSERH:**

Exclusão da Porta de Entrada Hospitalar da RUE: Conforme Resolução n. 372/CIB/SES/MS, de 4 de março de 2024, foi excluído do componente Porta de Entrada Hospitalar da Rede Urbana de Emergência (RUE).

Atualmente, aguarda-se a atualização do PAR/RUE para a exclusão do hospital.

- **Associação de Amparo à Maternidade e a Infância/ AAMI**:

Oferece assistência para gestação de risco habitual e conta com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para cuidados especializados de recém-nascidos.

- **Hospital Adventista De Campo Grande Unidade Matriz**

Conforme a Resolução CIB/SES Nº 509, 16 de agosto de 2024, foi aprovada a inclusão do Hospital Adventista de Campo Grande Unidade matriz, SCNES: 2646773, no Componente Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência Especializada tipo I. Transplante de córnea/esclera e fígado, Retirada de órgãos e tecidos e UTI II adulto.

Habilitação em Alta Complexidade**:** Em 6 de dezembro de 2024, por meio da Portaria GM/MS nº 5.846, o hospital foi oficialmente habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, qualificando-o para a realização de procedimentos avançados.

Atualmente, aguarda-se a atualização do PAR/RUE para a inclusão do hospital.

Tabela 3 – Tipo de Leitos complementar de UTI Existentes/SUS, 2025.

Tipo UTI	SANTA CASA	HRMS	EBSERH	AAMI	HCAA	HAP MATRIZ	HAP CENTRO	EL KADRI
UTI Adulto TIPO II		47	16		10	10	10	
UTI Adulto TIPO III	72							
UCO TIPO II		10						
UTI Pediátrico TIPO II		8	5					
UTI Pediátrico TIPO III	10							
UTI Neonatal TIPO II		10	6	20				
UTI Neonatal TIPO III	8							
UCINCO	11	20	6	20				
UCINCA	4	5		4				

Fonte: SITE CNES/SESAU/SUPRIS/GP, abril 2025.

Tabela 4. Demonstração geral dos atuais pontos de atenção da Rede, de acordo com o PAR da RUE de 2019.

Hospital	Porta de entrada hospitalar de urgência	Leitos retaguarda	Leitos retaguarda UCP	Centro de trauma
SANTA CASA	Tipo II	124	21	Tipo III
HOSPITAL SÃO JULIÃO	-	-	69	-

Fonte: PAR-RUE 2019/SESAU/SUPRIS/GPA, abril,2025.

- **Portas Hospitalares de Urgência:**

As Portas de Entrada Hospitalares são pontos estratégicos para o acesso aos serviços de urgência e emergência, definidas conforme os requisitos da Portaria nº 2.395/2011. Sua organização considera as necessidades locais, como a regionalização e as distâncias entre os serviços de saúde.

A **Santa Casa de Campo Grande** é uma das principais referências do estado de Mato Grosso do Sul para atendimentos de urgência clínica, pediátrica, cirúrgica e traumatológica. Conta com uma equipe multiprofissional qualificada e estrutura adequada para oferecer cuidados de média e alta complexidade. O acesso aos serviços hospitalares se dá por meio da Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

- **Leitos de Cuidados Prolongados:**

A rede de saúde de Campo Grande/MS conta com leitos de **retaguarda hospitalar** e **Unidades de Cuidados Prolongados (UCP)** com o objetivo de garantir continuidade do cuidado a pacientes que, embora não necessitem mais de cuidados intensivos, ainda demandam suporte clínico e acompanhamento especializado para reabilitação ou estabilização clínica antes da alta definitiva.

- **Centro de Trauma:**

A **Santa Casa de Campo Grande** é habilitada como **Centro de Trauma Tipo III**, conforme a **Portaria SAS/MS nº 1.227, de 26 de setembro de 2016**. Em 2018, foi inaugurada a **Unidade do Trauma**, ampliando a capacidade de atendimento especializado a pacientes vítimas de traumas, com estrutura adequada para suporte integral e equipe multiprofissional qualificada.

COMPONENTE DE ATENÇÃO DOMICILIAR:

Hospital do Câncer Alfredo Abrão (HCAA)

- **Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar – Tipo I**: É um serviço complementar à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial, que fornece cuidados domiciliares para pacientes oncológicos, com ênfase em cuidados paliativos.

A Portaria GM/MS nº 483, de 01 de abril de 2014 estabelece as diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. A Prefeitura Municipal de Campo Grande- MS, através da SESAU, firma contratos/convênios com estabelecimentos de saúde, em complementariedade aos serviços da rede própria. Destacam-se as seguintes especialidades, bem como os estabelecimentos:

Tabela 5: Estabelecimentos e especialidades contratados/conveniados, 2025.

ESTABELECIMENTOS	ONCOLOGIA	DOENÇA RENAL CRÔNICA	OBESIDADE
SANTA CASA	X	X	-
HUMAP-EBSERH	X	X	X
HOSPITAL DO CÂNCER	X	-	-
MED RIM	-	X	-
DAVITA CAMPO GRANDE	-	X	-
DAVITA PANTANAL	-	X	-

Fonte: CNES/SESAU/SUPRIS/GPA, abril 2025.

Oncologia

- **A Fundação Pio XII- Instituto de Prevenção Campo Grande**: realiza exames de diagnóstico de câncer de colo de útero e de mama, dispondo de 1 Unidade Móvel e 1 Unidade Fixa.

Doença Renal Crônica (DRC)

- Os hospitais Santa Casa e Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/– EBSERH mantêm convênios para a oferta de tratamento dialítico.
- Além deles, as clínicas Med Rim, Davita Campo Grande e Davita Pantanal também realizam atendimento dialítico na rede conveniada.
- Para diagnóstico precoce e retardamento da progressão da DRC, é fundamental a articulação com o Programa de Diabetes e Hipertensão, integrando os demais Pontos de Atenção à Saúde.

Obesidade Grave

- Os hospitais Santa Casa de Campo Grande e Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – EBSERH, possuem habilitação para o atendimento de casos de Obesidade Grave, com renovação automática dessas habilitações pelo Ministério da Saúde.

- A Santa Casa solicitou o cancelamento da habilitação, porém o Ministério da Saúde indeferiu o pedido, porém não ofertam o serviço.

Tabela 6: Modalidades de habilitação e hospitais habilitados – UNACON, 2025.

Modalidades de habilitação / hospitais habilitados	UNACON com serviço de radioterapia	UNACON com serviço de pediatria	UNACON com serviço de hematologia
HOSPITAL DO CÂNCER	X	-	-
SANTA CASA	-	-	X
HUMAP-EBSERH	X	-	-

Fonte: SESAU/SUPRIS/GPA, abril 2025.

Rede Complementar – UNACON: convênios com instituições habilitadas como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), que oferecem: Tratamento cirúrgico oncológico, Quimioterapia, Radioterapia e Hematologia.

Unidades habilitadas como UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia):

• **Hospital do Câncer Alfredo Abrão**: habilitado como UNACON com serviço de **Radioterapia** ativo.

• **Santa Casa de Campo Grande**: habilitada como UNACON com **serviços de Hematologia e Radioterapia**. Contudo, solicitou o **cancelamento do serviço de Radioterapia**, conforme registrado na **Reunião Ordinária nº 317 da CIB, em 2021**.

• **Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) – EBSERH**: habilitado como UNACON com **serviço de Radioterapia**.

Tabela 7 – Abrangência da Assistência Oncológica Hospitalar, Campo Grande, 2025.

ESPECIALIDADES	HUMAP	SANTA CASA	H. CANCER
Radioterapia	-	-	X
Onco-hematologia	-	X	-
Onco-pediatria		-	-
Urologia	X	X	X
Cabeça e Pescoço	X	-	X
Esôfago-gastro-duodenal, de Vísceras Anexas e de Outros Órgãos Intra-abdominais	X	X	X
Proctologia	X	X	-
Ginecologia	X	X	X
Oftalmologia	-	X	-
Pele e Plástica Reparadora	X	X	X
Ossos e Partes Moles	X	X	X
Neurocirurgia	-	X	-
Cirurgia Torácica	X	X	X
Mastologia	X	X	X
Quimioterapia	Pediatria - Sim Adulto - parcial	X	X
Iodoterapia	-	-	-

Fonte: SESAU/SUPRIS/GCA, abril 2025.

A Rede Alyne oferta um conjunto de ações que visam garantir o atendimento de qualidade, seguro, humanizado e de ações continuas a saúde materna e infantil para a população de determinado território. Esta organiza-se de forma a ofertar assistência desde o planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 1º).

De acordo com o Plano de Ação Regional – PAR da Rede Cegonha, atualmente Rede Alyne, publicada através da Resolução nº 63/CIB/SES/MS em 02/07/2019, estão credenciados junto à Rede Cegonha, no componente Parto e Nascimentos, os hospitais Santa Casa, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - EBSERH e a Associação de Amparo à Maternidade e à Infância – AAMI. A distribuição dos leitos hospitalares inerentes a esta Rede de Atenção está disposta da seguinte maneira:

Tabela 8 - A distribuição dos leitos hospitalares por tipologia no CNES, 2025**.**

LEITOS	SANTA CASA	HRMS	EBSERH	AAMI
UTI PEDIATRICA - TIPO II	0	8	5	0
UTI PEDIATRICA - TIPO III	10	0	0	0
UTI NEONATAL - TIPO II	0	10	6	20
UTI NEONATAL - TIPO III	8	0	0	0
UCINCO	11	20	6	20
UCINCA	4	5	0	4
OBSTÉTRICOS CLÍNICOS	16	14	21	25
OBSTÉTRICOS CIRÚRGICOS	11	16	11	23

Fonte: SESAU/SUPRIS/GP/SITE CNES, abril 2025. * habilitado com o código 1414 Atenção Hospitalar de Referência a Gestação de Alto Risco Tipo II (GARII) 26 leitos na Santa Casa; 16 leitos no HRMS e 01 leitos na EBSERH.

Considerando as metas estabelecidas nos Convênios com os hospitais para acompanhamento da assistência prestada pela instituição em relação à Rede Alyne, segue abaixo quadro contendo os indicadores pactuados e informações de cumprimentos as metas.

Tabela 9 - Os indicadores pactuados e informações de cumprimentos as metas- Rede Alyne, 2025.

INDICADOR	METAS	AAMI	SANTA CASA	HU
Comissão de análise de óbitos maternos e neonatais	Manter Ativa	Meta cumprida	-	-
Acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de internação	100% de acompanhante de livre escolha da mulher durante todo período de internação	Meta cumprida	-	Meta cumprida
Apgar > 7 no 5º minuto	80% dos RN	Meta cumprida	Meta cumprida	-
Contato imediato pele a pele efetivo e Aleitamento materno na 1ª hora de vida	85% RN com contato pele a pele + aleitamento na 1ª hora de vida AC ou PPP	Meta cumprida	-	-
Mulheres com quadro de abortamento que utilizaram AMIU	Mínimo de 50% das mulheres em situação de abortamento assistidas com AMIU conforme norma técnica do MS	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
Manejo das situações de abortamento garantindo espaço protegido para as mulheres durante a internação	Utilizar manejo dos leitos para internação de mulheres em situação de abortamento de forma a não compartilhar espaço com mulheres em TP ou pós -parto	Meta cumprida	-	Meta cumprida

Fonte: SESAU/SUPRIS/GCA/DOCUMENTOS DESCRITIVOS/Relatórios Comissão de Acompanhamento, janeiro a dez/2024.

Tabela 10 - Os indicadores pactuados e informações de cumprimentos as metas- Rede Alyne, 2025. OBS nos convênios ainda consta REDE CEGONHA.

INDICADOR	METAS	AAMI	SANTA CASA	HU
Taxa de episiotomia	Fazer acompanhamento estatístico	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
Ambiência adequada à RDC 36 (Bloco obstétrico e PPP) ou projeto de adequação da área física com cronograma de execução	Projeto/ Implantar	Meta cumprida	-	-
RN com acompanhante na UTI e UCI	100% RN internados com livre acesso dos pais à unidade	Meta cumprida	-	Meta cumprida
Gestão participativa e compartilhada na unidade materno e infantil	Apresentação de projeto no ano	Meta cumprida	Parcialmente cumprida	Meta cumprida
Educação permanente em boas práticas da atenção obstétrica e neonatal	50% dos trabalhadores assistenciais participantes de atividades de boas práticas de atenção obstétrica e neonatal	Meta cumprida	-	Meta cumprida
Taxa de cesárea	Percentual	Meta cumprida / média da taxa de 42,8%		Meta cumprida
Participação no Fórum Perinatal	100% Participação	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida

Fonte: SESAU/SUPRIS/GCA/DOCUMENTOS DESCRITIVOS/Relatórios Comissão de Acompanhamento, janeiro a dez/2024.

O Núcleo de Segurança do Paciente da Secretaria Municipal de Saúde NSP/SESAU tem por objetivo instituir ações para promoção da Segurança do Paciente e a melhoria da qualidade no serviço de saúde. Compete ainda ao NSP/SESAU o reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma cultura de gerenciamento desse cuidado, bem como organizar as estratégias e ações que previnam e minimizem os riscos inerentes a estes processos. A resolução SESAU nº 502 de 11 de dezembro de 2019, dispõe sobre seu regimento interno. Nesse sentido, os trabalhadores de saúde são sensibilizados a notificar circunstâncias notificáveis, incidentes e eventos adversos. Ressalta-se que o NSP busca romper com a cultura punitiva e instituir a cultura justa e orientativa, investigando todos os incidentes com base em metodologias propostas pelo Ministério da Saúde.

O Programa de Transporte Sanitário Eletivo atende 146 pacientes continuamente para tratamento de saúde, sendo 97% destes, para tratamento de hemodiálise (três vezes por semana) e 3% para tratamento de quimioterapia, fisioterapia e outros. O serviço dispõe de 11 veículos de passeio e duas ambulâncias tipo A. O desafio deste serviço consiste na ampliação da capacidade de atendimento aos usuários.

INSTITUIÇÃO DE UMA NOVA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Com a publicação da Portaria GM/MS Nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde Bucal - RASB na Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O detalhamento da Organização, Regulação, Financiamento e Avaliação e Monitoramento da Rede de Atenção em Saúde Bucal (RASB) será publicado mediante atos complementares específicos pelo Ministério da Saúde.

São diretrizes da RASB: organização dos serviços considerando as características territoriais e epidemiológicas, com garantia de fluxos assistenciais claros; adoção de um modelo de atenção baseado na clínica ampliada e centrada na pessoa; implementação de protocolos e critérios regulatórios para assegurar atendimento em tempo oportuno e resolutivo; articulação entre os serviços especializados e a atenção primária à saúde bucal, com comunicação integrada e corresponsabilização pelo cuidado; utilização de ferramentas de saúde digital, incluindo teleodontologia, para ampliar o acesso, o diagnóstico e qualificar o cuidado; monitoramento contínuo das ações e serviços, com indicadores que avaliem a qualidade, a eficiência, o impacto e o resultado; promoção de ações de acolhimento, educação em saúde e orientação ao autocuidado pelas equipes de saúde bucal; adoção de mecanismos de governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de apoio logístico da rede; integração intersetorial com serviços do território para complementar o cuidado em saúde bucal; e garantia da segurança do usuário e paciente e das boas práticas por meio de protocolos clínicos e diretrizes técnicas.

Compõem a RASB: Atenção Primaria a Saúde; Atenção Especializada Ambulatorial; Atenção Especializada Ambulatorial Hospitalar, Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência; e outros Serviços de Apoio Logístico, Diagnóstico e Terapêutico.

O objetivo geral é organizar a saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde - RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, promovendo a integralidade, acessibilidade, equidade e eficiência dos serviços de saúde bucal para atender as necessidades da população com qualidade, humanização e resolutividade. Busca-se ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, garantindo a integração entre os pontos de cuidado e a continuidade do atendimento, com base em protocolos e fluxos assistenciais elucidados.

A OUVIDORIA-GERAL DO SUS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A função da Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde é intermediar as relações entre os (as) cidadãs (ãos) e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS, promovendo a qualidade da comunicação e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. Promovem a cidadania em saúde e produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão.

Atua como um canal de comunicação entre o(a) cidadão(ã) e todos os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, os quais denominamos sub-redes de Ouvidoria, recebendo as manifestações dos(as) usuários(as) no que concerne a: reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações, busca por informação e demais manifestações quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS no município de Campo Grande-MS, desempenhando desta forma um papel importante na articulação com as Redes de Atenção à Saúde, contribuindo com a gestão e para a melhoria das ações e serviços de saúde ofertados aos cidadãos.

Por meio do acolhimento e escuta qualificada a Ouvidoria-Geral do SUS oferece um espaço de escuta aos usuários, buscando compreender suas necessidades e expectativas em relação aos serviços de saúde. Promove a mediação e ao receber as manifestações, analisa e orienta o usuário, além de encaminhar as demandas para os pontos de rede de Ouvidoria das Redes de Atenção à Saúde, acompanhando e monitorando todo o processo até a sua conclusão.

Desta forma, por meio das manifestações de Ouvidoria, é possível identificar dificuldades vivenciadas pelos cidadãos no acesso aos serviços, problemas relacionados a qualidade do atendimento, apontamentos de irregularidades ou indícios de irregularidades na administração ou no atendimento ou má gestão dos recursos, e outras situações que precisam ser resolvidas pelas Redes de Atenção à Saúde, que ao coordenar o cuidado e o acesso dos usuários nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) precisam garantir que estes, ao apresentar determinada condição ou situação de saúde, estejam em um ponto de cuidado adequado à sua necessidade.

Assim, a Ouvidoria-Geral do SUS atua como mecanismo institucional de participação social de maneira ampla, sendo um elo entre os usuários, as ações e os serviços de saúde e os gestores, promovendo a comunicação e aproximando a gestão das necessidades em saúde dos cidadãos, contribuindo para o alcance dos princípios e diretrizes do SUS.

A Ouvidoria-Geral do SUS produz mensalmente e anualmente Relatórios Gerenciais que tem como principal função tornar públicas as informações gerais referentes às manifestações dos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS, acerca dos serviços e das atividades desenvolvidas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul. Os dados são coletados do sistema OuvidorSUS, regulamentado pela Portaria nº 8, de

25 de maio de 2007, sistema informatizado elaborado pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS-DATASUS do Ministério da Saúde, que permite o registro e o encaminhamento das manifestações dos cidadãos, e também do Sistema de Informações (via plataforma *google forms*).

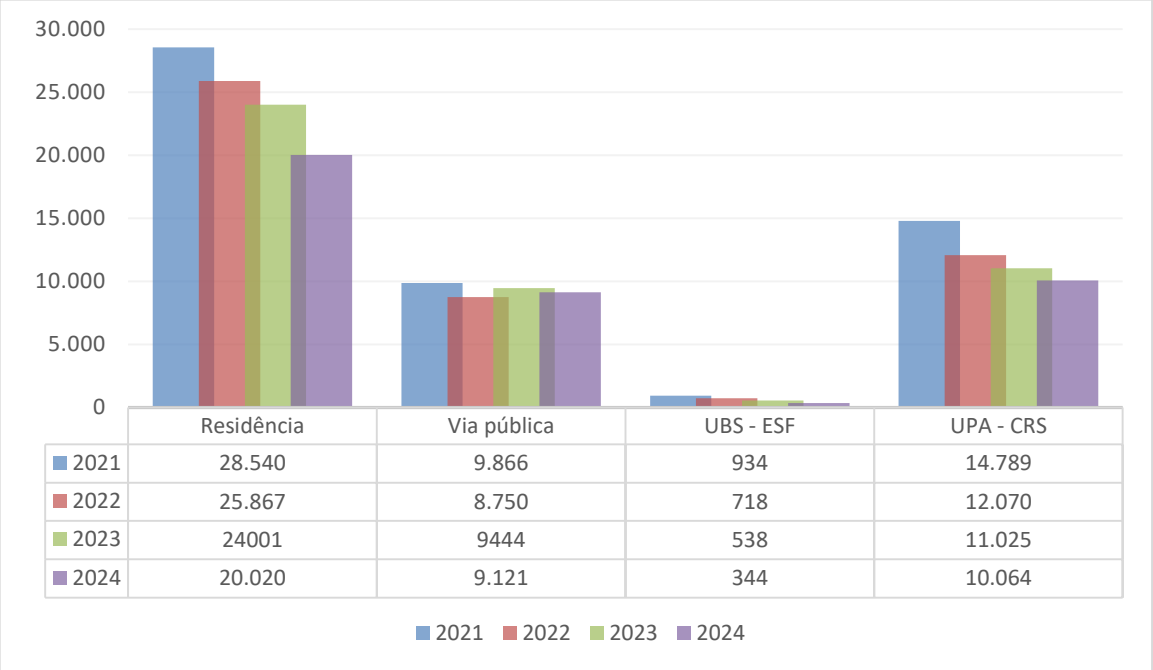
MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Telefone	0800 3149955
E-mail	ouvidoria@sesau.campogrande.ms.gov.br
Fala Campo Grande	http://fala.campogrande.ms.gov.br/ ou aplicativo
Sistema OuvidorSUS3	https://ouvidor.saude.gov.br/public/form-web/registrar
Endereço	Rua Bahia, n. 280, Jardim dos Estados - Campo Grande/MS
Horário de atendimento ao Público	**De segunda à sexta-feira:** Presencial - 07h às 17h Telefônico - 07h às 19h **Aos sábados**: Telefônico - 07h às 12h

2.6 CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS

Os dados estatísticos foram extraídos através do *sistema* E-SUS SAMU demonstram a origem e a natureza dos chamados de urgência, havendo predominância de chamados em residências, de origem clínica e traumática conforme observado no Gráfico 1 e 2.

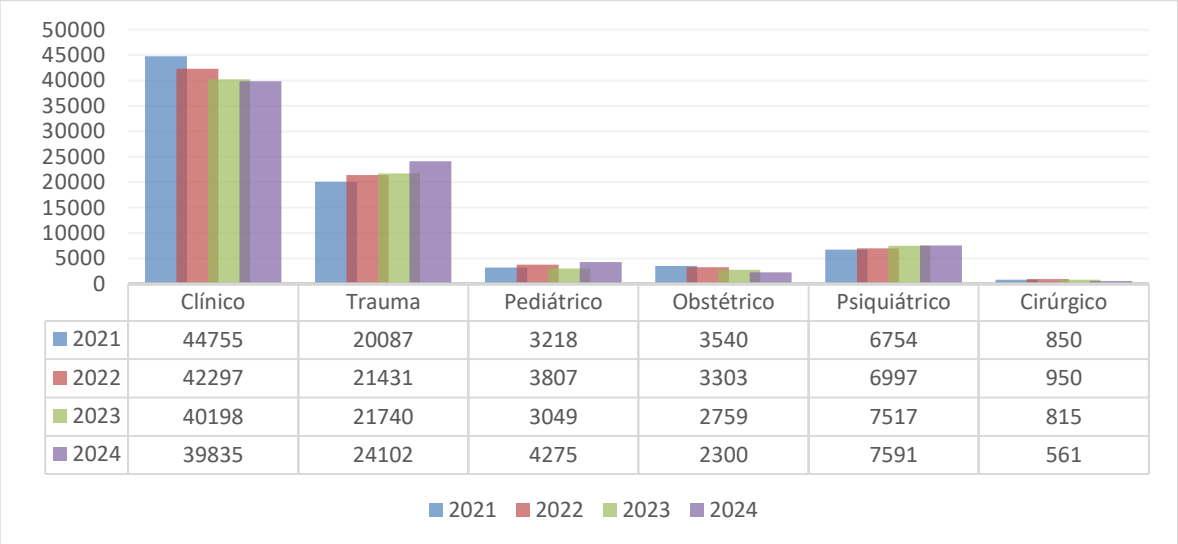
Gráfico 1 – Distribuição da origem da solicitação de atendimento conforme o local – Anos de 2021 a 2024. Campo Grande - MS, 2025.



	Residência	Via pública	UBS - ESF	UPA - CRS
2021	28.540	9.866	934	14.789
2022	25.867	8.750	718	12.070
2023	24001	9444	538	11.025
2024	20.020	9.121	344	10.064

Fonte: E-SUS/SAMU/SESAU- Campo Grande - MS, 2025.

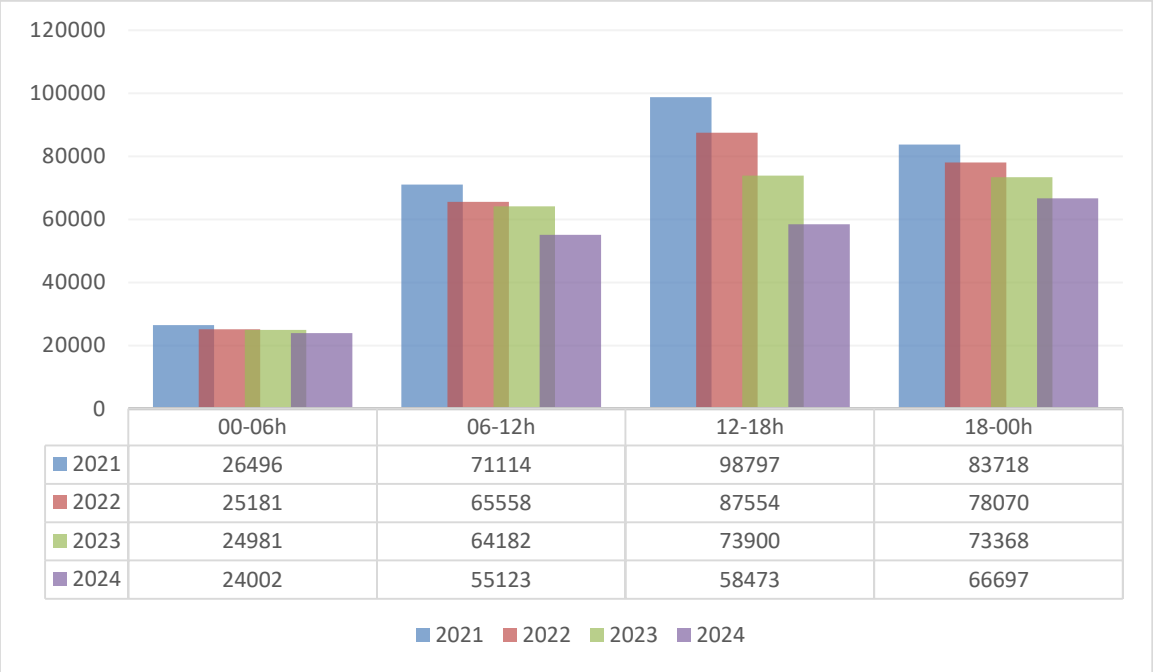
Gráfico 2 – Distribuição absoluta de ocorrências atendidas segundo a natureza do caso – Anos de 2021 a 2024. Campo Grande - MS, 2025.



	Clínico	Trauma	Pediátrico	Obstétrico	Psiquiátrico	Cirúrgico
2021	44755	20087	3218	3540	6754	850
2022	42297	21431	3807	3303	6997	950
2023	40198	21740	3049	2759	7517	815
2024	39835	24102	4275	2300	7591	561

Fonte: E-SUS/SAMU/SESAU- Campo Grande - MS, 2025.

Gráfico 3 – Distribuição de ocorrências atendidas segundo o período do dia – Anos de 2021 a 2024. Campo Grande - MS, 2025.

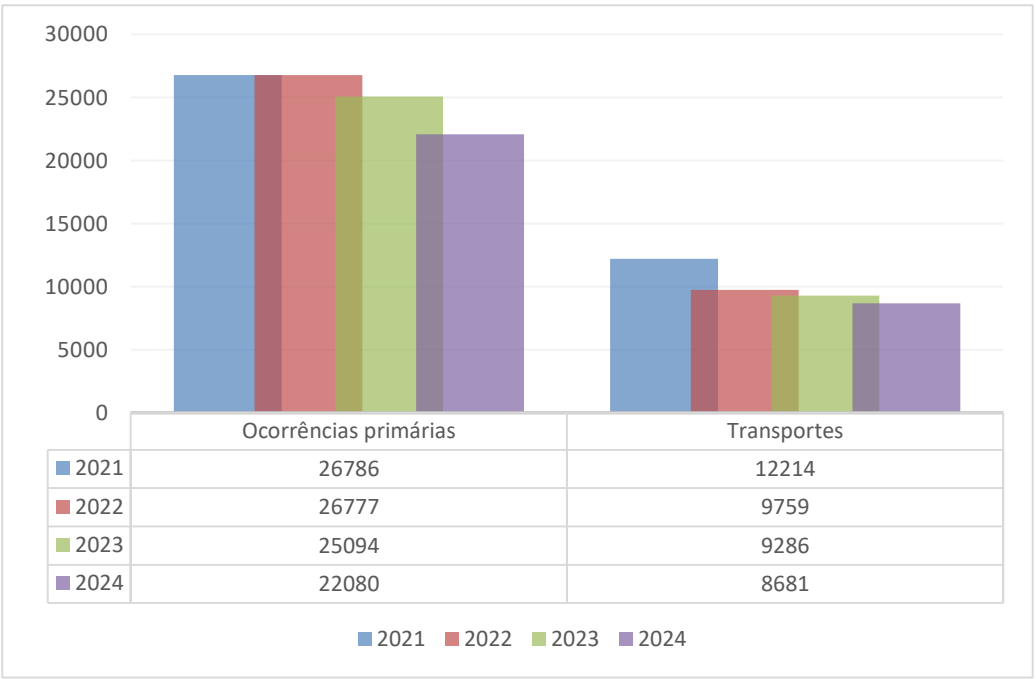


	00-06h	06-12h	12-18h	18-00h
2021	26496	71114	98797	83718
2022	25181	65558	87554	78070
2023	24981	64182	73900	73368
2024	24002	55123	58473	66697

Fonte: E-SUS/SAMU/SESAU- Campo Grande - MS, 2025.

O maior período de atendimentos ocorre entre o meio-dia e meia-noite (tarde e noite).

Gráfico 4 – Distribuição de ocorrências atendidas segundo a origem primária ou transporte entre unidades – Anos de 2021 a 2024. Campo Grande - MS, 2025.



	Ocorrências primárias	Transportes
2021	26786	12214
2022	26777	9759
2023	25094	9286
2024	22080	8681

Fonte: E-SUS/SAMU/SESAU- Campo Grande - MS, 2025.

O quantitativo de transportes (atendimento secundário) em relação aos atendimentos primários impacta significativamente no volume de demanda do serviço (Gráfico 4). Sendo assim, o serviço projetou a expansão de 6 USBs entre 2026 e 2027, que foram aprovadas no PAC 2024.

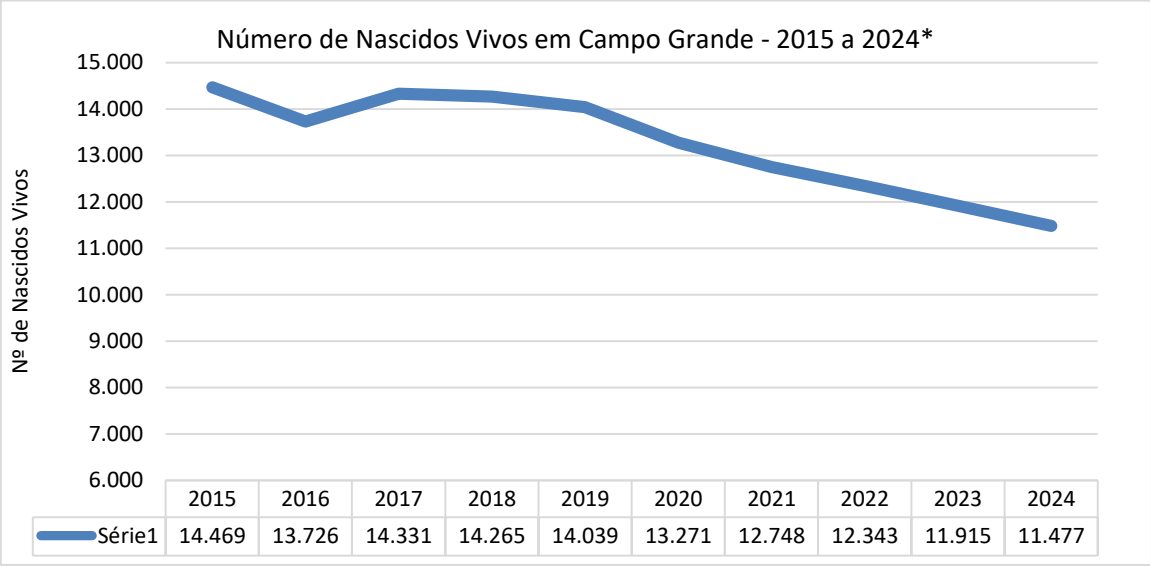
2.6.1 Perfil dos nascidos vivos

A análise dos dados de natalidade de Campo Grande – MS, no período de 2015 a 2024, evidencia tendências relevantes que impactam diretamente o planejamento e a execução das políticas públicas de saúde materno-infantil. A seguir, são destacados os principais pontos observados nos gráficos e tabelas disponíveis:

O Gráfico 1 demonstra uma tendência decrescente no número de nascidos vivos em Campo Grande ao longo do período analisado. Essa redução é consistente com o padrão observado nacionalmente, reflexo de diversos fatores como a ampliação do acesso a métodos contraceptivos, a elevação da escolaridade feminina, a inserção progressiva da mulher no mercado de trabalho e a postergação voluntária da maternidade.

Essa redução pode significar em replanejamento da rede de atenção, possibilitando o redirecionamento de investimentos para ações preventivas, qualificação do cuidado pré-natal e fortalecimento da atenção ao planejamento reprodutivo.

Gráfico 1 - Número de Nascidos Vivos de Mães Residentes em Campo Grande, 2015 a 2024*.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Série1	14.469	13.726	14.331	14.265	14.039	13.271	12.748	12.343	11.915	11.477

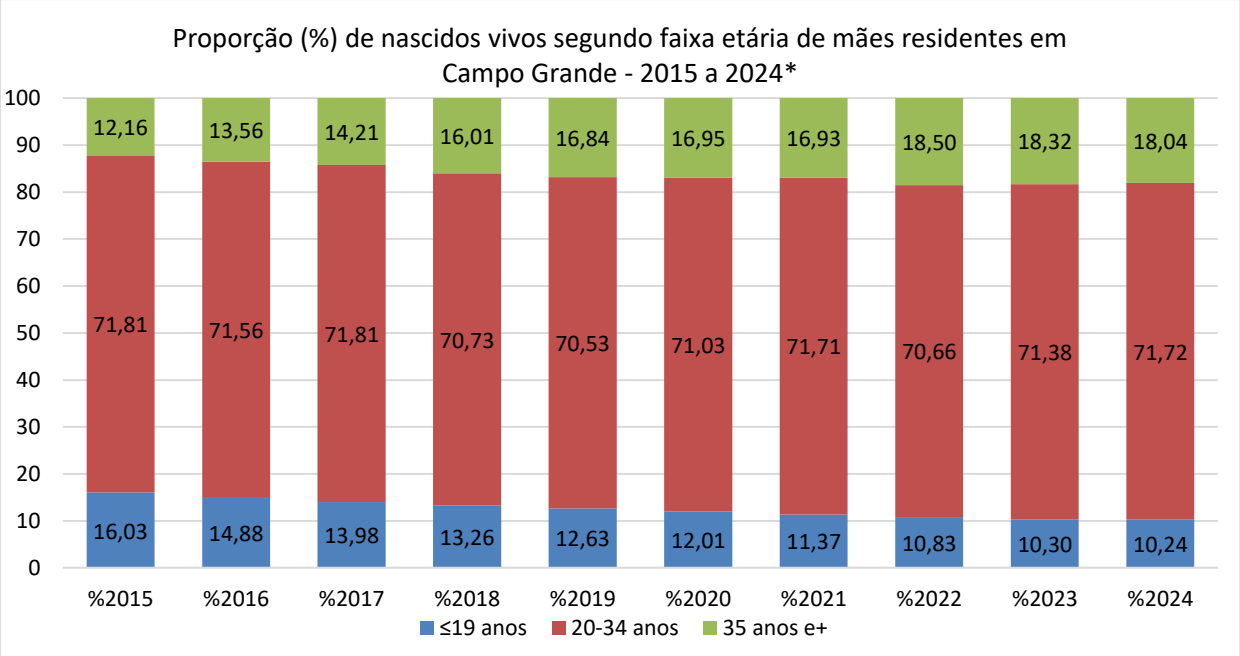
Fonte: SINASC/CEVITAL/SVS/SESAU
*Dados de 2024 sujeitos a atualização.

O Gráfico 2 evidencia duas tendências importantes:

- A **redução progressiva da proporção de nascimentos em mães adolescentes** (menores de 20 anos), configurando um avanço expressivo no campo da saúde pública, uma vez que a gestação na adolescência está associada a maiores riscos obstétricos, interrupção da trajetória educacional, vulnerabilidade socioeconômica e maiores taxas de morbimortalidade materna e neonatal.
- **Aumento gradual da fecundidade entre mulheres com 35 anos ou mais:** Embora esse grupo represente avanços na autonomia reprodutiva da mulher, essa faixa etária está relacionada a alguns riscos obstétricos, como pré-eclâmpsia e diabetes gestacional.

Tais mudanças exigem uma atenção especial no pré-natal, com foco nas gestações de alto risco, e também reforçam a necessidade de campanhas de educação em saúde e planejamento reprodutivo, voltadas tanto ao público jovem quanto àquelas em idade materna mais avançada.

Gráfico 2 - Proporção (%) de nascidos vivos segundo faixa etária de mães residentes em Campo Grande - 2015 a 2024*.



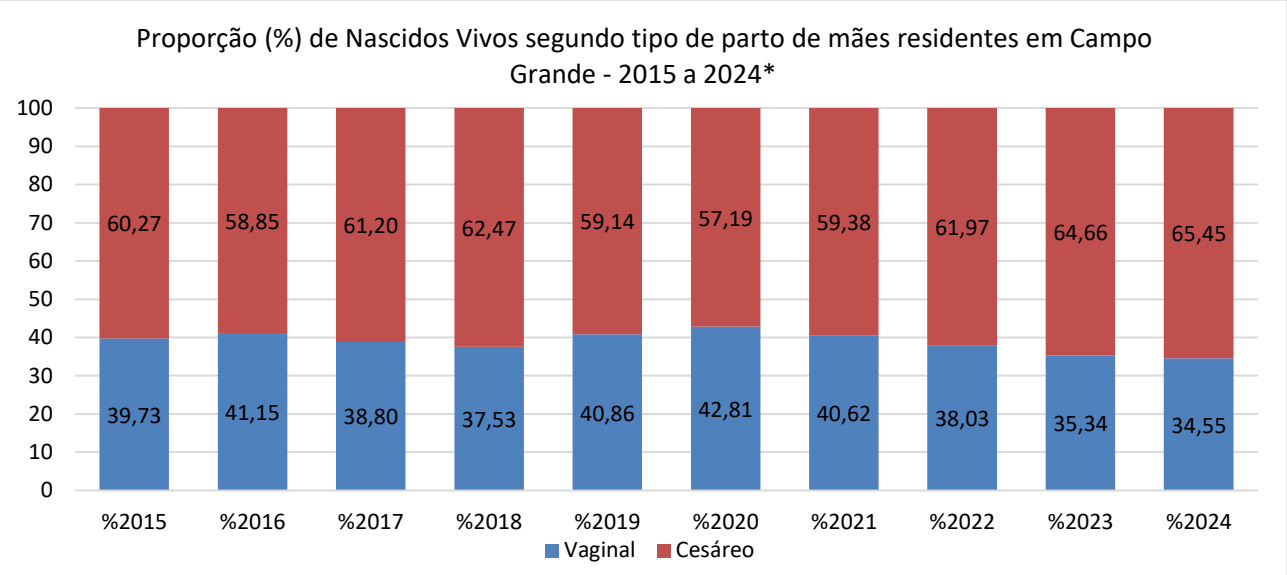
Fonte: SINASC/CEVITAL/SVS/SESAU
*Dados de 2024 sujeitos a atualização.

O **Gráfico 3** revela um **índice elevado de partos cesáreos** em Campo Grande, ultrapassando amplamente os 60% em diversos anos do período analisado. A Organização Mundial da Saúde recomenda que **a taxa de cesarianas fique entre 10% e 15%**, pois acima desse limite **não há evidência de benefícios adicionais** na redução da mortalidade materno-infantil.

São exemplos de consequências de cesarianas excessivas o maior risco de acretismo placentário e rotura uterina, recuperação materna mais lenta e o aumento da prematuridade iatrogênica com dificuldades respiratórias neonatais.

Logo, é essencial fomentar políticas que valorizem o parto normal, com foco em boas práticas obstétricas, humanização do parto e educação em saúde para gestantes.

Gráfico 3 - Proporção (%) de Nascidos Vivos segundo tipo de parto de mães residentes em Campo Grande - 2015 a 2024*.



Fonte: SINASC/CEVITAL/SVS/SESAU
*Dados de 2024 sujeitos a atualização.

Houve uma evolução positiva quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas: **a proporção de gestantes com sete ou mais consultas passou de 64,66% (2015) para 78,91% (2024)**, refletindo melhoria na cobertura e no acompanhamento da gestação.

O Ministério da Saúde preconiza a realização de no mínimo seis consultas pré-natais, iniciando-se idealmente no primeiro trimestre gestacional. O pré-natal adequado permite diagnóstico precoce de patologias obstétricas, como hipertensão gestacional e diabetes; viabiliza a prevenção e o manejo oportuno de infecções congênitas, como sífilis e toxoplasmose; promove a educação em saúde, o vínculo com a equipe de referência e a preparação da mulher para o parto e o puerpério.

Apesar dos avanços, **ainda é necessário enfrentar o desafio representado pelos 6% de nascimentos oriundos de gestações com acompanhamento insuficiente (até três consultas ou nenhuma)**, exigindo estratégias específicas de busca ativa e ações intersetoriais.

Tabela 1. Proporção de nascidos vivos segundo número de pré-natal de mães residentes de Campo Grande-MS, 2015.

Proporção de Nascidos Vivos segundo Número de Consultas de Pré-natal de mães residentes em Campo Grande, 2015 a 2024*										
Cons Pré-natal	**%2015**	**%2016**	**%2017**	**%2018**	**%2019**	**%2020**	**%2021**	**%2022**	**%2023**	**%2024**
Nenhuma	1,10	1,37	1,18	1,06	0,90	1,12	1,3%	1,23	1,10	0,78
De 1 a 3 Cons	8,58	7,69	7,76	8,83	7,90	8,88	7,3%	6,90	5,49	5,19
De 4 a 6 Cons	24,98	24,91	23,72	25,10	25,64	27,62	24,6%	19,82	18,01	15,11
7 e+ Cons	64,66	65,94	67,34	65,02	65,57	62,38	66,9%	72,04	75,40	78,91
Ign	0,69	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SINASC/CEVITAL/SVS/SESAU

Os dados de natalidade de Campo Grande apontam avanços relevantes, notadamente no que se refere à redução da gravidez na adolescência e ao incremento da cobertura do pré-natal adequado. Por outro lado, permanecem desafios significativos, como a elevada taxa de cesarianas, que demandam respostas coordenadas e sustentadas dos gestores e profissionais de saúde.

2.6.2 Mortalidade

Tabela 1 - Mortalidade segundo Causas (Cap CID10)[1] de residentes em Campo Grande - 2019 a 2024*.

Grupos de causas (cap. CID 10)[(1)]	2019		2020		2021		2022		2023		2024*	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	205	3,70	1.227	18,48	3.004	34,05	633	9,27	304	4,64	252	3,80
Neoplasias (tumores)	1.096	19,79	1.030	15,51	1.125	12,75	1.104	16,16	1214	18,54	1258	18,98
Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários	22	0,40	22	0,33	23	0,26	34	0,50	38	0,58	26	0,39
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	208	3,76	222	3,34	272	3,08	311	4,55	239	3,65	266	4,01
Transtornos mentais e comportamentais	5	0,09	5	0,08	1	0,01	0	0,00	2	0,03	4	0,06
Doenças do sistema nervoso	199	3,59	229	3,45	224	2,54	268	3,92	247	3,77	282	4,25
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	0,02	0	0,00	0	0,00	1	0,01	0	0,00	1	0,02
Doenças do aparelho circulatório	1.635	29,52	1.743	26,25	1.903	21,57	1.863	27,28	1850	28,25	1843	27,80
Doenças do aparelho respiratório	767	13,85	650	9,79	748	8,48	900	13,18	907	13,85	908	13,70
Doenças do aparelho digestivo	327	5,90	340	5,12	319	3,62	342	5,01	347	5,30	398	6,00
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	36	0,65	43	0,65	47	0,53	54	0,79	71	1,08	66	1,00
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	31	0,56	25	0,38	44	0,50	42	0,61	48	0,73	50	0,75
Doenças do aparelho geniturinário	203	3,66	239	3,60	238	2,70	320	4,69	293	4,47	341	5,14
Gravidez, parto e puerpério	7	0,13	3	0,05	18	0,20	9	0,13	4	0,06	5	0,08
Algumas afecções originadas no período perinatal	176	3,18	202	3,04	162	1,84	182	2,66	168	2,57	138	2,08
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	53	0,96	69	1,04	58	0,66	59	0,86	75	1,15	70	1,06
Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	59	1,07	58	0,87	59	0,67	55	0,81	79	1,21	62	0,94
Causas externas de morbidade e mortalidade	509	9,19	533	8,03	577	6,54	653	9,56	663	10,12	659	9,94
Total	**5.539**	**100,00**	**6.640**	**100,00**	**8.822**	**100,00**	**6.830**	**100,00**	**6.549**	**100,00**	**6.629**	**100,00**

Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU. (1) Capítulo da 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID 10).
*Dados preliminares sujeitos a alterações.

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. [Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão]

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é o indicador que mensura esse evento e torna possível a comparação entre os municípios, estados e países. Ela expressa a probabilidade de uma mulher morrer durante o ciclo gravídico-puerperal, mostrando o número de mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos.

O panorama da mortalidade materna, infantil e fetal em Campo Grande revela avanços significativos, sobretudo na redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM), que passou de um pico histórico em 2021 para um dos menores índices da série em 2024. Após o impacto da pandemia de COVID-19, quando a RMM atingiu 101,98 por 100 mil nascidos vivos, observou-se uma trajetória de queda expressiva nos dois anos subsequentes. Em 2024, o município registrou uma RMM de 17,43, valor inferior à meta nacional estabelecida para 2030, que prevê reduzir esse indicador para menos de 30 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Esse resultado reflete uma recuperação substancial da assistência à saúde materna, com provável qualificação dos serviços e ampliação da cobertura e efetividade do pré-natal, bem como intervenções direcionadas no contexto pós-pandêmico.

2.6.2.1 Mortalidade Materna

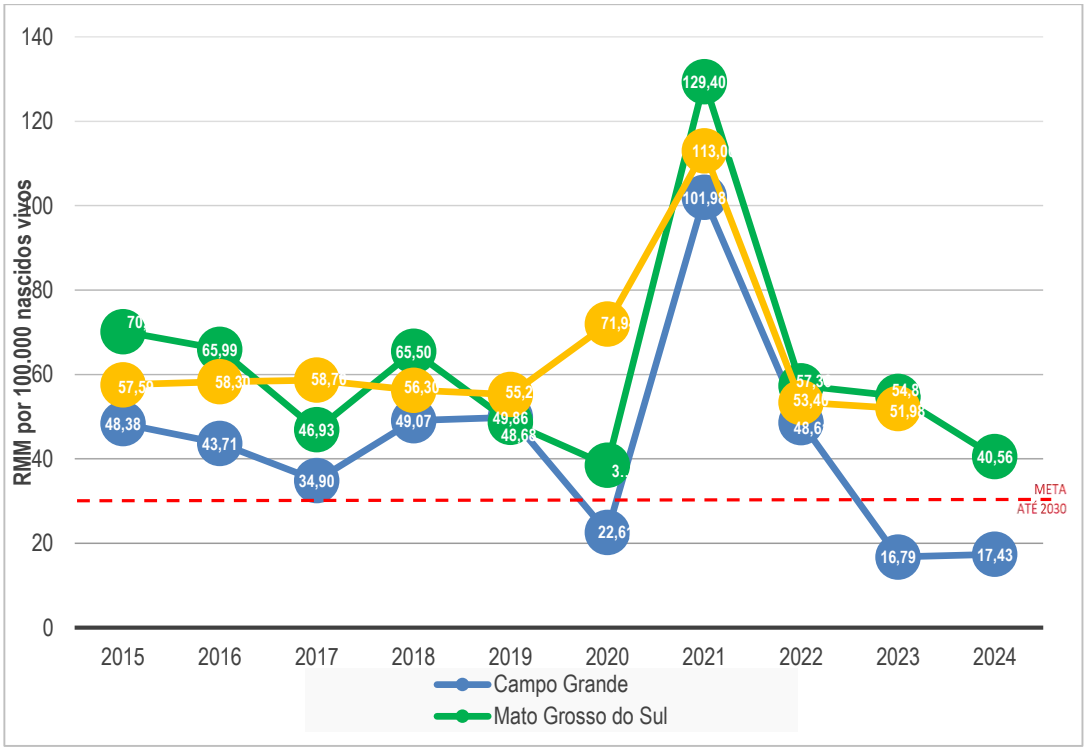
Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. [Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão]

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é o indicador que mensura esse evento e torna possível a comparação entre os municípios, estados e países. Ela expressa a probabilidade de uma mulher morrer durante o ciclo gravídico-puerperal, mostrando o número de mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos.

O panorama da mortalidade materna, infantil e fetal em Campo Grande revela avanços significativos, sobretudo na redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM), que

passou de um pico histórico em 2021 para um dos menores índices da série em 2024. Após o impacto da pandemia de COVID-19, quando a RMM atingiu 101,98 por 100 mil nascidos vivos, observou-se uma trajetória de queda expressiva nos dois anos subsequentes. Em 2024, o município registrou uma RMM de 17,43, valor inferior à meta nacional estabelecida para 2030, que prevê reduzir esse indicador para menos de 30 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Esse resultado reflete uma recuperação substancial da assistência à saúde materna, com provável qualificação dos serviços e ampliação da cobertura e efetividade do pré-natal, bem como intervenções direcionadas no contexto pós-pandêmico.

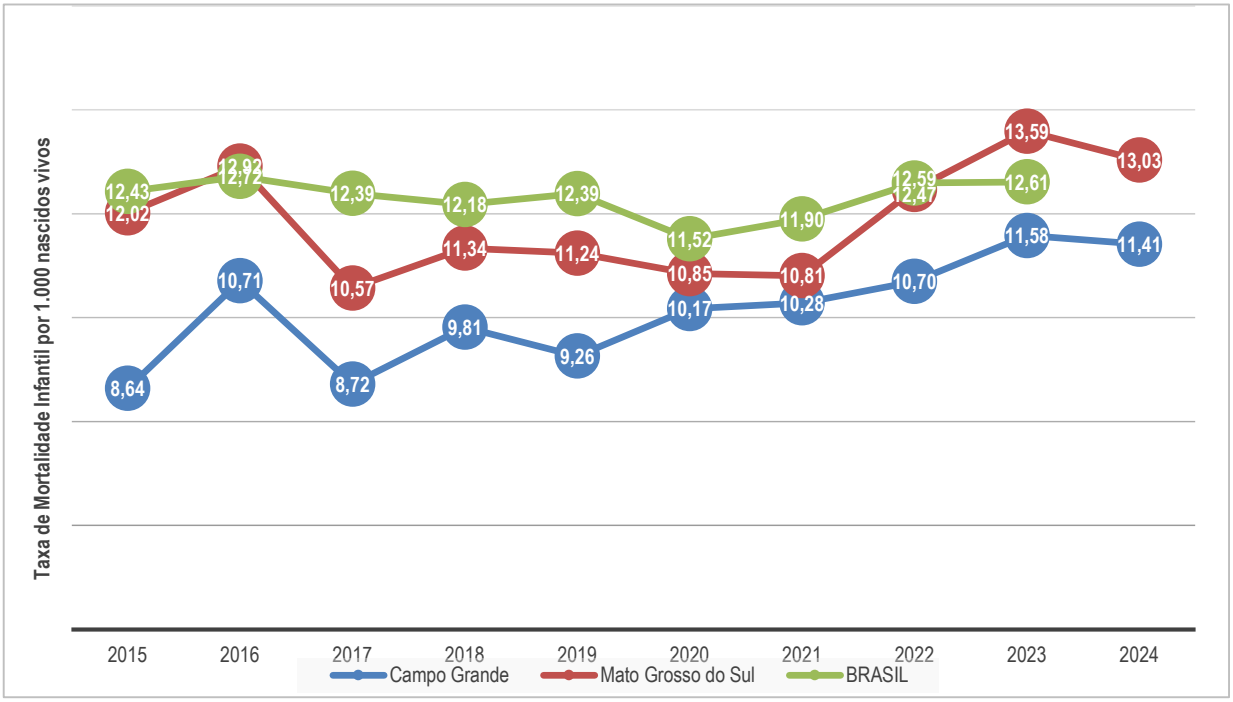
Gráfico 4 - Razão de Mortalidade Materna (RMM) - Série Histórica, 2025.



2.6.2.2 Mortalidade Infantil

No que se refere à mortalidade infantil, Campo Grande registrou 131 óbitos de menores de um ano em 2024. Após seis anos consecutivos de aumento da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), observou-se uma inflexão positiva com redução no ano em curso. Ainda que a TMI municipal permaneça inferior às médias do estado e do país, a trajetória crescente entre 2018 e 2023 exigiu atenção.

Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) - Série Histórica, 2025.

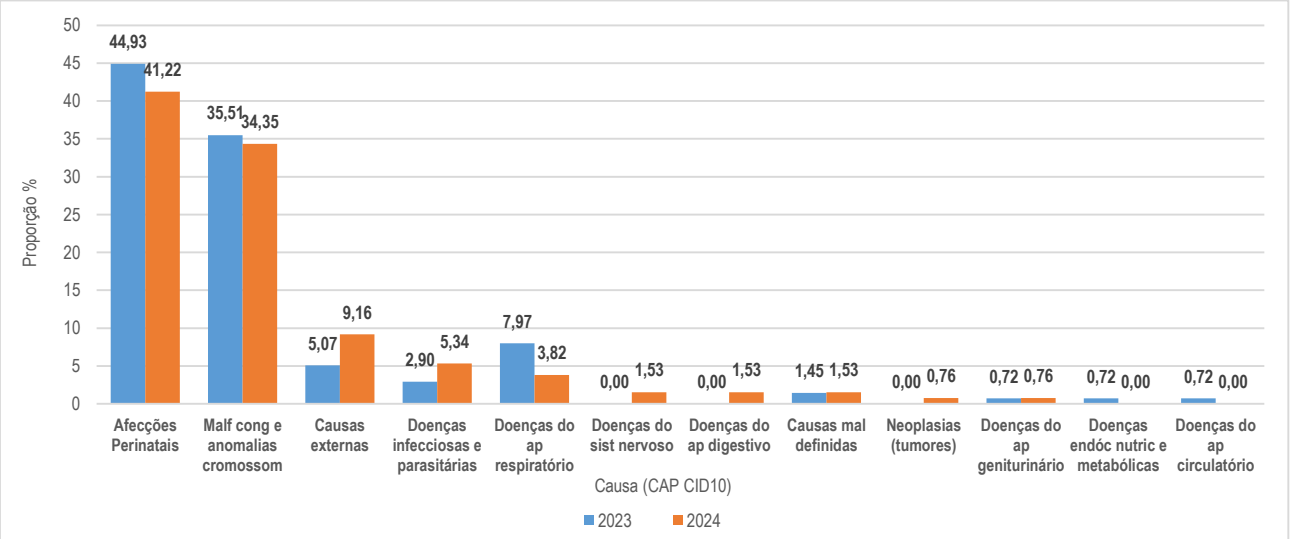


Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU *Dados de 2024 sujeitos a atualização.

Em 2024, o componente neonatal respondeu por 58% das mortes, reafirmando o peso das condições gestacionais, do parto e dos cuidados imediatos ao recém-nascido como determinantes principais da mortalidade infantil. No entanto, observa-se também um crescimento do componente pós-neonatal, sugerindo a necessidade de ampliação do cuidado pediátrico e de ações em puericultura ao longo do primeiro ano de vida.

A análise da proporção de óbitos infantis segundo causa em Campo Grande nos anos de 2023 e 2024 (Gráfico 4) revela um padrão epidemiológico relativamente estável, mas com algumas variações que refletem tanto avanços na assistência neonatal quanto desafios persistentes.

Gráfico 2 - Proporção (%) de Óbitos Infantis segundo Causa (Cap CID10) em Campo Grande – 2023 e 2024*.



As afecções originadas no período perinatal permaneceram como principal causa de morte (41,22%), principalmente aquelas associadas a fatores maternos como a hipertensão (pré-eclâmpsia), prematuridade, transtornos da placenta e infecções gestacionais. As malformações congênitas ocuparam a segunda posição, com 34,35% dos óbitos, destacando-se as anomalias do aparelho circulatório e do sistema nervoso. Esses dados indicam a necessidade de reforço nas ações de prevenção de fatores teratogênicos, diagnóstico intrauterino precoce e estruturação de serviços especializados para o cuidado neonatal de alto risco.

Em 2024, houve aumento das mortes por causas externas, que passaram de 5,07% para 9,16% em relação a 2023. Essa elevação acende um alerta para falhas na segurança domiciliar e na prevenção de acidentes com lactentes, como sufocação, quedas e broncoaspiração. Além disso, observou-se um leve aumento nas doenças infecciosas e parasitárias, que responderam por 5,34% das mortes infantis, com registros de óbitos por rinovírus, COVID-19, metapneumovírus, sífilis congênita e diarreias. Por outro lado, foi registrada uma importante redução nas mortes por doenças do aparelho respiratório, que caíram de 7,97% em 2023 para 3,82% em 2024, atribuída à menor circulação de vírus respiratórios e ao impacto positivo da vacinação e das ações de controle de sazonalidade.

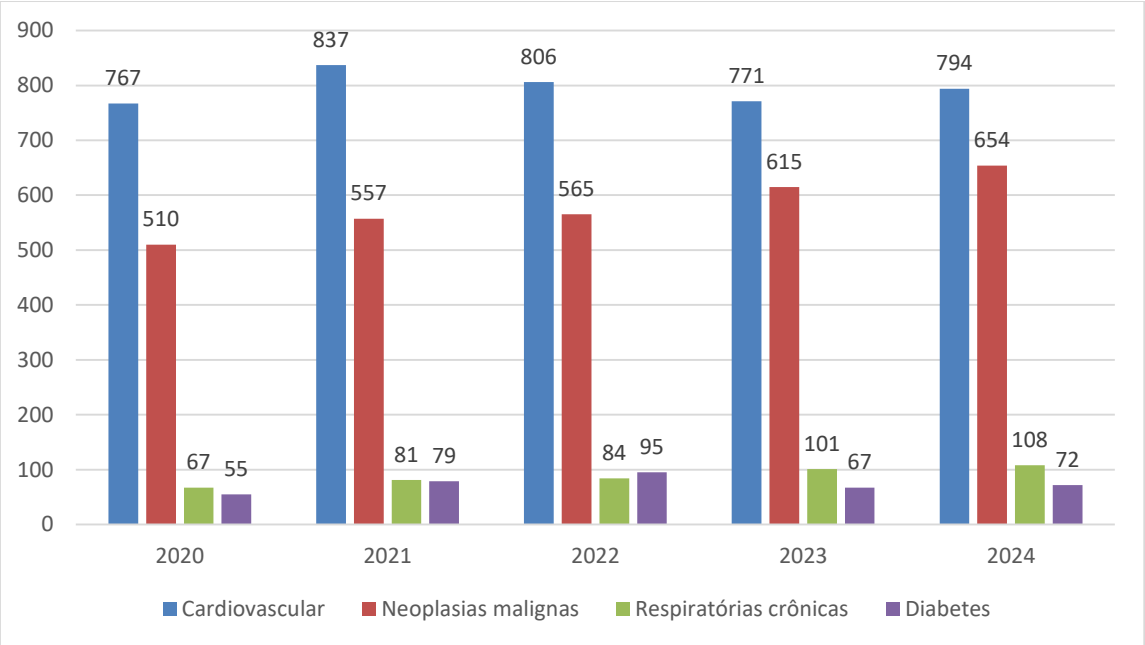
Em síntese, Campo Grande apresentou avanços expressivos na mortalidade materna e sinalizou uma inflexão positiva na mortalidade infantil em 2024. Entretanto, permanecem desafios importantes, como o controle das causas evitáveis, o fortalecimento do pré-natal e da puericultura, a ampliação do diagnóstico precoce e a prevenção de acidentes e infecções na infância.

2.6.3 Indicadores de Morbidade

2.6.3.1 Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países, incluindo o Brasil. Este fenômeno, denominado “transição epidemiológica”, ocorre devido à mudança do padrão de mortalidade que afeta a população. Anteriormente, às doenças infecciosas eram as que mais levavam ao óbito, enquanto que hoje, com as melhorias de condições sócio-econômico-culturais, a mortalidade é preponderantemente consequência das doenças crônicas não transmissíveis (OPAS, 2021). No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte (Malta et al, 2019). O gráfico a seguir demonstra o número de óbitos por DCNT no município.

Gráfico 1. Mortalidade pelas 04 Principais Doenças Crônicas não Transmissíveis em Campo Grande, na faixa-etária de 30-69 anos, de 2020 a 2024.



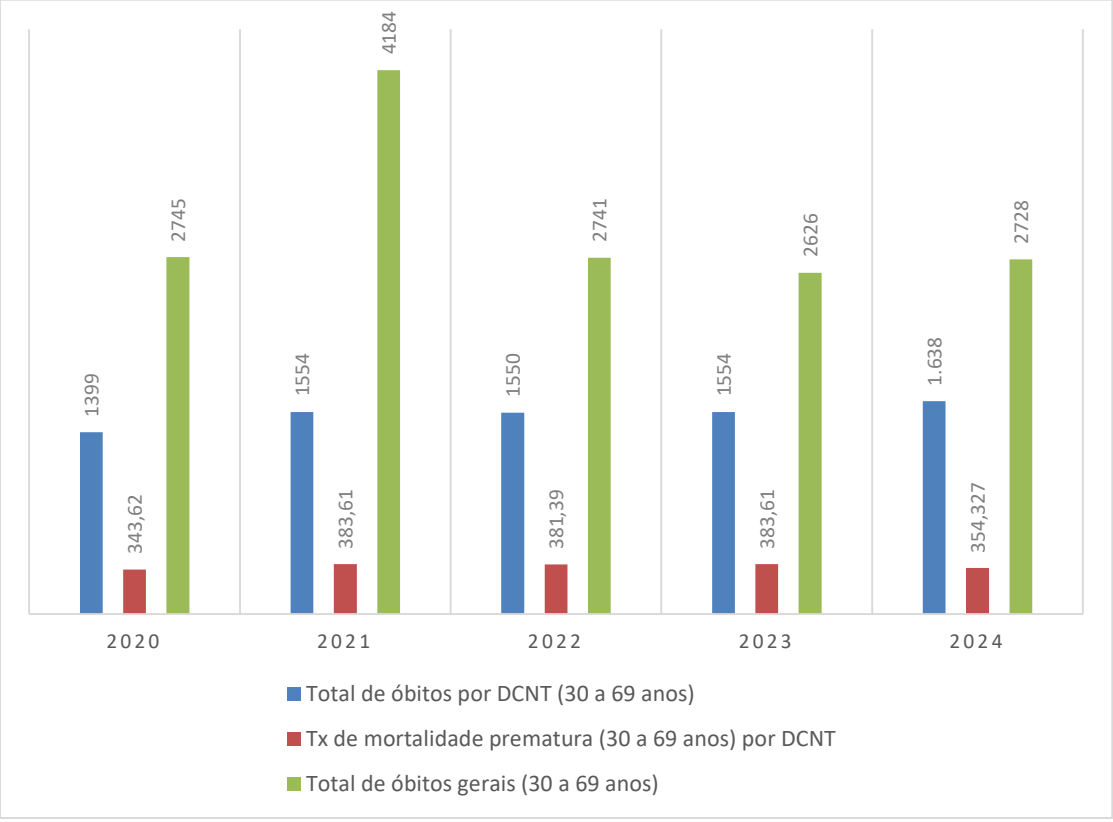
Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU, 2024.

O gráfico acima representa a mortalidade pelos 4 grupos principais de DCNT e observa-se que entre as causas determinantes da mortalidade prematura (30 a 69 anos), na capital, destacam-se as doenças cardiovasculares com maior número de óbitos, seguidas das neoplasias, em todo o período analisado (2020-2024). Ainda é possível perceber que as doenças cardiovasculares apresentaram seu maior pico de mortalidade em 2021 e a partir daí apresentaram curva descendente e um leve aumento em 2024. Já as neoplasias malignas, por sua vez, apresentaram curva ascendente nos últimos 5 anos, o que culminou com o

número prematuro de óbitos por câncer em 2024 ser o maior dos últimos dez anos. As doenças respiratórias figuraram como a terceira maior causa de óbitos por DCNT em quase a totalidade dos anos, exceto em 2022, quando foram ultrapassadas pela diabetes, que geralmente é quarta causa de óbitos por DCNT.

A taxa de mortalidade prematura por DCNT, em 2024, foi calculada pelo número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14, dos residentes em Campo Grande (fonte: SIM) dividido pela população residente em Campo Grande na faixa etária de 30 a 69 anos (fonte: RIPSA/IBGE 2022), multiplicado por 100.000. Para a meta do ano, foi considerada como linha de base a taxa de mortalidade prematura por DCNT referente ao ano de 2023, que foi de 383,618, (dados do SCAM em 10/05/24). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis no município de Campo Grande, publicado em 2023, traz como meta a redução da taxa de mortalidade prematura por DCNT em 1% ao ano, o que representa reduzir de 383,61(2023) para 379,781 (2024).

Gráfico 2. Taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) 2020-2024.



No gráfico acima pode-se observar a magnitude dos óbitos prematuros por DCNT em relação ao número total de óbitos na mesma faixa etária, onde as mortes por essas doenças corresponderam a mais da metade do total de óbitos a cada ano, exceto no ano de 2021, onde as DCNT foram responsáveis por 37,1% dos óbitos, ano que coincide com o pico da pandemia do novo coronavírus e consequentemente maior número de óbitos atribuídos ao Covid-19. Em 2024 essas doenças foram responsáveis por 60% dos óbitos na faixa etária dos 30 a 69 anos.

Também é possível observar a taxa de mortalidade prematura pelas DCNT ao longo dos últimos cinco anos, com variações de aumentos e reduções, atingindo aumento significativo em 2021, o que pode inferir que embora as DCNT não tenham sido a maior causa de mortalidade neste ano, foram fortemente impactadas negativamente pela pandemia, o que resultou no aumento da taxa de mortalidade prematura por elas, com poucas variações de 2022 e 2023. Em 2024 houve uma redução da taxa de mortalidade prematura pelas DCNT, inclusive superando a meta estabelecida pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis no município de Campo Grande, sendo essa redução foi fortemente relacionada, ao aumento da população residente em Campo Grande na faixa etária de 30 a 69 anos, pela mudança da fonte adotada, não mais o RIPSA e sim o IBGE.

O tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, inatividade física e alimentação inadequada são os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças. Analisando os dados de Campo Grande nas últimas edições do Vigitel, foi possível perceber a piora de alguns desses fatores, principalmente no período da pandemia de Covid-19 e posterior a ela, como aumento do excesso de peso, obesidade, baixo consumo recomendado de frutas e hortaliças, que apresentou seus piores resultados em 2023. O tabagismo e o consumo de refrigerantes atingiram seu pico de consumo em 2021, ano mais impactado pela pandemia. O consumo abusivo de álcool que vinha diminuindo ao longo da série voltou a apresentar aumento na população masculina em 2023. Em contrapartida, já é possível observar uma diminuição da inatividade física e aumento da prática recomendada de atividade física.

Diante disso, o serviço continua o processo de sensibilização dos profissionais de saúde sobre o impacto das DCNT na população, de tal forma que sua vigilância possa estar entre as prioridades no processo de trabalho, e que ações para sua prevenção e controle estejam elencadas nos instrumentos de planejamento. A análise dos dados relativos a essas doenças e seus fatores de risco e proteção permitirão um melhor entendimento de sua magnitude e distribuição, contribuindo, desse modo, com a implementação de políticas públicas efetivas de enfrentamento, considerando as particularidades de cada território.

Ainda têm-se também que os gastos públicos com medicamentos são crescentes, e estão entre os principais itens de despesa dos sistemas de atenção à saúde, entretanto grande parte dos tratamentos medicamentosos no Brasil não produz resultados terapêuticos desejados. Esta realidade mostra a necessidade de fomentar o uso racional de medicamentos, tanto para racionalizar gastos como para melhorar os resultados em saúde da população.

Neste contexto, a oferta do serviço de farmácia clínica atende às necessidades dos usuários relacionadas aos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva, visando à obtenção de resultados terapêuticos concretos. Necessidades essas cujos serviços de assistência farmacêutica organizados em sua forma atual, possuem dificuldade em atender de forma integral. Neste serviço, o farmacêutico gerencia o uso de medicamentos a nível individual, a fim de torná-lo mais eficiente, produzindo melhores resultados e sem aumento de custos.

Sendo assim, a estratégia para promover o uso racional de medicamentos é efetivar o serviço de farmácia clínica nas unidades da atenção primária de Campo Grande-MS, onde o profissional prestará um atendimento individualizado e privativo.

Todos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) realizam consulta especializada adapta a filosofia da clínica farmacêutica, assim como o CEI (Centro de Especialidade Infantil), CEDIP (Centro de Doenças Infecto-parasitárias) e CEM (Centro de Especialidades Médicas).

Todos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) promovem a reinserção social de pessoas com sofrimento psíquico moderado, severo e/ou persistente, por meio de acompanhamento contínuo e multiprofissional de uma equipe composta por médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos e educador físico, ofertando atendimento individual, atendimento em grupo (oficinas terapêuticas, grupos de apoio), visitas domiciliares, atendimento à família, atividades de reintegração/reinserção social, medicação assistida por meio do tratamento não intensivo, semi-intensivo, intensivo e abrigamento em CAPS.

2.6.3.2 Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ªdose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada

O indicador avalia as doses consideradas imunizantes entre as vacinas selecionadas e a cobertura vacinal preconizada é de 95 % da população alvo. O Sistema de Informação do

Programa Nacional de Imunização (SIPNI WEB) contém dados para vacinados menores de 02 anos de idade.

*Em pacientes consultados pela segunda vez.

Tabela 1. Meta e número de vacinados com pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose) em menores de 02 anos.

VACINA / DOSE	2021	2022	2023	2024
	META	VACINADOS	META	VACINADOS
Pentavalente (3ª dose)	13.337	10.333	12.373	10.542
Pneumocócica 10-valente (2ª dose)	13.337	10.709	12.373	11.714
Poliomielite (3ª dose)	13.337	10.284	12.373	10.474
Tríplice viral (1ª dose)	13.337	11.300	12.373	12.276

Dados represenados na Tabela do Programa do SI-PNI:

https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html

Obs: dados retirados do Localizasus a partir do Ano de 2023 (por Município de Residência)

Atualizado dia 15/04/2025

A vacina pentavalente, é uma vacina adsorvida que protege contra a difteria, tétano, *pertussis* (coqueluche), hepatite B, e *Haemophilus influenzae B,* administrada por via intramuscular. No Calendário Básico de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), deve ser administrada aos 2, 4 e 6 meses de idade, sendo considerada a 3ª dose (feita aos 6 meses) o indicativo de completude do esquema vacinal primário. Por isso a 3ª dose é elencada para análise de meta deste indicador.

A vacina pneumocócia 10-valente é uma vacina conjugada que previne cerca de 70% das doenças graves em crianças, causadas por dez sorotipos de pneumococos, administrada por via intramuscular. No Calendário Básico de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), deve ser administrada aos 2 e 4 meses de idade, sendo considerada a 2ª dose (feita aos 4 meses) o indicativo de completude do esquema vacinal primário. Um reforço deve ser administrado aos 12 meses de idade, porém a 2ª dose é elencada para análise de meta deste indicador.

A vacina VIP, é uma vacina de vírus inativado que protege contra a poliomielite, administrada por via intramuscular. No Calendário Básico de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), deve ser administrada aos 2, 4 e 6 meses de idade, com reforço aos 15 meses, sendo considerada a 3ª dose (feita aos 6 meses) o indicativo de completude do esquema vacinal primário. Por isso a 3ª dose é elencada para análise de meta deste indicador.

A vacina Tríplice Viral, é uma vacina de vírus vivo atenuado que protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola, administrada por via subcutânea. No Calendário Básico de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), deve ser administrada em dose única aos 12 meses de idade, sendo esta a dose contabilizada para atingimento desta meta. Possui um reforço aos 15 meses com a vacina tetraviral (que inclui a proteção contra a varicela, e em caso de surtos uma dose extra (dose 0) pode ser indicada para crianças de 6 meses de idade.

Em Campo Grande-MS, comparando os resultados obtidos neste quadriênio com anos anteriores, observa-se que o resultado se encontra abaixo do esperado. Tal tendência pode ter sido corroborada pelas mudanças de comportamento e opinião ocorridas no período pandêmico que se iniciou em 2019.

Para retomada das altas taxas e cobertura vacinal têm sido realizadas diversas ações de estímulo e oportunização à vacinação no município de Campo Grande, onde há 47 Unidades de Saúde operam em horário estendido, além da abertura de Unidades de Saúde e pontos externos de vacinação aos feriados e finais de semana, a fim de se ampliar o acesso de toda a população às vacinas.

Outro viés encontrado na avaliação dos dados de cobertura vacinal tem sido a observação de um atraso ou falhas na migração dos dados inseridos no sistema vigente na Atenção Primária a Saúde, E-SUS PEC, e o sistema utilizado para extração dos dados de cobertura vacinal, SI-PNI. No momento busca-se alternativas para solução deste caso.

2.6.3.3 Infecções Sexualmente Transmissíveis

O município de Campo Grande, MS, apresenta um perfil epidemiológico complexo, com uma sobreposição de problemas de saúde muitas vezes no mesmo território. A persistência de alguns agravos transmissíveis, como a AIDS, impactou significativamente no perfil de morbimortalidade de alguns grupos populacionais e, atualmente, transformou-se em condição crônica, passível de futura eliminação com o fomento de estratégias disponíveis implementadas de forma mais rápida e mais sustentável.

Uma das fontes de orientação das ações da política de promoção e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis para a construção do Plano Municipal de Saúde 2026-2029 é a Agenda 2030 do Governo Federal, notadamente na 3ª meta do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável “Saúde e Bem-Estar”, com o propósito de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

Além disso, relaciona-se ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável "Igualdade de Gênero", que estabelece o compromisso de assegurar o acesso universal à saúde sexual e aos direitos reprodutivos. Assim, serão incorporadas às prioridades do Serviço de Infecções

Sexualmente Transmissíveis uma série de ações no sentido de enfrentar o avanço do HIV e das demais infecções sexualmente transmissíveis.

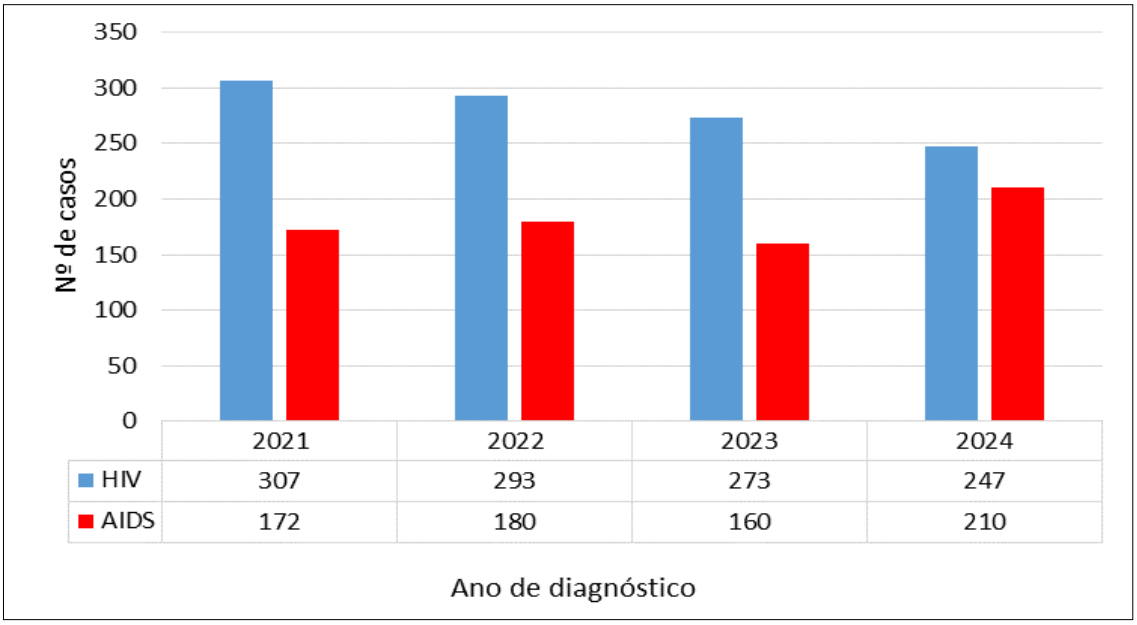
Entendemos que as desigualdades sustentam o estigma, a discriminação e a criminalização relacionadas ao HIV, incluindo outras patologias estigmatizantes às pessoas LGBTQIA+, as quais, por sua vez, aumentam a vulnerabilidade das pessoas acometidas, principalmente a população-chave e prioritária, que faz com que estejam mais propensas a morrer de doenças relacionadas ao estigma e preconceito.

Por isso, o serviço de infecções sexualmente transmissíveis apoia as Organizações da Sociedade Civil (OSC) em projetos cujo objetivo é a "Promoção de Direitos e o Enfrentamento à Violência contra as pessoas LGBTQIA+", cuja temática é a eliminação do estigma e zero discriminação, alinhadas à Estratégia Global para AIDS 2021-2026, que foca na redução das desigualdades que estão impedindo as pessoas LGBTQIA+ de se beneficiarem dos serviços de saúde.

Em relação ao cenário epidemiológico do HIV, segundo o último boletim mensal de Campo Grande - MS, atualmente há 6.843 pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) vinculadas às Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM). As três unidades com maior número de pacientes são: CEDIP (3.396), Hospital Dia/HUMAP (1.917) e CTA (921). Neste universo, 802 pessoas estão em perda de seguimento, o que corresponde a aproximadamente 11,7% do total de PVHA vinculadas. Os indicadores de imunossupressão revelam que 709 pacientes apresentam contagem de CD4 inferior ou igual a 350 células/mm³, sendo 300 com CD4 ≤ 200. No entanto, destaca-se positivamente o número de pacientes com carga viral indetectável, que totaliza 5.138, evidenciando esforços exitosos na adesão ao tratamento.

Entre os anos de 2021 e 2024, observa-se uma tendência de redução dos casos novos de HIV em Campo Grande, ao passo que os diagnósticos de AIDS apresentam elevação no mesmo período. O número de casos novos de HIV reduziu de 307 em 2021 para 247 em 2024; por outro lado, os casos de AIDS aumentaram de 172 em 2021 para 210 em 2024. Essa evolução evidencia possíveis atrasos no diagnóstico e/ou dificuldades na adesão ao tratamento, resultando na progressão da infecção para sua fase avançada.

Gráfico 1 – Número de casos de HIV e AIDS notificados residentes de Campo Grande - MS, segundo ano de diagnóstico, de 2021 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2025.

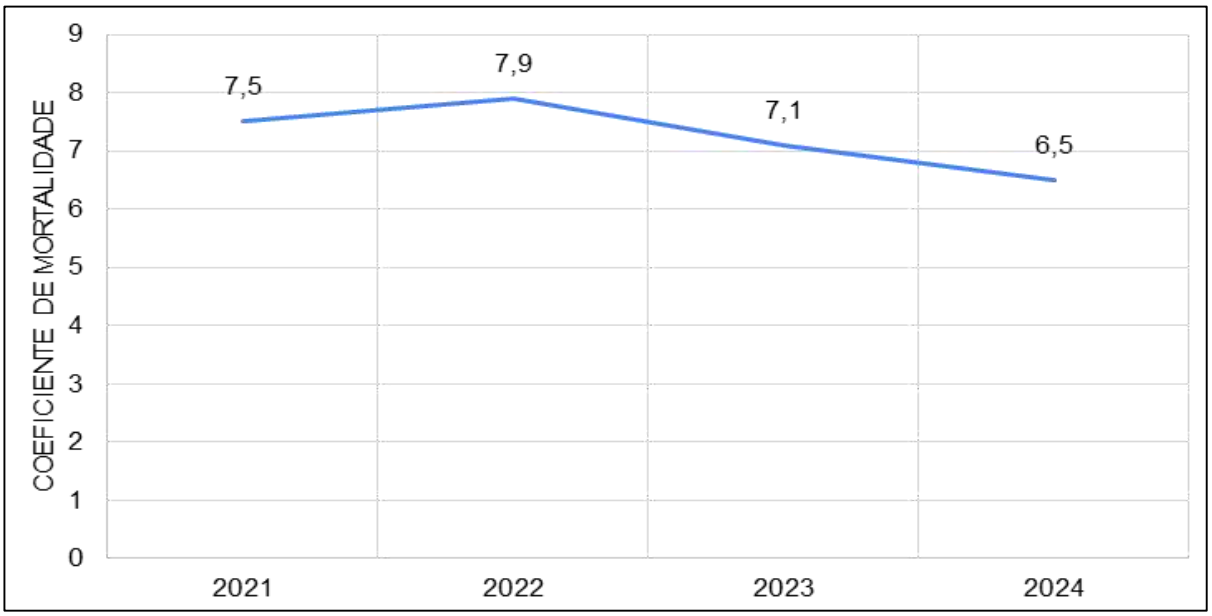
MÊS - FEVEREIRO						
SERVIÇO	**UNIDADE DE SAÚDE**	**PVHA**	**PERDA DE SEGUIMENTO**	**CD4≤350**	**CD4<200**	**CARGA INDETECTÁVEL**
ESPECIALIDADE	CTA	921	100	41	8	715
	CEDIP	3396	383	382	150	2544
	HUMAP	1917	230	227	121	1496

Tabela 1 - Número de PVHA vinculadas por UDM, em perda de seguimento e dados de carga viral e CD4 no município de Campo Grande - MS, 2025.

MÊS - FEVEREIRO						
SERVIÇO	**UNIDADE DE SAÚDE**	**PVHA**	**PERDA DE SEGUIMENTO**	**CD4≤350**	**CD4<200**	**CARGA INDETECTÁVEL**
APS	USF UNIVERSITÁRIO	8	2	0	0	5
	AGEPEN	107	14	17	8	61
	26 DE AGOSTO	68	5	1	0	56
	CAIÇARA	26	6	1	1	17
	JOCKEY CLUB	46	7	6	2	31
	CARLOTA	8	0	0	0	3
	ALBINO COIMBRA	5	1	1	0	2
	ESTRELA DALVA	1	1	0	0	0
	IRACY COELHO	40	6	3	0	26
	ITAMARACÁ	35	2	2	0	23
	NOROESTE	20	4	0	0	12
	JOSÉ TAVARES	9	2	2	1	5
	MACAÚBAS	18	2	2	0	8
	MORENINHA III	15	9	0	0	7
	NOVA LIMA	11	1	1	0	8
	PARQUE DO SOL	32	5	1	0	19
	CAIOBÁ	27	4	2	0	12
	TARUMÃ	51	6	3	2	36
	NASSER	18	3	5	4	7
	OLIVEIRA	5	1	1	0	5
	SANTA EMÍLIA	17	2	3	0	11
	SERRADINHO	24	6	5	2	17
	SILVIA REGINA	18	0	3	1	12
	TOTAL	**6843**	**802**	**709**	**300**	**5138**

Entre 2021 e 2024, Campo Grande registrou 266 óbitos por AIDS. Em 2021, foram 69 óbitos, com um coeficiente de mortalidade de 7,5 por 100 mil habitantes. Em 2022, o número aumentou para 71 óbitos e o coeficiente subiu para 7,9. Em 2023, o número de óbitos caiu para 64, e o coeficiente de mortalidade reduziu para 7,1. Em 2024, foram 62 óbitos, com o coeficiente caindo para 6,5. Embora tenha ocorrido uma redução no número de mortes e no coeficiente de mortalidade nos últimos anos, a AIDS ainda representa um desafio significativo em Campo Grande, o que exige esforços contínuos em prevenção, diagnóstico e tratamento para melhorar ainda mais esses números. Vale destacar que o coeficiente de mortalidade em 2024, estimado em 6,5 por 100 mil habitantes, é significativamente superior à média nacional, que foi de 4,8 por 100 mil habitantes em 2023, conforme o Boletim Epidemiológico de AIDS do Ministério da Saúde (2024).

Gráfico 2 – Número de óbitos por AIDS residentes de Campo Grande - MS, segundo ano de ocorrência do óbito, de 2021 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 2025

O cenário atual demonstra importantes avanços no controle do HIV/AIDS em Campo Grande, sobretudo em relação à carga viral indetectável e à descentralização do cuidado na Atenção Primária em Saúde. Contudo, os desafios persistem quanto à mortalidade elevada, perda de seguimento e diagnósticos tardios. A implementação efetiva da resolução do cuidado representa uma estratégia fundamental para o fortalecimento da rede de atenção e para o enfrentamento da epidemia no contexto local.

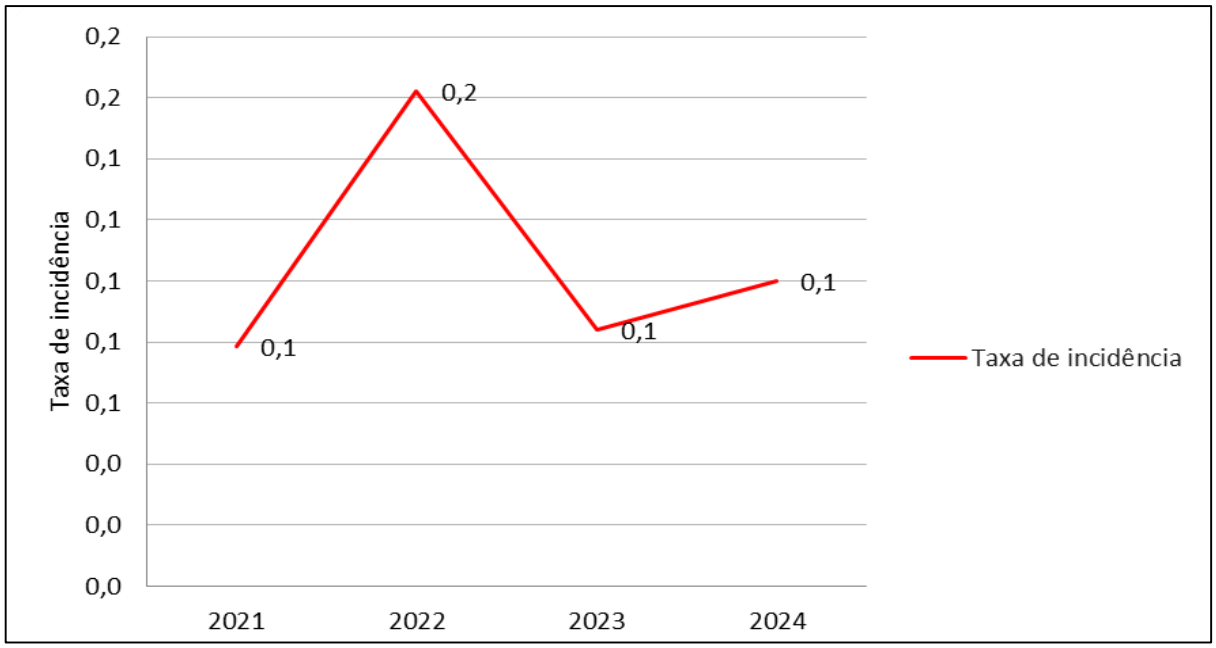
O município de Campo Grande adota um conjunto robusto de estratégias para a prevenção da transmissão do HIV e a redução dos óbitos relacionados à doença, com foco

em diversas áreas essenciais da saúde pública. A principal estratégia envolve a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, com a oferta de testagem rápida nas unidades de saúde por demanda espontânea e a distribuição de autotestes para HIV. Além disso, o acesso à terapia antirretroviral foi expandido para a Atenção Primária à Saúde (APS), com a inclusão de 22 unidades de saúde dispensadoras de medicamentos (UDM), além da Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (AGEPEN) e outros serviços especializados, conforme estabelecido pela Resolução SESAU nº 874, publicada em 20 de março de 2025. Essa resolução institui a linha de cuidado da pessoa vivendo com HIV (PVHA) no município, visando uma abordagem mais integrada e contínua. A ampliação da coleta para carga viral também é um marco na assistência à PVHA no município, com 30 pontos de coleta de exames para carga viral na APS, facilitando o acompanhamento dos PVHA. Para além das unidades de saúde, ações extramuros são realizadas para a orientação, prevenção e diagnóstico precoce das infecções sexualmente transmissíveis, atingindo tanto a população em geral quanto populações-chave e prioritárias, considerando populações vulneráveis à infecção pelo HIV.

No que tange à prevenção da transmissão vertical do HIV, que ocorre de mãe para filho, o município tem avançado significativamente. A Resolução SESAU nº 857, de 6 de maio de 2024, estabelece a rotina de testagem rápida para HIV em mulheres em fase de amamentação, ampliando a cobertura do teste e garantindo que mais gestantes e mães sejam diagnosticadas precocemente. Além disso, a distribuição de fórmula infantil para crianças expostas ao HIV, até 1 ano de idade, é regulamentada pela Resolução SESAU nº 569, de 9 de novembro de 2020, que estabelece critérios claros para a dispensação da fórmula láctea em serviços de saúde de referência. A obtenção do Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, em 2023, foi um reconhecimento do Ministério da Saúde ao município pelas ações exitosas no combate à transmissão do HIV de mãe para filho, seguindo parâmetros estabelecidos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Quanto à transmissão vertical do HIV, observa-se que, entre 2021 e 2024, foram confirmados cinco casos de crianças com menos de cinco anos infectadas pelo vírus em Campo Grande. As taxas de incidência variaram entre 0,1 e 0,2 nos últimos quatro anos, indicando um cenário de estabilidade, porém com necessidade contínua de vigilância e intervenção precoce. Quanto ao número de crianças expostas ao HIV, foram notificadas 200 crianças no período, com distribuição por ano da seguinte forma: 50 em 2021, 58 em 2022, 49 em 2023 e 43 em 2024. Esses dados reforçam a importância da realização adequada do pré-natal, da testagem materna e da profilaxia pós-exposição em recém-nascidos, como estratégias essenciais para a eliminação da transmissão vertical do HIV no município.

Gráfico 3 – Taxa de incidência dos casos de crianças infectadas por HIV menores de 5 anos residentes de Campo Grande - MS, no período de 2021 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2025.

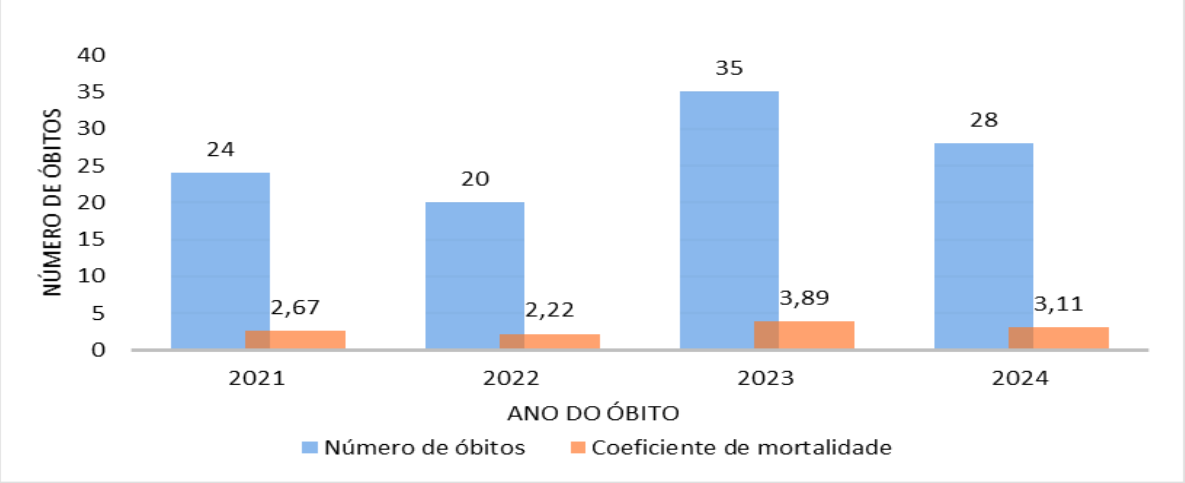
Destaca-se ainda a publicação da Resolução SESAU nº 857, de 6 de maio de 2024, que institui a testagem rápida para HIV em mulheres que amamentam, como medida de prevenção da transmissão vertical. A iniciativa visa identificar casos não diagnosticados no período gestacional e interromper precocemente o aleitamento materno quando necessário, contribuindo para a redução do risco de infecção pelo HIV em crianças expostas. A estratégia de prevenção combinada também ocupa um papel fundamental na resposta ao HIV. O município disponibiliza gratuitamente insumos de prevenção, como preservativos internos e externos e gel lubrificante, garantindo que a população tenha acesso a meios eficazes de prevenção. A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é dispensada em 22 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) está disponível em 10 unidades de pronto atendimento de urgência. A prevenção combinada já está estruturada nas unidades de APS e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), com destaque para a ampliação do acesso à PrEP. No entanto, ainda é necessário avançar na vinculação e retenção de pacientes, para garantir a continuidade do tratamento e efetivamente quebrar a cadeia de transmissão do HIV.

No âmbito da vigilância às IST, o município tem investido no fortalecimento do monitoramento da epidemia de HIV por meio do cruzamento de dados de sistemas de informação como o SIM, ILTB, SIMC, SICLOM e SINAN. Esse cruzamento permite realizar busca ativa de pacientes que estão em atraso com o tratamento ou que abandonaram o acompanhamento, garantindo que as informações sejam qualificadas e que as ações de

saúde sejam mais eficazes. A implementação de sistemas de informações integrados é essencial para otimizar a gestão da saúde e melhorar os resultados no controle da epidemia. No contexto de apoio a projetos, destaca-se o "Circuito Rápido de Doença Avançada", que tem como objetivo implementar um fluxo ágil para diagnóstico e tratamento de pessoas com HIV em estágios avançados, com foco na aceleração do atendimento e na prevenção de complicações graves e óbitos. Além disso, o projeto "A Hora é Agora" visa promover a prevenção, o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento, com ações de conscientização e ampliação dos serviços de saúde acessíveis, especialmente voltadas para populações-chave.

As estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento estão alinhadas com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. O município foca no tratamento precoce, realizado até 7 dias após o diagnóstico, e na ampliação da testagem rápida e da distribuição de autotestes. A prevenção combinada, que inclui a distribuição de insumos de prevenção e o suporte psicossocial para as pessoas vivendo com HIV, é uma prioridade. Porém, ainda é relevante destacar que a principal causa de óbito em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) acometidas por doença avançada é a tuberculose (TB), doença infecciosa de notificação compulsória. A TB é transmitida por via aérea a partir da inalação de aerossóis expelidos pela tosse, fala ou espirro, afetando principalmente os pulmões, mas podendo acometer outros órgãos e sistemas. Atualmente, a doença conta com métodos eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento, sendo curável na maior parte dos casos.

Gráfico 4 - Número de óbitos por Tuberculose residentes de Campo Grande - MS, segundo ano de ocorrência do óbito, de 2021 a 2024.



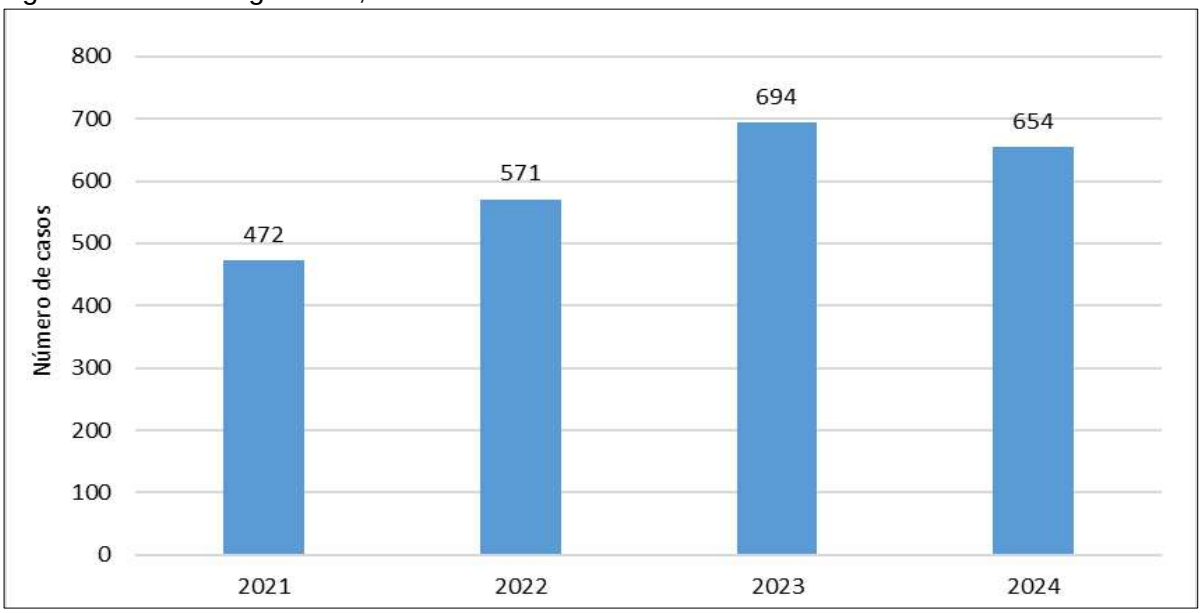
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2025.

Em 2021 e 2022, o coeficiente de mortalidade por TB manteve-se relativamente estável. No entanto, a partir de 2023, esse indicador vem apresentando um aumento em todo o território brasileiro, representando um patamar que não era observado desde 1999, segundo o Ministério da Saúde (MS). O óbito por TB é um evento sentinela, uma situação evitável, que reflete fragilidades na assistência à saúde. Além disso, representa uma oportunidade para identificar os determinantes e condicionantes do processo de adoecimento, tanto individual quanto na interação com o núcleo familiar e/ou comunidade. A tuberculose pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo Mycobacterium tuberculosis: M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. canetti, M. microti, M. pinnipedi e M. caprae, sendo o M. tuberculosis o de maior relevância do ponto de vista da saúde pública, pois é o principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. O diagnóstico clínico pode ser considerado na impossibilidade de se comprovar a suspeita por meio de exames bacteriológicos (baciloscopia, teste rápido molecular (TRM-TB) e cultura). Nesses casos, deve ser associado ao resultado de outros exames complementares (de imagem e histológicos).

A baciloscopia, o TRM-TB e a cultura são exames bacteriológicos para confirmação da TB ativa. No diagnóstico da TB ativa, a identificação de resistência aos antimicrobianos é uma ação importante. O TRM-TB é o método que identifica de forma precoce a resistência à rifampicina, e a detecção de resistências aos demais medicamentos utilizados no tratamento da doença é realizada pelo teste de sensibilidade (TS) por método fenotípico e genotípico. Reduzir a morbimortalidade por TB sensível ou resistente aos medicamentos utilizados no tratamento, conhecer a magnitude da doença, sua distribuição, tendência e os fatores associados, fornecendo subsídios para as ações de controle.

O esquema de tratamento é padronizado e recomendado de acordo com o Ministério da Saúde; as medicações são disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não podendo ser comercializadas. O Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB e TB-HIV considerados prioritários pela Organização Mundial de Saúde para o controle da doença no mundo.

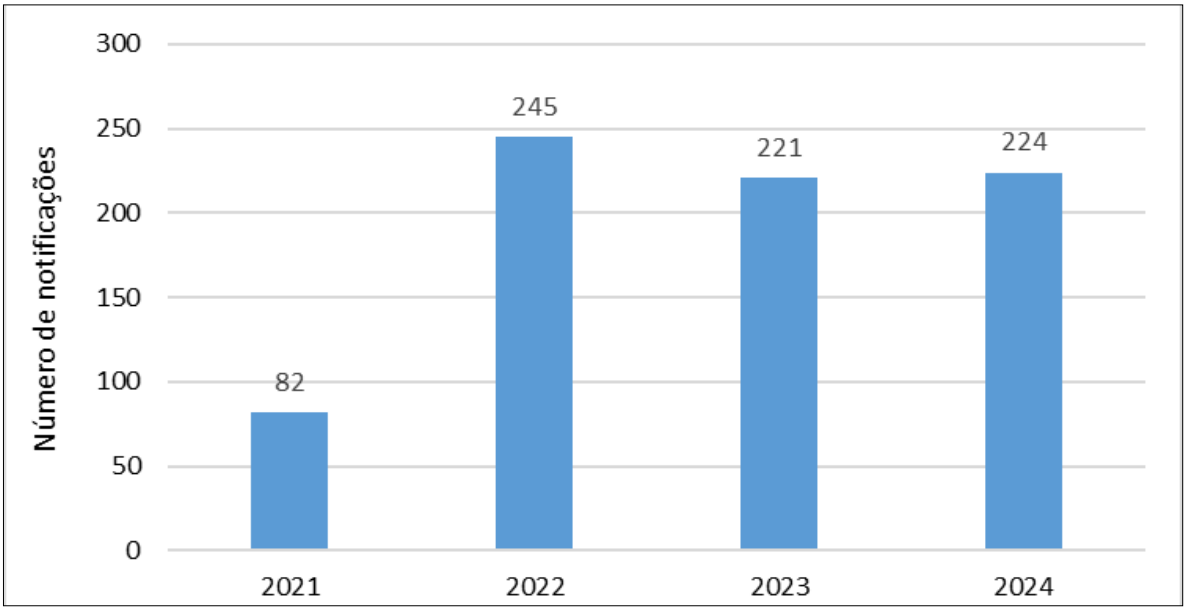
Gráfico 5 - Número de casos de Tuberculose notificados residentes de Campo Grande - MS, segundo ano de diagnóstico, de 2021 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2025.

A partir de 2021, iniciou-se uma etapa de nítida recuperação das ações de controle da TB, com o aumento da detecção de pessoas com a doença apresentando um coeficiente de incidência de 52,5 casos por 100 mil habitantes em 2021; 63,5 casos em 2022, 77,2 casos em 2023 e uma leve queda da incidência em 202 e com 72,8 casos por 100 mil habitantes, sendo que a meta nacional até 2035 é atingir menos de 10 casos por 100 mil habitantes. Assim, destaca-se a importância do tratamento preventivo da tuberculose (TPT), além da imunização com a vacina BCG, que confere proteção adicional, especialmente contra as formas mais graves da TB em crianças, a fim de prevenir a disseminação da infecção por TB.

Gráfico 6 - Número de tratamento da infecção latente da Tuberculose (ILTB), notificados residentes de Campo Grande - MS, segundo ano de diagnóstico, de 2021 a 2024.



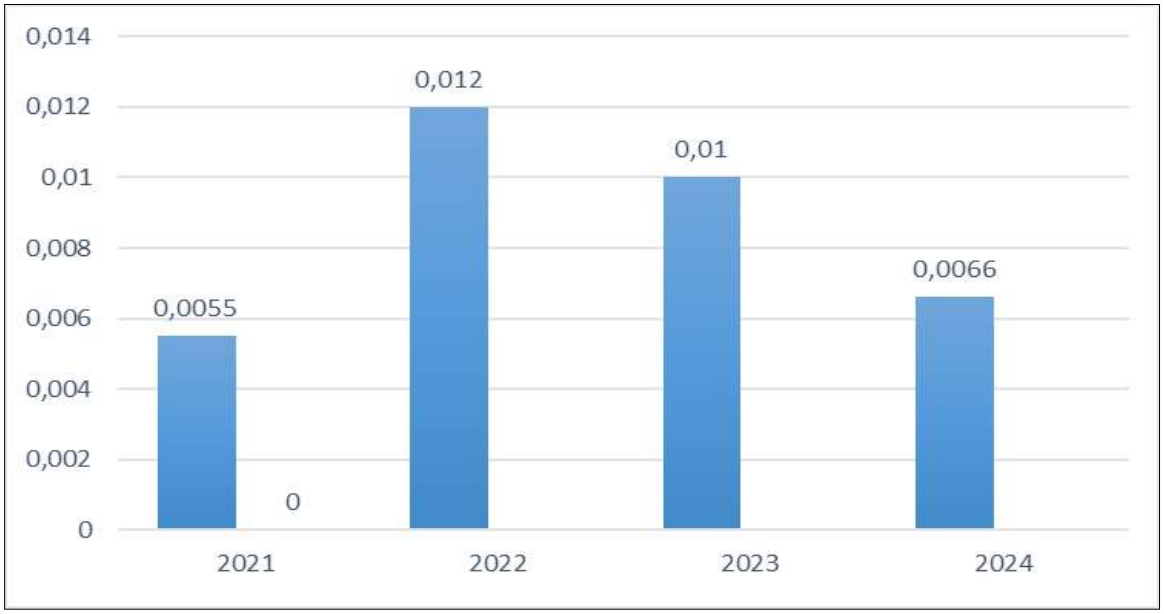
Fonte: Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB, 2025.

Nos anos de 2021 a 2024, foram realizadas um total de 772 notificações para a realização do TPT, distribuídas em 64 unidades de saúde de tratamento, segundo a indicação de tratamento: 33,2% (n=256) eram contato de pacientes com TB; PVHIV representou 48,1% (n=371); comorbidades 4,1% (n=32); profissionais de saúde 7,1% (n=55); terapia imunossupressora 3,6% (n=28) e outros 3,9% (n=30). Na avaliação dos indicadores de encerramento, 49,4% (n=381) realizaram o tratamento completo; 30,3% (n=234) interromperam o tratamento e 0,5% (n=4) desenvolveram a TB ativa durante a quimioprofilaxia. Semelhante ao HIV, o vírus Linfotrópico Humano Tipo 1 (HTLV-1) é um retrovírus que pode causar doenças graves como Leucemia de Células T Adultas (ATL) e Mielopatia Associada ao HTLV/Paraparesia Espástica Tropical (HAM). No entanto, é importante destacar que muitas pessoas vivendo com o HTLV não apresentarão sintomas ao longo da vida. O HTLV é classificado em 4 tipos, mas, no Brasil, circulam apenas os tipos 1 e 2. A transmissão do HTLV ocorre por meio do contato com fluidos corporais, como sangue e secreções, durante as relações sexuais desprotegidas e da mãe para o filho, principalmente pelo aleitamento materno. Esta infecção afeta cerca de 1.150.000 brasileiros, principalmente aqueles vivendo em situação de pobreza.

A prevalência do HTLV-1 é maior nas regiões Norte e Nordeste, mas casos positivos também podem ser encontrados em diferentes grupos populacionais em todas as regiões do Brasil. A prevalência do HTLV-1 no Mato Grosso do Sul pode variar de acordo com o grupo populacional estudado, como pessoas que vivem em áreas rurais, populações indígenas e imigrantes, podendo variar de 0,1% a 10%.

A partir de 2021, o município de Campo Grande passou a registrar um número crescente de casos, o que gerou um aumento na busca por diagnósticos e tratamento adequado (0,0055% em 2021 e 0,0066% em 2024). O cenário histórico de 2021 a 2024 é marcado por um esforço conjunto entre a Secretaria Municipal de Saúde, hospitais, universidades e centros de pesquisa para mapear a prevalência do HTLV, entender sua transmissão e garantir que os pacientes tenham acesso ao acompanhamento necessário. Este período é essencial para compreender a evolução do HTLV na cidade, especialmente com relação aos desafios enfrentados no diagnóstico precoce. No ano inicial da série, em 2021, foi registrado o menor índice de prevalência do município (0,0055%), e em 2022, o maior índice registrado (0,012%).

Gráfico 7 - Taxas de prevalência de infecção por HTLV-1/2 para cada mil gestantes, em Campo Grande – MS.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2025.

Como as doenças causadas pelo HTLV-1 têm alta morbidade e mortalidade e não existe tratamento curativo, medidas de prevenção e controle são primordiais e incluem triagem de doadores de sangue (obrigatória desde 1993), testagem em gestantes, notificação compulsória e monitoramento de casos, além de campanhas de conscientização. Desafios incluem a falta de conscientização, limitações na testagem, custo do tratamento e estigma. No que se diz respeito à sífilis, continua a representar um importante desafio de saúde pública no Brasil e no mundo. O aumento das infecções por sífilis pode ser atribuído a múltiplos fatores, incluindo a falta de conscientização sobre a doença, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, as dificuldades no diagnóstico e no tratamento precoce, além do estigma persistente em torno das infecções sexualmente transmissíveis, o que muitas vezes desencoraja as pessoas a procurar assistência médica. Observou-se um aumento nas taxas de detecção de sífilis adquirida e sífilis em gestantes. Isso reflete o esforço conjunto do Ministério, Estado e Município para expandir a oferta de diagnósticos, especialmente através de testes rápidos, ao mesmo tempo que destaca os desafios na ampliação da prevenção e na garantia de tratamento adequado. A eliminação da transmissão vertical (TV) da sífilis continua sendo uma prioridade nacional, com intensificação cada vez maior, o manejo clínico da infecção em gestantes e suas parcerias sexuais.

Entre 2010 e 2024, o Brasil registrou 1.538.525 casos de sífilis adquirida. A taxa de detecção de sífilis adquirida demonstrou crescimento na série histórica, com exceção de 2020,

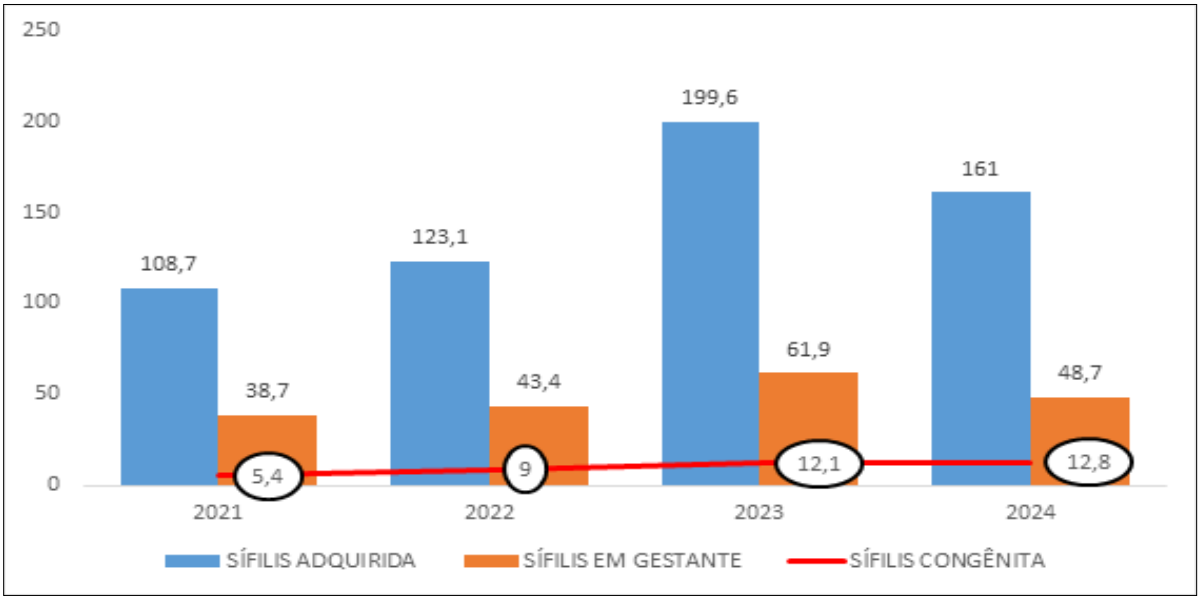
quando houve uma redução significativa para 59,7 casos por 100.000 habitantes, possivelmente relacionada à diminuição da capacidade diagnóstica e ao acesso aos serviços de saúde durante a pandemia de COVID-19. Esse declínio foi revertido em 2021, quando a taxa aumentou para 81,4 casos por 100.000 habitantes, alcançando 113,8 casos por 100.000 habitantes em 2023, a maior taxa da série. Entre 2022 e 2023, as taxas de detecção de sífilis adquirida tiveram um crescimento de 25,7% (de 99,4 para 125,0 casos por 100.000 habitantes) na região Centro-Oeste, com destaque para Mato Grosso do Sul (128,7). Em relação à capital, podemos observar que em 2023 (1848 casos) e 2024 (1481 casos), houve uma diminuição.

No período de 2005 a 2024, o país registrou um total de 713.167 casos de sífilis em gestantes. A taxa de detecção nacional manteve-se em crescimento ao longo de todo o período, atingindo 34,0 casos por 1.000 nascidos vivos (NV) em 2023. A distribuição geográfica desses casos revela que 8,5% ocorrem na Região Centro-Oeste. Considerando que em 2023 foram registrados 86.111 novos casos de sífilis em gestantes em todo o Brasil, e que 9,0% (7.788) correspondem à região Centro-Oeste, nesse mesmo ano, a taxa de detecção nacional de sífilis em gestantes foi de 34/1000 nascidos vivos, representando um aumento de 3,3% comparado com 2022. Em 2024, o município de Campo Grande teve 605 casos notificados de gestantes com sífilis, uma redução de 79 casos em comparação ao ano anterior.

A análise dos dados de sífilis congênita no Brasil revela que a taxa de incidência vinha apresentando crescimento contínuo até se estabilizar nos últimos três anos, atingindo 9,9 casos por 1.000 nascidos vivos (NV) em 2023. Foram registrados 25.002 casos, o que representa uma redução de 5,7% no número absoluto em comparação ao ano anterior, com 1.511 casos a menos. Sendo que 6,9% dos casos são da região Centro-Oeste. Entre 2022 e 2023, Mato Grosso do Sul (29,5%) está entre as Unidades Federativas que apresentaram os aumentos mais expressivos nas taxas de incidência de sífilis congênita. Esses esforços refletem nos dados epidemiológicos municipais, que em 2023 registraram 145 casos diagnosticados, com redução de 2 casos em comparação com 2022 (147).

Os casos de sífilis congênita do município são encaminhados para busca ativa para acompanhamento e preenchimento do Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical para discussão do caso no Comitê de Investigação da Transmissão Vertical, propondo medidas para melhorar a assistência do cuidado pré-natal à tríade mãe-família-bebê.

Gráfico 8 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico de 2021 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2025.

A Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis é uma das metas que o município almeja alcançar. No entanto, trata-se de uma meta ousada que precisa atingir 100% de tratamento para as gestantes acometidas pelo HIV e/ou pela sífilis. Em 2024, foram notificados 1.537 casos de Sífilis Adquirida, 560 casos de Sífilis em Gestante, que culminaram em 147 casos de Sífilis congênita em menores de 1 ano. Vale ressaltar que o município vem apresentando aumento da taxa de incidência de sífilis congênita em dois anos consecutivos: 12,1/1000 em 2023 e 12,8/1000 em 2024 e em comparação com o índice nacional de 7,7/1000 para a certificação do Selo Bronze. Isso configura a necessidade de intensificação das ações de vigilância e fomento do Comitê Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, HTLV, Sífilis e Hepatites Virais.

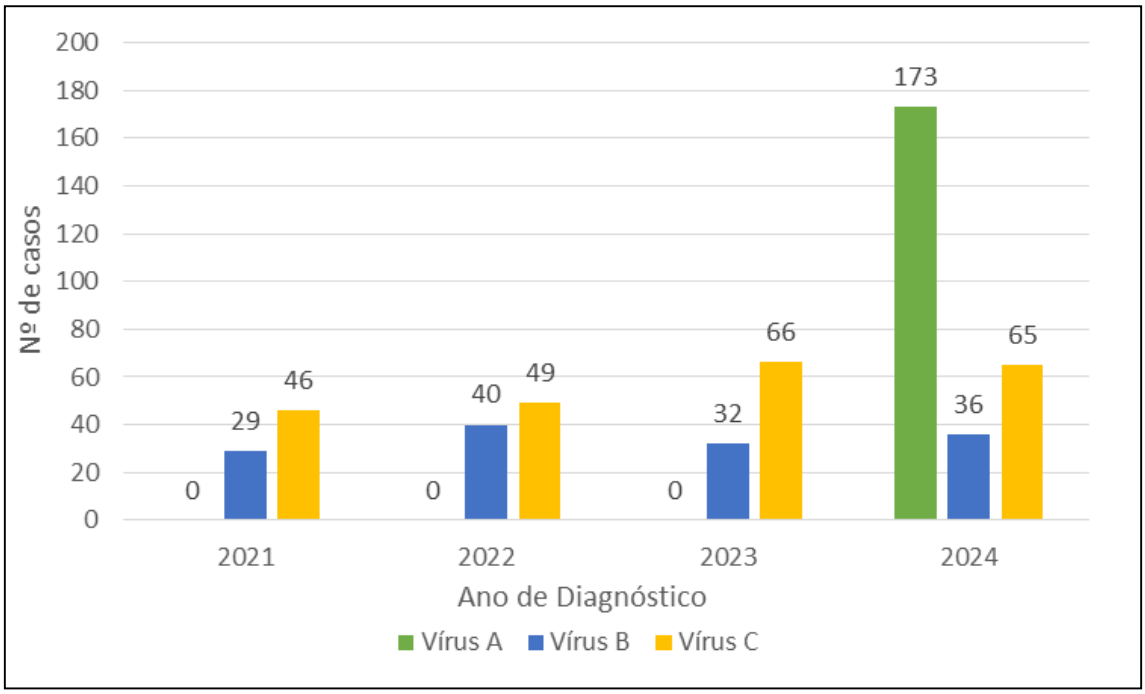
As hepatites virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos que afetam o fígado e têm distribuição universal. Os principais tipos de hepatites virais no país são A, B e C, cada uma com características epidemiológicas e de transmissão distintas, sendo: Hepatite A: Transmitida pela via fecal-oral, é a causa mais frequente de hepatite viral aguda no mundo. A água e alimentos contaminados são os principais veículos de propagação. Hepatite B: Transmitida por via parenteral, é uma das principais causas de doenças hepáticas crônicas no Brasil. Hepatite C: Também transmitida por via parenteral, é uma das principais causas de doenças hepáticas crônicas e câncer de fígado no país. A hepatite A é mais comum em crianças e adolescentes, enquanto as hepatites B e C afetam principalmente adultos. A

transmissão das hepatites virais está relacionada a fatores como condições de higiene e saneamento básico, vacinação e comportamento de risco.

O aumento significativo dos casos de hepatite A no Brasil em 2023 é um sinal de alerta para as autoridades de saúde, com um aumento de 143,1%, passando de 856 casos em 2022 para 2.079 casos em 2023. Esse crescimento é preocupante, especialmente considerando que os casos de hepatite A estão em declínio desde 2015. A taxa de detecção aumentou de 0,4 para 1 caso por 100 mil habitantes, sendo as regiões Sul e Sudeste do Brasil as mais afetadas, que apresentaram os maiores aumentos, com 224,2% e 141,9%, respectivamente. O município notificou o primeiro caso confirmado de hepatite A em abril de 2024, após cinco anos sem registros da infecção. Esse cenário mudou ao longo de todo o ano de 2024, onde tivemos 181 casos confirmados e notificados, apresentando uma taxa de incidência de 19% em todo o período. Nos anos de 2019 a 2023, não houve notificação da infecção.

Em relação às hepatites B e C, o Plano Nacional para Eliminação da Hepatite B e C foi anunciado pelo Ministério da Saúde com a proposta de oferta de tratamento para todos até o ano de 2030. A estratégia proposta para a eliminação da Hepatite B e C como problemas de saúde pública estabelece que as ações sejam coordenadas para, até 2030, reduzir as incidências das hepatites B e C em 90% e a mortalidade de ambas em 65%, considerando o ano de 2015 como linha de base. Isso corresponde a atingir uma incidência de hepatite B inferior a 2 casos por 100 mil habitantes e de hepatite C inferior a 5 casos por 100 mil habitantes, além de, respectivamente, uma mortalidade inferior a 4 óbitos por 100 mil habitantes e a 2 óbitos por 100 mil habitantes.

Gráfico 9 - Número de casos de Hepatite A; B e C notificados residentes de Campo Grande - MS, segundo ano de diagnóstico, de 2021 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2025.

Em 2022, houve a descentralização do tratamento da Hepatite B e C com a oferta do tratamento em duas unidades de referência, o que configura 344 pacientes cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos no ano de 2024, sendo 202 pacientes com Hepatite B e 142 pacientes com Hepatite C. Isso contabiliza 96 casos de Hepatites Virais, sendo 43 casos de Hepatite B, dos quais 2 são gestantes, e 43 casos de Hepatite C, todos confirmados por exames de biologia molecular. Além disso, a persistência de altas taxas de incidência de hepatite C, com 7,6 casos por 100 mil habitantes em 2023, demonstra a necessidade de uma abordagem mais eficaz para o controle da doença.

No período de cinco anos, a incidência de hepatite C apresentou um aumento de 31,7% em Campo Grande. A tendência crescente é atribuída à ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, como os testes rápidos de triagem da infecção que são ofertados em todas as unidades de saúde do município. Desta forma, podemos observar um aumento nos casos notificados. No Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), há atualmente 142 pessoas cadastradas para retirada do medicamento de hepatite C. Destes, 57% encontram-se com a carga viral indetectável, o que é um dos critérios para considerarmos cura da infecção. Isso destaca a importância de uma abordagem integral para o controle da hepatite C, incluindo a prevenção, o diagnóstico e o tratamento. Somente com uma abordagem integral e coordenada é possível controlar a epidemia de hepatites virais no Brasil e reduzir o número de casos e óbitos relacionados a essas doenças.

Esses dados demonstram a necessidade de manter a vigilância e os esforços de prevenção para evitar um aumento futuro das hepatites virais no município. Além disso, é fundamental continuar a descentralização do tratamento e ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento para todas as pessoas infectadas. As infecções sexualmente transmissíveis são responsáveis por altas taxas de morbidade e por elevados custos em saúde pública em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde estima que mais de um milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis não virais ocorram diariamente no mundo, em pessoas com idade entre 15 e 49 anos. Em 2020, isso correspondeu a 374 milhões de casos, sendo 82 milhões de infecções por gonorreia e 128 milhões por clamídia.

A clamídia e a gonorreia são infecções bacterianas transmitidas por meio de relações sexuais desprotegidas e são as principais causas de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) e infertilidade em mulheres, além de provocar dor durante as relações sexuais e gravidez nas trompas. As infecções sexualmente transmissíveis podem causar corrimento uretral nos homens, entre outros danos à saúde. É importante buscar tratamento adequado para evitar complicações e a transmissão dessas infecções. Entre os fatores que contribuem para a persistência da infecção por clamídia e da gonorreia como problemas de saúde pública, cabe ressaltar ainda a falta de percepção dos provedores de saúde sobre as graves implicações das mesmas, a existência de barreiras para o acesso aos serviços de saúde, além do estigma e da discriminação relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis.

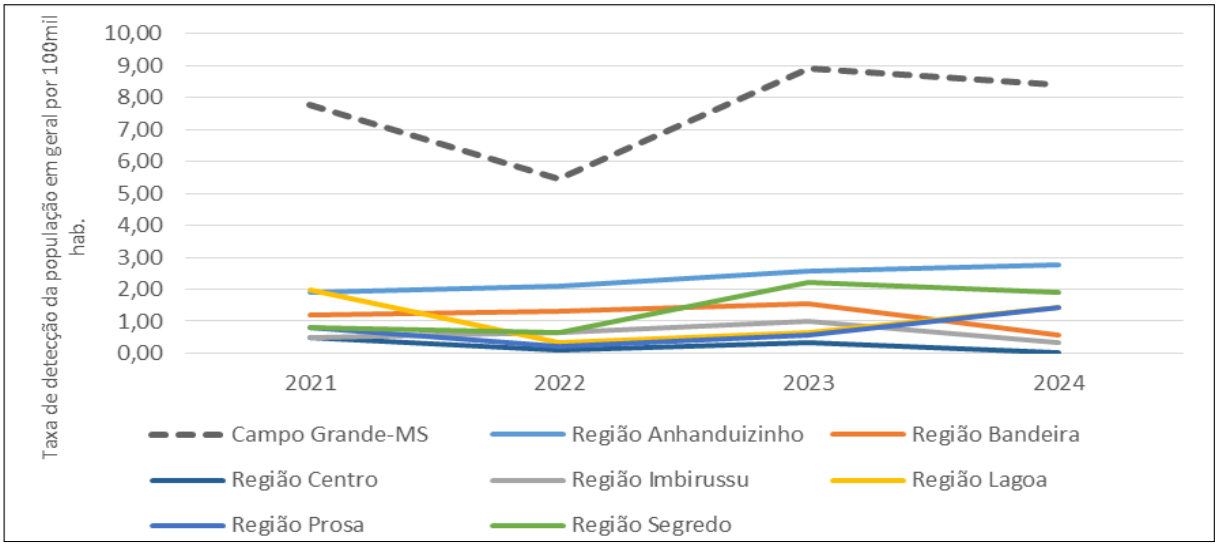
No âmbito das doenças crônicas, destaca-se a atuação da área técnica da Hanseníase. A hanseníase é um agravo que requer atenção especializada e a incorporação de estratégias de manejo no processo de trabalho das equipes de saúde. Essa enfermidade infecciosa, de natureza crônica e transmissível, mantém-se como um significativo problema de saúde pública, afetando indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades. A evolução da hanseníase é frequentemente lenta e, na ausência de tratamento adequado, resultará em deformidades e incapacidades físicas permanentes. Apesar de ser curável, a doença continua a ser endêmica em diversas regiões do mundo, com especial incidência na Índia, Brasil e Indonésia. Sua prevalência está intimamente ligada a fatores de pobreza e à precariedade no acesso a condições básicas de moradia, alimentação, cuidados de saúde e educação. No Brasil, a hanseníase permanece como um dos principais desafios da saúde pública.

No Brasil, adota-se a seguinte classificação das taxas de detecção de casos por 100 mil habitantes: Baixa (menor que 2,00), Média (2,00 a 9,99), Alta (10,00 a 19,99), Muito alta (20,00 a 39,99) e Situação hiperendêmica (maior ou igual a 40,00). A taxa de incidência de casos novos de hanseníase em Campo Grande no ano de 2024 foi de 8,2 em 100 mil habitantes, considerada como média endemicidade, segundo parâmetros do boletim epidemiológico de hanseníase de 2022. Em 2024, foram notificados 76 novos casos de hanseníase. Dentre os casos novos, foi alcançado no ano um total de 16 casos de cura (21%).

Os dados apresentados estão sujeitos a mudança devido ao período de tratamento da doença, que varia entre 6 e 18 meses.

Em 2023, a taxa de detecção de hanseníase no município de Campo Grande, MS, foi de 8,9 casos novos por 100 mil habitantes. O município apresentou uma das maiores taxas de detecção nesse mesmo ano, com 80 casos. A menor taxa registrada foi no ano de 2022, com 5,45 casos por 100 mil habitantes, configurando média endemicidade (Gráfico 10 e Tabela 2).

Gráfico 10 - Taxa de detecção de casos novos de hanseníase (por 100 mil hab.), segundo município de residência, região de saúde e ano de diagnóstico. Brasil, 2021-2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2025.

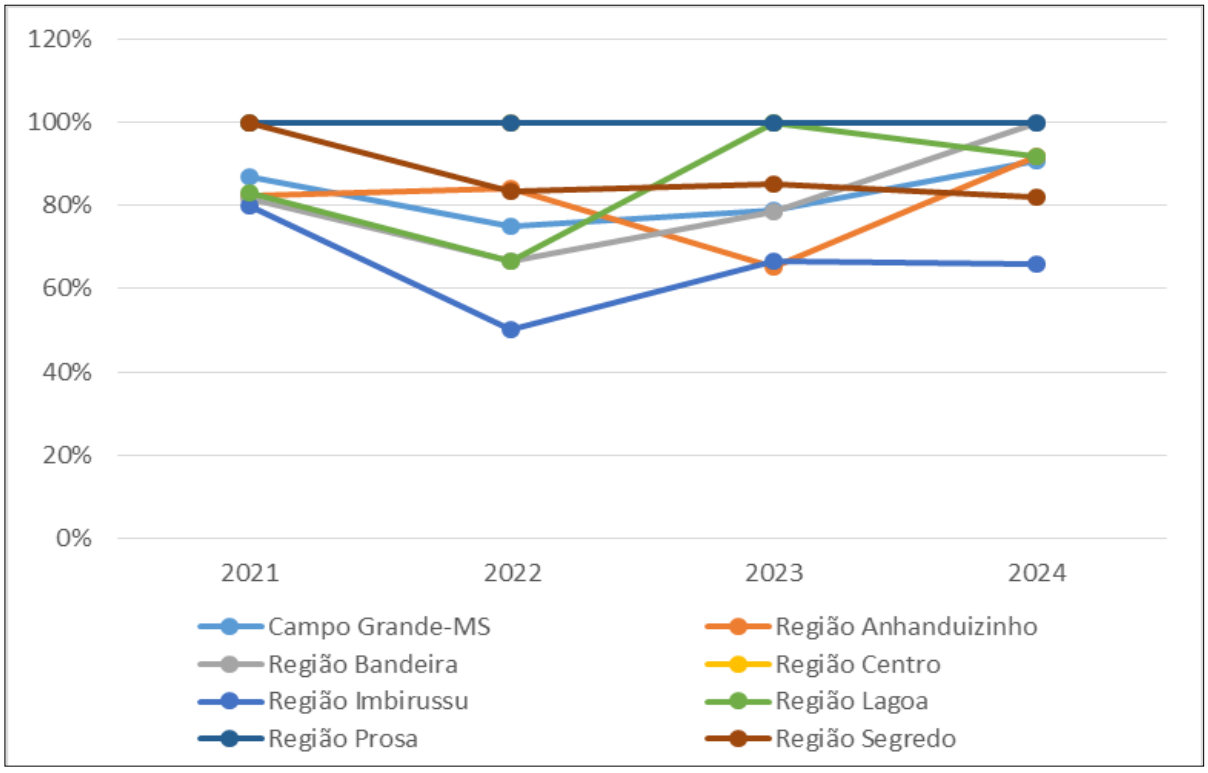
Tabela 2 - Taxa de detecção de casos novos de hanseníase (por 100 mil hab.), segundo município de residência, região de saúde e ano de diagnóstico. Brasil, 2021-2024.

ANO	Campo Grande - MS	Região Anhanduizinho	Região Bandeira	Região Centro	Região Imbirussu	Região Lagoa	Região Prosa	Região Segredo
2021	7,79	1,9	1,2	0,5	0,5	2	0,8	0,8
2022	5,45	2,11	1,33	0,11	0,66	0,33	0,22	0,66
2023	8,9	2,56	1,55	0,33	1	0,66	0,55	2,22
2024	8,4	2,78	0,55	0	0,33	1,44	1,44	1,89

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2025.

Diante do cenário epidemiológico das doenças de infecções sexualmente transmissíveis e de doenças crônicas, como é o caso da hanseníase, o sucesso do Plano Municipal de Saúde depende da conjugação de uma série de fatores estratégicos. Isso inclui a participação da comunidade, o planejamento estratégico, a disponibilidade de recursos financeiros, a capacitação dos profissionais de saúde, o monitoramento e a avaliação contínuos e a intersetorialidade. A avaliação da incapacidade física no momento do diagnóstico é uma atividade que visa identificar a qualidade do serviço de saúde e a detecção precoce de casos. De 2021 a 2024, o município de Campo Grande - MS apresentou um aumento de 3,78% na proporção de avaliações no grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, passando de 87% em 2021 para 90,78% em 2024. A região do distrito Bandeira apresentou aumento significativo na proporção de avaliação, considerando todo o período, passando de 82% em 2021 para 100% em 2024. Além disso, as regiões do Distrito Anhanduizinho e Lagoa também apresentaram um aumento no número de avaliações. Por outro lado, as regiões do distrito Imbirussu e Segredo apresentaram queda neste indicador, enquanto as regiões de saúde do Distrito Prosa e Centro mantiveram avaliações integrais dos casos apresentados (Gráfico 11 e Tabela 3).

Gráfico 11 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico, segundo região e ano do diagnóstico. Brasil, 2021-2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2025.

Tabela 3 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico, segundo região e ano do diagnóstico. Brasil, 2021-2024.

	Campo Grande - MS	Região Anhanduizinho	Região Bandeira	Região Centro	Região Imbirussu	Região Lagoa	Região Prosa	Região Segredo
2021	87%	82%	82%	100%	80%	83%	100%	100%
2022	75%	84%	67%	100%	50%	67%	100%	83%
2023	78,75%	65%	79%	100%	67%	100%	100%	85%
2024	90,78%	92%	100%	–	66%	92%	100%	82%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2025. Legenda: (--) não apresentou casos no ano em questão.

2.6.3.4 Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

O CEREST Regional Campo Grande integra a Rede Nacional De Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST. E a Resolução CIB/SES n° 545, 06 de dezembro de 2024, estabeleceu para Campo Grande a Região Centro, como sua área de abrangência, composta por 9 municípios, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a saber: Bandeirantes, Camapuã, **Campo Grande**, Ribas do Rio Pardo, Corguinho, Rochedo, Jaraguari, Sidrolândia e Terenos.

Nesse sentido, Campo Grande-MS se caracteriza como município sede e os demais municípios sendo da sua abrangência de atuação.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), um dos sistemas de responsabilidade do Ministério da Saúde, disponibiliza dados referentes aos agravos e doenças de notificação compulsória da saúde do trabalhador definidos na Portaria de Consolidação nº 04, de 28 de setembro de 2017, com anexo 1 alterado na Portaria GM/MS n° 5.201 de 15 de agosto de 2024, sendo eles:

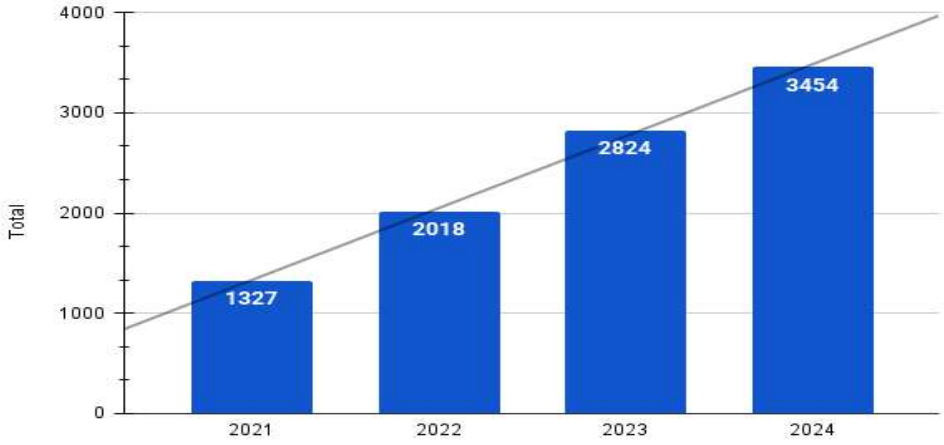
- ✓ Acidente de trabalho;
- ✓ Acidente de Trabalho com exposição a material Biológico – ATMB;
- ✓ Acidente com Animal Peçonhento relacionado ao Trabalho (orientado pelo campo 56 da ficha de notificação);
- ✓ Intoxicação Exógena Relacionado ao Trabalho (orientado pelo campo 56 da ficha de notificação);
- ✓ Perda Auditiva Induzida por Ruído– PAIR;

- ✓ Lesão por Esforços Repetitivos e Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho – LER/DORT;
- ✓ Dermatose Ocupacional;
- ✓ Pneumoconiose Relacionado ao Trabalho;
- ✓ Câncer Relacionado ao Trabalho;
- ✓ Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho;
- ✓ Distúrbios da voz.

Considerando a finalidade da atualização, apresentamos a seguir os dados de notificação de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho – DART (exceto Distúrbio da Voz, por ainda não haver pactuação de acesso aos dados pelo serviço) do município de Campo Grande, entre os anos de 2021 e 2024.

Nesse período tivemos o total de 9.623 DART notificados em Campo Grande/MS, com aumento progressivo, sendo o ano de 2024 com maior frequência de notificações, conforme mostrado abaixo:

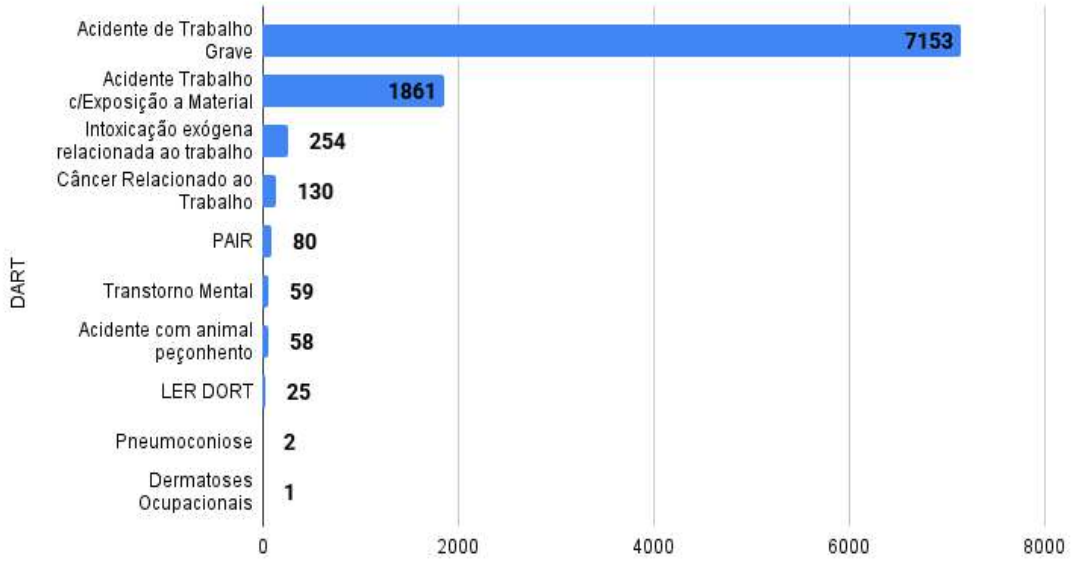
Gráfico 1. Frequência de notificação DART, 2021 a 2024, Campo Grande/MS.



Fonte: SINAN/NET acesso em 05/05/2025.

Dentre todas as DART, Acidente de Trabalho e ATMB, apresentam maior frequência de notificação. Ao observar apenas as notificações de doenças relacionadas ao trabalho, Câncer Relacionado ao Trabalho e PAIR, são mais frequentes:

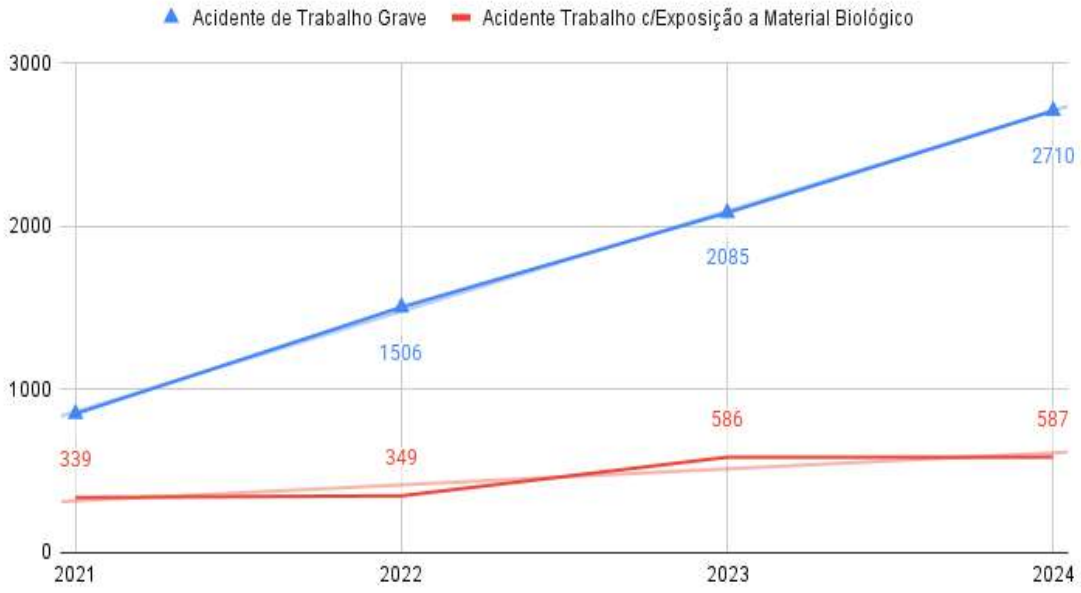
Gráfico 2. Frequência de notificação DART, em relação ao tipo de agravo/doença, 2021 a 2024, Campo Grande/MS.



Fonte: SINAN/NET acesso em 05/05/2025.

Casos de Acidente de Trabalho apresentaram uma elevação constante. Ao se tratar de ATMB, percebe-se maior elevação entre 2023 e 2024. Ações de sensibilização e inclusive com foco no monitoramento de rumores na mídia sobre Acidentes de Trabalho, podem estar relacionados a elevação progressiva abaixo:

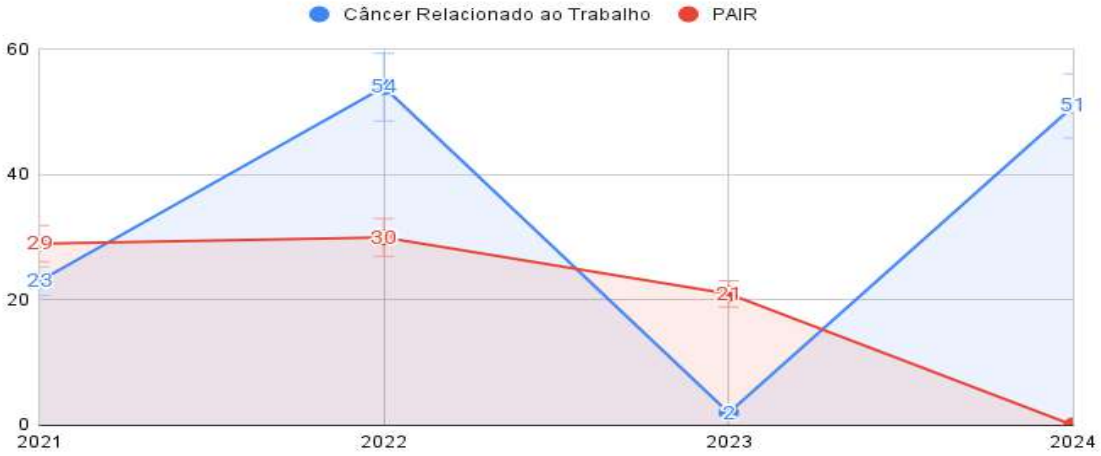
Gráfico 3. Frequência de notificação Acidente de Trabalho e ATMB, 2021 a 2024, Campo Grande/MS.



Fonte: SINAN/NET acesso em 05/05/2025.

Câncer relacionado ao trabalho apresenta pico de notificação em 2022 e 2024, e queda importante em 2023. Várias ações de sensibilização foram aplicadas no Hospital Alfredo Abrão, hospital referência em câncer no município. Contudo, tal fato pode estar associado a rotatividade de recursos humanos. Por outro lado, PAIR apresenta declínio continuo nesse período, chegando a nenhuma notificação em 2024. Entre 2021 e 2022 foram realizadas ações de sensibilização na Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF), que é um serviço referência para distúrbio da audição, o que pode ter refletido nesse resultado. A queda em 2024 sinaliza a necessidade de retorno a esse serviço.

Gráfico 4. Frequência de notificação Acidente de Trabalho e ATMB, 2021 a 2024, Campo Grande/MS.

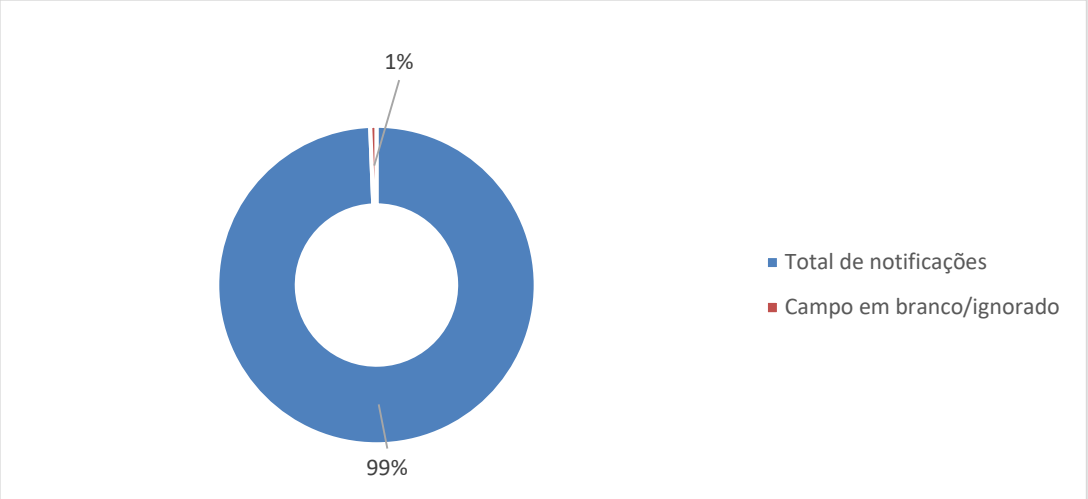


Fonte: SINAN/NET acesso em 05/05/2025

De acordo com a Pactuação Interfederativa, portaria Nº 750, 29 de abril de 2019, Resolução Nº 8, 08 de novembro de 2016 a proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho deveria ser de 96%. Entretanto, não houve nova pactuação. O que não foi impeditivo para continuar o monitoramento e as correções necessários acerca desse indicador.

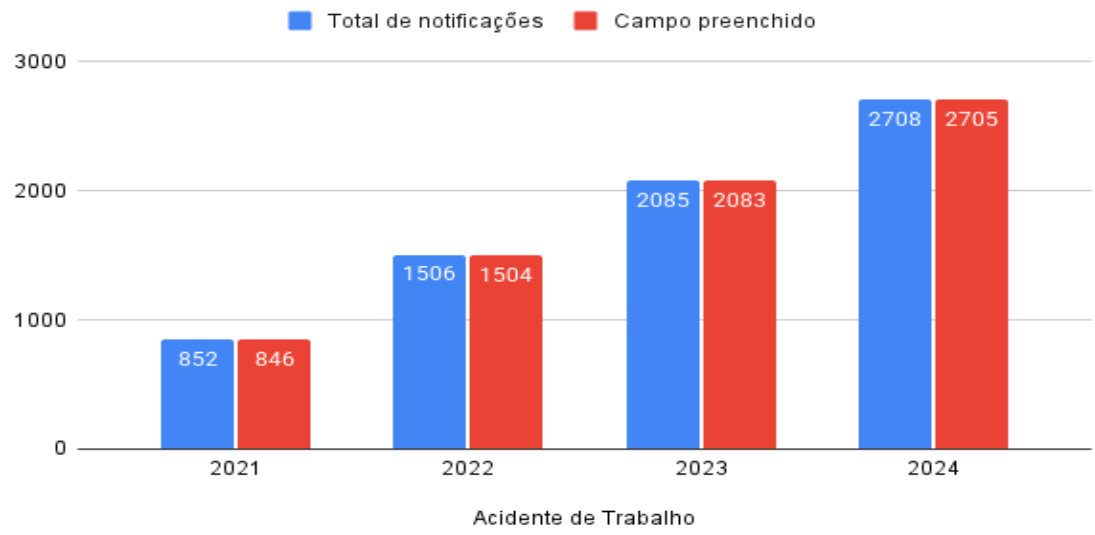
Ao analisar o banco do SINAN de Campo Grande-MS em relação ao período de 2021 a 2024 sobre todos os agravos incluídos para esse indicador- Acidente de Trabalho, ATMB e Intoxicação exógena relacionada ao trabalho - observa-se que o preenchimento desse campo é de 99,4%. Bem acima do pactuado.

Gráfico 5. Proporção de preenchimento do campo ocupação das fichas de notificação de Acidente de Trabalho, ATMB e Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho, em relação ao total de notificações desses agravos, 2021 a 2024, Campo Grande/MS.



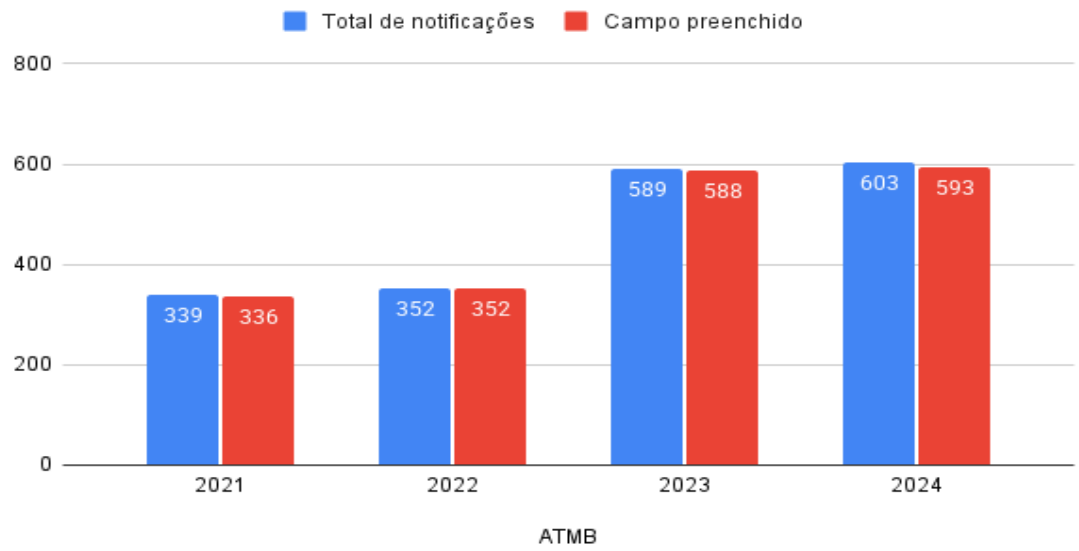
Fonte: SINAN/NET acesso em 05/05/2025

Gráfico 6. Série histórica com o total de notificações de Acidente de Trabalho em comparação ao total de fichas com o campo ocupação preenchido, 2021 a 2024, Campo Grande/MS.



Fonte: SINAN/NET acesso em 05/05/2025

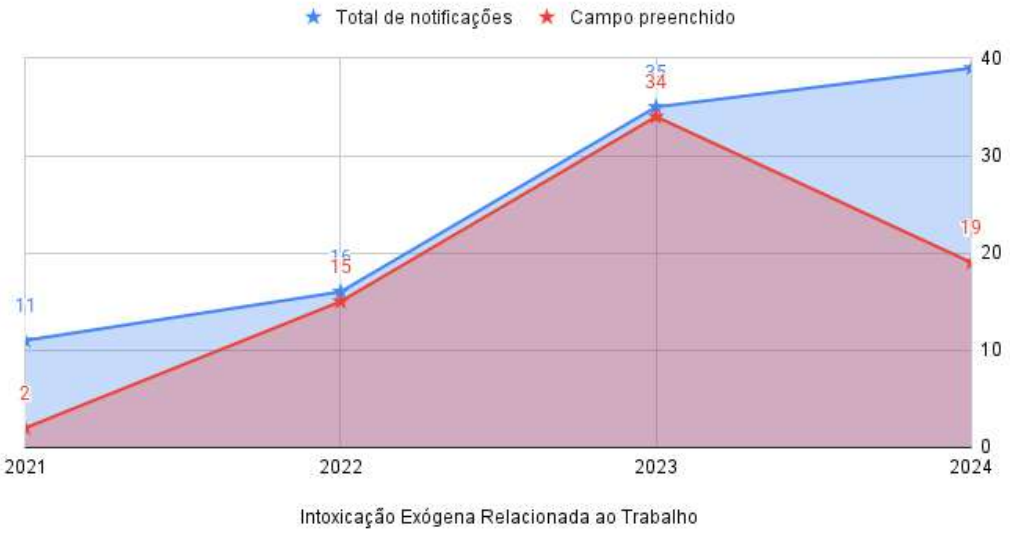
Gráfico 7. Série histórica com o total de notificações de ATMB em comparação ao total de fichas com o campo ocupação preenchido, 2021 a 2024, Campo Grande/MS.



Fonte: SINAN/NET acesso em 05/05/2025

Em relação a Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho, percebemos resultados bem flutuantes, com melhor resultado no ano de 2023:

Gráfico 8. Série histórica com o total de notificações de Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho em comparação ao total de fichas com o campo ocupação preenchido, 2021 a 2024, Campo Grande/MS.



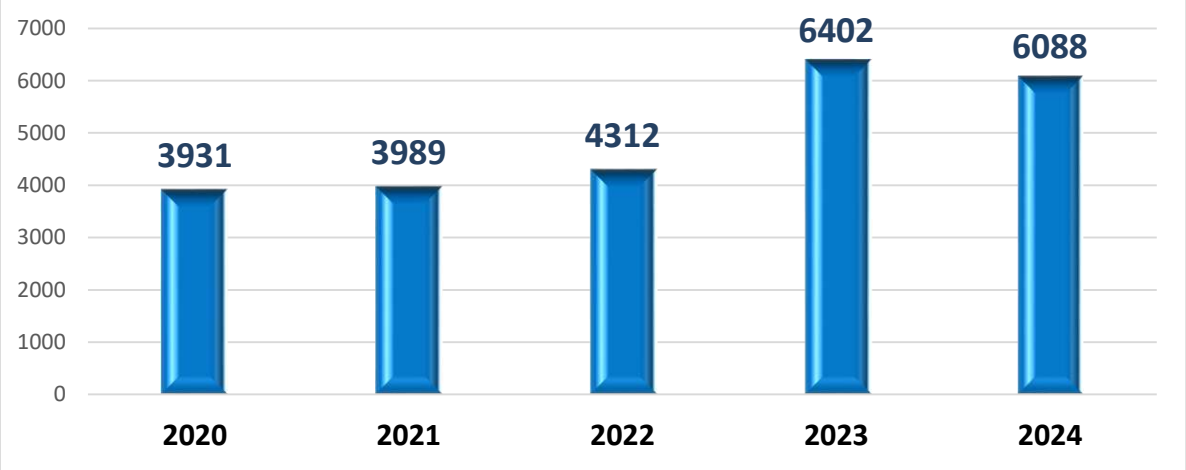
Fonte: SINAN/NET acesso em 05/05/2025

Os enfrentamentos como o pouco entendimento, a baixa suspeição e a dificuldade no diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho, ainda hoje são obstáculos. Assim, o trabalho como determinante de saúde é pouco reconhecido, favorecendo a subnotificação, o diagnóstico e o tratamento tardio não só das doenças como dos agravos em Saúde do Trabalhador**.**

Por outro lado, a relação dos acidentes com o trabalho parece estar se estabelecendo como conhecimento mais palpável no âmbito da Rede de Assistência de Saúde do município.

2.6.3.5 Número de casos de violências notificados nos serviços de saúde

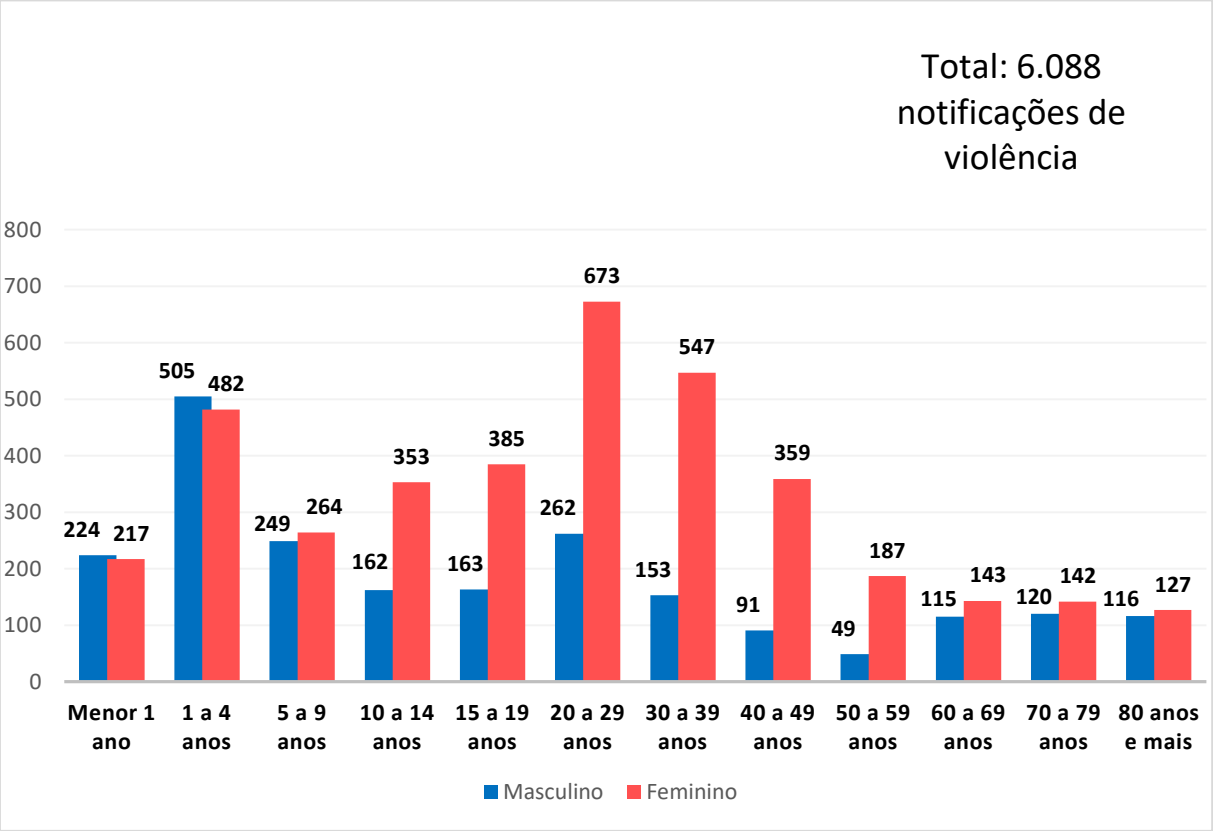
Gráfico 1 - Total de casos de violência, notificados nos serviços de saúde, no município de Campo Grande - MS, de 2020 a 2024.



Fonte: SINAN-NET/SPV/CVE/SVS/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

O aumento do número de notificações de violência, conforme o gráfico 1, mostra que houve melhora na adesão ao VIVA/SINAN, no entanto, ainda existe subnotificação dos casos de violência, sendo a notificação um instrumento de cuidado às vítimas de violência, para identificar suas fortalezas e fragilidades, no enfrentamento desse agravo, no município de Campo Grande. O elevado número de notificações demonstra a atenção dos profissionais da saúde no acolhimento bem como os investimentos em capacitação e monitoramento do Serviço de Prevenção de Violências e Acidentes da SESAU.

Gráfico 2 – Total de notificações dos casos de violência, **por faixa etária e sexo**, realizadas nas unidades de saúde de Campo Grande – MS, em 2024.



Fonte: SINAN-NET/SPV/CVE/SVS/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

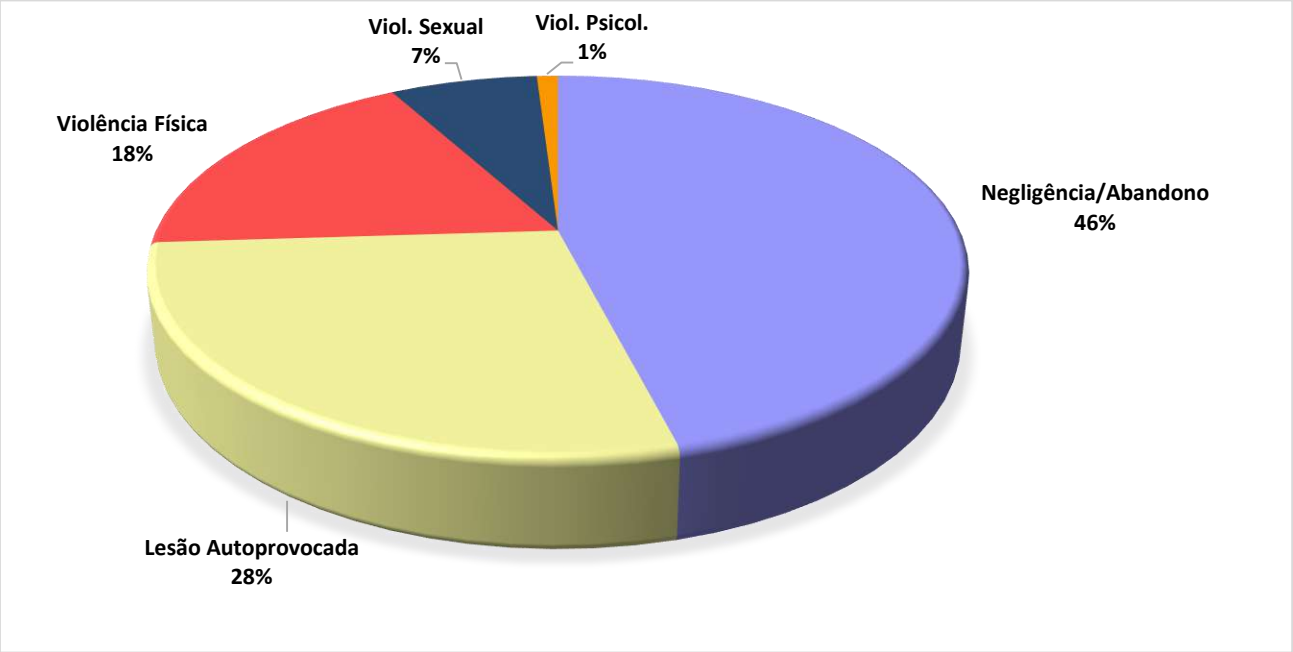
No gráfico acima está representado os casos de violência por faixa etária e sexo do total dos casos de violências, no ano 2024, de forma geral, afetando a saúde e a vida de todas as pessoas de ambos os sexos e faixas etárias. Dos casos notificados na rede de saúde, pessoas jovens de 20 a 29 anos, representam 15% das notificações, sendo a maioria do sexo feminino.

No grupo de crianças e adolescentes, a faixa etária de 1 a 4 anos representa 16% das ocorrências, apresentando pouca variação entre os sexos, já entre os adolescentes, há uma predominância para o sexo feminino.

Mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos somaram 38% das notificações e pessoas idosas 12% do total dos casos.

Em conformidade com as leis de proteção vigentes, os casos de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos são encaminhados para a rede intersetorial para aplicação das medidas de cuidado e proteção. As mulheres recebem atendimento e são orientadas a procurar a Casa da Mulher Brasileira, e os casos envolvendo crianças e adolescentes são comunicados ao Conselho Tutelar. Caso necessário, a Polícia é acionada durante os atendimentos ou há encaminhamento para a Delegacia.

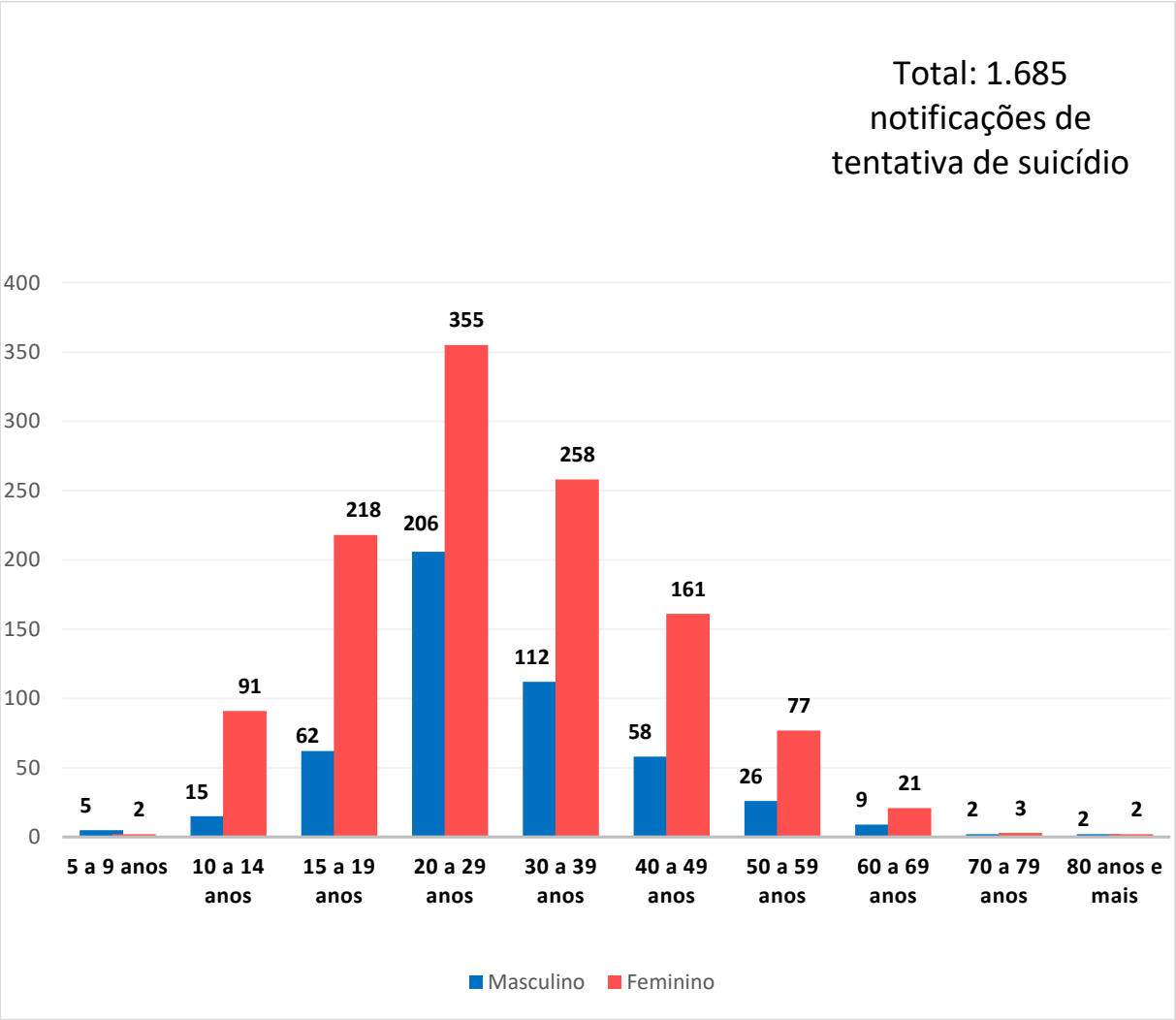
Gráfico 3 – Total de notificações de violência, **quanto ao tipo de violência**, realizadas nas unidades de saúde de Campo Grande – MS, em 2024.



Fonte: SINAN-NET/SPV/CVE/SVS/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

O gráfico acima apresenta a distribuição dos casos de violência quanto ao tipo. As negligências responderam por 46% do total dos casos notificados, com maior vulnerabilidade para crianças, adolescentes e idosos. As lesões autoprovocadas (tentativas de suicídio e autoagressões) ficaram em segundo lugar, com 28% das notificações, com predominância em pessoas do sexo feminino, na faixa etária de 15 a 49 anos, conforme mostra o gráfico 4. As violências físicas corresponderam a 18% dos casos, sendo na sua maioria notificações de violência doméstica, praticadas contra mulheres.

Gráfico 4 – Total de notificações de **tentativa de suicídio**, por faixa etária e sexo, realizadas nas unidades de saúde de Campo Grande – MS, em 2024.



Fonte: SINAN-NET/SPV/CVE/SVS/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

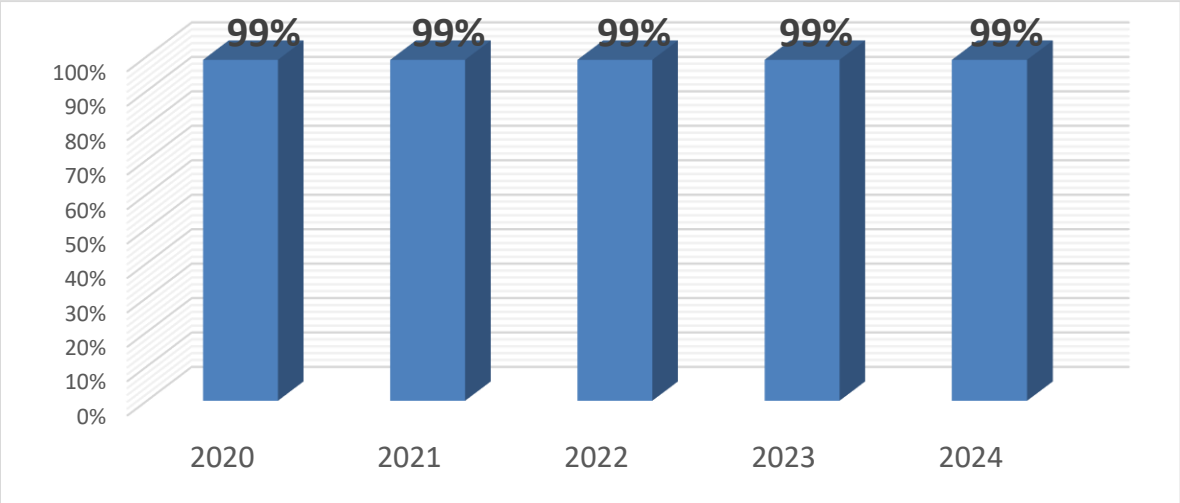
O suicídio é um importante problema de saúde pública no Brasil. Uma das formas de prevenção é a notificação dos casos de tentativa de suicídio, que permite acolhimento, orientações, atendimento e acompanhamentos dos casos na rede de saúde. Acima apresentamos o total de casos de tentativas de suicídio notificados nos serviços de saúde no ano de 2024. Observa–se maior incidência em pessoas na faixa etária de 20 a 49 anos e do sexo feminino.

Ressalta-se que o Serviço de Prevenção de Violências e Acidentes instituiu o seguimento dos casos de violências em toda a Atenção Primária e tem reforçado a importância do acolhimento por meio de capacitações e orientações técnicas, incluindo as tentativas de suicídio, porém sinaliza-se a importância de maiores investimentos em tratamento e acompanhamento voltados à saúde mental desta população, em tempo oportuno.

2.6.3.6 - Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informações válidas – PQA-VS

O indicador reflete a completude do campo raça/cor. Sua importância se dá em razão da identificação da vulnerabilidade às violências em determinadas populações associadas às condições étnico–raciais.

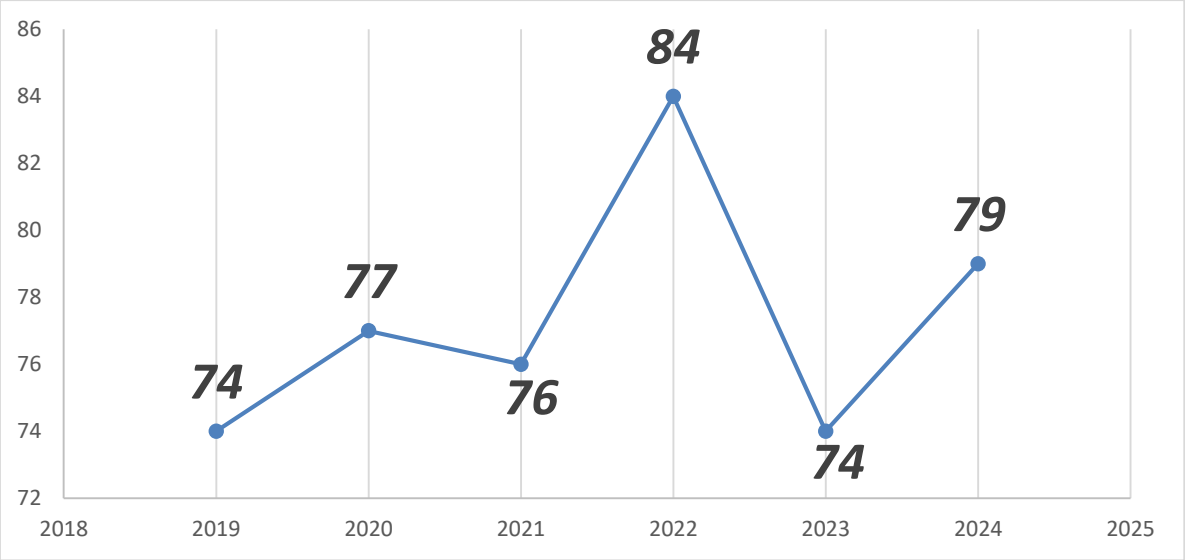
Gráfico 1 – Proporção de preenchimento do campo “raça/cor” válidos na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, no município de Campo Grande – MS, de 2020 a 2024.



Fonte: SINAN-NET/SPV/CVE/SVS/SESAU.

Estas informações devem ser analisadas, monitoradas e utilizadas na implementação de políticas públicas de cuidado e proteção à saúde em consonância com o princípio da promoção a equidade proposto pelo SUS. A meta a ser atingida é de 95%, sendo superada em todos os anos apresentados.

Gráfico 2. Quantidade de óbitos ocasionados por acidentes de trânsito, Campo Grande – MS, 2019 a 2024.



Fonte: Grupo de Análise de Acidentes de Trânsito – GAAT. As informações referentes a 2024 estão sujeitas à alteração.

Considerando o elevado número de acidentes de trânsito com vítimas que impactam em altos custos para a saúde pública e número significativo de acamados com incapacidades temporárias e permanentes. O grupo de maior risco tem sido os motociclistas sendo as vítimas do sexo masculino na faixa etária jovem, entre 16 a 29 anos. A perda dessas vidas ou as incapacidades refletem na qualidade de vida das famílias que perdem um ente querido e muitas vezes o sustento da família. Como estratégia de intervenção foi implantado, desde 2010, o “Programa Vida no Trânsito”, cujas ações são integradas e intersetoriais que buscam melhorar as informações sobre esses eventos, identificar os fatores de risco e principais grupos de vítimas e desenvolver ações focadas e com base em evidência. Os principais fatores de risco para a ocorrência desses acidentes são conduzir veículos acima da velocidade, dirigir após consumo de bebidas alcoólicas e conduzir veículos sem habilitação. As intervenções são realizadas por instituições que fazem parte do Gabinete de Gestão Integrada de Trânsito – GGIT, onde participam 41 instituições. Os Programas principais desenvolvidos são voltados à Fiscalização, Infraestrutura Viária e Educação para o Trânsito.

2.6.3.7 Coqueluche

É uma doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade, com distribuição universal, causada por um cocobacilo gram-negativo, Bordetella pertussis. Compromete especificamente o aparelho respiratório inferior (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Sua transmissão ocorre por meio de gotículas de secreções

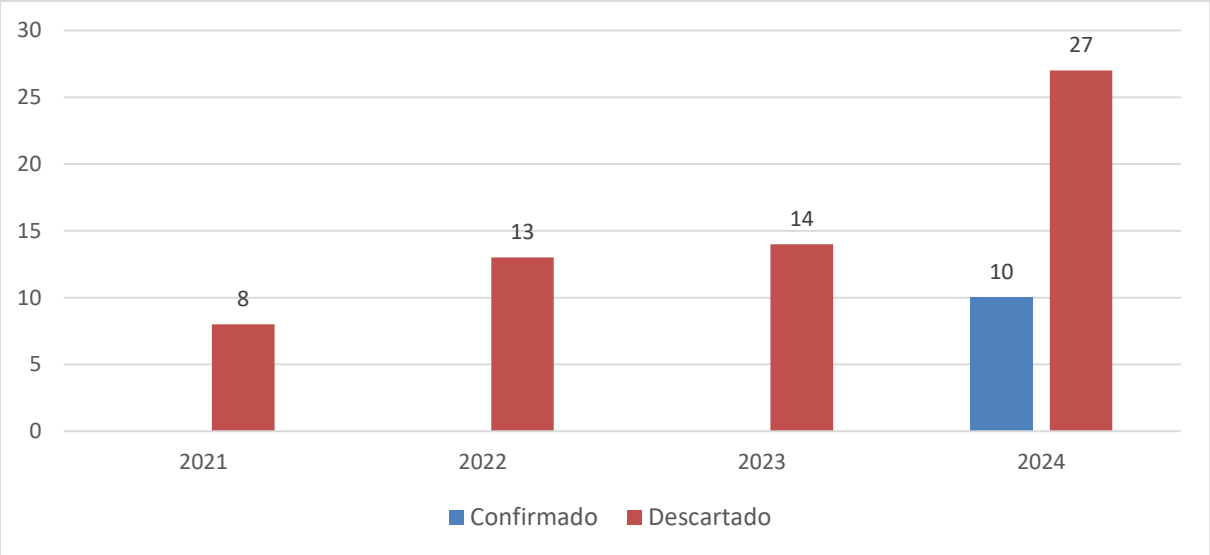
nasofaríngea ao tossir, espirrar ou falar. É uma doença de importante causa de morbimortalidade infantil.

Estima-se que 1 pessoa com coqueluche pode infectar de 12 a 17 outras suscetíveis. Sendo um agravo de notificação compulsória em todo o país, assim como no Município de Campo Grande.

A partir de 2020, devido a pandemia de COVID-19, observou-se uma redução no número de casos notificados, sendo notificados somente 35 casos entre 2021 e 2023, não tendo casos confirmados nesse mesmo período.

Em 2024, Campo Grande registrou 10 casos confirmados de coqueluche, sem óbitos pelo agravo nesse mesmo ano, como mostra o **Gráfico 1**.

Gráfico 1. Casos notificados e confirmados de Coqueluche entre 2021 a 2024, Campo Grande – MS.



Fonte: SINAN/CVE/SESAU, 2025.

A Vigilância da coqueluche tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por coqueluche no País, acompanhar a tendência temporal da doença, para detecção precoce de surtos e epidemias, visando a adoção de medidas de controle pertinentes.

2.6.3.8 Doenças exantemáticas

O Sarampo é uma doença infecciosa exantemática aguda, extremamente contagiosa, potencialmente grave, e bastante comum na infância. Sua transmissão ocorre por meio das secreções nasofaríngea ao tossir, espirrar ou falar. O vírus permanece ativo no ar por até 2 horas, em um raio de 2 a 4 metros. Pela alta contagiosidade, até nove em cada dez pessoas susceptíveis com contato próximo a uma pessoa com sarampo desenvolverão a doença.

É uma doença com distribuição universal, com variação sazonal. O comportamento endêmico-epidêmico varia de um local para outro e depende basicamente da relação entre o grau de imunidade e a suscetibilidade da população, bem com a circulação do vírus na área, sendo uma das principais causas de morbimortalidade em crianças menores de 5 anos de idade, sobretudo as desnutridas.

A Rubéola assim como Sarampo é uma doença exantemática aguda, de alta transmissibilidade. E está relacionada ao risco de abortos, natimortos e à Síndrome da Rubéola Congênita (SRC). O vírus é disseminado por gotículas ou pelo contato direto com pessoas infectadas.

Diante dos esforços realizados para controlar essa doença, o Brasil cumpriu a meta de eliminação da rubéola e da SRC até o ano de 2010. Entre 2011 e 2017, todos os casos notificados no País suspeitos de rubéola, foram descartados pelo critério laboratorial ou vínculo epidemiológico. Em abril de 2015, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) declarou a Região das Américas livre da rubéola e da SRC.

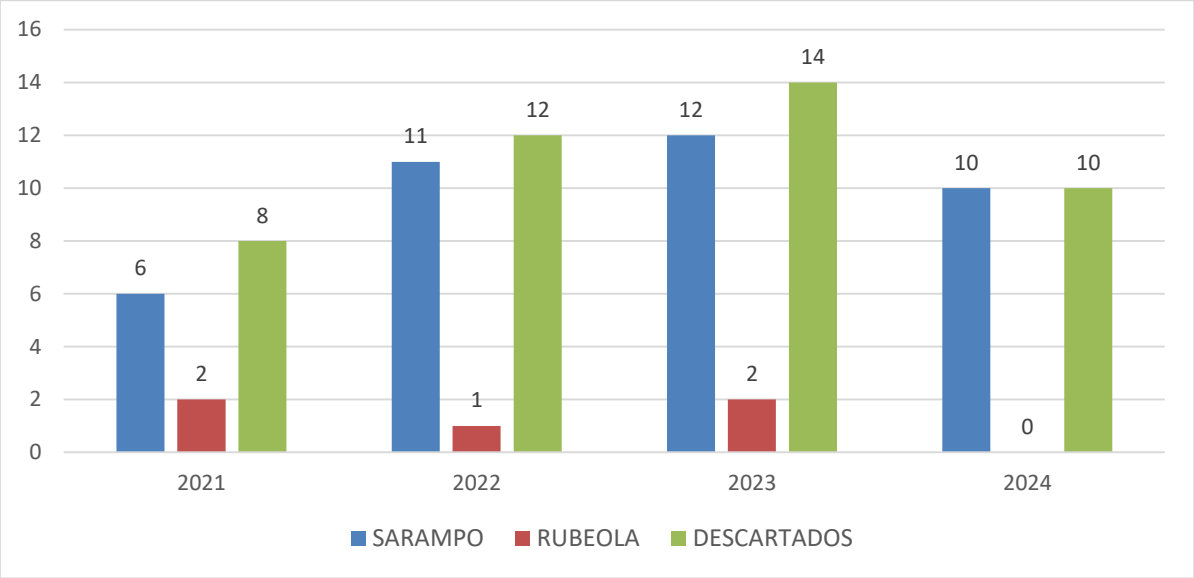
Ambos agravos são imunopreveníveis, e fazem parte da Lista Nacional de agravos de Notificação Compulsória.

Desde 2015 o Brasil não apresentava casos de Sarampo. Em 2016 o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo pela OMS, declarando a região das Américas livre do sarampo. Entretanto a doença ressurgiu em 2018, em virtude da migração de Venezuelanos no norte do país.

No ano de 2019, em Campo Grande, tivemos o primeiro caso de sarampo confirmado. No ano de 2020 tivemos 10 (dez) casos de sarampo confirmados, sendo somente um caso importado. A partir de 2021 até 2024, não tivemos casos confirmados de sarampo no município.

Não houveram registros de casos confirmados de Rubéola no período desde 2009 até a presente data e nem de óbitos pelos agravos.

Gráfico 1. Casos Notificados de Doenças Exantemáticas entre 2021 a 2024, Campo Grande – MS.



Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2025.

O objetivo, mediante uma Vigilância Epidemiológica sensível, ativa e oportuna, é realizar a identificação e a notificação imediata de todo e qualquer caso suspeito na população, com medidas de controle pertinente e monitoramento das condições de risco (Ministério da Saúde, Guia de Vigilância Epidemiológica, 2023).

2.6.3.9 Meningite

As meningites têm distribuição mundial e são consideradas um grave problema de saúde pública pelo potencial de transmissão, patogenicidade e relevância social.

Meningite é uma infecção que se instala, principalmente, quando uma bactéria ou vírus, por alguma razão, consegue vencer as defesas do organismo e ataca as meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Podendo, também, ser causada por fungos e parasitas.

As meningites virais costumam ser mais leves e atingem mais as crianças, mas têm grande potencial de causar surtos. Já as meningites bacterianas são mais graves e devem ser tratadas imediatamente, para evitar sequelas ou morte.

As principais bactérias causadoras de meningites são a Neisseria meningitidis (meningococo), Streptococcus pneumoniae (pneumococo) e Haemophilus influenzae. Ambas as bactérias podem ser prevenidas pela vacinação. O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Programa Nacional de Vacinação (PNI) oferece, gratuitamente, e, seu Calendário Vacinal, imunizantes contra as formas mais graves de meningite, desde o nascimento do bebê até o início de sua adolescência.

No período de 2021 a 2024, foram confirmados 369 casos de meningite em residentes em Campo Grande. As meningites não especificadas registraram maior número de casos em relação as demais etiologias, 97 casos (26,3%), seguida das meningites bacterianas, com 85 casos (23%), das meningites virais, com 63 casos (17%) e as meningites de outras etiologias, com 60 casos, correspondendo a 16,3%.

Tabela 1. Casos confirmados de Meningite, segundo etiologia, entre 2021 e 2024, Campo Grande – MS.

Ano	MCC	MM	MM+MCC	MTBC	MB	MNE	MV	MOE	MH	MP
2021	0	0	0	11	11	15	11	12	0	2
2022	0	1	0	10	33	24	18	13	0	7
2023	1	0	0	7	21	35	18	14	1	9
2024	0	1	1	6	20	23	16	21	1	4
Total	1	2	1	34	85	97	63	60	2	22

MM: Meningite Meningocócica
MM+MCC: Meningite meningocócica + Meningococemia
MTBC: Meningite Tuberculosa
MB: Meningite Bacteriana
MNE: Meningite não especificada
MV: Meningite Vital
MOE: Meningite por outra etiologia
MH: Meningite por Haemophilus
MP: Meningite Pneumocócica
Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2025.

Conforme a faixa etária, temos um maior número de casos entre adultos, de 20 a 49 anos (36%), seguidos por crianças de 1 a 4 anos de idade (14%), como mostra a Tabela 2.

As meningites virais continuam sendo prevalentes na faixa etária infantil abaixo de 10 anos. As meningites bacterianas, foram prevalentes em menores de 5 anos e em adultos, de 20 a 64 anos. Já as meningites por outras etiologias, foram registradas em maior número entre adultos de 20 a 49 anos (Tabela 2).

Tabela 2. Casos Confirmados de Meningites, segundo etiologia e faixa etária, Campo Grande – MS, 2021 a 2024.

Etiologia	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e+
MCC	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
MM	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MM+MCC	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
MTBC	0	1	0	1	1	12	11	5	3	0
MB	16	10	7	8	2	12	12	11	5	2
MNE	11	24	18	4	2	11	11	10	5	1
MV	10	14	15	6	5	7	4	1	1	0
MOE	0	0	0	0	0	20	26	10	4	0
MH	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
MP	1	1	2	1	1	2	4	5	5	0
Total	41	51	43	20	11	65	68	44	23	3

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2025

2.6.3.10 Dengue

A população de Campo Grande vem convivendo com a dengue, desde o ano de 1986 quando foi isolado o vírus, sorotipo DENV-1, e dez anos depois se identificou o sorotipo DENV-2, que foi responsável pela epidemia que ocorreu em 2002, chegando aproximadamente a 13.000 notificações. Em 2005 começou a circulação pelo sorotipo DENV-3 e devido a existência de uma população susceptível e condições favoráveis, veio a deflagrar epidemia em 2007, com início em 2006. Em 2008 os casos de dengue ocorreram dentro do limiar endêmico, onde se notificou 1.776 casos, confirmando 211 casos, representando 12% de positividade. Em setembro de 2009, observamos um aumento significativo, mais precisamente na região urbana da Lagoa do Distrito Sanitário do Oeste, em especial o bairro Tarumã e seu entorno, disseminando para toda a cidade e dando origem a mais uma epidemia no ano de 2010, totalizando 41.402 casos, representando uma incidência de 5.468,5 casos/100.000 hab. Nesta última epidemia foram isolados 2 sorotipos, sendo que de 227 amostras positivas, 61 pelo sorotipo DENV-2 e 166 pelo sorotipo DENV-1.

No ano de 2011, o número de casos permaneceu acima do limiar endêmico na maioria dos meses, exceto nos meses de abril a julho (figura 3), porém bem abaixo do número de casos notificados na última epidemia de 2010. Totalizando 5.837 casos, representando uma incidência de 773,0 casos/100.000 hab. Ocorreram 120 casos graves, sendo 14 casos de FHD e 106 casos de DCC, com 3 óbitos por Dengue. Foram isoladas 23 amostras, sendo todas para DENV-1.

Em 2012 a situação epidemiológica no Município de Campo Grande foi de 8.003 notificações de casos suspeitos de dengue, representando uma incidência de 1.005,1 casos/100.000hab. Desde a 2ª semana de dezembro houve um aumento significativo no número de notificações de casos suspeitos de dengue, onde entramos em níveis epidêmicos.

Em 2013 a situação epidemiológica no Município de Campo Grande foi de 46.654 notificações de casos suspeitos de dengue, representando uma incidência de 5.859 casos/100.000hab.Houve a confirmação de 153 casos de FHD e os óbitos confirmados totalizaram 12. Foram isolados: 2 casos de DENV-1, 06 DENV-2 e 23 DENV-4; distribuídos por vários bairros domunicípio.

Em 2015 totalizaram 14.450 notificações de casos suspeitos de dengue. Houve confirmação de três óbitos por Dengue, com início de sintomas nas semanas 17, 21 e 47. Foi possível observar um aumento considerável a partir da semana 43 (cerca de 57%) em relação à semana anterior, e a persistência da tendência de aumento nas semanas subsequentes, indicando uma situação de alerta. O mês de Novembro totalizou 1.554

casos, 323% acima do limiar endêmico. Dezembro ficou com 1.276% acima do limiar (6.547 casos). Houve 15 amostras positivas para DENV-4, duas para DENV-2 e 234 para DENV-1, pela técnica de biologia molecular. Em 2016, houve 28.465 notificações de casos suspeitos de dengue. Com 1 óbito na semana 01; 1 na semana 2, 1 na semana 6 e 1 na semana 12. Foram isolados 81 DENV-1 e 2 DENV-4. No ano de 2017 a situação epidemiológica no Município de Campo Grande foi de 2.509 notificações decasos suspeitos de dengue. Nenhum óbito registrado. Houve isolamento de 2 DENV-1. Em 2018 a situação epidemiológica no Município de Campo Grande foi de 2.616 notificações de casos suspeitos de dengue. Nenhum óbito registrado. Houve isolamento de 45 DENV-2. O ano de 2019 compreendeu um período de epidemia, atingindo 39.430 casos, 18 casos graves e 8 óbitos. Foram detectadas 150 amostras positivas para DENV-2.

No ano de 2020 a situação epidemiológica no Município de Campo Grande foi de 19.713 notificações de casos suspeitos de dengue. O município atravessou um período de epidemia, porém terminou a ano em níveis endêmicos. Houve 10 casos graves registrados, com 7 evolução para óbito. O sorotipo circulante predominante foi DENV-2, com 314 amostras isoladas, houve isolamento de 1 amostra DENV-1 e uma amostra DENV-4.

Tabela 1 - Casos de Dengue, por ano e classificação, Campo Grande, MS, 2020 a 2024.

Classificação	2020	2021	2022	2023	2024	**Total**
Notificados	19833	5601	17360	17368	11751	71.913
Dengue	13001	487	8527	12017	740	34.772
Dengue com sinais de alarme	87	21	65	55	20	248
Dengue grave	8	4	9	11	4	36
Óbitos	7	3	7	6	1	24

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2025.

No ano de 2021 houve registro de 5.601 casos no SINAN. Ocorreram três óbitos confirmados por Dengue, nas semanas 07,08 e 33.

Em 2022 foram notificados 17.360 casos de dengue, com ocorrência de 7 óbitos confirmados.

Em 2023 houve registro de 17.368 casos no SINAN, 6 óbitos foram confirmados por Dengue nas semanas 7, 10,11, 18 e 23.

Em 2024 foram notificados 11.751 casos, confirmados 764, sendo 4 casos de Dengue Grave e 1 óbito confirmado.

Tabela 2. Sorotipos de dengue identificados em Campo Grande, MS, 2020 a 2024.

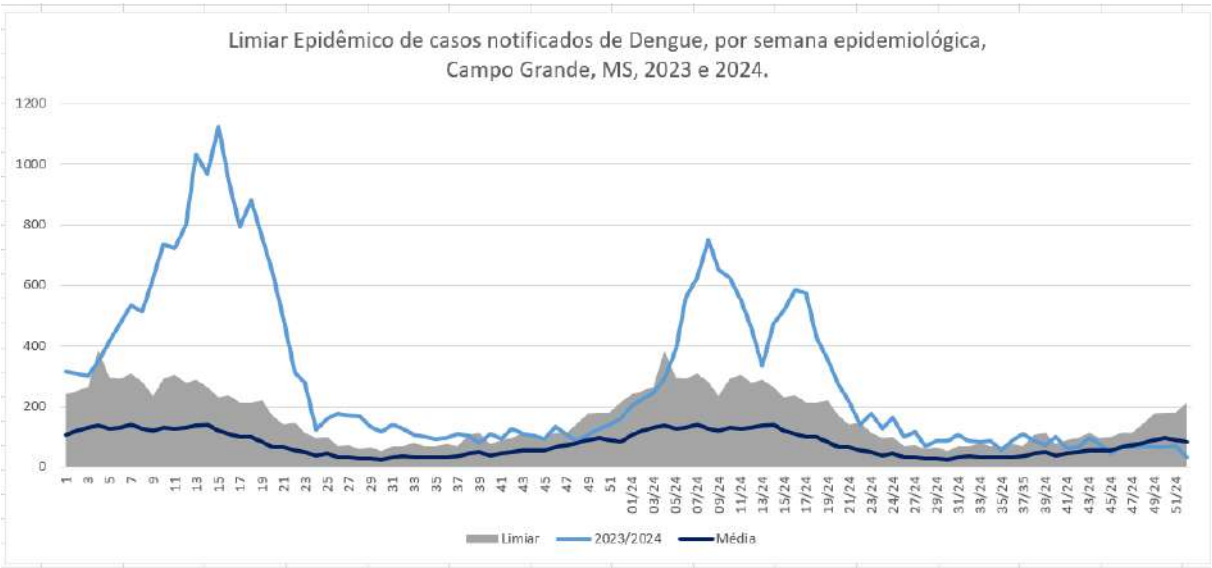
Anos	DENV1	DENV2	DENV3	DENV4
2020	1	315	0	1
2021	5	19	0	0
2022	321	0	0	0
2023	137	5	0	0
2024	82	43	0	0
Total	546	382	0	1

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2021.

Quanto aos sorotipos circulantes, desde 2020 houve circulação sorotipos DENV-1 DENV-2 e DENV-4, com predominância de DENV-1, totalizando 546 amostras isoladas.

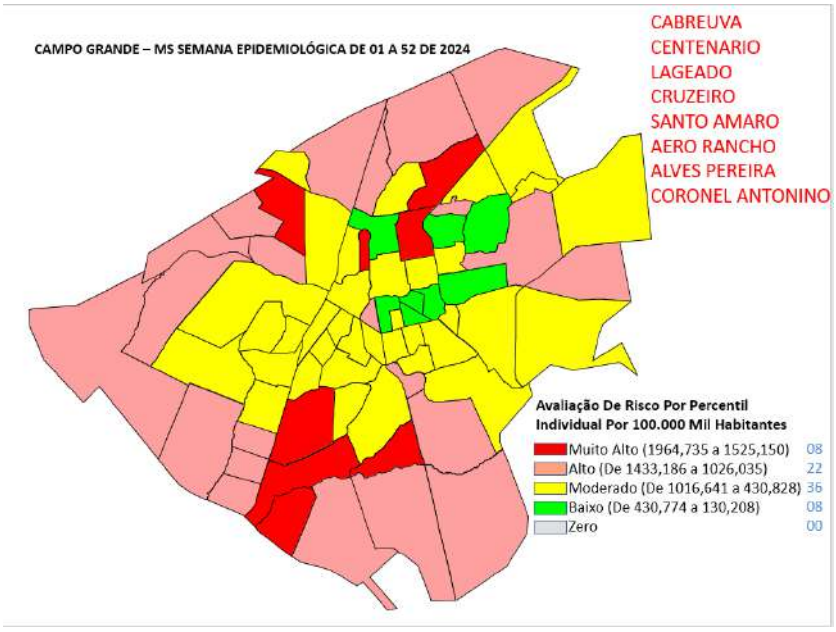
A duração do período sazonal de aumento de casos dos últimos dois anos compreendeu entre as semanas 05 e 23, o que se estende até o mês de junho, já período das estações de outono e inverno, demonstrando uma mudança na sazonalidade, que há alguns anos atrás compreendia o período de verão.

Gráfico 1. Casos de dengue e limiar endêmico, Campo Grande, MS, 2023 e 2024.



Fonte: SINANONLINE/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2025.

Figura 1 – Mapa de estratificação de risco de dengue por bairros, Campo Grande, MS, 2020.



Fonte: SINANONLIN/CVE/SVS/SESAU, 2024.

Apesar do agravo afetar todo o município, a distribuição pelos grandes bairros não ocorre de forma linear, apresentando, geralmente diferentes incidências. No ano de 2024, conforme pode-se verificar na figura 08, os bairros de maior incidência foram Cabreúva, Centenário, Lageado, Cruzeiro, Santo Amaro, Aero Rancho, Alves Pereira e Coronel Antonino.

Considerando isto foram realizados Levantamentos de Índices Rápidos (LIRAa) entre 2021 e 2024, com o objetivo de mensurar os Índices de Infestação Predial (IIP) nas unidades de abrangência. Os resultados foram, 2021: março (1,4%), maio (0,5%), julho (0,2%), setembro (0,6%) e novembro (1,3%); 2022 janeiro (1,7%), março (1,7%), junho (0,6%), agosto (0,3%), setembro (0,9%) e novembro (0,8%); 2023 janeiro (1,5%), maio (1,8%), agosto (0,3%) e novembro (0,8%); 2024 janeiro (1,6%), maio (0,8%), agosto (0,3%) e novembro (1,3%). Assim estes dados demonstram variações sazonais e tendência de queda nos índices nos meses de meio de ano, com elevações recorrentes nos períodos iniciais e finais de cada ano.

2.6.3.11 Chikungunya

Em Campo Grande a Vigilância da Febre de Chikungunya se iniciou em torno de outubro de 2014, quando houve a confirmação de um caso autóctone. Desde então, houve

confirmação de casos em todos os anos, nos últimos 5 anos foram notificados 894 casos e confirmados 143 autóctones, sem registro de óbitos.

Tabela 1. Casos de Chikungunya em Campo Grande-MS, 2020 a 2024.

Classificação	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Notificados	95	42	196	179	382	894
Confirmados Autóctones	10	13	29	16	75	143
Óbitos	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2025.

No último ano avaliado (2024) houve um aumento considerável no registro de casos notificados e confirmados, o que pode ser explicado pelo fato da realização pareada da pesquisa laboratorial para Chikungunya nos casos suspeitos de dengue. Foi o ano com maior número de casos confirmados desde a introdução do vírus no município.

Tabela 2. Casos confirmados de Chikungunya por faixa etária, Campo Grande-MS, 2020 a 2024.

Fx Etaria	2020	%	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	Total	%
<1 Ano	0	0	0	0	0	0	3	13,64	0	0,00	3	1,94
01 a 04	0	0	0	0	6	19,35	1	4,55	3	3,90	10	6,45
05 a 09	0	0	2	14,29	4	12,90	3	13,64	1	1,30	10	6,45
10 a 14	0	0	2	14,29	4	12,90	3	13,64	9	11,69	18	11,61
15 a 19	0	0	2	14,29	0	0,00	0	0,00	5	6,49	7	4,52
20 a 34	4	36,36	1	7,14	4	12,90	3	13,64	19	24,68	31	20,00
35 a 49	4	36,36	2	14,29	10	32,26	3	13,64	28	36,36	47	30,32
50 a 64	2	18,18	4	28,57	3	9,68	2	9,09	9	11,69	20	12,90
65 a 79	0	0,00	1	7,14	0	0,00	4	18,18	3	3,90	8	5,16
80 e+	1	9,09	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,65
Total	11		14		31		22		77		155	

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2025.

Do acumulado de casos confirmados de chikungunya, 50% foi em adultos de 20 a 49 anos, as crianças menores de 14 anos representaram, somadas, cerca de 26%. Em todo o período não houve registro de óbito pelo agravo.

2.6.3.12 Vírus Zika

A vigilância epidemiológica do Zika foi introduzida em Campo Grande-MS em novembro de 2015, e neste mesmo ano foram notificados 507 casos, confirmando 165 casos autóctones. Desde então, foram confirmados casos em todos os anos, porém sem número significativo de casos.

Tabela 1. Casos de Zika por ano e classificação, Campo Grande-MS, 2020 a 2025.

Casos	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Notificados	54	22	73	79	44	272
Confirmados autóctones	10	07	03	16	02	38
Gestantes confirmadas	0	0	1	0	0	1
Malformação Congênita	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINANNET/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2025.

CASOS	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
SUSPEITOS	351	324	181	132	179	164	182	294	402	2209
CONFIRMADOS	89	102	68	88	100	86	107	114	84	838
CONFIRMADOS AUTOCTÓNES	61	72	45	68	73	60	65	67	61	573
CONFIRMADOS IMPORTADOS	28	30	23	20	27	26	42	47	22	265
ÓBITOS AUTÓCTONES	3	3	4	7	4	1	5	3	7	37

Em 2020, foram notificados 54 casos suspeitos, confirmando 10 casos. Em 2021 foram confirmados 07 casos, reduzindo para 03 em 2022, aumentou para 16 em 2023. No ano de 2024 houve uma redução nos casos, com confirmação de 02 casos. Em todo período houve notificação de uma gestante apenas, em 2022, sem registro de alterações no bebê.

2.6.3.13 Leishmaniose Visceral

A Leishmaniose Visceral é um dos maiores problemas de Saúde Pública enfrentados em Campo Grande - MS, pois desde sua introdução no município, com primeiros casos autóctones em 2002, sua incidência se manteve elevada, com altas taxas de letalidade, sendo alvo de ininterruptas ações no intuito de controlar a doença, tendo se mostrado de muito difícil controle.

Tabela 1. Série histórica de casos de Leishmaniose Visceral Humana, conforme classificação final e evolução, Campo Grande, MS, 2016 a 2024**.**

Fonte: SINAN-NET/SDT/CVE/SVS/SESAU/PMCG

Nos anos de 2016 a 2024 foram notificados e dados seguimentos a mais de 2.000 casos suspeitos de Leishmaniose Visceral Humana em Campo Grande - MS, distribuídos conforme tabela 1. De todos os anos analisados, 2023 teve o maior número de casos, quando foram notificados 294 casos de Leishmaniose Visceral Humana, com confirmação de 114 casos. Porém deve-se destacar que Campo Grande - MS, além de seu elevado número de casos, ainda centraliza o tratamento e acompanhamento de casos do interior do Estado, isto se evidencia quando se observa que do total dos casos confirmados no período, 31,6% são casos de outros municípios. Referente aos casos residentes em Campo Grande - MS (autóctones), foram 573 pacientes que adoeceram por Leishmaniose Visceral nos últimos 9 anos. Destes, 37 pacientes morreram pelo agravo (Tabela 1).

Quanto à distribuição dos casos por faixa etária, a maioria dos casos foi em adultos de 35 a 49 anos, seguidos pelos de 50 a 64 anos, somados totalizam 55 % do total dos casos. As crianças (menores de 10 anos) representam 5,9% dos casos, e os idosos (maiores de 65 anos) representam cerca de 13% (Tabela 02).

Tabela 2. Casos autóctones de Leishmaniose Visceral por faixa etária, Campo Grande-MS, 2021 a 2024.

Faixa etária	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**Total**
< 1 ano	0	0	1	0	1
1 a 4	4	3	4	0	11
5 a 9	0	1	0	2	3
10 a 14	0	0	1	0	1
15 a 19	0	1	0	0	1
20 a 34	13	11	11	14	49
35 a 49	23	19	27	22	91
50 a 64	11	20	16	17	64
65 a 79	7	6	8	4	25
80 e >	2	4	0	2	8
Total	**60**	**65**	**68**	**61**	**254**

Fonte: SINAN-NET/SDT/CVE/SVS/SESAU/PMCG

Quanto aos óbitos no período analisado, foram 16 no total (Tabela 03), sendo o maior número ocorrido no ano de 2024, quando totalizou 7 óbitos, seguido por 2022 e 2023, com 5 e 3 óbitos, respectivamente. Quando se analisa esses óbitos em relação ao número de casos, nota-se que a maior letalidade foi registrada no ano de 2024, com taxa de 11,47%, seguido por 2023 com 7,7%. Na média do somatório dos anos analisados, a letalidade geral fica em 6,3%. Quanto às faixas etárias dos óbitos, não houve nenhum óbito em menores de 20 anos, e a maior ocorrência foi de 5 óbitos na faixa de 35 a 49 anos.

Tabela 3. Óbitos autóctones de Leishmaniose Visceral por faixa etária, Campo Grande-MS, 2021 a 2024.

Faixa etária	2021	2022	2023	2024	Total
< 1 ano	0	0	0	0	0
1 a 4	0	0	0	0	0
5 a 9	0	0	0	0	0
10 a 14	0	0	0	0	0
15 a 19	0	0	0	0	0
20 a 34	0	1	1	2	4
35 a 49	0	2	1	2	5
50 a 64	1	1	0	2	4
65 a 79	0	1	1	0	2
80 e >	0	0	1	1	2
Total	**1**	**5**	**3**	**7**	**16**

Fonte: SINAN-NET/SDT/CVE/SVS/SESAU/PMCG

Outro fator que chama atenção é a correlação com a co-infecção com HIV, que no ano de 2023 representou quase 62% dos casos positivos de LV, seguido por 58,33% dos casos em 2021 e 52,45% em 2024, como pode ser observado na tabela 4.

Tabela 4: Número de casos apresentando co-infecção com HIV, registrados em Campo Grande – MS, de 2021 a 2023.

Ano	Casos LV	LV + HIV	%
2021	60	35	58,33%
2022	65	31	47,69%
2023	68	42	61,76%
2024	61	32	52,45%
Total	**254**	**140**	**55,12%**

Fonte: SINAN-NET/SDT/CVE/SVS/SESAU/PMCG

Quanto à distribuição dos casos por bairro de residência, na estratificação de casos dos últimos quatro anos (2021 a 2024), o único bairro classificado como de transmissão intensa (média de casos acima de 4,5 casos) foi o Nova Lima, os bairros Aero Rancho e Lageado classificados como de transmissão moderada (média de 2,5 a 4,4 casos), 56 bairros como de transmissão esporádica (média de até 2,4 casos), e os demais 15 bairros sem transmissão (sem registro de casos). (Quadro 1)

Quadro 1. Estratificação de casos de LV, por novos bairros, Campo Grande – MS, 2021 a 2024.

BAIRRO	TIPO	BAIRRO	TIPO
Nova Lima	TI	Coronel Antonino	TE
Aero Rancho	TM	Estrela Dalva	TE
Lageado	TM	América	TE
Centro Oeste	TE	Núcleo Industrial	TE
Monte Castelo	TE	Chácara dos Poderes	TE
São Conrado	TE	Dr. Albuquerque	TE
Caiobá	TE	Jd. Paulista	TE
União	TE	Piratininga	TE
Nasser	TE	São Francisco	TE
Universitário	TE	Caiçara	TE
Alves Pereira	TE	Taveirópolis	TE
Noroeste	TE	MAPE	TE
Batistão	TE	Carlota	TE
Tiradentes	TE	Taquarussu	TE
Tarumã	TE	Cabreúva	TE
Coophavila II	TE	Bela Vista	TE
Moreninha	TE	Itanhangá	TE
Jd. dos Estados	TE	José Abrão	TE
Jockey Clube	TE	Mata do Segredo	TE
Centenário	TE	Mata do Jacinto	TE
Guanandi	TE	Chácara Cachoeira	TE
Popular	TE	Vilas Boas	TE
Parati	TE	Jacy	ST
Santo Amaro	TE	Carvalho	ST
Pioneiros	TE	Cruzeiro	ST
Los Angeles	TE	Glória	ST
Sobrinho	TE	Monte Líbano	ST
Veraneio	TE	Planalto	ST
Santo Antonio	TE	São Bento	ST
Margarida	TE	Leblon	ST
Rita Vieira	TE	Bandeirantes	ST
Centro	TE	Seminário	ST
Panamá	TE	Carandá	ST
Novos Estados	TE	Santa Fé	ST
Amambaí	TE	Autonomista	ST
Tijuca	TE	São Lourenço	ST
Nova Campo Grande	TE	TV Morena	ST

Fonte: SINAN-NET/SDT/CVE/SVS/SESAU/PMCG

2.6.3.14 Vigilância dos Vírus respiratórios

Ao Serviço de Vigilância dos Vírus Respiratórios, diretamente subordinado ao Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, compete:

I - Realizar visitas técnicas nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda grave (SRAG) no intuito de melhorar o serviço;

II - Padronizar, supervisionar e rever rotinas técnicas quanto ao funcionamento e indicadores das unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), conforme preconizado por meio de portaria ministerial;

III - Monitorar indicadores das unidades sentinelas de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave;

IV - Realizar capacitações quanto à coleta de material para COVID-19, Influenza e outros vírus respiratórios, assim como divulgação do protocolo do Ministério da Saúde;

V - Realizar visitas técnicas aos hospitais, unidades básicas de saúde, unidades 24 horas e distritos sanitários, sempre que se fizer necessária;

VI - Realizar digitação das fichas de notificação de SRAG no SIVEP-Gripe recebidas pelas unidades de saúde hospitalares do município de Campo Grande;

VII - Alimentar as planilhas de vírus respiratórios, visando monitoramento de casos notificados;

VIII - Auxiliar no monitoramento das unidades sentinelas se Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);

IX - Desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

O município de Campo Grande-MS possui atualmente os seguintes planos de contingência:

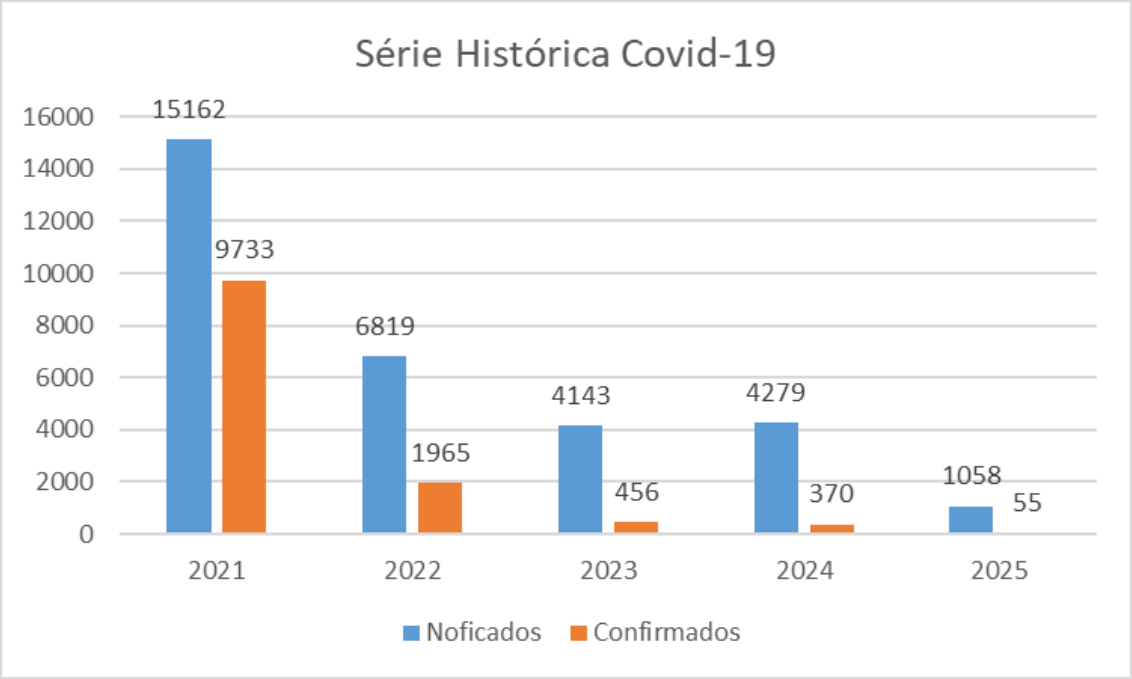
- Plano de Contingência Municipal de enfrentamento da Influenza e Outros Vírus Respiratórios;

- Plano de Contingência Municipal de enfrentamento à COVID-19;

- Plano de Contingência para situação de Epidemia de dengue, Chukungunya e zika.

Cenário epidemiológico do COVID-19 no município de Campo Grande/MS:

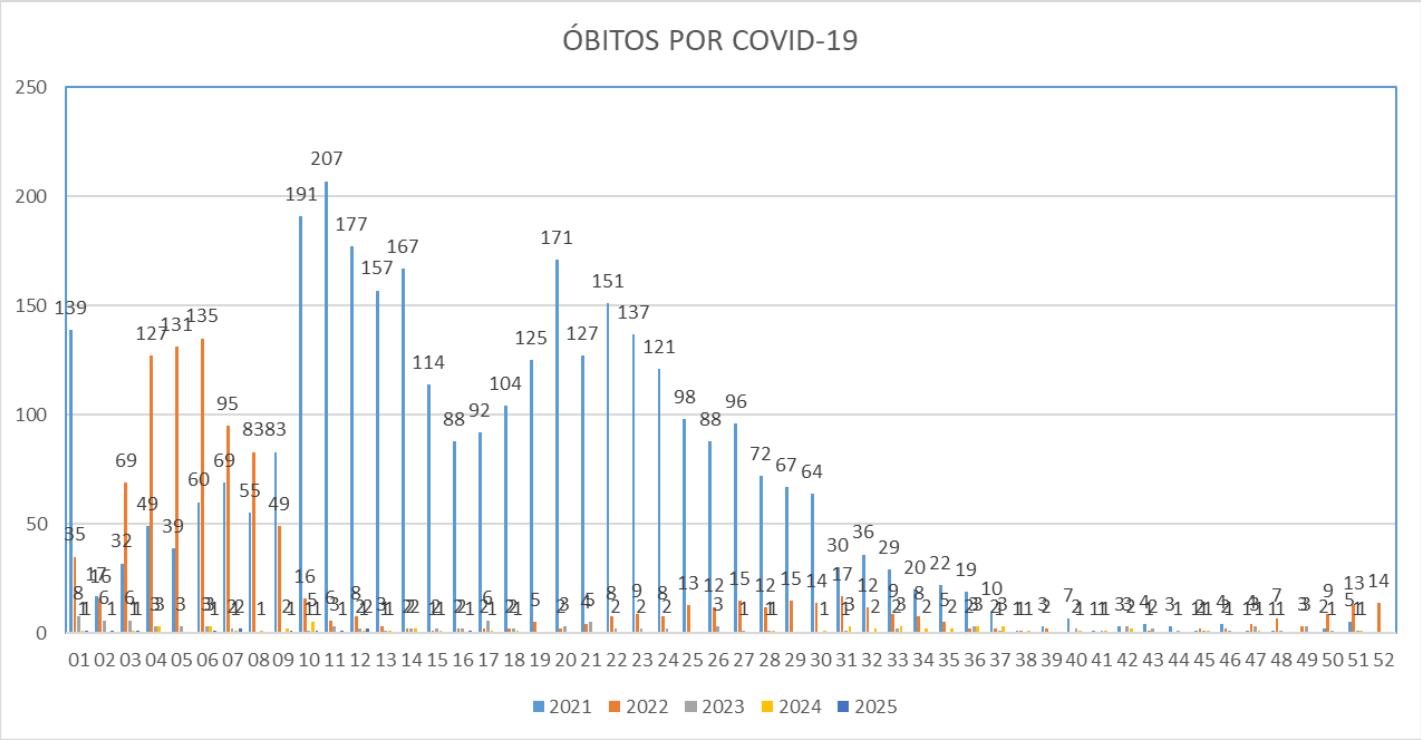
Gráfico 1. Casos notificados e confirmados por Covid-19 no município de Campo Grande/MS, por ano – 2021 a 2025*. (N= 3.1461; 12.579)



FONTE: SIVEP Gripe, 2025. *Dados extraídos e atualizados até 16-04-2025.

O Gráfico 1 refere-se aos casos notificados e confirmados para COVID-19 no município de Campo Grande até o dia 16/04/2025 (SE 16). Observa-se acentuado aumento de casos nos anos anteriores, principalmente no ano de 2021, correlacionada com números estaduais e nacionais, levando a instituição de emergências em Saúde Pública de relevância nacional desde 2020, que foi a introdução do vírus no país. Com advento das medidas de biossegurança, controle, imunização e do próprio comportamento de infectividade do vírus aos pacientes suscetíveis, nota-se a queda das notificações com passar dos anos, ainda que variações de interesse da Covid-19 tenham sido encontradas em vários estados, a incidência de casos novos ou de reinfecções não aumentou até os dados em 2025. Vale ressaltar que estes dados podem sofrer alterações devido retroalimentação dos sistemas de notificação.

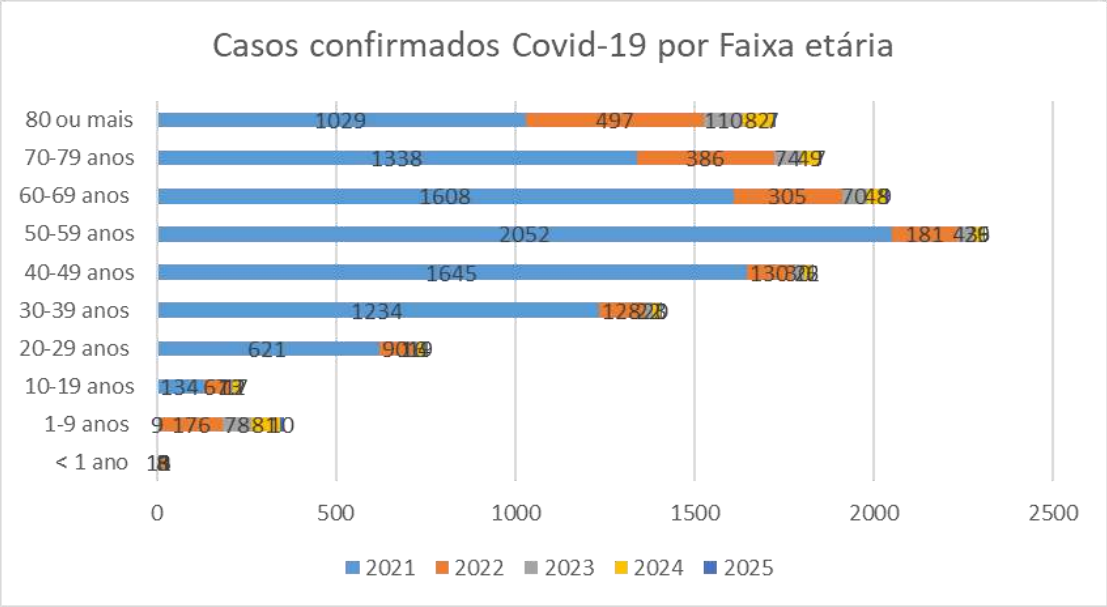
Gráfico 2. Óbitos por Covid-19 no município de Campo Grande/MS, por semana epidemiológica – 2021 a 2025*. (N= 4.521)



FONTE: SIVEP Gripe, 2025. *Dados extraídos e atualizados até 16-04-2025.

O gráfico 2 representa o quantitativo de casos confirmados por Covid-19 que evoluíram a óbito no município de Campo Grande/MS por SE 16/2020 (01/01/2021 a 16/04/2025). Observa-se o pico máximo de óbitos na SE 10/2021 a semana 30/2021 representando um quantitativo de 124 óbitos em residentes no município de Campo Grande.

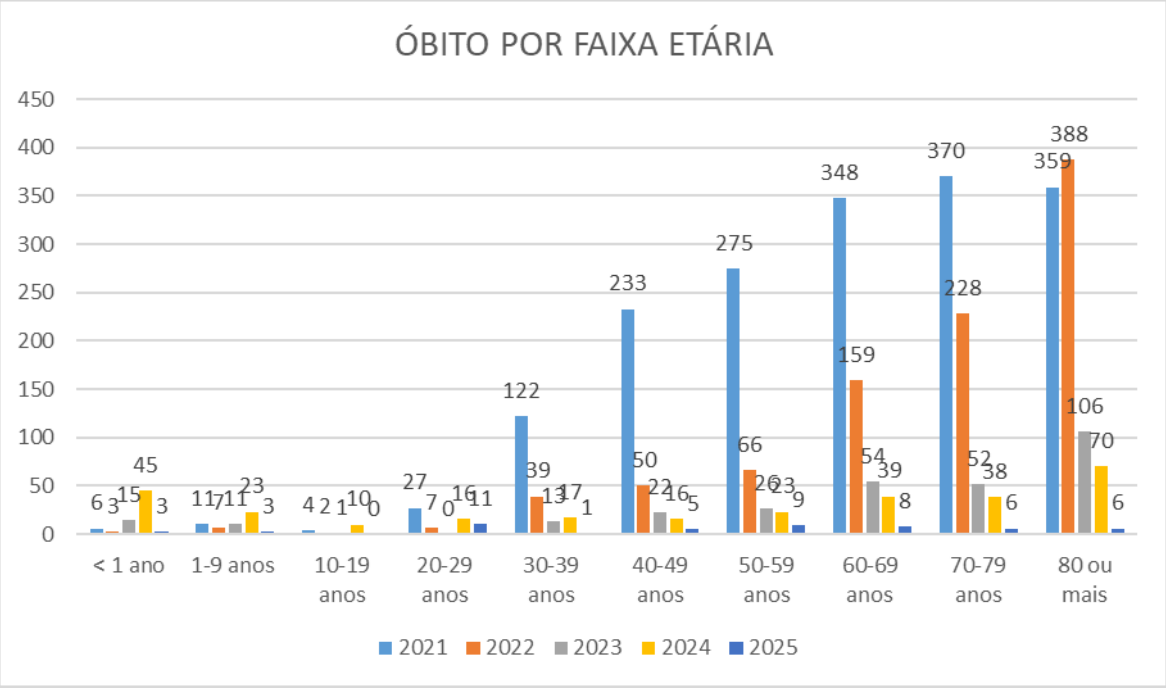
Gráfico 3. Distribuição dos casos confirmados por Covid-19 no município de Campo Grande/MS, por faixa etária – condensado de 2021 a 2025*.



FONTE: SIVEP Gripe, 2025. *Dados extraídos e atualizados até 16-04-2025.

O Gráfico 3 representa os casos confirmados por Covid-19, por faixa etária e ano de ocorrência, verifica-se que a faixa etária mais predominante corresponde a faixa de 40 a 50 anos seguido dos 40 a 49 anos no ano de 2021.

Gráfico 4. Distribuição dos óbitos por Covid-19 no município de Campo Grande/MS, por faixa etária – 2021 a 2025*.



FONTE: SIVEP Gripe, 2025. *Dados extraídos e atualizados até 16-04-2025.

O gráfico 4 representa a distribuição dos óbitos por Covid-19 no município de Campo Grande/MS estratificados por faixa etária nos anos de 2021 a 2022. Ao se analisar a variável faixa etária, observa-se maior acometimento na população acima de 60 anos, o que representa 74,6 % dos casos. O perfil dos pacientes são pacientes idosos com presença de doenças de base ou fatores de risco. Vale enfatizar a análise dos óbitos no contexto geral da pandemia, podendo a variável faixa etária sofrer alterações ao se considerar o recorte de tempo analisado.

Cenário epidemiológico dos Vírus Respiratórios no município de Campo Grande/MS:

Os dados contidos neste documento retratam a série histórica dos vírus respiratórios investigados no município de Campo Grande/MS no período compreendido entre os anos de 2021 a abril de 2025, considerando todos os casos de Síndrome respiratória Aguda Grave (SRAG) por Influenza e por Vírus Sincicial Respiratório (VSR), extraídos do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe), por meio da inserção de formulários padronizados.

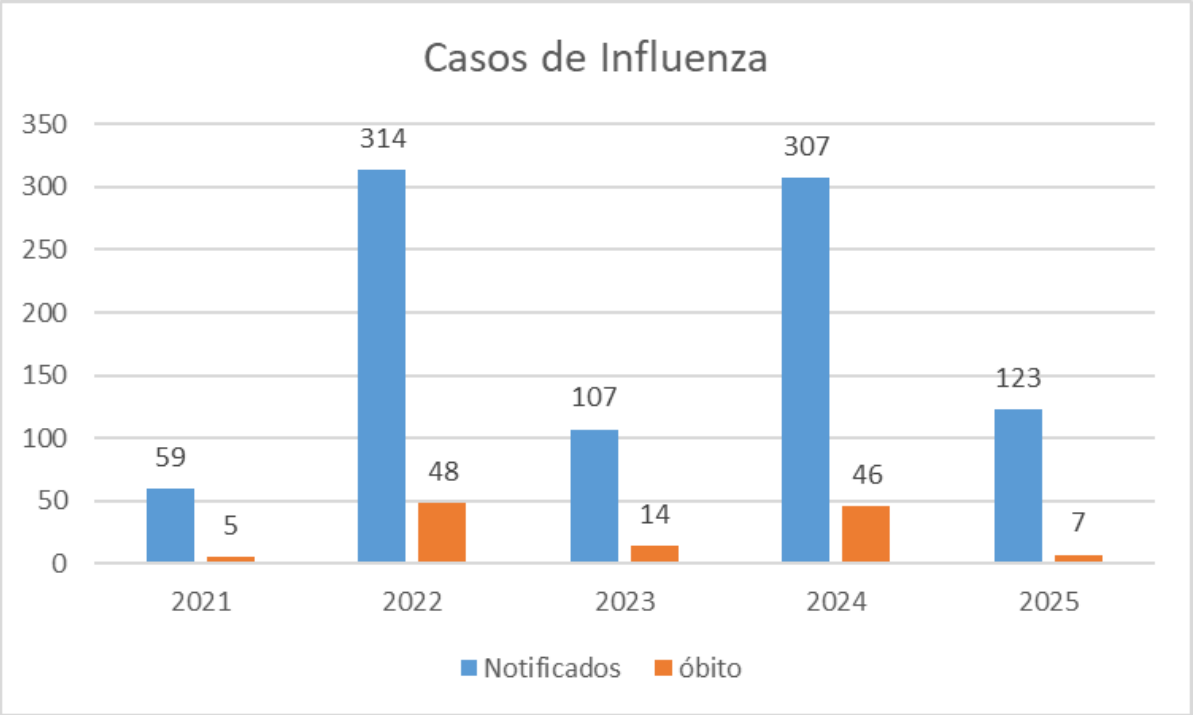
Este monitoramento objetiva identificar e avaliar o comportamento do vírus influenza no intuito de orientar tomada de decisão diante da ocorrência de casos graves de SRAG.

É possível observar no gráfico 5 a progressão dos casos confirmados de influenza de 2021 a 2025, sendo a queda acentuada em 2020 com a entrada e circulação sustentada do vírus Sars-Cov-2, responsável pela pandemia de COVID-19.

Da mesma forma, o número de óbitos por influenza apresentou queda no período pandêmico, os casos de influenza aparecem principalmente no período de sazonalidade (março a junho) no ano de 2022 e 2024 correspondente ao número de óbitos

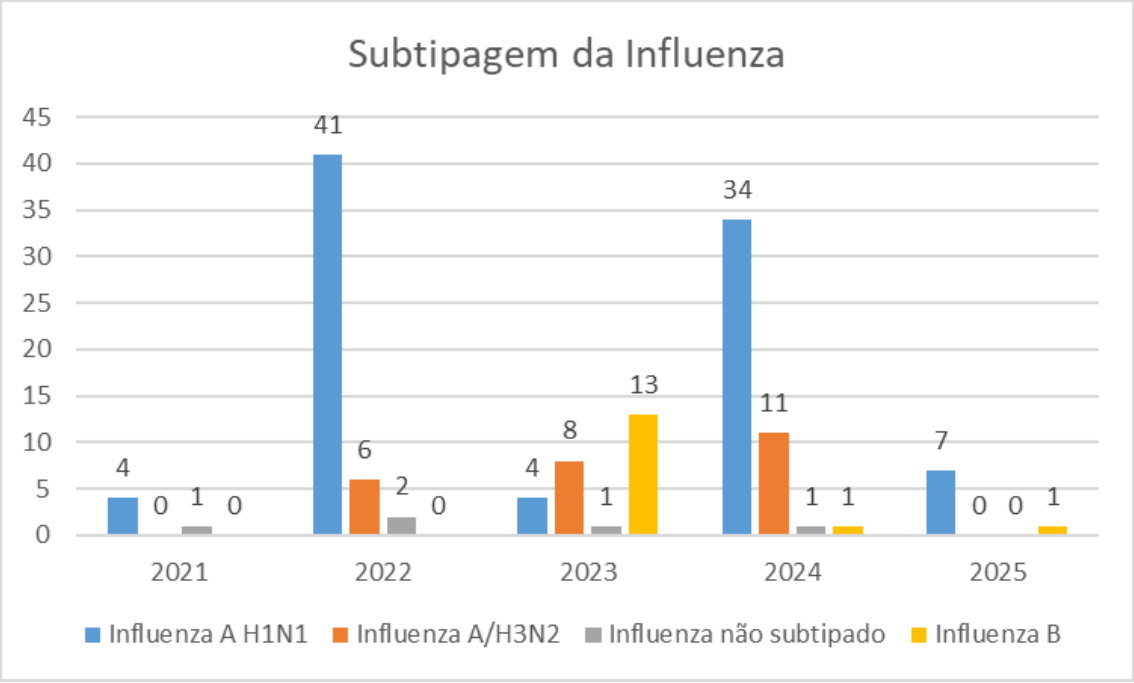
Todos os casos confirmados utilizaram o critério laboratorial, por meio da coleta de *swab* de naso/orofaringe ou aspirado traqueal e processados pelo LACEN/MS, por meio da técnica de biologia molecular (RT PCR).

Gráfico 5. Casos confirmados e óbitos por Influenza segundo ano de ocorrência, Campo Grande - MS, 2021 a 2025*. (N=860;120)



FONTE: SIVEP Gripe, 2025. *Dados extraídos e atualizados até 16-04-2025.

Gráfico 6. Casos confirmados de SRAG por Influenza segundo subtipagem, Campo Grande - MS, 2021 a 2025*. (N = 135)



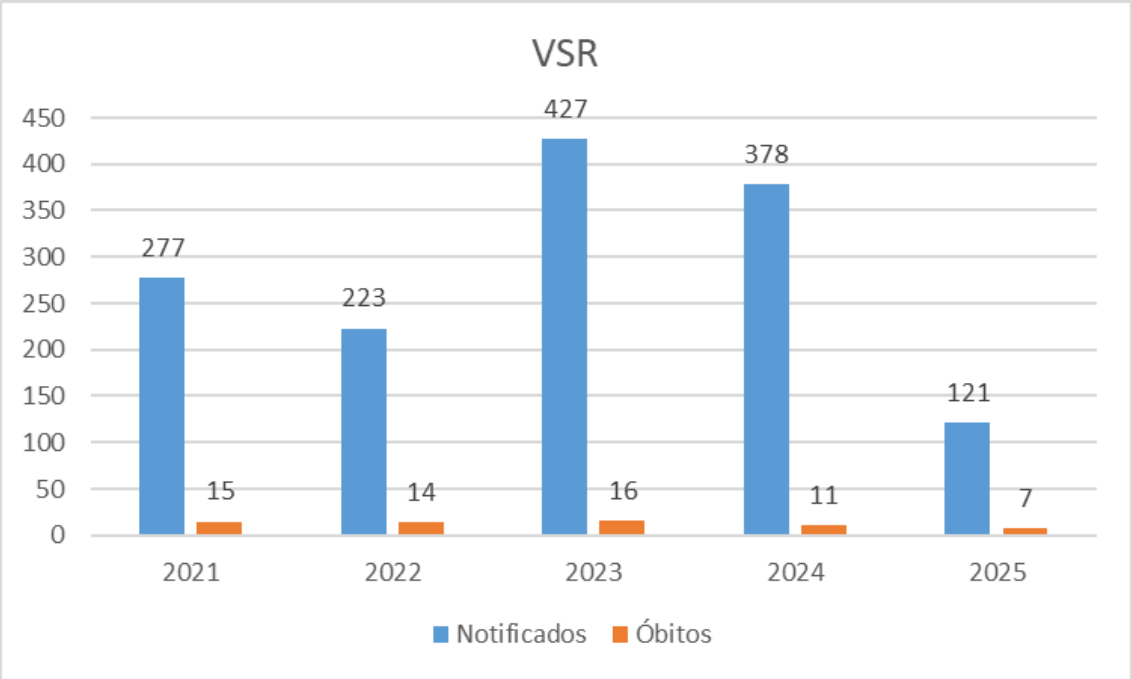
FONTE: SIVEP Gripe, 2025. *Dados extraídos e atualizados até 16-04-2025.

No que se refere à subtipagem do vírus influenza neste período, o gráfico 6 ilustra, nos anos de 2021, 2022, 2024 e 2025, predomínio de influenza A (H1N1) dos casos confirmados respectivamente.

Em relação à Influenza teve ocorrência em sendo identificado em 2023, 2024 e 2025, sendo o segundo maior subtipo identificado. Já em 2025, observa-se tendência dos casos de SRAG, nas unidades sentinelas e laboratórios particulares que fazem o envio mensalmente à área técnica o predomínio é de influenza A (H1N1) que juntamente com (H3N2) circulam de maneira sazonal e infectam humanos causando doenças podendo ser considerados os mais patogênicos, são os responsáveis pelos surtos e epidemias devido seu grande potencial de transmissão.

A vacinação de campanha com os subtipos mais frequentes circulantes acontece todo ano, com foco principal atingir os grupos prioritários e é o maior aliado juntamente com manejo correto dos casos positivos.

Gráfico 7. Casos confirmados e óbitos de SRAG por VSR, Campo Grande - MS, 2021 a 2025*.



FONTE: SIVEP Gripe, 2025. *Dados extraídos e atualizados até 16-04-2025.

No que se refere ao Vírus Sincicial Respiratório (VSR), responsável por infecções graves em crianças, sendo a maior causa da bronquiolite em crianças principalmente em menores de 2 anos, com hospitalizações e, muitas vezes, seguidas de óbito, apresentou aumento progressivo entre os anos de 2023 e 2024, o número de óbitos manteve uma média, até o momento já ocorreram em 7 óbitos, sendo 4 em menores de 1 ano, sendo sinal de alerta,

necessitando de ações imediatas como treinamento de manejo clinico da bronquiolite em pediatria, estratégias do palivizumabe aos indicados pelo protocolo, treinamento de atualização de manejo de casos de vírus respiratórios, bem como outras ações do Plano de Contingência de Influenza e Outros Vírus.

2.6.3.15 Zoonoses

Sobre o serviço laboratorial do CCZ, em 2024 realizou-se 15 análises de areias de parques e escolas do município. Destas, 05 (sete) (33%) encontravam-se positivas. O Serviço realizou 10593 testes rápidos para diagnóstico de LVC e 2414 testes sorológicos. Os testes ELISA tiveram positividade de 13,49% nos exames, considerando o total de 10.593 amostras coletadas.

Para fins de contexto, em 2019 foi realizado o Inquérito Canino Amostral para o Diagnóstico de Leishmaniose Visceral Canina, ação necessária em áreas de transmissão moderada e intensa, quando não há possibilidade de realização de inquérito sorológico censitário, tendo como objetivo identificar áreas prioritárias a serem trabalhadas. As prevalências por Regiões Urbanas (RU) são as seguintes: RU Anhanduizinho 26,38%, RU Centro 16,21%, RU Lagoa 25,98%, RU Imbirussu 22,11%, RU Segredo 23,38%, RU Prosa 22,80%, RU bandeira 27,28%. Constatou-se a prevalência da Leishmaniose Visceral Canina no município de Campo Grande de 23,40%. O manejo ambiental foi realizado nos domicílios nos bairros cujas prevalências foram mais altas. Em 2025 ocorrerá o próximo inquérito amostral, a fim de atualizar os índices de animais sororreagentes.

No que se refere à Vigilância da Raiva e controle de população animal, a CCZ castrou em 2024 1.684 cães e 3.117 gatos. Para reforçar a guarda responsável, em 2024 foram microchipados 4.340 animais.

Ainda sobre controle animal, foram 5.566 visitas domiciliares referentes a animais agressores, e 3.237 denúncias apuradas in loco, referentes a maus tratos, guarda responsável e animais suspeitos de zoonoses.

Finalizou-se a Campanha Antirrábica Animal com 115.205 cães e 43.787 gatos vacinados e um total de 302.010 imóveis visitados. Na zona rural do município, a campanha ocorreu em 2023 com 4.282 cães e 1.134 gatos vacinados.

Continuando sobre a vigilância da raiva, realizou-se a captura de 577 morcegos suspeitos de raiva na capital, posteriormente encaminhados para análise, e coleta de material encefálico em 55 cães e 22 gatos suspeitos de raiva do município. Foram recolhidos 5.936 cães e 926 gatos doentes ou suspeitos de zoonoses, e apreendidos 41 animais de grande porte soltos em via pública.

O Serviço de Controle de Roedores e Animais Sinantópicos realizou rotineiramente, atendimento de 1.653 imóveis efetuando controle químico para as diferentes pragas urbanas e 2.010 vistorias com orientação ambiental e 2.087 orientações em casos de acidente por animais peçonhentos. Sabendo que a educação em saúde é fundamental para prevenir acidentes, em 2024 realizamos 5.155 orientações referentes ao tema.

Como parte do programa de controle de pragas e animais sinantrópicos do município, a Secretaria Municipal de Saúde realiza anualmente a desratização em vias públicas, colocando iscas parafinadas em bueiros, galerias de esgotos e redes pluviais, fazendo assim o controle da população murina em áreas públicas e terrenos, contribuindo para o controle da leptospirose nos imóveis e da cidade, ação realizada nos meses de maio e setembro. No último ano, 5.568 bueiros da rede de esgoto foram desratizados.

A educação em saúde de forma humanitária é com certeza um dos principais pilares no controle de zoonoses, agravos à saúde transmitidos por animais e manejo populacional de cães e gatos. As atividades junto à população, especialmente das crianças, fazem parte da rotina de nossa unidade. Em 2024 foram 12 capacitações ofertadas aos servidores do Órgão, com o intuito de estimular a busca por atualização e melhorias para a saúde única.

No ano de 2024 participamos de 40 eventos, levando orientações, teatros e brincadeiras educativas; vacinação antirrábica em cães e gatos, diagnóstico para leishmaniose visceral canina e cadastro para castração de cães.

É cada vez mais frequente as ações do Centro de Controle de Zoonoses em diligências da Delegacia Especializada de Repressão aos Crimes Ambientais e de Atendimento ao Turista (DECAT) e demais autarquias, sejam elas para averiguar situações de maus tratos ou em transtornos de acumulação de objetos e/ou animais. No ano de 2024 as ações conjuntas resultaram na emissão de 34 Relatórios de Vistoria. Tais atividades e parcerias promovem o trabalho multiprofissional e intersetorial.

2.6.3.16 Vigilância Sanitária e Ambiental

A Vigilância Sanitária do município de Campo Grande - MS possui 28.700 estabelecimentos cadastrados no seu sistema interno (fonte: Banco de dados sistema SOSWEB em 15/04/2025).

Para os estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, categorizados em quatro grandes grupos — alimentos, medicamentos, estabelecimentos de saúde e estabelecimentos de interesse à saúde — estão previstas ações fiscalizatórias sistematizadas, compreendendo a concessão e renovação do Licenciamento Sanitário, o monitoramento contínuo das Boas Práticas aplicáveis a cada setor, a apuração de denúncias e demandas espontâneas, bem

como a realização de coletas oficiais e apreensões de amostras para fins de análise laboratorial e controle de qualidade.

De acordo com a Lei Municipal nº 148, de 23 de dezembro de 2009, que institui o Código Sanitário Municipal, o licenciamento de estabelecimentos industriais ou comerciais que desenvolvem atividades sujeitas à vigilância sanitária está condicionado ao cumprimento das exigências técnicas e sanitárias estabelecidas em regulamento específico. Tais exigências incluem, entre outros aspectos, a presença efetiva de responsáveis técnicos legalmente habilitados nos respectivos setores de atuação.

O artigo 109 da referida legislação determina que todo estabelecimento que desenvolva qualquer atividade relacionada à esse Código deve, previamente ao início de suas atividades, apresentar à autoridade sanitária competente declaração formal de conformidade com a legislação sanitária vigente, contemplando instalações, equipamentos e recursos humanos, para fins de cadastramento e obtenção da licença sanitária de funcionamento. Os prazos para validade e renovação da licença estão estabelecidos nos parágrafos seguintes do mesmo artigo: § 1º A licença sanitária terá validade de 1 (um) ano, devendo ser revalidada por períodos iguais e sucessivos e § 2º A revalidação deverá ser solicitada pelo responsável legal do estabelecimento no prazo de até 60 (sessenta) dias antes do vencimento da licença, estando sua concessão condicionada ao cumprimento integral dos requisitos sanitários vigentes, a serem verificados por meio de inspeção realizada pela autoridade sanitária municipal.

A partir da publicação da Resolução SESAU nº 584, de 11 de fevereiro de 2021, que disciplina o procedimento de licenciamento sanitário de empresas e/ou estabelecimentos de interesse à saúde, bem como de eventos e veículos vinculados à área da saúde no âmbito do município de Campo Grande-MS, a Vigilância Sanitária passou a priorizar as atividades classificadas como de alto risco sanitário. Essa priorização fundamenta-se na maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos que possam comprometer a saúde pública, considerando-se o potencial de produtos, processos, serviços ou ambientes causarem agravos à saúde, seja de forma direta ou indireta.

Além das ações regulares, a Vigilância Sanitária realiza serviços prioritários em função do risco envolvido, como o atendimento de denúncias e de solicitações oriundas de órgãos institucionais e parceiros, tais como o Ministério Público, o Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON), a Delegacia de Polícia de Defesa do Consumidor (DECON), a Delegacia Especializada de Repressão aos Crimes Ambientais e de Atendimento ao Turista (DECAT), Defensoria Pública e Conselhos de Classe. Essas demandas conjuntas fortalecem a instituição da VISA e levam à população a redução de ocorrência de danos, principalmente à saúde.

Destaca-se, ainda, a relevância das parcerias interinstitucionais no âmbito da Prefeitura Municipal de Campo Grande (PMCG), especialmente com outras Secretarias Municipais, como forma de fomentar o empreendedorismo local de maneira sustentável. Essas articulações têm como objetivo promover ações integradas de orientação técnica e apoio aos empreendedores, de modo a garantir que novas empresas iniciem suas atividades observando os requisitos legais e avancem no processo de regularização sanitária desde a fase inicial de funcionamento. Tais parcerias contribuem significativamente para a desburocratização responsável, a melhoria do ambiente de negócios e a proteção da saúde pública, ao mesmo tempo em que fortalecem a cultura da conformidade e do cumprimento das normas sanitárias no município.

Para a efetiva otimização das ações de fiscalização sanitária, é imprescindível a existência e manutenção de um sistema informatizado, capaz de registrar todas as atividades executadas pela Vigilância Sanitária, permitir a emissão de relatórios gerenciais e operacionais, e ser constantemente atualizado, considerando a natureza dinâmica e multidisciplinar da atividade.

Desde 2013, a Vigilância Sanitária do Município de Campo Grande-MS utiliza o Sistema Organizacional da Saúde – SOSWEB, que dispõe de um módulo específico para a Vigilância Sanitária, desenvolvido e mantido pela Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação (AGETEC). No entanto, o referido módulo atualmente contempla apenas o cadastramento de empresas e a emissão da licença sanitária, não abrangendo funcionalidades mais amplas e estratégicas para a gestão das ações sanitárias. Dessa forma, torna-se necessária a ampliação e a modernização contínua do sistema, com o desenvolvimento de novos módulos, incluindo acesso externo online voltado à população e aos estabelecimentos regulados, para consultas de documentos como a Licença Sanitária vigente, assim como versão Mobile para acesso remoto via celulares. Outra necessidade é a disponibilização de informações em tempo real, com acesso amplo e remoto, que permitirá maior agilidade na tomada de decisão, maior transparência nos processos e maior controle sobre os dados gerados, qualificando o planejamento e a execução das ações da Vigilância Sanitária. Um sistema mais avançado fornecerá subsídios técnicos tanto para a equipe de campo quanto para os gestores, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços prestados à população e para o fortalecimento das políticas públicas de saúde.

O atendimento das metas elencadas é de grande importância para a saúde pública, sendo que as ações de fiscalização sanitárias possuem previsão orçamentária de Recursos Federais procedentes da Portaria nº 1378/GM/MS, de 09/07/2013, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31/03/2014 - Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde; Portaria nº 3.086/2013; do Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVISA e dos repasses da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul.

Para finalizar, a equipe de VISA conta atualmente com 52 auditores, 24 pessoas no corpo administrativo, sendo o corpo de fiscalização constituído pelas profissões de Farmacêuticos, Biólogos, Médicos Veterinários, Advogados, Arquitetos, Fisioterapeutas, Enfermeiros, Odontólogos, Nutricionistas, Físicos, Engenheiros de Segurança do Trabalho. Foram realizadas nos últimos 4 anos, uma média de 82.332 inspeções e reinspeções, 867 emissões de Auto de infrações, 193 apreensões, 76 interdições totais ou parciais e análises de Projeto Arquitetônico Básico. Na área de educação foi ministrado o Cursos de Higiene e Manipulação de Alimentos para 88 turmas de 2021 a 2024 e realizado 121 ações educativas, sendo elas distribuídas em ações educativas em escolas, comunidades e para o setor regulado, bem como treinamentos para equipes da VISA, cursos de professores multiplicadores e eventos comemorativos relativos à prevenção e promoção da saúde pela VISA.

A Coordenadoria de Vigilância de Saúde Ambiental (CVSA) atende às denúncias relacionadas às questões ambientais (manutenção de locais com água parada, descarte de água servida em vias públicas, destinação inadequada de resíduos perigosos, acúmulo de materiais inservíveis em estabelecimentos, imóveis e terrenos baldios, entre outros), que são encaminhadas pela Ouvidoria SUS, MPE, DECAT, SEMADUR e outros órgãos e secretarias. A maior dificuldade encontrada para resolução das demandas é o tempo despendido em localizar os proprietários de imóveis abandonados e terrenos baldios para que possam ser notificados. A CVSA realiza fiscalizações e inspeções sanitárias visando o licenciamento sanitário dos estabelecimentos de interesse da Vigilância de Saúde Ambiental e emite o Certificado de Autorização para Fornecimento e/ou Uso de Sistemas e Soluções de Abastecimento de Água, em locais abastecidos por soluções alternativas coletivas (poço).

Estão em elaboração o PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA DESASTRES PROVOCADAS POR CHUVAS INTENSAS NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS e o PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA DESASTRES PROVOCADAS POR SECA, ESTIAGEM E INCÊNDIOS FLORESTAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS.

2.7 Emergência em Saúde Pública

Emergência em saúde pública caracteriza-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surtos e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população.

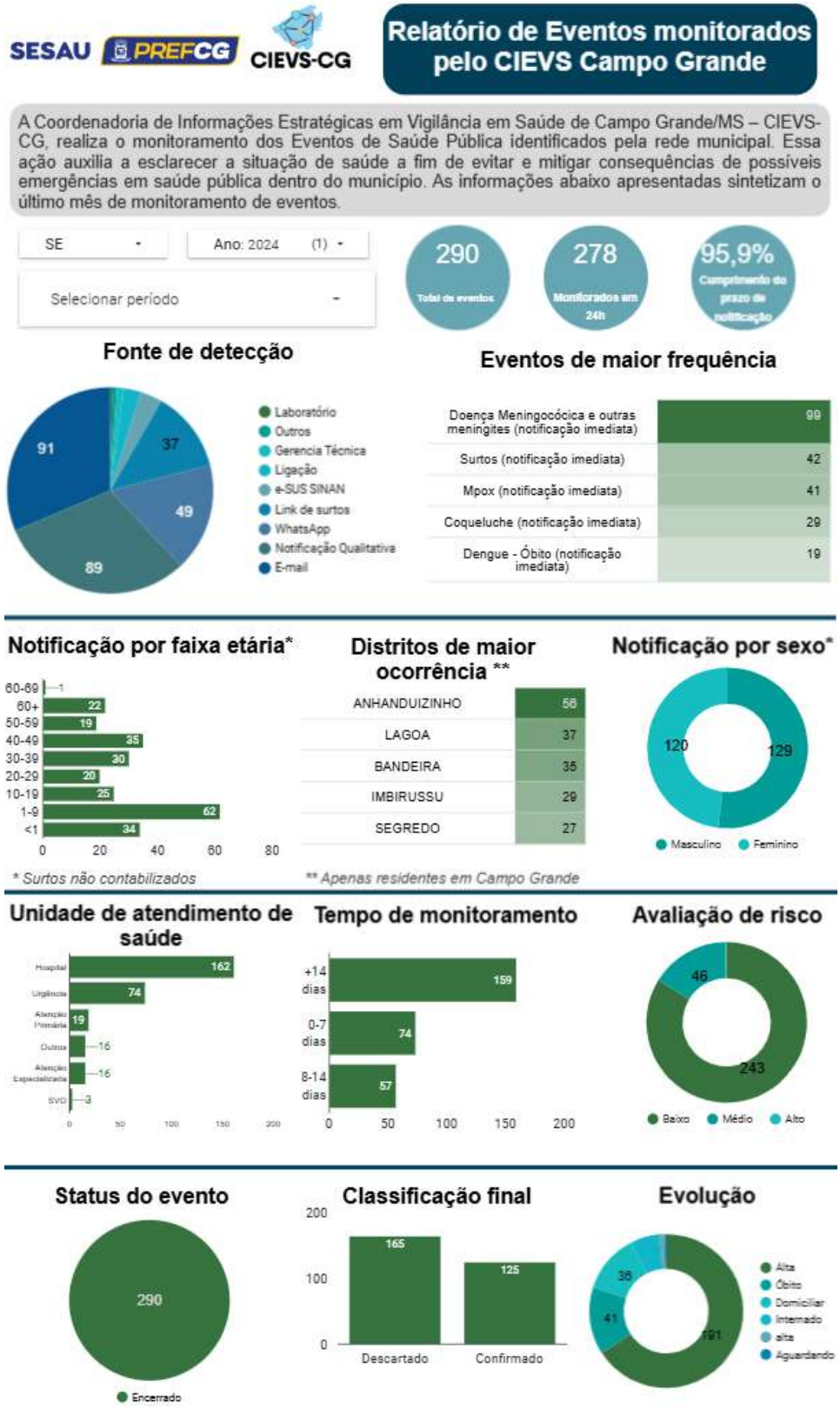
A Coordenadoria de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS-CG) está acessível 24 horas por dia, todos os dias do ano, para responder às possíveis emergências em saúde pública e pode ser acionada por profissionais de saúde por meio do telefone (67)98405-8689 e pelo e-mail cievscg.plantao@gmail.com. Para recebimento das notificações de emergências epidemiológicas, a coordenadoria possui equipes de plantão

diurno e noturno com profissionais capacitados para atendimento e desencadeamento das respostas necessárias. A CIEVS Campo Grande compõe a *Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública - Rede CIEVS*, que atualmente conta com 190 centros ativos em todo o Brasil.

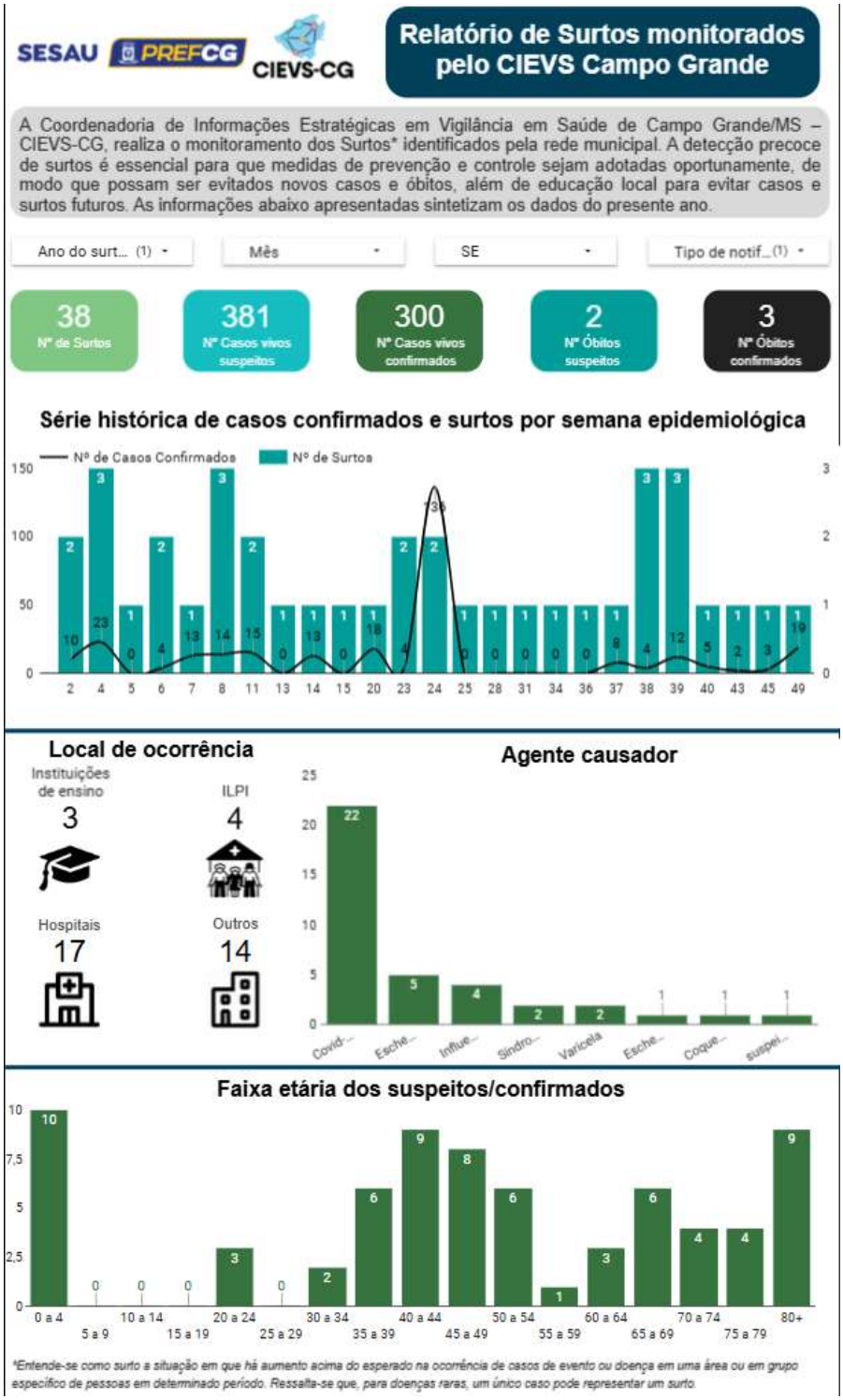
No processo de detecção de rumores e monitoramento de eventos relacionados a saúde pública de Campo Grande, a CIEVS-CG, de 2021 a 2024:

- Recebeu 3.390 ligações
- Recebeu 19.623 e-mails
- Recebeu 17.698 mensagens de WhatsApp
- Detectou 805.284 rumores
- Avaliou 8.926 rumores
- Monitorou 4.320 eventos
- Emitiu 149 informes
- Realizou 156 capacitações
- Emitiu 117 alertas epidemiológicos
- Realizou 2.803 publicações
- Monitorou 91 surtos
- Emitiu 14 boletins

Relatório de Eventos monitorados pela CIEVS Campo Grande no ano de 2024. Campo Grande-MS.



Relatório de Surtos monitorados pela CIEVS Campo Grande no ano de 2024. Campo Grande-MS



2.8 FLUXOS DE ACESSO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é por definição o primeiro acesso do paciente dentro de uma rede de assistência. Além de dar resposta à maioria dos agravos mais prevalentes na população que assiste, atua como aquele que ordena o acesso para os demais pontos de atenção.

Dentro da rede municipal de saúde as Unidades de Saúde da Família (USF) se encontram distribuídas nos diversos bairros e regiões da cidade, fazendo-se especialmente presente nas áreas mais periféricas e vulneráveis. O trânsito dos pacientes da APS para outros níveis de atenção da rede se dá através de dois sistemas de regulação: os casos de urgência que se destinem a UPA e hospitais são regulados via Central de Regulação do SAMU; os casos destinados à atenção especializada são inseridos e regulados através do sistema SISREG, abrangendo consultas, procedimentos e exames diagnósticos.

Apesar da existência de formulários de contra referência, atualmente não é prática comum o retorno do paciente dos atendimentos de nível secundário e terciário com dados qualificados para continuidade e coordenação do cuidado na atenção primária, sendo um dos desafios para a gestão.

Fluxograma 1. Fluxograma de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde, 2021.



Fonte: Superintendência da Rede de Atenção à Saúde – SRAS/SESAU- Campo Grande/MS, 2025.

Em relação aos serviços especializados**,** estes são ofertadas tanto pela rede própria quanto pela rede complementar.

O acesso inicia-se pela Rede de Atenção Primária, por meio da consulta médica e/ou equipe multiprofissional, onde o profissional irá avaliar a necessidade do usuário de forma integral e solicitará exames complementares em consonância com os protocolos de acesso para cada especialidade para posterior inserção deste encaminhamento no Sistema de Regulação (SISREG).

Todas solicitações oriundas das unidades de Atenção Primária devem seguir o protocolo de acesso vigente para cada especialidade.

O tempo entre a inserção do paciente no sistema de regulação até o seu efetivo atendimento depende do caso clínico, avaliado pelo médico regulador conforme classificação de risco, especificidade de cada serviço e cronologia.

Tendo em vista que o atendimento integral ao paciente é uma das diretrizes do SUS e que este deve ser ofertado mediante uma porta de entrada SUS, o encaminhamento para o nível secundário só deverá ocorrer quando os recursos existentes na Atenção Primária tenham sido exauridos e que já não atendam à necessidade do usuário e/ou a patologia apresentada.

Os agendamentos para o Centro Especializado Municipal – CEM são disponibilizados através do SISREG, exceto os atendimentos no Serviço de Referência em Lesões Periféricas (SERELEPE) e o Serviço de Referência em Diabetes (SEREDI), sendo estes disponibilizados por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência.

Os agendamentos para o Centro de Atendimento à Mulher – CEAM são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade, exceto o atendimento de psicologia e nutrição, sendo estes disponibilizados por agendamento local com encaminhamento apenas do CEAM.

O Centro Ortopédico Municipal – CENORT oferta atendimentos na modalidade ambulatorial e de urgência. A nível ambulatorial, os agendamentos são disponibilizados através do SISREG conforme protocolo de acesso, exceto os curativos ortopédicos que são disponibilizados por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência. A nível de urgência são ofertados pelo sistema CORE (sistema de regulação hospitalar).

Os agendamentos de exames especializados ofertados pelo Centro de Apoio e Diagnóstico Municipal – CADIM são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade. O CADIM oferta exames de Raio-X de urgência ortopédica exclusivamente aos usuários referenciados pelo CENORT.

Os agendamentos para o Centro de Doenças Infectoparasitárias – CEDIP são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade, exceto Ginecologia e Nutrição sendo estes disponibilizados por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência no sistema HYGIA.

O CEDIP/Hospital Dia é uma unidade de referência em tratamento de Doenças Infecto Parasitárias (DIP), onde são realizadas as internações hospitalares (dia) e atendimento médico às urgências/emergências em DIP. O acesso ao Hospital Dia se dá por demanda espontânea, tendo capacidade instalada de 14 leitos hospitalares, sendo seis leitos femininos, seis leitos masculinos e dois leitos em sala de emergência/isolamento. Nos atendimentos de urgência/emergência, se a complexidade do caso extrapolar o tempo de internação e nível de complexidade, o Hospital Dia encaminha o paciente para unidade hospitalar pelo sistema CORE.

Os agendamentos para o Centro de Referência à Saúde do Homem – CRSH são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade.

Os agendamentos para a Unidade Especializada em Reabilitação e Diagnóstico – UERD são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade, exceto reabilitação motora por Profissional de Educação Física sendo este disponibilizado por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência no sistema HYGIA.

Os agendamentos para o Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade, exceto Clínica Geral IST/PREP/PEP/TARV, sendo este disponibilizado por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência, e Testes Rápidos e PEP que são disponibilizados por demanda espontânea.

Os agendamentos para o Centro de Especialidades Infantil – CEI são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade, exceto o Programa de Atendimento Multiprofissional para a Prevenção da Obesidade Infantil – PAMPOI, o Serviço de Referência a Diabetes – SEREDI KIDS e a Confecção de Óculos sendo estes disponibilizados por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência.

Em relação aos atendimentos odontológicos, os usuários deverão ser acolhidos e atendidos por profissionais da Atenção Primária (coordenadora e ordenadora do cuidado). Após o primeiro atendimento nas Unidades de Saúde da Atenção Primária, quando necessário, os pacientes poderão ser encaminhados para tratamento odontológico especializado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) via Sistema de Regulação – SISREG. Pacientes com necessidade de cuidados em nível

hospitalar e/ou atendimento com sedação podem ser encaminhados pelos profissionais dos CEO, também através do SISREG.

Pacientes que acessarem a rede pelas Unidades de Urgência (Unidades de Pronto Atendimento - UPA e Centro Regionais de Saúde - CRS), para tratamento odontológico devem ser acolhidos e atendidos em sua queixa, posteriormente devem ser referenciados para continuidade do cuidado na APS. Caso seja necessário encaminhamento para atendimento hospitalar de urgência, o mesmo deverá ser feito via Sistema de Regulação Hospitalar/CORE.

Figura 1. Fluxograma de acesso à saúde bucal, 2025.



Fonte: Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica – CRAO, 2025.

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece atendimento especializado em saúde mental para pessoas com transtornos psíquicos moderado, graves, severos e persistentes ou que enfrentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas regulamentado pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O acesso à atenção psicossocial, de pacientes em sofrimento mental ocorre pela Atenção Primária à Saúde (APS), pelas Unidades de Pronto Atendimentos (UPA), Centro Regionais de Saúde (CRS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), todos por demanda espontânea.

Em relação aos serviços especializados, estes são ofertados tanto pela rede própria quanto pela rede complementar. O acesso inicia-se na Rede de Atenção Primária, por meio da consulta médica e/ou da equipe multiprofissional, onde o profissional realiza uma avaliação integral das necessidades do usuário. Caso necessário, serão solicitados exames complementares em conformidade com os protocolos de acesso de cada especialidade, e o encaminhamento será inserido no Sistema de Regulação (SISREG).

Todas as solicitações provenientes das unidades de Atenção Primária devem seguir o protocolo de acesso vigente para cada especialidade. O tempo entre a inserção do paciente no sistema de regulação até o seu efetivo atendimento depende do caso clínico, sendo avaliado pelo médico regulador conforme a classificação de risco, a especificidade de cada serviço e a cronologia de atendimentos.

Considerando que o atendimento integral ao paciente é uma das diretrizes do SUS e deve ser realizado por meio de uma porta de entrada SUS, o encaminhamento para o nível secundário só ocorrerá quando os recursos da Atenção Primária forem insuficientes para atender à necessidade do usuário ou à patologia apresentada.

Os agendamentos para as 8 unidades dessa coordenadoria são, de maneira geral, realizados por meio do SISREG (Sistema de Regulação Ambulatorial), conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade. No entanto, existem algumas especificidades que devem ser observadas no acesso e agendamento para determinados serviços:

- ✓ No Centro Especializado Municipal (CEM), os atendimentos nos serviços de Referência em Lesões Periféricas (SERELEPE) e Referência em Diabetes (SEREDI) são realizados por agendamento local, com encaminhamento da unidade de referência.
- ✓ No Centro Especializado Municipal II (CEM II), os agendamentos para atendimentos de psicologia e nutrição são realizados por agendamento local, com encaminhamento específico do CEM II. Além disso, o Serviço de Referência a Diabetes (SEREDI KIDS) também é agendado localmente, com encaminhamento da unidade de referência.
- ✓ O Centro Ortopédico Municipal (CENORT) oferece atendimento de urgência ortopédica a pacientes vítimas de trauma leve ou moderado, atendidos em unidades da rede municipal de saúde (UPA/CRS/UBS/UBSF), sendo encaminhados através de regulação efetuada pelo CORE – Complexo Estadual de Regulação, respeitando o protocolo vigente. Após esse atendimento, o CENORT garante a reavaliação dos pacientes com agendamento por meio de uma agenda interna.

- ✓ O Centro de Apoio e Diagnóstico Municipal (CADIM) oferece exames de Raio-X de urgência ortopédica por demanda espontânea, exclusivamente para usuários referenciados pelo CENORT.
- ✓ No Centro de Doenças Infectoparasitárias (CEDIP), os agendamentos para a modalidade Serviço de Atenção Especializada (SAE) em psicologia são realizados localmente, via e-SUS-pec, e os exames preventivos são agendados localmente com encaminhamento da unidade de referência no sistema HYGIA. O CEDIP/Hospital Dia realiza atendimentos médicos às urgências/emergências em Doenças Infecto Parasitárias (DIP), com acesso por demanda espontânea e capacidade instalada de 14 leitos hospitalares. Caso a complexidade do caso ultrapasse o tempo de internação e o nível de complexidade, o paciente será encaminhado para unidade hospitalar pelo sistema CORE.
- ✓ No Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), os agendamentos para Clínica Geral IST/PREP/PEP/TARV são feitos localmente, com encaminhamento da unidade de referência. Já os Testes Rápidos e o PEP estão disponíveis por demanda espontânea.

Essas especificidades garantem que o acesso aos serviços especializados seja realizado conforme as necessidades clínicas dos pacientes e a organização dos fluxos de atendimento nas unidades de saúde.

Nas unidades de urgência emergência, o paciente inicia o processo de atendimento com o acolhimento e classificação de risco, que tem como objetivo priorizar o atendimento, mediante avaliação de sinais e sintomas, conforme Protocolo de Classificação de Risco vigente. O objetivo é prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

O tempo entre a inclusão do paciente no Sistema de Regulação, até a remoção do paciente depende do caso clínico, avaliado pelo Médico Regulador, conforme estabelecido pelo Protocolo de Regulação.

Figura 3. Atendimento nas Unidades de Urgência e Emergência, 2025.



Fonte: Coordenadoria da Rede de Atenção às Urgências e Emergências - CRAUE/SESAU – Campo Grande –MS, 2025.

Em situações de urgência ocorridas em ambientes domiciliares, vias públicas, comércios, escolas, dentre outros, denominado ambiente pré-hospitalar, o acionamento do SAMU é realizado através do telefone 192, onde o solicitante é atendido por um médico regulador e responde às perguntas a fim de fornecer informações quanto ao fato. Este médico avalia a situação descrita, e com base em protocolos, orienta e define a necessidade ou não de envio de recursos móveis para o atendimento no local da ocorrência, que são as unidades de suporte básico e avançado de vida. Após este primeiro atendimento, o SAMU, através do médico regulador, define o melhor destino para o tratamento do paciente e a equipe da ambulância remove o mesmo até a destinação final.

Nas UPA e o conjunto de serviços de urgência 24h, quando esgotadas as possibilidades de resolução do problema de saúde do usuário, os médicos assistentes solicitam a transferência para o componente hospitalar através Gerencia de Regulação Hospitalar (GRH). Se houver necessidade de remoção do paciente através de ambulância e equipe específica, o médico da unidade 24 horas, após obter a autorização e senha do destino pela Gerencia de Regulação Hospitalar, solicita o transporte ao SAMU-192.

Do componente Atenção Domiciliar

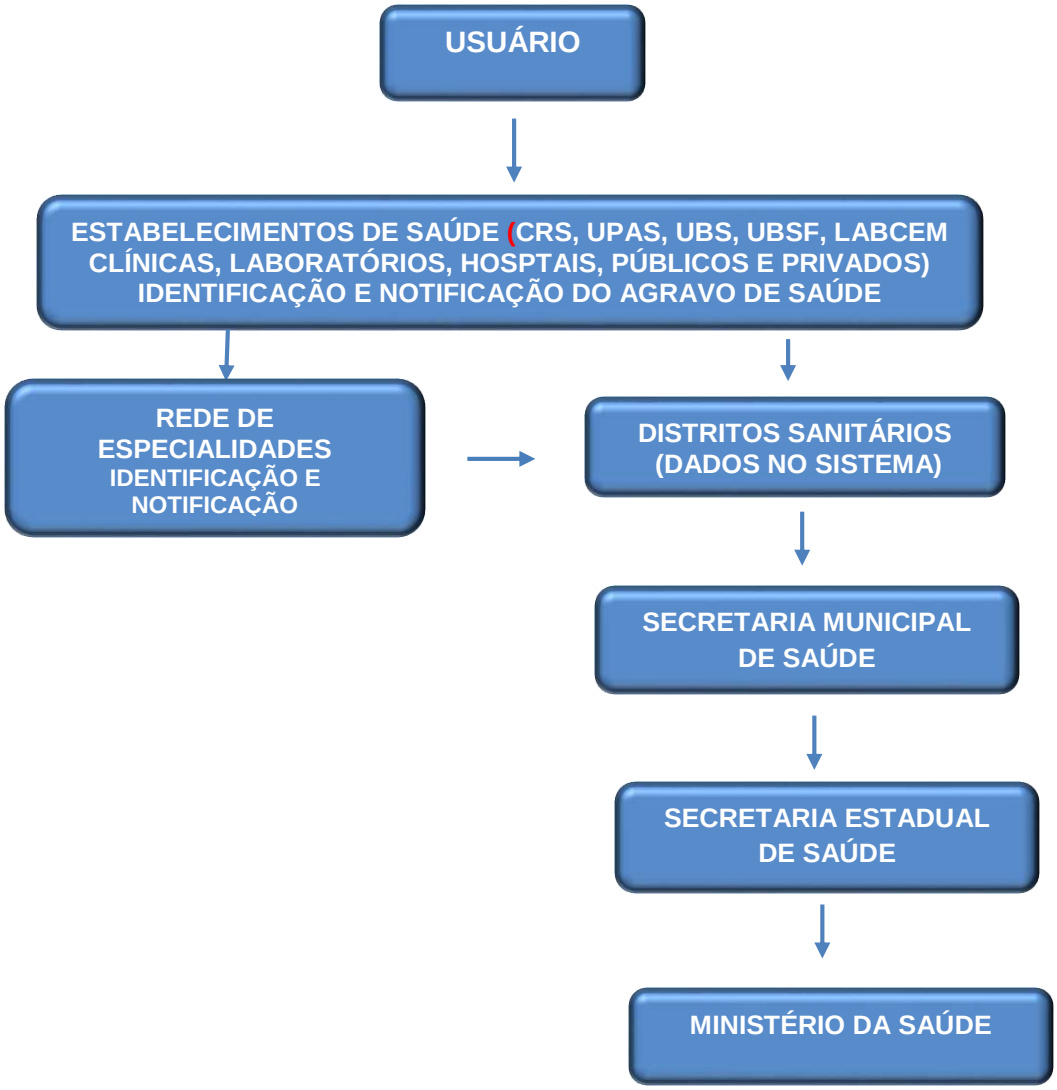
O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pode ser solicitado com o preenchimento da ficha de solicitação de avaliação de elegibilidade e enviado via e-mail para o serviço. Todos os serviços da Atenção Primária, Atenção secundária e Atenção Terciária possuem a ficha de solicitação e podem requerer uma avaliação do SAD.

A captação de pacientes ocorre também via busca ativa nas UPAs/CRSs e hospitais do município. O próprio paciente, familiar e/ou cuidador responsável pode solicitar a avaliação do SAD via Protocolo na SESAU.

Uma vez enviada a solicitação pelo e-mail, a assistente social realiza uma avaliação social do paciente e confere se este não possui requisitos de inelegibilidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), em seguida a profissional encaminha a solicitação para que a EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) de referência desse paciente realize a avaliação domiciliar. Nesta avaliação é utilizado um instrumento desenvolvido pelo MS que orientam a classificação do paciente em AD1, AD2 e AD3 (o nível de atenção domiciliar que ele necessita). O paciente AD1 tem seu cuidado principal sob responsabilidade da Atenção primária, não sendo esse absorvido pelo SAD. O paciente AD2 e AD3 é um paciente de cuidado complexo especializado, sendo então elegível para o SAD.

Os pacientes avaliados que são classificados como AD1 e os pacientes que recebem alta por melhora clínica, ambos são encaminhados para a Unidade de referência e realizado o matriciamento para a continuidade do cuidado.

Fluxograma 3. Fluxograma de informação de Vigilância em Saúde, 2025.



Fonte: SVS/CVE/SESAU/2025.

O fluxo de Informações de Vigilância em Saúde, dos agravos relacionados à vigilância epidemiológica, deve ser trabalhado em conjunto com todas as unidades de saúde nos três níveis de atenção, e tem início pelas portas de entrada do SUS com o atendimento do usuário na Atenção Primária e de acordo com a complexidade do serviço na rede de especialidades: urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

Na unidade de saúde é realizada a identificação do agravo e, após a suspeita ou confirmação laboratorial, a mesma notifica as doenças que necessitam de controle e investigação, segundo normas e procedimentos estabelecidos pelas Portarias de consolidação nº 4 e 5 de 2017.

As fichas de notificação são recolhidas pelos Distritos Sanitários: Segredo, Prosa, Anhanduizinho, Bandeira, Imbirussu e Lagoa, de acordo com as unidades sob sua responsabilidade, estas inserem os dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e realizam o monitoramento dos casos.

Posteriormente, as notificações são encaminhadas dos Distritos Sanitários para ao setor de Vigilância Epidemiológica por meio físico e eletrônico.

Cada agravo possui uma metodologia específica (protocolo e fluxo) adotada para construção do perfil epidemiológico das doenças que são objeto de monitoramento e controle por parte de vigilância epidemiológica, e de estabelecer um fluxo de notificação rápida, para servir de base para tomada de decisões e implementação de ações de controle e prevenção.

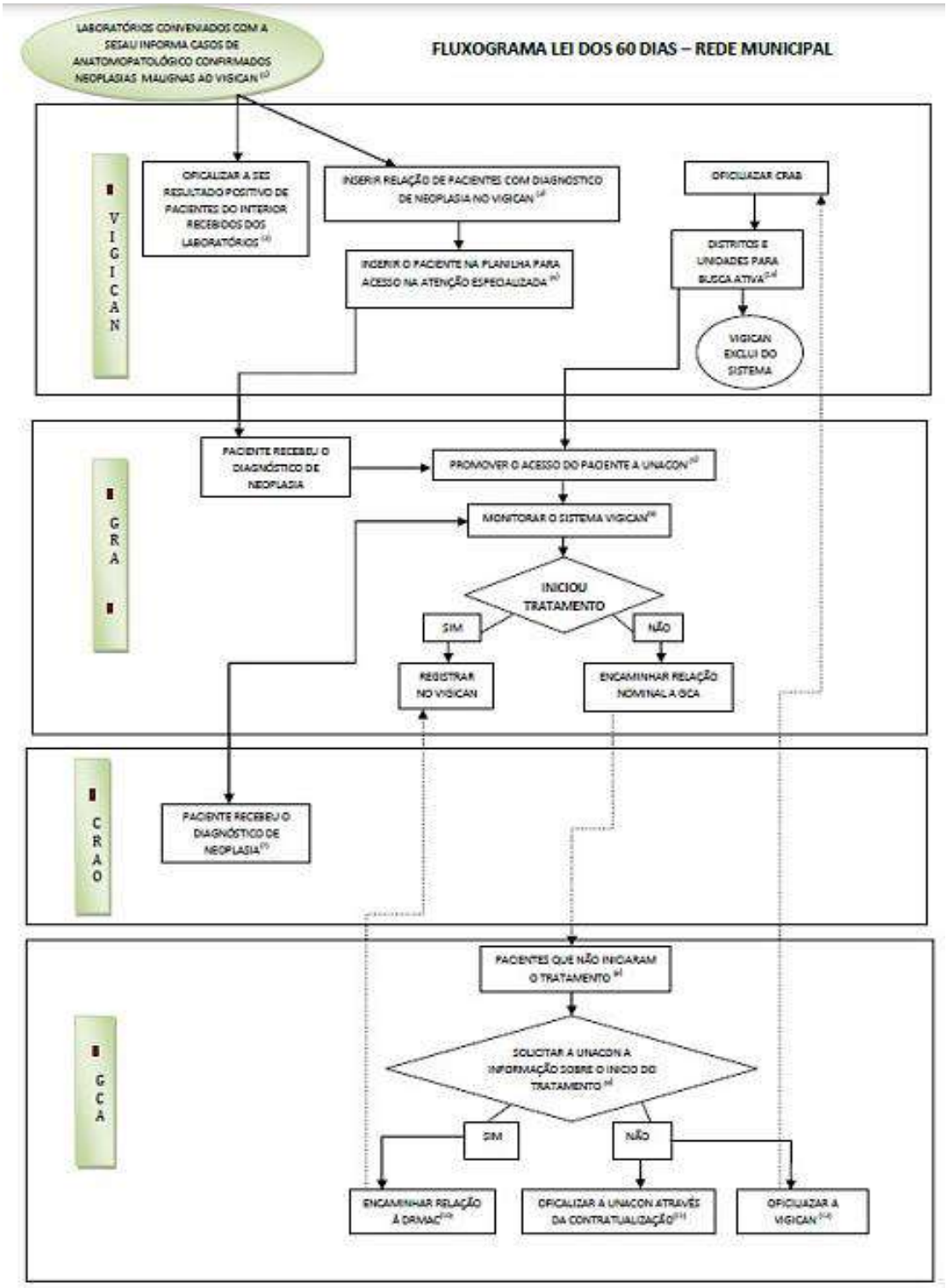
O Serviço de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), compete as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e monitoramento das quatro principais doenças não transmissíveis. Nesse contexto, o serviço estabeleceu juntamente com outros seguimentos da Secretaria Municipal de Saúde fluxogramas para o monitoramento de uma das principais DCNT, o câncer.

O câncer é a segunda causa de óbito no município, de grande relevância epidemiológica, principalmente no que tange sua morbimortalidade. Deste modo, institui-se fluxogramas para o monitoramento em detrimento da Lei n. 12.732 de 2012, do Ministério da Saúde, que trata do início do tratamento em 60 dias.

A figura 4, refere-se ao fluxo de pacientes incidentes de câncer, diagnosticados através dos serviços da Rede Municipal, com biópsias provenientes dos laboratórios que realizam anatomopatológico conveniados à rede.

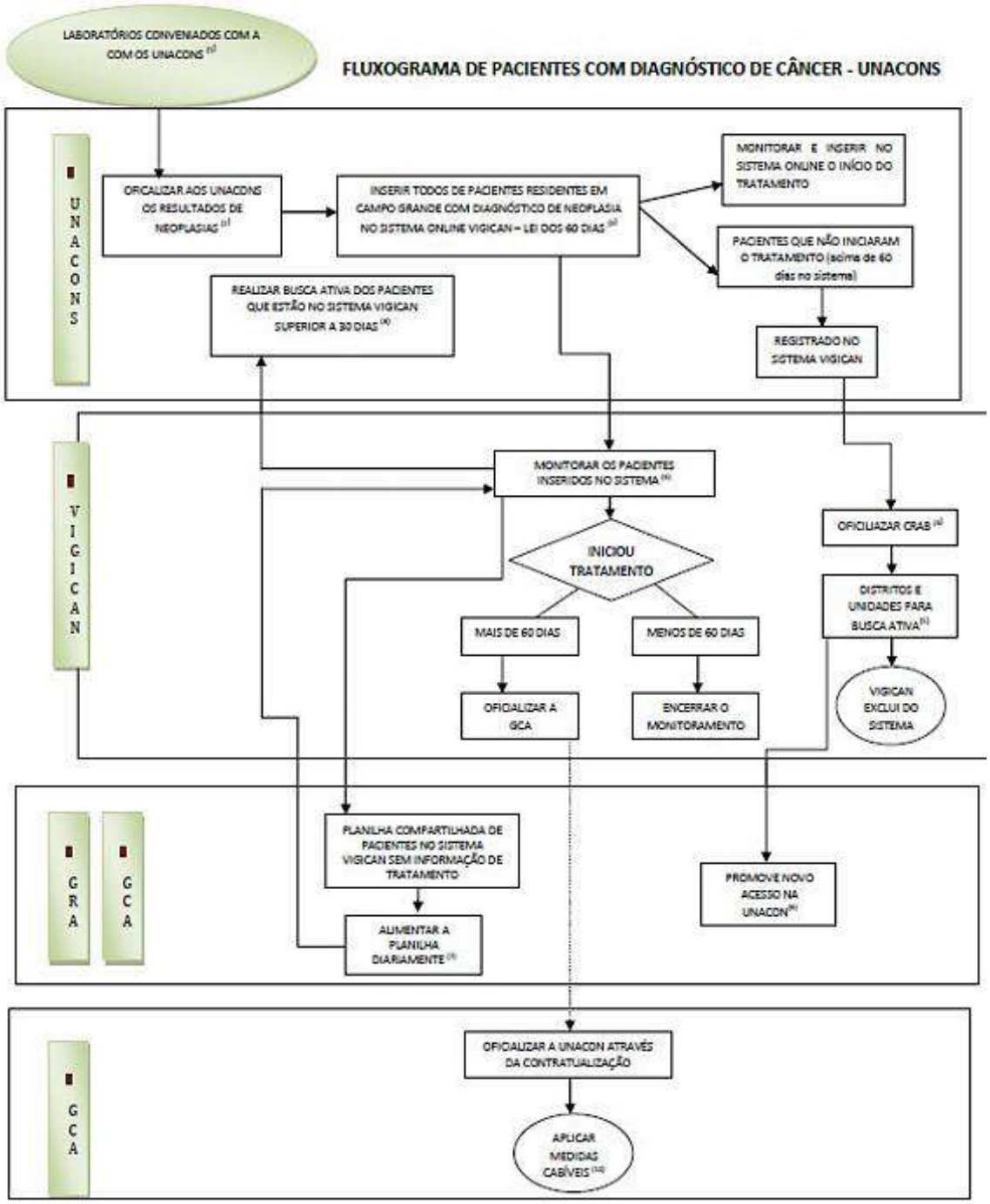
A figura 5, refere-se ao monitoramento realizado pelas Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), de todos os pacientes incidentes oncológicos que teve como porta de entrada o próprio UNACON.

Figura 4. Fluxograma Lei dos 60 dias – Rede Municipal, 2025.



Fonte: Diário Oficial de Campo Grande, MS, ANO XXIV n. 6.315, pág. 5 de 9 de junho de 2021.

Figura 5. Fluxograma de pacientes com diagnósticos de câncer – UNACONS, 2025.



Fonte: Diário Oficial de Campo Grande, MS, ANO XXIV n. 6.315, pág. 5 de 9 de junho de 2025.

O setor responsável pelas **estatísticas vitais - SEVITAL** realiza o monitoramento, controle da distribuição e coleta das Declarações de Nascidos Vivos (DN) e Declaração de Óbito (DO) aos estabelecimentos de saúde, SVO, IMOL e cartórios de registro civil. Uma vez preenchidas, as declarações são inseridas no

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) pela equipe na SESAU, subsidiando a elaboração das estatísticas vitais do município, e posteriormente são exportadas para a Secretaria Estadual e Ministério da Saúde.

As declarações de óbito de mulheres em idade fértil (MIF), fetais e infantis menores de 1 ano disparam as ações de investigação nos hospitais e atenção básica.

O Serviço de Prevenção de Violências e Acidentes tem como uma de suas atribuições implementar a notificação individual de violência, sendo esta uma das dimensões da linha de cuidado, que prevê também o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz. Com capacitação permanente dos profissionais de saúde para o preenchimento da ficha de notificação, espera-se qualificar a notificação e, consequentemente, as informações destinadas a subsidiar o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais visando a redução da morbimortalidade decorrente das violências, e promover a saúde, a cultura de paz, a equidade e a qualidade de vida, de forma efetiva.

Realizamos a vigilância das violências e acidentes por meio da coleta de dados, processamento, análise, divulgação das informações e promovemos ações de prevenção, promoção da saúde e cultura de paz no município de Campo Grande.

Considera-se como violência, para fins de notificação, “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002). Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional, que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial.

A notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas constitui-se como um instrumento de vigilância em saúde, de atenção e de garantia de direitos. Por meio das informações coletadas pelas notificações é possível conhecer a magnitude e o perfil desses eventos, de modo a orientar o desenvolvimento de intervenções e políticas públicas de saúde para o enfrentamento das violências e de suas consequências à saúde da população. A notificação deve, ainda, ser utilizada como instrumento deflagrador do cuidado integral à pessoa em situação de violência. A Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências,

determina que: Art. 8º É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º. Configura, portanto, obrigação de todo profissional de saúde em serviços públicos e privados no território brasileiro, a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas e demais doenças e agravos constantes na “Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública”, definida pelo Anexo V da Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017.

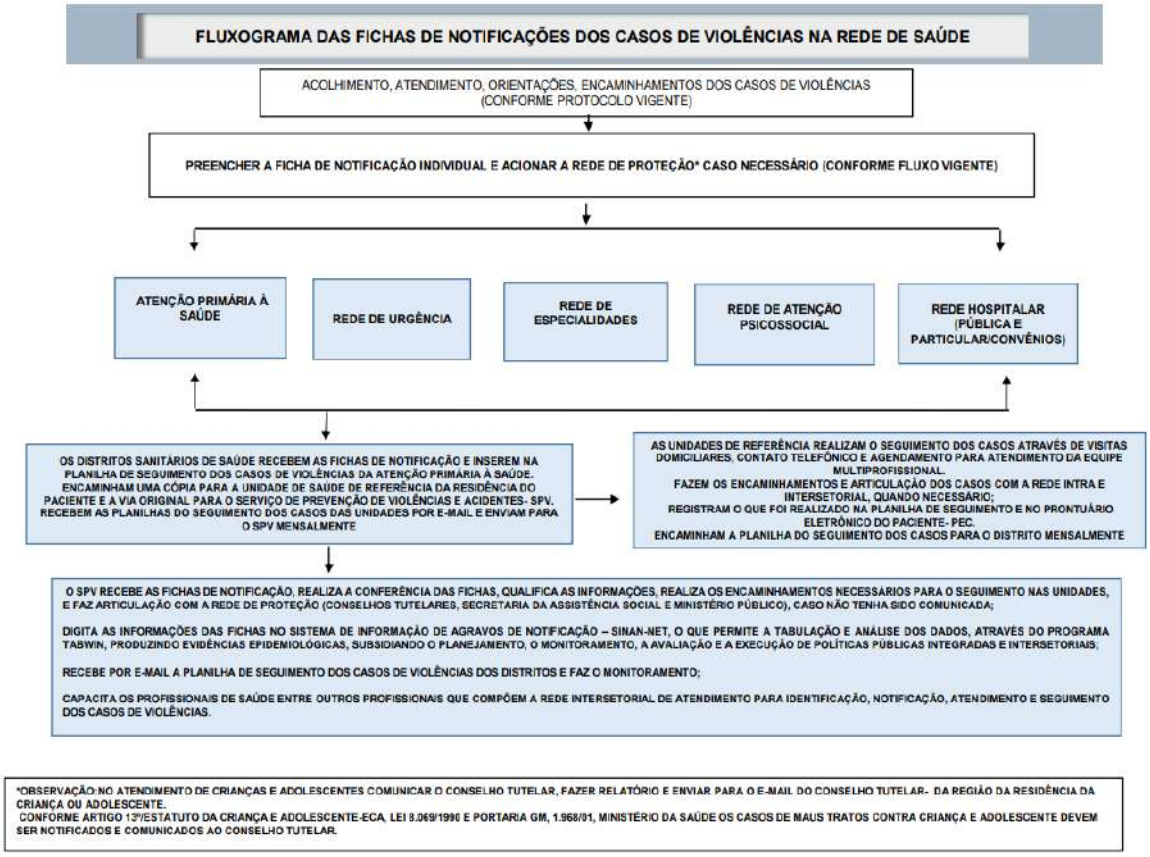
Figura 6. Objeto de notificação, 2025.



Fonte: Diário Oficial de Campo Grande, MS, ANO XXIV n. 6.315, pág. 5 de 9 de junho de 2025.

É fundamental que as notificações de violências interpessoais e autoprovocadas sigam os fluxos estabelecidos no SINAN, a fim de garantir a segurança, o sigilo e a qualidade dos dados sobre vítimas de violência. O município de Campo Grande tem o fluxo instituído conforme figura 6.

Figura 7. Fluxograma das Fichas de Notificações dos Casos de Violências na Rede de Saúde.



Fonte: Diário Oficial de Campo Grande, MS, ANO XXIV n. 6.315, pág. 5 de 9 de junho de 2021.

A fim de garantir o recebimento das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória Imediata, de acordo com a Portaria GM/MS Nº 6.734, de 18 de março de 2025. **A Coordenadoria de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS-CG)** criou os formulários de preenchimento on-line denominados “Notificação quantitativa de doenças e agravos” e “Notificação qualitativa de doenças, agravos e eventos de saúde pública de periodicidade imediata e semanal”. O fluxo de preenchimento dos supracitados formulários está definido com todas as unidades de saúde nos três níveis de atenção. A informação preenchida é disponibilizada às áreas técnicas correspondentes aos agravos para garantir celeridade no fluxo das informações para ação oportuna. Para além dos links mencionados, a CIEVS-CG recebe de maneira oportuna notificações e rumores através de e-mails, ligações e mensagens de WhatsApp. Todos os agravos de notificação compulsória imediata também são informados ao nível estadual (CIEVS-MS) pela CIEVS-CG assim que a informação é recebida, conforme preconizado pela Portaria Ministerial e Estadual vigente.

Fluxograma 8. Fluxograma do processo de Licenciamento Sanitário, 2025.



Fonte**:** SVS/CVSA/SESAU/2025.

O Processo de licenciamento sanitário, para empresas classificadas como alto risco sanitário, inicia-se com o requerimento da Licença Sanitária, feito no protocolo geral da Prefeitura Municipal de Campo (Central de Atendimento ao Cidadão). No ato do requerimento, formaliza-se um processo com a documentação do estabelecimento que é encaminhado para a Coordenadoria de Vigilância Sanitária (CVS). Posteriormente, através de inspeções são verificadas as condições do estabelecimento, de acordo com a legislação sanitária, é emitido o Relatório de Inspeção ou Boletim de Vistoria e Orientação com prazo inicial de 30 dias para providências.

Após o vencimento do prazo inicial de 30 dias é feita a cobrança do documento emitido, a reinspeção do estabelecimento e em condições normais, verificado que o estabelecimento se encontra com estrutura satisfatória, procedimentos e rotinas adequadas e documentação completa e correta, a autoridade sanitária emite um parecer

favorável à liberação da Licença Sanitária. Após a entrega da Licença, que tem validade de 1 ano, o processo é arquivado.

No entanto, na cobrança do documento emitido e em reinspeções de rotina, onde fica constatado o não atendimento do requerente às normas, lavra-se o respectivo Auto de Infração, cujo documento instaura-se um Processo Administrativo Sanitário, de acordo com os trâmites legais.

Em 11 de fevereiro de 2021, foi publicada a Resolução SESAU nº 584, que estabelece a classificação dos estabelecimentos de alto risco sanitário sujeitos ao processo de licenciamento no âmbito do Município de Campo Grande-MS. A referida norma foi elaborada em consonância com os princípios da Lei da Liberdade Econômica (Lei Federal nº 13.874/2019), visando à simplificação e à desburocratização dos procedimentos administrativos, de modo a facilitar a atuação dos empreendedores e tornar mais eficiente a atuação do poder público.

Com a entrada em vigor dessa Resolução, diversos estabelecimentos passaram a ser formalmente dispensados do processo de licenciamento sanitário, desde que enquadrados na categoria de baixo risco sanitário. No entanto, é importante destacar que a dispensa do licenciamento não implica isenção do controle sanitário. Esses estabelecimentos permanecem sujeitos à fiscalização e ao monitoramento pela autoridade sanitária competente, especialmente nos casos em que forem identificadas inconformidades com a legislação vigente ou situações que possam representar risco à saúde pública. Outra questão acrescida na resolução é a regulamentação da inspeção sanitária através de análise documental, permitindo que estabelecimentos obtenham a licença sanitária através de um processo mais simplificado, nos casos, por exemplo, de entrega prévia de documentos, levando em consideração o histórico dos licenciamentos anteriores e avaliação da equipe de auditores fiscais em relação ao risco sanitário, não excluindo a necessidade de inspeção sanitária posterior, em alguns casos, bem como o monitoramento da atividade.

A Coordenadoria de Vigilância de Saúde Ambiental (CVSA) realiza o licenciamento sanitário de estabelecimentos de interesse da vigilância de saúde ambiental. O fluxo é o mesmo citado acima e os processos são encaminhados à Vigilância Sanitária, onde são triados e encaminhados à Vigilância de Saúde Ambiental. Os Auditores Fiscais de Vigilância Sanitária, lotados na CVSA realizam as inspeções, emissão de relatórios de inspeção e boletins de vistoria e orientação, reinspeções, até a finalização do processo de licenciamento sanitário.

A Coordenadoria de Vigilância de Saúde Ambiental (CVSA) é responsável também pela emissão do Certificado de Autorização de Uso de Água para Consumo Humano de Sistemas e/ou Soluções Alternativas. Esse certificado é expedido para

estabelecimentos que utilizam água para consumo humano de soluções alternativas coletivas (poço), seguindo a legislação vigente.

Inicia-se o processo de autorização de uso de água de soluções alternativas coletivas (poço) para consumo humano com o requerimento do Certificado no protocolo geral da Prefeitura Municipal de Campo. No ato do requerimento, formaliza-se um processo com a documentação do estabelecimento que é encaminhado para a CVSA. Posteriormente, na inspeção são verificadas as estruturas para tratamento e monitoramento da água, seguindo os padrões de potabilidade da água para consumo humano, determinados em legislação específica e emitido o relatório de inspeção ou os BVO, onde constam as adequações a serem feitas e documentos a serem entregues para análise. Após o vencimento do prazo, é feita a cobrança do documento emitido e em condições normais, verificado que o estabelecimento se encontra com estrutura satisfatória, procedimentos e rotinas adequadas e documentação completa e correta, a autoridade sanitária emite um parecer favorável à liberação do Certificado.

Após a entrega do Certificado fica o estabelecimento obrigado a entregar mensalmente e semestralmente os laudos de análises de água realizadas, conforme legislação vigente, e os mesmos são analisados pelos auditores fiscais da CVSA. Em caso de qualquer alteração nos parâmetros, o estabelecimento é comunicado e deve apresentar as medidas corretivas aplicadas para correção dos parâmetros alterados.

O Certificado de Autorização de Uso de Água para Consumo Humano de Sistemas e/ou Soluções Alternativas tem validade de 12 meses, devendo ser renovado anualmente.

A CVSA realiza a vigilância da qualidade da água distribuída pela rede pública de abastecimento de água realizando coletas de amostras de água nas 7 (sete) regiões administrativas de Campo Grande, que são analisadas pelo Laboratório Municipal de Água. O número de amostras coletadas segue o que determina a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem para a Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano, sendo determinado pelo número de habitantes do município e representa uma amostragem significativa sobre a qualidade da água consumida pela população.

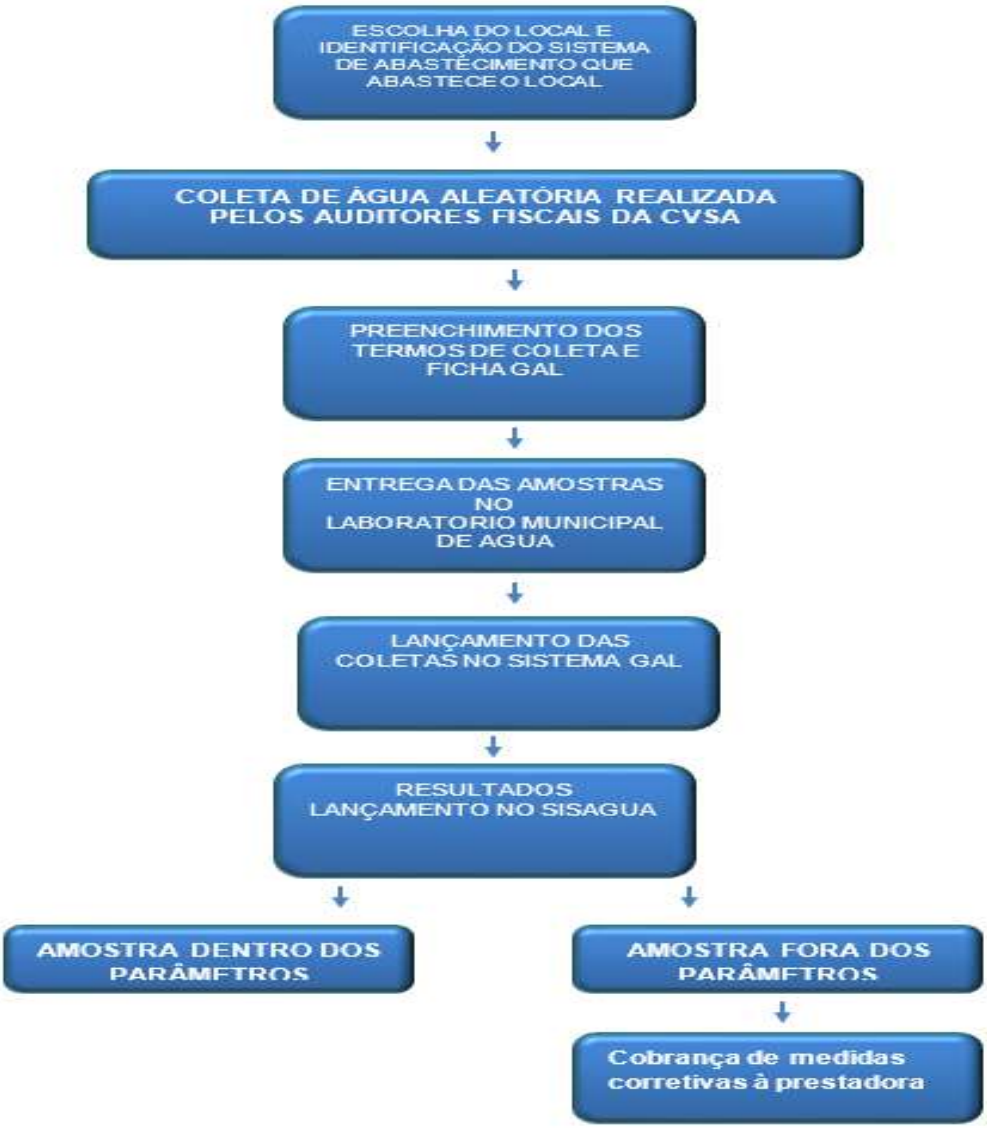
As denúncias relacionadas a saneamento ambiental, descarte irregular de resíduos perigosos e de materiais inservíveis, descarte de águas servidas em vias públicas, terrenos baldios e imóveis abandonados são atendidas pela CVSA e encaminhadas através da Ouvidoria – SUS, MPE, DECAT, SEMADUR e outros órgãos.

Fluxograma 9. Processo de Certificado de Autorização de Uso de Água para Consumo Humano de Sistemas e/ou Soluções Alternativas, 2025.



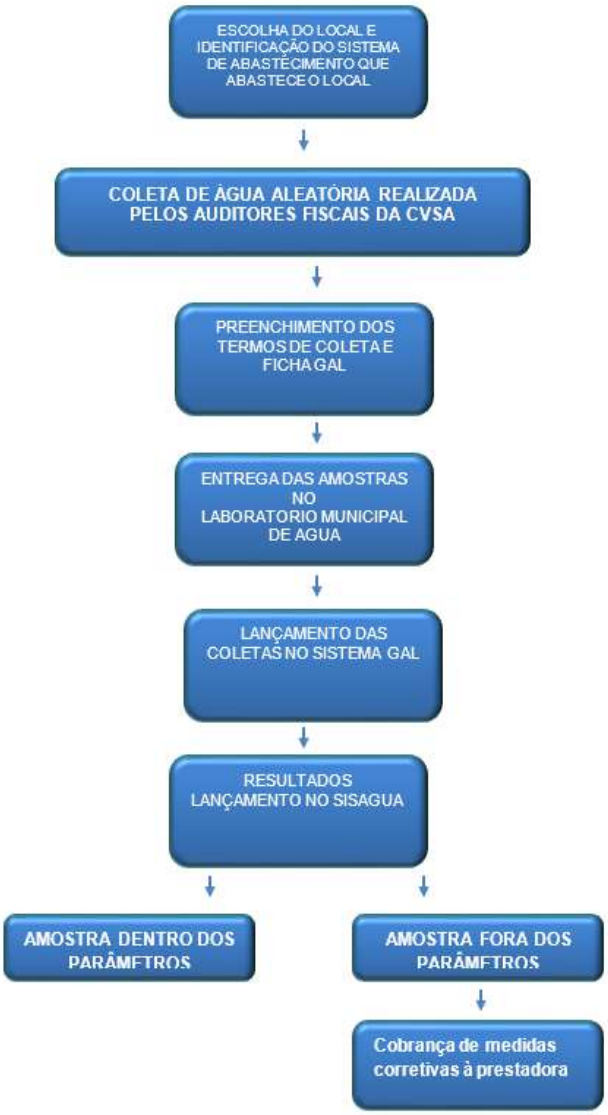
Fonte: SVS/CVSA/SESAU/2024.

Fluxograma 10 - Fluxograma de coletas de água, 2025.



(Continua)

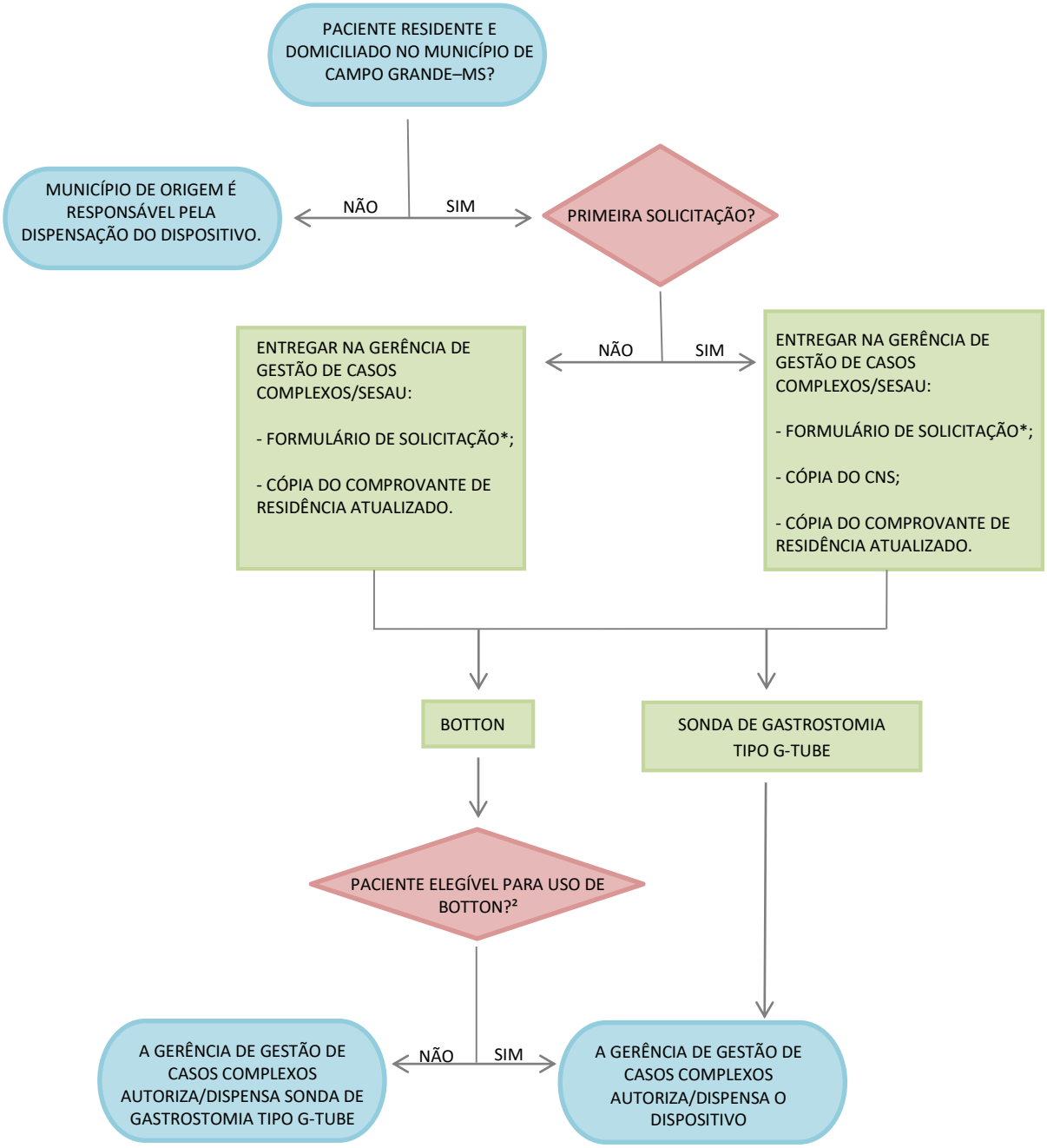
Fonte: SVS/CVSA/SESAU/2024.



Fonte: SVS/CVSA/SESAU/2024.

No que diz respeito ao acesso aos dispositivos de gastrostomia, estes são fornecidos aos cidadãos residentes e domiciliados no município de Campo Grande, conforme elegibilidade descrita na resolução SESAU n. 556, de 18 de agosto de 2020. Já a dispensação de material médico-hospitalar para uso em domicílio ocorre por meio das unidades de saúde de referência, conforme cadastramento prévio, de acordo com a Resolução SESAU n. 512, de 18 de fevereiro de 2020.

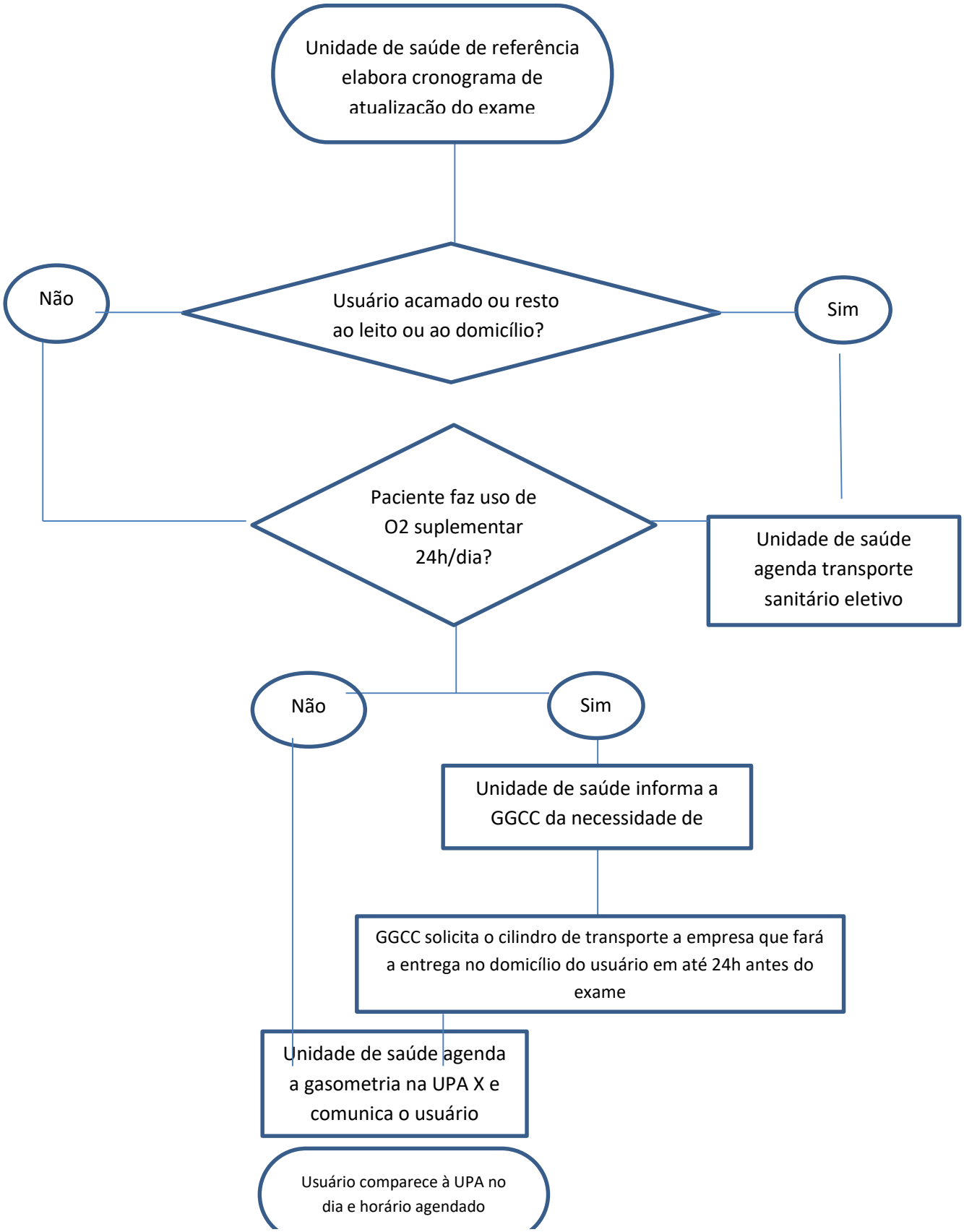
Fluxograma 10. Solicitação e Dispensação de Dispositivos de Gastrostomia, 2025.



Fonte: Gerência de Gestão de Casos Complexos, 2025.

1 Anexo único.
2 Pacientes que realizam atividades na água; pacientes que realizam algum tipo de tratamento de saúde que exija movimentação constante; pacientes ativos (deambulam, trabalham, estudam...); pacientes agitados com risco de extração da sonda de gastrostomia; crianças até 12 anos 11 meses e 29 dias.

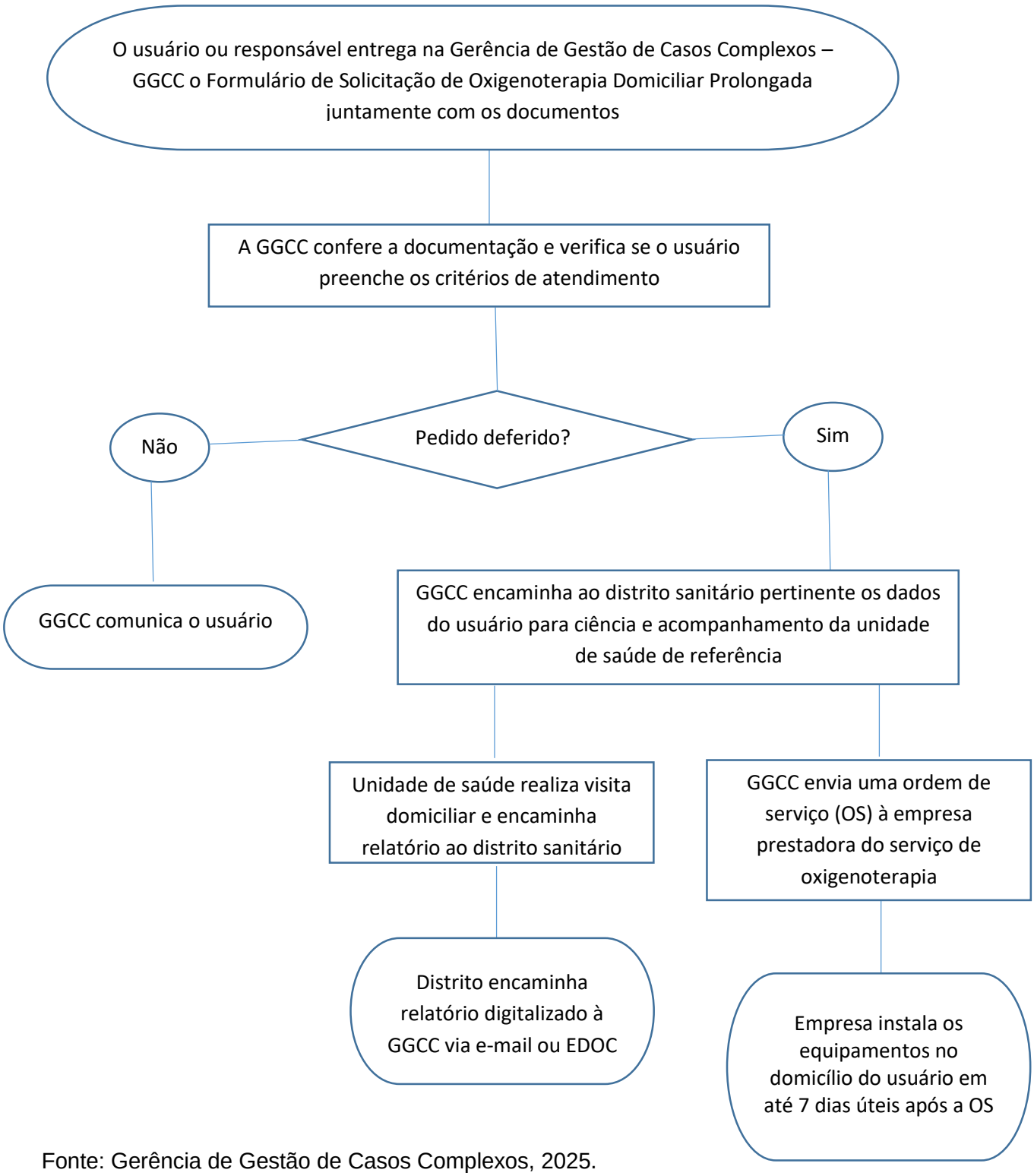
Fluxograma 11. Fluxograma de realização de gasometria arterial, 2025.



Fonte: Gerência de Gestão de Casos Complexos, 2025.

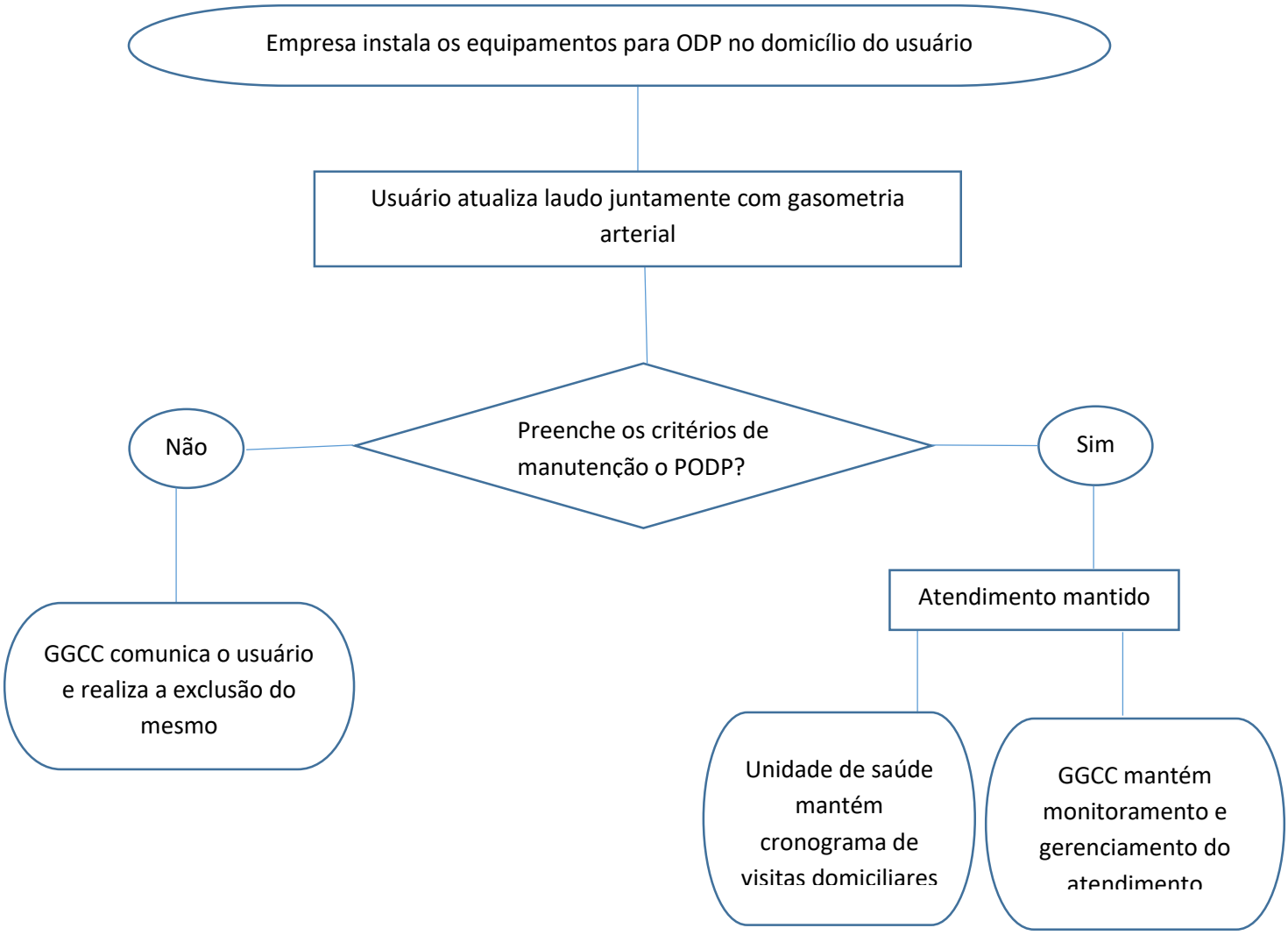
O fornecimento de oxigenoterapia domiciliar ocorre conforme avaliação do serviço responsável, mediante apresentação de laudo médico e documentos pessoais, além de o usuário ser residente no município de Campo Grande.

Fluxograma 12. Fluxograma de solicitação de Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (ODP), 2025.



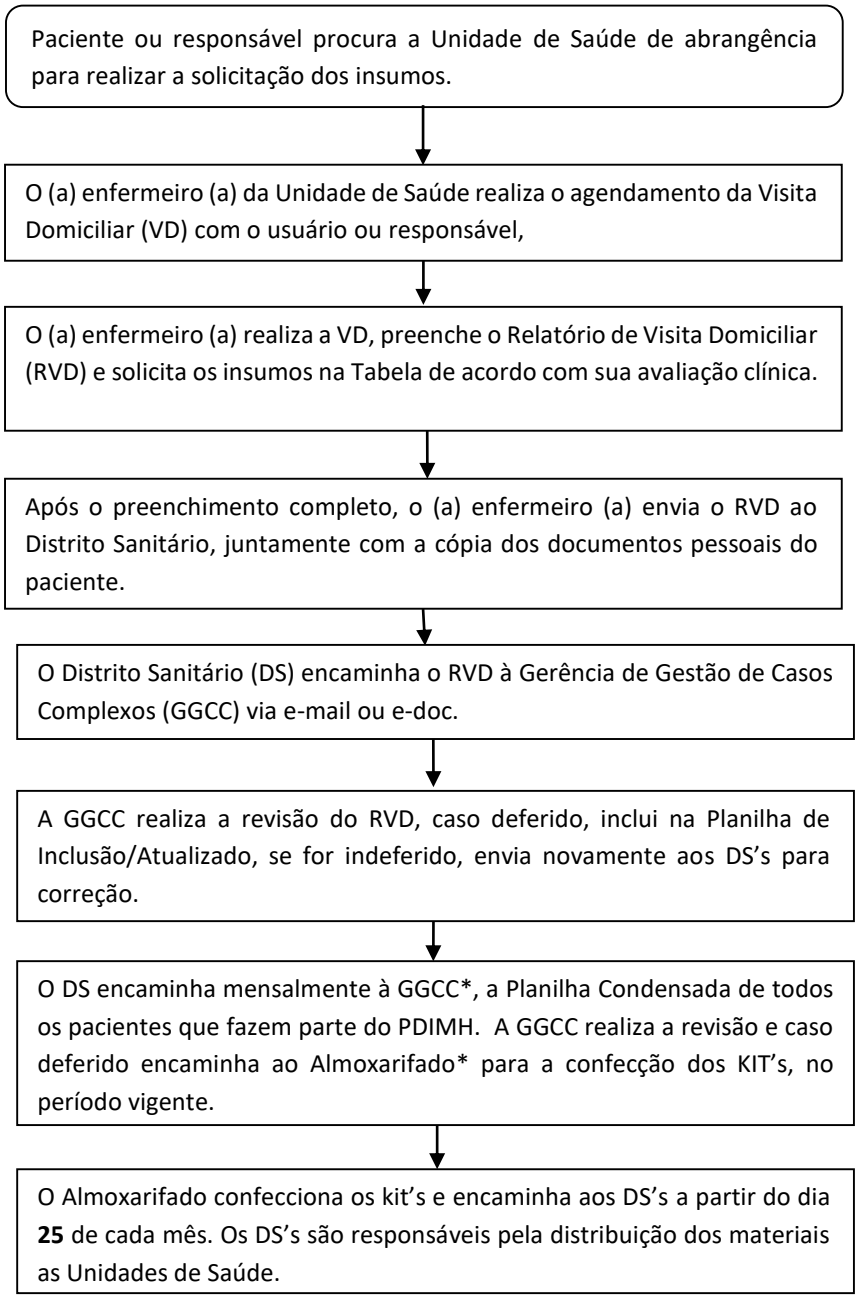
Fonte: Gerência de Gestão de Casos Complexos, 2025.

Fluxograma 13. Fluxograma de atendimento ODP, 2025.



Fonte: Gerência de Gestão de Casos Complexos, 2025.

Fluxograma 14. Fluxograma de dispensação de insumos médico–hospitalares Demanda geral, 2025.

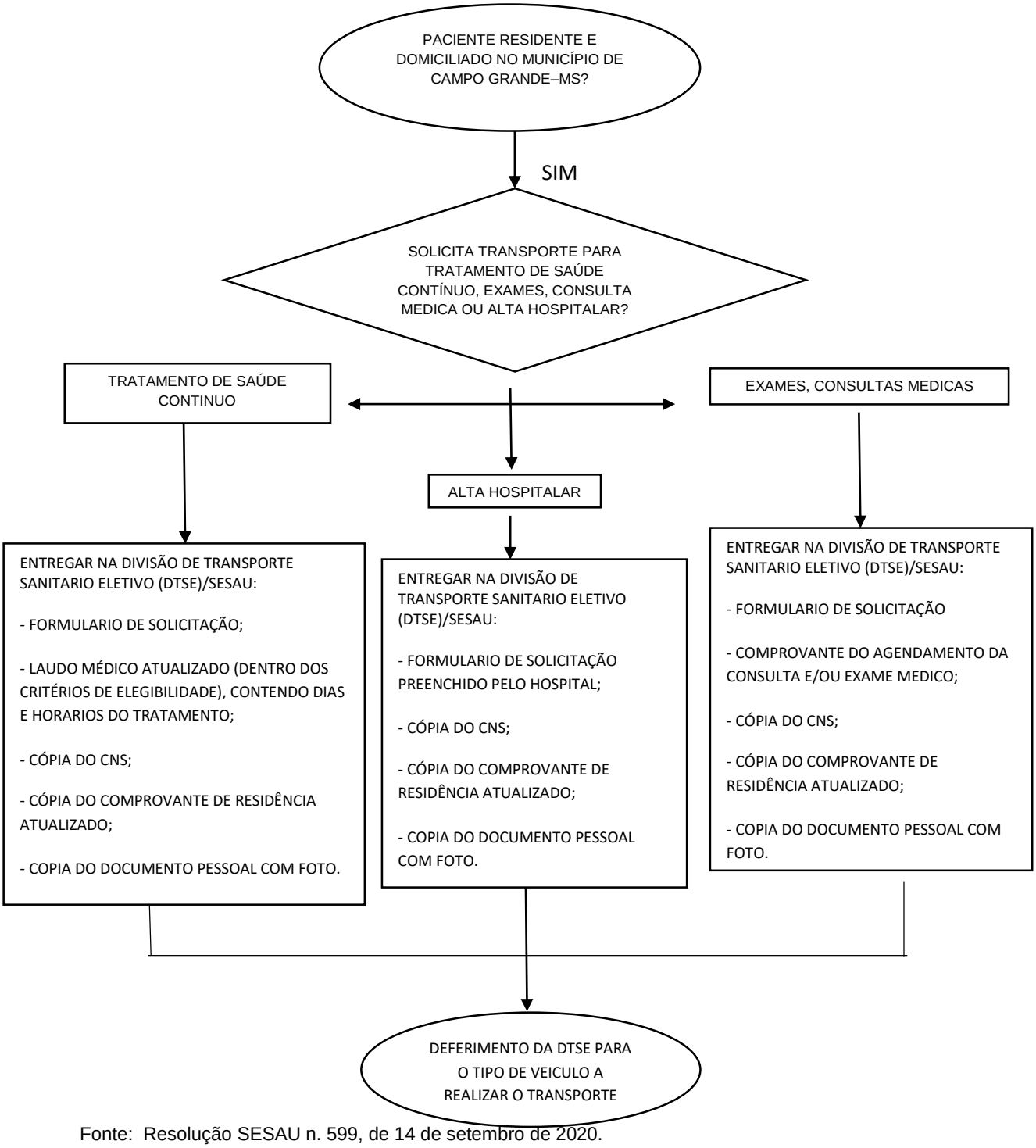


PDIMH: Programa de Dispensação de Insumos Médico–Hospitalares.
Para a inclusão do paciente, é necessário anexar no RVD cópia dos seguintes documentos do paciente: *RG/CPF; CNS e Comprovante de Residência atualizado*. Caso o paciente não possua o endereço em seu nome, deverá ser preenchido a Declaração de Residência disponível no Anexo II.
Para a atualização anual, será necessário apenas o Comprovante de Residência atualizado ou Declaração de Residência, disponível no Anexo II.
* Os Distritos Sanitários encaminham a Planilha Condensada à GGCC até o dia **10** de cada mês.
* A GGCC encaminha a Planilha Condensada ao Almoxarifado da SESAU todo o dia 15 de cada mês.
Almoxarifado da SESAU: Cabe ao setor, informar à Gerência de Gestão de Casos Complexos: Disponibilidade ou falta do material médico – hospitalar, intercorrências durante a entrega do material aos Distritos Sanitários e quaisquer outras divergências referentes à dispensação.
Obs: É responsabilidade do (a) enfermeiro (a) da Unidade de Saúde o preenchimento da Planilha, assim como suas observações para a solicitação de insumos acima do padronizado pela Rede. Caso não haja justificativa, será enviado o quantitativo padrão.

Fonte: Gerência de Gestão de Casos Complexos

O paciente residente no município de Campo Grande e que necessite de transporte sanitário também dentro dos limites do município de Campo Grande para tratamento de saúde continuo, consultas, exames ou outros atendimentos de caráter eletivo e sem risco de morte, pode solicitar tal atendimento pelo Programa de Transporte Sanitário Eletivo, conforme preconizado na Resolução SESAU 559, de 14 de setembro de 2020. Os anexos de requerimento, bem como os critérios de elegibilidade e outras especificidades também constam na mesma resolução.

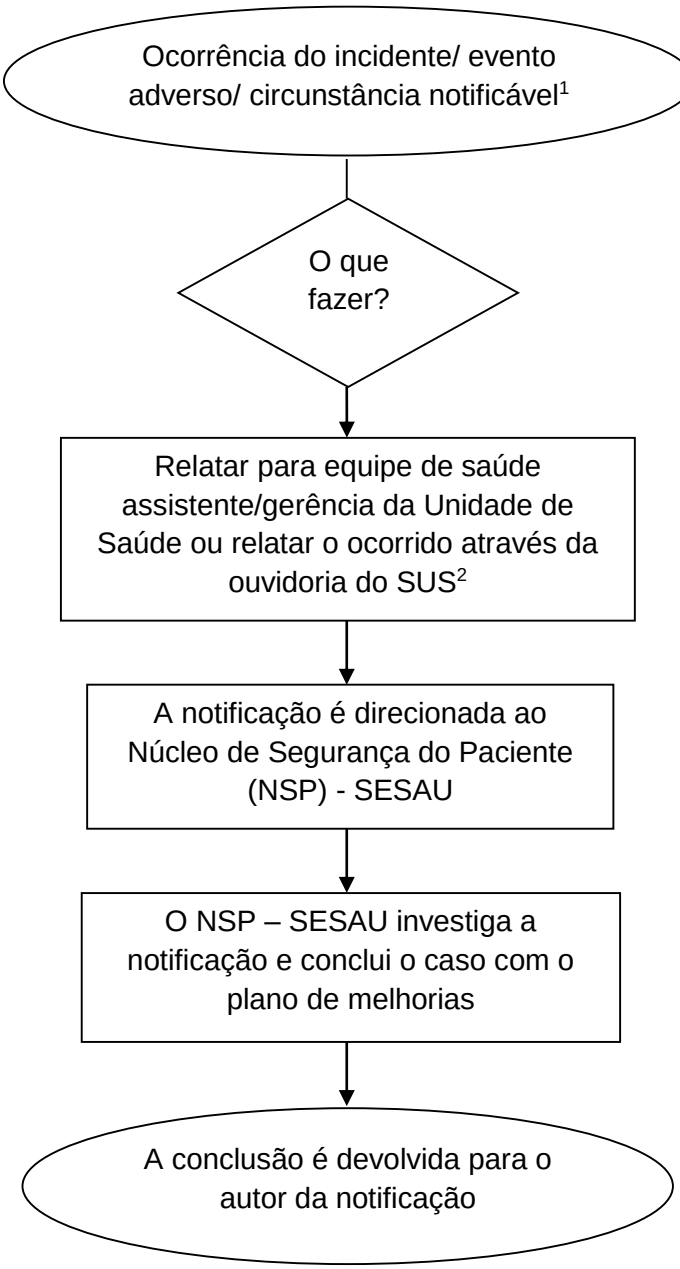
Fluxograma 15. Fluxograma de solicitação de transporte sanitário eletivo, 2021.



Fonte: Resolução SESAU n. 599, de 14 de setembro de 2020.

As circunstâncias notificáveis, os incidentes e eventos adversos percebidos pelo paciente podem ser imediatamente comunicados aos profissionais de saúde assistentes ou gerencias e até mesmo ser formalizado via ouvidoria do SUS, pois esta direcionará ao Núcleo de Segurança do Paciente para devida investigação e elaboração de planos de melhorias.

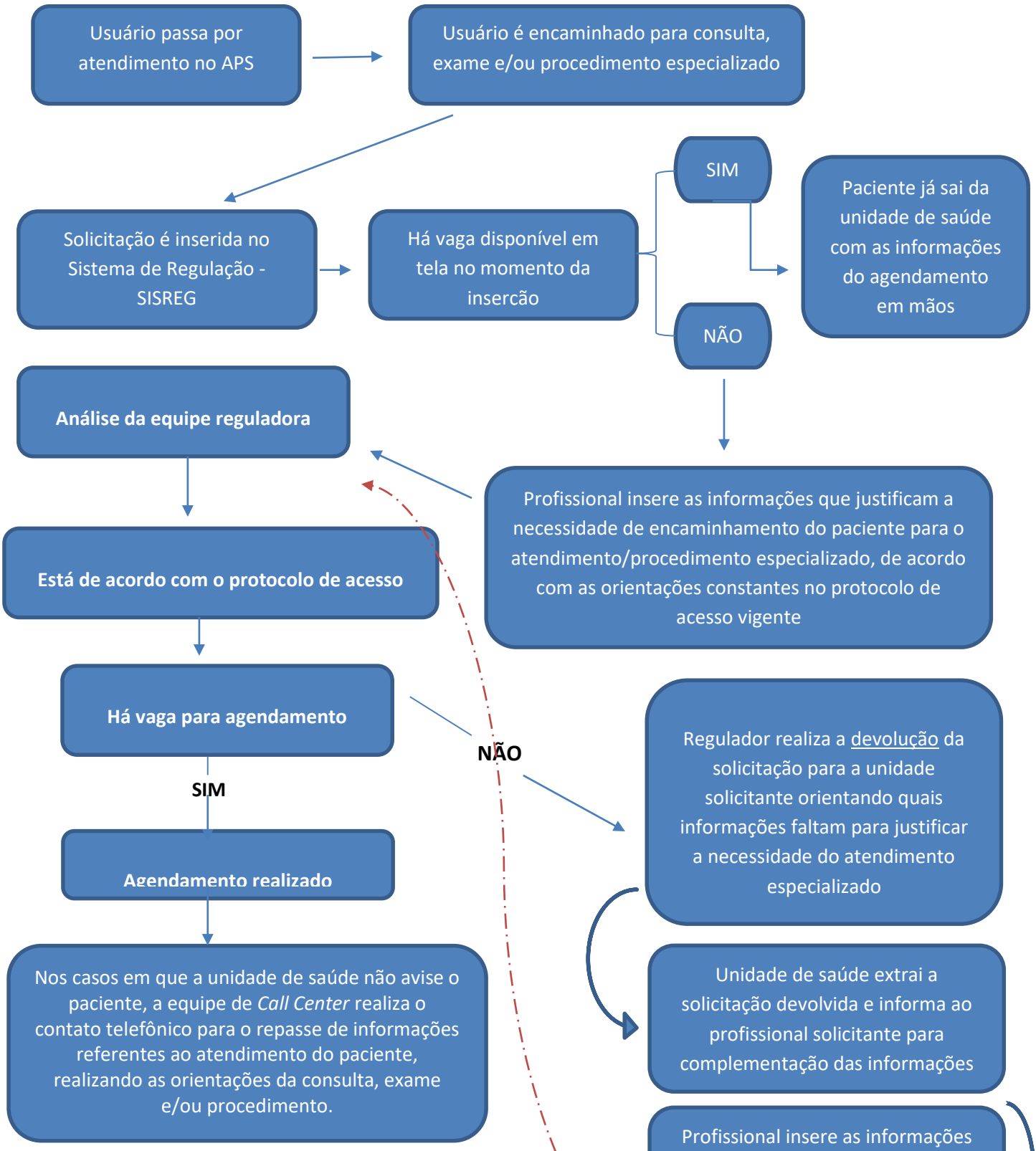
Fluxograma 16. Fluxograma de notificação de incidente/evento adverso, 2021.



Fonte: Gerência de Segurança do Paciente, 2021.

1- Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde; Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde;
2- Ouvidoria do SUS: oferece atendimento presencia, por telefone (0800 314-9955) ou através do site: ouvidoria@sesau.campogrande.ms.gov.br.

Fluxograma 17. Fluxograma de solicitação e atendimento de procedimentos via sistema de regulação – SISREG, 2025.



Fonte: Sistema Regulação, 2025.

O paciente passar por atendimento na unidade de saúde onde é identificada a necessidade de encaminhamento do mesmo para consulta, exame e/ou procedimento especializado e é inserida solicitação, conforme a necessidade do paciente, no Sistema de Regulação – SISREG.

Após a inserção, a solicitação é analisada pelo regulador que verifica se esta encontra – se de acordo com o protocolo de acesso vigente. Se sim, e havendo vaga em sistema, solicitação é agendada para atendimento em data posterior. Caso a unidade repasse as informações de agendamento ao paciente, este sinaliza em sistema como avisado. Em caso negativo, a equipe de videofonia entra em contato com esse paciente para o repasse de informações e demais orientações pertinentes ao agendamento.

Nos casos em que o encaminhamento não estiver de acordo com as orientações constantes no protocolo de acesso, a solicitação é devolvida à unidade para as devidas adequações e posterior reenvio à equipe reguladora para análise e demais seguimentos.

2.9 RECURSOS FINANCEIROS

O financiamento em saúde, compreende o aporte de recursos financeiros para a viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Conforme determina o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente.

Para operacionalizar essas ações, a Lei Complementar n° 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias gerenciadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (BRASIL, 2000a).

As transferências (regulares ou eventuais) da União para Estados, Municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

Esses repasses ocorrem por meio de transferências fundo a fundo, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços Públicos em Saúde.

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços de Saúde a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece a base de cálculo e a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais, sendo que o município de Campo Grande vem cumprindo o disposto.

A **captação de recursos** de despesas de natureza corrente e/ou capital para o financiamento do sistema de Saúde no município de Campo Grande-MS ocorre mediante a oportunização de Portarias de Incentivos lançadas pelos Ministério do Planejamento e Orçamento, Ministério da Gestão e da Inovação de Serviços Públicos, Ministério da Saúde, bem como Emendas Parlamentares Federais (Individual, Comissão, Bancada), Estaduais (Individual, Comissão,) e Municipais.

As propostas de captação são realizadas através do alinhamento junto às Áreas Técnicas da SESAU – Secretaria Municipal de Saúde, considerando os Instrumentos de Planejamento (Plano Municipal de Saúde, Plano de Expansão da ESF e Plano Plurianual - PPA) e apreciação da Secretária Municipal de Saúde para deliberação quanto às prioridades.

Os instrumentos utilizados para captação dos recursos no ambiente federal:

✓ **InvestSUS - Fundo Nacional de Saúde**: Plataforma fonte de informações de repasses para municípios, estados, facilitando o acesso aos sistemas do Ministério da Saúde para o financiamento do SUS, Gerenciamentos de Objetos e Propostas, Portarias de Incentivo de investimentos/custeio lançadas pelo Ministério da Saúde ou Emendas Parlamentares Federais.

O InvestSUS é composto por vários módulos integrados que atendem diferentes etapas e demandas da gestão pública de saúde, como: InvestSUS Gestão - para o planejamento e gestão de investimentos e transferências, InvestSUS Propostas **-** usado para o envio e análise de propostas de financiamento de ações e serviços de saúde, **I**nvestSUS Monitoramento - voltado para o acompanhamento da execução física e financeira dos investimentos.

Além dos módulos integrados, o InvestSUS, conta com as seguintes ferramentas agregadas no Sistema:

1. **SISMOB – Sistema de Monitoramento de Obras**: Portarias/Emendas Parlamentares de Incentivo para Investimento em Construção, Ampliação e Reformas;
2. **SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde**: Refere-se a incentivo para implantação de serviço ou componente de rede, transferido em parcela única do Fundo Nacional de Saúde para o município, recurso de custeio transferido mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o município ou recurso de habilitação mediante Portaria específica de serviço de saúde executado pelo estabelecimento de saúde, equipe, ou serviço/componente de rede enquanto prestadores ou integrantes do Sistema Único de Saúde;

3. **e-Gestor APS -** Plataforma de acesso ás informações dos programas, ações e estratégias do SUS no âmbito da Atenção Primária à Saúde. (Podendo ser utilizada para adesões vinculadas a APS)

✓ **Transferegov.br -** ferramenta que integra transferências de recursos da União para os Estados, Municípios e Organização da Sociedade Civil, objetivando aprimorar a gestão das transferências de recursos, além de aumentar a transparências e integridade. A partir deste 31 de janeiro de 2023, os recursos da União para estados, municípios e organizações da sociedade civil executarem políticas públicas de forma descentralizada.

O instrumento utilizado para captação dos recursos no ambiente estadual:

✓ **TransfereMS** - através do Sistema SIAFC – TransfereMS, através de Emenda Parlamentar Estadual para construção, reforma, ampliação, equipamentos/mobiliários é realizada mediante a oportunização da Assembleia Legislativa aos Parlamentares para que estes manifestem a indicação conforme Bloco de financiamento despesas corrente e / ou capital.

Havendo oportunização por meios de Editais com Projetos disponíveis para encaminhamento de Propostas ou Emenda Parlamentares via INVEST SUS ou TransfereGov, TransfereMS, a SESAU realiza o Cadastros nas referidas ferramentas.

Após aprovação pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Estado de Saúde, a Secretaria Municipal passa a operacionalizar os recursos captados (corrente/capital) e realizar a gestão da aplicação dos mesmos, por meio das modalidades de transferência empregada pelo Fundo Nacional de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde, alinhado à programação das áreas técnicas da Secretaria, com ênfase na ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, assim garantindo a execução de projetos habilitados, articulando junto às secretarias de obras e de finanças e demais órgãos responsáveis durante o processo.

O novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, ocorre por meio do Programa Previne Brasil que foi instituído pela portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 e está pautado em quatro itens: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo a programas específicos/estratégicos.

✓ CAPITAÇÃO PONDERADA:

O cálculo é baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica, bem como a população cadastrada na eSF e na eAP até o limite de cadastro por município ou Distrito Federal.

Estes valores são repassados anualmente, divididos em 12 competências mensais, R$ 50,50 para cada pessoa cadastrada nas equipes. Anteriormente, por meio do PAB Fixo, eram repassados no máximo R$ 28,00 por pessoa por ano. Esse valor de R$ 50,50 pode ainda chegar a R$ 131,30, de acordo com as características de vulnerabilidade do indivíduo e do município em que vive.

- ✓ PAGAMENTO POR DESEMPENHO:

O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho considera os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES.

I - processo e resultados intermediários das equipes;

II - resultados em saúde; e

III - globais de APS.

A portaria nº 2.713, de 6 de outubro de 2020, dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

O valor por tipo de equipe do incentivo financeiro federal de custeio mensal do pagamento por desempenho, referente a 100% do Indicador Sintético Final, será o equivalente a:

I - R$ 3.225,00 (três mil duzentos e vinte e cinco reais) para equipe de Saúde da Família;

II - R$ 2.418,75 (dois mil quatrocentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos) para equipe de Atenção Primária Modalidade II 30h; e

III - R$ 1.612,50 (um mil seiscentos e doze reais e cinquenta centavos) para equipe de Atenção Primária Modalidade I 20h.

- ✓ INCENTIVO A PROGRAMAS ESPECÍFICOS/ESTRATÉGICOS:

A definição dos recursos financeiros para incentivo para ações estratégicas considera:

I - as especificidades e prioridades em saúde;

II - os aspectos estruturais das equipes; e

III - a produção em ações estratégicas em saúde.

O incentivo para ações estratégicas contempla o custeio das seguintes ações, programas e estratégias:

I - Programa Saúde na Hora;

II- Equipe de Saúde Bucal (eSB);

III - Unidade Odontológica Móvel (UOM);

IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);

VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR);

VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);

VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);

IX - Microscopista;

X - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);

XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;

XII - Programa Saúde na Escola (PSE);

XIII - Programa Academia da Saúde;

XIV- Programas de apoio à informatização da APS;

XV - Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;

XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e

XVII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

A portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, que institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Observada a classificação geográfica rural-urbana estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o valor do incentivo para cada eSF de município ou Distrito Federal aderente que observar o disposto no § 1º será de:

I - R$ 1.700,00 (mil e setecentos reais), nos casos de município urbano ou município intermediário adjacente;

II - R$ 2.000,00 (dois mil reais), nos casos de município intermediário remoto ou município rural adjacente; ou

III - R$ 2.300,00 (dois mil e trezentos reais), nos casos de município rural remoto.

A portaria nº 397, de 16 de março de 2020, que altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.

O Distrito Federal e os municípios que aderirem ao Programa Saúde na Hora, de que trata a Seção IV do Capítulo I do Título IV Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 2017, farão jus ao recebimento de incentivo financeiro adicional de custeio para cada Unidade de Saúde da Família - USF e Unidade Básica de Saúde - UBS participante do Programa.

Parágrafo único. O incentivo financeiro adicional de que trata o caput terá os seguintes valores mensais:

I - R$ 22.816,00 (vinte e dois mil oitocentos e dezesseis reais), para as USF com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais;

II - R$ 31.766,00 (trinta e um mil setecentos e sessenta e seis reais), para as USF, com Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais;

III - R$ 59.866,00 (cinquenta e nove mil oitocentos e sessenta e seis reais), para as USF, com Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 75 (setenta e cinco) horas semanais; e

IV - R$ 15.000,00 (quinze mil reais), para USF ou UBS com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais simplificado." (NR)

O Distrito Federal e os municípios que aderirem ao Programa Saúde na Hora farão jus ao recebimento de incentivo financeiro de apoio à implantação do horário estendido para cada USF e UBS participante do Programa.

§ 1º O incentivo financeiro de que trata este artigo será repassado, em parcela única, no momento do início da transferência de que trata o parágrafo único do art. 172-K desta Portaria.

§ 2º O incentivo financeiro de que trata este artigo terá os seguintes valores:

I - R$ 22.816,00 (vinte e dois mil oitocentos e dezesseis reais), para as USF com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais;

II - R$ 31.766,00 (trinta e um mil setecentos e sessenta e seis reais), para as USF com Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais;

III - R$ 59.866,00 (cinquenta e nove mil oitocentos e sessenta e seis reais), para as USF com Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 75 (setenta e cinco) horas semanais;

VI - R$ 15.000,00 (quinze mil reais), para as USF ou UBS com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais simplificado." (NR)

Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014, que fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. Considerando a necessidade de fixar novos valores relativos ao incentivo financeiro de custeio das Equipes de Consultório na Rua - Modalidade I (eCR Mod I), Equipes de Consultório na Rua - Modalidade II (eCR Mod II) e Equipes de Consultório na Rua Modalidade III (eCR Mod III), resolve:

Os valores de incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de Consultório na Rua, são:

I -para a eCR Modalidade I será repassado o valor de R$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais) por equipe;

II -para eCR Modalidade II será repassado o valor de R$ R$ 27.300,00 (vinte e sete mil etrezentos reais) por equipe; e

III -para a eCR Modalidade III será repassado o valor de R$ 35.200,00 (trinta e cinco mil eduzentos reais) por equipe.

Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A tabela de incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por modalidades das equipes.

Tabela 2. Incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por modalidades das equipes, 2014.

Descrição da Equipe	Unidades prisionais com até 100 custodiados:	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I	6	3.957,50
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental	6	6.790,00

Fonte: Portaria/GM/MS n. 482 de 01 de abril de 2014.

Tabela 3. Incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por modalidades das equipes, 2014.

Descrição da Equipe	Unidades prisionais com 101-500 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II	20	19.191,65
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental	20	28.633,31

Fonte: Portaria/GM/MS n. 482 de 01 de abril de 2014.

Tabela 4. Incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por modalidades das equipes, 2014.

Descrição da Equipe	Unidades prisionais com 501-1200 custodiados

	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III	30	42.949,96

Fonte: Portaria/GM/MS n. 482 de 01 de abril de 2014.

Na portaria interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, que redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

O Distrito Federal e municípios terão o valor do incentivo financeiro de custeio de que trata o *caput* acrescido de R$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 (um) e 800 (oitocentos) educandos inscritos que superarem o número de 600 (seiscentos). A portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Nas eSF, o valor do incentivo financeiro de que trata este artigo corresponderá a:

I - R$ 12.000,00 (doze mil reais) para a equipe que tenha na sua composição dois médicos e dois enfermeiros em formação;

II - R$ 10.500,00 (dez mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição dois médicos e um enfermeiro em formação;

III - R$ 9.000,00 (nove mil reais) para a equipe que tenha na sua composição dois médicos em formação;

IV - R$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um médico e dois enfermeiros em formação;

V - R$ 6.000,00 (seis mil reais) para a equipe que tenha na sua composição um médico e um enfermeiro em formação;

VI - R$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um médico em formação;

VII - R$ 3.000,00 (três mil reais) para equipe que tenha na sua composição dois enfermeiros em formação; ou

VIII - R$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um enfermeiro em formação.

§ 5º Nas eSB, o valor do incentivo financeiro de que trata este artigo corresponderá a:

I - R$ 3.000,00 (três mil reais) para a equipe que tenha na sua composição dois cirurgiões-dentistas em formação; ou

II - R$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um cirurgião-dentista em formação.

A portaria gm/ms nº 3.317, de 7 de dezembro de 2020, que fixa o valor do incentivo financeiro federal de custeio referente aos Agentes Comunitários de Saúde.

O valor do incentivo financeiro federal em R$ 1.550,00 (um mil quinhentos e cinquenta reais) por Agente Comunitário de Saúde (ACS) a cada mês do ano de 2021. O incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, que será repassado fundo a fundo, anualmente, em parcela única, por intermédio e as expensas do MS, por meio do Piso Variável da Atenção Básica - PAB Variável, em virtude da adesão do Distrito Federal e dos municípios ao PSE, no valor de R$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para o Distrito Federal e municípios com 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos.

Os recursos do Programa Saúde na Escola (PSE) são repassados fundo a fundo, via PAB Variável da Atenção Básica, calculados de acordo com o quantitativo de educandos pactuados no termo de adesão cujo ciclo será de 2 ano e o repasse do recurso será único a cada ano do ciclo. Para receber qualquer repasse será necessário o registro de informações das ações realizadas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SISAB. No ciclo 2021/2022 do PSE foram pactuados 118 equipamentos educacionais pertencentes aos territórios adscritos das UBSF, totalizando 71.230 educandos.

Em relação à saúde bucal, através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o Ministério da Saúde disponibiliza recursos através de incentivos para ações estratégicas, onde contempla custeio para Equipe de Saúde Bucal (eSB), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

Segundo a Portaria nº 2.305, de 28 de agosto de 2020, o recurso de custeio para as eSB na ESF é de:

- Modalidade I (Cirurgião-dentista – CD e Auxiliar em Saúde Bucal – ASB ou Técnico em Saúde Bucal - TSB): R$ 2.453,00/mês/equipe;

- Modalidade II (Cirurgião-dentista – CD, Auxiliar em Saúde Bucal – ASB ou Técnico em Saúde Bucal – TSB e Técnico em Saúde Bucal – TSB): R$ 3.278,00/mês/equipe (não há tal modalidade em Campo Grande).

O incentivo financeiro mensal para o custeio das Equipes de Saúde Bucal (eSB) nas modalidades I com carga horária diferenciada, segundo critérios e regras estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica é de:

- Modalidade I - 20h (eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita

para uma eSF): R$ 1.226,50 (Campo Grande está em processo de transformação das equipes nas Unidades Básicas de Saúde – UBS para esta modalidade);

- Modalidade I - 30h (eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF): R$ 1.839,75 (não há tal modalidade em Campo Grande).

O recurso de implantação de equipes de Saúde Bucal – eSB na Estratégia de Saúde da Família – ESF é no valor de R$ 7.000,00 (parcela única) para investimento nas Unidades Básicas.

Cada Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) credenciado recebe recursos do Ministério da Saúde. Existem três tipos de CEO e cada um deles recebe um valor de incentivo para implantação e custeio:

- Incentivo de implantação (para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos):

- R$ 60 mil para CEO Tipo I (com 3 cadeiras odontológicas) (não há tal modalidade em Campo Grande);

- R$ 75 mil para CEO Tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas);

- R$ 120 mil para CEO Tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas).

- Incentivo de custeio mensal:

- R$ 8.250,00 para CEO Tipo I (não há tal modalidade em Campo Grande);

- R$ 11.000,00 para CEO Tipo II;

- R$ 19.250,00 para CEO Tipo III.

A portaria GM/MS nº 793 de 24/04/2012 da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como objetivo primordial a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Essa rede busca levar atendimento integral e de qualidade às pessoas com necessidades especiais.

No âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a toda pessoa com deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na Atenção Primária, que referência para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) apenas os casos que apresentarem necessidades de atendimento mais complexo.

Nesse sentido, a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem PRT MS/GM 1.341/2012, Anexo XLI), criou incentivos adicionais para os CEO que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Os incentivos são da seguinte ordem:

- R$ 1.650,00 mensais para o CEO Tipo I (não há tal modalidade em Campo Grande);

- R$ 2.200,00 mensais para o CEO Tipo II;

- R$ 3.850,00 mensais para o CEO Tipo III.

O Ministério da Saúde também repassa um recurso mensal para confecção de próteses dentárias, de acordo com uma faixa de produção:

- Entre 20 e 50 próteses/mês: R$ 7.500,00;

- Entre 51 e 80 próteses/mês: R$ 12.000,00;

- Entre 81 e 120 próteses/mês: R$ 18.000,00 (Campo Grande se encontra nessa faixa de produção, porém, está em processo de ampliação da produção e posterior solicitação de aumento de recebimento de recurso);

- Acima de 120 próteses/mês: R$ 22.500,00.

Em relação aos incentivos estaduais, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) repassa recursos para as eSB na ESF através do Decreto Estadual nº. 11.684, de 08 de setembro de 2004, conforme tabela abaixo:

Tabela 5. Incentivo Estadual de Equipe de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família (ESF), 2021

Cobertura populacional	Mod. I (mensal)	Mod. II (mensal)	17% acréscimo Mod. I	17% acréscimo Mod. II	Total Mod. I	Total Mod. II
0 a 29,9%	2.250,00	2.500,00	382,50	425,00	**2.632,50**	**2.952,00**
30 a 49,9%	2.450,00	2.700,00	416,50	459,00	**2.866,50**	**3.159,00**
50 a 69,9%	2.650,00	2.900,00	450,50	493,00	**3.100,50**	**3.393,00**
70 e mais	2.850,00	3.100,00	484,50	527,00	**3.334,50**	**3.627,00**

Fonte: Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica/SESAU/Campo Grande-MS, 2021.

Em Campo Grande-MS possui uma cobertura populacional de equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família de 53,52% (novembro/2020, última competência disponível no site do E-Gestor da Atenção Básica do Ministério da Saúde) e está recebendo R$ 3.100,50/mês/equipe.

O recurso de implantação de equipes de Saúde Bucal – eSB na Estratégia de Saúde da Família – ESF é no valor de R$ 3.000,00 (parcela única).

Já os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) recebem recurso de custeio do Estado mensalmente, conforme Decreto Estadual nº 12.979, de 05 de maio de 2010:

- R$ 3.300,00 para CEO Tipo I (não há tal modalidade em Campo Grande);

- R$ 4.400,00 para CEO Tipo II;

- R$ 7.700,00 para CEO Tipo III.

Os recursos referentes à contrapartida federal e estadual para custeio dos **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** municipais são repassados mediante transferência regular e automática do FNS para os respectivos fundos de saúde, após efetivo cadastramento do serviço junto ao Ministério da Saúde e de seu devido funcionamento, seguem abaixo as portarias utilizadas pela Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para implementação/implantação das ações e serviços**:**

As Portarias GM/MS com Repasses Financeiros Federais para o CAPS:

- ✓ 245/2005 - Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- ✓ 3089/2011 - Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- ✓ 3090/2011 - Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRT;
- ✓ 121/2012 - Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial;
- ✓ 130/2012 - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros;
- ✓ 148/2012 - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio;
- ✓ 1966/2013 - Altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011;
- ✓ Consolidação nº 06/2017 – Capítulo III – do financiamento da Rede de Atenção Psicossocial;
- ✓ 3588/2017 - Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

✓ Plano de Ação Regional – PAR/RAPS – 2019/2021.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) recebem mensalmente valores de custeio do Ministério da Saúde, com contrapartida do Governo Estadual, a contar de 11/04/2014.

As Portarias GM/MS com Repasses Financeiros Federais para as UPA:

• UPA Universitário – Portaria de Habilitação em custeio e Qualificação n. 448, de 20 de março de 2020;

• UPA Coronel Antonino – Portaria de Habilitação n. 571, de 11 de abril de 2014 e Portaria de Qualificação n. 506, de 24 de maio de 2020;

• UPA Vila Almeida – Portaria de Habilitação n. 587, de 11 de abril de 2014 e Portaria de Qualificação n. 506, de 24 de maio de 2020;

• UPA Moreninha – Portaria de Habilitação em custeio n. 1.049, de 18 de maio de 2020 e Portaria de Qualificação n. 52, de 09 de janeiro de 2020;

• UPA Leblon – Portaria de Habilitação n. 3.160, 29 de dezembro de 2016 e Portaria de Qualificação n. 506, de 24 de maio de 2020;

• UPA Santa Mônica – Portaria de Habilitação n. 3.161, de 29 de dezembro de 2016 e Portaria de Qualificação n. 506, de 24 de maio de 2020.

O **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Regional** de Campo Grande recebe mensalmente valores de custeio do Ministério da Saúde e Governo Estadual. Os municípios integrantes da Regional recebem por sua vez os custeios diretamente do Ministério da Saúde através de seus Fundos Municipais de Saúde.

Quadro 1 - Demonstrativo de custeio do SAMU Regional Campo Grande a partir da qualificação pela Portaria nº 552/2021.

Unidade	Quant.	Valor Unitário	Valor mensal recebido pelo Ministério da Saúde	Valor mensal recebido pelo Estado
Central de Regulação de Urgência - Habilitada e Qualificada	01	R$ 112.224,00	R$ 112.224,00	R$ 56.112,00
USB – Habilitada e Qualificada Campo Grande	10	R$ 21.919,00 (Cada USB)	R$ 219.190,00	R$ 109.595,00
USA - Habilitada e Qualificada	03	R$ 48.221,00 (Cada USA)	R$ 144.663,00	R$ 72.331,50
Motolância - Habilitada	02	R$ 7.000,00	R$ 14.000,00	R$ 7.000,00

Fonte: Portaria Consolidada/MS, n.6, Cap II- seção VI à IX, de 28 de setembro de 2017.

Na **Vigilância em Saúde** o recurso financeiro repassado pelo Ministério da Saúde e pactuado em CIB refere-se ao Piso Fixo da Vigilância em saúde, para custeio das ações de vigilância em saúde e 5% do valor anual destinado ao recurso salarial e EPIs aos agentes de endemias.

A Portaria nº 1.378, 09/07/2013 - Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de **Vigilância em Saúde** pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária com a manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância em Saúde condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), conforme regulamentações específicas.

Além disso, algumas áreas técnicas da Vigilância em Saúde, como os Serviços de Prevenção e Controle as IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais, Agravos à Saúde do Trabalhador, controle do *Aedes aegypti*, recebem recursos financeiros por meio de portarias específicas.

O município recebe também, recursos advindos do **Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)**, Portaria nº 1708, de Agosto de 2013.

Os recursos captados pela Vigilância Sanitária para fins de custeio são oriundos da previsão orçamentária de Recursos Federais procedentes da Portaria nº 1378/GM/MS, de 09/07/2013, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31/03/2014 - Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde; Portaria nº 3.086/2013; do Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVISA e dos repasses da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da microrregião de Campo Grande possui recurso financeiro específico proveniente da Portaria GM/MS n.º 27 de 01/10/2012 (convênio 201311) que habilita o CEREST Regional de Campo Grande-MS:

Tabela 6. Recurso Financeiro conforme Portaria GM/MS n.º 27 de 01/10/2012 - 2021

Nº	UF	Gestão	Município	Tipo	Repasse Mensal (R$1,00)	Repasse Anual (R$1,00)
207	MS	Municipal	Campo Grande	R	30.000,00	360.000,00
Total						360.000,00

Fonte: Portaria GM/MS n.º 27 de 01/10/2012 (convênio 201311), 2021.

Os Contratos e Convênios estabelecidos são regulamentados, entre outras, especialmente pelas Portarias nº 1.034/2010 que dispõe sobre a participação complementar

das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e nº 3.410/2013 que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

A previsão orçamentária estabelecida, de acordo com cada instrumento contratual, é destinada ao custeio de ações e serviços de saúde que são ofertados à Rede Municipal.

Os Hospitais Filantrópicos, em virtude da contratualização, recebem recursos pré-fixados, a título de custeio e incentivo, prestando contas das metas pactuadas para validação dos recursos repassados previamente. E também fazem jus aos recursos pós-fixados, pagos conforme produção realizada de procedimentos de Alta Complexidade ou financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

O CER/APAE é estabelecimento habilitado como CER IV, recebendo recurso mensal de custeio, conforme preconizado pela Rede de Atenção Psicossocial, além da produção aprovada e valorada o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA.

O IPED/APAE é o Serviço de Referência Estadual do Programa Estadual de Proteção à Gestante, recebendo custeio mensal dos serviços referente ao Programa, além da produção aprovada e valorada o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA.

O Hospital Nosso Lar recebe, além da produção de serviços de saúde apurada nos Sistemas de Informação SIA e SIHD (Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado), um recurso de custeio para manter a oferta de alguns leitos exclusivamente ao município de Campo Grande.

No cenário atual os recursos financeiros disponibilizados para rede complementar não são suficientes para os serviços que a Rede Municipal de Saúde necessita contratar, os últimos aportes financeiros realizados pela Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul e pela Prefeitura Municipal de Campo Grande foram alocados no componente de custeio, não havendo ampliação da oferta de serviços.

2.10 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Desde novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Resolução n. 330/2003, resolveu aplicar os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito SUS.

Com o tema **"**Democracia, Trabalho e Educação na Saúde para o Desenvolvimento: Gente que faz o SUS acontecer**",** a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde teve sua etapa nacional no ano 2024, onde os desafios mobilizou todas as regiões de saúde do Brasil com foco na educação permanente das equipes de saúde para o aprimoramento do trabalho e do cuidado, além da revisão dos processos de formação de profissionais da saúde. No município de Campo Grande realizou em abril de 2025 a 2ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com tema principal Saúde do trabalhador e da trabalhadora como direito humano.

Gestão do Trabalho é uma área de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que trata das questões relacionadas aos trabalhadores (as) que atuam na política de saúde pública. Compreende o planejamento, a organização e a execução das ações relativas à valorização do trabalhador e à estruturação do processo de trabalho institucional, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A Gestão do Trabalho é um eixo estratégico e imprescindível à qualidade da prestação de serviços, programas, projetos, benefícios no âmbito do SUS, onde possui uma importante dimensão relacional e seus trabalhadores (as) são os principais mediadores entre o direito e os usuários (as) da política.

Tabela 01 - Número de servidores, vínculo de trabalho e jornada de trabalho referente ao exercício de março de 2025.

ORD	CARGO	VÍNCULO	JORNADA DE TRABALHO	QUANTIDADE
1	ADMINISTRADOR	CONCURSO	240	6
2	AGENTE ADMINISTRATIVO	MUNICIPALIZACAO	240	1
3	AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	CONCURSO	240	1.486
		CONT IND	240	3
4	AGENTE DE ATIVIDADES EDUCACIONAIS	CONCURSO	240	3
5	AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS	CONCURSO	240	533
6	AGENTE DE SAUDE PUBLICA	CONCURSO	240	60
		MUNICIPALIZACAO	240	6
7	AGENTE FISCAL SANITARIO	CONCURSO	240	43
8	AJUDANTE DE OPERACAO	CONCURSO	240	90
9	ARQUITETO	CONCURSO	240	2
10	ARTIFICE DE COPA E COZINHA	CONCURSO	240	3
11	ASSESSOR GOVERNAMENTAL I	NOMEACAO	240	7
12	ASSESSOR GOVERNAMENTAL III	NOMEACAO	240	11
13	ASSESSOR GOVERNAMENTAL IV	NOMEACAO	240	34
14	ASSESSOR-CHEFE	NOMEACAO	240	4
15	ASSESSOR-EXECUTIVO II	NOMEACAO	240	7
16	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO I	CONCURSO	240	12
17	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO II	CONCURSO	240	251
18	ASSISTENTE DE SERVICOS DE SAUDE	CONCURSO	240	370
19	ASSISTENTE DE SERVICOS DE SAUDE I	MUNICIPALIZACAO	240	2
20	ASSISTENTE DE SERVICOS DE SAUDE II	MUNICIPALIZACAO	240	1
21	ASSISTENTE SOCIAL	CONCURSO	180	90
			240	2
		CONT TEMP	180	51
22	ATIVIDADES DE ASSISTENCIA E ASSES SUPERIOR	REQUISITADO	240	13
23	AUDITOR DE CONTROLE INTERNO	CONCURSO	240	1
24	AUDITOR DE SERVICOS DE SAUDE	CONCURSO	240	21
25	AUXILIAR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO	CONT TEMP	240	62
26	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	CONCURSO	240	12
27	AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	CONT TEMP	240	21
28	AUXILIAR DE SANEAMENTO II	MUNICIPALIZACAO	240	1
29	AUXILIAR DE SERVICOS DIVERSOS	CONCURSO	240	36
30	AUXILIAR EM SAUDE BUCAL	CONCURSO	240	245
31	AUXILIAR SOCIAL I	CONCURSO	240	10
32	AUXILIAR SOCIAL II	CONCURSO	240	51

ORD	CARGO	VÍNCULO	JORNADA DE TRABALHO	QUANTIDADE
33	CEDENCIA - AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	CONVENIO	240	2
34	CEDENCIA - ASSISTENTE DE ATIVIDADES EDUCACIONAIS	COOPERACAO MUTUA	240	1
35	CEDENCIA - ENFERMEIRO	CONVENIO	240	1
36	CEDENCIA - NUTRICIONISTA	CONVENIO	240	1
37	CIRURGIAO DENTISTA	MUNICIPALIZACAO	240	1
38	CUIDADOR EM SAUDE MENTAL	CONT TEMP	180	77
39	DIGITADOR	CONCURSO	240	1
40	ECONOMISTA	CONCURSO	240	1
41	ELETRICISTA	CONCURSO	240	5
42	ENCANADOR	CONCURSO	240	1
43	ENCARREGADO GOVERNAMENTAL	OPTANTE CONCURSO	240	5
44	ENFERMEIRO	CONCURSO	240	520
45	ESTAGIARIO	CONT TEMP FUNAR	120	2
		CONT TEMP IEL	120	5
		CONT TEMP PMCG	120	17
		CONT TEMP SKILL	120	3
46	FARMACEUTICO	CONCURSO	240	135
47	FARMACEUTICO-BIOQUIMICO	CONCURSO	240	15
48	FISCAL SANITARIO	CONCURSO	240	26
49	FISIOTERAPEUTA	CONCURSO	180	23
		CONT TEMP	180	6
50	FONOAUDIOLOGO	CONCURSO	240	29
51	GERENTE	NOMEACAO	240	1
52	GESTOR DE OPERAÇÕES - DESENHISTA/PROJETISTA	CONT TEMP	240	1
53	GESTOR DE PROCESSO	NOMEACAO	240	42
54	GESTOR DE PROJETO	NOMEACAO	240	13
55	GESTOR OPERACIONAL	OPTANTE CONCURSO	240	1
56	GUARDA DE ENDEMIAS	MUNICIPALIZACAO	240	18
57	INSTRUTOR FORMACAO ESPECIAL	CONCURSO	240	1

ORD	CARGO	VÍNCULO	JORNADA DE TRABALHO	QUANTIDADE
58	MAIS MEDICO	CONT TEMP	240	66
59	MEDICO	CONCURSO	54	189
			120	86
			144	130
			240	40
		CONT TEMP	240	2
		CONVOCACAO	54	33
			144	832
			240	50
		MUNICIPALIZACAO	120	2
60	MEDICO AUDITOR	CONCURSO	240	2
61	MEDICO PLANTONISTA RESIDENTE	CONVOCACAO	54	13
62	MEDICO VETERINARIO	CONCURSO	240	12
63	MOTORISTA	CONCURSO	240	48
		CONT TEMP	240	18
64	MOTORISTA DE VEICULOS PESADOS	CONT TEMP	180	11
			240	9
65	MOTORISTA DE VEÍCULOS PESADOS	CONCURSO	240	29
66	NUTRICIONISTA	CONCURSO	240	17
		CONT TEMP	240	8
67	ODONTOLOGO	CONCURSO	120	99
			240	162
		MUNICIPALIZACAO	240	1
68	ODONTÓLOGO	CONT TEMP	120	8
69	ODONTÓLOGO PSF	CONT TEMP	240	17
70	OPERADOR DE TELEATENDIMENTO	CONT TEMP	180	30
71	PEDREIRO	CONT TEMP	240	12
72	PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA	CONCURSO	240	17
73	PROGRAMADOR DE SISTEMAS	CONCURSO	240	3
74	PSICOLOGO	CONCURSO	240	48
		CONT TEMP	240	24
75	SECRETARIO MUNICIPAL	NOMEACAO CEDIDOS	240	1
76	SUPERINTENDENTE	NOMEACAO	240	1
77	TECNICO DE ENFERMAGEM	CONCURSO	240	936
78	TECNICO DE IMOBILIZACAO ORTOPEDICA	CONCURSO	240	7
		CONT TEMP	240	1
79	TECNICO DE NECROPSIA	CONCURSO	240	3
80	TECNICO DE SEGURANCA DO TRABALHO	CONCURSO	240	3

ORD	CARGO	VÍNCULO	JORNADA DE TRABALHO	QUANTIDADE
81	TECNICO EM LABORATORIO	CONCURSO	240	16
82	TECNICO EM PROTESE DENTARIA	CONCURSO	240	4
83	TECNICO EM RADIOLOGIA	CONCURSO	108	77
84	TECNICO EM SAUDE BUCAL	CONCURSO	240	12
85	TECNICO ESPECIALIZADO - EQUIPAMENTO ODONTOLOGICO	CONCURSO	240	2
86	TELEFONISTA	CONCURSO	240	2
87	TERAPEUTA OCUPACIONAL	CONCURSO	180	10
88	TÉCNICO DE OPERAÇÕES - ELETRICISTA	CONT TEMP	240	1
89	PROFISSIONAIS PRIMT	CONT TEMP	240	254
90	RESIDENTES	CONT TEMP	--	237
Total Geral				**8.090**

Fonte: Sistema de Gestão de Recursos Humanos ERGON 31.03.2025.

Informamos que todas as ações da Gestão do trabalho na SESAU/CG, tem como finalidade de atender as diretrizes e os objetivos presentes no Plano Municipal de Saúde – PMS, principalmente no que diz respeito à manutenção de recursos humanos.

Apresentamos abaixo, em caráter de informação, as principais diferenças entre as modalidades de convocação, contrato por tempo determinado e nomeação através de certame público (efetivos/estatutários) na Secretaria Municipal de Saúde:

I – Convocação

Modalidade prevista no Estatuto do Servidor Público Municipal, através do art. 293, inciso V, da Lei Complementar n. 190, de 22 de dezembro de 2011, e regulamentada pelo Decreto n. 12.228, de 18 de novembro de 2013, que dispõem sobre a convocação de profissionais da medicina, por um período de até 06 (seis) meses, sendo permitida a renovação, para ocupar posto de trabalho vago em Unidades da Rede de Atendimento da Atenção Primária à Saúde, nos Centros Regionais de Saúde e/ou Unidades de Pronto Atendimento da Rede de Urgência e Emergência e/ou com apoio financeiro de organismo integrante da administração federal e estadual.

Os candidatos à função de médico deverão estar devidamente inscritos no Cadastro de Médicos Temporários da PMCG, a convocação será formalizada e publicada em Diário Oficial (DIOGRANDE) e os percebimentos salariais serão pagos pelo Tesouro Municipal (Fonte 01).

II – Contratação por Tempo Determinado

Modalidade prevista no Estatuto do Servidor Público Municipal, através dos arts. 292 e 293, da Lei Complementar n. 190, de 22 de dezembro de 2011, a Contratação por Tempo Determinado atende à necessidade temporária de excepcional interesse público, de

conformidade com o disposto no inciso IX, do art. 37, da Constituição Federal, e tem como objetivo de garantir a prestação de serviços públicos essenciais à comunidade.

A Contratação por Tempo Determinado é realizada em caráter temporário e a seleção ocorrerá através de Processo Seletivo Simplificado, devidamente publicado em DIOGRANDE e divulgado na página oficial da PMCG e meios de comunicação.

O candidato admitido será submetido ao regime jurídico-administrativo em conformidade ao § 3°, do art. 39, da Constituição Federal e pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sua contratação será formalizada e publicada em Diário Oficial (DIOGRANDE) e os percebimentos salariais serão pagos pelo Tesouro Municipal (Fonte 01) e/ou com apoio financeiro de organismo integrante da administração federal e estadual.

III – Nomeação através de Certame Público (Efetivo/Estatutário)

Modalidade prevista e regida pelo Estatuto do Servidor Público Municipal, Lei Complementar n. 190, de 22 de dezembro de 2011, o servidor nomeado através de Certame Público ocupará cargo efetivo com vínculo indeterminado, cujos direitos, deveres e responsabilidade estão previstas na legislação instituidora do regime jurídico estatutário.

A investidura no cargo público depende de aprovação prévia em Certame Público, de provas ou de provas e títulos, aberto ao público em geral, conforme publicação de Edital de Abertura no DIOGRANDE e divulgado na página oficial da PMCG e meios de comunicação. No ano de 2024, a Secretaria Municipal de Saúde convocou profissionais de saúde aprovados no Concurso Público SESAU 2019 (Edital n. 01/2019).

O servidor admitido será submetido ao regime jurídico-administrativo estatutário e inserido no Regime Previdenciário Municipal vinculado ao Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande – IMPCG. A nomeação será formalizada e publicada em Diário Oficial (DIOGRANDE) e os percebimentos salariais serão pagos pelo Tesouro Municipal (Fonte 01) e/ou com apoio financeiro de organismo integrante da administração federal e estadual.

Em relação aos profissionais Estatutários e Empregados Públicos (0101, 0102), no período de 2.018 a 2.024 ocorreu um aumento no número de profissionais de saúde, devido às vagas de expansão para atender as novas unidades da Atenção Primária de Saúde, da Urgência/Emergência e Serviços Técnicos/Administrativos desta Secretaria Municipal de Saúde. Realizamos também a reposição das vacâncias (aposentadorias, demissões, exonerações e/ou falecimentos) através de convocação de profissionais aprovados no Certame Público SESAU/2019.

O aumento no número de profissionais de saúde registrados nos SCNES, também se deve à publicação da Resolução SESAU n. 453, de 21 de fevereiro de 2019, que dispõe sobre o cadastramento de servidores no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – SCNES, com a implantação dos Fluxos de Entrega das

Fichas 8/14, a fim de diminuir em “zero” o número de profissionais que atuam na SESAU e que não estão devidamente registrados no SCNES.

Em relação aos profissionais de saúde Bolsistas ocorreu um aumento no número de Bolsistas a partir de 2.020, com a inserção dos beneficiários do Programa de Inclusão ao Mercado de Trabalho – PRIMT nas unidades da Atenção Primária de Saúde e de Urgência/Emergência para atuarem como Apoio Operacional, conforme previsto na Lei n. 6.923, de 14 de setembro de 2022, no Decreto n. 15.462, de 20 de dezembro de 2.022 e Lei n. 7.074, de 07 de julho de 2.022, que dispõe e regulamenta o Programa de Inclusão ao Mercado de Trabalho – PRIMT no município de Campo Grande – MS, mantendo 254 (duzentos e cinquenta e quatro) beneficiários lotados na SESAU em 31/12/2024.

Em relação aos profissionais Residentes e Estagiários, o aumento número destes profissionais a partir de 2.019 se deve à implantação dos Programas de Saúde vinculados à Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e Ministério da Saúde na Atenção Primária de Saúde, como o Projeto TEIAS “Territórios Integrados de Atenção à Saúde”, com inclusão de residentes em Médicos de Família e Comunidade, Saúde Mental, multiprofissionais de Saúde da Família e multiprofissionais de Saúde Mental. Além do Projeto TEIAS, a SESAU conta com Médicos Residentes da Santa Casa, Médicos Residentes da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, Residentes Multiprofissionais da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS e Residentes de Enfermagem da Faculdade NOVOESTE. Ocorreu a permanência estagiários selecionados através do Processo Seletivo Simplificado publicado no Edital n. 01/2024-01/GEPEP/SEGES, DIOGRANDE n. 7.364, de 24 de janeiro de 2024.

Educação em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) compreende que a qualificação dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) deve estar articulada às necessidades reais dos territórios, dos trabalhadores e dos usuários, sendo entendida como uma estratégia fundamental para a transformação das práticas de saúde. Essa transformação não se restringe a aspectos técnicos e operacionais, mas também nos modos de fazer e de cuidar, nas formas de ensinar e aprender, e na valorização dos saberes dos diversos sujeitos envolvidos na produção do cuidado.

Dessa forma, torna-se imprescindível a manutenção de processos contínuos de capacitação, qualificação e formação dos profissionais de saúde, com vistas à construção de práticas mais resolutivas, críticas e comprometidas com os princípios do SUS. A educação permanente deve estar integrada ao cotidiano dos serviços e ser pautada na problematização das práticas, favorecendo o aprendizado significativo e emancipador. Nessa perspectiva, o profissional de saúde é compreendido como sujeito ativo de sua formação, responsável por

buscar estratégias que potencializem a resolutividade das ações e serviços de saúde, em consonância com as demandas da população e os princípios da equidade, integralidade e participação social.

O apoio institucional tem se consolidado como ferramenta estratégica para o fortalecimento da gestão participativa e para a qualificação dos processos de planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ao promover espaços coletivos de escuta, diálogo e articulação entre os diferentes atores da rede, o apoio institucional da Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde contribui para a produção de práticas inovadoras, para a redefinição de conceitos e tecnologias e para o fortalecimento da autonomia e do protagonismo dos trabalhadores da saúde.

Nesse contexto, a Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde tem atuado de forma propositiva no estímulo à formação e qualificação dos servidores municipais, por meio da oferta de cursos técnicos, especializações e outras modalidades de educação. Essa iniciativa visa consolidar uma força de trabalho mais preparada, capaz de tomar decisões baseadas em evidências, identificar benefícios e riscos das intervenções em saúde, analisar custos e impactos, e apoiar o monitoramento e avaliação das políticas e ações implementadas no território.

Com base na Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, que institui o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), destaca-se a importância da articulação entre estados, municípios e instituições formadoras, no sentido de desenvolver ações que qualifiquem os trabalhadores da saúde, alinhadas às necessidades do SUS e ao fortalecimento da gestão do trabalho e da educação em saúde.

Complementarmente, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-Pop) reforça a centralidade do diálogo, da escuta ativa e do reconhecimento dos saberes populares como fundamentos para a construção de práticas mais humanizadas, participativas e democráticas. Ao integrar os princípios da educação popular às ações de formação em saúde, amplia-se o potencial transformador da educação, favorecendo a autonomia dos sujeitos, a corresponsabilização pelo cuidado e o fortalecimento do controle social.

Portanto, reafirma-se a importância de consolidar, em todos os níveis de atenção à saúde, modelos de educação que promovam a reflexão crítica sobre as práticas, a valorização dos saberes plurais e o compromisso ético com a melhoria da qualidade dos serviços. A educação em saúde, em sua dimensão permanente e popular, é eixo estruturante para o fortalecimento do SUS e para a garantia do direito à saúde com justiça social.

A manutenção do Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Ministério da Saúde, através do projeto Qualifica APS, permitiu continuidade no processo de aprendizagem

no cotidiano no trabalho, abrangendo a formação em Pós-Graduação em Saúde em nível de residência, exclusivamente na atenção primária, configurando 40 vagas/ano para residência médica em Medicina de Família e Comunidade e 47 vagas/ano para a residência multiprofissional em Saúde da Família.

2.11 CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE

A importância representada tanto pela ciência como pela tecnologia transcende qualquer análise mais primária do conhecimento. Com o desenvolvimento paralelo de ambas, ciência e tecnologia, é possível progredir na produção e inovação em saúde, no intuito de buscar soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar a qualidade, resolutividade e acesso da população.

Neste contexto, é necessário continuar o investimento em tecnologia, tanto quanto Hardware, Software e Infraestrutura de Dados de maneira a otimizar o fluxo e proteger a fidedignidade das informações, visto a gama de sistemas de processamento de informações disponibilizados pelo Ministério da Saúde/DATASUS. Com o avanço da tecnologia, diversos serviços e softwares necessitam de integração em tempo real para que estejam alinhados com as exigências das Portarias Ministeriais e assim permitir de modo transparente todas as informações aos gestores e aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A partir da Portaria de Consolidação nº 1, que estabelece o Plano de Saúde como instrumento central de planejamento e norteador das políticas públicas para o setor, é fundamental destacar o papel estratégico da Coordenadoria Geral de Soluções em Tecnologia da Informação (CGSTI) da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (MS) no processo de fortalecimento da ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde.

Considerando que o Plano de Saúde deve refletir as necessidades da população a partir de um diagnóstico situacional, a atuação da CGSTI torna-se essencial na coleta, organização, tratamento e análise dos dados em saúde, permitindo a construção de diagnósticos mais precisos, integrados e atualizados. A utilização de ferramentas tecnológicas como sistemas de informação interligados (PEC, e-SUS, SIAB, CNES, etc.), bem como o desenvolvimento de painéis de BI (Business Intelligence), viabiliza a identificação de demandas reprimidas, padrões epidemiológicos, distribuição de recursos e fragilidades da rede assistencial. A integração de informações provenientes dos sistemas locais e nacionais de saúde permitirá uma análise crítica e territorializada das necessidades da população, tornando o plano mais eficaz e aderente à realidade municipal.

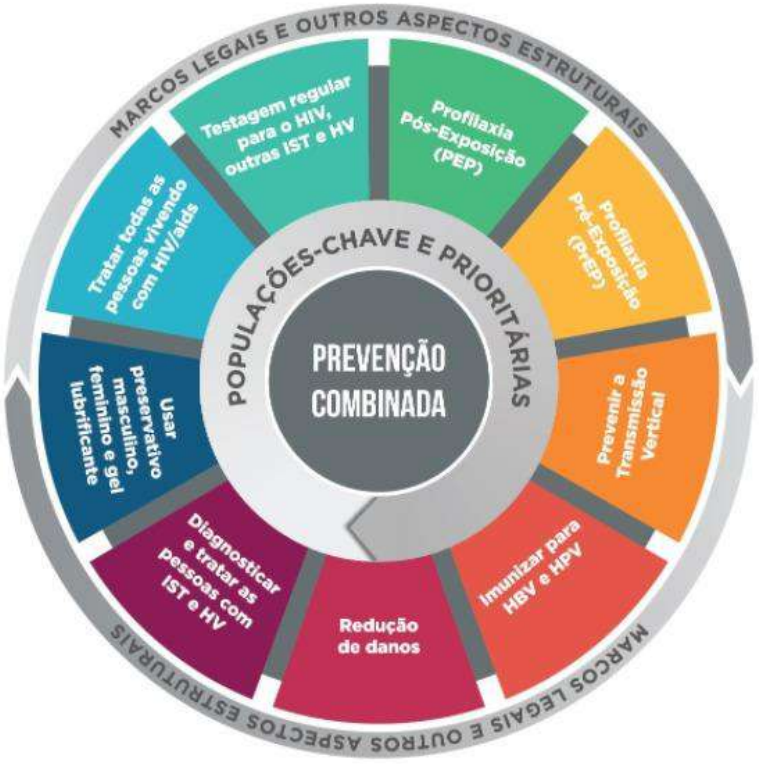
Além disso, a CGSTI tem papel determinante na implementação de inovações como Unidades Inteligentes de Saúde, que integram monitoramento em tempo real, inteligência artificial e conectividade com centrais de gestão. Tais soluções possibilitam a gestão proativa dos serviços de saúde, promovendo intervenções mais rápidas e eficazes, melhorando o acesso, a qualidade e a resolutividade dos atendimentos.

No campo da ciência e inovação, a coordenadoria também pode fomentar parcerias com universidades, startups e centros de pesquisa, contribuindo para o desenvolvimento de

soluções tecnológicas aplicadas à saúde pública, além de garantir a infraestrutura digital necessária para suportar novas iniciativas, como telemedicina, interoperabilidade de dados e sistemas preditivos.

No contexto em Vigilância Epidemiológica, no que tange a Prevenção e Controle, os enfrentamentos relacionados ao HIV/AIDS, tuberculose, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) constituem desafios globais que exigem abordagens inovadoras e eficazes. Nesse contexto, as tecnologias inovadoras têm desempenhado um papel fundamental na prevenção, diagnóstico, tratamento e conscientização sobre essas doenças.

A prevenção é a primeira linha de defesa contra o HIV/AIDS e outras ISTs. Entre as tecnologias de prevenção mais promissoras estão: Profilaxia Pré-Exposição (PrEP): Um medicamento antirretroviral que pode ser tomado diariamente para prevenir a infecção pelo HIV; Profilaxia Pós-Exposição (PEP): Um tratamento antirretroviral que pode ser iniciado após uma exposição ao HIV para prevenir a infecção; Vacinas contra o HIV: Pesquisadores estão trabalhando no desenvolvimento de vacinas que possam prevenir a infecção pelo HIV; Microbicidas: Produtos químicos que podem ser aplicados topicamente para prevenir a infecção pelo HIV; Anéis vaginais: Dispositivos que liberam medicamentos antirretrovirais para prevenir a infecção pelo HIV e Preservativos: Uso de preservativos externo e internos para prevenir a transmissão de ISTs.



É fundamental destacar que a prevenção combinada é a melhor estratégia para evitar a infecção pelo HIV e outras ISTs. Isso inclui intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais. As Intervenções biomédicas utilizam antirretrovirais, preservativos e outros métodos para reduzir o risco de exposição. As Intervenções comportamentais incentivam o uso de preservativos, aconselhamento sobre HIV/AIDS e outras ISTs, testagem rápida e adesão às intervenções biomédicas. As Intervenções estruturais são ações de enfrentamento ao racismo, sexismo, LGBTfobia e demais preconceitos, promoção e defesa dos direitos humanos.

O diagnóstico precoce é crucial para o tratamento eficaz do HIV/AIDS e outras doenças. As tecnologias de diagnóstico incluem: Testes rápidos de HIV que podem detectar a presença do HIV em uma amostra de sangue ou saliva em minutos; Testes de carga viral que medem a quantidade de HIV no sangue para monitorar a eficácia do tratamento; Testes de resistência que identificam mutações no HIV que podem tornar o tratamento menos eficaz; Testes de diagnóstico molecular que detectam o material genético de patógenos, como HIV e hepatite C; Testes de imagem como uso de radiografias e ultrassonografias, para diagnosticar doenças como tuberculose e o uso de Biomarcadores para detectar doenças em estágios iniciais.

O tratamento eficaz é fundamental para controlar a replicação do HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, avanços ocorrem na Terapia antirretroviral (TARV), tratamento que combina vários medicamentos para suprimir a replicação do HIV; Medicamentos de ação prolongada que podem ser administrados em intervalos mais longos, como injeções ou implantes.

E por fim, as Tecnologias de Educação e Conscientização são essenciais para prevenir a transmissão de doenças e promover o tratamento, isso inclui investimentos em Aplicativos de saúde que fornecem informações sobre doenças e promovem a prevenção e o tratamento; Plataformas de educação online que oferecem cursos e recursos educacionais sobre doenças e Campanhas de conscientização que visam aumentar a conscientização sobre doenças e promover a prevenção e o tratamento.

Essas tecnologias inovadoras estão em conformidade com a Meta United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS) 95-95-95 cujos objetivos globais são acabar com a epidemia de HIV/AIDS como uma ameaça à saúde pública. Essas metas incluem 95% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas: Isso significa que 95% das pessoas que vivem com HIV devem saber sobre sua condição; 95% das pessoas diagnosticadas em tratamento: Das pessoas que sabem que vivem com HIV, 95% devem estar recebendo tratamento antirretroviral e 95% das pessoas em tratamento com carga viral suprimida: Das pessoas que estão em tratamento, 95% devem ter a carga viral suprimida, o que significa que o vírus está sob controle e não pode ser transmitido facilmente. Em 2023, os dados globais mostraram progresso em direção a essas metas. Observou-se 86% das pessoas vivendo com HIV conheciam seu status

sorológico; 89% das pessoas que conheciam seu status sorológico estavam em tratamento e 93% das pessoas em tratamento tinham carga viral suprimida.

As tecnologias inovadoras têm desempenhado um papel fundamental no combate ao HIV/AIDS, tuberculose, hepatites virais e ISTs. Embora haja progresso em direção às metas globais, ainda existem desafios a serem superados, especialmente em certas populações e em relação aos determinantes sociais que afetam o acesso ao tratamento e à prevenção. É fundamental continuar investindo em tecnologias inovadoras e em estratégias de educação e conscientização para acabar com a epidemia de HIV/AIDS e outras doenças como uma ameaça à saúde pública.

O Serviço de Doenças e agravos não Transmissíveis (DANT), com o intuito de divulgar suas ações e informar a população sobre a temática das doenças crônicas e seus fatores de risco, começou a utilizar as redes sociais, como o Instagram, realizando postagens regulares sobre as doenças crônicas e seus fatores de risco, com base no calendário da saúde.

Em 2023 foi publicado o “Plano de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis de Campo Grande-MS -2023-2025, de elaboração técnica do serviço, com colaboração do grupo condutor municipal da rede de doenças crônicas. Em 2024 foi produzido o “Relatório morbimortalidade por DCNT em Campo Grande – MS.

A produção científica também é um dos focos do serviço, com dois artigos publicados em 2023, e um artigo publicado em 2024. Também foram realizados Boletins Epidemiológicos, que foram disponibilizados em meios de comunicação, com os temas: Hábitos de vida dos servidores das UPAS e CRSs (2022), Doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco (2023), Neoplasias malignas e seus fatores de risco e a magnitude das doenças cardiovasculares, ambos publicados em 2024.

Com o propósito de debater a temática das doenças crônicas e seus fatores de risco com os profissionais da saúde, foram realizados o I Seminário de Doenças Crônicas não Transmissíveis em 2022, o II Seminário em 2023, voltados aos profissionais da atenção primária, da rede municipal de saúde e comunidade acadêmica e o III Seminário em 2025 com foco nos gerentes e profissionais assistenciais da Atenção Primária à Saúde.

Ainda relacionada a ações de promoção e prevenção, o serviço conta com o Projeto ‘DANT em Foco’ que aborda temas relacionados às DCNT nas instituições e empresas de Campo Grande. Em 2023 feita pareceria com o CEREST regional, onde foi realizada oficinas de promoção à saúde e prevenção das DCNT para os servidores do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ). Em 2024 em parceria com a Gerência de Saúde do Servidor (GERSAU), o serviço realizou palestras e rodas de conversas sobre adoção de hábitos saudáveis de vida, para os servidores do Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde. Feita também parceria com o Núcleo de Atenção Biopsicossocial da Guarda Civil Metropolitana, sendo realizadas ações na Secretaria Especial de Segurança e Defesa Social e nas sete Regiões Urbanas

Operacionais da Guarda Municipal: Centro, Lagoa, Anhanduizinho, Imbirussu, Segredo, Bandeira e Prosa, totalizando 224 servidores. Ainda nesse ano realizada parceria com o Instituto Mirim, onde o serviço levou informações sobre impacto do cigarro eletrônico para o desenvolvimento das DCNT a mais de mil jovens aprendizes.

O serviço ainda avançou na implementação do Sistema VigiCan, com a finalidade de monitorar casos incidentes de pacientes oncológicos no município de Campo Grande. Em 2022 e em 2024 realizados ciclos de capacitações aos servidores dos UNACON (Hospital do Câncer; Hospital Regional de Mato Grosso do Sul; Santa Casa e Hospital Universitário) em parceria com a Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação de Campo Grande (AGETEC).

A **Coordenadoria de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS-CG),** realizou inovações na área de ciência e tecnologia nos processos de trabalho dos cinco Serviços.

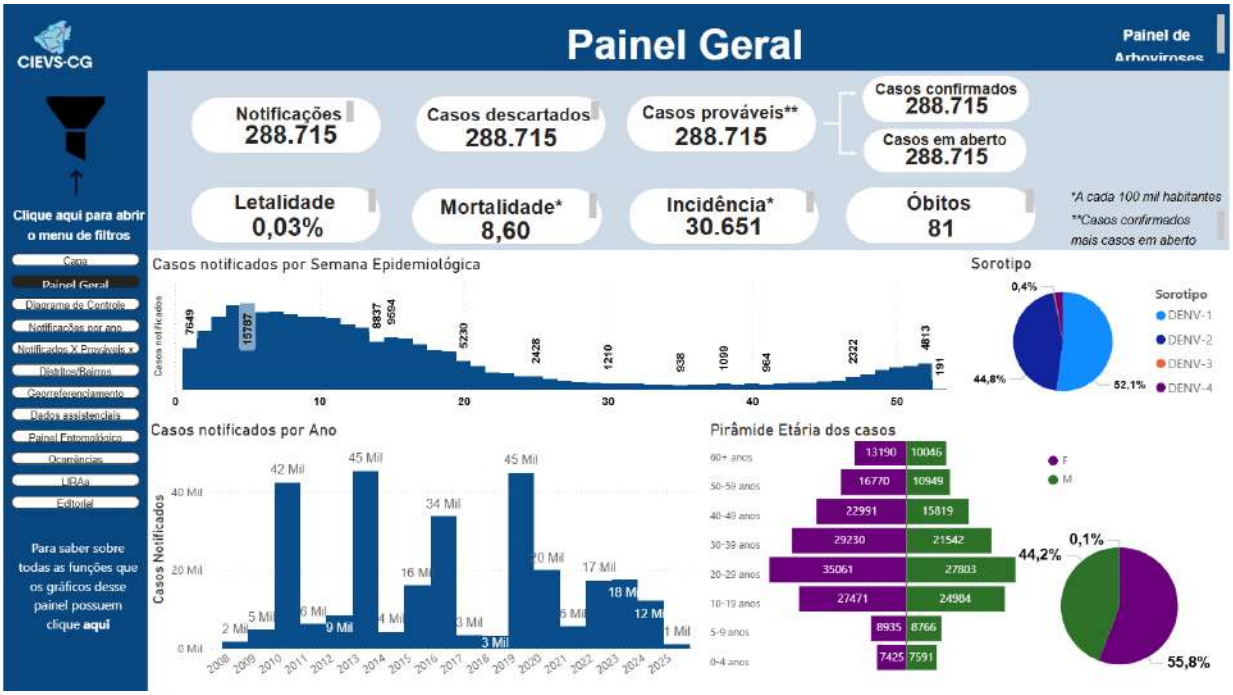
O Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema único de Saúde (EpiSUS) nível Fundamental foi implantado no 2º semestre de 2023 para aprimorar a capacidade de detecção, resposta e comunicação de problemas de saúde pública, colaborando para o fortalecimento do raciocínio epidemiológico e a preparação para as emergências em saúde pública. Foi a terceira estratégia descentralizada do nível nacional em âmbito municipal. Este programa visa formar epidemiologistas de campo focado no desempenho das funções de vigilância em saúde durante o serviço dos profissionais de saúde de todos os âmbitos.

A partir da recomendação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em implementar a vigilância baseada em eventos para complementar a vigilância baseada em indicadores, a CIEVS-CG implantou a vigilância de rumores em mídias em 2021 e tem se dedicado a novas estratégias de comunicação para informar os profissionais de saúde em tempo real das possíveis emergências em saúde pública em âmbito internacional, nacional, estadual e municipal. A partir da detecção destes rumores há a elaboração de Clippings diários com os rumores mais relevantes a saúde pública, veiculados na página de Instagram do serviço (instagram.com/cievs_cg) e no site.

Desde 2021 foi implementado o Comitê de Monitoramento de Eventos (CME) que apresenta e discute mensalmente a situação de saúde do município de Campo Grande com base nos rumores e eventos detectados, avaliados e monitorados. O Comitê possui em sua constituição um corpo colegiado que reúne diversos agentes do setor saúde bem como agentes externos a SESAU como Defesa Civil, Conselho Municipal de Saúde, ANVISA, SEMED, SAS, afim de estimular a integração de diversas áreas em prol da melhoria da saúde pública do município. As reuniões ocorriam na SESAU mas a partir de 2025, a inovação implementada é

o CME itinerante, reuniões no próprio território como Unidade de Saúde, Hospitais e outros locais para oportunizar a participação e melhor conhecimento da atuação do Comitê.

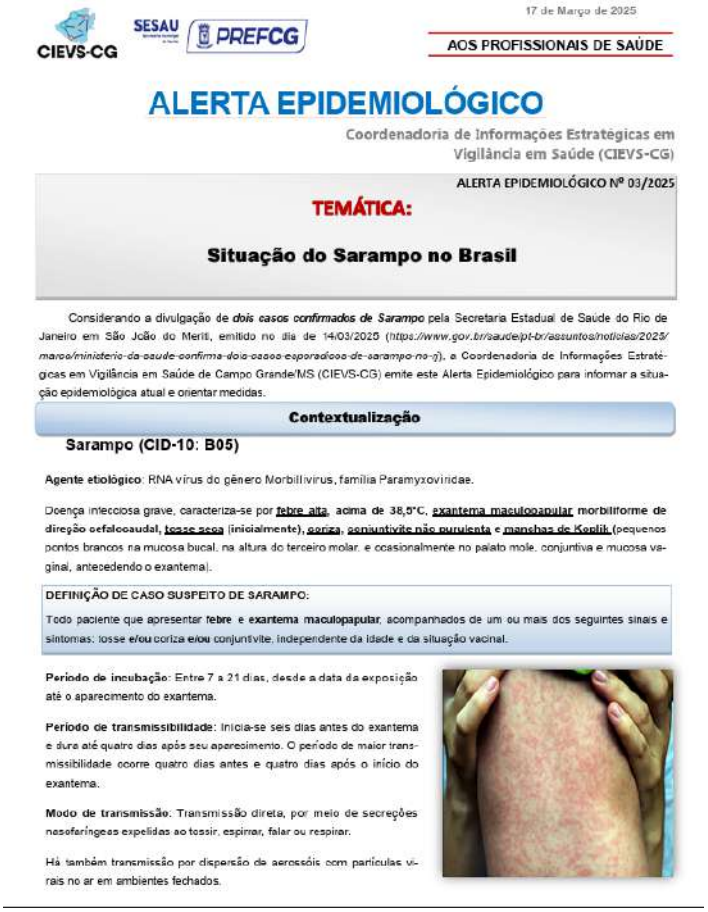
A partir da Análise de Situação de Saúde municipal a inovação tecnológica oportunizada desde 2023 foi a construção e aperfeiçoamento dos painéis de monitoramento da situação de saúde. Os painéis são disponibilizados de forma online no endereço https://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/sec-artigos/04-paines-de-monitoramento e são atualizados diariamente com dados de vigilância em saúde para garantir acesso rápido à situação de saúde de Campo Grande. Segue abaixo o exemplo de um dos painéis disponíveis:



Outro avanço relacionado à criação de novas estratégias para que documentos norteiem a atuação dos profissionais de saúde é a produção e divulgação de boletins epidemiológicos periódicos, fornecendo uma análise aprofundada e difundindo sobre o cenário epidemiológico de Campo Grande relacionado a um agravo. Os boletins são amplamente divulgados na sua data de publicação por meio das listas de transmissão do WhatsApp e Instagram do setor boletins estão disponíveis de forma online no endereço https://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/sec-artigos/cievs-cg-boletins-epidemiologicos/.
Segue exemplo de boletim publicado:



Outro avanço é a produção e divulgação de Alertas Epidemiológicos ao detectar uma mudança no padrão clínico epidemiológico de algum agravo com potencial de disseminação no território do município de Campo Grande a fim de alertar e sensibilizar os profissionais de saúde sobre aquele agravo. Os alertas são amplamente divulgados na sua data de publicação por meio das listas de transmissão do WhatsApp e Instagram do setor, e ficam disponíveis no endereço https://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/sec-artigos/cievs-cg-alerta/. Segue exemplo de alerta produzido:



CIEVS-CG SESAU PREFCG

17 de Março de 2025

AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ALERTA EPIDEMIOLÓGICO

Coordenadoria de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS-CG)

ALERTA EPIDEMIOLÓGICO Nº 03/2025

TEMÁTICA:

Situação do Sarampo no Brasil

Considerando a divulgação de ***dois casos confirmados de Sarampo*** pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro em São João do Meriti, emitido no dia de 14/03/2025 (*https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/ministerio-da-saude-confirma-dois-casos-esporadicos-de-sarampo-no-rj*), a Coordenadoria de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Campo Grande/MS (CIEVS-CG) emite este Alerta Epidemiológico para informar a situação epidemiológica atual e orientar medidas.

Contextualização

Sarampo (CID-10: B05)

Agente etiológico: RNA vírus do gênero Morbillivirus, família Paramyxoviridae.

Doença infecciosa grave, caracteriza-se por **febre alta, acima de 38,5°C, exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, tosse seca (inicialmente), coriza, conjuntivite não purulenta e manchas de Koplik** (pequenos pontos brancos na mucosa bucal, na altura do terceiro molar, e ocasionalmente no palato mole, conjuntiva e mucosa vaginal, antecedendo o exantema).

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SARAMPO:

Todo paciente que apresentar **febre e exantema maculopapular**, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse **e/ou** coriza **e/ou** conjuntivite, independente da idade e da situação vacinal.

Período de incubação: Entre 7 a 21 dias, desde a data da exposição até o aparecimento do exantema.

Período de transmissibilidade: Inicia-se seis dias antes do exantema e dura até quatro dias após seu aparecimento. O período de maior transmissibilidade ocorre quatro dias antes e quatro dias após o início do exantema.

Modo de transmissão: Transmissão direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar.

Há também transmissão por dispersão de aerossóis com partículas virais no ar em ambientes fechados.

O serviço também elaborou artigo científico buscando difundir os avanços implementados: Painéis de monitoramento de dados epidemiológicos como estratégia de gestão da vigilância e da atenção à saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/WpWkLpRmmBGy3n4D8yr8nxK/

No âmbito da **Vigilância Sanitária**, visando contribuir para a consolidação do SUS vem reestruturando o serviço, com as soluções diferenciadas que seguem:

✓ Aperfeiçoamento da forma de planejamento, gestão e avaliação das ações para garantir a continuidade dos processos, atender as necessidades e dar respostas mais ágeis às demandas da sociedade;

✓ Criação mecanismo de participação social (Comissão Inter setorial de Vigilância Sanitária com integrantes de conselhos de classes, SEBRAE, Federação das Indústrias, Associação Comercial e universidades) para divulgar, discutir e melhorar as políticas públicas;

✓ Elaboração de instrumentos de informação e comunicação social, o monitoramento da qualidade de produtos, maior interação com a Vigilância Epidemiológica, qualificação dos profissionais;

✓ Implantação de sistema informatizado e modificação nos processos de trabalho para desburocratizar e agilizar o licenciamento sanitário, e assim, melhorar a qualidade dos serviços oferecidos para a população;

✓ Atualização da Resolução SESAU nº 584/2021 que dispõe sobre o procedimento de licenciamento sanitário de empresas e/ou de estabelecimentos de interesse à saúde, de eventos e/ou veículos de saúde e de interesse à saúde no âmbito do município de Campo Grande-MS;

✓ Participação em grupos técnicos da gestão para melhoria dos processos de abertura e licenciamento de empresas, como a Rede Sim;

✓ Inscrição do programa IntegraVIsa, projeto que visa qualificar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) do Brasil.

A Coordenadoria de Vigilância de Saúde Ambiental realiza suas atividades com apoio intra e intersetorial, atendendo demandas encaminhadas pela Secretaria Municipal do Meio Ambiente e Gestão Urbana (SEMADUR), Coordenadoria de Controle de Endemias Vetoriais (CCEV), Delegacia Especializada de Repressão aos Crimes Ambientais e de Atendimento ao Turista (DECAT), Ministério Público Estadual (MPE) e outros.

A CVSA desenvolve a atividade de inspeção sanitária na residência de acumuladores, quando solicitado judicialmente, principalmente pelo Ministério Público Estadual, realizando visitas domiciliares para levantamento da situação ambiental gerada pelo acúmulo de resíduos, avaliando as condições socioeconômicas do acumulador e em caso de identificação de distúrbios psicológicos, comunica a rede de atenção básica.

A CVSA desenvolve ações de indicação para recolhimento dos materiais inservíveis com autorização expressa do acumulador e/ou reciclador, denominadas Ações de Manejo, executadas pelo CCEV.

Coordenadoria de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) - O Informativo em Saúde do Trabalhador e o Boletim Epidemiológico são publicados periodicamente. O Informativo está em seu 9º ano, produzido e publicado quadrimestralmente no site oficial do CEREST, endereço eletrônico: http://www.campogrande.ms.gov.br/cerest/, sendo distribuídos também por e-mail para os municípios de abrangência, sindicatos, empresas e órgãos públicos e privados no intuito de que divulguem para os seus trabalhadores desburocratizando os conhecimentos.

Com a publicação quadrimestral do Boletim Epidemiológico é possível divulgar dados e análises referentes aos acidentes e doenças que acometem os trabalhadores da região de saúde Centro, dados estes que são extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, contribuindo desta forma para o planejamento e execução de ações que visem a mitigação da incidência de agravos e doenças relacionadas ao trabalho.

Além de boletins epidemiológicos e informativos em saúde do trabalhador, o CEREST Regional produz materiais educativos como vídeos, folders, cartazes, manuais e Notas Técnicas em Saúde do Trabalhador, a fim de contribuir para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador nos diversos setores da sociedade, bem como dar subsídio técnico aos trabalhadores e gestores do SUS no que diz respeito ao reconhecimento da saúde do trabalhador.

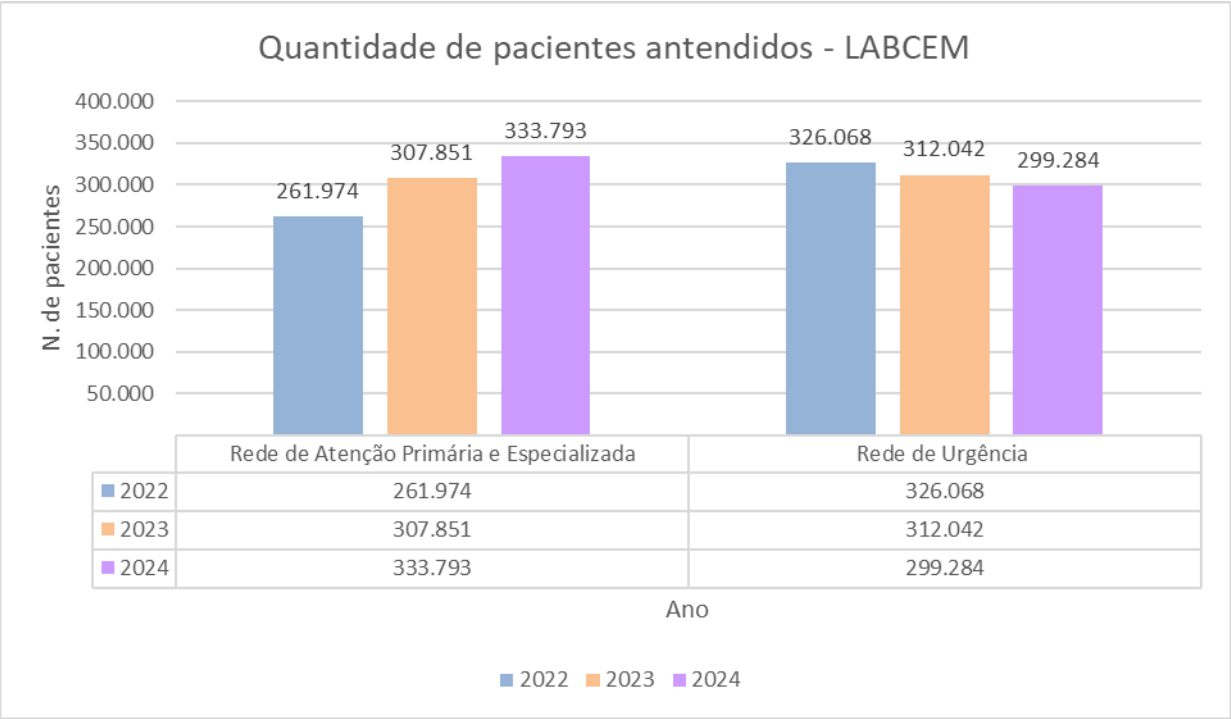
No que diz respeito ao monitoramento interno, o CEREST Regional elaborou painéis interativos de controle de rumores de mídia referentes à possíveis acidentes de trabalho ocorridos nos municípios da região de saúde centro, além disso, foram desenvolvidos também painéis de controle das metas e produção interna do setor. Estes painéis são alimentados em tempo real pela equipe e exibidos simultaneamente para a gestão, o que permite maior controle e objetividade da coordenação no que tange o atingimento de metas e reconhecimento do perfil da região de saúde para elaboração de ações em saúde do trabalhador de maneira eficaz.

No contexto da inovação nas atividades diárias do CEREST Regional, foram criadas ferramentas para auxiliar no registro da produção de ações em saúde do trabalhador e na elaboração de relatórios de inspeção de ambientes, processos de trabalho e investigação de acidentes laborais, essas ferramentas, implementadas por meio de formulários on-line, otimizam o tempo da equipe, proporcionando maior agilidade na formalização das ações e na execução das tarefas burocráticas.

LABCEM - Em relação aos exames laboratoriais realizados pela Coordenadoria de Diagnóstico e Exames Laboratoriais- CDEL, a partir do ano de 2018 fora instalado o sistema Matrix, sistema interfaceado ao Hygia que permite a identificação correta da amostra, a rastreabilidade da mesma, além de garantir celeridade na liberação dos resultados dos exames laboratoriais.

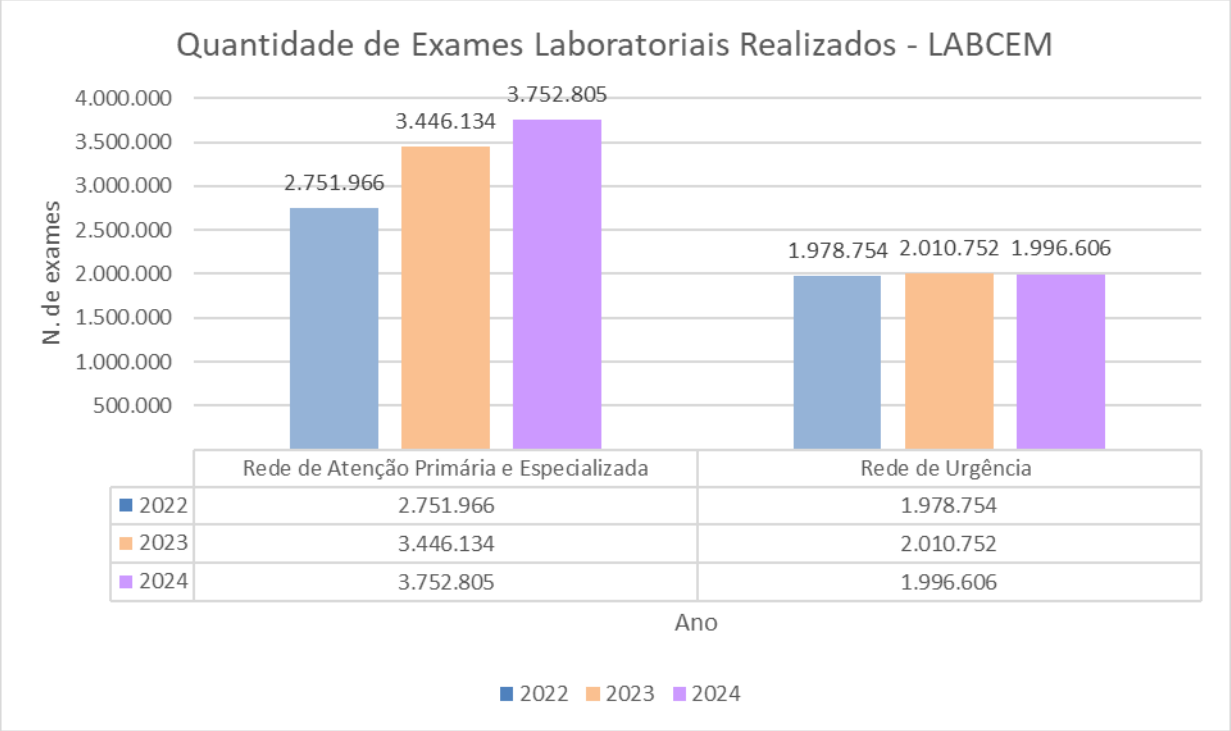
Além deste, esta mesma coordenadoria conta com o sistema de gerenciamento laboratorial *Business Intelligence* (BI), por meio deste é possível contabilizar o número de exames realizados no laboratório central, o número de pacientes, quais os exames solicitados, identificar as unidades solicitantes, o número de recoletas por alguma inconsistência. Para exemplificar as vantagens da informatização do sistema seguem alguns gráficos e série histórica do trabalho realizado, mostrando o crescimento do acesso ao sistema público de saúde por meio de exames laboratoriais.

Gráfico 4. Número de Pacientes Atendidos pelo LABCEM, 2022 - 2024.



Fonte: *Business Intelligence* (BI).

Gráfico 5. Número de Exames Realizados pelo LABCEM, 2022 - 2024**.**



Fonte: *Business Intelligence* (BI).

Por fim, os investimentos em inovações no setor saúde se pautadas no respeito aos princípios científicos, somadas às experiências exitosas vivenciadas no próprio município, ou verificadas em outros territórios, aliadas à viabilidade técnico-operacional e econômico-financeira, devem embasar a tomada de decisão, a fim de selecionar a intervenção mais adequada para cada situação específica no âmbito municipal.

A Coordenadoria de Controle de Zoonoses em 2023 adotou o sistema de agendamento para castração de cães via formulário Google. Com o intuito de garantir uma lista de tutores dispostos a permanecer de sobreaviso em caso de faltas, o processo de trabalho tem auxiliado a CCZ a manter o número de procedimentos de castração sempre nos índices solicitados pelo ministério público através do TAC n. 09.2021.00000525-1.

O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde (APS) em nível nacional, e está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população, faz referência ao processo de informatização qualificada do Sistema Único de Saúde (SUS). No município de Campo Grande – MS o e-SUS foi implantado no ano de 2020 em 100% das unidades de Atenção Primária, sendo mantida em todas as 74 unidades de APS no módulo PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), alcançando 840.366 cadastros válidos (Fonte e-gestor extraído em 05/04/2025 às 17:29h).

O financiamento da Atenção Primária a Saúde é realizado através da Portaria GM/MS nº 3.493 de 10/04/2024 que altera a Portaria GM/MS nº 6 de 28/09/2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), são eles:

I - Componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família - eSF e das equipes de Atenção Primária - eAP e recurso de implantação para eSF, eAP, equipes de Saúde Bucal - eSB e equipes Multiprofissionais - eMulti;

II - Componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP;

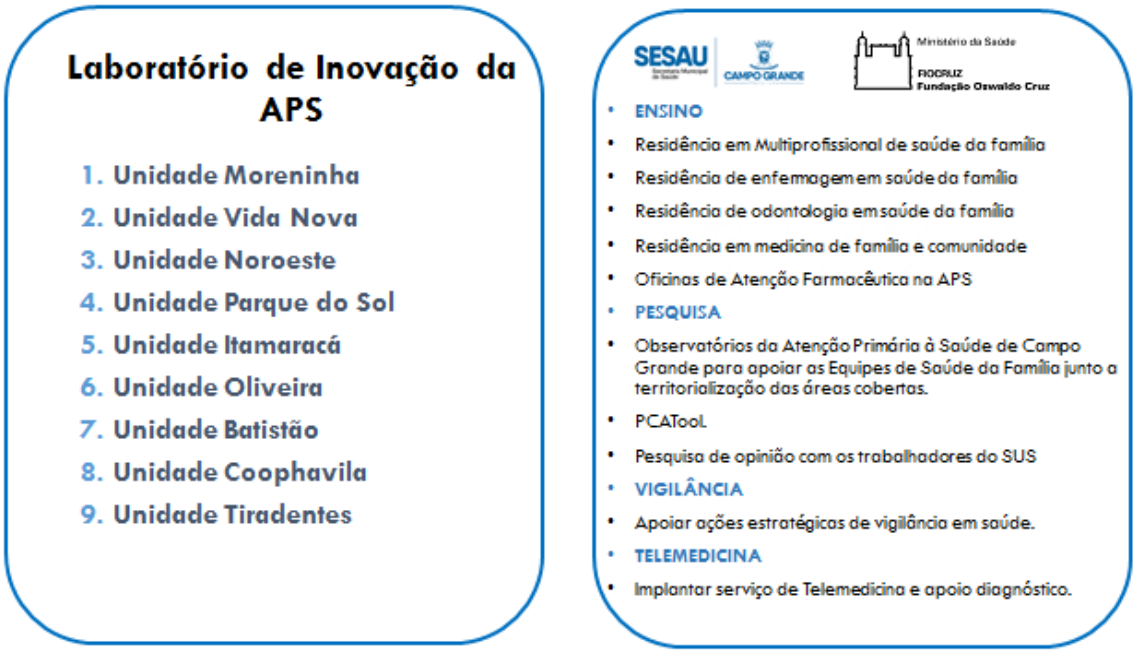
III - Componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti;

IV - Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS;

V - Componente para Atenção à Saúde Bucal; e

VI - Componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS.

Figura 4. Laboratório de Inovação da APS.



Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2020.

Através de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é desenvolvido o projeto Qualifica Atenção Primária em Saúde (Qualifica APS) que tem por objetivo gerar inovações tecnológicas em saúde e disseminá-las; desenvolver, experimentar e avaliar modelos de atenção; Gerar e prover acesso a informações e conhecimentos estratégicos em saúde; Colaborar para ampliar a capacidade nacional de vigilância em saúde; Intensificar a formação de quadros estratégicos para o SUS, mobilizando a rede instalada de instituições formadoras; Contribuir para a redução dos riscos à saúde.

Ofertando Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) que serão realizadas nas seguintes unidades: USF Moreninha, USF Itamaracá, USF Tiradentes, USF Noroeste, USF Vida Nova, USF Coophavilla, USF Batistão, USF Oliveira e USF Parque do Sol.

Coordenadoria da Rede de Atenção Especializada – CRAE

Em relação aos serviços especializados, estes são ofertados tanto pela rede própria quanto pela rede complementar. O acesso inicia-se na Rede de Atenção Primária, por meio da consulta médica e/ou da equipe multiprofissional, onde o profissional realiza uma avaliação integral das necessidades do usuário. Caso necessário, serão solicitados exames complementares em conformidade com os protocolos de acesso de cada especialidade, e o encaminhamento será inserido no Sistema de Regulação (SISREG).

Todas as solicitações provenientes das unidades de Atenção Primária devem seguir o protocolo de acesso vigente para cada especialidade. O tempo entre a inserção do paciente no sistema de regulação até o seu efetivo atendimento depende do caso clínico, sendo avaliado pelo médico regulador conforme a classificação de risco, a especificidade de cada serviço e a cronologia de atendimentos.

Considerando que o atendimento integral ao paciente é uma das diretrizes do SUS e deve ser realizado por meio de uma porta de entrada SUS, o encaminhamento para o nível secundário só ocorrerá quando os recursos da Atenção Primária forem insuficientes para atender à necessidade do usuário ou à patologia apresentada.

Os agendamentos para as 8 unidades dessa coordenadoria são, de maneira geral, realizados por meio do SISREG (Sistema de Regulação Ambulatorial), conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade. No entanto, existem algumas especificidades que devem ser observadas no acesso e agendamento para determinados serviços:

- ✓ No Centro Especializado Municipal (CEM), os atendimentos nos serviços de Referência em Lesões Periféricas (SERELEPE) e Referência em Diabetes (SEREDI) são realizados por agendamento local, com encaminhamento da unidade de referência.
- ✓ No Centro Especializado Municipal II (CEM II), os agendamentos para atendimentos de psicologia e nutrição são realizados por agendamento local, com encaminhamento específico do CEM II. Além disso, o Serviço de Referência a Diabetes (SEREDI KIDS) também é agendado localmente, com encaminhamento da unidade de referência.
- ✓ O Centro Ortopédico Municipal (CENORT) oferece atendimento de urgência ortopédica a pacientes vítimas de trauma leve ou moderado, atendidos em unidades da rede municipal de saúde (UPA/CRS/UBS/UBSF), sendo encaminhados através de regulação efetuada pelo CORE – Complexo Estadual de Regulação, respeitando o protocolo vigente. Após esse atendimento, o CENORT garante a reavaliação dos pacientes com agendamento por meio de uma agenda interna.
- ✓ O Centro de Apoio e Diagnóstico Municipal (CADIM) oferece exames de Raio-X de urgência ortopédica por demanda espontânea, exclusivamente para usuários referenciados pelo CENORT.
- ✓ No Centro de Doenças Infectoparasitárias (CEDIP), os agendamentos para a modalidade Serviço de Atenção Especializada (SAE) em psicologia são realizados localmente, via e-SUS-pec, e os exames preventivos são agendados localmente com encaminhamento da unidade de referência no sistema HYGIA. O CEDIP/Hospital Dia realiza atendimentos médicos às urgências/emergências em Doenças Infecto Parasitárias (DIP), com acesso por demanda espontânea e capacidade instalada de 14 leitos hospitalares. Caso a complexidade do caso ultrapasse o tempo de internação e o

nível de complexidade, o paciente será encaminhado para unidade hospitalar pelo sistema CORE.

- ✓ No Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), os agendamentos para Clínica Geral IST/PREP/PEP/TARV são feitos localmente, com encaminhamento da unidade de referência. Já os Testes Rápidos e o PEP estão disponíveis por demanda espontânea.

Essas especificidades garantem que o acesso aos serviços especializados seja realizado conforme as necessidades clínicas dos pacientes e a organização dos fluxos de atendimento nas unidades de saúde.

Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica – CRAO

A informatização dos três níveis de atenção é uma das prioridades da Estratégia de Saúde Digital.

Com essa prioridade, busca-se enfrentar o desafio de dotar os serviços de saúde de sistemas de informação que tornem o trabalho mais eficiente e traga benefícios para todos que os utilizam. Bem como, a utilização de informações coletadas em diferentes estabelecimentos de saúde, promovendo a melhoria da qualidade assistencial, a produtividade, a resolutividade da atenção e a eficiência da gestão do sistema de saúde, com o objetivo de permitir que as informações armazenadas auxiliem na avaliação e na revisão dos protocolos das linhas de cuidado, bem como na estruturação de novas linhas, na continuidade e na integralidade do cuidado.

Como os serviços da Atenção Primária estão contemplados pelo Informatiza APS, para a garantia da continuidade informacional e o compartilhamento de dados entre diferentes serviços e em diferentes níveis de atenção para a qualificação das ações de saúde bucal, faz-se importante a informatização dos Centros de Especialidades Odontológicas e a utilização da ferramenta de Prontuário Eletrônico no sistema e-SUS.

A versão 5.0 do Prontuário Eletrônico do Cidadão pode ser usada na Atenção Primária à Saúde e no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.

Desse modo, para apoiar a informatização dos CEO, na implementação do Prontuário Eletrônico, buscando a melhoria da qualidade dos dados produzidos, a garantia da continuidade informacional e o compartilhamento de dados entre diferentes serviços e em diferentes níveis de atenção, a Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde instituiu um plano de estruturação, através do repasse de incentivo financeiro de capital para a aquisição de equipamentos de infraestrutura para a informatização dos CEO.

O município de Campo Grande recebeu esses recursos através da Portaria nº 4.114, de 16 de novembro de 2022 e da Portaria nº 4.147, de 28 de novembro 2022, sendo os equipamentos adquiridos e instalados nos CEO em 2024.

A implantação do PEC CEO foi realizada gradativamente e finalizada em dezembro de 2024.

Aproveitando a migração do sistema de informação, também, implantamos o e-SUS PEC nas Policlínicas Odontológicas do município, finalizando em fevereiro de 2025. O próximo objetivo é implantar esse sistema nas Unidade Móveis de Atendimento Odontológico e Unidade Móvel de Prevenção em Saúde Bucal.

Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial (CRAP)

A CRAP realiza o acompanhamento dos Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, para os graduados em Enfermagem, Psicologia e Serviço Social; bem como, acompanhamento dos Residentes do Programa de Residência Médica em Psiquiatria;

Além disso, a CRAP também acompanha o Processo de Seleção para o preenchimento de vagas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, para os graduados em Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, com 03 (três) vagas para cada categoria profissional por ano; e do Programa de Residência Médica em Psiquiatria, com 02 (duas) vagas por ano.

Com foco na qualificação do processo de trabalho, a CRAP realiza capacitações em saúde mental para aprimorar o atendimento e a compreensão de servidores sobre as diversas questões relacionadas à atenção psicossocial, envolvendo profissionais de saúde, educadores, gestores e a comunidade em geral.

Além disso, em 2024 houve a implantação do sistema PEC E-SUS e sistema Hórus em toda atenção especializada da rede de atenção psicossocial, fortalecendo a integração com a atenção primária à saúde e a rede de urgência, possibilitando reconhecer o paciente e sua família por meio dos registros informatizados nos sistemas, que fornecem com transparência, informações para matriciamento, encaminhamentos, e atenção continuada em todos os pontos de atenção da rede em nosso município.

Coordenadoria da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – CRAUE

A gestão da saúde contemporânea exige a produção e o uso de informações precisas e atualizadas, que sirvam de base para o planejamento estratégico, a tomada de decisões assertivas e a implementação de estratégias eficazes. Tais estratégias devem ser direcionadas à promoção de um atendimento integral e de qualidade para toda a população.

Neste contexto, o município de Campo Grande alinha-se a esse modelo de gestão, reconhecendo a importância fundamental de um sistema informatizado. Este sistema deve

garantir a transparência dos dados, a confiabilidade das informações e a agilidade do processo de atendimento ao paciente.

Visando atender a essa crescente demanda, a Coordenadoria da Rede de Atenção às Urgências e Emergências - SESAU desenvolveu o SiGS, um sistema informatizado de gestão de dados de saúde. O SiGS foi concebido para suprir as necessidades da rede de saúde, abrangendo tanto os usuários que buscam atendimento quanto os gestores responsáveis pelas unidades de saúde da Rede de Urgência e Emergência de Campo Grande.

Este é um sistema de captação e exibição de dados de tempo de espera de atendimento ao paciente da Rede de Urgência e Emergência, bem como volume de atendimento, taxa de ocupação dos leitos, disponibilidade de equipamentos, escala de plantão de atendimento, protocolos de ação e fluxo de atendimento ao paciente.

Os dados são inseridos no SiGS por um ou mais servidores de cada Unidade, devidamente atualizados com uma frequência de tempo ou de acordo com a demanda da gestão da Unidade ou da Coordenadoria, de forma que estes dados são tratados para geração de estatísticas a fim de promover uma melhor precisão na tomada de decisão dos gestores, bem como para exibição aos usuários da Rede de Urgência e Emergência.

Almeja-se que está implantação sirva como um modelo de referência para a promoção da transparência e da gestão eficiente de informações em toda a rede de saúde do município de Campo Grande.

SAMU- Coordenadoria do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O sistema operacional utilizado na Central de Regulação do SAMU é o E-SUS SAMU, disponível desde junho de 2017. Através dele sãos obtidos vários dados que subsidiam os relatórios e informações para análise estatística do setor. O sistema de telefonia EASYCALL AGENT/DICOREL deu agilidade na comunicação e fornece à gestão diversos recursos, como a gravação de dados e voz, entre médicos, equipes, solicitantes do socorro e todos que entram em contato via 192.

As comunicações com as equipes móveis são feitas através dos celulares funcionais e rádio-comunicação das viaturas com a Central de Regulação SAMU. Atualmente, o rastreamento das viaturas não é realizado, entretanto está sendo analisada a possibilidade pela CGSTI a viabilidade econômica e técnica para contratar e implantar um sistema abrangente que englobe diversos recursos operacionais, estatísticos e logísticos.

Dentre as inovações na área de ensino, foi adotada e modalidade mista de capacitação dos profissionais, presencial e à distância, com a produção de vídeos institucionais, atualizando assuntos de temática relevante, como os relacionados ao COVID-19 durante o ano de 2020.

Nos últimos 2 anos a frota foi 100% renovada, o que melhorou consideravelmente a qualidade operacional do serviço. O principal indicador de qualidade utilizado pelo serviço foi o Tempo Resposta, que engloba o momento da solicitação do socorro via 192 até a chegada da equipe no local, e atende vários mecanismos internos e externos que devem estar bem articulados para obter o melhor resultado esperado para o período. Um dos mecanismos é a qualidade da frota. Houve investimento em capacitação de equipes, dos recursos de informática e comunicação, aplicação de protocolo, dentre outras ações, que atingissem pontos estratégicos na redução do tempo resposta.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) é parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O art. 200, inciso V, da Constituição Federal que estabelece as competências do SUS e, dentre elas, inclui o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação.

No âmbito da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, para atender a Gerência de Saúde do Servidor no que se refere a **Saúde Ocupacional e Segurança no Trabalho**, faz-se necessário a implantação de um *software*, com o objetivo de atender o decreto nº 8373/2014, que instituiu o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (**e-Social**), cujo entrará em vigor a partir de janeiro de 2022. Com a gestão ocupacional e de segurança, teremos uma otimização do trabalho dos servidores, obtenção de mais agilidade ao exportar os dados e uniformidade das equipes e processos, permitindo a integração de dados com outros sistemas, evitando retrabalhos.

✓ Saúde Ocupacional:

- Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) (NR-7), integrado ao Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), é possível ter este documento base com as informações de saúde levantadas por médicos, coordenadores e responsáveis pelo programa de saúde;
- Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), integrado ao Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e ao Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), o ASO pode ser assinado biometricamente e digitalmente, além de ter seu *layout* personalizado conforme a necessidade da empresa;
- Relatório Anual: com base nas informações de atendimentos lançados no sistema, é possível ter a relação de todos os exames realizados e a previsão de exames de acordo com a exigência legal;
- Portador de Necessidades Especiais (PCD): registro legal necessário e evidencie a contratação de pessoas com deficiência de acordo com a legislação, além de integrá-lo à equipe e rotina de trabalho.

✓ Segurança do Trabalho:

- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) (NR9): Utilizar o documento base do PPRA (tradicional ou com validação para o e-Social), fazendo o mapeamento de riscos, cronogramas de atividades e medições para determinar medidas de segurança, conforme o Decreto nº 8373/2014 instituiu o (e-Social);
- Programa de Gerenciamento de Risco (PGR): Formule e implante medidas e procedimentos, técnicos e administrativos, para prevenir riscos e manter as instalações operando dentro de padrões de segurança considerados eficazes.
- Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho (LTCAT): Análise do LTCAT individualmente ou coletivamente, documentando se há a necessidade ou não de aposentadoria especial de acordo com a periodicidade de exposição ao agente nocivo.
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), que tem o papel de prevenir acidentes e doenças causadas pelo trabalho.
- Brigada de Incêndio que serve para preservar a vida e os bens de uma instituição. É ela que age diante de situações como as de princípio de incêndio e na prestação de socorro quando ocorrem desmaios ou outras situações que envolvam a necessidade de atendimento em primeiros socorros.

2.12 GESTÃO

2.12.1 Atenção à Saúde

As redes municipais de atenção à saúde estão em desenvolvimento necessitando ainda transpor diversos desafios para que possam atingir plenamente os objetivos e pressupostos contidos nos dispositivos legais que as regulamentam.

Esta demanda requer conjugação de esforços, uma vez que é necessária articulação de conhecimentos à vontade dos vários setores envolvidos na saúde, incluindo a administração pública em suas diversas esferas e instâncias, além das categorias profissionais da saúde e da sociedade civil organizada em instâncias participativas de deliberação.

Nesse ponto, foi realizado o redimensionamento territorial dos Distritos Sanitários, no sentido de reorganizar a coordenação, apoio, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde em sua base territorial o redimensionamento territorial em consonância às Redes de Atenção à Saúde – RAS.

No modelo distrital atual as unidades da atenção básica estão distribuídas entre 7 (sete) Distritos Sanitários (DS) sendo eles, DS Anhanduizinho, DS Bandeira, DS Centro, DS Imbirussu, DS Lagoa, DS Centro/Prosa (sendo estes com direção única), DS Segredo, cujos possuem processo organizacional de trabalho para atender às atividades de supervisão de programas ministeriais, ações estratégicas, vigilância epidemiológica, questões administrativas e apoio operacional.

Existem grandes desafios que podem ser divididos em quatro categorias: **financiamento; gestão; orientação dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) baseada na população; valorização social e política da APS**.

A não superação desses obstáculos implica a não implantação adequada das Redes e, portanto, a manutenção da lógica hegemônica de se estruturar o sistema de saúde e dos modos de se produzir saúde, para isso é necessárias condições estruturais que permitam a concretização e manutenção destas redes ao longo do tempo.

Quando se trata de **financiamento da APS**, este deve ocorrer com a participação dos três entes federativos – União, Estados e Municípios/Distrito Federal, de forma tripartite, com a supervisão ativa de atores que ocupam espaços e instâncias de controle social, mormente os conselhos de saúde. Pesquisas demonstram que, tanto no Brasil quanto em vários outros países, o financiamento da APS é incipiente e figura como um grande fator limitador a ser superado, tanto em termos quantitativos como qualitativos. Ou seja, constata-se que o montante orçamentário destinado à Atenção Primária em Saúde é insuficiente e sua alocação é gerencialmente ineficaz. Sendo assim, a insuficiência dos recursos contribui para uma política remuneratória pouco atrativa para os profissionais de saúde de determinadas áreas.

Dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em 2011 indicam que, quantitativamente, os investimentos públicos na APS brasileira têm aumentado progressivamente nos últimos anos, atingindo em 2009 um valor *per capita* 80% maior do que era investido em 2002. E, ainda assim, esse aumento pode ser considerado insuficiente para suprir as demandas de saúde, já que não vem acompanhado de melhorias da capacidade locativa e da vontade política por parte dos gestores. Assim, maiores investimentos nela, APS, acompanhados da capacitação dos gestores em termos econômicos poderão contribuir em grande medida para expansão e qualificação das ações e serviços de saúde.

No tocante à **gestão**, percebe-se que a dificuldade reside em efetivamente posicionar a APS – principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família – como centro coordenador e integrador dos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. Mais do que evidências científicas robustas, são necessárias decisões políticas e mecanismos de gestão que efetivamente garantam essa posição.

Assim, em nível local, a gestão deve priorizar a reorganização do sistema de saúde segundo os ditames da Atenção Primária em Saúde, prioritariamente por meio da Estratégia de Saúde da Família, devendo ser realizadas ações prévias de qualificação, com vistas à também à profissionalização gerencial. Esse processo deve incluir tanto gestores municipais, quanto regionais/distritais e das unidades de saúde, de modo a propiciar a implantação dos mecanismos gerenciais necessários para o pleno funcionamento da Atenção Primária e das Redes.

Quanto à orientação dos serviços básicos de saúde, por vezes os serviços ofertados não atendem as necessidades de saúde do território. Tal fato se dá pela dicotomia entre a necessidade de saúde local, situação epidemiológica e a aplicação de recursos financeiros. Pode ocorrer também quando o sistema de saúde é reestruturado, de forma a combater uma situação epidemiológica (por exemplo: aguda) que não mais condiz com a realidade brasileira e/ou situação epidemiológica do local, onde crescentemente têm predominado as condições crônicas.

O modelo de atenção voltada aos processos curativos, como por exemplo, os serviços de Urgência e Emergência, por vezes se tornam atrativos à população, porém acabam por não atender as necessidades de saúde deste usuário, fazendo com que a oferta de atendimento não seja resolutiva em sua integralidade. E assim, este modelo insustentável, não reduz o dos agravos em saúde, papel esse que deve ser realizada pela atenção primária a partir do desenvolvimento de ações de caráter preventivo.

Para dar vazão às crescentes demandas relacionadas às condições crônicas, a atenção primária constitui-se como um grande potencial e, por este motivo, deve ser fortalecida e expandida em termos de orçamento, gestão e de processo de trabalho das equipes.

Coordenadoria da Rede de Atenção Primária à Saúde

De acordo com o Decreto n. 14.512, de 30 de outubro de 2020 que dispõe sobre a competência e aprova a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), e dá outras providências, a Coordenadoria da Rede de Atenção Primária à Saúde (CRAPS) está subordinada à Superintendência da Rede de Atenção à Saúde (SRAS). Compete à esta CRAPS a coordenação da Política Municipal de Atenção Básica em conformidade com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de modo a estruturar a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e organizar a articulação e a integração destes com os demais serviços da Rede. Dentre outras atribuições estão: desenvolver ações e estratégias para implementar políticas estratégicas da APS e outras afins, bem como definir normas e diretrizes para operacionalização da APS.

Dentre os desafios está a necessidade de impulsionar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo preferencial a ser adotado pois alia a prática do cuidado individual com a abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, epidemiológica e sanitária, territorialização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios como universalidade, integralidade e equidade. De tal forma que os serviços ofertados atuem de forma integrada e orientados às necessidades da população pertencente às áreas de abrangências das Unidades de Saúde.

O cenário pós – pandemia ainda é incerto, porém vale ressaltar que a APS continuará a atuar como porta de entrada para 80% da demanda por cuidados em saúde sendo também responsável pelas políticas de promoção e prevenção. Assim sendo o aumento e o agravo de doenças aliada ao menor crescimento econômico e aumento nas taxas de desemprego acarretará em maior demanda da população pelo SUS e especialmente pelo atendimento na APS. O fortalecimento da APS, seja na sua estrutura física, recursos humanos, recursos de materiais e equipamentos, como como recursos humanos em número suficiente, se faz primordial. O não investimento em uma APS robusta, com equipes de saúde da família e outras equipes estratégicas (equipe de saúde prisional, equipe Consultório na Rua, equipe eMulti) acabará por demandar de outros dispositivos da rede que necessitam de maior densidade tecnológica e maior investimento de recursos financeiros.

Os demais desafios englobam a necessidade da manutenção de recursos humanos em número suficiente para atender a demanda, bem como estruturação dos espaços físicos e aquisição e manutenção de materiais e equipamentos em tempo oportuno.

Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica – CRAO

Em relação ao organograma da Secretaria Municipal de Saúde – SESAU do município de Campo Grande-MS, houve uma publicação no Diário Oficial do Município - DIOGRANDE

em 2025 com novo organograma, através do Decreto n. 16.169, de 23 de janeiro 2025, que dispõe sobre a competência e aprova a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde - SESAU, onde a Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica – CRAO está subordinada diretamente à Superintendência da Rede de Atenção à Saúde – SRAS.

Com a publicação da Portaria GM/MS Nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde Bucal - RASB na Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O detalhamento da Organização, Regulação, Financiamento e Avaliação e Monitoramento da Rede de Atenção em Saúde Bucal - RASB será publicado mediante atos complementares específicos pelo Ministério da Saúde.

Compõem a RASB: Atenção Primaria a Saúde; Atenção Especializada Ambulatorial; Atenção Especializada Ambulatorial Hospitalar, Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência; e outros Serviços de Apoio Logístico, Diagnóstico e Terapêutico.

Compete à CRAO, coordenar, planejar, organizar, acompanhar e supervisionar as ações em saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde. A Unidade Móvel de Prevenção em Saúde Bucal, as Unidades Móveis de Atendimento Odontológico (ODONTOMÓVEL), os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e as Policlínicas Odontológicas são de responsabilidade direta da CRAO.

Coordenadoria da Rede de Atenção Especializada - CRAE

De acordo com o Decreto n. 14.512, de 30 de outubro de 2020, que dispõe sobre a competência e aprova a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), a Coordenadoria da Rede de Atenção Especializada (CRAE) está subordinada à Superintendência da Rede de Atenção à Saúde (SRAS).

As atribuições da CRAE abrangem desde o planejamento estratégico até o monitoramento da qualidade dos serviços prestados, com foco na integralidade do cuidado e na resolutividade da atenção ambulatorial especializada. Compete à CRAE coordenar, planejar, organizar, monitorar e supervisionar a Rede de Atenção Especializada na rede própria. Dentre suas responsabilidades, destacam-se a formulação de normas e protocolos clínico-assistenciais, a identificação das necessidades da população com base em evidências científicas, o monitoramento das linhas de cuidado e o acompanhamento dos processos de credenciamento e habilitação dos serviços especializados.

Estão sob sua responsabilidade direta as seguintes unidades especializadas: Centro Especializado Municipal (CEM), Centro Especializado Municipal II (CEM II), Centro de Apoio e Diagnóstico Municipal (CADIM), Centro de Referência à Saúde do Homem (CRSH), Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Unidade Especializada de Reabilitação e Diagnóstico (UERD), Centro

Ortopédico Municipal (CENORT), o Serviço de Radiologia, e a Divisão da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), compondo a rede municipal de atenção especializada que atua de forma integrada com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Essas unidades atendem tanto na modalidade ambulatorial quanto mista (ambulatório e urgência), oferecendo uma ampla gama de serviços de saúde essenciais para a população. Com o intuito de reorganizar e ampliar o acesso às especialidades, o município de Campo Grande aderiu ao Planifica SUS na Linha Materno-Infantil, uma estratégia nacional de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), focada na melhoria do acesso e da qualidade do atendimento. Além disso, o município também incorporou o PMAE (Programa Mais Acesso a Especialistas), visando aprimorar a gestão dos serviços especializados e garantir um fluxo mais eficiente e resolutivo para a população. Inicialmente, o município aderiu a duas OCIs (Ofertas de Cuidados Integrados): Ortopedia e Cardiologia, com o objetivo de otimizar a oferta dessas especialidades de alta demanda.

A CRAE, responsável pela coordenação das unidades especializadas, tem buscado, por meio dessas adesões, expandir e aprimorar o acesso aos serviços, com a implementação e manutenção de protocolos e processos de gestão de fluxo. Contudo, um dos maiores desafios enfrentados é a manutenção e ampliação do quadro de especialistas, o que impacta diretamente na capacidade de oferta de serviços. A demanda reprimida e o aumento constante da procura exigem ajustes contínuos na estrutura de atendimento para garantir que a população tenha acesso de forma eficiente e dentro dos padrões de qualidade preconizados pelo SUS.

Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial (CRAP)

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece atendimento especializado em saúde mental para pessoas com transtornos psíquicos moderado, graves, severos e regulamentado pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O acesso à atenção psicossocial, de pacientes em sofrimento mental ocorre pela Atenção Primária à Saúde (APS), pelas Unidades de Pronto Atendimentos (UPA), Centro Regionais de Saúde (CRS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), todos por demanda espontânea.

Coordenadoria da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – CRAUE

Está subordinada diretamente a Superintendência de Rede a Assistência à Saúde (SRAS), e dentre as principais atribuições compete: coordenar a elaboração e execução da Política Municipal de Urgências; estabelecer normas e protocolos ao bom funcionamento do Sistema Municipal de Atenção às Urgências; desenvolver, de forma articulada com os demais

órgãos da Rede de Atenção à Saúde, os planos de ação necessários para o funcionamento das Unidades de urgência e emergência (Unidades de Pronto Atendimento e Centros Regionais de Saúde); Participar do Comitê Municipal de Urgência e Emergência, garantindo seu bom funcionamento, assim como a participação da sociedade civil organizada nas políticas públicas do setor, bem como de outros colegiados.

E também, faz parte da CRAUE o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), conforme apresentado a seguir no componente de atenção domiciliar.

Classificação de Risco

Conforme Resolução SESAU nº 87, de 3 de agosto de 2009 foi implantado o Protocolo de Classificação de Risco nos Centros Regionais. A Classificação de Risco é realizada pelo Enfermeiro, mediante treinamento específico com o objetivo de avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os por ordem de prioridade de gravidade para o atendimento. O usuário, ao chegar à unidade, passa pela recepção, é realizada a ficha de atendimento. Após é avaliado e classificado de acordo com risco potencial pela equipe de enfermagem e encaminhado ao consultório médico para as posteriores condutas.

Cientes da necessidade de evolução do processo classificatório frente a demanda de pacientes de urgência no município e a necessidade de atualização do referido protocolo, foi realizado um trabalho em conjunto com o Núcleo de Evidências (NEV), Coordenadoria da Rede de Atenção de Urgência e Emergência (CRAUE) e Colegiado de Enfermagem da qualidade da urgência pré-hospitalar fixo (CEQUPHM) para elaboração do Protocolo de Classificação Sistematizada de Risco (versão 2024), sob coordenação do NEV.

Sob tal justificativa o texto da Resolução SESAU n. 872, de 27 de fevereiro de 2025, regulamenta a implantação do referido protocolo, que vem sendo realizada no primeiro semestre do corrente ano (2025) junto às Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Centro Regionais de Saúde (CRS) do município de Campo Grande/MS, sob tutela e orientação dos setores supracitados.

Escuta especializada

O serviço de Escuta Especializada de crianças e/ou adolescentes na rede de saúde do município de Campo Grande foi implantado inicialmente como por meio de matriciamento e tendo como referência o serviço do Pronto Atendimento Infantil (PAI) do CRS Tiradentes, por meio do Serviço Social.

Embora a Escuta Especializada possa ser realizada por qualquer profissional da rede de proteção da criança e do adolescente, sua implementação inicial está sendo conduzida no PAI/CRS Tiradentes por assistentes sociais. Esses profissionais desempenham um papel essencial no acolhimento humanizado e na mediação ética, adequada e eficiente entre o paciente e a equipe multiprofissional das Unidades de Saúde de Campo Grande.

A execução da Escuta Especializada seguirá as diretrizes do Decreto nº 9.603/2018, que regulamenta a Lei nº 13.431/2017. O procedimento será realizado após o atendimento médico pediátrico ou clínico (para adolescentes acima de 12 anos), em sala individual, pelo serviço social. Essa estrutura garante a confidencialidade, o sigilo, a ética e a segurança emocional da vítima.

As informações relatadas pela vítima serão registradas na Ficha de Escuta Especializada e encaminhadas à rede de proteção — incluindo o Conselho Tutelar e a Delegacia da Criança e do Adolescente — por meio dos endereços de e-mail especificados. Após esse registro, será preenchida a Ficha de Notificação de Violência, contendo apenas as informações essenciais, respeitando os princípios da confidencialidade e finalidade do atendimento.

O acompanhamento dos casos continuará nas Unidades de Saúde da Família, conforme o fluxo institucional estabelecido, com os devidos encaminhamentos e articulações intra e intersetoriais com a Rede de Proteção. O objetivo é garantir a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência física e/ou sexual.

Atendimento Odontológico de Urgência

No que se refere aos serviços de saúde bucal é importante destacar que todas as UPA e CRS oferecem atenção odontológica na modalidade de urgência e emergência, está por sua vez destinada a atender casos e ou situações classificadas como tal. Dentro deste contexto a distribuição do atendimento odontológico pelas referidas unidades se dá considerando os critérios de regionalização, projeção de demanda reprimida e adequação ao desenho estrutural da rede de saúde municipal, conforme especificado na tabela abaixo:

Tabela 1- Atendimento odontológico disponível nos UPA e CRS considerando a disponibilidade das escalas de plantão (6, 12 e 24 horas respectivamente).

Unidade	Nº de Dentistas	Turno	
UPA Coronel	1	24 horas	-
UPA Leblon	1	24 horas	-
UPA Universitário*	2	12h noturno	6h noturno
UPA Almeida*	2	12h noturno	6h noturno
UPA Moreninha	1	12h noturno	-
UPA Santa Mônica	1	6h noturno	-
CRS Coophavila	1	6h noturno	-
CRS Aero Rancho	2	6h noturno	-
CRS Tiradentes	1	6h noturno	-
CRS Nova Bahia	2	6h noturno	-

**Unidades que apresentam dois dentistas no turno da noite, um em turno de 6h e outro de 12h respectivamente*

No intuito de regular tal modalidade de atendimento, a Resolução SESAU 877 de 4 de Abril de 2025 aprovou o Protocolo de Atendimento Odontológico da rede de Urgência e Emergência do município de Campo Grande MS. Por sua vez a implantação do referido protocolo vem sendo realizada em todas as Unidades de Pronto Atendimento do município de Campo Grande/MS fruto do esforço conjunto com a Superintendência da Rede de Atenção à Saúde (SRAS), Coordenadoria da Rede de Urgência e Emergência (CRAUE), Coordenação da Rede de Atenção Odontológica (CRAO).

Via de regra a manutenção do atendimento odontológico de urgência nas UPA e CRS representa uma estratégia robusta na otimização dos serviços de saúde, sobretudo quando esta for capaz de reduzir a sobrecarga de serviços mais complexos, contribuir para a vigilância em saúde bucal melhorando a qualidade de vida da população. A manutenção destes serviços exige critério e uma rede de suporte eficaz, assegurando desta forma o bom funcionamento do serviço.

Componente de Atenção Domiciliar

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), por meio do Programa Melhor em Casa (PMeC), tem por objetivo a redução de demanda por atendimentos hospitalares e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização/desospitalização e ampliação da autonomia dos usuários.

O SAD caracteriza-se pelo atendimento domiciliar realizado pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) que conta com o auxílio da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

No município de Campo Grande – MS, o SAD a atuação das EMAD/EMAP é por território, sendo cada equipe responsável por determinado Distrito Sanitário. Atualmente contamos com 05 EMADs e 02 EMAPs, sendo elas:

- EMAD LESTE e EMAD OESTE – com sede no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), estas atendem os Distritos Sanitários do Anhanduizinho e Lagoa, respectivamente;
- EMAD Bandeira – com sede na UPA Universitário Aparecida Gonçalves Saraiva, que atende o Distrito Sanitário Bandeira;
- EMAD Prosa e Segredo – com sede na UPA Coronel Antonino Dr Walfrido Arruda, e atende ao Distrito Sanitário Prosa e Distrito Sanitário Segredo;
- EMAD HCAA – com sede no Hospital de Câncer Alfredo Abrão, esta é uma EMAD por especialidade, portanto, atende todo o território do município desde que o paciente possua doença oncológica com comprovação via biópisa.

Dentre os hospitais que detêm a categoria de Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, o Hospital do Câncer conta com 01 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD E 01 Equipe Multiprofissional de Apoio – EMAP, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul com 2 EMAD E 01 EMAP e 02 EMAD na SESAU.

A Portaria GM/MS nº3.005, de 02 de janeiro de 2024, estabelece e atualiza as regras do Programa Melhor em Casa e do Serviço de Atenção Domiciliar.

2.12.2 Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde é entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, que visa ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Suas ações são desenvolvidas por 09 (nove) coordenadorias e é responsável, no âmbito municipal, por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira.

Fazem parte das atribuições de Vigilância em Saúde: produção de análises que auxiliam no planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias; monitoramento e avaliação das ações de saúde; investigação de surtos de doenças; ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde; por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente.

Para que tais ações aconteçam, a Vigilância em Saúde deve estar inserida em todos os níveis de atenção da saúde.

As análises de situação de saúde, abrangem as ações voltadas à saúde pública, com intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção.

Desde do início da pandemia da COVID-19, é responsável pela Coordenação do COE/SESAU: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública Municipal - COE-COVID-19: formado por representantes de todas as áreas da SESAU envolvidas na atuação em situações de emergências de saúde.

Também é atribuição da Vigilância em Saúde a elaboração e atualização constante dos Planos de Contingência:

- Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Doença pelo COVID-19;
- Plano de Contingência para situação de epidemia de Dengue, Chikungunya e Zika;
- Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento da Influenza e outros Vírus Respiratórios;

A Coordenadoria de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS são estruturas técnico-operacionais implantadas nos diferentes níveis do sistema de saúde, voltadas para a detecção e resposta às emergências de saúde pública. É de responsabilidade da CIEVS a detecção, o monitoramento, a análise e o acompanhamento de surtos, alterações no padrão epidemiológico e eventos, doenças ou agravos com potencial importância à Saúde Pública, sendo considerados fundamentais para o enfrentamento de epidemias e pandemias. O CIEVS Campo Grande é responsável pelas ações de vigilância, alerta e resposta aos surtos de doenças transmissíveis e nas emergências em saúde pública ocorridas na cidade, com o objetivo de adotar, de forma oportuna, em conjunto com a rede de vigilância em saúde, equipes de atenção primária e outros setores estratégicos, medidas adequadas de prevenção e controle, visando à mitigação do impacto dos eventos de saúde pública na cidade.

A Coordenadoria de Vigilância de Saúde Ambiental (CVSA), composta por Auditores Fiscais de Vigilância Sanitária, que desenvolvem as ações de Vigilância de Saúde Ambiental, ou seja, desenvolve um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde. Nesse sentido, a qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais, qualidade do ar, qualidade do solo, notadamente em relação ao manejo dos resíduos tóxicos e perigosos, os desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, são objetos de monitoramento dessa vigilância seja de forma direta e contínua ou por meio de ações em parceria com outros órgãos e secretarias, com o intuito de promover e preservar a saúde e qualidade de vida dos cidadãos.

A Coordenadoria de Vigilância Sanitária (CVS) - tem como objetivo proteger e promover a saúde da população, prevenindo e controlando riscos à saúde decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse para a saúde. As suas atribuições abrangem a regulamentação, fiscalização, controle e monitoramento de diversos produtos e serviços. São realizadas através de inspeções

sanitárias, com foco prioritário na conscientização da população, com a finalidade de diminuir os riscos à saúde humana, seja através de utilização de alimentos, medicamentos, produtos ou serviços, promovendo também a proteção da saúde do trabalhador.

A Coordenadoria de Controle de Endemias Vetoriais – CCEV tem como principal atribuição planejar, executar e monitorar ações para prevenir e controlar doenças transmitidas por vetores. Isso inclui a vigilância entomológica, o controle ambiental e a educação em saúde para reduzir a proliferação de vetores e o risco de doenças como dengue, Zika, Chikungunya e febre amarela.

Segundo as Diretrizes Nacionais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2025), as intervenções sobre o problema continuam transcendendo o setor saúde, e os esforços por ações intersetoriais se tornam cada vez mais necessários.

INTERVENÇÕES FUNDAMENTAIS DE CONTROLE VETORIAL: Controle mecânico, tratamento larvário, visitas aos pontos estratégicos, bloqueio de transmissão, incorporação de tecnologias, educação em saúde. A criação de um grupo executivo intersetorial, que deverá contar com o envolvimento dos setores de planejamento, de políticas urbanas, de abastecimento de água e de coleta de resíduos sólidos, educação e defesa civil, que darão suporte ao controle das arboviroses promovido pelo setor saúde.

A Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica a importância da notificação das doenças e agravos de notificação compulsória e a digitação das fichas em tempo oportuno, pois a notificação, no que diz respeito às ações de prevenção e controle de doenças e agravos, é a mais importante fonte de informação e ela subsidia boa parte do trabalho da vigilância em saúde.

A notificação pode ser realizada na suspeita ou na confirmação do caso ou evento, ou seja, não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir de forma eficaz.

Na Coordenadoria de Saúde do trabalhador continuam como desafios o reconhecimento dos agravos de saúde do trabalhador para a notificação compulsória. Realizam ações para melhorar a saúde dos trabalhadores, como programas de prevenção, informações sobre riscos, utilizam dados epidemiológicos e outras informações para analisar as condições do ambiente de trabalho e identificar fatores de risco, trabalham em conjunto com a Vigilância Sanitária, Atenção Primária e outras instituições para garantir a eficácia das ações de saúde do trabalhador.

A Coordenadoria de Diagnósticos e Exames Laboratoriais – LABCEM principal atribuição apoiar a vigilância em saúde, fornecendo resultados de análises laboratoriais para diagnóstico, tratamento e controle de doenças. Executam exames de diversas áreas, como

análises clínicas, microbiologia, parasitologia, entre outros, para apoiar o diagnóstico e tratamento. Fornecem serviços laboratoriais para toda a rede municipal de saúde.

A Coordenadoria de Controle de Zoonoses – CCZ tem como principal atribuição a prevenção e controle de doenças transmitidas por animais (zoonoses) e acidentes com animais peçonhentos ou venenosos, garantindo a saúde pública. Além disso, o CCZ realiza ações de vigilância, controle populacional de animais, vacinação antirrábica, recolhimento de animais e orientação à população sobre a importância da posse responsável e cuidados com animais.

Monitoramento e combate a doenças como raiva, leptospirose, toxoplasmose, leishmaniose, entre outras, transmitidas por animais.

Vigilância e controle de populações de morcegos, pombos, roedores, etc., que podem ser vetores de doenças ou causar problemas de saúde.

Castração e conscientização sobre a posse responsável.

A Coordenadoria de Julgamentos e consultas – CJC coordenar a formalização, instrução e os demais encaminhamentos necessários quanto aos Processos Administrativos Sanitários, instaurados em decorrência da lavratura dos Autos de Infração pelos Auditores Fiscais de Vigilância Sanitária, no uso das prerrogativas do poder de polícia administrativa estatuída no Código de Polícia Administrativa e legislações vigentes, promovendo o impulso oficial. Julgar os Processos Administrativos Sanitários em primeira instância e emitir pareceres em Processos de Consulta acerca da interpretação da legislação sanitária municipal.

2.12.3 Assessoria Jurídica

A Coordenadoria-Geral Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde atua como núcleo de assessoramento jurídico especializado, diretamente subordinado ao Secretário Municipal. Sua missão é oferecer suporte técnico às unidades que integram a estrutura da SESAU, com exceção das demandas relacionadas a recursos humanos, garantindo segurança jurídica e conformidade nos processos administrativos da pasta.

Entre suas atribuições, destaca-se a elaboração de pareceres e estudos jurídicos voltados à melhoria da gestão pública em saúde, bem como o fornecimento de informações qualificadas à Procuradoria-Geral do Município, com a qual mantém articulação constante. Também é de sua competência a análise e o encaminhamento de processos internos para manifestação da Procuradoria, além da ratificação dos pareceres emitidos pela Gerência de Processos Administrativos, dentro de sua esfera de atuação.

A Coordenadoria Jurídica responde diretamente a órgãos de controle e instituições do sistema de justiça, como o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública, sempre com base nas informações fornecidas pelas áreas técnicas da Secretaria. Atua ainda na

avaliação preliminar de condutas de servidores, quando houver indícios de irregularidade ou infração funcional, orientando a instauração dos procedimentos administrativos cabíveis.
No apoio à integridade institucional, presta suporte jurídico e operacional às comissões responsáveis pela apuração de irregularidades. Além disso, realiza estudos em conjunto com as demais áreas técnicas da SESAU sobre judicialização da saúde, e avalia solicitações administrativas relativas ao fornecimento de bens, serviços ou ações de saúde, respondendo diretamente aos usuários.

A Coordenadoria também participa ativamente de colegiados e fóruns institucionais da Secretaria e do Sistema Único de Saúde, reforçando seu papel estratégico na integração entre o jurídico e a gestão em saúde. No que se refere ao controle externo, a Coordenadoria é responsável por acompanhar auditorias e outras ações realizadas por órgãos como tribunais de contas e controladorias, organizando e respondendo a essas demandas com base nas informações das áreas técnicas. A articulação com a Controladoria-Geral do Município e demais órgãos de controle interno também está entre suas atribuições. É importante destacar que o acompanhamento de demandas originadas no Ministério Público permanece sob responsabilidade direta da própria Coordenadoria-Geral Jurídica.

No campo das demandas judiciais relacionadas à saúde, a Coordenadoria atua por meio de uma gerência específica que presta apoio às unidades encarregadas de cumprir decisões judiciais. Essa gerência também se encarrega de manter registros atualizados sobre essas demandas, fiscalizar o cumprimento das decisões e fornecer subsídios à Procuradoria-Geral do Município.

A área de processos administrativos conduz os procedimentos de responsabilização contratual, tanto com base na legislação anterior quanto na nova Lei de Licitações, além de oferecer suporte às comissões de apuração de irregularidades contratuais. Também analisa juridicamente, quando solicitado, minutas de atos administrativos e emite pareceres técnicos sobre matérias jurídicas diversas a exceção das demandas relacionadas a recursos humanos.

A Coordenadoria conta ainda com uma estrutura voltada exclusivamente à gestão de procedimentos disciplinares, onde são analisadas reclamações e denúncias relacionadas à conduta de servidores. Essa unidade propõe a abertura de sindicâncias, processos administrativos e procedimentos éticos, conforme o caso, além de cuidar dos trâmites e registros das sanções aplicadas. Atua também na promoção de orientações e capacitações para reforçar as boas práticas no serviço público.

Por fim, a Coordenadoria abriga uma gerência com enfoque técnico-científico dedicada aos processos de judicialização da saúde. Essa equipe avalia pedidos envolvendo bens ou serviços não incorporados ao SUS e fornece subsídios técnicos aos gestores e demais áreas envolvidas, inclusive em instâncias extrajudiciais. Também promove estudos e ações para

racionalização de gastos públicos com judicializações e mantém interlocução com conselhos de classe profissionais.

Com essa estrutura, a Coordenadoria-Geral Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde reafirma seu papel estratégico no fortalecimento da gestão pública, assegurando suporte técnico-jurídico qualificado, integridade institucional e eficiência nos processos administrativos e judiciais no âmbito da saúde municipal.

2.12.4 Planejamento e Gestão Participativa

O processo de Planejamento e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma atribuição inerente a Gestão Municipal de Saúde fortemente presente nos preceitos constitucionais, bem como é uma exigência de toda a sociedade. A Secretaria Municipal de Saúde, nos termos do dispositivo no art. 20 do Decreto n. 14.513, de 30 de outubro de 2020 compete no item primeiro a formulação da política de saúde do município. Dessa forma, cabe ao planejamento propor e implementar ações para aprimorar tal missão.

Assim, a Coordenação Geral de Planejamento e Gestão Participativa (CGEP), além de suas competências tem a incumbência de primar pela qualidade, aperfeiçoamento e transparência do Planejamento Estratégico e Gestão Participativa da SESAU (Secretaria Municipal de Saúde) com impacto Regional/Estadual, e podemos considerar até nacional. Compõem a CGEP, 5 (cinco) gerências de características de atuação peculiar.

A Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS, diretamente subordinada à Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: demanda sobre a elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de Planejamento do SUS: Plano Municipal de Saúde **(PMS);** Programação Anual de Saúde **(PAS)**, representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado pelo Coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação. Há em sua estrutura organizacional, subordinadas à GPSUS, a Divisão de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento do SUS – DiMSUS e Divisão de Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS – DAPSUS.

A Gerência de Apoio ao Planejamento de Governo (GAPGOV), diretamente subordinada à Coordenadoria Geral de Planejamento e Gestão Participativa. Tem sob responsabilidade as seguintes funções: Plano Plurianual **(PPA)** e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior **(RDQA)** e Relatório Anual de Gestão **(RAG),** representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado pelo Coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A Gerência de Articulação Intersetorial e de Relações Interfederativas, diretamente subordinada à Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa compete: a elaboração de documentos relacionados à SESAU para atender demandas de outras

instituições; mobilizar as áreas técnicas da SESAU nas reuniões das Comissões Intergestoras Comissão Intergestora Regional - CIR e Comissão Intergestores Bipartite – CIB, articular com outros órgãos e entidades públicas, articular com órgãos de gestão do SUS de outras esferas de governo, realizar estudos, pesquisas, levantamento de dados e informações técnicas sempre que solicitado, conduzir e apoiar os trabalhos realizados pelos servidores vinculados a Coordenadoria Geral, representar a Coordenadoria Geral sempre que designado pelo coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

O Escritório de Projetos possui função de criar, desenvolver e gerir projetos, tornando-se uma realidade que pode alavancar o crescimento, aumentar investimentos obter resultados expressivos, tanto na área de empreendimento como na área financeira. Cabe ao Escritório de Projetos ou *Project Management Office* (PMO), a responsabilidade pelo acompanhamento de todas as fases do Projeto, procurando aliar o conceito de eficiência, efetividade e eficácia em saúde. Considerando as necessidades de organização dos projetos inovadores do SUS local, regional e nacional do âmbito da SESAU. Representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado pelo Coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A Gerência de Apoio ao Controle Social, diretamente subordinada à Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa, compete como função principal: fomentar, auxiliar e monitorar todas as ações relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde da cidade de Campo Grande – MS, além de representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado pelo Coordenador e desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

2.12.5 Suporte Tecnológico e Informação

Introdução

A Coordenadoria Geral de Soluções em Tecnologia da Informação (CGSTI) é parte estratégica da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), tendo como missão prover soluções tecnológicas que suportem as atividades de saúde pública no município. Este relatório apresenta a atuação da CGSTI dentro do Plano Municipal de Gestão, conforme diretrizes do eixo da Governança da Informação e Tecnologias Digitais da Saúde.

Diretrizes e Enquadramento no Plano de Gestão

A atuação da CGSTI está alinhada especialmente ao Eixo Estratégico de Governança em Saúde, mais especificamente à linha de ação “Gestão da Informação e Informatização da Saúde”. De acordo com o plano, a informatização da saúde é um vetor crítico para:

A melhoria da eficiência dos serviços de saúde;

A integração das unidades de saúde;

A consolidação de dados para a tomada de decisão;

O fortalecimento da vigilância em saúde com base em dados confiáveis.

Objetivos e Metas Alinhadas à CGSTI

Objetivo Geral:

Fortalecer a infraestrutura e os sistemas de informação da saúde municipal para garantir suporte tecnológico eficaz à rede SUS do município.

Objetivos Específicos:

Expandir a cobertura do prontuário eletrônico em todas as unidades de saúde;

Integrar bases de dados entre os níveis de atenção (primária, especializada e hospitalar);

Aprimorar a infraestrutura de conectividade e redes;

Garantir a segurança da informação, com foco em LGPD e continuidade dos serviços;

Desenvolver dashboards gerenciais para a gestão baseada em evidências, através da elaboração do sistema Unidade Inteligente;

Apoiar a implantação de soluções de telemedicina, especialmente em regiões com baixa cobertura.

Ações Planejadas (2025–2027)

Ação 1: Ampliação da infraestrutura tecnológica

Atualização de servidores, switches e equipamentos de rede;

Garantia de acesso à internet de qualidade em todas as unidades de saúde.

Ação 2: Expansão do uso de sistemas de informação

Implantação e manutenção do PEC e-SUS em todas unidades de saúde;

Integração com sistemas do Ministério da Saúde (SISREG, e-SUS APS, CNES, etc.).

Ação 3: Inteligência e Governança da Informação

Implantação de BI (Business Intelligence) com painéis para gestão da atenção à saúde;

Padronização de indicadores operacionais e estratégicos com base em sistemas de informação.

Ação 4: Segurança da Informação

Elaboração de plano de continuidade de TI;

Implantação de políticas de segurança da informação e controle de acessos.

Indicadores de Desempenho da CGSTI

Indicador	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027
% de unidades com PEC e-SUS implantado	70%	90%	100%
% de unidades com conectividade estável	80%	95%	100%
Nº de dashboards implementados para gestão	5	10	15
Plano de continuidade implementado	Iniciado	Parcialmente concluído	Concluído

Conclusão

A CGSTI desempenha papel estratégico na execução do Plano Municipal de Gestão da SESAU. A modernização dos processos, a integração dos sistemas e a utilização inteligente dos dados fortalecem a governança e ampliam a capacidade de resposta da saúde municipal. O investimento contínuo em tecnologia é fundamental para garantir uma gestão eficiente, transparente e centrada no cidadão.

2.12.6 Gestão do Cuidado

A Superintendência de Gestão do Cuidado planeja, monitora e avalia o sistema da qualidade do cuidado e da assistência à saúde em todos os níveis, conforme requisitos previstos na legislação, clínica ampliada, gestão da clínica com enfoque na gestão de risco, atenção, prevenção, promoção e educação. Tem a missão de implantar o Programa de Segurança do Paciente e as boas práticas de processamento de produtos para saúde; gerenciar os serviços de Hotelaria. Responsabilidade a regulação do transporte sanitário eletivo, a supervisão da gestão de resíduos dos serviços de saúde e o acompanhamento das práticas das centrais de material e esterilização da rede municipal. A superintendência atua ainda na elaboração de protocolos técnicos, respostas administrativas e judiciais, estudos técnicos preliminares, além do acompanhamento contratual e financeiro dos serviços sob sua competência, assegurando a qualidade e a efetividade das ações de cuidado no âmbito do SUS municipal.

O **Programa de Segurança do Paciente** na Secretaria Municipal de Saúde é regulamentado pela Resolução SESAU n. 345 de 04 de agosto de 2017 que instituiu ações para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e Plano de Segurança do Paciente em serviços de saúde. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem o objetivo de investigar as falhas na assistência de modo a construir plano de melhorias, bem como gerenciar riscos inerentes aos processos assistenciais a fim de organizar estratégias e ações que possam

preveni-los ou minimizá-los. O Plano de Segurança do Paciente (PNS) é composto por todos os Protocolos de Segurança do Paciente, conforme prevê a RDC n. 36 de 25 de julho de 2013, adaptados para realidade municipal.

O NSP instituiu as notificações das falhas na assistência, bem como o colegiado de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente para produção de protocolos municipais aplicáveis a realidade municipal. Ampliar as ações do NSP nas regiões de saúde ainda é um desafio.

A **gestão de casos complexos** envolve o controle da dispensação de insumos médico-hospitalares para uso em domicílio, incluindo dispositivos de gastrostomia (botton/g-tube), oxigenoterapia domiciliar prolongada e análise documental para a inclusão no programa de dispensação de fraldas descartáveis, todos com acompanhamento rigoroso. Além disso, atua na elaboração de respostas às devolutivas dos requerimentos preenchidos no Protocolo SESAU, na elaboração de minutas de respostas para solicitações judiciais relacionadas ao serviço, e na realização de Estudos Técnicos Preliminares (ETP). Também participa da contratação, fiscalização e atesto das notas fiscais referentes ao serviço de oxigênio, bem como na elaboração de requerimentos para empenho.

Os programas de dispensação de insumos seguem as seguintes normativas: o Programa de Dispensação de Insumos Médico-Hospitalares está regulamentado pela Resolução SESAU nº 512, de 18 de fevereiro de 2020; o de Dispositivos de Gastrostomia pela Resolução SESAU nº 556, de 18 de agosto de 2020; o de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada pela Resolução SESAU nº 632, de 10 de dezembro de 2021; e o de Fraldas Descartáveis para uso em domicílio pela Resolução SESAU nº 870, de 21 de fevereiro de 2025.

O **Programa de Transporte Sanitário Eletivo** (PTSE) tem como objetivo garantir o deslocamento programado de usuários para a realização de procedimentos, consultas e tratamentos de saúde de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência ou risco de vida. Essas ações ocorrem em situações previsíveis de atenção programada dentro do Município de Campo Grande – MS. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS, o PTSE é regulamentado pela Resolução SESAU nº 559, de 14 de setembro de 2020, que estabelece o fluxo de acesso ao serviço e outras providências relacionadas.

No que diz respeito aos **resíduos sólidos de serviços de atenção à saúde** é necessário monitorar os serviços de saúde quanto ao manejo e destinação correta de seus resíduos, de acordo com as legislações vigentes. A implantação de um sistema de Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde torna-se uma alternativa para minimizar o impacto causado pelo descarte de resíduos no meio ambiente, proporcionando economia para os cofres públicos.

Em relação à **Central de Material e Esterilização,** a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS, na sua composição em atenção à Rede de Assistência à Saúde,

oferece atendimentos e procedimentos invasivos e não invasivos aos usuários, nesta perspectiva é necessário assegurar boas práticas de processamento de produtos para saúde com qualidade, garantindo segurança ao paciente e ao profissional de saúde que executa, evitando danos. Cabe então, acompanhar e avaliar as fragilidades de cada serviço e manejar suas centrais de materiais, considerando a variedade de serviços oferecidos na rede.

Ressaltamos que a Superintendência de Gestão do Cuidado planejou suas ações com base no atual organograma da Secretaria Municipal de Saúde, porém, aguarda a tramitação e publicação do novo organograma da SESAU, no qual a Superintendência sofrerá alteração na sua nomenclatura e estrutura. O setor passará a se chamar Superintendência de Gestão de Equipamentos e Conservação e as seguintes gerências: Casos Complexos, Protocolo e Segurança do Paciente estarão sob responsabilidade de outras Superintendências/Coordenadorias e há previsão de expansão e criação de dois novos setores: Coordenadoria de Arquivo Geral e de Coordenadoria de Equipamentos Médico-Hospitalar.

2.12.7 Ouvidora-geral do Sistema Único de Saúde

É fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) que o usuário disponha de um espaço para solicitar informações sobre as ações e serviços de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com direito à resposta ágil e resolutiva, visando a melhoria do atendimento prestado;

Nesse sentido, a Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde da Secretaria Municipal de Campo Grande é um Canal de escuta qualificada que recebe as manifestações dos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS, e tem como missão ser o elo de comunicação e articulação entre o (a) cidadão (ã) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul;

Trabalha conjuntamente com as respectivas áreas que integram a Rede de Atenção à Saúde do município para informar o (a) cidadão (ã) acerca do resultado da análise sobre sua manifestação;

Atua realizando o acolhimento, a escuta qualificada, o registro da manifestação do usuário, e o encaminhamento ao ponto de resposta, ou sub-rede conforme denominamos internamente, bem como o acompanhamento dessa demanda até resposta definitiva ao cidadão;

Constitui-se num espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados, busca ouvir e compreender as diversas formas de manifestação;

Reconhece os cidadãos como sujeitos de direitos, sem nenhuma distinção;

Auxilia o cidadão a identificar o local mais adequado para a resolução de sua demanda ou problema;

Responsável por disseminar informações em saúde, registrar e encaminhar as manifestações acolhidas para os setores competentes para análise e providências, e acompanhar para dar a devolutiva ao cidadão.

Classificação das Manifestações

Denúncia: Comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade ou indício de irregularidade na administração e/ou por entidade pública ou privada;

Solicitação: Comunicação verbal ou escrita, que embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde;

Reclamação: Comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento;

Informação: Comunicação verbal ou escrita na qual o (a) cidadão (ã) faz questionamento a respeito do sistema de saúde ou sobre assistência à saúde;

Elogio: Comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento;

Sugestão: Comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria do sistema de saúde;

Disseminação de Informações: Ato de fornecer informações ao demandante, com a finalidade de evitar o registro de demandas no sistema OuvidorSUS, propõe-se a resolver questões por meio de orientações e esclarecimentos.

Ouvidoria Ativa

A Ouvidoria Itinerante é uma estratégia de ouvidoria ativa que objetiva facilitar o acesso do (a) cidadão (ã) às políticas públicas de saúde e a efetiva prestação da assistência à saúde, a partir dela, a Ouvidoria-Geral do SUS não espera tão somente que o usuário busque o canal para fazer sua reclamação, sugestão elogio, solicitação ou denúncia. Com esta ação, a postura da Ouvidoria é ir até o local onde o cidadão (ã) está para acompanhar a realidade sobre os serviços ofertados, a partir das necessidades dos usuários. Relacionamos abaixo as ações de ouvidoria itinerante realizadas pela Ouvidoria-Geral da Saúde nas Unidades de Saúde da Família – USF e nos Mutirões Todos em Ação, promovido pela Prefeitura Municipal de Campo Grande.

Estrutura e Competências

O Decreto n. 16.169, de 23 de janeiro de 2025, que dispõe sobre a competência e aprova a estrutura básica da Secretaria Municipal da Saúde (SESAU) decreta no Art. 2º a estrutura organizacional que a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande possui para a

execução das atividades de sua competência, sendo a OUVIDORIA GERAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, unidade organizacional de Assessoria.

As atribuições da Ouvidoria-Geral do SUS, observados os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, eficiência, publicidade da administração pública e preponderância do interesse público, é coordenar, supervisionar e dirigir a Ouvidoria-Geral do SUS, bem como, realizar o manejo das manifestações, promover participação do usuário e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços públicos, acionar os órgãos/setores competentes para correção de problemas identificados, realizar a mediação de conflitos, resguardar o sigilo das manifestações, promover ações da Ouvidoria Itinerante, além das outras ações estatuídas no art. 10 do Decreto 14.512, de 30 de outubro de 2020.

Importante registrar que a partir da publicação da INSTRUÇÃO NORMATIVA SISOUV n. 04/2022, de 30 de novembro de 2022 a Ouvidoria do Servidor da SESAU teve as suas competências esvaziadas, com a vinculação da Ouvidoria do Servidor à Secretaria Municipal de Gestão (SEGES), como unidade setorial.

Pela aludida INSTRUÇÃO NORMATIVA, compete à Ouvidoria do servidor, vinculada à SEGES, como unidade setorial (Art. 5º): Proceder o registro e classificação das manifestações de ouvidoria do servidor definidas pelo Órgão Central do SISOUV, estabelecidas por meio da Instrução Normativa n. 01/2021, de 13 de setembro de 2021. Nesse novo cenário, a Ouvidoria-Geral do SUS tem como escopo de atuação as ações e serviços prestados pela Rede de Atenção à Saúde no município de Campo Grande-MS. A maior dificuldade encontrada pela Ouvidoria-Geral do SUS, continua sendo a demora no envio das respostas às manifestações encaminhadas às sub-redes de ouvidoria da Secretaria, sendo o prazo de resposta de 20 (vinte) dias contados a partir do recebimento da Demanda pelo ponto de resposta, conforme previsto na Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017.

2.12.8 Economia em Saúde

A Superintendência de Economia em Saúde, como uma das Superintendências que compõem a Secretaria Municipal de Saúde, é diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde.

Sua estrutura interna é composta por 5 (cinco) gerências compreendidas entre gerência de Cooperação Mútua e Contratos Administrativos, Gerência de Gestão de Compras e Licitação, Gerência de Controle Orçamentário, Gerência de Captação de Recursos e Gerência de Suprimentos e Abastecimento.

De maneira geral, compete à Superintendência de Economia em Saúde, consolidar, através de relatórios, quadros demonstrativos e outros documentos/informações sobre os resultados das ações da Secretaria e custos/benefícios; acompanhar a execução de contratos, convênios e outros acordos firmados pela secretaria; promover o levantamento das necessidades de recursos, materiais e financeiros com o fim de atender as demandas dos do SUS; realizar estudos e levantamentos com vistas à captação de recursos junto a entidades oficiais governamentais e não governamentais para viabilização de programas e projetos de interesse da Secretaria.

Dentre as principais atribuições da Gerência de Cooperação Mútua e Contratos Administrativos, subordinada à Superintendência de Economia em Saúde, compete definir normas e fluxos de solicitação, elaboração, acompanhamento, monitoramento e formalização de Convênios, Cooperações Mútuas, Cooperações Técnicas, Compromissos, Doações, Autorizações, Cessões de Uso e Contratos celebrados pela SESAU, por meio do Fundo Municipal de Saúde e a Sociedade Civil Organizada, União, Estado e Município de maneira articulada com os diversos setores, conforme legislações vigentes; acompanhar, avaliar e zelar pela correta formalização dos instrumentos legais celebrados pela SESAU; elaborar e formalizar instrumentos como Convênios, Termos de Doação e outros que objetivam repasse de recursos financeiros, no âmbito Municipal, estadual e federal; garantir a correta formalização dos instrumentos contratuais celebrados pela SESAU, em compatibilidade com as especificações e obrigações pactuadas.

À Gerência de Gestão de Compras e Licitação, subordinada à Superintendência de Economia em Saúde, possui como principais atribuições de modo geral, coordenar, no âmbito da SESAU, todos os processos para aquisição de bens e serviços para envio a Diretoria Geral de Compras e Licitação; executar e controlar as atividades relacionadas às solicitações de aquisições/contratações de bens e serviços; executar e controlar as atividades relacionadas à classificação, padronização e codificações de materiais, com auxílio das áreas técnicas da

SESAU, bem como acompanhar a tramitação das solicitações de aquisição de materiais e contratações de serviços desde a abertura dos processos administrativos até a finalização dos trâmites licitatórios.

Cumpre ressaltar que a Gerência de Gestão de Compras e Licitação é dividida da seguinte forma: Divisão de Compras de Material de Consumo; Divisão de Compras de Material Permanente; Divisão de Compras Judiciais e Divisão de Dispensação de Insumos Judicializados, divisões estas diretamente interligadas à gerência, com a finalidade de desempenhar os processos e fluxos de trabalho de maneira mais célere possível.

De maneira geral, à Gerência de Captação de Recursos, acompanhar diariamente publicação de legislação de interesse da SESAU e divulgar junto aos setores pertinentes oportunizando novos cadastros de captação de recurso para o FMS (investimentos/custeio), bem como contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, no município de Campo Grande/MS, através da captação de recursos para o fortalecimento dos investimentos e das ações de saúde, aumentando a efetividade das políticas públicas e a melhoria da gestão municipal.

À Gerência de Suprimentos e Abastecimento compete gerenciar todo o fluxo dos materiais de consumo do Almoxarifado, Patrimônio e Abastecimento da SESAU, e ao cumprimento das normas e instruções técnicas estabelecidas; participar na elaboração do plano de saúde, de estratégias, de projetos e demais instrumentos de gestão em consonância com a Política Nacional de Medicamentos (PNM); bem como planejar, programar, orientar, coordenar, executar, receber, conferir, armazenar, conservar, controlar e distribuir materiais de consumo às unidades da SESAU, inclusive registro de entradas e saídas e inventários físicos periódicos.

Do mesmo modo, com a finalidade de garantir a celeridade dos fluxos de trabalhos, bem como organização, a Gerência de Suprimentos e Abastecimento é dividida em Divisão de Almoxarifado, Divisão de Patrimônio e Divisão de Almoxarifado de Farmácia.

Por fim, à Gerência de Controle Orçamentário do Fundo Municipal de Saúde, tem como uma das principais atribuições coordenar a elaboração em conjunto com à coordenadoria de apoio ao planejamento de governo, programação orçamentária anual, de modo que proporcione alocação de recursos compatíveis com os objetivos e diretrizes estabelecidos no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual/PPA, em parceria com os setores da SESAU; controlar e supervisionar a utilização dos recursos orçamentários destinados a realização das despesas da secretaria; bem como acompanhar, controlar e distribuir os recursos recebidos por meio do Fundo Municipal de Saúde.

2.12.9 Financeiro

O apoio financeiro prestado ao município acontece através da Coordenadoria Financeira da rede municipal de saúde de Campo Grande- MS, no qual possui como competências ações de coordenar a execução financeira do Fundo Municipal de Saúde, fornecer subsídios para a elaboração da Lei Orçamentária Anual e da Lei de Diretrizes Orçamentárias de Campo Grande, articular com a Secretaria Municipal de Fazenda (SEFAZ), visando à perfeita integração e funcionamento do sistema de planejamento, controlar e supervisionar a utilização dos recursos financeiros destinados às despesas da Secretaria, coordenar a execução dos procedimentos de definição do cronograma financeiro de desembolso do Fundo de Saúde e dos recursos alocados à Secretaria, acompanhar e controlar a execução das despesas contratadas através de processos licitatórios, de acordo com o orçamento aprovado para a Secretaria, estabelecer mecanismos para o cumprimento de leis e normas emitidas pela Secretaria Municipal de Fazenda (SEFAZ) e pelo Sistema Único de Saúde, supervisionar a concessão e a aplicação de suprimentos de fundos e diárias, zelando pela correta prestação de contas e orientar e supervisionar os balancetes, balanços e outros demonstrativos contábeis observadas às normas expedidas pela Secretaria Municipal de Fazenda (SEFAZ).

Assim como, orientar e apoiar os diversos setores da SESAU em questões relacionadas ao financiamento do Sistema Municipal de Saúde e desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A organização administrativa da Coordenadoria Financeira é composta por três divisões subordinadas:

a) Divisão de Prestação de Contas, cabe, acompanhar, controlar e avaliar a execução financeira de convênios com o Ministério da Saúde, Governo do Estado e outras Entidades, em conformidade com a legislação vigente; proceder a pré-análise de prestações de contas dos convênios de repasse de recursos para entidades; dos termos de colaboração e/ou fomento firmados com as Organizações da Sociedade Civil;
b) Divisão de Controladoria, que executa os estágios da Despesa Pública (Empenho, Liquidação e Ordem de Pagamento) e, a escrituração da Receita Pública;
c) Divisão de Contabilidade, é responsável por elaborar e expedir balancetes, balanços e outros demonstrativos contábeis do Fundo Municipal de Saúde, observadas as normas expedidas pela Secretaria Municipal de Fazenda (SEFAZ) e pela Controladoria-Geral do Município;

2.12.10 Manutenção e Obras

A **Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras - CEMO**, diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde, foi instituída oficialmente em organograma municipal através do Decreto n. 14.883 de 03 de setembro de 2021 (DIOGRANDE 6.406 de 03/09/2021), com o objetivo de melhorar, otimizar e tornar mais eficiente os processos de manutenção e obras, para que assim, as demandas possam ser atendidas e reparadas de uma forma mais diligente e eficaz.

Compõe a CEMO, 3 (três) gerências:

A **Gerência de Manutenção - GM**, diretamente subordinada a Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: planejar supervisionar e subsidiar as atividades específicas das Divisões sob a sua coordenação, propor melhoria dos serviços adequando-os ao bom desempenho das atividades, acompanhar e fiscalizar contratos referentes à sua área de atuação, como também, subsidiar o planejamento da adequação de bens móveis e imóveis a serem utilizados pela Secretaria de Saúde. Esta gerência possui 2 (duas) divisões e 1 (um) setor subordinados a ela.

A **Divisão de Manutenção Predial**, subordinada diretamente a GM, compete: promover a execução das atividades de manutenção das instalações e mobiliários da Secretaria, vistoriar os prédios integrantes da Secretaria para diagnóstico das condições físicas existentes e do reparo necessário para seu pleno funcionamento, desempenhando outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

A **Divisão de Manutenção de Equipamentos**, subordinada diretamente a GM, compete: supervisiona, executa e gerencia os serviços de manutenção, estabelecendo normas e padrões que preservem o uso seguro e eficiente dos equipamentos de saúde, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

Ao **Setor de Almoxarifado da Manutenção**, subordinada diretamente a GM, compete: controle do almoxarifado, emitindo relatórios para o controle de materiais que se fazem necessários para as manutenções da Secretaria, manter sob sua responsabilidade o controle, a guarda e o zelo dos bens móveis e equipamentos, instalação e arquivos pertinentes ao seu departamento, fiscalizando o fluxo de materiais de consumo e mantendo o estoque real e virtual sempre atualizado, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

A **Gerência de Logística e Transporte – GLT**, diretamente subordinada a Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: planejar supervisionar e subsidiar as atividades específicas das Divisões sob a sua coordenação, acompanhar e fiscalizar contratos referentes a sua área de atuação, prestar apoio

e cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional das chefias e setores subordinados, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação. Esta Gerência possui uma Divisão subordinada a ela:

A **Divisão de Transporte**, diretamente subordinada à GLT, compete: supervisionar e controlar os serviços de transporte oficial, garantindo a adequada utilização da frota, estabelecer mecanismos de planejamento e controle visando a melhor utilização da frota, através de registros atualizados de usuários, destino, consumo de combustível e outros custos operacionais, analisar e instruir processos relativos às ações sob sua supervisão, expondo motivos, pareceres e informações necessárias, desempenhando também, outras atividades, às competências da respectiva área de atuação.

A **Gerência de Obras e Arquitetura em Saúde – GOAS**, diretamente subordinada a Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: Acompanhar, analisar, fiscalizar e supervisionar a execução das obras na área de saúde com profissional técnico credenciado no CREA e/ou CAU de acordo com as legislações da ANVISA, conforme item 1.6.1., da RDC n. 50/02 e dos projetos arquitetônicos de estabelecimentos, sujeitos a vigilância sanitária, aprovados em conjunto com o órgão sanitário para verificação de conformidade e análise de projetos na VISA Municipal, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação. Esta Gerência possui dois serviços subordinados a ela:

O **Serviço de Acompanhamento de Obras de Saúde – SAOS** - Diretamente a Gerência de Obras e Arquitetura em Saúde - GOAS, compete: acompanhar, fiscalizar e supervisionar a execução dos projetos de arquitetura para reformas, ampliações, construções e adequações necessárias nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde - SESAU conforme normas e legislações vigentes. Realizar visita técnica nas obras de responsabilidade da Secretaria Municipal de Infraestrutura e Serviços Públicos – SISEP e supervisionar os prédios integrantes da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde - SESAU para diagnostico das condições físicas existentes e dos reparos necessários ao seu pleno funcionamento, através de relatório técnico.

O **Serviço de Projetos Arquitetônicos – SEPROJ** - Diretamente a Gerência de Obras e Arquitetura em Saúde - GOAS, compete: elaborar projetos de arquitetura para reformas, reformas com acréscimo, construções e adequações necessárias nas unidades de saúde conforme normas e legislações vigentes.

2.12.11 Trabalho e Educação na Saúde

A **Superintendência de Gestão do trabalho em Saúde - SGTS** tem por atribuição a responsabilidade técnica em cumprir as políticas públicas aplicadas aos trabalhadores do

SUS, assim como a regulação funcional dos profissionais, visando a melhoria contínua da gestão em saúde.

As atividades estão distribuídas nas seguintes unidades de estrutura operacional: Coordenadoria de Responsabilidade Técnica- CRT, Coordenadoria de Assistência Jurídica em Recursos Humanos - CEAJ, Coordenadoria de Gestão de Pessoas - CGP e Coordenadoria de Saúde do Servidor – CERSAU conforme a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde – SESAU, publicado no DIOGRANDE N. 7.799, no Decreto n. 16.169 de 23 de janeiro de 2025 e o Decreto n. 13.341 de, 29 de novembro de 2017 instituiu o Regimento Interno da SESAU vigente está publicado no DIOGRANDE n. 6.110, no Decreto n. 14.512, de 30 outubro de 2020.

A Coordenadoria de Responsabilidade Técnica, diretamente subordinada à Superintendência de Gestão do Trabalho, foi implantada através do Decreto n. 13.066/2017, de 19 de janeiro de 2017.

As ações da Coordenadoria estão voltadas aos servidores da SecretariaMunicipal de Saúde e beneficiários do PRIMT de forma a atender as necessidades de recursos humanos de toda secretaria, realizando o dimensionamento da unidades e serviços da SESAU, utilizando como critério as políticas públicas, e os serviços prioritários para a prestação dos serviços de saúde, incentivando a qualificação e a ética profissional, atuando de forma transversal na gestão técnica dos recursos humanos. As ações de controle e equilíbrio do quadro de recursos humanos, reposições e ampliações, são rigorosamente seguidas conforme a disponibilidade orçamentária e quadro de vagas dos cargos vinculados a Secretaria Municipal de Saúde.

Coordenadoria de Assistência Jurídica em Recursos Humanos – CAJ, tem as atribuições inerentes à gestão de assistência jurídica em Recursos Humanos com as orientações e pareceres nos diversos assuntos relacionados à legislação de pessoal, observadas orientações emanadas da Procuradoria-Geral do Município e demais Secretarias e órgãos que compõe a estrutura do Poder Executivo Municipal, auxiliando nas demandas jurídicas de competência da Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde.

A Coordenadoria de Gestão de Pessoas – CGP tem em suas atribuições às responsabilidades técnicas de estabelecer mecanismos de acompanhamento, concessão de benefícios, direitos e vantagens vinculados ao tempo de serviço dos servidores, administração de pessoal na admissão e exoneração, além do acompanhamento e execução das atividades de montagem, diagramação, editoração e divulgação, por meio eletrônico, do Diário Oficial de Campo Grande. Em continuidade, o processamento e revisão da folha de pagamento de pessoal, no qual também acompanha e coordena as rotinas relacionadas aos servidores cedidos de outros órgãos para a Prefeitura Municipal de Campo Grande, com exercício na SESAU.

Ao realizar projeções e estudos referentes à apuração de gastos com pessoal acompanhando e coordenando o processo de trabalho com objetivo a regulação da vida funcional dos servidores, juntamente com três divisões – Administração de Pessoal, Direito e Benefícios, Informações de Folha de Pagamento e seus núcleos de férias, folha de frequência e cedência, buscamos através de Inovações em Análise de dados em Recursos humanos a coordenadoria de Gestão de Pessoas, tem desenvolvido desde 2019, juntamente com dois servidores técnicos em análise de dados e analistas de Recursos Humanos, a Análise e Controle de Dados de Folha de Pagamento e Recursos em Gestão de Pessoas.

A implantação do serviço inovador para análise e controle dos dados relacionados à folha de pagamento e gestão de Recursos Humanos (RH) através de painéis monitorados e atualizados mensalmente. Este trabalho foi pioneiro na Secretaria Municipal de Saúde – SESAU e está sendo desenvolvido para oferecer um controle robusto e uma visão estratégica, permitindo a exploração detalhada de dados que antes estavam dispersos e subutilizado. A aplicação de ciência de dados trouxe maior confiabilidade, insights detalhados e suporte para decisões estratégicas, contribuindo para uma gestão mais eficiente e inovadora.

Com a importância de administrar a gestão de pessoas com um conjunto de práticas e estratégias para gerir os recursos humanos, impactando diretamente a qualidade dos serviços prestados, no trabalho dos servidores refletindo na satisfação dos usuários do SUS.

A transformação digital pode ser uma força motriz para modernizar o setor público. A implementação de sistemas automatizados nos recursos humanos pode otimizar processos de trabalho e liberar os funcionários para se concentrarem em tarefas mais estratégicas. Seguindo nesse contexto, temos seguindo com Implantação e implementação do Sistema de Informação Eletrônica – SEI.

A Coordenadoria de Saúde do Servidor, realiza ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho do servidor da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Está diretamente subordinada à Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde, compete: identificar e monitorar o perfil epidemiológico através de indicadores de afastamento para tratamento de saúde, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, visando prevenção aos agravos à saúde relacionados ao trabalho na Secretaria Municipal de Saúde, executar ações de vigilância preventiva através do diagnóstico situacional de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais nas unidades de saúde na Secretaria Municipal de Saúde, promover ações de prevenção com objetivo de reduzir os riscos de acidentes e doenças ocupacionais relacionadas aos ambientes de trabalho, proporcionando saúde e qualidade de vida aos servidores em saúde, promover acolhimento, assistência multiprofissional aos servidores em saúde, conforme demandas, ofertar atendimento domiciliar multiprofissional aos servidores afastados para

tratamento de saúde, com mais de 60 (sessenta) dias ou de acordo com a necessidade e situação emergencial, prevenir o adoecimento mental dos trabalhadores, através de acolhimento, atendimento psicossocial, visando a prevenção e a atenção integral a saúde do servidor, elaborar e operacionalizar o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO, com a realização de exames periódicos, visando a prevenção, redução de riscos e promoção da saúde dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde, confeccionar o Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR dos ambientes de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, visando a conformidade com as Normas Regulamentadoras de saúde e segurança do trabalho, emitir Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho – LTCAT, tem como objetivo avaliar qualitativa e quantitativamente os agentes de riscos previsto na legislação previdenciária e existentes nos ambientes de trabalho, elaborar laudo técnico de Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP, contendo histórico laboral, agentes nocivos e registros ambientais para fins previdenciários dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde, promover ações de prevenção, promoção e educação em saúde, acompanhando o calendário anual de saúde, de forma integrada aos demais setores vinculados a Secretaria Municipal de Saúde, atuar de forma integrada com outros setores na esfera Federal, Estadual, Municipal, para o desenvolvimento das ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde, prestar assistência técnica nas perícias judiciais, que envolvam servidores da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura Municipal de Campo Grande - MS, conforme solicitações da Procuradoria Geral do Município, avaliar os servidores encaminhados pela Perícia Médica em Saúde para o retorno ao trabalho, com restrições ao desempenho das suas funções laborais.

Caberá à equipe multiprofissional da Coordenadoria de Saúde do Servidor analisar, avaliar e sugerir possíveis adequações ou realocações, operacionalizar os Núcleos de Atenção Integral à Saúde do Servidor, nos Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde, garantindo acesso e descentralização do atendimento em saúde ocupacional aos trabalhadores da saúde, executar projetos específicos que atendam às necessidades das áreas técnicas voltados para a promoção da saúde dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde, elaborar, registrar e disseminar todos os procedimentos necessários à execução das atividades e desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

2.12.12 Relações Institucionais de Saúde

A Superintendência de Relações Institucionais em Saúde da SESAU exerce papel estratégico na articulação, integração e fortalecimento das relações institucionais entre a

Secretaria Municipal de Saúde, demais órgãos governamentais e entidades do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à implementação efetiva das políticas públicas de saúde no município. Sua atuação está alinhada às diretrizes do Plano Municipal de Saúde (PMS) e à Política Nacional de Regulação (Portaria MS/GM nº 1.559/2008), integrando três eixos fundamentais: contratualização, regulação do acesso e gestão de sistemas de informação. Suas ações são desenvolvidas por 03 (três) coordenadorias e 01 (uma) assessoria, sendo elas a: Assessoria de Judicialização, Coordenadoria de Análise e Processamento de Serviços de Saúde, Coordenadoria de Regulação e Coordenadoria de Pactuação, Controle e Avaliação

Entre suas principais atribuições, destaca-se a responsabilidade por todo o processo de contratualização com a rede pública e privada de serviços de saúde, sempre que a rede própria municipal não dispõe de capacidade suficiente para atender integralmente à demanda da população. Essa contratualização é realizada em consonância com as normativas do SUS e a legislação vigente, priorizando, sempre que possível, entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, conforme determina o artigo 199, §1º da Constituição Federal e a Lei nº 8.080/1990. O processo envolve a identificação das necessidades assistenciais não supridas pela rede própria, a definição dos serviços a serem contratados, a formalização dos instrumentos jurídicos e o acompanhamento do cumprimento das metas pactuadas, assegurando legalidade, transparência e efetividade no uso dos recursos públicos.

A Superintendência de Relações Institucionais em Saúde da SESAU possui entre suas principais atribuições a regulação do acesso assistencial, função estratégica para garantir a organização, priorização e qualificação dos fluxos de atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa responsabilidade é exercida por meio do Complexo Regulador Municipal, que opera conforme diretrizes da Portaria MS/GM nº 1.559/2008 e da Lei nº 8.080/1990, integrando ações de ordenamento de demanda, gestão de leitos e articulação com sistemas de informação.

A regulação do acesso atua em três eixos principais: ordenamento de fluxos assistenciais, gestão do Complexo Regulador e integração com sistemas de informação. No primeiro eixo, destacam-se a priorização de demandas urgentes e eletivas por meio de protocolos clínicos e classificação de risco, além da construção de grades de referência e contra referência alinhadas à Programação Pactuada e Integrada (PPI). O Complexo Regulador Municipal, por sua vez, centraliza o controle de leitos e agendas, monitorando em tempo real a disponibilidade de vagas hospitalares e ambulatoriais por meio de sistemas como o SISREG, além de fiscalizar limites físicos e financeiros dos serviços contratualizados.

A integração com sistemas de informação é realizada por meio da atualização cadastral mensal de estabelecimentos no CNES e do processamento de dados do SIA/SIH para análise de produtividade e identificação de gargalos. Essa abordagem assegura

transparência e eficiência, com publicação trimestral de relatórios de filas e acesso no portal da SESAU.

A regulação do acesso opera em sinergia com a contratualização de serviços, assegurando que a complementaridade da rede privada ocorra de forma planejada e regulada, conforme o artigo 199, §1º da Constituição Federal. Essa integração fortalece os princípios da equidade, integralidade e universalidade, garantindo que os recursos públicos sejam aplicados com legalidade, transparência e efetividade.

Em síntese, a Superintendência de Relações Institucionais em Saúde consolida-se como eixo central na garantia do acesso oportuno e qualificado aos serviços de saúde, alinhando planejamento, regulação e inovação tecnológica às necessidades do município.

Desafios da Superintendência

1. Financiamento insuficiente e gestão de recursos

A dependência de repasses federais e a limitação orçamentária municipal impõem desafios à contratualização e à expansão da rede própria, especialmente em cenários de crise econômica. A Superintendência precisa otimizar recursos por meio de pactuações intersetoriais e revisão periódica de contratos, garantindo que os valores repassados a prestadores privados sejam compatíveis com a capacidade fiscal do município. Além disso, a judicialização da saúde (demandas via Poder Judiciário por medicamentos e procedimentos não pactuados) pressiona o orçamento, exigindo ações coordenadas com a Assessoria de Judicialização para evitar sobrecarga financeira.

2. Ampliação da oferta de serviços e infraestrutura

A insuficiência crônica de leitos, equipamentos e profissionais em regiões periféricas exige estratégias como a regionalização de serviços e a cogestão com entidades filantrópicas. A Superintendência enfrenta o desafio de equilibrar a expansão da rede contratualizada com o fortalecimento da rede própria, priorizando investimentos em áreas como atenção primária e média complexidade ambulatorial para reduzir a dependência de terceiros. A integração de dados do CNES e SIA/SIH é crucial para identificar lacunas assistenciais e direcionar recursos de forma equitativa.

3. Complexidade regulatória e integração de sistemas

A fragmentação das centrais de regulação (urgência, internações, ambulatorial) e a interoperabilidade limitada entre sistemas (ex.: e-SUS Regulação, RNDS) dificultam o monitoramento em tempo real. A Superintendência deve priorizar a unificação de protocolos e a capacitação de reguladores para garantir agilidade na autorização de procedimentos e transparência na gestão de filas.

1. COORDENADORIA DE PROCESSAMENTO –SIA, SIH E CNES

A Coordenadoria de Processamento SIA, SIH e CNES – CP tem como atribuição a responsabilidade técnica de operacionalizar os principais Sistemas de Informações do SUS,

cada divisão que a compõe alimenta os sistemas com os respectivos dados que competem a cada programa pertencente ao DATASUS, do Ministério da Saúde.

Além disso, dá apoio técnico e informacional às superintendências/coordenadorias-gerais da SESAU e também aos prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde.

Os principais desafios são:

- ✓ Atualização sincrônica entre os sistemas de informação, uma vez que é longo o tempo necessário para a sincronização dos sistemas, sendo necessário gerar os arquivos manualmente para que os sistemas de informação estejam sempre atualizados;
- ✓ Integração online entre os sistemas, sendo uma das prerrogativas para a melhoria da comunicação entre os sistemas de informação;
- ✓ Necessidade de infraestrutura tecnológica, tanto em termos de hardwares, softwares quanto em relação às redes de internet, sendo necessário máquinas com alto grau desempenho, memória e uma rede estável para operacionalização;
- ✓ Ampliação da formação continuada para os servidores, permitindo melhor desempenho dos setores como uma unidade;

A CP - Coordenadoria de Processamento – SIA, SIH e CNES é subordinada a Superintendência de Relações Institucionais em Saúde. A Coordenadoria de processamento é composta pelas seguintes divisões:

1. Divisão de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde – CNES
2. Divisão de Processamento de Informações Ambulatorial – SIA
3. Divisão de Processamento de Informações Hospitalares – SIH.

A coordenadoria se organiza de modo a sincronizar os trabalhos entre Superintendência (SUPRIS), os Chefes de Divisão e os servidores administrativos, visando cumprir o princípio da Universalidade previsto na Constituição federal de 1988 e as portarias que regem os Sistemas de Informação do SUS.

2. COORDENADORIA DE REGULAÇÃO

A Coordenadoria de Regulação, abrange o sequenciamento na regulação ambulatorial e hospitalar, desempenha um papel central na garantia do acesso oportuno e equitativo aos serviços de saúde para a população, em conformidade com os princípios do SUS e a Política Nacional de Regulação (Portaria nº 1.559/2008).

Atuação e Funções Principais

Regulação do Acesso: Garante o acesso regulado e oportuno dos usuários do SUS aos serviços de saúde, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, com base em critérios de necessidade, risco e prioridade.

Gestão de Vagas: Gerencia a oferta de vagas para consultas, exames especializados, internações eletivas e de urgência, otimizando a utilização dos recursos disponíveis na rede.

Protocolos e Normas: Desenvolve e implementa protocolos clínicos e normas técnicas para a regulação do acesso, assegurando a qualidade e a segurança do atendimento.

Articulação da Rede: Coordena e articula o fluxo de pacientes entre os diferentes níveis de atenção, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até os serviços especializados e hospitalares.

Monitoramento e Avaliação: Monitora e avalia o desempenho do sistema de regulação, identificando gargalos e propondo melhorias para otimizar o acesso e a qualidade dos serviços.

Divisões e Atribuições específicas

- Regulação Hospitalar
    - Divisão de Leitos Eletivos:

Utiliza o Sistema de Regulação Hospitalar (SISREG online) para gerenciar as internações eletivas, garantindo transparência e priorização com base na classificação de risco.

Qualifica as filas de espera para cirurgias eletivas, priorizando casos de maior gravidade.

    - Divisão de Leitos de Urgência:

Utiliza o Sistema CORE para interface entre médicos assistentes, regulação e hospitais.

Regulamenta internações de urgência, garantindo senhas de acesso aos hospitais da rede complementar.

- Regulação Ambulatorial

Implementação da Política Municipal de Regulação:

Elabora normas técnicas para a regulação ambulatorial em âmbito municipal, complementar, federal e estadual; gerencia vagas para consultas, exames especializados e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; elabora protocolos de regulação para os fluxos assistenciais.

Capacitação e Monitoramento:

Capacita gerentes e médicos das Unidades de APS e prestadores da rede complementar sobre os protocolos de acesso; avalia o desempenho dos serviços, a satisfação dos usuários e os indicadores epidemiológicos.

Telemonitoramento:

Em resposta à pandemia de COVID-19, a Coordenadoria implantou o serviço de Telemonitoramento de pacientes sintomáticos respiratórios, suspeitos e confirmados da doença. Este serviço, pioneiro no país, também monitora gestantes vacinadas contra a COVID-19 para estudar os impactos na saúde materno-infantil.

Desafios Enfrentados

Regulação Hospitalar: Retomada das cirurgias eletivas suspensas devido à COVID-19, exigindo redimensionamento da rede e novas pactuações; falta de leitos hospitalares, dificultando o acesso oportuno aos serviços.

Regulação Ambulatorial: Dificuldades na implantação do serviço de Telerregulação, incluindo a necessidade de compra de mobiliário, equipamentos e sistemas de informação; lotação de recursos humanos para complementar a equipe de regulação e implantar a Telerregulação; aumento da demanda reprimida por consultas, exames e procedimentos especializados devido à suspensão de atendimentos durante a pandemia.

A Coordenadoria de Regulação, atuando de forma integrada nas áreas ambulatorial e hospitalar, é fundamental para a organização e o funcionamento do sistema de saúde, garantindo o acesso da população aos serviços de forma oportuna e equitativa. A superação dos desafios e a articulação com a PPI são essenciais para aprimorar a eficiência e a qualidade da assistência prestada.

3. COORDENADORIA DE PACTUAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO

A Coordenadoria de Pactuação, Controle e Avaliação (GPA/GCA) desempenha papel estratégico e articulador dentro da Superintendência de Relações Institucionais de Saúde (SUPRIS), atuando de forma integrada com as demais gerências para garantir o funcionamento eficiente e qualificado da Rede Municipal de Saúde.

Atuação e Funções Principais

Gestão e Supervisão de Contratos e Convênios: Elabora, monitora e supervisiona contratos com hospitais e prestadores da Rede Complementar em Saúde, assegurando o cumprimento das metas pactuadas e a qualidade dos serviços oferecidos.

Apoio Técnico e Articulação: Participa da ampliação da rede assistencial e da execução de serviços, apoiando políticas públicas e redes temáticas do SUS, além de auxiliar gestores na tomada de decisões e no monitoramento da aplicação dos recursos públicos.

Monitoramento e Controle: Realiza visitas técnicas, revisões administrativas, análise da produção hospitalar e ambulatorial, interlocução com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e controle financeiro, garantindo transparência e eficiência na gestão.

Equipe Multidisciplinar: Conta com profissionais de diversas áreas da saúde e administração, promovendo capacitação contínua e uso de indicadores para melhoria da resolutividade.

Instrumentos de Gestão em Saúde no SUS

O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, é organizado sob diretrizes de descentralização, integralidade e participação social, funcionando em rede regionalizada e

hierarquizada. Para assegurar seu pleno funcionamento, gestores da União, Estados, Distrito Federal e municípios utilizam diversos instrumentos de gestão, tais como:

- Agendas de Saúde
- Planos de Saúde
- Relatórios de Gestão
- Plano Diretor de Regionalização (PDR)
- Programação Pactuada e Integrada (PPI)
- Papel da CPCA e Fundamentação no PDR e PPI

A CPCA foi criada para fortalecer as pactuações entre gestores, reduzir lacunas assistenciais e consolidar potencialidades locais e regionais. Sua atuação está fundamentada no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que orienta a organização e hierarquização da rede de saúde, garantindo integralidade e acesso a todos os níveis de complexidade.

A efetividade do PDR é assegurada pela Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento essencial para o planejamento do SUS, que define a alocação de recursos, reorganiza redes de atenção e consolida diretrizes e prioridades. A PPI traduz a autonomia dos gestores, promovendo negociações entre municípios e com o estado para garantir o acesso da população aos serviços de saúde.

Objetivos da Programação Pactuada e Integrada

- Estimular o planejamento integrado entre gestores municipais e estadual.
- Organizar o sistema e as redes de referência regionalizadas.
- Explicitar fluxos de referência intermunicipais para garantir acesso universal.
- Orientar a alocação de recursos financeiros conforme necessidades e prioridades.
- Estabelecer critérios claros para custeio da assistência ambulatorial e hospitalar.

Prioridades da CPCA

- Revisão da Média e Alta Complexidade (MAC) ambulatorial e hospitalar, com análise detalhada da produção e contratos.
- Atualização das pactuações e documentos junto às Comissões Intergestores Bipartite (CIB).
- Diálogo constante com a SES para sinergia na gestão e atualização do PDR e PPI.
- Monitoramento do cumprimento dos termos de compromisso e fluxos de referência.

- Análise de solicitações e produção assistencial para subsidiar planejamento e credenciamento.
- Identificação de demandas prioritárias e acompanhamento de convênios vinculados a emendas parlamentares.

Estrutura Interna

- Gerencia de Controle e Avaliação
  - Divisão de Monitoramento Ambulatorial (DMA)
  - Divisão de Monitoramento Hospitalar (DMH)
  - Divisão de Gestão de Contratos e Convênios (DGCC)
- Gerencia de pactuação
  - Divisão de Suporte Técnico e Apoio Técnico (DISAT): Responsável pelo suporte aos planejamentos, habilitação de prestadores e inserção de dados no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS).

Principais Desafios Enfrentados

- Déficit de recursos humanos, especialmente supervisores, para ampliar o controle e avaliação.
- Falta de programas estruturados de seleção e treinamento para novos profissionais.
- Dificuldade em credenciar novos prestadores devido à defasagem dos valores da Tabela SUS, impactando a ampliação da oferta e a redução das filas de espera.
- Crescente demanda assistencial que ultrapassa o Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC), sem atualização proporcional dos recursos financeiros, comprometendo a sustentabilidade do sistema.
- Atendimento a pacientes de municípios do interior e outros estados, não contemplados na PPI, que geram custos adicionais e desequilíbrio financeiro para Campo Grande, referência regional em média e alta complexidade.

1. JUDICIALIZAÇÃO - SUPRIS

A judicialização da saúde no Brasil é um fenômeno em crescente expansão. No município de Campo Grande o cenário não é diferente. O financiamento dos processos judiciais compromete de maneira impactante a verba destinada às políticas públicas.

O quadro da Judicialização no Município de Campo Grande-MS, sob a óptica da Procuradoria Geral do Município - PGM, é de que as ordens judiciais não estão sendo cumpridas pelos hospitais e demais prestadores de serviços, em desobediência ao que está disposto nas Resoluções Municipais e Estaduais. Estes processos tramitam nas Varas da

Fazenda Pública, do Juizado Estadual da Fazenda Pública (96%), Justiça Federal e Juizado Federal.

Em consequência ao início da pandemia, houve um aumento das ações judiciais, interpelando bloqueios nos mais variados valores. Por esta razão, houve a necessidade de expansão do Setor de Assessoria judicialização SUPRIS.

O setor embora existente há mais de 10 anos, não fazia parte do Regime Interno da SESAU. Entretanto, o trabalho realizado pautará a inserção do setor em novo regimento no Diogrande (Diário Oficial do município de Campo Grande).

Ao Setor de Assessoria da Judicialização **(**diretamente subordinada à Superintendência de Relações Institucionais de Saúde) compete:

- ✓ Receber todas as demandas judiciais da UNIÃO, ESTADO e MUNICÍPIO, enviadas do Setor Jurídico / DDJS, no que compete ao encaminhamento para o atendimento na Rede Pública - SUS, disponibilizando: consultas especializadas, exames, procedimentos cirúrgicos, tratamento fora em domicílio, vagas hospitalares para leitos de UTI;
- ✓ Realizar contato com os hospitais e outros estabelecimentos e/ou prestadores para intermediar a execução dos procedimentos solicitados nos autos;
- ✓ Acompanhar os agendamentos das consultas, exames, cirurgias de todas as demanda judiciais até finalização do processo;
- ✓ Registrar nas Planilhas online todas as demandas judiciais, atentando – se quanto ao cumprimento dos prazos;
- ✓ Trabalhar o fluxo, mediante as demandas destinadas para cada Gerência: Regulação Hospitalar, Regulação Ambulatorial, Processamento/SIA /SIH e CNES, Controle e Avaliação e Pactuação Assistencial;
- ✓ Oficializar as Instituições e demais prestadores, mediante necessidade de atendimento aos pacientes pertinentes de atendimentos Urgentes, em virtude do quadro clínico especificados nos autos;
- ✓ Colabor

ar na execução dos fluxos para resolução das Ações desfavoráveis à SESAU (Advogado Particular);

- ✓ Trabalhar em conjunto com o Núcleo de Apoio Técnico/NAT, o CAT/JUS e os representantes da SESAU/Defensoria e SES/CERA;
- ✓ Desempenhar outras atividades correlatas às competências das respectivas áreas de atuação;

A Judicialização, sem dúvida, faz o abortamento de processos de fundamental importância à sustentabilidade do sistema de saúde.

A ponte realizada entre a Judicialização e os demais setores da SUPRIS, também é de extremo valor, uma vez que representa o "termômetro" para as ações em conjunto necessárias para o fortalecimento da relação entre o setor assistencial e o poder judiciário.

Ressaltamos que a Superintendência realiza uma ação direta e preventiva para a inserção de novos casos no setor, estabelecendo medidas de enfrentamento e mudanças, que visam resguardar a integridade e a saúde dos pacientes.

Desafios:

Ausência de um Sistema de informação eficiente para o acompanhamento das ações;

- ✓ Necessidade de uma Estrutura Institucional para gerir a Judicialização;
- ✓ Acompanhar todos os processos de judicialização, o perfil das demandas e os atores das ações;
- ✓ Racionalizar a judicialização, minorando a quantidade de casos evitáveis;
- ✓ Auxiliar no processo de informações, encaminhamento de casos e fornecer respostas rápidas às instituições judiciais, informando aos gestores as falhas verificadas no sistema de saúde;
- ✓ Interligar a entrada de ações, o procedimento de defesa e o cumprimento de decisões judiciais;
- ✓ Possibilitar o acesso compartilhado com a Procuradoria Geral Estadual – PGE, que também utiliza o sistema para instruir as contestações e os recursos, enquanto a equipe providencia pareceres técnicos para cada caso e organiza um processo de compra eficiente e centralizado;
- ✓ Atualizar o *"follow up*" dos processos de judicialização da saúde com informações sobre as doenças mais comuns; consultas, exames e medicamentos mais solicitados; entes mais demandados e índice de resolução extrajudicial.

2.13 PARTICIPAÇÃO SOCIAL: CONSELHO DE SAÚDE

A Participação Sociedade no Sistema Único de Saúde (SUS) está prevista na Constituição Federal (1988) e na Lei nº 8080/90, e sua efetividade se dá por meio dos Conselhos de Saúde, em suas diversas modalidades. O Conselho de Saúde é uma das instâncias de controle social prevista na Lei 8.142/90, que afirma:

> "§ 2° – O Conselho de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, [...]".

Por meio dos conselhos, a participação social é reconhecida como uma diretriz fundamental do SUS, reforçando a importância da comunidade na efetivação da democracia e das Políticas Públicas de Saúde.

O Conselho de Saúde é composto por representantes de Usuários (50%), de Trabalhadores de Saúde (25%) e Gestores/Prestadores de Serviços de Saúde (25%), e exerce papel essencial na formulação, acompanhamento nas políticas de saúde municipais, inclusive em aspectos econômicos e financeiros.

Em Campo Grande/MS, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído em 27/12/1990, pela Lei nº. 2.784, posteriormente atualizada pela Lei nº. 6.510 de 15 de outubro de 2020. Esta legislação define sua estrutura, composição, competências e funcionamento.

Com o objetivo de consolidar, fortalecer e ampliar e acelerar o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) estruturou, em sua organização administrativa, a Gerência de Apoio ao Controle Social (GACS), subordinada à Coordenadoria Geral de Planejamento e Gestão Participativa (CGEP). A criação da GACS evidência o compromisso da gestão municipal com a promoção da participação cidadã na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde.

A GACS atua como elo de articulação entre os diversos setores da SESAU e os Conselhos de Saúde, promovendo o fortalecimento das instancias participativas e garantindo a efetividade do princípio constitucional da gestão democrática e participativa.

Com a finalidade de promover um espaço permanente de articulação e pactuação sobre a política pública de saúde, a SESAU instituiu o Colegiado Gestor, órgão consultivo que assessora tecnicamente o processo de cogestão e das gestões participativas, na qual a GACS apoia operacionalmente a formação e funcionamento. Notadamente, esse colegiado reúne-se um dia antes das Sessões Ordinárias/Extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde (CMS), com o objetivo de

discutir, pactuar e acompanhar as matérias em tramitação. Atualmente, o CMS conta com 46 representantes gestores, nas suas comissões técnicas e intersetoriais, até abril/2025. Essas comissões, têm como atribuições a análise e emissão de pareceres sobre o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG), além da proposta orçamentária anual do Fundo Municipal de Saúde (FMS), execução orçamentária e financeira, e o destino dos recursos repassados ao FMS.

Os pareceres, são submetidos ao Conselho Municipal de Saúde, que os delibera e, posteriormente, são homologados pelo chefe do Poder Executivo, no prazo de até 30 dias. A GACS, oferece suporte operacional para que essas deliberações sejam devidamente publicadas e se tornem acessíveis à população.

Atendendo ao disposto na Lei de Acesso a Informação (LAI) nº 12.527/2011, que assegura o direito de qualquer pessoa solicitar e obter informações públicas, a GACS atua sistematicamente no monitoramento de prazos e no encaminhamento de respostas às demandas dos conselhos de saúde.

Diversas estratégias são desenvolvidas continuamente no município, para estimular o envolvimento ativo da população na gestão do SUS. Tais ações contribuem para a promoção dos princípios da equidade, integralidade e universalidade no acesso aos serviços de saúde, consolidando o controle social como instrumento legítimo e essencial à qualificação da gestão pública.

A participação social é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fundamental para a construção de políticas públicas efetivas, democráticas e voltadas às reais necessidades da população. Em Campo Grande-MS, a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem se consolidado como espaço legítimo de representação da sociedade civil e de controle social das ações e serviços de saúde.

É sabido que o CMS é um espaço de escuta plural e decisão coletiva. Sua atuação permanente, deliberativa e fiscalizadora tem sido essencial para o fortalecimento da gestão participativa e para o aprimoramento das políticas públicas em saúde no município.

Como forma de valorizar e ampliar esse protagonismo, a elaboração das diretrizes do Plano Municipal de Saúde 2026-2029 contou com uma estratégia inovadora e inédita no município, a partir da realização de uma oficina com os conselheiros municipais de saúde, realizada em momento oportuno e anterior ao início da construção técnica das diretrizes do plano, através da Deliberação nº 983/2025/CMS de 26 de março de 2025.

Essa metodologia promoveu o diálogo qualificado, o alinhamento de prioridades e a escuta ativa dos diferentes segmentos representados no Conselho. A

oficina permitiu que os conselheiros atuassem não apenas como validadores, mas como coautores das diretrizes que orientarão as políticas de saúde nos próximos quatro anos, baseada na Conferência Municipal de Saúde de 2023, Conferência de Saúde do trabalhador 2024, plenária de Saúde Mental 2023 e na Portaria N° 715/2023 de 20 de julho de 2023.

Essa abordagem reforça a centralidade do controle social na formulação de políticas públicas e representa um avanço no modelo de governança da saúde municipal. Com essa iniciativa, Campo Grande reafirma seu compromisso com a gestão democrática e participativa do SUS, fortalecendo o protagonismo da comunidade e garantindo maior legitimidade, transparência e efetividade às ações previstas no Plano Municipal de Saúde.

2.14 AUDITORIA

A concepção sistêmica do Sistema Único de Saúde - SUS pressupõe que ele seja permanentemente avaliado e, consequentemente, que os resultados dessas avaliações ofereçam subsídios para o seu aperfeiçoamento. A Constituição Federal de 1988 previu que o SUS deveria ser regulamentado, fiscalizado e controlado.

A Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, instituiu o Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto na Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/90, conferindo a responsabilidade de controle e fiscalização do SUS ao SNA, organizado de forma descentralizada, com atribuições definidas para os três entes federativos.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS, compete ao Sistema Municipal de Auditoria - SMA, representado pela Gerência Municipal de Auditoria em Saúde, como componente descentralizado do SNA, a missão de exercer ações de auditoria, no âmbito do SUS, para a melhoria da atenção à saúde, conferindo ao seu trabalho a abrangência técnica-científica, contábil, financeira e patrimonial.

Instituído pelo Decreto Municipal n. 11.758, de 14 de fevereiro de 2012, o Sistema Municipal de Auditoria tem por finalidade aferir a regularidade dos procedimentos praticados por agentes e organizações que prestam serviços de saúde à população, para averiguar se estão sendo executados de conformidade com as normas e padrões de resolutividade e qualidade, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Dessa maneira, a Auditoria Municipal de Saúde é um dos instrumentos de controle interno da Secretaria Municipal de Saúde, que tem a finalidade de contribuir com a gestão por meio da análise dos resultados das ações e serviços públicos de saúde. Esta auditoria visa contribuir para garantia do acesso oportuno e da qualidade da atenção oferecida aos cidadãos, atuando sobre todos os atos, despesas, investimentos e obrigações no que se refere ao SUS ou alcançados pelos recursos a ele vinculados, abrangendo os serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde, com suas diversas unidades organizacionais; e as pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado, conveniadas ou contratadas com a municipalidade, que atuem na área hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico, sujeitos ao controle e fiscalização do SUS.

Para abarcar todas suas atribuições e demandas, o SMA instituiu e alinhou seu processo de trabalho ao SNA, utilizando diferentes tipos de atividades de auditoria, como Auditoria, Visita Técnica, Parecer Técnico, Orientação Técnica, Supervisão e Cooperação Técnica, cujas Instruções Normativas foram aprovadas pela Resolução SESAU nº 325 de 29 de dezembro de 2016, publicadas no Diário Oficial nº 4.762/2016.

No organograma, a Auditoria Municipal de Saúde está diretamente vinculada ao Gabinete da Secretária Municipal de Saúde.

Atualmente é composta por vinte três auditores municipais de saúde concursados, com formação nas áreas de medicina, odontologia, fonoaudiologia, enfermagem, análise de sistemas, serviço social, psicologia, direito e contabilidade.

A programação das atividades do setor ocorre a partir do Plano Municipal de Saúde, dos achados das atividades de auditoria anteriores, das demandas provenientes da Gestão, Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público, Ouvidor SUS, entre outros e sua realização pode ocorrer de forma direta, integrada ou compartilhada.

Atua com 100% de suas ações inseridas no sistema de informação SISAUD/SUS (Sistema de Auditoria do SUS) do Ministério da Saúde, instituído pela Portaria MS/GM n.1.467, de 10 de julho de 2006, viabilizando a sistematização do acompanhamento, do controle e da produção das informações decorrentes das atividades de auditoria de todos os componentes do SNA, permitindo a uniformização dos processos de trabalho, registrando e protegendo as informações de auditoria, gerando informações para a tomada de decisão e possibilitando a publicidade dos relatórios, com vistas à transparência dos trabalhos.

Diante do exposto, é fundamental que a Auditoria no SUS seja consolidada, como instrumento capaz de subsidiar o processo decisório do gestor da saúde, contribuindo assim para a contínua construção e fortalecimento do SUS.

2.15 REGIONALIZAÇÃO

A regionalização municipal refere-se à organização de municípios em regiões, com base em características comuns, para fins de planejamento e gestão de políticas públicas. É uma forma de descentralizar a administração, facilitar a identificação de necessidades específicas de cada região e otimizar a implementação de políticas públicas, promovendo a cooperação entre municípios e a busca por soluções regionais para problemas comuns

Por esta secretaria, o processo de trabalho referente a regionalização é conduzido pela Gerência de Articulação Intersetorial e de Relações Interfederativas (GAR) subordinada à Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa (CGEP), com a finalidade de acompanhar e integrar de forma intersetorial todas as fases do Planejamento do Plano Diretor de Regionalização (PDR), por meio da Resolução CIB/SES Nº 545, 06 de dezembro de 2024.

Em relação ao Planejamento Regional Integrado (PRI), este foi construído com as participações a nível Tripartite que trata sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI), o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) que pactuaram no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Resoluções nº 23/2017 e nº 37/2018, que estabeleceram as diretrizes e critérios para a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI) do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O PRI é parte do processo de Planejamento do SUS realizado no âmbito das Regiões e Macrorregiões de Saúde, visando orientar a organização regional dos serviços e das ações de saúde, em conformidade com as necessidades de saúde e resultante das pactuações entre as unidades federadas, com participação do Ministério da Saúde. Esse processo possui intuito de promover a Equidade Regional, bem como contribuir na concretização do Planejamento ascendente do SUS.

O PRI foi definindo pela Resolução n. 211/CIB/SES, de 25 de outubro de 2023, onde aprova a fase 3 do projeto de fortalecimento dos processos de governanças, organização e integração da RAS, com a priorização dos macroproblemas de saúde, tendo como prioridades sanitárias.

A construção dos Fluxo das Redes de Atenção e o Documento de Orientações da Atenção Materno-Infantil (DOMI**)** se basearam em um instrumento de avaliação e monitoramento, diretrizes, objetivos, metas e indicadores. As metas e indicadores definidos foram: **1** - Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE); **2** - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (CPD); **3** - Rede Psicossocial (RAPS); **4** - Redes

de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (PDC) e **5** - Rede de Atenção Materno (Materno Infantil) (RAMI).

Além de, demandar sobre o monitoramento de metas e ações do PLANIFICASUS, o que integra o Programação Pactuada e Integrada (PPI) na Atenção Primária em Saúde/APS e Programação Pactuada e Integrada (PPI) na Atenção Hospitalar, bem como o SUS Digital.

O PlanificaSUS é um dos projetos do PROADI-SUS, sob responsabilidade do Hospital Israelita Albert Einstein e operacionalizado em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Ministério da Saúde.

Em execução desde 2018, o PlanificaSUS tem como objetivo implantar a metodologia da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) em âmbito nacional, apoiando o corpo técnico-gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde no planejamento, organização, operacionalização e monitoramento da PAS nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Assim como, fortalecer o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

Trata-se de um projeto proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que apresenta, como área técnica responsável, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde por meio da Coordenação Geral de Garantia de Atributos de Atenção Primária à Saúde do Departamento de Saúde da Família e, como área de atuação, a de Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde.

Com o PlanificaSUS, a Região de Saúde poderá apresentar unidades da APS e da AAE com seus macroprocessos organizados e integrados, permitindo uma melhor gestão do cuidado oferecido aos usuários, à família e à comunidade, além da oportunidade de realização da expansão da metodologia para as demais Regiões de Saúde dos estados.

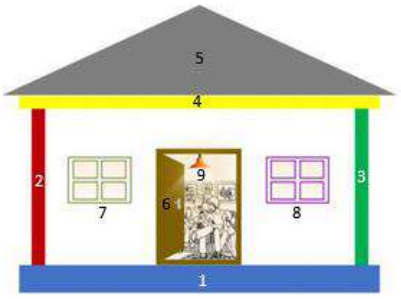
Para a organização dos processos de trabalho e pensando em responder as demandas da população por serviços de saúde, segundo Vilaça (2013) a construção social da APS pode ser melhor compreendida por meio da metáfora da construção de uma casa. O alicerce, as paredes, a laje, o telhado, a porta e as janelas representam o conjunto de macroprocessos que dão suporte ao atendimento das diversas demandas da população, e os microprocessos básicos estão relacionados à qualidade e à segurança da atenção às pessoas. Para que a casa tenha uma construção sólida e não corra o risco de ruir, inicia-se a construção pelo alicerce, e, a partir dele, serão organizados os macroprocessos (Vilaça, 2013; Mendes, 2019).

A responsabilização implica em as equipes assumirem, em seu território, o conhecimento da população adstrita, identificando suas necessidades de saúde em todos os pontos de atenção, estabelecendo relação de vínculo e comprometendo-se, de modo permanente e consistente, com a saúde da população.

A população de um território de Atenção Primária à Saúde (APS) busca a unidade de saúde por vários motivos, os quais chamamos “demandas”. Para melhor atender a essa população, tais demandas foram estruturadas em sete grupos de oferta de serviços, mas, para que as pessoas possam ser bem atendidas, é necessário que exista um equilíbrio entre os motivos de procura e de oferta, que pode ser alcançado pela organização dos processos de trabalhos.

Território e Gestão de Base Populacional

O território é um lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Nele, encontram-se ambientes construídos e ambientes naturais. O território é, sobretudo, um espaço de relações de poder, de informações e de troca (Milton Santos, 1994).



Fonte: Mendes et al., 2019

1 Macroprocessos e Microprocessos Básicos da Atenção Primária à Saúde
2 Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos
3 Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas não agudizadas, Enfermidades e Pessoas Hiperutilizadoras
4 Macroprocessos de Atenção Preventiva
5 Macroprocessos de Demandas Administrativas
6 Macroprocessos de Atenção Domiciliar
7 Macroprocessos de Autocuidado Apoiado
8 Macroprocessos de Cuidados Paliativos
9 Macroprocessos de Qualidade e Segurança do Paciente



Fonte: Mendes et al, 2019

Territorialização;
Cadastramento das famílias.

Macroprocessos de um Ambulatório de Atenção Especializada

O Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE, também chamado de Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, é uma estratégia da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde - PNAES e tem como objetivo ampliar e qualificar o cuidado e o acesso à Atenção Especializada em Saúde - AES. O foco é tornar o acesso do paciente às consultas e aos exames especializados o mais rápido possível e com menos burocracia, a partir do encaminhamento realizado pelas equipes de Atenção Primária (eAP), por exemplo a Equipe de Saúde da Família (eSF).

Quando o paciente precisar de mais de uma consulta ou exame especializado, ele não será colocado em várias filas para atendimento. Para resolver isso, o paciente será encaminhado a um serviço de saúde que realiza todas, ou a maioria, das consultas e exames de que precisa. A secretaria de saúde deverá supervisionar esse serviço para garantir que tudo seja realizado em, no máximo 30 ou 60 dias, a depender da situação. Assim, o paciente irá para uma única fila, com agendamento específico e garantia de retorno para a eAP que acompanha o caso.

O PMAE garante recursos financeiros federais para as secretarias estaduais e municipais de saúde e para o Distrito Federal. Esses recursos poderão ser utilizados para o custeio dos serviços públicos e contratação da rede privada (rede complementar) visando ampliar a oferta de consultas especializadas e exames diagnósticos, bem como qualificar o cuidado ao paciente no Sistema único de Saúde.

Considerando as prioridades sanitárias macrorregião centro – Campo Grande/MS definida pela Resolução n. 211/CIB/SES Campo Grande, 25 de outubro de 2023 que define em seu *“Art. 1º: Aprovar a Fase 3 do Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, com a priorização dos macroproblemas de saúde, tendo como Prioridades Sanitárias, na forma dos Anexos I a IV. ”*

Figura 1. Prioridades sanitárias macrorregião centro – Campo Grande/MS,2023.

ANEXO I
PRIORIDADES SANITÁRIAS DA MACRORREGIÃO CAMPO GRANDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

Prioridades sanitárias	Pontuação
Diminuir o tempo de espera no diagnóstico e início do tratamento de doença oncológica.	125
Aumentar e organizar a rede de atendimento aos pacientes com diagnóstico do TEA	125
Promover a redução dos casos de violências interpessoais/trânsito.	125
Aumentar a resolubilidade da Atenção Primária à Saúde - APS.	125
Promover a resolubilidade das demandas de saúde da sociedade e reduzir a judicialização	125
Estruturar a atenção a saúde mental conforme a demanda existente.	125
Ampliar o atendimento de exames, consultas, tratamentos e cirurgias.	125
Estruturar a capacidade instalada na média e alta complexidade, conforme a demanda em saúde.	125

Mato Grosso do Sul
DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE
A autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço http://imprensaoficial.ms.gov.br

Viabilizar o Subfinanciamento e melhorar a gestão do recurso para saúde pública.	125
Promover a redução da mortalidade infantil	125
Ampliar a estrutura das micro e macrorregiões de saúde em relação a capacidade instalada de serviços especializados	125
Promover o aumento da cobertura vacinal	125
Reduzir os índices de endemias/arboviroses	64
Reduzir a incidência das doenças infecto contagiosas	48
Aumentar a capacidade instalada para o atendimento a pessoa com deficiência.	45
Aumentar o número de profissionais especialistas (principalmente: T.O., Fono e pediatra)	27
Promover o planejamento reprodutivo.	27
Promover a redução da gravidez na adolescencia.	27
Capacitar o uso da ferramenta *do E-SUS* e reduzir as Inconsistências	27
Viabilizar pesquisa regional sobre o Impacto dos agrotóxicos na saúde da população.	27
Promover a oficialização aos conselhos muncipais e garantir a participação social no planejamento do PRI e na formalização do documento final	1

Nome da Macroregião	PRIORIDADES SANITÁRIAS	ORDEM DAPRIORIZAÇÃO SANITÁRIA (número)	Rede de Atenção à Saúde pertinente aPrioridade Sanitária	Se respondeu RAS/ou outra, na coluna anterior, especifique
CAMPO GRANDE	Diminuir o tempo de espera no diagnóstico e início do tratamento de doença oncológica	1	DCNT/SRAS	Trabalho intersetorial dentro do Grupo Condutor Municipal da Rede de Doenças Crônicas. Implementar o sistema de Vigilância do câncer (VigCan). Educação em saúde. Elaboração do plano de atenção oncológica do município com previsão de entrega para 2025. Fluxo de atendimento odontológico para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de boca (Atenção Primária em Saúde - APS, Centro de Especialidades Odontológicas - CEO e atenção hospitalar), buscando atender prazo da Lei Federal nº 12.732/2012 (lei dos 60 dias). Sugerimos ampliar a oferta de serviços por meio da contratualização. Trabalho intersetorial dentro do Grupo Condutor Municipal da Rede de Doenças Crônicas. Implementar o sistema de Vigilância do câncer (VigCan). Educação em saúde.
	Aumentar e organizar a rede de atendimento aos pacientes com diagnóstico do TEA	2	RAS, RAPS/SRAS	Regulação Hospitalar: promover fluxo de acesso no sistema de regulação que permita identificar o usuário do SUS, promovendo a equidade do acesso e integralidade da assistência. Controle e Avaliação: está em análise a celebração de Convênio com a AMA. Construção do Plano de Cuidado para a Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo. - Capacitação dos profissionais para realização do teste M-Chat R para diagnóstico de TEA em crianças. Estruturação do Plano de Atendimento a pessoa com TEA - em análise pelo CMS.
	Promover a redução dos casos de violências interpessoais/trânsito	3	RAS/SVS	Vigilância em Saúde, Serviço de Prevenção de Violências e Acidentes: Qualificar os profissionais de saúde visando o aprimoramento das ações de vigilância e prevenção dos casos de violências interpessoais. Monitorar as principais ações que contribuem para a redução das mortes e lesões no trânsito no que compete a essa secretaria.
	Aumentar a resolubilidade da Atenção Primária à Saúde - APS.	4	RAS/SRAS	Organizar os micro e macroprocessos da APS - Realizar visitas de supervisão nas unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) das 7 regiões urbanas. - Implantar o Practical Approach to Care Kit (PACK) - Kit de Cuidados em Atenção Primária. - Ampliar o número de equipes de atenção primária. - Ampliar o número de equipes multiprofissionais na atenção primária. - Reformar unidades de saúde da Atenção Primária. - Operacionalizar as 09 linhas de cuidado na Rede de Assistência em Saúde. - Ampliar unidades para coleta de material biológico para a realização de exames laboratoriais. - Ajustar o parâmetro de população adscrita por equipe de saúde da família e saúde bucal - Atualizar a estrutura tecnológica de hardware, software e rede.
	Promover a resolubilidade das demandas de saúde da sociedade e reduzir a judicialização	5	RAS/SUPRIS,SRAS	- Ampliar a oferta cirúrgica; - Aprimorar o MS-Saúde.

CAMPO GRANDE	Estruturar a atenção a saúde mental conforme a demanda existente.	6	RAPS/SRAS	Ampliar o número de serviços da RAPS -Realizar Seminários-cursos e oficinas em Saúde Mental - Desenvolver tecnologias e inovações em Saúde Mental.
	Ampliar o atendimento de exames, consultas, tratamentos e cirurgias.	7	RAS/SRAS,SUPRIS	Regulação: fluxos de regulação e outros instrumentos da gestão da clínica de acordo com as necessidades das regiões e macrorregião. -Ampliar a oferta de serviços por meio da contratualização com Centros Diagnósticos.
	Estruturar a capacidade instalada na média e alta complexidade, conforme a demanda em saúde	8	RAS/SRAS,SU PRIS	Pontos de atenção das RAS. Pactuações conforme as necessidades de saúde do território e realizar manutenção corretiva e preventiva em tempo oportuno para ampliar oferta assistencial.
	Viabilizar o Subfinanciamento e melhorar a gestão do recurso para saúde pública	9	RAS/SUPES	Para melhor subdivisão do financiamento, sugerimos apresentação de relatórios dos itens empenhados, liquidados e pagos, dentro dos níveis de atenção por fonte.
	Promover a redução da mortalidade infantil	10	RAMI/SRAS,SVS	Realização de consulta odontológica em gestantes visando identificar agravos bucais que possam ter relação com desfechos desfavoráveis na gestação. Operacionalizar as Linhas de Cuidado Materno infantil na Rede de Assistência em Saúde. - Divulgar o instrutivo para o manejo do recém-nascido de alto risco na Atenção Primária à Saúde (APS). - Divulgação do Guia de pré-natal para os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). - Realizar oficina de orientações de boas práticas no parto e atualização de classificação de risco gestacional. - Realizar oficina de puericultura para os profissionais da Atenção Primária à Saúde. - Realizar Fórum Perinatal. CRAE: Suegerimos rever modalidade contratual para especialidades na REMUS. Mortalidade materna: capacitação e qualificação dos profissionais em relação a identificação a gestante de risco e sofrimento fetal com Fluxo pré estabelecido de diagnóstico, tto e encaminhamento ao serviço terciário.
	Ampliar a estrutura das micro e macrorregiões de saúde em relação a capacidade instalada de serviços especializados	11	RAS/SUPRIS,S RAS	Estrutura operacional e sistema de apoio. Matriciamento das micro e macrorregiões de saúde.
	Promover o aumento da cobertura vacinal	12	RAS/SVS,SRA S	Ação transversal à todas as redes temáticas.- Manter o uso sistemático do cartão espelho de vacinação para a crianças de 0 – 05 anos.
	Reduzir os índices de endemias/arboviroses	13	RAS/SVS,SRA S	Gestão, Vigilância em Saúde, Educação em saúde. - Desenvolver ação educativa de promoção da saúde e prevenção das arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya) nas escolas pactuadas no Programa Saúde na Escola (PSE) no eixo Saúde Ambiental em parceria com os Agentes de Controle de Endemias (ACE). - Realizar encontros de apoio aos Distritos Sanitários para fortalecer as ações da integração do Agente de Combate as Endemias (ACE) e Agente Comunitário em Saúde (ACS) com enfoque no controle das arboviroses

CAMPO GRANDE	Reduzir a incidência das doenças infecto contagiosas.	14	RAS/SVS,SRA S	Vigilância em Saúde, Educação em saúde. Potencializar/fortalecer a Atenção Primária para esse cuidado por meio do apoio do nível secundário. Realizar ações educativas no Programa Saúde na Escola (PSE) sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos, com ênfase na prevenção da gravidez e IST/HIV. - Ampliar a testagem de sífilis em gestantes para tratamento em tempo oportuno evitando a transmissão vertical. - Realizar busca ativa das gestantes e parceiros com sífilis para o correto tratamento para redução da doença e evitar a transmissão vertical.
	Aumentar a capacidade instalada para o atendimento a pessoa com deficiência.	15	RCPCD/SRAS	-Contratualizacao e estruturação da atenção primária para o atendimento dos casos leves e manutenção do quadro funcional. -Contratualização de atendimentos uni profissionais com equipe multi Fluxo de atendimento odontológico à Pessoa com Deficiência (Atenção Primária em Saúde - APS, Centro de Especialidades Odontológicas - CEO e atenção hospitalar). -Fluxo de atendimento odontológico à Pessoa com Deficiência (Atenção Primária em Saúde - APS, Centro de Especialidades Odontológicas - CEO e atenção hospitalar). Informamos que no ano de 2023 foram adquiridas maca e balanças para cadeirantes para unidades de referência na Atenção Primária à Saúde (APS) o que possibilita o aumento da assistência da população com deficiência. - Ampliação das equipes e-MULTI. CURG: Acesso PCD: fluxo nas unidades da urgência para o atendimento prioritário , protocolo de atendimento na urgência ao paciente TEA com equipe multidisciplinar capacitada e qualificada.Controle e Avaliação: A rede complementar contratualizada tem dois novos estabelecimentos habilitados como CER II para ampliar a oferta de serviços (Pestalozzi e Cotolengo).
	Aumentar o número de profissionais especialistas (principalmente: T.O. fono e pediatra)	16	DCNT/SRAS,SUPRIS,SGTS	Rever modalidade contratual para especialidades na REMUS.
	Promover o planejamento reprodutivo.	17	RAMI/SRAS	Sugerimos viabilizar fluxo cirúrgico eletivo para rede própria. Realizar capacitações para os profissionais realizarem métodos contraceptivos de longa duração (LARC) DIU e implante subdérmico. - Realizar ações para ampliação de inserção de DIU. - Aumentar a oferta de planejamento familiar. - Manter o projeto “Cá Entre Nós” - Bayer e SOGOMATSUL, ofertando capacitação para profissionais da APS e SEMED sobre métodos contraceptivos.
	Promover a redução da gravidez na adolescência.	18	RAMI/SRAS	Realizar ações educativas no Programa Saúde na Escola (PSE) sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos, com ênfase na prevenção da gravidez e IST/HIV. - Realizar capacitações para os profissionais realizarem métodos contraceptivos de longa duração (LARC) DIU e implante subdérmico. - Manter o projeto “Cá Entre Nós” - Bayer e SOGOMATSUL, ofertando capacitação para profissionais da APS e SEMED sobre métodos contraceptivos. - Ampliar a oferta de métodos contraceptivos para adolescentes como preservativos internos externos, pílulas anticoncepcional oral, injetável mensal e trimestral, minipílula para puérperas além do DIU de Cobre.
	Capacitar o uso da ferramenta do E-SUS e reduzir as Inconsistências.	19	RAS/CGSTI	Gestão, Capacitação de profissionais. A retirada de inconsistências do e-SUS fazem parte do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) conforme protocolo de trabalho e são realizadas de forma rotineira.
	Viabilizar pesquisa regional sobre o Impacto dos agrotóxicos na saúde da população.	20	RAS/SVS	Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde, Pesquisa
	Promover a oficialização aos conselhos municipais e garantir a participação social no planejamento do PRI e na formalização do documento final.	21	RAS/CGEP	Participação Social, equipe de organização do PRI convidar ao menos 1 usuário conselheiro de saúde, por macro e microrregião, para participar de todo o processo de construção do PRI

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Mato Grosso do Sul, pela Resolução CIB/SES Nº 545, 06 de dezembro de 2024, define em seu “Art.1º Aprovar o Plano Diretor de Regionalização - PDR de Mato Grosso do Sul, conforme anexo **I**. **Parágrafo Único**: Mudanças em fluxos de pacientes ocorrerão mediante alterações na Programação Pactuada Integrada (PPI), ou outro instrumento que venha a lhe substituir, mediante a suficiência de serviços**. ”**

Figura 2. Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Mato Grosso do Sul, 2025.



PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL



1. MACRORREGIÃO CENTRO
29 MUNICÍPIOS - POPULAÇÃO: 1.386.363

- Região Norte
- Região Baixo Pantanal
- Região Centro

2. MACRORREGIÃO PANTANAL
03 MUNICÍPIOS - POPULAÇÃO: 143.326

- Região Pantanal

3. MACRORREGIÃO CONE SUL
33 MUNICÍPIOS - POPULAÇÃO: 867.905

- Região Centro Sul
- Região Sudeste
- Região Sul Fronteira

4. MACRORREGIÃO COSTA LESTE
13 MUNICÍPIOS - POPULAÇÃO: 359.245

- Região Nordeste
- Região Leste

Resolução CIB/SES n. 545, 06/12/2024.

SES Secretaria de Estado de Saúde — Governo de Mato Grosso do Sul

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

1. MACRORREGIÃO CENTRO
29 MUNICÍPIOS - POPULAÇÃO: 1.386.363

1.1 REGIÃO BAIXO PANTANAL

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Anastácio	24.114
2. Aquidauana	46.803
3. Bela Vista	21.613
4. Bodoquena	8.567
5. Bonito	23.659
6. Caracol	5.036
7. Dois Irmãos do Buriti	11.100
8. Guia Lopes da Laguna	9.940
9. Jardim	23.981
10. Maracaju	45.047
11. Nioaque	13.220
12. Porto Murtinho	12.859
Total	245.939

1.2 REGIÃO CENTRO

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Bandeirantes	7.940
2. Camapuã	13.583
3. Campo Grande	897.938
4. Corguinho	4.783
5. Jaraguari	7.139
6. Ribas do Rio Pardo	23.150
7. Rochedo	5.199
8. Sidrolândia	47.118
9. Terenos	17.652
Total	1.024.502

1.3 REGIÃO NORTE

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Alcinópolis	4.537
2. Coxim	32.151
3. Figueirão	3.539
4. Pedro Gomes	6.941
5. Rio Negro	4.841
6. Rio Verde de Mato Grosso	19.818
7. São Gabriel do Oeste	29.579
8. Sonora	14.516
Total	115.922

2. MACRORREGIÃO PANTANAL
03 MUNICÍPIOS - POPULAÇÃO: 143.326

2.1 REGIÃO PANTANAL

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Corumbá	96.268
2. Ladário	21.522
3. Miranda	25.536
Total	143.326

3. MACRORREGIÃO CONE SUL
33 MUNICÍPIOS - POPULAÇÃO: 867.905

3.1 REGIÃO CENTRO SUL

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Caarapó	30.612
2. Deodápolis	13.663
3. Douradina	5.578
4. Dourados	243.367
5. Fátima do sul	20.609
6. Glória de Dourados	10.444
7. Itaporã	24.137
8. Jateí	3.586
9. Laguna Carapã	6.799
10. Nova Alvorada do Sul	21.822
11. Rio Brilhante	37.601
12. Vicentina	6.336
Total	424.554

3.2 REGIÃO SUDESTE

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Anaurilândia	7.653
2. Angélica	10.729
3. Batayporã	10.712
4. Ivinhema	27.821
5. Nova Andradina	48.563
6. Novo Horizonte do Sul	4.721
7. Taquarussu	3.625
Total	113.824

3.3 REGIÃO SUL FRONTEIRA

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Amambaí	39.325
2. Antônio João	9.303
3. Aral Moreira	10.748
4. Coronel Sapucaia	14.289
5. Eldorado	11.386
6. Iguatemi	13.796
7. Itaquiraí	19.423
8. Japorã	8.148
9. Juti	6.729
10. Mundo Novo	19.193
11. Naviraí	50.457
12. Paranhos	12.921
13. Ponta Porã	92.017
14. Sete Quedas	10.994
15. Tacuru	10.808
Total	329.537

4. MACRORREGIÃO COSTA LESTE
13 MUNICÍPIOS - POPULAÇÃO: 359.245

4.1 REGIÃO NORDESTE

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Aparecida do Taboado	27.674
2. Cassilândia	20.988
3. Chapadão do Sul	30.993
4. Costa Rica	26.037
5. Inocência	8.404
6. Paraíso das Águas	5.510
7. Paranaíba	40.957
Total	160.563

4.2 REGIÃO LESTE

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Água Clara	16.741
2. Bataguassu	23.031
3. Brasilândia	11.579
4. Santa Rita do Pardo	7.027
5. Selvíria	8.142
6. Três Lagoas	132.152
Total	198.672

POPULAÇÃO DE MATO GROSSO DO SUL: 2.756.839 habitantes.
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

SES Secretaria de Estado de Saúde — Governo de Mato Grosso do Sul

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO MS – 2024	
Resolução CIB/SES nº 545 de 06/12/24 - Republicação DOE nº 11.690 de 11/12/24 Pag 35-39	
MATO GROSSO DO SUL	**2.756.839**
1. MACRORREGIÃO CENTRO (29 municípios)	**1.386.363**
1.1. REGIÃO BAIXO PANTANAL	**245.939**
1. Anastácio	24.114
2. Aquidauana	46.803
3. Bela Vista	21.613
4. Bodoquena	8.567
5. Bonito	23.659
6. Caracol	5.036
7. Dois Irmãos do Buriti	11.100
8. Guia Lopes da Laguna	9.940
9. Jardim	23.981
10. Maracaju	45.047
11. Nioaque	13.220
12. Porto Murtinho	12.859
1.2. REGIÃO CENTRO	**1.024.502**
1. Bandeirantes	7.940
2. Camapuã	13.583
3. Campo Grande	897.938
4. Corguinho	4.783
5. Jaraguari	7.139
6. Ribas do Rio Pardo	23.150
7. Rochedo	5.199
8. Sidrolândia	47.118
9. Terenos	17.652
1.3. REGIÃO NORTE	**115.922**
1. Alcinópolis	4.537
2. Coxim	32.151
3. Figueirão	3.539
4. Pedro Gomes	6.941
5. Rio Negro	4.841
6. Rio Verde de Mato Grosso	19.818
7. São Gabriel do Oeste	29.579
5. Sonora	14.516
2. MACRORREGIÃO PANTANAL (3 municípios)	**143.326**
2.1. REGIÃO PANTANAL	**143.326**
1. Corumbá	96.268
2. Ladário	21.522
3. Miranda	25.536
3. MACRORREGIÃO CONE SUL (34 municípios)	**867.915**
3.1. REGIÃO CENTRO SUL	**424.554**
1. Caarapó	30.612
2. Deodápolis	13.663
3. Douradina	5.578
4. Dourados	243.367
5. Fátima do Sul	20.609
6. Glória de Dourados	10.444
7. Itaporã	24.137
8. Jateí	3.586
9. Laguna Carapã	6.799
10. Nova Alvorada do Sul	21.822
11. Rio Brilhante	37.601
12. Vicentina	6.336
3.2. REGIÃO SUDESTE	**113.824**
1. Anaurilândia	7.653
2. Angélica	10.729
3. Batayporã	10.712
4. Ivinhema	27.821
5. Nova Andradina	48.563
6. Novo Horizonte do Sul	4.721
7. Taquarussu	3.625

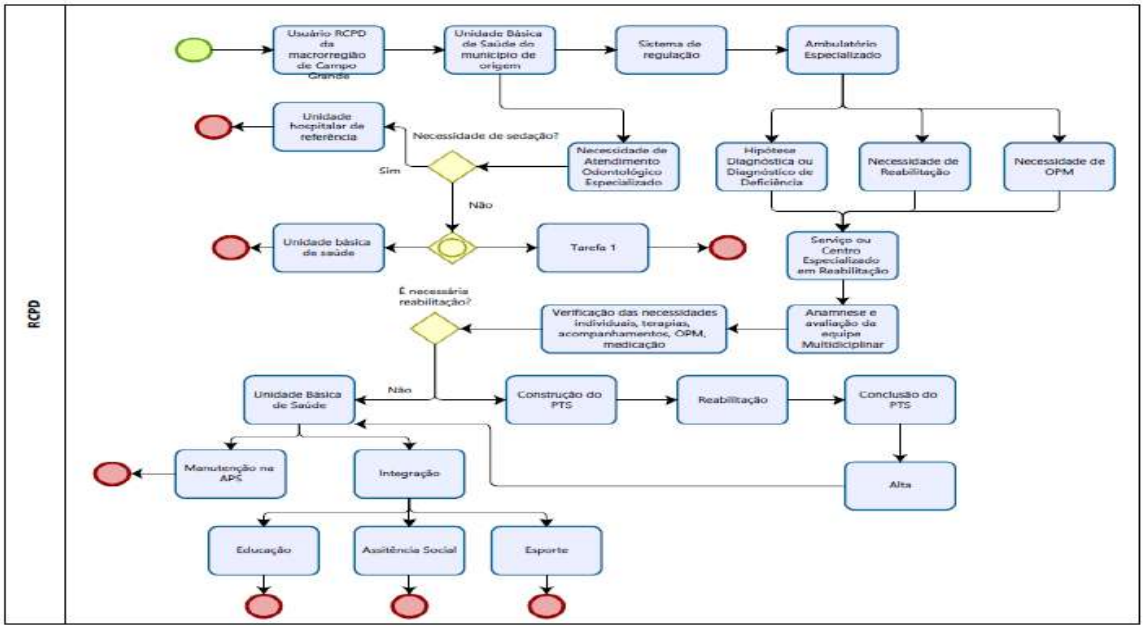
3.3. REGIÃO SUL FRONTEIRA	**329.537**
1. Amambaí	39.325
2. Antônio João	9.303
3. Aral Moreira	10.748
4. Coronel Sapucaia	14.289
5. Eldorado	11.386
6. Iguatemi	13.796
7. Itaquiraí	19.423
8. Japorã	8.148
9. Juti	6.729
10. Mundo Novo	19.193
11. Naviraí	50.457
12. Paranhos	12.921
13. Ponta Porã	92.017
14. Sete Quedas	10.994
15. Tacuru	10.808
4. MACRORREGIÃO COSTA LESTE (13 municípios)	**359.235**
4.1. REGIÃO NORDESTE	**160.563**
1. Aparecida do Taboado	27.674
2. Cassilândia	20.988
3. Chapadão do Sul	30.993
4. Costa Rica	26.037
5. Inocência	8.404
6. Paraíso das Águas	5.510
7. Paranaíba	40.957
4.2. REGIÃO LESTE	**198.672**
1. Água Clara	16.741
2. Bataguassu	23.031
3. Brasilândia	11.579
4. Santa Rita do Pardo	7.027
5. Selvíria	8.142
6. Três Lagoas	132.152

Fonte: IBGE - População estimada para 2022.

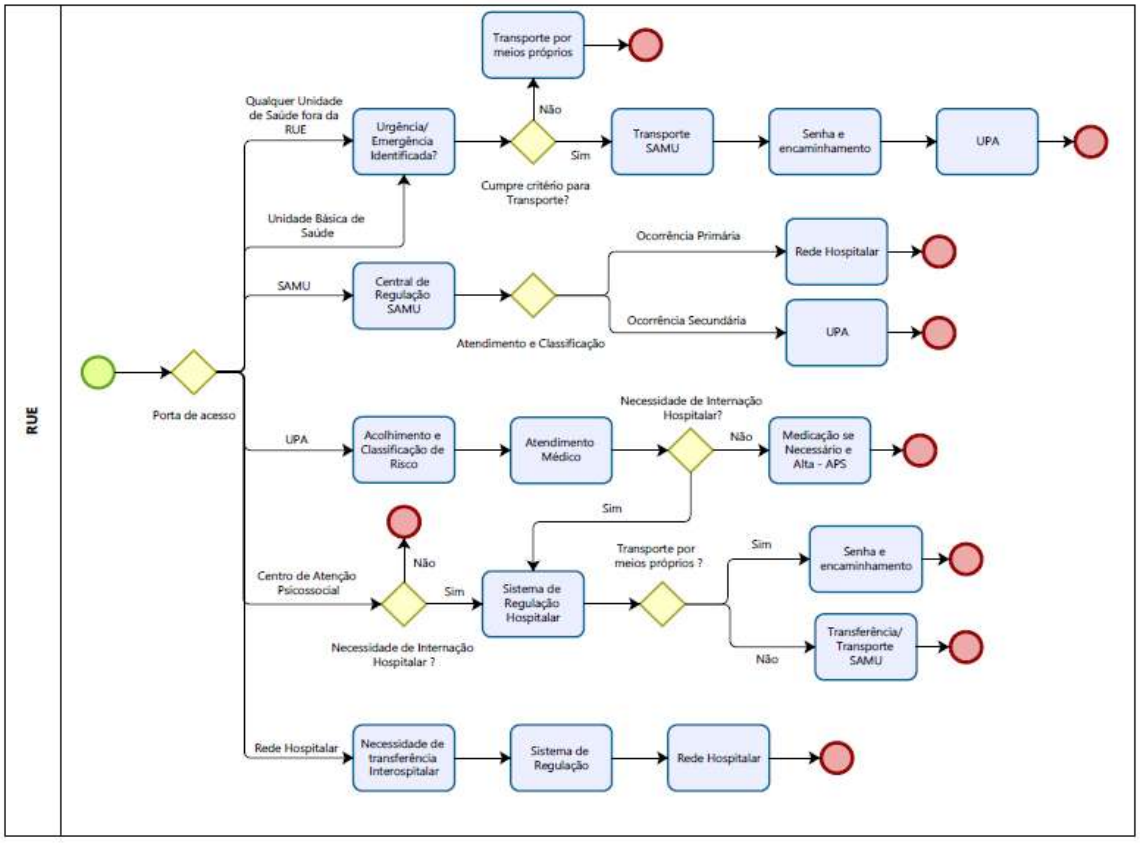


Reforça-se a importância da integração entre essas redes para garantir um atendimento humanizado e eficaz aos usuários do SUS. A colaboração entre as equipes da Secretaria Municipal e Estadual é crucial para o fortalecimento dos ***fluxos assistenciais***:

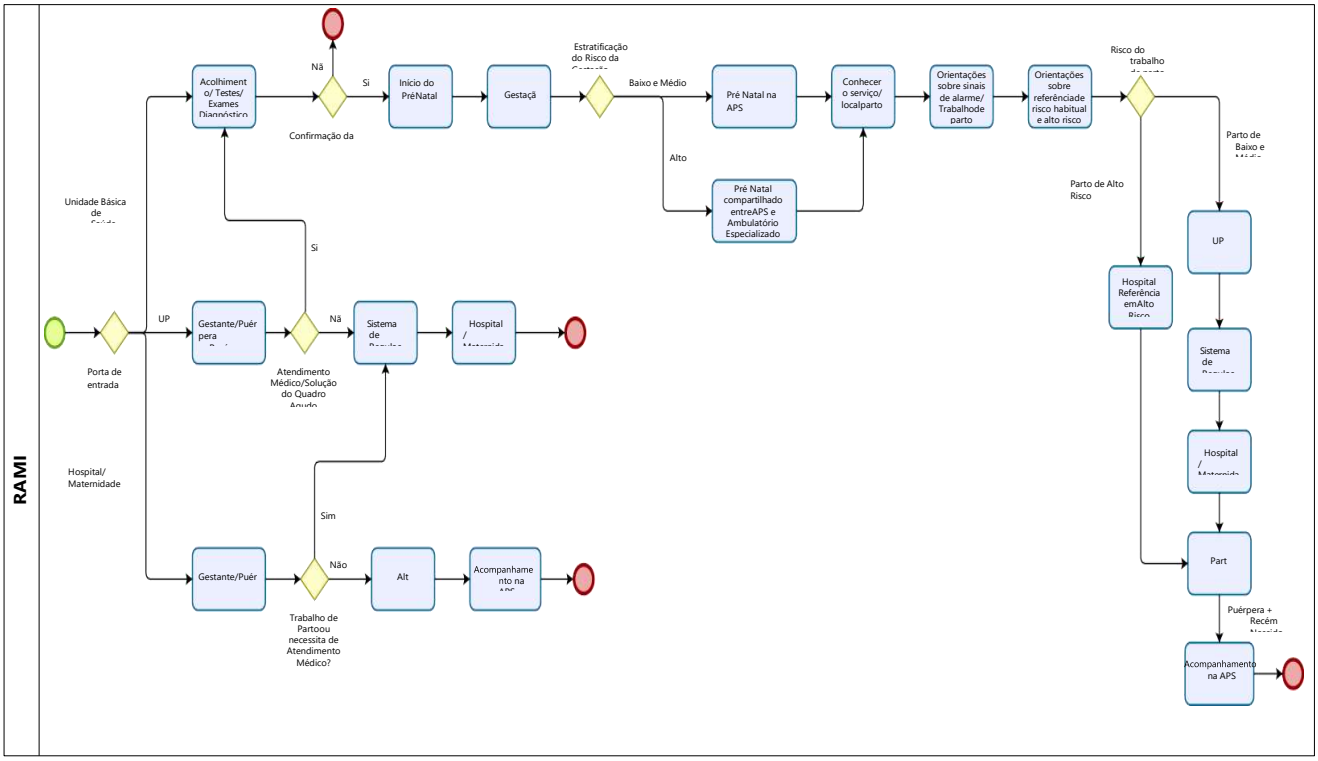
Fluxo 1 – Cuidados à Pessoa com Deficiência (CPD)



Fluxo 2 – Atenção à Urgência e Emergência (RUE)

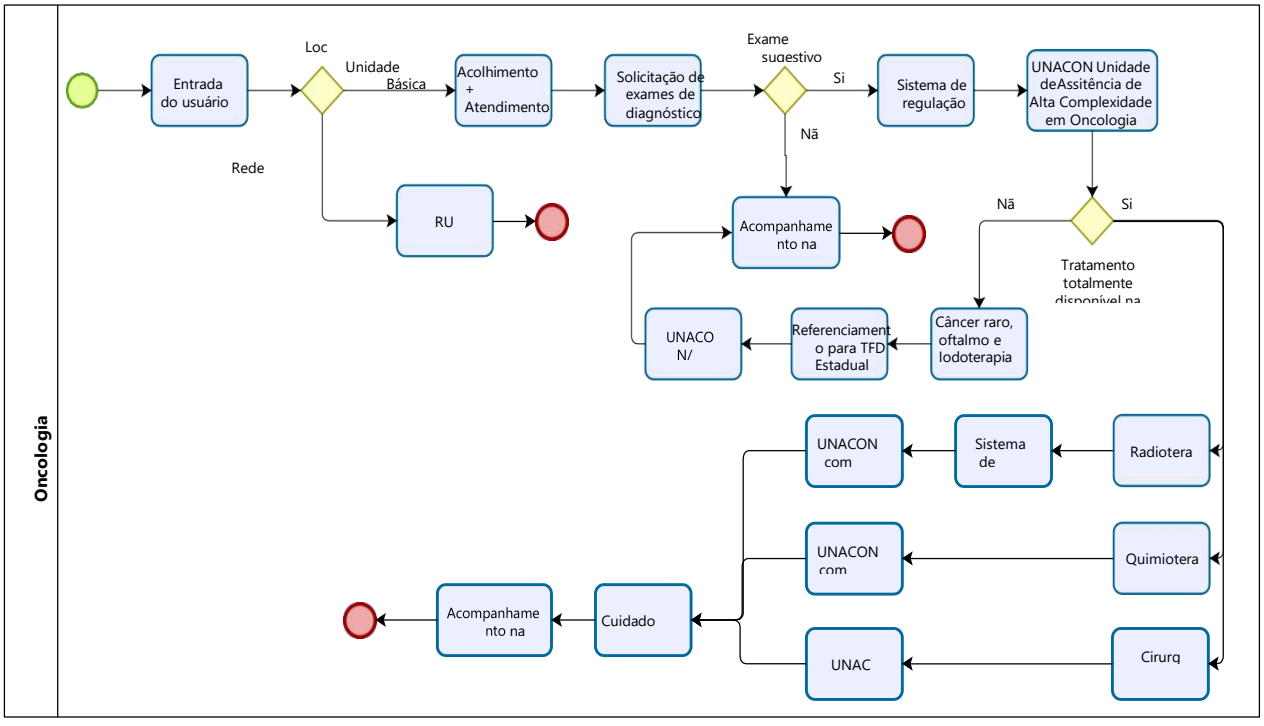


Fluxo 3 – Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)



Powered by bizagi Modeler

Fluxo 4 – Oncologia



Powered by bizagi Modeler

DIRETRIZES, OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

Diretriz 1 - Fortalecer a Rede de Atenção Materno-Infantil, garantindo acesso amplo e equitativo aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, com foco especial na identificação e atendimento de grupos populacionais vulneráveis e que impacte na redução da mortalidade materna e infantil, na prevenção de todos os tipos de violências, garantindo todos seus direitos. **Origem: 1.**

Objetivo 1.1 - Otimizar o acesso aos serviços de saúde da Rede de Atenção Materno-infantil em todos os níveis de atenção, visando a redução da mortalidade materna e infantil, de forma estratégica voltada à pessoa gestante e puérpera, criança, grupos vulneráveis e à prevenção de todos os tipos de violências. **Origem: 4.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de atendimentos a crianças, de 0 a 6 anos, na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) (Número absoluto).	1- Ofertar 22.500 atendimentos anuais na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para crianças de 0 a 6 anos, representando uma ampliação de 50% em relação à linha de base.	3
Proporção de mulheres com encaminhamento para laqueadura tubária com protocolo clínico e administrativo concluído na Atenção Ambulatorial Especializada (%).	2- Garantir que, no mínimo, 80% das mulheres encaminhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) para laqueadura tubária tenham o protocolo clínico e administrativo concluído na Atenção Especializada, sendo devidamente encaminhadas para a realização do procedimento cirúrgico.	3
Proporção de gestantes de alto risco acompanhadas na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em rede própria com cuidado compartilhado formalizado com a Atenção Primária à Saúde (APS) (%).	3- Garantir que, 60% das Gestantes de Alto Risco acompanhadas na AAE em rede própria tenham o cuidado compartilhado formalizado com a APS.	3

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 1 - Fortalecer a Rede de Atenção Materno-Infantil, garantindo acesso amplo e equitativo aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, com foco especial na identificação e atendimento de grupos populacionais vulneráveis e que impacte na redução da mortalidade materna e infantil, na prevenção de todos os tipos de violências, garantindo todos seus direitos. **Origem: 1.**

Objetivo 1.3 - Potencializar os processos de trabalho na rede municipal de saúde, visando a redução da mortalidade materna e infantil, de forma estratégica voltada à pessoa gestante e puérpera, criança, grupos vulneráveis e à prevenção de todos os tipos de violências, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de acompanhamento de crianças na atenção primária à saúde (cuidado no desenvolvimento infantil) (%)	1- Reduzir mortalidade infantil para menos de 10 óbitos/1000 nascidos vivos.	8
Percentual de acompanhamento de gestantes na atenção primária à saúde (cuidado da gestante e puérpera) (%)	2- Executar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres a fim de manter a Redução de Mortalidade Materna no município abaixo de 07 óbitos ao ano.	8

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 2 - Fortalecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, promovendo a articulação e integração dos equipamentos de saúde, objetivando ampliar e promover o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde (Atenção Domiciliar, Pré-hospitalar fixo e móvel) de forma ágil e em tempo oportuno. **Origem: 1.**

Objetivo 2.1 - Otimizar o acesso humanizado e qualificado aos serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS em todos os níveis de atenção, garantindo acolhimento, classificação de risco e encaminhamento adequado em tempo oportuno, por meio das centrais de regulação das urgências, com resolutividade e integração entre os pontos de atenção, conforme componentes da RUE, com monitoramento e avaliação permanente da demanda e da oferta. **Origem: 4.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de protocolo em Cuidados Paliativos implantado no Serviço de Atenção Domiciliar – SAD (Nº absoluto).	1- Implantar o protocolo de cuidados paliativos: Planejamento Avançado de Cuidados (PAC).	4
Número de plataforma digital implantada no SAD/SESAU (Nº absoluto).	2- Implantar o *dashboard* para monitorização de dados e informação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) voltado para os pacientes em cuidados paliativos.	4
Número de unidades de urgência pré-hospitalares fixas (UPA e CRS) com o protocolo de Gerenciamento de Infecções (GIF) implantado.	3- Implantar o Protocolo de Gerenciamento de infecções (GIF) nas unidades de urgência pré-hospitalares fixas (UPA e CRS).	9
Número de unidades de urgência pré-hospitalares fixas (UPA e CRS) com *"Protocolo de Referência da Rede de Urgência para a Atenção Primária"* implantado.	1-Implantar Protocolo de Referência da Rede de Urgência para a Atenção Primária.	9

Diretriz 2 - Fortalecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, promovendo a articulação e integração dos equipamentos de saúde, objetivando ampliar e promover o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde (Atenção Domiciliar, Pré-hospitalar fixo e móvel) de forma ágil e em tempo oportuno. **Origem: 1.**

Objetivo 2.2 - Operacionalizar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS garantindo a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento. **Origem: 4.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de serviços da Urgência e Emergência com execução orçamentária concluída no ano (%).	Operacionalizar 100% da Rede de Urgência e Emergência	4

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 2 - Fortalecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, promovendo a articulação e integração dos equipamentos de saúde, objetivando ampliar e promover o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde (Atenção Domiciliar, Pré-hospitalar fixo e móvel) de forma ágil e em tempo oportuno. **Origem: 1.**

Objetivo 2.3 - Potencializar os processos de trabalho e fluxos assistenciais na rede municipal de saúde, visando aprimorar a capacidade resolutiva do atendimento nas unidades da Rede de Urgência e Emergência, incluindo o atendimento pré-hospitalar fixo e móvel, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral, humanizado, a fim de assegurar o atendimento contínuo, seguro e eficaz para reduzir os agravos, com monitoramento e avaliação das demandas. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de atendimentos domiciliares por equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). (Número absoluto).	1- Ofertar 2.500 atendimentos anuais por Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) habilitadas pelo SAD.	3
Número de Planos de Contingência para Emergências em Saúde Pública atualizados (Nº absoluto).	2- Atualizar 100% dos planos de contingência para emergências em saúde pública.	5

Diretriz 3 - Garantir o direito à saúde mental e ampliação do acesso equânime e universal em todos os pontos de atenção à saúde dos territórios, além de proporcionar cuidado humanizado e integral, baseado em estratégias assertivas, por meio de Projetos Terapêuticos Singulares ativos e participação de pacientes atendidos em saúde mental em espaços deliberativos e de controle social. **Origem: 1 e 2.**

Objetivo 3.1 - Otimizar o acesso aos serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial em todos os níveis de atenção, visando a cobertura de serviços especializados, especialmente em regiões mais vulneráveis, favorecendo o protagonismo social, a redução do estigma sobre doenças mentais e a prevenção do suicídio em todos os ciclos de vida. **Origem: 2.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (%).	Ampliar de 1,28% para 1,89% (0,61%) o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.	1, 2, 3 e 5

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 3 - Garantir o direito à saúde mental e ampliação do acesso equânime e universal em todos os pontos de atenção à saúde dos territórios, além de proporcionar cuidado humanizado e integral, baseado em estratégias assertivas, por meio de Projetos Terapêuticos Singulares ativos e participação de pacientes atendidos em saúde mental em espaços deliberativos e de controle social. **Origem: 1 e 2.**

Objetivo 3.2 - Operacionalizar a Rede de Atenção Psicossocial garantindo a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento.**Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com execução orçamentária concluída no ano (%).	Operacionalizar 100% da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	3

Diretriz 3 - Garantir o direito à saúde mental e ampliação do acesso equânime e universal em todos os pontos de atenção à saúde dos territórios, além de proporcionar cuidado humanizado e integral, baseado em estratégias assertivas, por meio de Projetos Terapêuticos Singulares ativos e participação de pacientes atendidos em saúde mental em espaços deliberativos e de controle social. **Origem: 1 e 2.**

Objetivo 3.3 - Potencializar os processos de trabalho na rede municipal de saúde, visando promover ações de prevenção, promoção e reabilitação em saúde mental, baseado em estratégias assertivas, por meio de Projetos Terapêuticos Singulares ativos, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de Ações de matriciamento sistemático realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) (Nº absoluto).	1- Ofertar 3.701 ações de matriciamento sistemático nos CAPS com equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).	3
Número de atendimentos aos usuários vítimas de tentativas de suicídios para crianças e adolescentes (0 a 17 anos) na modalidade multiprofissional, ofertados no CAPS IJ (Nº absoluto).	2- Ofertar 6.890 atendimentos, aos usuários vítimas de tentativas de suicídios para crianças e adolescentes (0 a 17 anos) na modalidade multiprofissional, no CAPS IJ.	3
Número de atendimentos nos CAPS e no Ambulatório de Saúde Mental (ASM), na modalidade multiprofissional, para adultos entre 20 a 80 anos ou mais, vítimas de tentativas de suicídio (Nº absoluto).	3- Ofertar 15.865 (incremento de 610 atendimentos ao ano), aos usuários vítimas de tentativas de suicídios para adultos (20 a 80 anos ou mais) na modalidade multiprofissional, nos CAPS e no Ambulatório de Saúde Mental (ASM).	3

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 3 - Garantir o direito à saúde mental e ampliação do acesso equânime e universal em todos os pontos de atenção à saúde dos territórios, além de proporcionar cuidado humanizado e integral, baseado em estratégias assertivas, por meio de Projetos Terapêuticos Singulares ativos e participação de pacientes atendidos em saúde mental em espaços deliberativos e de controle social. **Origem: 1 e 2.**

Objetivo 3.3 - Potencializar os processos de trabalho na rede municipal de saúde, visando promover ações de prevenção, promoção e reabilitação em saúde mental, baseado em estratégias assertivas, por meio de Projetos Terapêuticos Singulares ativos, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de atendimento às famílias de crianças, na faixa etária de 0 (zero) a 6 (seis) anos, atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS IJ) (Nº absoluto).	4- Ofertar 5.244 (ampliação 10% ao ano) atendimentos às famílias de crianças, na faixa etária de 0 (zero) a 6 (seis) anos, atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS IJ)	3
Percentual de farmacêuticos habilitados em saúde mental atuando nos CAPS (%).	5- Habilitar quatro (04) farmacêuticos lotados nos CAPS em Saúde Mental assegurando a participação efetiva dos profissionais nos Projetos Terapêuticos Singulares e nas ações de cuidado multiprofissional.	3

Diretriz 4 - Fortalecer a Rede de Atenção Primária à Saúde (APS), priorizando ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos em todos os ciclos de vida, visando o atendimento qualificado, humanizado e resolutivo com reconhecimento e valorização das práticas populares, integrativas e complementares em saúde, com ampliação e fortalecimento da equipe multiprofissional e apoio às redes de saúde. **Origem: 1 e 2.**

Objetivo 4.1 - Otimizar o acesso aos serviços da Rede de Atenção Primária à Saúde, visando as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, através do atendimento multiprofissional considerando as práticas populares, integrativas e complementares em saúde (PICs), visando a integração da vigilância em saúde com a atenção primária à saúde. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de política pública de acesso a medicamentos especiais implantada no município.	1- Implantar política pública de acesso à medicamentos especiais na REMUS.	5
Proporção de Programas de Vigilância em Saúde Ambiental implantados (%)	2- Implantar Programas de Vigilância em Saúde Ambiental.	4 e 5
Coeficiente de mortalidade bruta por Tuberculose (/100.000) .	3- Reduzir o coeficiente de mortalidade bruta por Tuberculose para (/100.000).	4
Proporção de cães e gatos vacinados na campanha de vacinação antirrábica animal (%).	4- Ampliar a proporção de cães e gatos vacinados na campanha de vacinação antirrábica animal em 80%.	4

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 4 - Fortalecer a Rede de Atenção Primária à Saúde (APS), priorizando ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos em todos os ciclos de vida, visando o atendimento qualificado, humanizado e resolutivo com reconhecimento e valorização das práticas populares, integrativas e complementares em saúde, com ampliação e fortalecimento da equipe multiprofissional e apoio às redes de saúde. **Origem: 1 e 2.**

Objetivo 4.2 - Operacionalizar a Rede de Atenção Primária à Saúde, garantindo a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento. **Origem: 4.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de serviços da Atenção Básica com execução orçamentária concluída no ano.	1- Operacionalizar 100% da Rede da Atenção Básica (%)	4

Diretriz 4 - Fortalecer a Rede de Atenção Primária à Saúde (APS), priorizando ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos em todos os ciclos de vida, visando o atendimento qualificado, humanizado e resolutivo com reconhecimento e valorização das práticas populares, integrativas e complementares em saúde, com ampliação e fortalecimento da equipe multiprofissional e apoio às redes de saúde. **Origem: 1 e 2.**

Objetivo 4.3 - Potencializar os processos de trabalho na Rede de Atenção Primária à Saúde, visando qualificar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, através do atendimento multiprofissional e a integração entre vigilância e atenção primária, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas. **Origem: 4.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de farmácias de referência com farmacêuticos que possuam Certidão de Regularidade atualizada. (Nº absoluto).	1- Ampliar para 26 o número de farmácias com farmacêuticos que possuam Certidão de Regularidade atualizada.	1
Percentual de unidades de saúde da família com farmacêutico que realizam consulta farmacêutica (%).	2- Implantar em 04 Unidades de Saúde da Família (USF) supervisionadas por farmacêuticos o "Programa de acompanhamento e orientações para os pacientes crônicos".	5
Número de pacientes insulino-dependentes com idade 80+ e acamados, que recebem insulinas em domicílio (Nº absoluto)	3- Ofertar 100% das insulinas disponíveis NPH e Regular, em domicílio para os pacientes insulinodependentes >80 anos e acamados.	6
Percentual de farmácias com supervisão técnica (%).	4- Ampliar para 30 o número de farmácias das unidades de saúde da REMUS com supervisão técnica.	1

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 4 - Fortalecer a Rede de Atenção Primária à Saúde (APS), priorizando ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos em todos os ciclos de vida, visando o atendimento qualificado, humanizado e resolutivo com reconhecimento e valorização das práticas populares, integrativas e complementares em saúde, com ampliação e fortalecimento da equipe multiprofissional e apoio às redes de saúde. **Origem: 1 e 2.**

Objetivo 4.3 - Potencializar os processos de trabalho na Rede de Atenção Primária à Saúde, visando qualificar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, através do atendimento multiprofissional e a integração entre vigilância e atenção primária, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas. **Origem: 4.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de demanda programada/espontânea na atenção primária à saúde (mais acesso à APS) (%).	5- Proporcionar acesso igualitário, humanizado e integral à atenção à saúde para os usuários do SUS ampliando a cobertura de Atenção Primária à Saúde de 84,5% (linha de base janeiro de 2025) para 90% (incremento de 5,5%).	5
Percentual de acompanhamento da pessoa idosa na atenção primária à saúde (cuidado da pessoa idosa) (%)**.**	6- Proporcionar acesso igualitário, humanizado e integral à atenção à saúde para os usuários do SUS, ofertando 2.025.000 atendimentos integrais ao cuidado da pessoa idosa.	6
Percentual de acompanhamento da mulher na prevenção do câncer na atenção primária à saúde (cuidado da mulher na prevenção do câncer) (%).	7- Operacionalizar a linha de cuidado de saúde sexual e reprodutiva na Rede de Assistência em Saúde, com ampliação do atendimento de 19.504 para 27.300.	6
Média de atendimentos por pessoa assistida pela eMulti.(Nº absoluto)	8- Ampliar de 61.000 para 105.000 o número de atendimentos realizados pela eMulti.	3
Percentual de ações interprofissionais realizadas por emulti na Atenção Primária à Saúde (APS) (%).	9- Ampliar de 4.900 para 9.000 o número de atendimentos compartilhados realizados pela eMulti.	4
Percentual de acesso ao público-alvo das políticas de equidade na APS (%).	10- Ampliar de 21.300 para 30.000 a oferta de atendimentos, ao público-alvo das políticas de equidade, na Atenção Primária à Saúde.	9

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 4 - Fortalecer a Rede de Atenção Primária à Saúde (APS), priorizando ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos em todos os ciclos de vida, visando o atendimento qualificado, humanizado e resolutivo com reconhecimento e valorização das práticas populares, integrativas e complementares em saúde, com ampliação e fortalecimento da equipe multiprofissional e apoio às redes de saúde. **Origem: 1 e 2.**

Objetivo 4.3 - Potencializar os processos de trabalho na Rede de Atenção Primária à Saúde, visando qualificar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, através do atendimento multiprofissional e a integração entre vigilância e atenção primária, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas. **Origem: 4.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)(/100.000).	11- Reduzir a taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de 769,2 para 692,2/100 mil habitantes.	4
Percentual de amostras analisadas para os parâmetros de residual de agente desinfetante, coliformes totais e turbidez, em água para consumo humano (%).	12- Cumprir anualmente 100% do número de coletas de água da rede pública de abastecimento, analisadas quanto aos parâmetros turbidez, Cloro Residual Livre e Coliformes totais, segundo a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do Programa de Vigilância da Qualidade da Água.	1, 4 e 5
Proporção de estabelecimentos licenciados pela Vigilância Sanitária (%)	13- Ampliar em 2,5% ao ano a proporção de estabelecimentos licenciados pela Vigilância Sanitária.	4
Percentual de investigação diagnóstica laboratorial pela metodologia RT-PCR, em tempo real, dos casos e óbitos com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) notificados no SIVEP-Gripe (%).	14- Ampliar em 80% a investigação diagnóstica laboratorial pela metodologia RT-PCR em tempo real dos casos e óbitos com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) notificados no SIVEP-Gripe.	5 e 6
Proporção de encerramentos dos casos confirmados de coqueluche por critério laboratorial (%).	15- Ampliar a proporção de encerramentos dos casos confirmados de coqueluche por critério laboratorial em 90%.	4 e 6
Taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral Humana (LVH) (%).	16- Reduzir de 8,6% para 4% a taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral Humana.	4 e 6
Proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física (%).	17- Reduzir a proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física para ≤ 5,0%.	4
Taxa de incidência de casos novos de hepatite A (/100.000).	18- Reduzir a taxa de incidência de casos novos de hepatite A em 9 casos por 100.000 habitantes	4 e 6

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 5 - Promover a reabilitação e a autonomia das pessoas com deficiência visando à maximização de suas potencialidades, respeitando as necessidades individuais e coletivas na contribuição da participação social, na construção de uma rede de cuidados inclusiva, através de serviços de saúde integrados à rede, combatendo o preconceito e a discriminação. **Origem: 1.**

Objetivo 5.1 - Otimizar o acesso aos serviços de saúde da Rede de Atenção à Pessoas com Deficiência, em todos os níveis de atenção, visando o fortalecimento da rede de cuidados inclusiva com acesso a serviços de reabilitação e autonomia. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de Centros de Reabilitação Psicomotora implantados na Rede Municipal de Saúde (REMUS) (N° Absoluto).	1- Implantar Centro de Reabilitação Psicomotora na REMUS**,** com estrutura física, equipe multiprofissional qualificada e fluxo de atendimento definido para pacientes com necessidades psicomotoras.	1 e 3

Diretriz 6 - Fortalecer a rede de atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, promovendo a integralidade, acessibilidade, equidade e eficiência dos serviços de saúde bucal para atender as necessidades da população com qualidade, humanização e resolutividade. **Origem: 4.**

Objetivo 6.1 - Otimizar o acesso aos serviços na atenção à saúde bucal em todos os níveis de atenção, visando garantir o acesso aos serviços, de forma efetiva e resolutiva, com foco na integralidade, acessibilidade, equidade e eficiência dos serviços de saúde bucal. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde (%).	1- Instituir 34 equipes de Saúde Bucal – eSB na Estratégia de Saúde da Família – ESF.	1, 4, 5 e 6.

Diretriz 6 - Fortalecer a rede de atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, promovendo a integralidade, acessibilidade, equidade e eficiência dos serviços de saúde bucal para atender as necessidades da população com qualidade, humanização e resolutividade. **Origem: 4.**

Objetivo 6.2 - Operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde Bucal garantindo a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de próteses dentárias ofertadas pelo município. (N° Absoluto).	1- Ofertar 7.200 próteses dentárias.	1, 4, 5 e 6.
Número de unidades de saúde contempladas com novos equipamentos odontológicos. (Nº absoluto).	2- Equipar 75 unidades de saúde com equipamentos odontológicos.	1, 4, 5 e 6.
Percentual de serviços da Rede de Atenção à Saúde Bucal com execução orçamentária concluída no ano (%).	3- Operacionalizar 100% da Rede de Atenção à Saúde Bucal (%).	4

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 7 - Proporcionar acesso igualitário e integral à atenção à saúde para pessoas com doenças crônicas, por meio de uma abordagem assistencial centrada na pessoa, interprofissional e baseada em evidências científicas, fomentado por políticas públicas que priorizem a prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde, gerenciamento do cuidado e cuidados paliativos, assegurando uma atenção à saúde de qualidade e humanizada. **Origem: 1.**

Objetivo 7.1 - Otimizar o acesso aos serviços na atenção à saúde para pessoas com doenças crônicas em todos os níveis de atenção, visando a integração da vigilância em saúde com a atenção primária à saúde, proporcionando acesso igualitário e integral às pessoas com doenças crônicas. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de atendimentos realizados na Atenção Especializada da rede própria (Nº absoluto).	1- Ofertar, anualmente, 735.000 atendimentos na Rede de Atenção Especializada, abrangendo consultas, exames, procedimentos e atendimentos multiprofissionais realizados em unidades da rede própria.	3
Tempo médio de espera para consultas especializadas reguladas. (Nº absoluto).	2- Reduzir o tempo médio de espera para consultas especializadas para até 30 dias em especialidades prioritárias.	5 e 6
Número de cirurgias eletivas realizadas (Nº absoluto).	3- Ampliar em 20% no número de cirurgias eletivas.	5
Número de unidades da Atenção Primária à Saúde com sistema de monitoramento de paciente oncológico implantado (Nº absoluto).	4- Implantar sistema de monitoramento de pacientes oncológicos em 74 Unidades de saúde da Atenção Primária de Saúde(APS).	4, 6 e 7

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 7 - Proporcionar acesso igualitário e integral à atenção à saúde para pessoas com doenças crônicas, por meio de uma abordagem assistencial centrada na pessoa, interprofissional e baseada em evidências científicas, fomentado por políticas públicas que priorizem a prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde, gerenciamento do cuidado e cuidados paliativos, assegurando uma atenção à saúde de qualidade e humanizada. **Origem: 1.**

Objetivo 7.3 - Potencializar os processos de trabalho na atenção à saúde para as pessoas com doenças crônicas, priorizando ações de promoção à saúde, de prevenção até a reabilitação e de atenção integral ao envelhecimento ativo e saudável, em todo ciclo de cuidado, baseado em práticas seguras e intervenções eficazes que integrem a vigilância em saúde com a atenção primária à saúde, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Tempo Médio para Diagnóstico Confirmado de Doenças Raras (Número absoluto).	1- Reduzir o tempo médio de espera para diagnóstico confirmado de doenças raras para até 30 dias.	10
Percentual de acompanhamento de pessoas com diabetes na atenção primária à saúde (cuidado da pessoa com diabetes)(%).	2- Priorizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, ampliando a oferta de atendimentos de pessoas com diabetes de 138.929 para 194.500 (incremento 40%)**.**	5
Percentual de acompanhamento de pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde (cuidado da pessoa com hipertensão)(%).	3- Priorizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, ampliando a oferta de atendimentos de pessoas com hipertensão de 254.157 para 355.820**.**	5
Taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 04 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (/100.000).	4- Monitorar a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 04 principais Doenças Crônicas não Transmissíveis anualmente.	6 e 7

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 8 - Implementar estratégias integrais para prevenir e controlar Infecções Sexualmente transmissíveis - IST, priorizando saúde sexual e reprodutiva, erradicação do preconceito e da discriminação, com foco em grupos vulneráveis. **Origem: 1.**

Objetivo 8.1 - Otimizar o acesso aos serviços de saúde na atenção às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), em todos os níveis de atenção, fortalecendo a articulação entre os serviços de diagnóstico, tratamento e acompanhamento além da implementação de estratégias integrais, de forma sistematizada e resolutiva, visando a continuidade do cuidado, a adesão ao tratamento e minimizar o risco de transmissão das ISTs. **Origem: 1.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Taxa de transmissão vertical do HIV(%).	1- Reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV para menos de 0,5 caso a cada 100 mães infectadas.	4,5 e 6
Taxa de incidência de sífilis congênita. (/1.000).	2- Reduzir a taxa de incidência de sífilis congênita (incluindo natimortos) para ≤ 7,5 casos por 1.000 nascidos vivos.	4,5,6 e 8
Taxa de prevalência de hepatite B em crianças menores de 5 anos. (/100).	3- Manter a taxa de prevalência de hepatite B em crianças menores de 5 anos.	4 e 6.
Taxa de prevalência da infecção por HTLV em gestantes (%).	4- Manter a taxa de prevalência da infecção por HTLV em gestantes abaixo de 1%.	4 e 6.
Coeficiente de mortalidade bruta por Aids (/100.000).	5- Reduzir o coeficiente de mortalidade bruta por Aids para ≤ 4,1/100 mil habitantes.	1
Taxa de detecção de casos novos de hepatite B (/100.000).	6- Reduzir a detecção de hepatites B para 4,7 casos novos de hepatite B por 100.000.	1, 5, 6 e 7
Proporção de cura dos casos de hepatite C diagnosticados (%).	7- Alcançar a cura de ≥ 90% dos casos de hepatite C diagnosticados após o tratamento.	3
Proporção de diagnóstico confirmado de Clamídia e Gonorreia nas amostras coletadas (%).	8- Aumentar a coleta de exame de Clamídia e Gonorreia em 100% das unidades da APS.	4 e 6
Taxa de novos diagnósticos em Populações-Chave (%).	9- Identificar no mínimo 80% dos usuários testados pertencentes a Populações-Chave	1, 6 e 7

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 8 - Implementar estratégias integrais para prevenir e controlar Infecções Sexualmente transmissíveis - IST, priorizando saúde sexual e reprodutiva, erradicação do preconceito e da discriminação, com foco em grupos vulneráveis. **Origem: 1.**

Objetivo 8.2 - Operacionalizar a atenção às infecções sexualmente transmissíveis garantindo a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento. **Origem: 1.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de serviços de atenção às infecções sexualmente transmissíveis com execução orçamentária concluída no ano (%).	Operacionalizar 100% dos serviços de atenção às infecções sexualmente transmissíveis.	4

Diretriz 9 - Promover a intensificação de ações de vigilância, prevenção e controle de vetores, para o fortalecimento da rede de atenção à saúde, com foco na conscientização e participação ativa da comunidade, na redução da incidência de arboviroses, através da mobilização social, promovendo a eliminação de criadouros do mosquito e a transmissão de doenças. **Origem: 1.**

Objetivo 9.3 - Potencializar os processos de trabalho na atenção às arboviroses, enfatizando ações estratégicas de promoção da saúde, prevenção de doenças, com intensificação das ações de vigilância, prevenção, controle de vetores e resposta oportuna aos casos suspeitos e confirmados, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas. **Origem: 1.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Taxa de Letalidade por dengue (%).	1- Reduzir em 80% a taxa de letalidade por dengue.	4, 5 e 6
Índice de Infestação Predial por *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* (%)	1- Reduzir o Índice de Infestação Predial por *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* para abaixo de 2%	4

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 10 - Promover a cobertura vacinal e a proteção da saúde da população em todos os ciclos de vida, com ampliação do acesso às vacinas, da promoção à saúde, visando a erradicação de doenças preveníveis, por meio da sensibilização dos usuários no combate à desinformação e ao incentivo à vacinação, potencializando assim o Programa Nacional de Imunizações. **Origem: 1.**

Objetivo 10.1 - Otimizar o acesso aos serviços na atenção às imunizações em todos os níveis de atenção, visando promover a cobertura vacinal e a proteção da saúde da população em todos os ciclos de vida. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Cobertura das vacinas de rotina do calendário do PNI em crianças menores de 1 ano. (%)	1- Alcançar ≥ 95% de cobertura vacinal dos menores de 1 ano conforme o calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI).	5,6 e 8
Cobertura da vacina dTpa realizada em gestantes (%).	2- Alcançar ≥ 95% de cobertura vacinal das gestantes com vacina dTpa.	5,6 e 8
Cobertura da vacina de influenza nos grupos prioritários (gestantes, idosos e crianças de 6 meses a <6 anos) (%).	3 - Alcançar ≥ 95% de cobertura vacinal dos grupos prioritários da vacina Influenza.	5,6 e 8
Cobertura da vacina contra o HPV em adolescentes de 9 a 14 anos (%).	4 - Alcançar ≥ 95% de cobertura vacinal dos adolescentes com a vacina HPV.	5,6 e 8

Diretriz 10 - Promover a cobertura vacinal e a proteção da saúde da população em todos os ciclos de vida, com ampliação do acesso às vacinas, da promoção à saúde, visando a erradicação de doenças preveníveis, por meio da sensibilização dos usuários no combate à desinformação e ao incentivo à vacinação, potencializando assim o Programa Nacional de Imunizações. **Origem: 1.**

Objetivo 10.2 - Operacionalizar a a atenção às imunizações, garantindo a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento. **Origem: 1.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de serviços de imunização com execução orçamentária comcluída no ano (%).	1- Operacionalizar 100% dos serviços de Inmucização.	4

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 11 - Fortalecer a rede de atenção aos trabalhadores/trabalhadoras com ações estratégicas, de assistência e de recuperação dos agravos, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores, com a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede **Origem: 1 e 3.**

Objetivo 11.1 - Otimizar o acesso dos trabalhadores/trabalhadoras aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, visando ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de forma integral, com construção conjunta de dispositivos que auxiliem na organização dos fluxos da rede. **Origem: 3.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de ações em Saúde do Trabalhador (Nº absoluto).	1- Executar 28 ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, assegurando a continuidade e a qualidade das iniciativas já implementadas nos municípios da área de abrangência (Nº absoluto).	1,4 e 6

Diretriz 11 - Fortalecer a rede de atenção aos trabalhadores/trabalhadoras com ações estratégicas, de assistência e de recuperação dos agravos, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores, com a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede **Origem: 1 e 3.**

Objetivo 11.3 - Potencializar os processos de trabalho na atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora, para promover prevenção dos agravos, garantir assistência segura e resolutividade na recuperação, com foco na vigilância dos ambientes, processos, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas, para promover reintegração social e laboral.**Origem: 3.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de servidores atendidos pelas ações psicossociais, incluindo o Projeto Cuidar de Quem Cuida (Nº absoluto).	1- Ofertar 9.261 atendimentos de cuidado psicossocial aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, por meio das ações da equipe psicossocial da GERSAU e dos atendimentos realizados pelo Projeto Cuidar de Quem Cuida.	3
Número de exames de audiometria para os servidores públicos expostos a ruídos (Nº absoluto).	2- Implantar a realização dos exames de audiometria, que avalia a capacidade auditiva, para os servidores públicos expostos a ruídos.	5 e 6

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 11 - Fortalecer a rede de atenção aos trabalhadores/trabalhadoras com ações estratégicas, de assistência e de recuperação dos agravos, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores, com a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede **Origem: 1 e 3.**

Objetivo 11.3 - Potencializar os processos de trabalho na atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora, para promover prevenção dos agravos, garantir assistência segura e resolutividade na recuperação, com foco na vigilância dos ambientes, processos, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas, para promover reintegração social e laboral. **Origem: 3.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de exames de espirometria para servidores públicos expostos a poeiras, gases e vapores (Nº absoluto).	3- Implantar exames de espirometria, que avalia a função pulmonar, importante para servidores públicos expostos a poeiras, gases e vapores.	5 e 6
Número de exames de eletrocardiograma (ECG) para trabalhadores com fatores de risco cardiovascular (Nº absoluto).	4- Implantar exames de eletrocardiograma (ECG), que avalia a atividade elétrica do coração, importante para funções que exigem esforço físico ou para os servidores com fatores de risco cardiovascular	5 e 6
Número de exames de radiografias (Nº absoluto).	5- Implantar exames de radiografias (raio-X), que podem ser solicitadas para avaliar diversas partes do corpo, como tórax (em casos de exposição a poeiras), coluna (para avaliar problemas relacionados a ergonomia), entre outros.	5 e 6
Número de exames laboratoriais para avaliação dos servidores da SESAU. (Nº absoluto).	6- Ampliar anualmente exames laboratoriais, dependendo da exposição a agentes químicos, físicos, biológicos para avaliação geral dos 8 (oito) mil servidores da SESAU.	5 e 6
Número de trabalhadores da SESAU atendidos nas ações do calendário anual de saúde, nos Projetos da GERSAU (Nº absoluto).	7- Atender 100% aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande por meio de ações descentralizadas de promoção e prevenção da saúde. Origem da Meta: 5. Setor Responsável: Saúde do servidor.	5

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 11 - Fortalecer a rede de atenção aos trabalhadores/trabalhadoras com ações estratégicas, de assistência e de recuperação dos agravos, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores, com a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede **Origem: 1 e 3.**

Objetivo 11.3 - Potencializar os processos de trabalho na atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora, para promover prevenção dos agravos, garantir assistência segura e resolutividade na recuperação, com foco na vigilância dos ambientes, processos, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas, para promover reintegração social e laboral.**Origem: 3**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) da Secretaria Municipal de Saúde	8- Implantar o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) da Secretaria Municipal de Saúde.	5 e 6

Diretriz 12 - Fortalecer a rede de atenção aos trabalhadores/trabalhadoras com ações estratégicas, de assistência e de recuperação dos agravos, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores, com a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede **Origem: 1.**

Objetivo 12.2 - Operacionalizar a integração das informações financeiras, com eficiência e transparência na utilização de recursos públicos, para garantir a estruturação, manutenção e a disponibilidade de recursos humanos, veículos, mobiliário, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento, facilitando a tomada de decisão e a accountability. **Origem: 1.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de serviços da Administração geral com execução orçamentária concluída no ano (%).	1- Operacionalizar 100% da Rede da Administração geral	4
Percentual de serviços da Assistência hospitalar e ambulatorial com execução orçamentária concluída no ano (%).	2- Operacionalizar 100% da Assistência hospitalar e ambulatorial	4
Percentual de serviços do Suporte profilático e terapêutico com execução orçamentária concluída no ano (%).	3- Operacionalizar 100% do Suporte profilático e terapêutico	4

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 12 - Fortalecer a rede de atenção aos trabalhadores/trabalhadoras com ações estratégicas, de assistência e de recuperação dos agravos, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores, com a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede **Origem: 1.**

Objetivo 12.2 - Operacionalizar a integração das informações financeiras, com eficiência e transparência na utilização de recursos públicos, para garantir a estruturação, manutenção e a disponibilidade de recursos humanos, veículos, mobiliário, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento, facilitando a tomada de decisão e a accountability. **Origem: 1.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de serviços da vigilância sanitária com execução orçamentária concluída no ano (%).	4- Operacionalizar 100% da vigilância sanitária	4
Percentual de serviços da vigilância epidemiológica com execução orçamentária concluída no ano.	5- Operacionalizar 100% da vigilância epidemiológica	4
Percentual de serviços da alimentação e nutrição com execução orçamentária concluída no ano (%).	6- Operacionalizar 100% da alimentação e nutrição	4

Diretriz 13 - Aprimorar a gestão financeira para que apoie a valorização dos trabalhadores do SUS pautados no princípio da legalidade previsto no art. 37 da Constituição Federal e no estrito cumprimento da legislação vigente, garantindo a valorização e dimensionamento adequado promovendo a redução de déficits profissionais com serviços e servidores públicos. **Origem: 1.**

Objetivo 13.2 - Garantir a alocação eficiente de recursos que possibilitem melhorias nas condições de trabalho, na remuneração dos profissionais de saúde, garantia dos direitos dos trabalhadores do SUS e sua valorização profissional, garantindo a estruturação, manutenção e a disponibilidade de recursos humanos, veículos, mobiliário, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao bom funcionamento para operacionalização da rede de saúde. **Origem: 1.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de lotação de recursos humanos nas vagas disponíveis da REMUS(%).	1- Manter em 100% das vagas disponíveis da REMUS com lotação de recursos humanos.	4

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 14 - Promover a educação em saúde como ferramenta fundamental para a promoção da saúde, prevenção de doenças, com temáticas estratégicas, proporcionando empoderamento da população e dos trabalhadores do SUS, potencializando a força de trabalho e o fortalecimento da rede municipal de saúde, a partir da utilização de ferramentas digitais e tradicionais na disseminação de informações, com incentivo a intersetorialidade/movimentos sociais e educação popular, bem como estratégias para a integração ensino-serviço-comunidade na saúde nas dimensões da formação (educação/ atenção/ gestão e participação). **Origem: 1.**

Objetivo 14.1 - Otimizar o acesso à educação em saúde, visando estratégias baseadas nas políticas nacionais de educação permanente e de educação popular em saúde no município, com o estabelecimento de apoio técnico, ensino e pesquisa, para intensificar o aprimoramento científico dos trabalhadores do SUS e dos usuários, fortalecendo o protagonismo social. **Origem: 1.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de ações de Educação em Saúde (Nº absoluto).	1- Executar Plano de Ação da Divisão de Educação Permanente e Popular em Saúde.	1
	2- Executar Plano de Ação da Divisão de Pesquisa, Extensão e Pós-graduação em Saúde.	1
	3- Executar Plano de Ação da Integração Ensino Serviço.	1
	4- Executar Plano de Ação do Núcleo de Evidências.	4
Número de alertas epidemiológicos emitidos (Nº absoluto).	5- Emitir alertas epidemiológicos para 100% da demanda baseada nos eventos de saúde pública detectados.	4

Diretriz 14 - Promover a educação em saúde como ferramenta fundamental para a promoção da saúde, prevenção de doenças, com temáticas estratégicas, proporcionando empoderamento da população e dos trabalhadores do SUS, potencializando a força de trabalho e o fortalecimento da rede municipal de saúde, a partir da utilização de ferramentas digitais e tradicionais na disseminação de informações, com incentivo a intersetorialidade/movimentos sociais e educação popular, bem como estratégias para a integração ensino-serviço-comunidade na saúde nas dimensões da formação (educação/ atenção/ gestão e participação). **Origem: 1.**

Objetivo 14.2 - Operacionalizar a educação em saúde garantindo a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de ações de Educação em Saúde (Nº absoluto).	1- Operacionalizar 100% das capacitações de Educação em Saúde.	4

Diretriz 14 - Promover a educação em saúde como ferramenta fundamental para a promoção da saúde, prevenção de doenças, com temáticas estratégicas, proporcionando empoderamento da população e dos trabalhadores do SUS, potencializando a força de trabalho e o fortalecimento da rede municipal de saúde, a partir da utilização de ferramentas digitais e tradicionais na disseminação de informações, com incentivo a intersetorialidade/movimentos sociais e educação popular, bem como estratégias para a integração ensino-serviço-comunidade na saúde nas dimensões da formação (educação/ atenção/ gestão e participação). **Origem: 1.**

Objetivo 14.3 - Otimizar os processos de trabalho na rede municipal de saúde, visando promover a educação permanente para os profissionais, o fortalecimento e qualificação da REMUS, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de ações de educação permanente na temática violências interpessoais e autoprovocadas realizadas nas unidades da rede de atenção à saúde (Nº absoluto).	1- Manter em 100% o número de ações de educação permanente na temática violências interpessoais e autoprovocadas realizadas nas unidades da rede de atenção à saúde por ano.	1, 6 e 7
Proporção de óbitos por acidentes de trânsito analisados (%).	2- Analisar anualmente 100% dos óbitos por acidentes de trânsito.	1, 6 e 7
Percentual de execução do Programa Municipal de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - PMPCIRAS (%).	3- Executar 68% do Programa Municipal de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PMPCIRAS).	1 e 6
Número de Ações Educativas em Vigilância Sanitária realizadas no Município de Campo Grande – MS (Nº absoluto).	4- Realizar 10 ações educativas por ano, para os públicos-alvo: população, setor regulado e servidores.	4

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 15 - Promover a modernização da infraestrutura tecnológica, atualização e integração do sistema de informação na rede municipal de saúde, garantindo interoperabilidade, segurança e eficiência no gerenciamento de dados, utilizando tecnologias inteligentes, soluções digitais inovadoras e canais interativos, primando pelas normativas de transparência e acessibilidade. **Origem: 1.**

Objetivo 15.2 - Operacionalizar a rede municipal de saúde garantindo a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento, para promover a integração, modernização e o aprimoramento do atendimento aos usuários e de ferramentas da gestão com soluções inteligentes e inovadoras. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de novos sistemas informatizados para apoio à gestão administrativa (Nº absosluto).	1- Implantar novos sistemas informatizados para apoio à gestão administrativa.	4
	2- Aderir ao sistema de gestão de farmácias.	4
Proporção de equipamentos de informática com suporte e manutenção realizados. (%)	3- Manter atualizado o parque tecnológico em 100% da Secretaria Municipal de Saúde.	4

Diretriz 16 - Garantir a manutenção sistemática das unidades de saúde existentes, adequando as estruturas físicas, promovendo a acessibilidade, favorecendo o funcionamento efetivo dos serviços, equipamentos e mobiliários. **Origem: 1.**

Objetivo 16.2 - Operacionalizar a rede municipal de saúde - REMUS garantindo a estruturação, manutenção e a disponibilidade de recursos humanos, veículos, mobiliários, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento, respeitando a economicidade em saúde. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Número de unidades de saúde da REMUS, com manutenção sistemática implementada (N° absoluto).	1- Atender as 129 unidades de saúde e serviços administrativos com manutenção sistemática ativa, estrutura física adequada, com os equipamentos essenciais em pleno funcionamento anualmente.	1
Número de Unidades de Saúde da REMUS fiscalizadas pela Vigilância Sanitária (Nº absoluto)	2- Fiscalizar anualmente 75 Unidades de Saúde da REMUS.	4

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 16 - Garantir a manutenção sistemática das unidades de saúde existentes, adequando as estruturas físicas, promovendo a acessibilidade, favorecendo o funcionamento efetivo dos serviços, equipamentos e mobiliários. **Origem: 1.**

Objetivo 16.2 - Operacionalizar a rede municipal de saúde - REMUS garantindo a estruturação, manutenção e a disponibilidade de recursos humanos, veículos, mobiliários, equipamentos, medicamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento, respeitando a economicidade em saúde. **Origem: 5.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Taxa de queda de paciente relacionado por falta/falha na manutenção de macas, camas, cadeiras e longarinas (%).	3- Reduzir da taxa de quedas relacionados por falta/falha na manutenção de macas, camas, cadeiras e longarinas em 40%.	4
Número de unidades que utilizam transporte para esterilização de material em outra unidade devido a problemas em autoclave e seladora (Nº absoluto).	4- Reduzir o número de unidades que utilizam transporte para esterilização de material em outra unidade devido a problemas em autoclave e seladora.	1
	5- Reduzir o número de unidades na rota de transporte de material para esterilização em outra unidade.	1
Percentual de operacionalização das atividades de processamento, monitoramento de produtos para saúde, segurança e controle de instrumentais cirúrgicos nos Centros de Material e Esterilização (CME) das Unidades de Saúde (%).	6- Garantir o fornecimento contínuo e integral (100%) dos insumos utilizados no processamento de produtos para saúde, incluindo equipamentos de proteção individual e instrumentais cirúrgicos.	1
Número de revitalizações realizadas nas unidades de saúde da REMUS, anualmente (N° absoluto).	7- Número de revitalizações realizadas nas unidades de saúde da REMUS, anualmente.	5

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 17 - Garantir atendimento integral, humanizado e de qualidade à populção negra, às mulheres, homens, LGBTQIA+, às pessoas idosas, comunidades e povos tradicionais e população em situação de rua, por meio de ações inter e intrasetoriais e baseadas nas políticas específicas para promoção, prevenção e reabilitação e redução de danos, considerando a territorialidade, diversidades, especificidades, desigualdades, vulnerabilidades e a expansão dos serviços específicos a essas populações. **Origem: 1.**

Objetivo 17.3 - Potencializar os processos de trabalho na rede municipal de saúde, visando a escuta qualificada, o acolhimento das necessidades individuais e a redução das disparidades no acesso da população negra, mulheres, homens, LGBTQIA+, pessoas idosas, comunidades e povos tradicionais, população em situação de rua, imigrantes, e população privada de liberdade, promovendo a equidade em saúde e redução de danos, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o cuidado integral e humanizado, com monitoramento e avaliação das demandas. **Origem: 1.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual populacional LGBTQIA+ (%).	Mapear por Distrito Sanitário 100% da população LGBTQIA+.	4

Diretriz 18 - Fortalecer o controle social ampliando e qualificando a participação da sociedade na política de saúde, mediante monitoramento das ações. **Origem: 1.**

Objetivo 18.2 - Operacionalizar os espaços de controle social, como conselhos, comitês, ouvidoria garantindo a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, insumos e soluções em tecnologia da informação, além das contratualizações necessárias ao seu bom funcionamento, garantindo sua representatividade, autonomia e efetividade. **Origem: 1.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de serviços do Conselho Municipal de Saúde com execução orçamentária concluída no ano (%).	1- Operacionalizar 100% do Conselho Municipal de Saúde.	4

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

Diretriz 18 - Fortalecer o controle social ampliando e qualificando a participação da sociedade na política de saúde, mediante monitoramento das ações. **Origem: 1.**

Objetivo 18.3 - Potencializar as devolutivas aos espaços de controle social, como conselhos, comitês, ouvidoria, com suficiência de recursos humanos e de sua qualificação para o monitoramento e a avaliação das demandas, garantindo as devolutivas em tempo oportuno. **Origem: 1.**

INDICADOR	META	ORIGEM
Percentual de respostas às manifestações de Ouvidoria (%).	1- Monitorar 100% das demandas de Ouvidoria, obedecendo ao prazo legal para resposta ao usuário, anualmente.	5
Tempo Médio de Resposta às Manifestações de Ouvidoria (Nº absoluto-tempo médio).	2- Manter o tempo médio de respostas igual ou menor a 30 dias.	5
Número de Ações Executadas para Fortalecer a Participação Social no SUS (Nº absoluto).	Executar 100% das ações estratégicas para fortalecimento da Participação Social no SUS.	4

LEGENDA: (1) Conferência Municipal de Saúde; (2) Plenária de Saúde Mental; (3) Conferência de Gestão do Trabalho e Saúde; (4) Problematização; (5) Plano Estratégico – Metas de Governo; (6) Plano Plurianual; (7) MS Ativo; (8) PlanificaSUS; (9) Relatório da Ouvidoria; (10) Audiência Pública.

4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão, e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. De acordo com a **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, 28 DE SETEMBRO DE 2017**, na elaboração do Plano de Saúde deve ser definido o processo de monitoramento e avaliação deste.

No âmbito da racionalização dos processos de gestão, o monitoramento e avaliação vem se destacando principalmente a partir dos anos 1990, promovendo um processo de reforma do Estado, associado aos critérios, além de destinar recursos para a implementação de políticas e programas, planos e ações que possam garantir o acompanhamento ao longo de sua implementação e a avaliação de seus resultados.

O monitoramento representa o rol de esforços para o acompanhamento sistemático a respeito de algum dos aspectos de uma determinada intervenção enquanto a avaliação corresponde ao exercício de mensurar, compreender e julgar os efeitos de uma determinada intervenção.

O **monitoramento** do SUS é o acompanhamento dos compromissos (objetivos, metas, ações e indicadores), explicitados nos Instrumentos Básicos do Planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão) e nos pactos firmados entre os entes federativos.

A **avaliação** do Plano tem importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão, da resolubilidade das ações e serviços de saúde prestados à população e para a implementação e consolidação do Sistema de Planejamento do SUS.

A **avaliação** possui três objetivos primários, quais sejam: (a) julgar os resultados produzidos por uma ação, programa ou política; (b) contribuir para o seu desenvolvimento e (c) apoiar a construção de conhecimento a respeito do fenômeno avaliado. No caso do Plano, a avaliação acontece no final da sua vigência, assim como no monitoramento (anual), deverá guardar estreita relação com as diretrizes, objetivos e metas definidas quando da sua elaboração.

A partir dessa ideia, o monitoramento e a avaliação apresentam fortes elementos de complementariedade, na medida em que as atividades relacionadas com o processo de monitoramento podem contribuir, sobremaneira, para a produção de informações que ancorem a realização de processos avaliativos. E, podem contribuir para a alimentação de certa dinamicidade e alcance das metas, sendo capaz de confrontar o instituído e apresentar alternativas, ajustes a novas situações, compreensões da realidade e demandas.

Embora o Plano de Saúde, seja um instrumento com vigência de 4 anos, elaborado no 1º ano de uma gestão para início de vigência no 2º ano desta, deve ser monitorado anualmente, através do desempenho das suas metas, sendo qualificadas a partir dos indicadores que facilitam o seu monitoramento.

Desta forma o monitoramento mostra-se como importante estratégia no processo de avaliação, com registros sistemáticos (anuais), com relação ao alcance das metas propostas, podendo indicar mudanças de rumo, com inclusão de novas ações, nas Programações Anuais de Saúde.

Neste, sentido reforça-se o Relatório de Gestão como principal ferramenta de acompanhamento da gestão na saúde, do âmbito do planejamento, conforme item IV do art. 4º da Lei Nº 8.142/90, referenciado também na Lei Complementar 141/2012 e Portaria 575/2012 do Ministério da Saúde, tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, orientar a elaboração da nova programação, bem como eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, cabendo assim, revisá-lo anualmente.

Sendo assim, o monitoramento é um requisito imprescindível para que o exercício da avaliação possa ser um instrumento que subsidia a gestão com informações simples e em quantidade adequada para a tomada de decisão e com periodicidade que permita reação no desempenho do Plano dentro de um ciclo de execução.

Desta forma, o monitoramento e a avaliação são práticas importantes na busca de melhorias da qualidade das ações e serviços de saúde, devendo retroalimentar o planejamento com informações que permitam os ajustes estratégicos necessários fundamentando a tomada de decisão.

Busca-se então, essencialmente, induzir a adoção do monitoramento e avaliação como procedimentos de rotina, habituais e cotidianos na rede, com resultados que contribuam e repercutam em termos de melhoria e aperfeiçoamento da própria gestão, assim como das ações e serviços prestados à população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan.

BRASIL. **Lei Complementar nº 181**, de 6 de maio de 2021. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 maio.

BRASIL. **Lei nº 8.689**, de 27 de julho de 1993. Sistema Nacional de Auditoria - SNA.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agora tem Especialistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/pmae. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PlanificaSUS:** Plataforma de apoio à organização da Atenção Primária à Saúde. Disponível em: https://planificasus.com.br/. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento do SUS,** 1ª edição. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Usuário - Módulo Planejamento DigiSUS Gestor**, novembro de 2018. Disponível em http://digisus.saude.gov.br/gestor/#/

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1091**, de 27 de abril de 2017 estabelece que o planejamento do Sistema Único de Saúde deve partir da construção dos planos municipais de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.159**, de 01 de agosto de 2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria nº 750**, Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 29 de abril de 2019. Diário Oficial da União – Seção 1. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria de Consolidação nº 1**, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União – Seção 1 – Suplemento - p.1. Brasília, DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019**,** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União – Seção 1. Brasília, DF, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222,** de 10 de dezembro de 2019**,** Institui os indicadores de pagamento do Programa Previne Brasil, Nota técnica n° 5/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília, DF, 2019.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Diário Oficial do Estado** n. 11.690, 11 dez. 2024. Campo Grande: SES-MS, 2024. Disponível em: file:///C:/Users/emailde.lemes/Downloads/DO11690_11_12_2024%20REPUBLICA%20SE%20POR%20CONTER%20INCORREC%CC%A7O%CC%83ES%20NO%20ORIGINAL%20PDR%20(2).pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Projeto de Regionalização da Atenção Hospitalar no Mato Grosso do Sul:** Unidades Hospitalares no Âmbito Estadual – 2024. Campo Grande: SES-MS, 2024. Disponível em: https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2024/11/PROJETO-REGIONALIZACAO-ATENCAO-HOSPITALAR-2024-_-V.10-FINAL.pdf. Acesso

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução CIB/SES nº 545**, de 6 de dezembro de 2024. Aprova o Plano Diretor de Regionalização – PDR de Mato Grosso do Sul. Diário Oficial Eletrônico n. 11.689, 10 dez. 2024. Disponível em: https://cosemsms.org.br/wp-content/uploads/2024/12/DO11689_10_12_2024-Res.-CIB-545-Regioes-de-saude.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **PlanificaSUS – Módulo Introdutório: Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Curitiba: SESA-PR, [s.d.]. Disponível em: https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@13a2dfe0-41f9-4e16-9017-3d8c5bed851c&emPg=true. Acesso em: 29 ago. 2025.

ANEXOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

SES
Secretaria de Estado de Saúde

GOVERNO DE Mato Grosso do Sul

digiSUS

CALENDÁRIO DE ABERTURA DOS INSTRUMENTOS NA PLATAFORMA

📍 **PMS 2026-2029 - 1° JANEIRO DE 2026**

📍 **PAS 2026/2027/2028/2029 - SERÃO DISPONIBILIZADAS NO ATO DA FINALIZAÇÃO DO PMS**

📍 **1º RDQA - 1º DE MAIO DO ANO CORRENTE**

📍 **2º RDQA - 1º DE SETEMBRO DO ANO CORRENTE**

📍 **3º RDQA E RAG - 1º DE JANEIRO DO ANO SUBSEQUENTE**