

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RESOLUÇÃO N. 07/CIB/SES

CAMPO GRANDE, 27 DE FEVEREIRO DE 2019.

Homologar as decisões da Comissão Intergestores Bipartite.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e considerando a Portaria GM Nº. 3.194, de 28 de novembro de 2017;

Considerando a Portaria GM Nº 3.342, de 07 de dezembro de 2017;

Considerando a conclusão da elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Mato Grosso do Sul 2019-2022, aprovada pela Resolução N.º 028 CIB/SES/MS de 24 de maio de 2018;

Considerando a aprovação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Mato Grosso do Sul *Ad Referendum* na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) e considerando as decisões da Comissão Intergestores Bipartite realizada no dia 22 de fevereiro de 2019,

RESOLVE:

Art. 1º Homologar a Resolução N. 02/CIB/SES que aprovou *Ad Referendum* o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Mato Grosso do Sul, no período de 2019-2022.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

GERALDO RESENDE PEREIRA
Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

WILSON BRAGA
Presidente do COSEMS

ANEXO

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Reinaldo Azambuja Silva
Governador

Geraldo Resende Pereira
Secretário de Estado de Saúde

Larissa Domingues Castilho de Arruda
Superintendente de Vigilância em Saúde

Mariana Trinidad Ribeiro Garcia da Costa Croda
Superintendente de Atenção à Saúde

Edelma Lene Peixoto Tiburcio
Superintendente de Gestão Estratégica

Antônio Cesar Naglis
Superintendente de Administração

Ana Paula Gonçalves de Lima Resende
Superintendente de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

André Vinicius Batista de Assis
Diretor da Escola da Escola de Saúde Pública
Dr. Jorge David Nasser
Deisy Adania Zanoni
Diretora da Escola Técnica do SUS
Professora Ena de Araújo Galvão

Ana Paula Gonçalves de Lima Resende
Coordenadoria Estadual do Telessaúde

Wilson Braga
Presidente do COSEMS

Florêncio Garcia Escobar
Coordenador do Conselho Estadual de Saúde

Coordenador para elaboração do PEEPS
Edgar Oshiro

Grupo de Trabalho da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES)
Cassia Barbosa Reis
Cleber Colleone
Cristiane Delboni
Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Deisy Adania Zanoni
Edgar Oshiro
Euder Alexandre Nunes
Ewângela Aparecida Pereira
Fabrícia Tatiane da Silva Zuque
Kassandrha Pereira Zolin
José Alexandre dos Santos
Josiane França Peralta
Leonardo Guirao Junior
Luciane Aparecida Pereira de Lima
Sílvia Helena Mendonça de Moraes

Grupo Técnico Estadual do PEEPS
André Vinicius Batista de Assis
Carlos Alberto Moraes Coimbra

Cristiane Regina Pagani
Deisy Adania Zanoni
Edgar Oshiro
Edna de Moraes Salgado
Eduarda Reynaldo Alves de Hollanda
Vanessa Rosa Prado
Vera Lucia Kodjaoglanian
Thaíse Geib Ruiz Mateus

Equipe Estadual das Redes de Atenção à Saúde

Angela Rios
Carolina dos Santos Chita Raposo
Cristiane Garcia da Rosa Prado
Lyvia Maria Torres Moura Donato
Marisa Dias Von Atzingen
Michele Scarpin
Natalia Godoy de Souza Rosa
Sandra Sonda Vieira
Juliana Medeiros Vieira

Fórum Estadual de Educação Permanente de Saúde e Controle Social no SUS

Anísio Guilherme da Fonseca
Carmen Esmelinda Irigojen Olmedo Galliani

Gestores de Aprendizagem

Cassia Barbosa Reis
Cleber Colleone
Cristiane Bartz Kruger
Deisy Adania Zanoni
Edgar Oshiro
Ewangelá Aparecida Pereira
Fabrícia Tatiane da Silva Zuque
Flavia Renata da Silva Zuque
Josiane França Peralta
Kassandrha Pereira Zolin
Leonardo Guirao Junior
Ligia Maria Pace Zanqui
Sílvia Helena Mendonça de Moraes
Sueli Oliveira da Silva

Facilitadores Municipais

Água Clara
Claudio Manoel Freitas Mathias
Cleberton Luis Carlos Corrêa

Alcinópolis

Neiva Leite Carneiro
Isabelle Fernanda de Oliveira

Amambai

Tatianne dos Santos Perez
Renata Miranda Meira

Angélica

Márcia Boniolo do Valle
Ana Maria Guirardi

Antônio João

Ana Paula Fuchs dos Santos Caimar
Jackelyne da Silva Xavier

Aquidauana

Clery Aparecida Pereira de Lima
Gabriella Darbello Torres Lopes

Aparecida do Taboado

Hebilene Lores Souza Queiroz
Mirian Regina do Nascimento

Aral Moreira

Bruna Almeida Silva
Suellen Farias Queiroz Riquelme

Bataiporã

Mirian Cabreira Teixeira
Ciane de Souza Maques

Bela Vista

Patrícia Meireles Dagostin Zanete
Laura Cortez S. Marin

Bodoquena

Thais Moura Cabreira
Ana Lúcia Pereira da Silva

Brasilândia

Michele Ladeia Molon
Priscila Monteiro

Caarapó

Samuel Bach
Fabiane Piloto Benito

Camapuã

Josiel Eduardo Abrate
Evamerlyn de Podesta

Campo Grande

Kassandha Pereira Zolin
Valéria Aranda Ventura da Silva

Caracol

Cristina Araújo Pezzini
Mayara Soares Cunha

Chapadão do Sul

Karla Viviane Pereira da Silva
Naiara Cabral da Silva Cespede

Coronel Sapucaia

Lucia Suemi Yuhara
Jaqueline Weber Calandrelli

Corumbá

Ana Cecília Demarqui Machado
Cleber Colleone

Costa Rica

Daiane de Souza Puppim
Laysa Dandara Ribeiro Coelho Gomes da Silva

Coxim

Ester Rodrigues dos Santos
Jacqueline Lima Azevedo

Douradina

Danielle Caroline Carvalho
Ana Caroline Pinto Lima

Dourados

Márcia Adriana Fokura Fernandes
Márcia Cristina Pereira da Silva

Eldorado

Muriel da Silva Moia
Vera Lúcia Koci

Fátima do Sul

Rosilda Aparecida de Freitas
Josilei da Costa Lucena

Glória de Dourados

Renata Rigatto
Edmara Honório Santos

Iguatemi

Daniely Vessoni Sorgatto
Karine Fernandes de Oliveira

Itaporã

Fabiana Vicente de Paula
Vanessa Paiva Thiesen

Ivinhema

Ana Cristina Bortolasse de Farias
Katiane Lopes Xisto

Jaraguari

Vanessa da Silva Gomes Lurznik
Elenara Santos da Silva

Jardim

Regiani Aparecida Coronel Cachó
Marcilene Romeiro de Moraes

Jatei

Roberti Lyus Silva Dias
Natalia Muller Monteiro

Juti

Elisangela Aparecida Gomes
Raquel Bernardo da Silva

Ladário

Henrique Virira Pereira
Simone de Araújo Roca Fernandes

Laguna Carapã

Luciane Barbosa Maciel
Ronitania Portela

Maracaju

Luciana Henrichsen Schmitt
Nayara Niz Barcelos

Miranda

Danieli Soares Garcia
Márcia Luiza Xavier da Anunciação Jara

Naviraí

Andrelice Ticiene Arriola
Maria Cecília Sanches Bom Fogo

Nioaque

Lidiane do Nascimento Souza
Sandra Maria Santos Calonga

Nova Alvorada do Sul

Nayara Buranello Zacheu
Fernanda Ximenes Teixeira

Nova Andradina

Simone Aparecida Marega
Ingrid Elisandra Bumbieris Travam

Novo Horizonte do Sul

Hugo Cardoso dos Santos
Isabel Cristina de Oliveira

Paraíso das Águas

Larisse Aparecida do Amaral Pereira Von Ancken
Vanessa Barroso de Lima

Paranaíba

Rita de Cassia Coelho Morales
Luciana Chaves Carvalho

Pedro Gomes

Aline Ferreira Farias
Jaelita Sales Arruda Borges

Ponta Porã

Fares Melhem Salem
Zenir Aparecida da Cruz Franco

Porto Murtinho

Rodrigo Pereira da Silva
Ana Paula Bittencourt

Ribas do Rio Pardo

Rosana de Arruda Silva

Rio Brilhante

Valdirene Aparecida Ortega Vizinfard Rosa
Jucinéia dos Santos Morais Lago

São Gabriel D'Oeste

Ilaine Marocco
Luciane Zacarias Martins Flores

Selvira

Jeane Alves de Jesus
Patrícia Chiochetta Alves

Sidrolândia

Etiene Queiroz Paim Osiro
Maria Ignácia Fabrício Meirelles

Sonora

Claudia Lima de Abreu Billieri
Gracyelen Lousada Felipe Centenaro

Terenos

Aparecida Gomes Xavier
Haideline Mertens Kuff

Três Lagoas

Fabricia Tatiane da Silva Zuque
Ligia Maria Pace Zanque

Vicentina

Érica Quintiliano Oliveira
Josiane de Oliveira Silva

Equipe Técnica para a Elaboração Final

Cibele Ynae Webster
Deisy Adania Zanoni
Edgar Oshiro
Euder Alexandre Nunes
Maria de Lourdes Oshiro
Vanessa Rosa Prado
Equipe Administrativa
Clissia Amaral Rezende Diniz
Maristela Amaral de Matos Rios
Norma Bocollato de Moura Lacerda
Rafael Nunes de Freitas
Valdir da Silva

Colaboradores

Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço – CIES
Núcleos Regionais de Saúde - NRS
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS
Conselho Estadual de Saúde - CES

1. APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPS) é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. A implantação desta Política implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, ações, serviços, gestão setorial e atenção á saúde (BRASIL, 2007).

A portaria GM/MS nº 3194 publicada em novembro de 2017 instituiu incentivo financeiro de custeio para a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde nos estados brasileiros (BRASIL, 2017a). A Secretaria de Estado de Saúde – SES/MS aderiu ao Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS SUS) para elaborar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), 2019-2022, de Mato Grosso do Sul apresentado neste documento.

O PEEPS será uma ferramenta central adotada para fortalecer a organização dos serviços de saúde no modelo de rede de atenção à saúde, de modo a romper com o sistema fragmentado do trabalho e buscar o cuidado voltado para a integralidade do indivíduo, implementando e desenvolvendo metodologias no processo de formação que contemple os princípios de uma educação transformadora e autêntica, onde os profissionais se vejam como sujeitos da sua ação e com possibilidades efetivas de transformá-los.

Nesse sentido, o PEEPS-MS foi idealizado para fortalecer o processo de construção do conhecimento e estimular o despertar deste novo trabalhador da saúde que contribua com a consolidação do SUS, alinhadas com as necessidades de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde com foco na melhoria da saúde da população.

Dentre as prerrogativas previstas no PRO EPS SUS para o processo de elaboração do Plano seja construída de forma ascendente e participativa com os municípios. Desta forma, a proposta metodológica de elaboração deste plano foi discutida e pactuada na 267ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite do dia 18 de maio de 2018 (MATO GROSSO DO SUL, 2018a).

Por ser de caráter coletivo as especificidades locais de cada região de saúde foram consideradas mediante um planejamento ascendente, descentralizado e participativo dos municípios. Assim as linhas de ação, objetivos e metas apresentadas neste plano foram discutidos, posteriormente validados e apresentados na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIES-MS), aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), sob a condução Superintendência da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES-MS) com o apoio da CIES e do Grupo Técnico Estadual instituído pela RESOLUÇÃO “P” SES N.º 522 de 16 de outubro de 2018 (MATO GROSSO DO SUL, 2018b).

2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

2.1 Aspectos demográficos

Mato Grosso do Sul é o 6º estado do país em extensão territorial, com 357.145,534 km2 que corresponde a 4,19% da área total do Brasil (8.515.767,049 km2) e 22,23% da área do centro-oeste. É uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está localizado ao sul da região Centro-Oeste. Tem como limites os estados de Goiás a nordeste, Minas Gerais a leste, Mato Grosso (norte), Paraná (sul) e São Paulo (sudeste), além da Bolívia (oeste) e o Paraguai (oeste e sul). Sua área é ligeiramente maior que a Alemanha e Portugal.

Sua população estimada em 2018 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/29 de agosto de 2018) era de 2.748.023 habitantes, residentes nos 79 municípios distribuídos geograficamente, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), em 4 regiões de saúde e respectivas 11 microrregiões. Sua capital e maior cidade é Campo Grande, e outros municípios importantes são Dourados, Três Lagoas, Corumbá, Ponta Porã, Aquidauana, Nova Andradina e Naviraí (Quadro 1 e Tabela 1).

Quadro 1 - População residente. Região de Saúde, 2014-2018.

Macrorregião de Saúde	População estimada 01/07/14	População estimada 01/07/15	População estimada 01/07/16	População estimada 01/07/17	População estimada 01/07/18
MATO GROSSO DO SUL	2.619.657	2.651.235	2.682.386	2.713.147	2.748.023
Campo Grande	1.429.202	1.447.248	1.465.052	1.482.654	1.502.351
Corumbá	129.498	130.516	131.522	132.489	133.774
Dourados	793.001	802.417	811.701	820.875	831.310
Três Lagoas	267.956	271.054	274.111	277.129	280.588

Fonte: IBGE/TCU

Tabela 1 – População estimada pelo IBGE por município agosto/2018. MS

Município	População	Município	População
Água Clara	14992	Itaquiraí	20.637
Alcinópolis	5188	Ivinhema	23.021
Amambai	38465	Japorã	8.836
Anastácio	29954	Jaraguari	7.019
Anaurilândia	8927	Jardim	25.758
Angélica	10458	Jateí	4.025
Antônio João	8808	Juti	6.553
Aparecida do Taboado	25072	Ladário	22.590
Aquidauana	47482	Laguna Carapã	7.177
Aral Moreira	11771	Maracaju	44.994
Bandeirantes	6795	Miranda	27.525
Bataguassu	22389	Mundo Novo	19.103
Batayporã	11248	Naviraí	53.188
Bela Vista	24331	Nioaque	14.092
Bodoquena	7820	Nova Alvorada do Sul	20.772
Bonito	21483	Nova Andradina	52.625
Brasilândia	11864	Novo Horizonte do Sul	4.041
Caarapó	29292	Paraíso das Águas	5.350
Camapuã	13694	Paranaíba	41.755
Campo Grande	874210	Paranhos	13.852
Caracol	5972	Pedro Gomes	7.683
Cassilândia	21748	Ponta Porã	89.592
Chapadão do Sul	23940	Porto Murtinho	16.879
Corguinho	5730	Ribas do Rio Pardo	23.881
Coronel Sapucaia	15016	Rio Brilhante	36.144
Corumbá	109899	Rio Negro	4.834
Costa Rica	20159	Rio Verde de Mato Grosso	19.569
Coxim	33323	Rochedo	5.346
Deodápolis	12773	Santa Rita do Pardo	7.732
Dois Irmãos do Buriti	11132	São Gabriel do Oeste	25.898
Douradina	5827	Selvéria	6.482
Dourados	218069	Sete Quedas	10.790
Eldorado	12224	Sidrolândia	54.575
Fátima do Sul	19181	Sonora	18.393
Figueirão	3027	Tacuru	11.284
Glória de Dourados	9960	Taquarussu	3.570
Guia Lopes da Laguna	9991	Terenos	20.855
Iguatemi	15838	Três Lagoas	117.477
Inocência	7618	Vicentina	6.041
Itaporã	23539		

Conforme o IBGE, 2018, Campo Grande continua a cidade mais populosa do estado, com 874.210 habitantes e Figueirão, na região norte, tem 3.027 moradores e é o município sul-mato-grossense com menor população. Dentre eles, quarenta e nove (49), municípios tem população inferior a 20.000 habitantes e estão vinculados a um centro urbano de referência, que são as sedes das microrregiões de saúde.

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

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

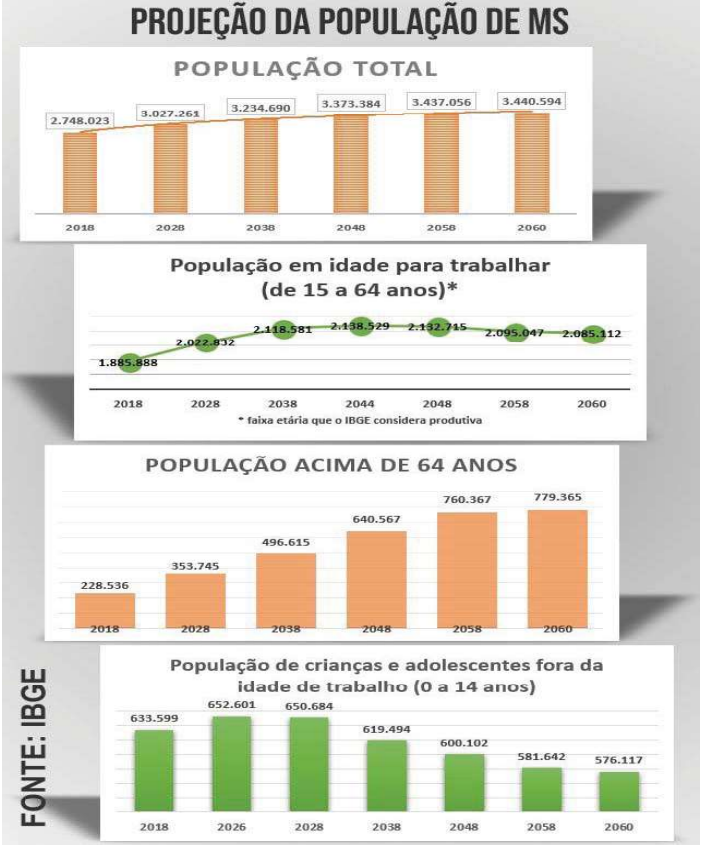
Os cidadãos com 65 anos ou mais somam 228.536, o que corresponde a 1/12 do total de sul-mato-grossenses em 2018. Esse número não deve apresentar retrações e crescerá até a marca de 779.365 em 2060.

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

Já a população de crianças e adolescentes entre 0 e 14 anos, atualmente estimada em 633.599 indivíduos no estado, deve continuar crescendo até 2026, quando atinge a marca de 652.601. A partir daí deve começar a recuar até chegar aos 576.117 em 2060.

Dessa forma, a população economicamente dependente (de 0 a 14 anos e acima de 65) em Mato Grosso do Sul deverá ser de 1.355.482 nos próximos 42 anos para um grupo de 2.085.112 em idade para trabalhar (Figura 1).

Figura 1 - Projeção da população total, em idade para trabalhar e população acima de 64 anos e de 0 a 14 anos de Mato Grosso do Sul até 2060



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

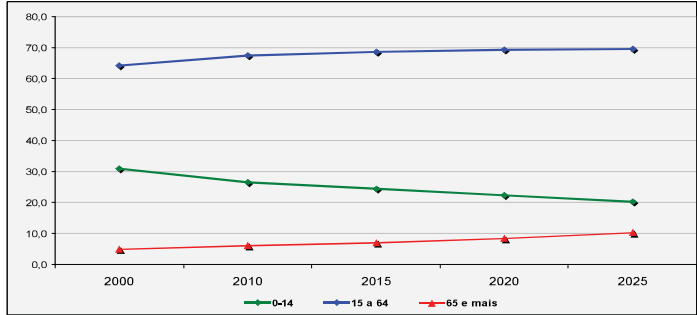
Tabela 2 - Distribuição da População segundo o gênero. MS, 2000-2020

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

Fonte: IBGE

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

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



Fonte: IBGE.

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

A queda da taxa de fecundidade reflete em menor entrada de crianças na população e proporcionalmente diminuição no número de jovens, por outro lado a queda das taxas de mortalidade infantil e geral, são os fatores determinantes do envelhecimento da população (Tabela 3). As pirâmides etárias (estrutura por sexo e grupo etário) refletem a tendência do aumento da expectativa de vida e o índice de envelhecimento populacional no estado e perspectiva para 2020 (Gráficos 1 e 2).

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

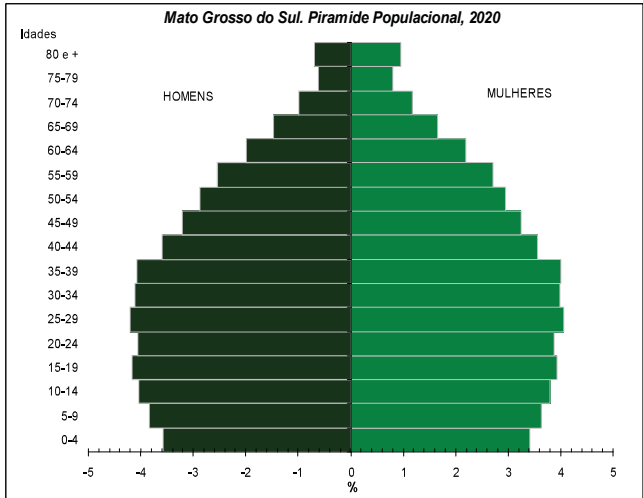
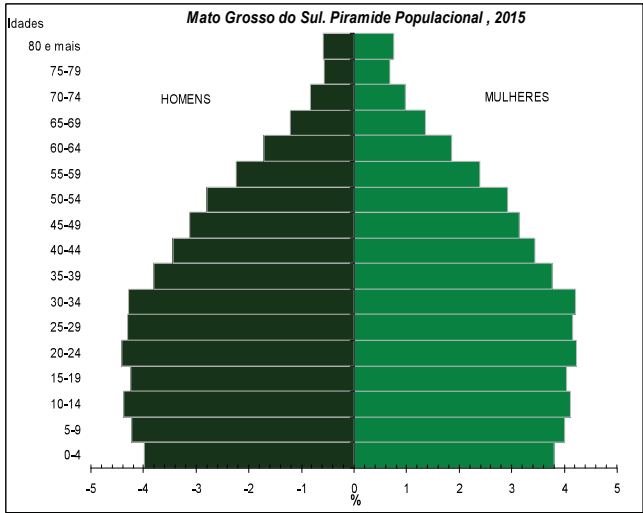
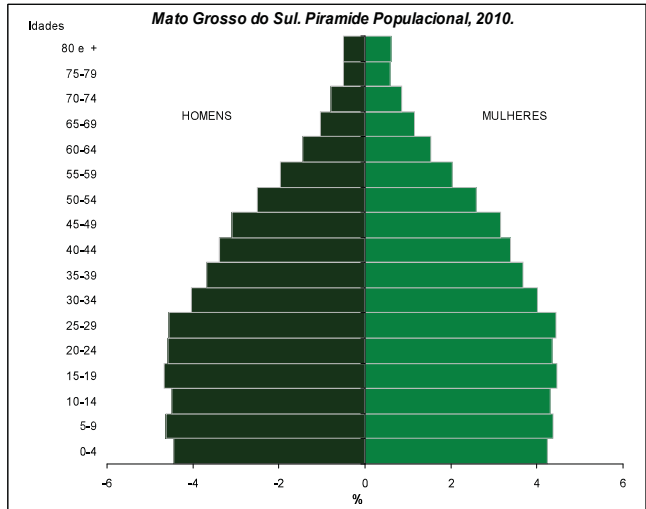
Tabela 3 - Taxa de Fecundidade Total (TFT), Esperança de Vida ao Nascer (e), Índice de Envelhecimento. Brasil, MS, 2010-2020.

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

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

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

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



Fonte: IBGE. Elaboração: RIPSa-MS

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

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

Tabela 4 - Distribuição etnias por municípios, 2015.

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

Fonte: DSEI/FUNASA-MS.

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

Pólo base	Município (Aldeia)	Aldeia	Residência	total		
				Aldeia	Mun (aldeia)	Polo Base
AMAMBAI	AMAMBAI	AMAMBAI	1602	7031	8,991	12,953
		JAGUARI	85	350		
		LIMÃO VERDE	371	1602		
	ARAL MOREIRA	GUASSUTY	181	723	873	
		GUAYVYRY	47	150		
	CORONEL SAPUCAIA	TAQUAPERY	673	2946	3,089	
	ACAMPAMENTO KURUSU AMBA*	42	143			
ANTÔNIO JOÃO	ANTONIO JOAO	CAMPESTRE	157	609	1,121	2,088
		CERRO MARANGATU	132	512		
	BELA VISTA	PIRAKUÁ	110	495	495	
	PONTA PORÁ	KOKUE-Y	42	160	472	
			LIMA CAMPO	95		

Pólo base	Município (Aldeia)	Aldeia	Residência	total		
				Aldeia	Mun. (Aldeia)	Pólo Base
AQUIDAUANA	ANASTÁCIO	ALDENHA	101	398	398	6.770
	AQUIDAUANA	ÁGUA BRANCA	155	563	4.959	
		BANANAL	250	1109		
		COLÍLIA NOVA	48	143		
		CÓRREGO NOVA	45	162		
		IMBIRUSSU	45	172		
		LAGOINHA	124	571		
		UMAÔ VERDE	249	1161		
		MORRINHOS	52	300		
		YPEGUE	213	736		
		ACAMPAMENTO ESPERANÇA	10	42		
	NIOAQUE	ÁGUA BRANCA NIOAQUE	72	287	1.413	
		BREJÃO	131	537		
		CABECERA	82	298		
		TABOQUINHA	79	291		
		ALVES DE BARROS	174	839		
BODOQUEUA		PORTO MURTINHO	CAMPINA	25		106
	CORREGO DE OURO		4	23		
	BARRO PRETO		11	55	587	661
BONITO	PORTO MURTINHO	SÃO JOÃO	68	323		
		TOMÁSIA	39	209		
		CERRO Y	14	74	74	
CAARAPO	CAARAPO	CAARAPO	1168	4694	4.849	6.290
		GUARA-ROKA	25	80		
		PYNDOROKY	13	75		
	JUTI	JARARÁ	77	289	572	
		TAQUARA	74	283		
		GUAMIBE	108	445		
LAGUNA CARAPA	RANCHO JACARÉ	106	424			
BRASILÂNDIA	BRASILÂNDIA	OFATÊ	24	105	105	105
CAMPO GRANDE	CAMPO GRANDE	MARÇAL DE SOUZA	14	51	3.080	3.149
		URBANIZADO	143	3029		
	ROCHEDO	BALSAMO	14	69	69	
CORUMBÁ	CORUMBÁ	UBERABA	40	165	165	165
DOURADOS	DOURADINA	PANAMBI	167	610	875	15.186
		ACAMP. GUYRA KAMBY	20	80		
		ACAMP. TEKOHARA-ITA-Y	49	185		
	ACAMP. ITHAUM	12	73			
	ACAMP. PICA DINHA	7	33			
	ACAMP. PA KURITI	3	6			
	ACAMP. CURRAL DE ARAME	3	7			
	ACAMP. MUDAS MS	12	91			
	ACAMP. INHUEIRA	18	101			
	ACAMP. BOQUEIRÃO	10	34			
	BORORÓ	1476	6341			
	JAGUA FIRU	1558	6753			
	DOURADOS	PANAMBIZINHO	100	347	155	
		PORTO CAMBIÁ	10	47		
		ACAMP. A ROEIRA	7	15		
		ACAMP. JHUCUA	*	*		
		ACAMP. NHANDUKU LARANJEIRA	12	110		
	RIO BRILHANTE	ACAMP. S. R. VILSON	5	30	323	
		SUCURI	69	323		
		MARACAJU				

Polo base	Município (Aldeia)	Aldeia	Residência	total		Polo Base
				Aldeia	Mun. (aldeia)	
IGUA TEMI	ELDORADO	CERRITO	126	488	488	5.106
	JAPORA	ACAMP. YVY KATU	107	350	4.296	
		PORTO LINDO	1023	3.946		
	SETE QUEDAS	ACAMP. SOMBREITO	51	171	171	
IGUA TEMI	ACAMP. PY ELYTO KUE	59	151	151		
MIRANDA	MIRANDA	ARGOLA	133	651	7.357	7.357
		BABAÇU	129	620		
		CACHOEIRINHA	313	1606		
		LOGOINHA	30	137		
		LA LIMA	357	1436		
		ACAMP. MÃE TERRA	51	222		
		MOREIRA	272	1123		
		MORRINHO	73	341		
		PASSARINHO	295	1221		
PARANHOS	PARANHOS	ARROIO CORA	111	537	4.924	4.924
		PARAGUASSU	149	761		
		PIRAJUI	437	2.219		
		POTRERO-GUASSU	169	726		
		SETE CERROS	108	566		
		ACAMP.YPOY YV KATU	52	115		
SIDROLÂNDIA	DOIS IRMAOS DO BURITI	AGUA AZUL	77	302	2.236	4.436
		BARRENHINHO	31	107		
		NOVA BURITI	80	256		
		BURITI	233	953		
		OLHO DA GUA	40	212		
	SIDROLÂNDIA	OLIVEIRA	43	155	2.200	
		RECANTO	53	251		
		CORREGO DO MEIO	153	574		
		LAGOINHA	71	309		
		ACAMPAMENTO 10 DE MAIO	18	64		
TAÇURU	TAÇURU	TERERÉ	214	952	3.023	3.023
		NOVA TERÉ	84	301		
		JAGUAPIRÉ	234	912		
		SASSORÓ	539	2111		
15	32	99	16.787	73.181	73.181	73.181

Fonte: DSEI/FUNASA-MS.

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

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

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) publicado em 2000 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 49% das mortes de crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento estão relacionadas à desnutrição (UNICEF, sd).

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

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

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

E uma das ações para o fortalecimento do cuidado à população indígena vem sendo desenvolvida pela Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” em parceria com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Coordenadoria Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Universidade Federal da Grande Dourados e DSEI/MS, por meio da adesão ao Programa de Qualificação para Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Este programa tem por objetivo qualificar todos os AIS e AISAN que estão vinculados ao DSEI/MS, para atuarem em equipe na perspectiva da promoção, prevenção de agravos e doenças e na recuperação da saúde dos povos indígenas.

2.2 Aspectos econômicos

O agronegócio é um dos princípios motores da economia do Estado do Mato Grosso do Sul. O Estado é o 5º maior produtor de grãos do País. No ranking do agronegócio, Mato Grosso do Sul detém, ainda, a 4ª posição na produção de milho e 3ª no abate de gado. Polo mundial de celulose, produz 5,3 milhões de toneladas de celulose ao ano, dispõe de 1,056 milhão de hectares de florestas plantadas, 615 mil hectares de cana-de-açúcar e 18 milhões de hectares de pastagens.

Segundo dados da Federação de Indústria do Estado do Mato Grosso do Sul, a FIEMS, o setor de agropecuária representa 15,8% do Produto Interno Bruto (PIB) do estado, enquanto a indústria representa 16,7% e o setor de serviços 67,5%. Destacamos que a agropecuária assume um papel importante na economia do Estado do Mato Grosso do Sul, devido ao fato dela impulsionar os setores de serviços e da indústria (VIEGAS, 2013).

O rebanho bovino do Estado do Mato Grosso, hoje o maior do país, deverá crescer 18% nos próximos dez anos. O número de cabeças, de acordo com o IMEA (Instituto Mato-grossense de Economia Agropecuária), deverá passar dos atuais 28,7 milhões para 33,9 milhões. Além disso, possui significativas jazidas de ferro, manganês, calcário, mármore e estanho, com destaque para o maciço de Urucum, em que há uma expressiva jazida de minério de ferro e manganês.

O estado vem apresentando um intenso processo de industrialização. Assim como na maioria dos estados do Brasil, Mato Grosso do Sul concede incentivos fiscais para a instalação de indústrias. Em 2007 o PIB Industrial chegou a quase R\$ 3,9 bilhões e, em 2008, o PIB Industrial chegou a R\$ 4,9 bilhões (23,2% de aumento).

O setor de serviços é muito alavancado pelo turismo, em especial, pelo chamado turismo ecológico promovido no Pantanal e na cidade de Bonito. É interessante destacarmos que este setor da economia é responsável por 69,87% dos empregos gerados no Estado. Para fins de comparação, a indústria emprega 19,40% e a agropecuária, apenas 10,74% do total da mão de obra (PIRES, 2016).

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

Tabela 6 – Evolução do Produto Interno Bruto e do PIB Per Capita.

	R\$ 1,00	R\$ 1,00
2002	16.440.423.924,18	7.599,05
2003	21.846.566.335,18	9.943,36
2004	23.372.308.185,64	10.477,56
2005	23.725.258.361,21	10.477,19
2006	26.667.893.813,11	11.604,92
2007	30.084.765.198,47	13.277,69
2008	36.219.263.038,02	15.504,44
2009	39.517.741.741,18	16.741,27
2010	47.270.656.395,63	19.299,34
2011	55.133.162.450,65	22.253,17
2012	62.013.200.885,26	24.754,90
2013	69.203.201.263,86	26.747,59
2014	78.950.132.702,70	30.137,58
2015	83.082.554.710,33	31.337,30
2016	91.865.802.611,85	34.247,79

Fonte: SEMAGRO/MS e CONAC/IBGE

Os três pilares que constituem o IDHM¹ (saúde, educação e renda) são mensurados a partir dos dados dos censos demográficos, delineados conforme as faixas que avaliam o nível de desenvolvimento humano municipal (Tabela 7).

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

contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais.

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

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

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/

Dentre os estados brasileiros (27 unidades federativas), Mato Grosso do Sul ocupou, em 2010, a 10ª posição no ranking de Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHM), permanecendo na mesma posição do ranking de 2000, quando decresceu 2 pontos na classificação em relação a 1991 (Tabela 8 e 9) (PNUD, 2010).

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

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

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas/

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

Município	IDHM, 2010	Ranking Estadual
Campo Grande	0,784	1º
Chapadão do Sul	0,754	2º
Dourados	0,747	3º
Três Lagoas	0,744	4º
Maracaju	0,736	5º
São Gabriel do Oeste	0,729	6º
Cassilândia	0,727	7º
Nova Andradina	0,721	8º
Paranaíba	0,721	9º
Glória de Dourados	0,721	10º
Ivinhema	0,72	11º
Rio Brilhante	0,715	12º
Fátima do Sul	0,714	13º
Jardim	0,712	14º
Alcinópolis	0,711	15º
Vicentina	0,711	16º
Bataguassu	0,71	17º
Rio Negro	0,709	18º
Jateí	0,708	19º
Costa Rica	0,706	20º
Ladário	0,704	21º
Coxim	0,703	22º
Camapuã	0,703	23º
Ponta Porã	0,701	24º
Brasilândia	0,701	25º
Corumbá	0,7	26º
Naviraí	0,7	27º
Douradina	0,699	28º
Bela Vista	0,698	29º
Aparecida do Taboado	0,697	30º
Angélica	0,697	31º
Nova Alvorada do Sul	0,694	32º
Deodápolis	0,694	33º
Caarapó	0,694	34º
Aquidauana	0,688	35º
Mundo Novo	0,686	36º
Sidrolândia	0,686	37º
Eldorado	0,684	38º

Batayporã	0,684	39º
Selvíria	0,682	40º
Inocência	0,681	41º
Sonora	0,681	42º
Bandeirantes	0,681	43º
Guia Lopes da Laguna	0,675	44º
Amambai	0,673	45º
Rio Verde	0,673	46º
Laguna Carapã	0,672	47º
Corguinho	0,671	48º
Pedro Gomes	0,671	49º
Bonito	0,67	50º
Água Clara	0,67	51º
Anaurilândia	0,67	52º
Bodoquena	0,666	53º
Porto Murtinho	0,666	54º
Jaraguari	0,664	55º
Ribas do Rio Pardo	0,664	56º
Anastácio	0,663	57º
Iguatemi	0,662	58º
Terenos	0,658	59º
Itaporã	0,654	60º
Rochedo	0,651	61º
Taquarussu	0,651	62º
Novo Horizonte do Sul	0,649	63º
Caracol	0,647	64º
Antônio João	0,643	65º
Santa Rita do Pardo	0,642	66º
Nioaque	0,639	67º
Dois Irmãos do Buriti	0,639	68º
Aral Moreira	0,633	69º
Miranda	0,632	70º
Juti	0,623	71º
Itaquiraí	0,62	72º
Sete Quedas	0,614	73º
Tacuru	0,593	74º
Coronel Sapucaia	0,589	75º
Paranhos	0,588	76º
Japorã	0,526	77º

Fonte: PNUD/2010

2.3 Aspectos epidemiológicos

Segundo informações do Sistema de Informação de Mortalidade de Mato Grosso do Sul, 2013, as principais causas de óbito foram relacionadas às doenças do aparelho circulatório (30,4%), neoplasias (16,5%), causas externas de morbidade e de mortalidade (12,8%), doenças do aparelho respiratório (12,0%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (6,5%). Em comparação ao ano anterior, houve aumento de 0,9% dos óbitos relacionados à neoplasia e redução de 0,9% para as relacionadas a causas externas de morbidade e de mortalidade (Tabela 10).

As afecções originadas no período perinatal foi a principal causa de mortalidade infantil, já na faixa de 20 a 39 anos a principal causa de mortalidade foi devido as causas externas e para a população a partir de 50 anos foi as doenças do aparelho circulatório seguida das neoplasias.

Em relação as principais causas de internação hospitalar (morbidade hospitalar) foram devido a doenças relacionadas à gravidez, parto e puerpério (21,1%), seguido de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (12,3%) e por doenças do aparelho respiratório (12,6%), apresentando um aumento, em comparação ao ano de 2015, apenas para as internações por doenças do aparelho respiratório, de 11,5%.

Em relação a morbidade, a maior incidência de internações por causas de gravidez, parto e puerpério foi na faixa etária de 20 a 29 anos, representando 52,5% do total. A mesma faixa etária apresentou a maior incidência para as internações por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e para a morbidade por doenças do aparelho respiratório, a incidência foi maior para o intervalo de 1 a 4 anos de idade (Tabela 11).

Tabela 10 - Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência. Mato Grosso do Sul, 2013.

Mortalidade por Capítulo CID 10	Faixa Etária													
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Idade Ignorada	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	26	9	1	2	5	29	77	90	90	976	82	76	1	584
Capítulo II Neoplasias [tumores]	1	10	8	6	13	40	77	230	479	597	608	482	0	2.551
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	6	2	1	6	0	2	13	9	7	13	10	20	1	90
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11	6	1	1	3	9	23	66	143	221	244	281	1	1.010
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	1	1	0	0	5	16	38	34	24	6	21	0	146
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	6	8	4	9	6	21	14	22	34	44	72	197	0	437
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	7	3	2	1	7	25	121	266	630	902	1.241	1.482	2	4.689
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	22	16	3	1	6	16	27	67	142	254	500	806	0	1.860
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	10	0	1	3	5	12	39	102	170	155	162	163	0	822
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	1	0	2	7	12	7	14	18	0	61

Fonte: Portal DATASUS TABNET/SIM - 2015 - Última atualização: 06/03/2017.

Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência (cont.)

Mortalidade por Capítulo CID 10	Faixa Etária													
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Idade Ignorada	Total
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	1	1	0	1	3	7	5	11	15	15	16	0	75
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	1	0	1	0	3	2	10	10	28	72	81	171	1	380
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	3	16	13	2	0	0	0	0	0	34
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	266	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	266
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	139	14	3	3	4	2	2	3	3	1	2	1	0	177
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	7	5	2	1	3	14	20	33	35	31	33	84	4	272
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	29	24	19	40	186	401	344	341	230	129	111	122	8	1.984
Total	531	99	48	73	246	598	805	1.291	2.049	2.561	3.181	3.941	18	15.441

Fonte: Portal DATASUS TABNET/SIM - 2015 -Preliminar - Última atualização: 06/03/2017.

Tabela 11 - Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência.

Internações por Capítulo CID-10	Faixa Etária												
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	886	1.554	768	516	525	1.038	1.190	1.285	1.322	1.037	1.021	721	11.863
Capítulo II Neoplasias [tumores]	29	165	78	105	154	372	901	1.878	2.225	2.169	1.436	587	10.099
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	52	101	66	57	49	115	115	140	125	135	153	94	1.202
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	202	365	221	113	89	212	283	464	635	643	572	524	4.323
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	3	17	40	149	393	483	374	261	75	25	19	1.839
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	136	209	101	70	82	156	215	250	299	220	149	94	1.981
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	6	32	27	24	41	80	99	131	314	667	731	275	2.427
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	18	55	28	14	21	28	37	40	37	22	11	5	316
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	76	73	40	42	89	338	702	1.435	2.669	3.269	2.747	1.825	13.305
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	2.647	3.763	1.148	526	507	982	1.035	1.252	1.735	2.202	2.438	2.531	20.766
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	205	416	444	520	710	1.883	2.345	2.492	2.628	2.058	1.360	659	15.720
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	119	269	161	124	158	381	329	403	423	379	213	125	3.084

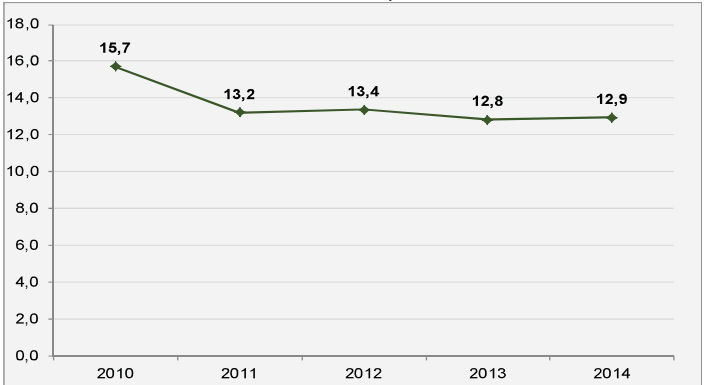
Fonte: Portal DATASUS TABNET/SIH - Jan a Dez - 2016 - Última atualização: 06/03/2017

Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência (Cont.).													
Internações por Capítulo CID-10	Faixa Etária												
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	10	48	82	95	85	335	382	484	477	297	145	59	2.499
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	242	442	417	366	699	1.621	1.595	1.663	1.381	1.543	1.206	734	11.909
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	5	0	0	493	7.709	18.242	7.548	712	19	1	1	0	34.730
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	3.004	2	1	2	32	43	39	8	0	1	0	0	3.132
Capítulo XVII Mal formações congêntas, deformidades e anomalias cromossômicas	292	182	100	57	41	39	26	19	16	23	6	3	804
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	40	43	56	38	68	189	161	252	284	291	206	131	1.759
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	91	651	1.085	1.076	1.489	3.933	3.243	2.778	2.299	1.505	1.139	894	20.183
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	77	101	88	71	62	715	866	317	220	132	95	39	2.783
Total	8.137	8.474	4.928	4.349	12.759	31.095	21.594	16.377	17.369	16.669	13.654	9.319	164.724

Fonte: Portal DATASUS TABNET/SIH - Jan a Dez - 2016 - Última atualização: 06/03/2017

A partir das informações sobre o número de óbitos infantis do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do número de crianças nascidas vivas do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) observa-se entre o período de 2010 e 2014 um decréscimo de 17,7%. As taxas calculadas no período em análise mostram variações entre 15,7 por mil (2010) e 12,9 (2014) por mil nascidos vivos no estado (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Taxa de mortalidade infantil. MS, 2010-2014.



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde
Nota: 2014 – dados preliminares.

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

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

3. REDE FÍSICA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS

A rede física de estabelecimentos de saúde do estado de Mato Grosso do Sul, segundo o SCNES – Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, demonstra que 94% dos estabelecimentos estão sob gestão dos municípios, 3% sob gestão do estado e 3% sob gestão dupla (municipal e estadual) (Tabela 12 e figura 2).

As unidades próprias da SES, que aparecem como sob gestão estadual, referem-se às que realizam ações de serviços de saúde de competência do estado, assumidas no Pacto de Gestão.

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

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

Os cinco hospitais gerais que aparecem na planilha como sob gestão estadual são: o Hospital São Judas Tadeu (Iguatemi), Hospital e Maternidade Demarque Paes Ferreira (Rio Negro) e Hospital Rachid Saldanha Cerzi (Sonora), Hospital Regional de Cirurgias da Grande Dourados (Dourados) e Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (Ponta Porã)

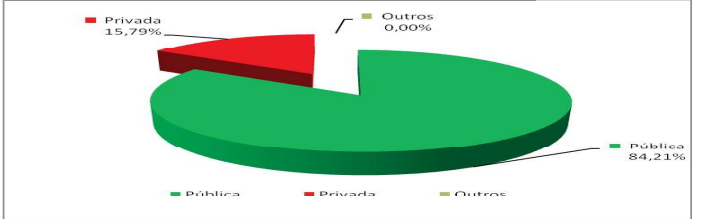
¹ Pereira, MG. Mortalidade. Epidemiologia: Teoria e Prática. Capítulo 6, pág. 126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995. Citado in: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/CapituloC.pdf>

Tabela 12 - Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS – 2018

Tipo de estabelecimento	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	85	75	10	0
CENTRAL DE NOTIFICACAO, CAPTACAO E DISTRIB DE ORGAOS ESTADUAL	2	1	1	0
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	38	37	1	0
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	4	3	1	0
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	13	13	0	0
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGIA	12	0	12	0
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	33	33	0	0
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	583	583	0	0
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	153	151	2	0
CONSULTORIO ISOLADO	19	19	0	0
FARMACIA	26	24	2	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	6	5	0	1
HOSPITAL GERAL	74	32	5	37
HOSPITAL/DIA ISOLADO	2	2	0	0
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	7	6	1	0
POLICLINICA	22	22	0	0
POLO ACADEMIA DA SAUDE	42	42	0	0
POLO DE PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PROMOCAO DA SAUDE	4	4	0	0
POSTO DE SAUDE	46	46	0	0
PRONTO ATENDIMENTO	14	14	0	0
PRONTO SOCORRO GERAL	3	3	0	0
TELESSAUDE	1	0	1	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	110	110	0	0
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	65	65	0	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	22	22	0	0
UNIDADE MISTA	9	3	0	6
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PREHOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	41	41	0	0
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	21	19	2	0
TOTAL	1.457	1.375	38	44

Fonte: CNES

Gráfico 4 - Percentual por tipo de natureza com vínculo SUS



Fonte: CNES

4. FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

O próprio Ministério da Saúde reconhece que o SUS tem, atualmente, quatro grandes questões a resolver: o financiamento, a construção de uma base produtiva nacional de insumos e equipamentos para a saúde, a sua governança e os recursos humanos, envolvendo a formação e distribuição dos trabalhadores da saúde, condições essenciais para a melhoria da qualidade e resolutividade do cuidado.

Considerando que a metodologia adotada foi levando em consideração as redes de

atenção à saúde, destacamos o papel dos trabalhadores em saúde como protagonistas nesse plano, enfatizando a importância de inserir o tema de saúde do trabalhador nas áreas da educação continuada e implementar uma política de promoção de saúde aos servidores, trabalhadores em saúde, tendo em vista os desafios em decorrência da função, das características de cada território e da possibilidade dos agravos advindos dos processos de trabalho.

Tendo em vista o princípio da Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora, anexo XV da Portaria Consolidação nº 2 de 28/9/2017, a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho, como um dos determinantes sociais e o processo saúde doença deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde incluindo a saúde dos trabalhadores em saúde.

A Atenção Primária em Saúde é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme consta na Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Neste sentido, as equipes da APS e de saúde do trabalhador devem atuar de forma articulada para garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT- Vigilância em Saúde do Trabalhador deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/2009). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de identificar o perfil produtivo da população em seu território, planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Faz-se necessário a implementação de uma política de atenção à saúde aos trabalhadores em saúde e a inserção do tema na educação permanente enfatizando a promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho.

Foram extraídos os dados do CNES e verificado que dos 59400 trabalhadores da área de saúde 49.877 são trabalhadores do SUS (Tabela 13 e 14).

Tabela 13 – Distribuição de trabalhadores por municípios no Mato Grosso do Sul.

Rótulos de Linha	SUS	Total Geral
Água Clara	214	231
Alcinópolis	74	80
Amambai	503	567
Anastácio	250	259
Anaurilândia	165	178
Angélica	167	177
Antônio João	169	175
Aparecida do Taboado	224	280
Aquidauana	868	1041
Aral Moreira	192	193
Bandeirantes	133	134
Bataguassu	322	361
Batayporã	129	139
Bela Vista	253	294
Bodoquena	158	162
Bonito	322	347
Brasilândia	192	203
Caarapó	395	441
Camapuã	248	286
Campo Grande	20812	25802
Caracol	93	94
Cassilândia	305	358
Chapadão do Sul	527	616
Corguinho	74	74
Coronel Sapucaia	168	174
Corumbá	1671	1946
Costa Rica	409	484
Coxim	652	774
Deodápolis	175	229
Dois Irmãos do Buriti	199	206
Douradina	81	85
Dourados	5036	6279
Eldorado	166	172
Fátima do Sul	384	418
Figueirão	77	77
Glória de Dourados	136	161
Guia Lopes da Laguna	145	157
Iguatemi	209	216
Inocência	120	125
Itaporã	321	338
Itaquirai	162	170
Ivinhema	372	494
Japorã	77	77
Jaraguari	95	95
Jardim	378	413
Jateí	136	137
Juti	111	116
Ladário	194	201
Laguna Carapã	168	177
Maracaju	539	582
Miranda	378	393
Mundo Novo	173	194
Naviraí	720	834
Nioaque	159	167
Nova Alvorada do Sul	241	269
Nova Andradina	897	1214

Novo Horizonte do Sul	92	92
Paraíso das Águas	34	36
Paranaíba	637	911
Paranhos	187	197
Pedro Gomes	117	127
Ponta Porã	1225	1389
Porto Murtinho	202	207
Ribas do Rio Pardo	210	229
Rio Brilhante	479	547
Rio Negro	103	108
Rio Verde de Mato Grosso	342	377
Rochedo	80	82
Santa Rita do Pardo	119	121
São Gabriel do Oeste	559	600
Selvíria	79	82
Sete Quedas	123	147
Sidrolândia	597	639
Sonora	213	235
Tacuru	212	218
Taquarussu	141	143
Terenos	229	234
Três Lagoas	2255	2707
Ventania	104	106
Total Geral	49877	59400

Fonte: CNES – fevereiro/2018.

Através dos dados do CNES foram identificados 17 vínculos de trabalho distribuídos abaixo:

Tabela 14 – Vínculos dos trabalhadores. Mato Grosso do Sul.

Rótulos de Linha	Contagem de detalhamento do vínculo
CEDIDO	13
CLT	92
CONTRATO POR ENTIDADE FILANTROPICA	63
CONTRATO POR REDE PRIVADA	12
NAO SE APLICA	11233
PESSOA FISICA	31
PESSOA JURIDICA	151
PRIVADO	888
PROPRIO	3657
PUBLICO	8595
SEM SUBTIPO	1296
SEM VINCULO COM O SETOR PUBLICO	82
SERVIDOR CEDIDO	245
SERVIDOR PROPRIO	23223
SERVIDOR PUBLICO CEDIDO	8
SERVIDOR PUBLICO PROPRIO	239
SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE	49
Total Geral	49877

Fonte: CNES – fevereiro/2018.

5. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS

5.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha foi instituída por meio da Portaria GM/MS n. 1.459, de 24 de junho de 2011 e foi à primeira RAS pactuada (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

E possui os seguintes componentes:

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

No Estado de Mato Grosso do Sul, foi publicado o PAR da Rede Cegonha Mato Grosso do Sul na Resolução nº 026 /SES /MS, de 30 de junho de 2016 (MATO GROSSO DO SUL, 2016b).

5.2 Rede de atenção às urgências e emergências - RUE

De acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2017b).

A RUE foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado (BRASIL, 2011a).

No intuito de possibilitar a organização e o adequado funcionamento da RUE nessas regiões definidas é determinado um Plano de Ação Regional (PAR). No Mato Grosso do Sul, este é o instrumento formalizado em Diário Oficial que organiza a articulação e integração de todos os equipamentos de saúde. Objetiva ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

De acordo com o PAR, a RUE de Mato Grosso do Sul é constituída pelos seguintes componentes: promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, em parceria com Corpo de Bombeiros Militar; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; Atenção Domiciliar; Centro de Trauma; SOS Emergência.

Além desses componentes, a RUE conta com ações de Educação Permanente desenvolvidas em parceria com a Escola de Saúde Pública Dr Jorge David Nasser (ESP) e a Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” (ETSUS), em que promovem processos educacionais dos recursos humanos envolvidos em todos os componentes da RUE de Mato Grosso do Sul. O intuito dessas ações é promover qualificação, atualização e aperfeiçoamento desses profissionais, tendo como base os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, acolhimento e classificação de risco, legislações vigentes, protocolos e diretrizes clínicas, que servirão como aporte teórico para oferta dos cursos elaborados a partir das necessidades de cada região.

No intuito de realizar monitoramento e avaliação da RUE, utiliza-se do Grupo Condutor Estadual das Redes de Atenção à Saúde como espaço de discussão e

acompanhamento das ações, bem como se realiza visitas técnicas in loco nos pontos de atenção habilitados. A partir de janeiro de 2016, para somar à esse processo, entrou em vigor a utilização de uma nova ferramenta de gestão, desenvolvida pelo setor de tecnologia da informação, com direcionamento dos técnicos da Coordenadoria de Atenção Especializada (CAE) da SES: o e-RUE, um sistema de monitoramento dos indicadores para todos os componentes da RUE.

Sendo assim, a RUE tem como diretrizes: o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade da atenção no funcionamento de seus fluxos assistências.

A RUE em Mato Grosso do Sul avançou significativamente com relação à sua expansão, por meio da implantação de novos serviços. Entretanto, ainda é necessário progredir no sentido de concluir os processos de habilitação com incentivo de custeio para os serviços já em funcionamento, bem como promover a ampliação da oferta de serviços e de novas habilitações previstas no PAR.

A progressão na implantação de novos serviços é de fundamental importância para o atendimento às urgências e emergências no contexto loco-regional desse estado, pois as peculiaridades geo-político-administrativas de Mato Grosso do Sul dificultam a configuração de coparticipação entre municípios por meio da regionalização, devido à: ampla extensão territorial, grandes distâncias entre os municípios, municípios pouco populosos, extensa área rural, e existência de áreas de difícil acesso, como regiões de ribeirinhos e regiões pantaneiras.

Diante das práticas de cuidados, evidencia-se que é preciso possibilitar o fortalecimento da RUE, por meio da realização de educação permanente e continuada, de forma que sejam sistematicamente organizadas a fim de contemplar todos os componentes da RUE. Para tal, conta-se com o apoio da ESP e da ETSUS.

Hoje, em Mato Grosso do Sul, o maior desafio da atenção às urgências é suprimir a elevada procura pelos serviços de pronto atendimento, significativamente superior à capacidade de oferta e por motivos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas, de forma que contemple a responsabilização e o empoderamento dos demais níveis de atenção, bem como proporcione efetiva integralidade entre os componentes da RUE.

5.3 Rede de atenção psicossocial - RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Consolidado Nº 3, Anexo V), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas promovendo o acesso tanto dos pacientes quanto às famílias, garantindo a integração dos serviços no território (BRASIL, 2011c; 2017c).

Os pontos de atenção da RAPS vão desde a atenção básica – que devem possibilitar o primeiro acesso às pessoas que demandam cuidado em saúde mental, até os serviços de alta complexidade em casos que necessitam de cuidado mais intensivo.

Deste modo, os serviços existentes para atendimento são: unidades básicas de saúde e estratégias de saúde da família (UBS/ESF); núcleos de apoio à saúde da família (NASF), consultórios na rua; centros de convivência e cultura; centros de atenção psicossocial (CAPS) em todas suas modalidades; pontos de atenção de urgência e emergência (SAMU, UPA, pronto socorro); unidade de acolhimento adulto e infantil; serviço de atenção em regime residencial; leitos de psiquiatria em hospitais gerais; leitos em hospitais psiquiátricos; serviços residenciais terapêuticos e estratégias de reabilitação psicossocial, como: programa de volta para casa; iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Para que o cuidado em saúde mental seja efetivo e melhore a qualidade de vida das pessoas não basta apenas a implantação desses serviços, estes precisam estar integrados, articulados tanto com os pontos de atenção da RAPS quanto das demais redes de atenção à saúde bem como o desenvolvendo de ações Intersetoriais.

5.4 Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (RASPD/C)

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPD/C) foi instituída pela portaria GM/MS Portaria de Consolidação Nº 03, Anexo IV, capítulo I de 03/10/2017, (BRASIL, 2014), que redefine a Rede no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado, e está sendo implantada no Estado de Mato Grosso do Sul juntamente com suas linhas de cuidados prioritárias

Consideram-se os agravos de maior magnitude do estado de Mato Grosso do Sul, as linhas de cuidado prioritárias que abrange: Oncologia, Doença Renal Crônica e Sobrepeso/Obesidade (HAS e DM).

Estas linhas de cuidados descrevem o caminho que o usuário irá percorrer e os serviços existentes como ponto de atenção à rede, desde a atenção básica (que deverá ser a porta de entrada prioritária no sistema) até o cuidado paliativo, transplante, cirurgia reparadora, ou seja, desenham o caminho que se deve percorrer para que o atendimento integral seja garantido.

A RASPD/C não cria novos serviços, vem para reorganizar os serviços existentes. Conta com os seguintes componentes:

Serviços de Atenção Básica: centro de comunicação da rede, tendo papel chave na estruturação desta, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, além de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade deve ser a porta de entrada prioritária para a organização do cuidado. Exemplos: UBS, ESF, NASF e etc.

Serviços de Atenção Especializada: conjuntos dos diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas, que incluem ações e serviços de urgência, ambulatoriais, especializado e hospitalar, sendo apoio e complemento aos serviços de atenção básica.

Ambulatórios especializados: conjunto de serviços e ações eletivas de média e de alta complexidade.

Hospitalar: ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ ou de urgência de usuários agudos ou crônicos agudizados.

Serviços de Urgência e Emergência: Conjunto de serviços e ações voltados aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos usuários que apresentam agudização das condições crônicas.

Sistemas de Apoio: são constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros) e pela assistência farmacêutica.

Sistemas Logísticos: são soluções em saúde, em geral relacionados às tecnologias de informação. Fazem parte deste componente os sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários; o registro eletrônico em saúde; os sistemas de transportes sanitários; e os sistemas de informação em saúde.

Regulação: componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta, promover a equidade no acesso. As ações e serviços de saúde e auxiliar no monitoramento e na avaliação dos pactos Inter gestores. Visa garantir o acesso às ações e aos serviços de maior densidade tecnológica.

Sistema de Governança: é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Fazem parte desse componente as comissões Intergestores.

A linha de cuidado da oncologia está publicada no Diário Oficial do Estado nº 9.111 de 24 de fevereiro de 2016 p. 8-15, e as demais se encontram em fase de construção (MATO GROSSO DO SUL, 2016a).

5.5 Rede de cuidados às pessoas com deficiência – RAPD

A Portaria GM/MS n. 793, de 24 de abril de 2012 instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, que de acordo com o Art. 1º "Esta Portaria institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da 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)" (BRASIL, 2012).

Esta rede também faz parte da Rede Viver sem Limites (Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência), que foi lançado no final do ano de 2011.

No Estado de Mato Grosso do Sul, a RAPD foi instituída por meio do PAR aprovado pela Resolução N. 019/CIB/SES/MS, de 29/04/2014. E conta atualmente com os seguintes serviços especializados: (MATO GROSSO DE SUL, 2014) (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição de serviços especializados da RAPD

Universidade Católica Dom Bosco Serviço de Reabilitação Física Serviço de Reabilitação Auditiva Serviço de Órteses, Próteses e materiais especiais em reabilitação.	Município: Campo Grande
Centro Especializado em Reabilitação – CER II Serviço de Reabilitação Física Serviço de Reabilitação Intelectual	Campo Grande
Complexo de Atendimento Multidisciplinar de Saúde – CAMS/ APAE	Campo Grande
Centro Especializado em Reabilitação – CER II Serviço de Reabilitação Física Serviço de Reabilitação Intelectual	Três Lagoas

6. POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 fez parte de um processo mais amplo de mudanças nas relações políticas entre o Estado e a sociedade que, possibilitou ser a saúde reconhecida como direito social a ser contemplado por políticas públicas.

Assim, o Brasil vem redefinindo a estrutura e o perfil do sistema de saúde. No âmbito da Educação Permanente, o artigo 200, da Constituição, em seu inciso III, atribuiu ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988), passando as questões da educação na saúde para o rol de atribuições finalísticas do sistema.

Nos anos noventa, a expansão das redes de serviços e ações de saúde impulsionada pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), reorientou ações e estratégias relativas à gestão do trabalho e à formação dos trabalhadores, gerando diversas experiências inovadoras nos campos da gestão, do cuidado e da formação. Os papéis e funções dos entes federados foram reformulados e este novo modelo foi organizado de forma regionalizada, seguindo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando o controle social.

Neste modelo, o Ministério da Saúde, vem desenvolvendo várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

Em 2003 criou a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), chamando para si a responsabilidade institucional da construção e implementação da inédita Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria GM Nº198/2004, na qual o Ministério da Saúde assume a responsabilidade constitucional de ordenar a formação seus recursos humanos. Com a PNEPS criou-se Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que foram eficazes na difusão da proposta da EPS pelos diferentes municípios brasileiros. É importante situar que no ano de 2005 houve troca do ministro da saúde, e alterações no quadro de trabalhadores e gestores SGTES e em agosto de 2007, foram editadas as duas Portarias: GM Nº198/2004 e GM Nº 1.996/2007.

Ambas propõem que os processos de qualificação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades e a realidade local de saúde, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho e que sejam, sobretudo, estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho de saúde. Valorizam o papel da equipe multidisciplinar e o caráter social da ação educativa realizada nos processos de trabalho coletivo, sem negar a importância da formação técnica específica. A principal diferença entre as duas Portarias está nas diretrizes e nos dispositivos para a sua implementação nos estados.

Com isso inicia a segunda fase da PNEPS com mudanças conceituais e metodológicas em relação à condução da PNEPS. As Comissões Integração Ensino Serviço (CIES) e os Colegiados de Gestão substituem os PEPS na gestão da EPS.

Nesse movimento, também foi ampliado o número de instituições de ensino de saúde pública nos três níveis de gestão: estadual, municipal e federal. No Estado de Mato Grosso do Sul temos duas escolas de governo: a Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser" e a Escola Técnica do SUS "Professora Ena Araújo de Galvão".

Essas instituições têm em comum a missão de formar quadros para o sistema público de saúde. O seu funcionamento pauta-se, principalmente, por demandas que se impõem pelas políticas públicas de saúde, incorporando em suas agendas cursos e projetos formulados a partir das necessidades de qualificação dos trabalhadores frente aos problemas e necessidades da população.

No seu cotidiano, desempenham papéis funcionais dentro das estruturas às quais se filiam, mas, pela natureza de sua missão, estão abertas a uma convivência dialógica, favorecida pela própria dinâmica do SUS. Ambas as instituições constituem-se em ambientes de valores, vivências, ideias e práticas próprias e são responsáveis pela execução deste plano.

6.1 HISTÓRICO DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEEPS)

O primeiro Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) do Mato Grosso do Sul, ano 2009, foi elaborado no âmbito da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), que na primeira reunião ordinária do mês de abril de 2008, pontuou a necessidade de um plano de educação permanente (CIES, 2008).

O segundo PEEPS, ano de 2010, a Coordenadoria Estadual de Educação na Saúde (COES) realizou oficinas nas três macrorregiões de saúde existentes a fim de disparar o processo de construção dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente (PAREPS) com o objetivo de levantar a real necessidade de educação permanente nessas macrorregiões de saúde. O PEEPS foi apresentado e aprovado pela CIES (CIES, 2009a; CIES, 2009b).

O terceiro PEEPS, biênio 2011/2012, foi resultado de uma construção por meio da Coordenadoria Estadual de Educação na Saúde, da Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser" (ESP/MS), da Escola Técnica do SUS "Profª. Ena de Araújo Galvão" (ETSUS/MS), da Coordenadoria Estadual de Telessaúde e das três Comissões Intergestores Regionais (Campo Grande, Dourados e Três Lagoas).

Registra-se que o movimento foi resultado de vários atores envolvidos com a

Política de Educação Permanente, construído de forma coletiva nesses colegiados, com o apoio da SES/MS e validado pela Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) do estado (MATO GROSSO DO SUL, 2011).

Nos três planos anteriores citados houve um movimento de ampliação de escuta de diversos atores, mas também abertura para um processo de planejamento de forma coletiva.

Nos anos seguintes houve esforços de atualização na construção de um outro PEEPS, porém a interrupção de recursos financeiros da esfera federal nos espaços de decisões da CIES, diminuição do fomento de debate e da dificuldade da gestão em conduzir a política de educação permanente, trouxeram um enfraquecimento nos espaços formais de discussão nos colegiados.

No período de 2012 a 2017 o estado não formulou um novo PEEPS, porém a força da proposta teórica e pedagógica da política de educação permanente em saúde continuou viva nos espaços educativos como meio de transformação das práticas de trabalho.

7. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DA CONSTRUÇÃO DO PEEPS

Para a elaboração deste PEEPS a estratégia central adotada foi fortalecer a organização dos serviços de saúde no modelo de rede de atenção à saúde, de modo a romper com o sistema fragmentado do trabalho e buscar o cuidado voltado para a integralidade do indivíduo, implementando e desenvolvendo metodologias no processo de formação que contemple os princípios de uma educação transformadora e autêntica, onde os profissionais se percebam como sujeitos da sua ação e com possibilidades efetivas de transformá-la.

Dessa forma, entre as diversas instancias de gestão e entidades que compuseram a construção deste plano, definiu-se que o trabalhador desejado é aquele que tem visão interdisciplinar, conhecimento do contexto social em que vive o usuário, que é capaz de atuar no sentido de implantar a política nacional de humanização nos serviços de saúde, trabalhar as necessidades individuais em todas as fases da vida e integrar a dimensão coletiva da saúde nas suas intervenções.

As ações regionais foram desenhadas a partir do Plano Diretor de Regionalização, que divide os 79 municípios do estado de Mato Grosso do Sul em 11 Microrregiões de Saúde (Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas), que por sua vez, estão organizadas em 04 Macrorregiões de Saúde (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá).

A metodologia empregada nas oficinas para o diagnóstico situacional das Redes de Atenção à Saúde foi baseada nos princípios da educação permanente em saúde, mediante a problematização dos processos de trabalho e envolvimento de diversos atores.

Para a realização das atividades da elaboração do plano, a CIES Estadual, criou um Grupo de Trabalho (gestores de aprendizagem) para a execução das etapas programadas.

A primeira atividade foi a construção de um formulário eletrônico a ser aplicado pelos trabalhadores dos municípios (facilitadores municipais) contendo questões sobre a força de trabalho, a estrutura de funcionamento da educação permanente em saúde, existência de instituições formadoras de educação profissional de nível médio e/ou superior, situação das RAS referente os nós críticos, as potencialidades e as sugestões de ações de enfrentamento para fortalecimento das redes.

Houve a criação de um ambiente virtual para o PEEPS na plataforma moodle para acesso de ferramentas de apoio aos facilitadores municipais, como os planos municipais de saúde, planos de ação regional das RAS, portarias referentes a política de educação permanente, vídeos sobre a organização das RAS, orientações sobre o Plano de Trabalho e do formulário eletrônico do PEEPS.

Foram previstas quatro etapas para este momento do diagnóstico das necessidades de educação permanente em saúde.

- 1) Primeira Etapa: capacitação de um ou dois facilitadores dos 79 municípios pelo Grupo de Trabalho da CIES (Gestores de Aprendizagem) nas sedes polos das 11 microrregiões de saúde do estado com a finalidade de apropriação da metodologia para a aplicação do formulário do PEEPS;
- 2) Segunda Etapa: aplicação do formulário pelos facilitadores em seus respectivos municípios através de um Plano de Trabalho para organização das oficinas;
- 3) Terceira Etapa: realização de oficina na sede das 11 microrregiões para compartilhamento dos dados levantados pelos municípios e a condensação dos pontos comuns e prioritários por microrregiões de saúde (gestores de aprendizagem, facilitadores municipais e representantes dos núcleos regionais de saúde).
- 4) Quarta Etapa: realização de 4 oficinas descentralizadas de abrangência macrorregional de saúde (Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas), conduzidas pelos gestores de aprendizagem de suas respectivas regiões, com o intuito de análise e ajustes na forma de apresentação dos dados sobre as RAS.

A organização de uma reunião com as gerências estaduais das RAS e as gerências de outros programas da Secretaria de Estado de Saúde (SES) para discussão e consolidação da problematização dos resultados elencados foi responsabilidade da Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” e da Escola Técnica do SUS “Ena de Araujo Galvão” na organização de uma reunião com as gerências estaduais das RAS e as gerências de outros programas da Secretaria de Estado de Saúde (SES).

A estratégia adotada neste momento foi a organização dos resultados no formato de feedback para socializar o processo de elaboração deste plano, apresentado no Seminário Estadual PRO EPS SUS: fortalecendo as ações de educação permanente.

Após a apresentação foram feitas discussões temáticas das RAS com os participantes do Seminário (facilitadores municipais, gestores de saúde, trabalhadores do SUS, conselheiros de saúde, docentes de Instituições de Ensino e representantes da sociedade) para oportunizar a análise dos resultados.

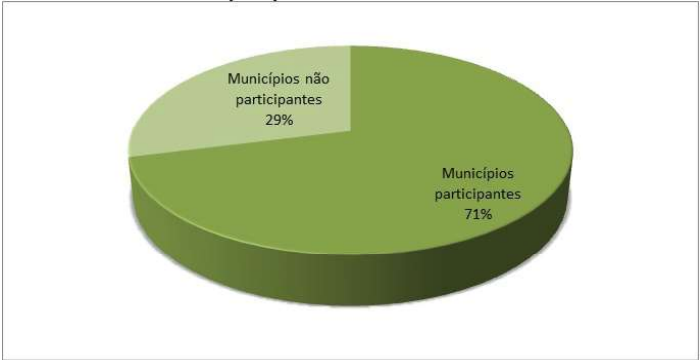
Nesse formato, foram realizadas reuniões com envolvimento da Escola de Saúde Pública, Escola Técnica do SUS, Gerências Estaduais das RAS e a Coordenadoria Geral de Planejamento da Secretaria de Estado de Saúde para alinhamento e estabelecimento das prioridades e construção das Linhas de ação, Objetivos e Metas deste plano.

8. DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Para a realização de um diagnóstico real das necessidades de educação permanente em saúde nos municípios, a Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) com o apoio da CIES realizou uma capacitação para os profissionais dos municípios para atuarem como facilitadores no processo de elaboração do PEEPS.

Assim, foi solicitado aos gestores municipais de saúde que indicassem dois profissionais com perfil desejado para a realização dessa atividade. Dos 79 municípios do estado de MS, inicialmente, 72 destes se manifestaram e indicaram seus facilitadores. No decorrer das etapas subsequentes até a entrega final do formulário, tivemos 56 municípios que cumpriram o processo, representando 71% do total dos municípios do estado, conforme Gráfico 5.

Gráfico 5 – Número de municípios participantes na elaboração do PEEPS do estado de Mato Grosso do Sul (n=79)



O Quadro 3 mostra os municípios que participaram na elaboração do PEEPS (2019 – 2022) por microrregiões de saúde. A Micro de Campo Grande com 12 municípios (21,4%) e a Micro de Dourados com 10 municípios (17,9%) foram as mais representativas no estado.

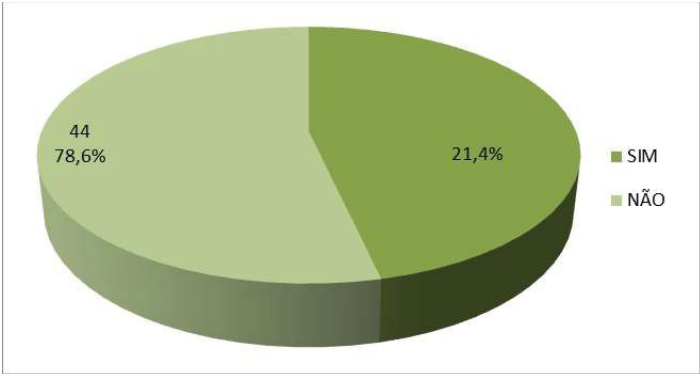
Quadro 3 – Municípios que participaram da elaboração do PEEPS (2019 – 2022) por microrregiões de saúde

MICRORREGIÕES DE SAÚDE	Municípios
AQUIDAUANA	Aquidauana, Bodoquena, Miranda e Nioaque.
COXIM	Alcinópolis, Coxim, Pedro Gomes e Sonora
JARDIM	Bela Vista, Caracol, Jardim e Porto Murtinho
CAMPO GRANDE	Camapuã, Campo Grande, Chapadão do Sul, Costa Rica, Jaraguari, Maracaju, Nova Alvorada do Sul, Paraíso das Águas, Ribas do Rio Pardo, São Gabriel do Oeste, Sidrolândia e Terenos
DOURADOS	Caarapó, Douradina, Dourados, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Itaporã, Jateí, Laguna Carapá, Rio Brilhante e Vicentina.
NOVA ANDRADINA	Angélica, Bataiporã, Ivinhema, Nova Andradina e Novo Horizonte do Sul
NAVIRAÍ	Eldorado, Iguatemi, Juti e Naviraí
PONTA PORÃ	Amambaí, Antônio João, Aral Moreira, Coronel Sapucaia e Ponta Porã
TRÊS LAGOAS	Água Clara, Brasilândia, Selvíria e Três Lagoas
PARANAÍBA	Aparecida do Taboado e Paranaíba
CORUMBÁ	Corumbá e Ladário

No estado do Mato Grosso do Sul, dos 56 municípios que responderam sobre a existência de um Setor ou Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), 26 dos municípios (21,4%) tem um espaço estratégico para condução da política municipal de educação permanente em saúde, conforma demonstrado no Gráfico 6.

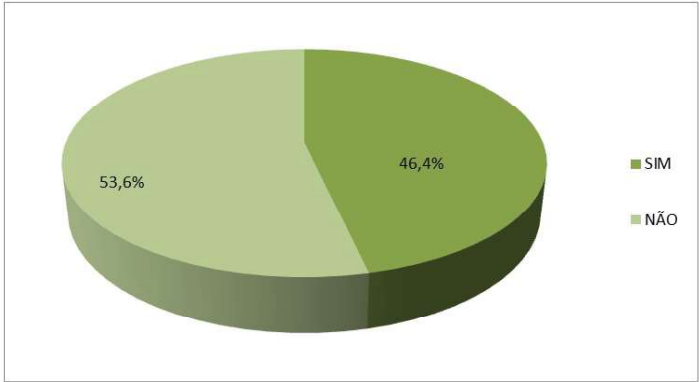
A importância da existência de NEPS são as possibilidades e potencialidades de integração dos municípios em espaços colegiados como a Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e articulação com as áreas técnicas (TOCANTINS, 2016).

Gráfico 6 – Existência de Setor/Núcleo específico de Educação Permanente em Saúde no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (n=56)



O gráfico 7 mostra que 26 municípios (46,4%) possuem instituição formadora de educação profissional de nível médio ou superior na área da saúde, o que mostra um potencial formativo de integração ensino-serviço e a possibilidade da geração de mudanças nos processos de trabalho através de parcerias nas ações propostas pelo PEEPS.

Gráfico 7 – Existência de instituições formadoras de educação profissional nível médio ou superior na área da saúde no seu município (n=56)



8.1 Diagnósticos dos problemas ou necessidades das Redes de Atenção à Saúde

A partir do levantamento dos nós críticos por microrregiões de saúde através das oficinas realizadas foi possível identificar as maiores dificuldades sentidas pelos municípios na implementação das redes de atenção à saúde no estado de Mato Grosso do Sul.

Rede Cegonha

1. Necessidade de integração e comunicação na rede: entre as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); entre os pontos de atenção (ESF/UBS/Hospital/Regulação e outros); e entre outras redes e serviços;
2. Necessidade de implantação de tecnologias nos processos de trabalho, dentre elas o acolhimento, classificação de risco, projeto terapêutico singular e o incentivo ao aleitamento materno;
3. Necessidade de estabelecimento do protocolo estadual de atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido;
4. Necessidades de ações voltadas para o fortalecimento da adesão ao pré-natal, puerpério, parto normal, adesão do parceiro ao pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, alimentação nos primeiros anos de vida, planejamento familiar e tratamento da sífilis na gestação.
5. Necessidade de qualificação no manejo com gestante de alto risco.

Rede de Atenção às urgências e Emergências - RUE

1. Necessidade de organizar a articulação e comunicação entre os pontos de atenção da rede;
2. Implantação dos pontos de atenção pactuados no Plano de Ação Regional da RUE;
3. Necessidade de estabelecimento de espaços de Comitês de Urgência e Emergência Regional e participação de representantes no Grupo Condutor Estadual das RAS;
4. Necessidades de promover ações de educação permanente em saúde com os temas: acolhimento, classificação de risco, gestão de processos, fluxogramas e gestão de leitos nos serviços de saúde;
5. Necessidades de implantação de protocolos de urgência e emergência, classificação de risco, suporte avançado de vida e segurança do paciente;
6. Dificuldade dos trabalhadores no manejo de pacientes em situações de urgência e emergência;
7. Necessidades de qualificação de primeiros socorros para motoristas, agentes comunitários de saúde e para instituições de ensino;
8. Falta de conhecimento da população sobre o funcionamento da RUE.

Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Necessidade de organizar fluxos de atendimento para as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas;
2. Baixa articulação dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com outros pontos da RAPS (Atenção Básica, Atenção Especializada e Hospitalar);
3. Excesso de encaminhamentos clínicos sem critérios para unidades de referência;
4. Necessidade de organizar o atendimento dos pacientes com transtornos mentais nas unidades de atenção básica: levantar o perfil dos portadores de transtornos mentais, alcóolatrás e de outras drogas, qualificar os trabalhadores para manejo de situações de crise/surto e da redução do alto índice de medicação psicotrópica;
5. Necessidades de estabelecer protocolos de atendimento na área da saúde mental;
6. Necessidade de fortalecer a adesão dos usuários e familiares ao tratamento;
7. Necessidades de ações de prevenção em saúde mental, álcool e outras drogas;
8. Necessidade de preparar os profissionais de saúde mental em relação às questões étnicas e culturais da população indígena e da política de redução de danos;
9. Necessidade de qualificar os dados dos sistemas de informação, como o preenchimento de procedimentos (RASS/BPA) e preenchimento da ficha de notificação para tentativas de suicídio.

Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas - RASPD

1. Necessidade de conhecer os fluxos de atendimento dos usuários aos pontos de atenção da rede;
2. Demora no tratamento do câncer em relação ao diagnóstico e início do tratamento;
3. Inadequação de prescrições medicamentosas no tratamento de hipertensos e diabéticos;
4. Necessidades de uso de tecnologias de trabalho, como: acolhimento, projeto terapêutico singular e plano de ação voltada para a segurança do paciente;
5. Pouco conhecimento das equipes na utilização das publicações do Ministério da Saúde (Cadernos, Guias, Protocolos, entre outros);
6. Fragilidade no diagnóstico precoce e ausência de estratificação de risco das doenças crônicas;
7. Necessidades de planejamento de estratégias de educação em saúde e educação permanente baseados em dados epidemiológicos no território;
8. Necessidades de ações de educação em saúde, como o autocuidado, adesão ao tratamento medicamentoso e alimentar, atividade física, grupos de cuidado compartilhado, prevenção e promoção da saúde.

Rede de Cuidado à pessoa com deficiência – RAPD

1. Necessidade de identificar e articular os pontos de atenção e fluxos dos componentes da RAPD;
2. Necessidade de implantar e implementar a linha de cuidado as pessoas ostomizadas;
3. Falta de levantamento de informações das pessoas com deficiências nos territórios;
4. Dificuldade em reconhecer precocemente as deficiências;
5. Inabilidade no manejo dos portadores com deficiência (auditiva e visual), portadores de síndromes (como o autismo), bem como seus familiares;
6. Necessidade de sensibilizar os trabalhadores para o acolhimento dos usuários com deficiências em todos os pontos de atenção da rede;
7. Necessidade de qualificação no uso de ferramentas de gerenciamento de cuidado compartilhado, como genograma, eco mapa e projeto terapêutico singular;
8. Necessidade de qualificação dos trabalhadores e cuidadores para o autocuidado em relação a deficiências;
9. Necessidade de viabilizar encontros Intersetoriais com o objetivo de promover a inclusão das pessoas com deficiência.

9. POTENCIALIDADES DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Quadro 4 apresenta um conjunto de ações e práticas levantadas como potencialidades nos municípios referentes as redes de atenção à saúde.

Rede Cegonha	Grupos de gestantes para a prática de atividades de preparo para o parto normal: hidroginástica e exercícios de Kegel, curso de doulas, pré-natal odontológico, realização do grupo de gestantes com presença de representantes dos pontos de atenção (ESF, NASF, UBS, Laboratório) realização de consultas compartilhadas entre enfermeiros e médicos, acolhimento ao pré-natal com classificação de risco, incentivo ao parto normal, grupos de gestantes indígenas, fórum perinatal e fluxo municipal no atendimento à mulher vítima de violência.
Rede de Atenção às urgências e Emergências - RUE	Acolhimento (escuta qualificada) com classificação de risco na atenção básica e hospitalar, atenção domiciliar e continuidade da assistência pós-evento agudo, acesso a teleconsultoria, estudos de casos clínicos e aprofundamento no atendimento ao trauma, qualificação de motoristas para urgência e emergência, atendimento ágil das equipes de urgência e emergência.
Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	Grupo comunitário para apoio à saúde mental, grupos de usuários de psicotrópicos, tabagismo, depressão, enlutadas, prevenção à violência obstétrica, Apoio matricial do NASF voltadas para a saúde mental, visitas domiciliares através do CAPS, protocolo da RAPS estruturado, atuação de lideranças religiosas, serviço residencial terapêutico, consultório na rua e Práticas Integrativas e Complementares – PICS (como terapia floral, auriculoterapia e arteterapia).
Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas - RASPD (RASPD)	Ações do Programa Saúde Escola (PSE) para identificação de obesidade na infância e adolescência, acompanhamento para monitorar a adesão ao tratamento medicamentoso, apoio matricial do NASF, busca ativa de usuários potencialmente portadores de doenças crônicas, discussão de casos pelos integrantes do NASF, unidades de saúde com atividades voltadas para o autocuidado, academias de saúde com profissional especializado, grupos de exercícios orientados, prevenção do câncer bucal, protocolo e fluxograma de atendimento da RDC, grupo de equipe multiprofissional voltadas para a educação em saúde com atividades lúdicas e práticas integrativas e complementares.
Rede de Cuidado à pessoa com deficiência – RAPD	Parcerias com o Centro Especializado de Reabilitação (CER), Associação de Pais, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Amigos dos Excepcionais (APAE) e Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF), programa melhor em casa, inclusão de atividades específicas nas unidades de atenção básica voltadas às pessoas com deficiência, oferta para aprendizagem de libras, atendimento odontológico especializado com necessidades especiais, acompanhamento de pacientes ostomizados, hidroterapia e centro de equoterapia.

Os atores sociais envolvidos neste trabalho assumiram o compromisso de discutir e avaliar o processo de implementação da política regional de Educação permanente, ajustando necessidades em detrimento aos problemas. A metodologia de trabalho trouxe à tona dificuldades vivenciadas comumente pelos trabalhadores da saúde, onde foi corroborado com a análise dos resultados dos indicadores de saúde pactuados pelos municípios.

O processo de discussão com os municípios estimula os trabalhadores envolvidos a avançar na qualificação dos serviços do SUS, comportando a adoção de diferentes metodologias de técnicas de ensino-aprendizagem, respeitando as especificidades regionais e fortalecendo o compromisso assumindo pelos profissionais da saúde.

Assim, optou-se em elencar os problemas comuns e recorrentes para priorização dos enfrentamentos no período de 2019-2022.

10. LINHAS DE AÇÃO, OBJETIVOS E METAS DO PEEPS

Diante da análise do diagnóstico, dos problemas identificados e priorizados, e considerando que a educação permanente é um processo contínuo, onde o trabalhador constrói seus conhecimentos, não só pela escolarização formal, mas também pela vivência, experiências e reflexão do cotidiano, optou-se em construir as linhas de ação (Educação na Saúde, Atenção e Cuidado à Saúde e Gestão em Saúde), objetivos e metas do PEEPS, conforme apresentado a seguir:

Linha de Ação 1: Educação na saúde Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2009).		
Objetivo 1: Fortalecer a política de educação permanente nas redes de atenção à saúde		
METAS	PERIODICIDADE	ATORES ENVOLVIDOS
Meta 1: Formação de especialistas na área de saúde das 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; “Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”.
Meta 2: Formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”
Meta 3: Capacitação de trabalhadores de saúde na área de atenção básica, urgência e emergência, vigilância em saúde, saúde indígena, gestão do trabalho e educação na saúde e o gerenciamento dos serviços de saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Meta 4: Incorporação de 50% no uso das metodologias ativas e aprendizagem significativa como ferramenta pedagógica na elaboração das ações educativas da Secretaria de Estado de Saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Meta 5: Implantação e institucionalização do planejamento integrado como ferramenta de educação Inter profissional no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Objetivo 2: Promover a Educação Inter profissional (EIP) e a práticas colaborativas na atenção à saúde		
Meta 1: Introdução e implantação de práticas colaborativas de 50% das ações de cuidado no âmbito das redes de atenção à saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento
Meta 2: Formação de residentes em saúde nas diferentes áreas que compõem a saúde das 4 macrorregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”
Meta 3: Implantação das práticas de educação Inter profissional nas 11 microrregiões do Estado de Mato Grosso do Sul.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento
Objetivo 3: Promover as práticas de cuidado na saúde baseadas em evidências científicas		
Meta 1: Estabelecimento de espaços de apropriação, divulgação e conhecimentos das ferramentas de evidências científicas na rede de atenção à saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Bienal	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento
Objetivo 4: Fortalecer o fórum estadual de educação permanente de saúde – SUS/MS		
Meta 1: Capacitação de conselheiros de saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Conselho de Saúde, Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”
Meta 2: Formação de facilitadores de educação permanen em saúde e princípios democráticos do SUS nas 11 microrregiões de saúde.	Bienal	Conselho de Saúde, Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão
Objetivo 5: Produzir e divulgar o conhecimento em saúde coletiva no âmbito das redes de saúde		
Meta 1: Produzir e divulgar o conhecimento em saúde coletiva no âmbito das redes de saúde.	Bienal	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde
Meta 2: Divulgação do conhecimento na Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul e eventos científicos.	Bienal	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde
Linha de Ação 2: Atenção e Cuidado à Saúde Envolve o cuidado com a saúde do cidadão, incluindo atenção básica e especializada, ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011).		
Objetivo 1: Qualificar os trabalhadores na prestação dos serviços nas Redes de Atenção à Saúde		
METAS	PERIODICIDADE	ATORES ENVOLVIDOS
Meta 1: Capacitação dos profissionais de saúde para atuarem na rede de atenção à saúde de forma que favoreça a autonomia do município no cuidado à saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Objetivo 2: Fortalecer a política de humanização com as práticas de educação permanente		
Meta 1: Diminuição em 1% comparado ao exercício anterior as reclamações dos usuários na Ouvidoria Estadual relativos à humanização.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Meta 2: Ampliação da adesão dos usuários e familiares ao tratamento (corresponsabilização).	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Objetivo 3: Disseminar e incorporar o uso de Protocolos específicos de ações em saúde nas 11 microrregiões do Estado de Mato Grosso do Sul		

Meta 1: Capacitação dos trabalhadores de saúde para a apropriação e utilização de protocolos na Rede de Atenção à Saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Linha de Ação 3: Gestão em Saúde Reflete a incorporação do enfoque gerencial no âmbito da administração de sistemas de saúde, especificando-se, em geral, as funções de condução política (tomada de decisões e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas, serviços e atividades (TEIXEIRA, 2010). Objetivo 1: Integrar os pontos de atenção da RAS a partir da Atenção Básica		
METAS	PERIODICIDADE	ATORES ENVOLVIDOS
Meta 1: Integração do planejamento na organização dos pontos de atenção a saúde a partir da atenção básica nas 11 microrregiões de saúde	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 2: Integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde considerando os indicadores epidemiológicos na promoção de saúde e prevenção de doenças.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Meta 3: Construção de fluxogramas das redes de atenção à saúde nas 4 regiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 4: Desenvolvimento, implantação e implementação das linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde nas 4 regiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 5: Implementação das ações de Teleconsultoria e Tele- educação nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Objetivo 2: Fortalecer os espaços de discussão da gestão na Rede de Atenção à Saúde		
Meta 1: Criação de colegiados das redes de atenção nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”; Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 2: Participação efetiva nos encontros do grupo condutor estadual das redes de atenção à saúde da SES.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”, Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”, Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento, Conselho de Saúde.
Objetivo 3: Promover e implementar espaços de discussão para resolubilidade do cuidado.		
Meta 1: Participação efetiva nos comitês das redes de atenção à saúde nas 11 microrregiões.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”, Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”, Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento, Conselho de Saúde.
Objetivo 4: Qualificar a Gestão do Trabalho no SUS		
Meta 1: Instituição de fóruns permanentes de discussão da sistematização da força de trabalho.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”, Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”, Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 2: Realização de encontros anuais para reflexão e avaliação da política da Gestão do Trabalho.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”, Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”, Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Objetivo 5: Realizar ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e proteção a saúde do trabalhador		
Meta 1: Realização de Encontros para a saúde do trabalhador em saúde.	Bienal	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”, Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”, Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 2: Realização de ações Inter profissionais e interinstitucionais de promoção à saúde, prevenção de doenças e proteção a saúde do trabalhador.	Anual	Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”, Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”, Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.

11. PERSPECTIVA POLÍTICA PEDAGÓGICA

A Educação Permanente é uma estratégia capaz de contribuir na transformação dos trabalhadores e equipes de saúde por meio de processos formativos provocando a reflexão acerca da pertinência e adequação dos seus processos de trabalho no cotidiano enquanto sujeitos de direitos e capazes de agir para modificação da realidade, e quanto à integralidade dos contextos de vida, demandas e aspirações das populações com as quais trabalham (BRASIL, 2007).

Considerando a concepção de gestão do trabalho do SUS e a perspectiva da Educação Permanente participativa e interdisciplinar, o desenvolvimento do Plano Estadual de Educação Permanente do estado de Mato Grosso do Sul, prevê metas que viabilizem atender as atuais demandas e participação do público alvo de forma descentralizada.

O plano atende às necessidades diagnosticadas, bem como as prioridades emanadas, apoiando e valorizando os atores sociais, nos processos e desenvolvimento do trabalho.

Para a realização das ações é necessário que a aplicação dos processos educacionais esteja de acordo com os pressupostos dos conceitos de educação permanente, ou seja, que a aprendizagem esteja articulada com as necessidades dos serviços de saúde. Ela é baseada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais através dos conhecimentos e das experiências que os trabalhadores já trazem dentro de si (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, as ações programadas a serem desenvolvidas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, devem estar alinhadas com a política-pedagógica da educação permanente, com o objetivo de atender as reais necessidades de qualificação dos trabalhadores da saúde.

Assim, sugerem-se estratégias educacionais a serem utilizadas como meio de promover situações de aprendizagem que estimulem as competências necessárias aos trabalhadores. Dentre elas: Metodologia da Problemáticação com o Arco de Maguerez (BERBEL, 2012), Aprendizagem Baseada em Equipe (BOLLELA et al. 2014), Método Paidéia (CUNHA e CAMPOS, 2010), Aprendizagem Baseada em Projetos (BENDER, 2014; PEREIRA et al, 2017), Apoio Matricial (SANTOS, UCHÔA-FIGUEIREDO, LIMA, 2017), Espiral Construtivista (LIMA, 2017), Círculo de Cultura (FREIRE, 2005), Estudo de Caso, Brainstorming, Painel Integrado, Grupos de Estudo, Ensino Baseado em Simulação, Exposição Dialogada, Congresso, Fórum, Conferência, Seminário, Simpósio, Workshop, Relatórios, Cursos, Capacitações e outras.

Este plano recomenda a execução de acordos de cooperação técnica, intercâmbio e parcerias com instituições públicas e organizações privadas em programas de formação profissional e educação permanente, bem como, a criação e manutenção de espaços para aprendizagem e a troca de experiências devolvidas na área social com universidades e centros de pesquisa.

A formação profissional contribuirá para a construção de um novo modelo de atendimento nos serviços de saúde onde a provocação dos sujeitos no seu cotidiano permita favorecer um compartilhamento de ideias entre os pares, uma reflexão das ações de cada trabalhador e a possibilidade de discussão para a transformação dessa prática, melhorando o atendimento à população.

12. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

O monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento de implantação e implementação das ações, tomando-se como base o que o plano estabelece no alcance de suas metas. Refere-se ao acompanhamento, avaliação, monitoramento dos objetivos e das metas programadas, de forma rotineira e contínua nos serviços, permitindo inclusive maior agilidade na intervenção e ajustes das proposições iniciais, tendo em vista as especificidades dos territórios e a capacidade política-pedagógica.

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) será acompanhado pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) Estadual de Mato Grosso do Sul (MS), espaço formal de articulação interinstitucional para integração ensino-serviço, constituída pela Secretaria de Estado de Saúde-MS / Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde que compõe a Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”, a Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” e a Telessaúde do Mato Grosso do Sul, também participam as Instituições de Ensino, COSEMS, Conselho Estadual de Saúde e de representantes das macrorregiões de saúde e outros órgãos.

A metodologia de monitoramento e avaliação será construída de acordo com a ação executada e realizada de forma constante, à medida que as ações sejam realizadas, aplicadas às práticas diárias com acompanhamento da CIES.

As atividades educativas a serem desenvolvidas conforme as metas estabelecidas no plano deverão constar a avaliação dos atores envolvidos com a descrição das atividades e as estratégias desenvolvidas de educação permanente com a finalidade de qualificar as práticas de trabalho e as mudanças de melhoria para a população.

Desta forma deverá se analisar a satisfação do profissional, por meio da melhoria na qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e sua integração da rede de serviços. Ao final de cada ano deverão ser avaliadas as propostas elencadas neste plano, por meio da verificação de qualidade das linhas de ações em andamento e realizadas.

As formas de avaliação e/ou instrumentos que possam medir as transformações ocorridas no Sistema Único de Saúde poderão ser conjuntas com os gestores, trabalhadores e usuários dos municípios.

A Secretaria de Estado de Saúde constituiu um grupo Técnico Estadual, conforme Resolução “p” SES nº 522/2018, representado pelo Secretário de Estado de Saúde, Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), Superintendência de Vigilância em Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde, Superintendência de Gestão Estratégica, Coordenadoria Estadual de Telessaúde, Coordenadoria Geral de Planejamento e Suporte Técnico, Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço, Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”, Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” (MATO GROSSO DO SUL, 2018b).

A monitorização do plano e acompanhamento das atividades ficará sob a responsabilidade do Grupo Técnico Estadual (GTE). O GTE é coordenado pela SGTES que tem como atribuição:

Tem a função de conduzir a Elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente que deverá estar em consonância com as prerrogativas previstas no âmbito do PRO EPS-SUS, com vistas a fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde, apoiar as ações a nível regional, bem como monitorar e acompanhar as atividades previstas pelo programa (MATO GROSSO DO SUL, 2018b).

REFERÊNCIAS

- BENDER, W. N. *Aprendizagem Baseada em Projetos: Educação Diferenciada para o Século XXI*, Ed. Renss, 156 p. 2014.
- BERBEL, N. A. N. *A metodologia da problematização com o arco de Maguerez: uma reflexão teórica-epistemológica*. Londrina, Ed. Eduel, 2012.
- BOLLELA, V. R., SINGER, M. H., TOURINHO, F. S. V., AMARAL, E. *Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática*. Medicina (Ribeirão Preto), n. 47, v. 3, p 293 – 300. 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União*. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em 20 de janeiro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3194 de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, 30 nov. 2017a Seção 1, p. 141.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 21 de janeiro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, Anexo V, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Origem: PRT MS/GM 3088/2011) de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 21 de janeiro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 21 de janeiro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 24 de janeiro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro 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). Brasília, 2011c. *Diário Oficial da União*. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 24 de janeiro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1996 GM/MS de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília. *Diário Oficial da União*. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. *Glossário temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Brasília, DF, 2009.
- COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES). Campo Grande. Ata da 1ª reunião no dia 02 de abril de 2008.
- COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES). Campo Grande. Ata da 12ª reunião no dia 01 de outubro de 2009a.
- COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES). Campo Grande. Ata da 13ª reunião no dia 08 de dezembro de 2009b.
- COSTA P. P. Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para cegonha de coletivos organizados para o trabalho. *Org & Demo*, Marília, v. 11, n.1, jan/jun., 2010.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 42.ª edição.
- LIMA, V.V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, June 2017.
- MATO GROSSO DO SUL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Educação Permanente em Saúde: Plano Estadual de Mato Grosso do Sul. Campo Grande. *Diário Oficial de MS*. 2011.
- MATO GROSSO DO SUL. Aprova a Linha de Cuidado da Oncologia na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no estado de Mato Grosso do Sul. Resolução n.º 008 /SES/MS Campo Grande, 22 de fevereiro de 2016. *Diário Oficial de MS*. 2016a. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/109638406/doems-normal-24-02-2016-pg-8>. Acesso em 20 de janeiro de 2019.
- MATO GROSSO DO SUL. Resolução_n.026-2016-CIB/SES/MS. Aprovar o Plano de ação Regional da Rede Cegonha em Mato Grosso do Sul. Campo Grande. 13 de julho de 2016. *Diário Oficial de MS*. 2016b. Disponível em: <http://sistemas.saude.ms.gov.br/Arquivos/out/out.ViewDocument.php?documentid=1239&showtree=1>. Acesso em 27 de janeiro de 2019.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Ata 267ª Reunião de 18 de maio de 2018. Campo Grande. *Diário Oficial de MS*. 2018a.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução “p” SES nº 522 de 16 de outubro de 2018. Campo Grande. *Diário Oficial de MS*. 2018b.
- MATO GROSSO DO SUL. Resolução_n.019-2014-SES-MS. Aprovado o Plano de Ação de Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Campo Grande. *Diário Oficial de MS*. 05 de maio de 2014. Disponível em: <http://sistemas.saude.ms.gov.br/Arquivos/out/out.ViewDocument.php?documentid=1239&showtree=1>. Acesso em 20 de janeiro de 2019.
- PEREIRA, S., CAPELI, J. C. S., ABRAHÃO, A. L., ANASTACIO, A. A experiência do uso da Aprendizagem Baseada em Projetos como metodologia ativa no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na aprendizagem da prática profissional. *Demetra*. n. 12, v. 4, p881-898. 2017.
- PIRES, P. *Nem Agro e nem Indústria, serviços representam 60% do PIB do MS*. Campo Grande News – Online, 2016. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/economia/nem-agro-e-nem-industria-servicos-representam-60-do-pib-de-ms>. Acesso em 09 de dezembro de 2018.
- PNUD Brasil. *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2010*. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/>. Acesso em 20 de janeiro de 2019.
- RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde - *Mato Grosso do Sul*. 2013. Disponível em: <http://www.ms.ripsa.org.br/php/index.php>. Acesso em 21 de janeiro de 2019.
- SANTOS, R. A. B. G., UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R., LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. *Saúde Debate*. n. 41, v.114, p. Jul-Sep 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>
- SILVA J.A. *Estratégias de qualificação e inserção de trabalhadores de nível médio na área da saúde*. In: NEGREI B., FARIA R., VIANA A. L. D., organizadores. Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas: Instituto de Economia, Unicamp; 2002.

TEIXEIRA, C. *Planejamento em Saúde. Conceitos, Métodos e Experiências*. Salvador: Edufba, 2010. 161p.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. *Cartilha de Educação Permanente*. Palmas, TO, 2016.

UNICEF. *Desnutrição. Ameaça a saúde*. sd. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_040_051_Desnutricao.pdf. Acesso em 20 de janeiro de 2019.

VIEGAS, A. Setor de Serviços Alavanca Economia de Campo Grande. *O Globo Online*, 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2013/08/setor-de-servicos-alavanca-economia-de-campo-grande-aponta-ibge.html>. Acesso em 09 de dezembro de 2018.

Anexo I – Aprovação Ad Referendum do PEEPS do Mato Grosso do Sul 2019-2022, publicada no D.O.E. nº 9.833, de 31 de janeiro de 2019.

RESOLUÇÃO N. 002/CIB/SES

CAMPO GRANDE, 29 DE JANEIRO DE 2019.

Aprovar Ad Referendum as decisões da Comissão Intergestores Bipartite.

O **SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL**, no uso de suas atribuições legais e considerando a Portaria GM Nº. 3.194, de 28 de novembro de 2017;

Considerando a Portaria GM Nº 3.342, de 07 de dezembro de 2017;

Considerando a conclusão da elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Mato Grosso do Sul 2019-2022, aprovada pela Resolução N.º 028 CIB/SES/MS de 24 de maio de 2018;

Considerando a aprovação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Mato Grosso do Sul *Ad Referendum* na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES);

Considerando que o prazo de submissão do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Mato Grosso do Sul para o Ministério da Saúde encerra em 29 de janeiro de 2019;

Considerando que no mês de janeiro de 2019 não haverá reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para apresentação do Plano Estadual de Educação Permanente 2019-2022,

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar *Ad Referendum* o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Mato Grosso do Sul, no período de 2019-2022.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

GERALDO RESENDE PEREIRA
Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

WILSON BRAGA
Presidente do COSEMS

RESOLUÇÃO N. 39/CIB/SES

CAMPO GRANDE, 29 DE ABRIL DE 2019.

Homologar as decisões da Comissão Intergestores Bipartite.

O **SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL**, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde e, dentre outros, aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o Incremento Financeiro para a Realização de Procedimentos de Transplantes e o Processo de Doação de Órgãos;

Considerando o Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017, que regulamenta a Lei nº 9.434/1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dispõe sobre a elaboração do Plano Estadual de Doação e Transplantes;

Considerando as decisões da Comissão Intergestores Bipartite, em reunião realizada no dia 25 de abril de 2019,

R E S O L V E:

Art. 1º Homologar o Plano Estadual de Doação e Transplantes de Mato Grosso do Sul, conforme anexo.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

GERALDO RESENDE PEREIRA
Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

WILSON BRAGA
Presidente do COSEMS

ANEXO

PLANO ESTADUAL DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE MATO GROSSO DO SUL

Campo Grande - MS

2019

Governador do Estado
Reinaldo Azambuja Silva

Secretário de Estado de Saúde

Geraldo Resende Pereira

Superintendente Geral de Atenção à Saúde
Mariana Trindade Ribeiro da Costa Garcia Croda

Coordenadora da Central Estadual de Transplantes
Claire Carmem Miozzo

ELABORAÇÃO
Alessandra Vianna Ferreira
Célia Cristina Moro Medina Lopes
Claire Carmem Miozzo
Eloni Basso Rohde
Marisa Dias Von Atzingen
Rafaela Aparecida Jardim Fernandes
Rubens Trombini Garcia
Vera Regina Dalla Vechia Biolchi Oliveira

COLABORAÇÃO
Solange Glória de Oliveira

1. APRESENTAÇÃO

A Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 dispôs sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante no Brasil. Essa Lei representa o marco legal das atividades relacionadas ao transplante de órgãos e tecidos no país, e foi regulamentada por instrumentos normativos posteriores. Mais recentemente, foi publicado o Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017, que atualizou a regulamentação da referida Lei.

Esse regramento instituiu o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), “no qual se desenvolverá o processo de doação, retirada, distribuição e transplante de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, para finalidades terapêuticas” (BRASIL, 2017). O SNT é a instância responsável pelo controle/monitoramento do processo de doação de órgãos e tecidos e transplantes realizados em todo o país. Realiza ações de gestão política, promoção da doação de órgãos e tecidos, logística, autorização das equipes e hospitais para a realização de transplantes, definição do financiamento e elaboração de normas que regulamentam todo o processo, desde a captação até o acompanhamento dos pacientes transplantados.

Dentre as estruturas organizacionais do SNT fazem parte as Centrais Estaduais de Transplantes (CET). O inciso X do Art. 8º do Decreto nº 9.175/2017 estabelece que compete às Centrais Estaduais de Transplantes, dentre outras atribuições, a elaboração do Plano Estadual de Doação e Transplantes, aprovando-o e submetendo-o à homologação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

A Central Estadual de Transplantes de Mato Grosso do Sul (CET/MS) foi autorizada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria SAS/MS nº 447, de 11 de agosto de 1999, à época denominada Coordenadoria de Controle de Transplantes. A CET/MS cumpre as normas estabelecidas pelo SNT, recentemente atualizadas por meio do Decreto nº 9.175/2017, e tem o papel de coordenar, normatizar, regulamentar e fiscalizar as atividades de transplante em âmbito estadual, bem como, desenvolver ações de notificação, captação e distribuição de órgãos e tecidos para transplantes.

As sofisticadas técnicas de transplante de órgãos e tecidos, que representam um dos mais importantes avanços tecnológicos em saúde, contribuem para diminuir a mortalidade, aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vidas de muitas pessoas. É inegável o impacto positivo que o transplante tem na sociedade, sendo de suma importância o planejamento de ações no sentido de efetivar o processo doação-transplante nos estados e municípios, de forma a otimizar os recursos aplicados, ampliar estruturas para essa finalidade e garantir que tais ações sejam realizadas dentro dos princípios éticos e legais. Da mesma forma, é necessário monitorar e avaliar as ações programadas, objetivando superar possíveis entraves e melhorar os resultados.

Assim, o Grupo de Trabalho designado por meio da Resolução “P” SES nº 321/2018 apresenta o **Plano Estadual de Doação e Transplantes**, elaborado de forma integrada por diferentes áreas de atuação da Secretaria de Estado de Saúde, com o propósito de estabelecer estratégias para o desenvolvimento e a qualificação das ações relacionadas ao processo de doação-transplante no estado e fortalecer o papel da CET/MS.

2. FUNDAMENTOS LEGAIS

- Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997: dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante.
- Resolução CFM Nº 1.826, de 24 de outubro de 2007: dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador.
- Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017: dispõe sobre a consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. O ANEXO I (do Capítulo I ao XIV e 28 Anexos) aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes
- Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017: dispõe sobre a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Na Seção IX do Capítulo I, dispõe sobre o Incremento Financeiro para a Realização de Procedimentos de Transplantes e o Processo de Doação de Órgãos (IFTDO).
- Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017: regulamenta a Lei nº 9.434/1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Os artigos 8º, 43, 44 e 45 dispõem sobre a elaboração do Plano Estadual de Doação e Transplantes.
- Resolução Nº 2.173, de 23 de novembro de 2017: define os critérios do diagnóstico de morte encefálica.
- Portaria GM/MS Nº 1.675, de 07 de junho de 2018: altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do SUS.

3. METODOLOGIA

- Designação de Grupo Técnico para elaboração do Plano Estadual de Doação e Transplantes;
- Reuniões de trabalho;
- Levantamento de dados na CET/MS, CVISA/SES, CERA/SES, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), TabWin/DATASUS, Sistema de Informações de Mortalidade, IBGE, SARG/SUS;
- Elaboração de textos, planilhas, quadros e gráficos que demonstrem os dados levantados;
- Elaboração do Plano Estadual de Doação e Transplantes de Mato Grosso do Sul;
- Apresentação do Plano Estadual de Doação e Transplantes de Mato Grosso do Sul à Comissão Intergestores Bipartite (CIB/MS), para homologação;
- Publicação do Plano Estadual de Doação e Transplantes de Mato Grosso do Sul no Diário Oficial do Estado;
- Envio do Plano Estadual de Doação e Transplantes de Mato Grosso do Sul ao SNT, para emissão de parecer técnico conclusivo.

4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

4.1 Dados Gerais sobre o Estado de Mato Grosso do Sul

Mato Grosso do Sul tem uma população estimada em 2.748.023 pessoas, segundo o IBGE (2018), distribuída em 79 municípios que ocupam uma extensa área

territorial de 357.125 km². A capital e cidade mais populosa de Mato Grosso do Sul é Campo Grande; em geral, os deslocamentos entre os municípios são longos.

No capítulo 4.6, que trata da Regionalização da Saúde no estado, consta a distribuição dos municípios em microrregiões (Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas) e macrorregiões (Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas), que orienta o fluxo de encaminhamento dos pacientes para serviços de média e alta complexidade assistencial.

Em relação à Macrorregião de Campo Grande, no quadro a seguir consta a distância entre os municípios sede de Microrregião e a capital.

Quadro 1 – Distância entre os municípios sede de Microrregião e a capital Campo Grande, sede de Macrorregião.

Município Sede de Microrregião	Campo Grande - Sede de Macrorregião
Campo Grande	-
Aquidauana	143 km
Coxim	253 km
Jardim	239 km

Já Corumbá (sede de Microrregião e Macrorregião) fica 429 km distantes da capital Campo Grande.

Quanto à Macrorregião de Dourados, as distâncias são as seguintes.

Quadro 2 – Distância entre os municípios sede de Microrregião e Macrorregião e a capital Campo Grande.

Municípios Sede de Microrregião	Dourados – Sede de Macrorregião	Capital Campo Grande
Dourados	-	225 km
Naviraí	141 km	359 km
Nova Andradina	188 km	297 km
Ponta Porã	122 km	346 km

O município de Três Lagoas, sede de Macrorregião, está localizado a 338 km da capital Campo Grande. Já Paranaíba, sede de Microrregião, dista 178 km da Macrorregião Três Lagoas e 407 da capital Campo Grande.

Como se observa acima, os trajetos são longos. O transporte é realizado, predominantemente, por rodovias estaduais e federais pavimentadas.

Os principais aeroportos no estado de Mato Grosso do Sul, segundo o Comando da Aeronáutica (2015), são:

- Internacionais: Aeroporto de Campo Grande - Campo Grande; Aeroporto de Corumbá - Corumbá e Aeroporto de Ponta Porã - Ponta Porã;
- Regionais: Aeroporto de Aquidauana - Aquidauana; Aeroporto Ariosto da Riva - Naviraí; Aeroporto de Coxim - Coxim; Aeroporto de Nova Andradina - Nova Andradina; Aeroporto de Paranaíba - Paranaíba; Aeroporto Plínio Alarcom - Três Lagoas; Aeroporto de Bonito - Bonito; Aeroporto de Dourados - Dourados.

Quanto ao perfil epidemiológico do estado, os dados do TabNet (2018) indicam as principais causas de mortalidade, por tipo, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 3 – Principais causas de mortalidade de acordo CID-10 3D, por tipo, em Mato Grosso do Sul, 2018:

CAUSAS DE MORTALIDADE (CID 10 3D)	Nº
I21 Infarto agudo do miocárdio	1.665
J 44 Outras doenças pulmonares crônicas	779
J 18 Pneumonia p/ microorg NE	753
E 11 Diabetes mellitus não-insulino-dependente	452
I11 Doença cardíaca hipertensiva	451
I63 Infarto cerebral	392
C34 Neopl malign dos brônquios e dos pulmões	355
I64 Acid vasc cerebral NE como hemorrag isquêmico	303
I69 Sequelas de doenças cerebrovasculares	281
E14 Diabetes mellitus NE	263
TOTAL	5.694

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

Quanto às Causas Externas, as principais constam no quadro abaixo.

Quadro 4 – Principais causas de mortalidade por causas externas de acordo CID-10 3D, por tipo, em Mato Grosso do Sul, 2018:

CAUSAS DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS (CID 10 3D)	Nº
X70 Lesão autoprov intenc enforc estrang sufoc	201
X99 Agressão objeto cortante ou penetrante	197
X95 Agressão disparo outr arma de fogo ou NE	182
W18 Outr quedas no mesmo nível	160
V23 Motocicl traum colis automov pick-up caminhon	77
X93 Agressão disparo de arma de fogo de mão	68
V48 Ocup automóvel traum acid transp s/ colis	56
V03 Pedestre traum colis automov pick-up caminhon	54
V43 Ocup automov traum col auto pick-up caminhon	52
W69 Afogamento e submersão em águas naturais	52
TOTAL	1099

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

4.2 Dados sobre a Central Estadual de Transplantes de Mato Grosso do Sul

A CET/MS, sediada na capital Campo Grande, faz parte da estrutura da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, vinculada administrativamente à Diretoria-Geral de Atenção à Saúde e tecnicamente ao SNT/Ministério da Saúde. A Central funciona diariamente, 24 horas ininterruptas, e coordena as ações de notificação, captação e distribuição de órgãos e tecidos para transplantes no âmbito do estado.

Quadro 5 – Quadro de Servidores da CET/MS, março/2019.

Cargo/Função	Situação Atual	Necessidades
Auxiliar Administrativo	5	-
Auxiliar de Serviços de Limpeza	1	-
Coordenadora	1	-
Enfermeiro	2	3
Médico Responsável Técnico	-	1
Motorista	1	2

Fonte: CET/MS.

Em conformidade ao disposto no Decreto Nº 9.175/2017, compete à CET/MS:
I - organizar, coordenar e regular as atividades de doação e transplante no âmbito

de sua atuação;

II - gerenciar os cadastros técnicos dos candidatos a receptores de tecidos, células, órgãos e partes do corpo humano, inscritos pelas equipes médicas locais, para compor a lista única de espera para transplante;

III - receber as notificações de morte que enseje a retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes, ocorridas em seu âmbito de atuação;

IV - gerenciar as informações referentes aos doadores e mantê-las atualizadas;

V - determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano ao estabelecimento de saúde autorizado para o transplante;

VI - notificar a Central Nacional de Transplantes quanto a não utilização de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano pelos receptores inscritos em seus registros, para fins de disponibilização para o receptor subsequente, entre aqueles relacionados na lista única de espera;

VII - encaminhar relatórios anuais ao órgão central do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em seu âmbito de atuação;

VIII - controlar, avaliar e fiscalizar as atividades de que trata o Regulamento Técnico de Transplantes, em seu âmbito de atuação;

IX - definir, em conjunto com o órgão central do SNT, parâmetros e indicadores de qualidade para avaliação dos serviços transplantadores, laboratórios de histocompatibilidade, bancos de tecidos e organismos integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano;

X - elaborar o Plano Estadual de Doação e Transplantes;

XI - aplicar as penalidades administrativas nas hipóteses de infração às disposições da Lei nº 9.434, de 1997, observado o devido processo legal e assegurado ao infrator o direito de ampla defesa;

XII - suspender cautelarmente, pelo prazo máximo de sessenta dias, o estabelecimento e/ou a equipe especializada para apurar infração administrativa ou ato ilícito praticado no processo de doação, alocação ou transplante de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano;

XIII - comunicar a aplicação de penalidade ao órgão central do SNT, que a registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no § 2º do art. 21 da Lei nº 9.434, de 1997, e, caso necessário, procederá ao cancelamento da autorização concedida;

XIV - requerer ao órgão central do SNT a suspensão ou o cancelamento da autorização da equipe ou do profissional que desrespeitar a ordem da lista única de espera de receptores; e

XV - acionar o Ministério Público e outras instituições públicas competentes para informar a prática de ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua competência.

4.3. Dados sobre a Fila de Espera para Transplantes no Estado

Estão inscritos no Cadastro Técnico Único (CTU) do Sistema Nacional de Transplantes 83 (oitenta e três) receptores de rim e 163 (cento e sessenta e três) receptores de córnea (situação em 28 de fevereiro/2019). É importante acrescentar que a inscrição de pacientes no CTU/SNT é realizada pelas equipes médicas devidamente autorizadas para transplante, conforme relacionadas neste Plano.

4.4. Dados sobre Transplantes, Doações e Notificações

No estado, são realizados transplantes de córnea, rim e tecido musculoesquelético. O quadro abaixo demonstra o quantitativo de transplantes realizados no Estado, nos últimos quatro anos.

Quadro 6 - Número de Transplantes Realizados, por Tipo, em Mato Grosso do Sul, 2015 a 2018:

Órgão/Tecido	2015	2016	2017	2018
Córnea	147	155	222	175
Rim	02	02	17	17
Tecido Musculoesquelético	03	06	03	03

Fonte: CET/MS.

No que se refere às notificações de Paradas Cardiorrespiratórias (PCR), feitas à CET/MS, e às Doações efetivadas nestes casos, observa-se a evolução nos últimos quatro anos no quadro a seguir.

Quadro 7 - Número de Notificações e Doações em caso de PCR, em Mato Grosso do Sul, 2015 a 2018:

Ano	Nº de Notificações	Nº de Doações
2015	885	292
2016	1.381	277
2017	751	300
2018	667	217

Fonte: CET/MS.

As instituições que notificam PCR à CET/MS são: Associação Beneficente de Campo Grande – Santa Casa, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Hospital Universitário Maria Aparecida. Pedrossian, Serviço de Verificação de Óbito/Prefeitura Municipal de Campo Grande, Instituto de Medicina e Odontologia Legal/Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública.

Quanto às notificações da ocorrência de morte encefálica (ME), são feitas à CET/MS pelos seguintes estabelecimentos de saúde:

- CAMPO GRANDE: Associação Beneficente de Campo Grande – Santa Casa, Hospital da Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul, Clínica Campo Grande, Hospital Adventista do Pênfigo, Hospital do Câncer Prof. Dr. Alfredo Abrão, Hospital Militar de Área de Campo Grande, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Hospital Geral El Kadri, Hospital Universitário Maria Aparecida. Pedrossian e Hospital da UNIMED.

- DOURADOS: Associação Beneficente Douradense, Hospital da Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul, Hospital da Fundação Universidade Federal da Grande Dourados, Hospital da Vida;

- TRÊS LAGOAS: Sociedade Beneficente do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora. O quantitativo das notificações de ME e respectivas doações, nos últimos três anos, está demonstrado no quadro 8, abaixo:

Quadro 8 - Número de Notificações e Doações em caso de ME, em Mato Grosso do Sul, 2015 a 2018:

Ano	Notificação	Doação
2015	136	13
2016	192	27
2017	200	48
2018	192	45

Fonte: CET/MS.

Para as notificações de PRC e ME, as instituições notificantes utilizam formulários específicos padronizados pelo SNT e adaptados pela CET/MS à realidade local.

As ações de controle, avaliação e auditoria sobre as atividades relacionadas à captação e transplante de órgãos e tecidos no âmbito de Mato Grosso do Sul são realizadas pelas equipes vinculadas ao gestor local do estabelecimento de saúde que realiza os procedimentos.

4.5. Dados sobre Equipes e Estabelecimentos de Saúde Autorizados para Transplante no Estado

No Estado de Mato Grosso do Sul, todos os transplantes são realizados por equipes especializadas e em centros transplantadores devidamente autorizados pelo Sistema Nacional de Transplantes/Ministério da Saúde, conforme normatizações vigentes.

As **equipes especializadas** foram autorizadas para realização de transplante de córnea, rim e tecido musculoesquelético, conforme descrito a seguir:

a) Transplante de Córnea

Estão autorizadas 15 (quinze) equipes para realização de transplante de córnea, sendo que 06 (seis) delas executam o procedimento pelo SUS, convênio privado e particular, enquanto que as outras 09 (nove) somente por convênio privado e particular. Os transplantes pelo SUS são realizados somente em Campo Grande, no Hospital AARH - São Julião e ABCG - Santa Casa.

As equipes transplantadoras de córnea estão relacionadas a seguir, onde constam o nome do médico responsável técnico (RT), a portaria ministerial de autorização e o estabelecimento de saúde no qual a equipe está vinculada:

Campo Grande:

- Ana Claudia Alves Pereira - Portaria SAS/MS 1.340/16 (Hospital de Olhos MS);
- Antonio Eduardo Pereira - Portaria SAS/MS 1.340/16 (Hospital de Olhos MS);
- Beogival Wagner Lucas Santos - Portaria SAS/MS 1.931/17 (CIOMS);
- Camila Karim Nakase Yamasato Tamashiro - Portaria SAS/MS 1.340/16 (Hospital São Julião) e Portaria SAS/MS 1.962/17 (Santa Casa);
- Christiana Velloso Rebello Hilgert - Portaria SAS/MS 1.152/16 (Instituto da Visão MS);
- Cristiane Santos Bernardes - Portaria SAS/MS 298/17 (Santa Casa);
- Daniela Barbosa Gemperti - Portaria SAS/MS 1.25417 (ISOMS);
- Fabiana Orondjian Verardo - Portaria SAS/MS 445/18 (Santa Casa) e Portaria SAS/MS 1.053/18 (Instituto da Visão MS);
- Flavia Sotolani Silva - Portaria SAS/MS 878/17 (Hospital São Julião) e Portaria SAS/MS 1.732/17 (Hospital Olhos de MS);
- Jânio Carneiro Gonçalves - Portaria SAS/MS 1.152/16 (Instituto da Visão MS);
- Marcelo Albuquerque de Santana - Portaria SAS/MS 1.518 de 20/09/17 (São Julião);
- Marcos Rogério Mistro Piccinin - Portaria SAS/MS 1.340/16 (Hospital São Julião).

Dourados:

- Alexandre Augusto Basso Fialho - Portaria SAS/MS 1.790/17 (Hospital dos Olhos Dourados).

Três Lagoas:

- Fernando José Lopes Marques - Portaria SAS/MS 1.153/17 (Cristalle Medicina Ocular);
- Marco Antonio Bonini - Portaria SAS/MS 1.520/17(Instituto de Olhos Três Lagoas).

a) Transplante de Rim

Mato Grosso do Sul conta com 01 (uma) equipe autorizada para transplante renal, no município de Campo Grande, conforme abaixo.

- Adriano Augusto Lyrio de Oliveira - Portaria SAS/MS 1.261/18 (Santa Casa).

b) Transplante de Tecido Musculoesquelético

No Estado, há 01 (uma) equipe autorizada para realizar transplante de tecido musculoesquelético, em Campo Grande:

- Marco Aurélio Bernardes Garcia - Portaria SAS/MS 1.205/16 (Hospital da Unimed).

Os **estabelecimentos de saúde** de Mato Grosso do Sul autorizados pelo Sistema Nacional de Transplantes para realização de transplante de córnea, rim e tecido musculoesquelético são:

a) Transplante de Córnea

Estão autorizados 09 (nove) estabelecimentos de saúde para realização transplante de córnea, sendo que 02 (dois) estão vinculados ao SUS e 07 (sete) são da rede privada. Os transplantes pelo SUS são realizados somente em Campo Grande.

Campo Grande:

Vinculados ao SUS:

- Associação de Amparo e Recuperação dos Hansenianos – Hospital São Julião - Portaria SAS/MS 1.340/16;
- Associação Beneficente de Campo Grande – Santa Casa - Portaria SAS/MS 298/17.

Rede Privada:

- Centro Integrado em Oftalmologia – CIOMS - Portaria SAS/MS 445/18;
- Hospital de Olhos do Mato Grosso do Sul - Portaria SAS/MS 1.340/16;
- Instituto da Visão de Mato Grosso do Sul S/C LTDA - Portaria SAS/MS 1.152/16;
- Instituto de Saúde Ocular de Mato Grosso do Sul – ISOMS - Portaria SAS/MS 1.254/17.

Dourados:

Rede Privada:

- Hospital dos Olhos Dourados LTDA - Portaria SAS/MS 1.790/17.

Três Lagoas:

Rede Privada:

- Cristalle Medicina Ocular S/S Ltda - Portaria SAS/MS 1.153/17;
- Instituto de Olhos Três Lagoas - Portaria SAS/MS 1.340/16.

b) Transplante de Rim

No Estado, há 01 (um) estabelecimento de saúde autorizado para realizar transplante renal, localizado no município de Campo Grande. O hospital faz parte da rede de serviços do SUS:

- Associação Beneficente de Campo Grande – Santa Casa - Portaria SAS/MS 1.261/18.

c) Transplante de Tecido Musculoesquelético

Mato Grosso do Sul possui 01 (um) estabelecimento de saúde autorizado para realização de transplante de tecido musculoesquelético, situado no município de Campo Grande, vinculado à rede privada de saúde:

- Unimed Campo Grande MS – Cooperativa de Trabalho Médico - Portaria SAS/MS 1.152/16.

4.6. Dados sobre CIHDOTT e OPO

O Estado de Mato Grosso do Sul possui 01 (uma) Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO) autorizada pelo Sistema Nacional de Transplantes, e esta também acumula as atribuições de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) no hospital em que está estabelecida. Existem 05 (cinco) CIHDOTT atuando em estabelecimentos de saúde da capital e do interior.

As atribuições da OPO e das CIHDOTT devem ser exercidas de maneira cooperativa e ambas são corresponsáveis pelo desempenho da rede de atenção à doação de órgãos na região de atuação.

Os limites de atuação dessas instâncias são definidos por critérios geográficos e populacionais no sentido de promover a detecção e demais procedimentos de viabilização de potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes. A OPO deve se reportar à Central Estadual de Transplantes e atuar em parceria com as CIHDOTT dos hospitais localizados na área de abrangência. A CIHDOTT deve trabalhar no âmbito do estabelecimento de saúde onde está constituída e tem prerrogativas específicas para o exercício de suas atividades relativas ao processo doação de órgãos e tecidos, conforme normatização vigente.

Quadro 9 – Dados sobre OPO e CIDDOTT - Mato Grosso do Sul, 2019.

OPO/CIHDOTT	HOSPITAL	MUNICÍPIO	ABRANGÊNCIA
OPO	ABCG - Santa Casa	Campo Grande	Estadual
CIHDOTT	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul	Campo Grande	Hospitalar
CIHDOTT	Hospital Universitário M ^{re} . Ap. Pedrossian	Campo Grande	Hospitalar
CIHDOTT	Sociedade Beneficente Corumbaense – Santa Casa	Corumbá	Hospitalar
CIHDOTT	Hospital da Vida	Dourados	Hospitalar
CIHDOTT	Hospital Universitário da UFGD	Dourados	Hospitalar
CIHDOTT	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora	Três Lagoas	Hospitalar

Fonte: CET/MS.

No Estado, faz-se necessário intensificar a atuação dessas instâncias de captação de órgãos e tecidos, no sentido de que se efetive um maior número de doações e transplantes.

4.7. Dados sobre Serviços de Histocompatibilidade, Banco de Olhos e de Sorologia

O Laboratório de Histocompatibilidade é o estabelecimento que possui instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e metodologias adequadas para realizar exames de histocompatibilidade e imunogenética no período pré-transplante em doadores e receptores de órgãos, tecidos e células-tronco hematopoéticas, bem como, exames para o monitoramento imunológico de receptores no período pré e pós-transplante (Brasil, 2017).

Esse laboratório é o responsável pela coleta e guarda de material para manutenção da soroteca (amostras de soro utilizadas para a realização de testes de segurança biológica), pela realização da prova cruzada aplicada à lista de potenciais receptores e pelo exame de tipificação HLA do doador.

Mato Grosso do Sul conta com 01 (um) Laboratório de Histocompatibilidade autorizado pelo Sistema Nacional de Transplantes, localizado em Campo Grande, porém, de abrangência estadual:

- Biomolecular Laboratório de Biologia Molecular - Portaria SAS/MS 991/18.

O Banco de Olhos é o serviço que possui instalações físicas, de equipamentos, técnicas e profissionais apropriados para captar, retirar, classificar, preparar e conservar tecidos oculares de procedência humana para fins terapêuticos ou científicos (Brasil, 2017).

O Estado possui 01 (um) Banco de Olhos autorizado pelo Sistema Nacional de Transplantes, localizado na capital Campo Grande:

- Banco de Olhos da ABCG - Santa Casa - Portaria SAS/MS 1.666/16.

Já o serviço de referência, no Estado, para a realização de exames sorológicos de doadores de órgãos e tecidos é o Hemocentro Estadual - HEMOSUL, localizado em Campo Grande.

Até o momento, não há deficiência na oferta de serviços de histocompatibilidade, banco de olhos e exames sorológicos, em Mato Grosso do Sul.

4.8. Dados da Regionalização da Saúde no Estado

A última publicação do Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul (PDR) ocorreu por meio da Resolução nº 122/SES/MS, de 24 de novembro de 2015 (DOE/MS 9.075, de 30/11/2015). Ao longo dos últimos anos, não houve mudanças na distribuição regional dos municípios. Portanto, o estado conta com 4 Macrorregiões de Saúde, divididas em 11 Microrregiões, as quais, segundo a população estimada pelo IBGE (2017), apresentam a seguinte configuração:

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DE MATO GROSSO DO SUL	
UF, MACRORREGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO*
MATO GROSSO DO SUL	2.713.147
1. MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE	1.482.654
34 MUNICÍPIOS	
1.1. MICRORREGIÃO DE AQUIDAUANA	133.005
1. Anastácio	24.954
2. Aquidauana	47.482
3. Bodoquena	7.820
4. Dois Irmãos do Buriti	11.132
5. Miranda	27.525
6. Nioaque	14.092
1.2. MICRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE	1.161.079
1. Bandeirantes	6.795
2. Camapuã	13.694
3. Campo Grande	874.210
4. Chapadão do Sul	23.940
5. Corguinho	5.730
6. Costa Rica	20.159
7. Figueirão	3.027
8. Jaraguari	7.019
9. Maracaju	44.994

10. Nova Alvorada do Sul	20.772
11. Paraíso das Águas	5.350
12. Ribas do Rio Pardo	23.881
13. Rio Negro	4.834
14. Rochedo	5.346
15. São Gabriel do Oeste	25.898
16. Sidrolândia	54.575
17. Terenos	20.855
1.3. MICRORREGIÃO DE COXIM	84.156
1. Alcínópolis	5.188
2. Coxim	33.323
3. Pedro Gomes	7.683
4. Rio Verde de Mato Grosso	19.569
5. Sonora	18.393
1.4. MICRORREGIÃO DE JARDIM	104.414
1. Bela Vista	24.331
2. Bonito	21.483
3. Caracol	5.972
4. Guia Lopes da Laguna	9.991
5. Jardim	25.758
6. Porto Murtinho	16.879
2. MACRORREGIÃO DE CORUMBÁ	132.489
02 MUNICÍPIOS	
2.1. MICRORREGIÃO DE CORUMBÁ	132.489
1. Corumbá	109.899
2. Ladário	22.590
3. MACRORREGIÃO DE DOURADOS	820.875
33 MUNICÍPIOS	
3.1. MICRORREGIÃO DE DOURADOS	372.028
1. Caarapó	29.292
2. Deodápolis	12.773
3. Douradina	5.827
4. Dourados	218.069
5. Fátima do Sul	19.181
6. Glória de Dourados	9.960
7. Itaporã	23.539
8. Jateí	4.025
9. Laguna Carapã	7.177
10. Rio Brilhante	36.144
11. Vicentina	6.041
3.2. MICRORREGIÃO DE NAVIRAÍ	135.379
1. Eldorado	12.224
2. Iguatemi	15.838
3. Itaquiraí	20.637
4. Japorã	8.836
5. Juti	6.553
6. Mundo Novo	18.103
7. Naviraí	53.188
3.3. MICRORREGIÃO DE NOVA ANDRADINA	113.890
1. Anaurilândia	8.927
2. Angélica	10.458
3. Batayporã	11.248
4. Ivinhema	23.021
5. Nova Andradina	52.625
6. Novo Horizonte do Sul	4.041
7. Taquarussu	3.570
3.4. MICRORREGIÃO DE PONTA PORÃ	199.578
1. Amambai	38.465
2. Antônio João	8.808
3. Aral Moreira	11.771
4. Coronel Sapucaia	15.016
5. Paranhos	13.852
6. Ponta Porã	89.592
7. Sete Quedas	10.790
8. Tacuru	11.284
4. MACRORREGIÃO DE TRÊS LAGOAS	277.129
10 MUNICÍPIOS	
4.1. MICRORREGIÃO DE PARANAÍBA	96.193
1. Aparecida do Taboado	25.072
2. Cassilândia	21.748

3. Inocência	7.618
4. Paranaíba	41.755
4.2. MICRORREGIÃO DE TRÊS LAGOAS	180.936
1. Água Clara	14.992
2. Bataguassu	22.389
3. Brasilândia	11.864
4. Santa Rita do Pardo	7.732
5. Selvíria	6.482
6. Três Lagoas	117.477
*TCU, 2017.	

Segundo definições do Complexo Regulador Estadual, os serviços de referência hospitalar para casos de urgência e emergência, nas Microrregiões de Saúde do SUS, são:

Quadro 10 - Relação dos Hospitais de Referência em Urgência e Emergência no estado de Mato Grosso do Sul, 2019.

Microrregião	Hospital	Município
Campo Grande	Santa Casa	Campo Grande
Campo Grande	(HU) Hospital Universitário - UFMS	Campo Grande
Campo Grande	(HRMS) Hospital Regional de MS	Campo Grande
Dourados	(HU) Hospital Universitário – UFGD	Dourados
Dourados	Hospital da Vida	Dourados
Ponta Porã	Hospital Regional	Ponta Porã
Aquidauana	Hospital da Cidade	Aquidauana
Três Lagoas	(HNSA) Hospital N Sra Auxiliadora	Três Lagoas
Paranaíba	Santa Casa	Campo Grande
Corumbá	Santa Casa	Corumbá
Coxim	Hospital Regional	Coxim
Nova Andradina	Hospital Regional	Nova Andradina
Jardim	Hospital Marechal Rondon	Jardim
Naviraí	Hospital Municipal Naviraí	Naviraí

Fonte: CERA/SGE/SES.

Quanto ao atendimento em caráter ambulatorial dos pacientes com indicação ao transplante, a regulação do acesso se dá por meio do SISREG, a cargo das Secretarias Municipais de Saúde, quando são observados os protocolos específicos, como o da Doença Renal Crônica, Terapia Renal Substitutiva, Transplante Renal e Transplante de Córnea.

Nos casos em que o paciente necessita obter o atendimento fora do estado, a CERA/SES disponibiliza o benefício do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), por meio da concessão de passagens e ajuda de custo, conforme a regulamentação do SUS. Com a oferta ainda insuficiente de serviços transplantadores no Estado, a utilização do TFD interestadual para obtenção desse atendimento é frequente e dispendiosa, além do grande desgaste a pacientes e familiares.

4.9. Dados sobre a Atenção Especializada do SUS no Estado

Atenção Hospitalar:

A assistência à saúde prestada em âmbito hospitalar no Estado Mato Grosso do Sul conta atualmente com um total de 6.163 leitos hospitalares. Destes, 3.929 leitos estão disponíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 2.234 à rede privada, conforme informações extraídas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, em 19/09/2018.

Em relação aos leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), em consulta ao CNES na mesma data, verificou-se a existência de um total de 645 leitos, sendo 371 leitos de UTI disponíveis ao SUS e 274 vinculados à rede privada. Essas informações estão detalhadas por nosocômio, município e tipo de leito nos quadros 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 17, a seguir.

Vale ressaltar que as informações contidas no CNES dependem da atualização do sistema, que é de responsabilidade do gestor local, ou seja, cabe às Secretarias Municipais de Saúde a atualização desses dados. Ao Ministério da Saúde compete a habilitação dos leitos de UTI conforme os critérios estabelecidos pela normatização específica do SUS e a inserção dessa condição (habilitação), no CNES.

Atualmente, apenas a região de saúde de Corumbá não possui leitos de UTI na rede privada, já que todos os leitos de UTI existentes estão disponíveis ao SUS.

Quadro 11 – Leitos de **UTI SUS** - Região de Saúde de **Campo Grande**, 2018:

LEITOS SUS - Região de Saúde de Campo Grande												
Hospitais SUS e Filantrópicos	Município	UTI Adulto		Unidade Intermediário Adulto	UTI Pediátrica		UTI Neonatal		Unidade Intermediária Neonatal	UCO*		UCINCA***
		Tipo II	Tipo III		Tipo II	Tipo III	Tipo II	Tipo III		Tipo II	UCINCO**	
HOSPITAL DA CIDADE	Aquidauna	10							4			
EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	Campo Grande	16			5		6				6	
HOSPITAL DO CANCER DR ALFREDO ABRAO	Campo Grande	4										
HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL	Campo Grande	29			8		10			10	20	5
SANTA CASA	Campo Grande		57			10		8			11	0
ASSOCIACAO DE AMPARO A MATERNIDADE E A INFANCIA AAMI	Campo Grande						10				10	4
FUNDACAO HOSPITALAR DE COSTA RICA	Costa Rica			2								
SOCIEDADE BENEFICENTE DONA ELMIRIA SILVERIO BARBOSA	Sidrolândia								5			
TOTAL PARCIAL		59	57	2	13	10	26	8	9	10	47	9
TOTAL GERAL		250										

*Unidade Coronariana

**Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

***Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

Fonte: SCNES, 2018.

Quadro 12 – Leitos de **UTI Não SUS** - Região de Saúde de **Campo Grande**, 2018:

LEITOS NÃO SUS - Região de Saúde de Campo Grande											
Hospitais Particulares e Filantrópicos	Município	UTI Adulto			UTI Pediátrica	UTI Neonatal		UCO*		UCINCO**	UCINCA**
		Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo III	Tipo II	Tipo III	Tipo II	Tipo III		
HOSPITAL ADVENTISTA DO PENFIGO	Campo Grande	6									
HOSPITAL ADVENTISTA DO PENFIGO UNIDADE CENTRO	Campo Grande	8									
HOSPITAL UNIMED	Campo Grande	10									
CLINICA DE CAMPO GRANDE S A	Campo Grande		19					13			
HOSPITAL CASSEMS UNIDADE DE CAMPO GRANDE	Campo Grande		20			9					
PRONCOR	Campo Grande		8	12					6		
HOSPITAL GERAL EL KADRI	Campo Grande			12	1		10				
SANTA CASA	Campo Grande			2	4						4
HOSPITAL CASSEMS DE AQUIDAUANA	Aquidauna									2	
HOSPITAL DA CIDADE	Aquidauna									4	
ASSOCIACAO DE AMPARO A MATERNIDADE E A INFANCIA AAMI	Campo Grande					16					
TOTAL PARCIAL		24	47	26	5	16	10	13	6	6	4
TOTAL GERAL		157									

*Unidade Coronariana

**Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

***Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

Fonte: SCNES, 2018.

Quadro 13 – Leitos de **UTI SUS** - Região de Saúde de **Corumbá**, 2018:

LEITOS SUS - Região de Saúde de Corumbá												
Hospitais SUS e Filantrópicos	Município	UTI Adulto		Unidade Intermediário Adulto	UTI Pediátrica		UTI Neonatal		Unidade Intermediária Neonatal	UCO*		UCINCA***
		Tipo II	Tipo III		Tipo II	Tipo III	Tipo II	Tipo III		Tipo II	UCINCO**	
SANTA CASA DE CORUMBÁ	Corumbá	10										
TOTAL PARCIAL		10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL		10										

*Unidade Coronariana

**Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

***Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

Fonte: SCNES, 2018.

Quadro 14 – Leitos de UTI SUS Região de Saúde de Dourados, 2018:**LEITOS SUS - Região de Saúde de Dourados**

Hospitais SUS e Filantrópicos	Município	UTI Adulto			Unidade Intermediária Adulto	UTI Pediátrica		UTI Neonatal		Unidade Intermediária Neonatal	UCO*	UCINCO**	UCINCA***
		Tipo I	Tipo II	Tipo III		Tipo II	Tipo III	Tipo II	Tipo III				
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFGD	Dourados		14			10		10				15	
HOSPITAL DA VIDA	Dourados		10										
HOSPITAL EVANGÉLICO DR SRA GOLDSBYKING	Dourados		10										
HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA	Nova Andradina		10		1								
HOSPITAL REGIONAL DE PONTA PORÃ	Ponta Porã		10										
TOTAL PARCIAL		0	54	0	1	10	0	10	0	0	0	15	0
TOTAL GERAL		90											

*Unidade Coronariana

**Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

***Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

Fonte: SCNES, 2018.

Quadro 15 – Leitos de UTI Não SUS - Região de Saúde de Dourados, 2018:**LEITOS NÃO SUS - Região de Saúde de Dourados**

Hospitais Particulares e Filantrópicos	Município	UTI Adulto		Unidade Intermediário Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal			UCO*		UCINCO**	UCINCA**
		Tipo I	Tipo II		Tipo I	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo II	Tipo III		
CLÍNICA SÃO CAMILO	Dourados	6			1							
HOSPITAL CASSEMS - UNIDADE DOURADOS	Dourados	4										
HOSPITAL SANTA RITA LTDA	Dourados	9				7						
HOSPITAL DA VIDA	Dourados		10									
HOSPITAL EVANGÉLICO DR SRA GOLDSBYKING	Dourados			2			3					
TOTAL PARCIAL		19	10	2	1	7	3	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL		42										

*Unidade Coronariana

**Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

***Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

Fonte: SCNES, 2018.

Quadro 16 – Leitos de UTI SUS - Região de Saúde de Três Lagoas, 2018:**LEITOS SUS - Região de Saúde de Três Lagoas**

Hospitais SUS e Filantrópicos	Município	UTI Adulto		Unidade Intermediária Adulto	UTI Pediátrica		UTI Neonatal		Unidade Intermediária Neonatal	UCO*	UCINCO**	UCINCA***
		Tipo II	Tipo III		Tipo II	Tipo III	Tipo II	Tipo III				
HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	Três Lagoas	10										
TOTAL PARCIAL		10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL		10										

*Unidade Coronariana

**Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

***Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

Fonte: SCNES, 2018.

Quadro 17 – Leitos de UTI Não SUS - Região de Saúde de Três Lagoas, 2018:**LEITOS NÃO SUS - Região de Saúde de Três Lagoas**

Hospitais Particulares e Filantrópicos	Município	UTI Adulto			UTI Pediátrica	UTI Neonatal		UCO*		UCINCO**	UCINCA***
		Tipo I	Tipo II	Tipo III		Tipo I	Tipo II	Tipo II	Tipo III		
HOSPITAL CASSEMS UNIDADE DE TRÊS LAGOAS	Três Lagoas	9				5				5	
TOTAL PARCIAL		9	0	0	0	5	0	0	0	5	0
TOTAL GERAL		19									

*Unidade Coronariana

**Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

***Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

Fonte: SCNES, 2018.

Rede de Atenção às Urgências (RAU):

Com a publicação da Política Nacional de Atenção às Urgências, em julho de 2011, uma importante articulação foi desencadeada no sentido de ajustar as ações em sintonia com a nova normatização dessa linha de cuidados e apresentar um Plano de Ação Regional que pudesse orientar o processo de implantação e implementação da Rede de Atenção às Urgências de Mato Grosso do Sul (RAU).

A primeira versão do Plano foi pactuada pelos gestores estaduais e municipais em outubro de 2011, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/MS). Em decorrência de necessidade de ajustes após avaliação pela equipe técnica do Ministério da Saúde, o referido Plano foi reformulado e novamente apresentado ao Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/MS) e repactuado pela CIB/MS, em julho de 2012.

Esse movimento aconteceu paralelamente a um esforço empreendido no Estado para elaborar Contratos Organizacionais de Ação Pública (COAP), os quais foram firmados em agosto de 2012, em cada uma das quatro Regiões de saúde do estado – Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas. Desde então esse Plano de Ação Regional (PAR) têm sido revisado e atualizado periodicamente, de acordo com as necessidades dos municípios. Sua última versão foi publicada em dezembro de 2016.

A RAU tem como objetivo definir os pontos de atenção às urgências no Estado, buscando a articulação e integração dos mesmos, a qualificação do cuidado e o acesso humanizado e integral aos usuários.

A referida rede de atenção à saúde é composta por 10 componentes, sendo eles:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, em parceria com Corpo de Bombeiros Militar;

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar;

VIII - Atenção Domiciliar;

IX- Centro de Trauma e,
X- SOS Emergência.
O detalhamento de toda a RAU de Mato Grosso do Sul está descrita nos Planos de Ações Regionais que foram publicados por meio de Resolução no Diário Oficial do Estado (DOE nº 9.311) em dezembro de 2016. São eles: PAR da RAU da Região de Saúde de Campo Grande: Resolução N.047/CIB/SES/MS; PAR da RAU da Região de Saúde de Corumbá: Resolução N.048/CIB/SES/MS; PAR da RAU da Região de Saúde de Dourados: Resolução N.049/CIB/SES/MS; e PAR da RAU da Região de Saúde de Três Lagoas: Resolução N.050/CIB/SES/MS.

Rede Estadual em Alta Complexidade Cardiovascular e Neurológica:

A assistência cardiovascular possui serviços habilitados em duas tipologias: Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. Para alcançar tal habilitação os hospitais interessados devem atender às exigências da Portaria SAS nº 210, de 15 de junho de 2004.
Em relação à assistência neurológica, a norma ministerial vigente para habilitação das instituições de saúde é a Portaria SAS nº 391, de 07 de julho de 2005, a qual define que as redes estaduais de assistência ao paciente neurológico na alta complexidade serão compostas por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia.
No quadro 08, abaixo, encontram-se as instituições de saúde habilitadas em cardiologia e neurologia em Mato Grosso do Sul. Essas informações foram extraídas do CNES, em 19/09/2018.

Quadro 18 – Instituições de saúde habilitadas em Cardiologia e Neurologia no Mato Grosso do Sul, 2018:

Tipo de Habilitação	Hospital	Município
UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR	HOSPITAL EVANGELICO DR SRA GOLDSBY KING	Dourados
	HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL	Campo Grande
	HOSPITAL UNIVERSITARIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	
CENTRO DE REFERENCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR	SANTA CASA	Campo Grande
UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA	HOSPITAL DA VIDA	Dourados
CENTRO DE REFERENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA	SANTA CASA	Campo Grande

Fonte: SCNES, 2018.

Rede Estadual em Alta Complexidade em Nefrologia:

Em relação à Doença Renal Crônica (DRC), atualmente Mato Grosso do Sul dispõe de 14 Serviços de Nefrologia **habilitados pelo Ministério da Saúde**, assim distribuídos nas Microrregiões de Saúde.

Quadro 19 – Serviços de Nefrologia habilitados pelo SUS, Mato Grosso do Sul, 2019:

MICRORREGIÃO	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	MUNICÍPIO
Campo Grande	Hospital Regional de MS	Campo Grande
	Hospital Universitário - UFMS	Campo Grande
	Santa Casa	Campo Grande
	Serviços Médicos Integrados Nefrologia	Campo Grande
	Pró-Renal	Campo Grande
	Med-Rim	Campo Grande
Dourados	Unidade Clínica Médica	Dourados
	Centro de Nefrologia de Dourados	Dourados
Ponta Porã	Clínica do Rim	Ponta Porã
Aquidauana	Hospital da Cidade	Aquidauana
Três Lagoas	Hospital N. Sra. Auxiliadora	Três Lagoas
Paranaíba	Instituto de Nefrologia	Campo Grande
Corumbá	Clínica Renal Med	Corumbá
Coxim	Hospital Regional	Coxim

Fonte: CNES, 2019.

Há também um estabelecimento de saúde que presta atendimento ambulatorial a pacientes portadores de DRC por intermédio de planos privados de saúde, localizado em Campo Grande – Instituto de Saúde do Rim Alexandre Cabral.
Assim, no estado, há 15 estabelecimentos de saúde que prestam atendimento especializado em nefrologia e que encaminham os pacientes para que possam ser avaliados por equipe autorizada para transplante renal. Um grande desafio a ser enfrentado, no estado, é a regularização do processo de inscrição dos pacientes aptos ao transplante renal no Cadastro Técnico Único, haja vista que, dos 1558 pacientes em tratamento dialítico no estado, apenas 83 estão inscritos até o momento (situação em

28 de fevereiro de 2019), no Cadastro Técnico Único do SNT.

4.10. Análise do Cenário

Como relatado acima, o estado de Mato Grosso do Sul possui aproximadamente 2.700.000 habitantes, distribuídos em 79 municípios que ocupam grande área territorial de quase 360.000 km². A cidade mais populosa é Campo Grande, capital do estado, onde se concentram os serviços especializados mais complexos, como é o caso das Unidades de Terapia Intensiva.
Como as distâncias entre os municípios são grandes, em geral, os deslocamentos dos usuários são longos e por via rodoviária. As distâncias entre os municípios sede de Microrregião e Campo Grande são: Aquidauana: 143 km; Corumbá: 429 km; Coxim: 253 km; Dourados: 225 km; Nova Andradina: 297 km; Naviraí: 359 km; Jardim: 239 km; Paranaíba: 407 km; Ponta Porã: 346 km e Três Lagoas: 338 km.
As principais causas de mortalidade por tipo, em Mato Grosso do Sul, estão relacionadas às Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas Externas, dentre outras, conforme quadros acima. Nesse cenário, identifica-se a necessidade de potencializar as ações de doação de órgãos e tecidos para transplante.
No que se refere à fila de espera para transplante de córnea, o estado tem mantido certa regularidade nas ações de notificação, doação e transplante. Contudo, registra-se a necessidade de ampliação da oferta desse tipo de transplante pelo SUS, especialmente no interior do estado, para que haja maior agilidade no atendimento aos pacientes, cuja fila tem aumentado nos últimos anos.

Quanto ao enxerto de rim, mesmo com o aumento do número de cirurgias nos últimos dois anos, ainda há carências no atendimento dos pacientes portadores de DRC, no território estadual, tanto na avaliação pela equipe especializada como na realização do transplante renal. Há apenas uma equipe e um hospital autorizados para transplante renal, no estado. As principais medidas devem focar na inscrição de pacientes no CTU, no aumento das notificações e doações em caso de ME, no aumento de equipes e estabelecimentos autorizados para transplante de rim e numa maior oferta dessas cirurgias.
O estado carece também de outras modalidades de transplante, em especial de coração e fígado, para que se diminua o desgastante deslocamento de pacientes a outros estados para obtenção desses atendimentos.
Por enquanto, há suficiência de serviços de sorologia, histocompatibilidade e banco de olhos. Contudo, no geral, há que se incrementar as ações de captação, doação e transplante de órgãos e tecidos no âmbito de Mato Grosso do Sul, conforme programação detalhada a seguir.

5. PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO E TRANSPLANTES

5.1. Prioridades

- Desenvolvimento de recursos humanos para as ações de doação e transplantes.
- Aumento do número de notificações de Morte Encefálica (ME) e Parada Cardiorrespiratória (PCR).
- Aumento do número de doações de órgãos e tecidos para transplantes.
- Aumento do número de transplantes e novas modalidades dessas cirurgias no estado.
- Ampliação das equipes e estabelecimentos de saúde autorizados para transplante.
- Efetivação da Regionalização das atividades de doação e transplante de órgãos e tecidos no estado.
- Regularização da inscrição dos pacientes aptos ao transplante de rim no Cadastro Técnico Único.

5.2. Riscos:

- Baixa adesão dos profissionais envolvidos no processo de diagnóstico e notificação de ME e PCR.
- Limitações da atual estrutura de diagnóstico de ME, captação e transplante do Estado.
- Dificuldades de logística de transporte no Estado.

5.3. Oportunidades:

- Profissionais e estabelecimentos de saúde mais comprometidos com as ações de doação e transplantes.
- Incremento do interesse dos órgãos de comunicação, instituições de ensino, empresas e sociedade em geral quanto à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.
- Melhoria na estrutura física, de equipamentos e recursos humanos dos estabelecimentos de saúde, tanto na capital como no interior do estado, para o desenvolvimento das ações de doação e transplantes.

5.4. Objetivo Geral:

Implementar e qualificar o processo de doação, retirada, distribuição e transplante de órgãos e tecidos, no âmbito de Mato Grosso do Sul, em conformidade com as normas vigentes.

5.5. Objetivos Específicos, Indicadores de Avaliação e Programação de Ações

O b j e t i v o Específico 01	Aumentar em 10% o número de notificações (potenciais doadores) de ME, até dezembro de 2020.			
Indicador	Percentual de aumento do número de notificações de ME			
PRINCIPAIS AÇÕES				
AÇÃO	RECURSOS (R\$)	RESPONSÁVEL	PRAZO DE CONCLUSÃO	MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO
1.1. Realizar capacitação de médicos para diagnóstico de ME.	PROADI – SUS 53.000,00	CGSNT CET/MS	Dezembro/2019	Controle do cronograma de capacitação.
1.2. Realizar c o o p e r a ç ã o técnica às CIHDOTT e OPO do Estado.	15.000,00	CET/MS	Dezembro/2020	Controle do cronograma de visitas técnicas aos hospitais onde funcionam CIHDOTT e OPO.
1.3. Capacitar auditores médicos do estado para realizar revisão de prontuários médicos com vistas a aumentar a notificação em ME, com o apoio da CET/Paraná (PR).	10.000,00	CET/MS	Dezembro/2020	Parceria a ser firmada com a CET/PR; controle do cronograma de viagem dos médicos auditores ao estado do PR.
1.4. Capacitar médicos para realização do exame doppler transcraniano.	PROADI - SUS	CGSNT CET/MS	Dezembro/2020	Controle do cronograma de capacitação.
1.5. Adquirir equipamentos para o diagnóstico de ME.	Convênio/ Fundo Nacional de Saúde	CET/MS	Dezembro/2020	Hospitais do interior do estado estruturados para realizar diagnóstico de ME.
O b j e t i v o Específico 02	Aumentar em 10% o número de doações de córneas, até dezembro de 2020.			
Indicador	Percentual de aumento do número de doações de córneas.			
PRINCIPAIS AÇÕES				
AÇÃO	RECURSOS (R\$)	RESPONSÁVEL	PRAZO DE CONCLUSÃO	MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO
2.1. Capacitar os profissionais envolvidos no processo de captação de córnea.	PROADI – SUS 10.000,00	CET/MS	Dezembro/2020	Controle do cronograma de capacitações.
2.2. Monitorar busca ativa do Banco de Olhos da Santa Casa.	-	CET/MS	Dezembro/2020	Relatório mensal e anual da busca ativa realizada pelo Banco de Olhos da Santa Casa.
2 . 3 . Intensificar parcerias com órgãos que podem comunicar PCR (Hospitais, SVO SAMU, IMOL, CIOPS, UPA Delegacias de Polícia, Funerárias).	-	CET/MS	Dezembro/2020	Formulário Mensal de Notificação de PCR e Relatório Consolidado Anual. Controle do cronograma de visitas e reuniões.
O b j e t i v o Específico 03	Aumentar em 10% o número de doadores de órgãos, até dezembro de 2020.			

Indicador	Percentual de aumento do número de doações de órgãos.			
PRINCIPAIS AÇÕES				
AÇÃO	RECURSOS (R\$)	RESPONSÁVEL	PRAZO DE CONCLUSÃO	MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO
3.1. Realizar capacitação em comunicação de más notícias e entrevista familiar para a doação de órgãos aos profissionais envolvidos no processo de notificação de ME.	28.000,00	CGSNT CET/MS	Dezembro/2019	Controle do cronograma de capacitações.
3.2. Promover atualização aos profissionais das CIHDOTT e OPO sobre acolhimento/ entrevista familiar e manutenção clínica otimizada do potencial doador.	10.000,00	CET/MS	Dezembro/2020	Controle do cronograma de atualizações.
3.3. Realizar campanhas educativas sobre doação de órgãos e tecidos para transplante.	40.000,00	CET/MS	Dezembro/2020	Controle do cronograma de eventos: palestras, entrevistas, distribuição de material educativo, viagens.
3.4. Promover a realização de Corrida e Caminhada Anual em favor da doação de órgãos e tecidos para transplante.	120.000,00	CET/MS	Dezembro/2020	Controle do cronograma do evento.
3.5. Firmar parcerias com instituições de ensino para educação continuada no processo d o a ç ã o / transplante.	-	SAS/SES CET/MS	Dezembro/2020	Parcerias firmadas com instituições de ensino do estado. Controle do cronograma de visitas e viagens.
O b j e t i v o Específico 04	Aumentar em 10% o número de transplantes de órgãos e tecidos, até dezembro de 2020.			
Indicador	Percentual de aumento do número de transplantes de órgãos e tecidos.			
PRINCIPAIS AÇÕES				
AÇÃO	RECURSOS (R\$)	RESPONSÁVEL	PRAZO DE CONCLUSÃO	MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO
4.1. Apoiar novas equipes e hospitais para a realização de transplantes de órgãos e tecidos, incluindo outras modalidades, como coração e fígado.	-	CET/MS	Dezembro/2020	Controle do cronograma de visitas e reuniões para maior oferta do serviço.

4.2. Obter autorização de novas equipes e hospitais para realização de transplantes de órgãos e tecidos.	-	CET/MS	Dezembro/2020	P u b l i c a ç ã o de portarias ministeriais.
4.3. Promover a atualização das equipes já autorizadas p a r a transplante.	PROADI-SUS	CGSNT CET/MS	Dezembro/2020	Controle do cronograma de atualizações das equipes.
O b j e t i v o Específico 05	Aumentar em 100% a proporção de pacientes com mais de 06 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante e inscritos no Cadastro Técnico Único (CTU) de transplante renal, até 2020.			
Indicador	Percentual de aumento do número de pacientes inscritos no CTU de transplante de rim.			
PRINCIPAIS AÇÕES				
AÇÃO	RECURSOS (R\$)	RESPONSÁVEL	PRAZO DE CONCLUSÃO	MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO
5.1. Promover articulação entre os responsáveis técnicos dos serviços de diálise, o C o m p l e x o Regulador e a equipe de transplante renal.	-	CET/MS CERA/SES	Dezembro/2020	Relatório mensal do CTU de Transplante Renal.
5.2. Realizar oficinas sobre R e g u l a ç ã o do Acesso ao Transplante Renal.	-	CET/MS CERA/SES	Dezembro/2020	Controle do cronograma das oficinas.
5.3. Assegurar acesso aos pacientes que necessitam de avaliação pré transplante.	-	SAS/SES CERA/SES CET/MS	Dezembro 2020	Controle do cronograma de reuniões.
O b j e t i v o Específico 6	Fortalecer a atuação da CET/MS.			
Indicador	Resultados anuais de avaliação das atividades de transplante de Mato Grosso do Sul.			
PRINCIPAIS AÇÕES				
AÇÃO	RECURSOS (R\$)	RESPONSÁVEL	PRAZO DE CONCLUSÃO	MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO
6.1. Criar e manter um link atualizado da CET/MS no sítio eletrônico da SES.	-	CDTI/SES	Dezembro/2019	Criação do link. Dados atualizados da CET/MS, na internet.
6.2. Realizar atualização da equipe da CET/MS.	20.000,00	CET/MS	Dezembro/2020	Controle do cronograma de atualizações da equipe da CET/MS.

6.3. Participar de reuniões da CIB/MS para divulgação e atualização de informações sobre doação e transplante de órgãos e tecidos.	-	CET/MS	Dezembro/2020	Controle do cronograma de reuniões.
6.4. Realizar visitas técnicas aos municípios sede de macro e microrregião, para divulgação das ações da CET/MS.	10.000,00	SAS/SES CET/MS	Dezembro/2020	Controle do cronograma de visitas técnicas e viagens.
6.5. Designar servidores para completar o quadro de pessoal da CET/MS.	-	SES/MS	Dezembro/2019	Quadro de pessoal compatível com as necessidades da CET/MS.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

Como a Central Estadual de Transplantes tem o papel de coordenar, normatizar, regulamentar e fiscalizar as atividades relacionadas ao transplante no território estadual, assim como, de desenvolver ações de notificação, captação e distribuição de órgãos e tecidos, este Plano se torna o grande norteador dessas ações e possibilita vislumbrar um cenário mais coerente com as necessidades locais.

As metas acima descritas visam à qualidade dos transplantes e ao aumento gradativo do quantitativo dos mesmos, objetivando maior efetividade da rede de serviços envolvidos no processo de doação-transplante, para o biênio 2019-2020, com avaliação anual e reprogramação a cada 02 anos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei nº 9. 434, de 4 de fevereiro de 1997*. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, 1997.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1.826, de 24 de outubro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica..

_____. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação Nº 4, de 28 de setembro de 2017*. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 201*. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017*. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS Nº 1.675, de 07 de junho de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2018.