

PLANO DIRETOR DE **REGIONALIZAÇÃO**

Resolução CIB/SES nº 545, 06 de dezembro de 2024



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



GOVERNO DE
**Mato
Grosso
do Sul**

GOVERNADOR

EDUARDO CORRÊA RIEDEL

VICE-GOVERNADOR

JOSÉ CARLOS BARBOSA

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

MAURÍCIO SIMÕES CORRÊA

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ESTADO DE SAÚDE

CRHISTINNE CAVALHEIRO MAYMONE GONÇALVES

CHEFE DE GABINETE

EDELMA LENE PEIXOTO TIBURCIO

SUPERINTENDENTE DE SAÚDE DIGITAL

MARCIA BOGENA CERESER TOMASI

SUPERINTENDENTE DE RELAÇÕES INTERSETORIAIS

ANTONIO LASTORIA

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

KARINE CAVALCANTE DA COSTA

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO ESTRATÉGICA

MARIA ANGÉLICA BENETASSO

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

ANGÉLICA CRISTINA SEGATTO CONGRO

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

LARISSA DOMINGUES CASTILHO DE ARRUDA

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRAÇÃO

JOSY MARIANE THALER MARTINI ROCHA

SUPERINTENDENTE DE GOVERNANÇA HOSPITALAR

RICARDO DA SILVA GOUVEA

DIRETOR DE AUDITORIA, CONTROLE E AVALIAÇÃO NO SUS

WAGNER APARECIDO DA SILVA

DIRETOR-EXECUTIVO DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

ANTONIO CESAR NAGLIS

COORDENADORA DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

ECLEINE SANTOS AMARILA

GERENTE DE INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO PARA GESTÃO DO SUS

WALDEIR ROLON SANCHES

ELABORAÇÃO

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

REVISÃO

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

DIAGRAMAÇÃO

BREDA NAIA MACIEL AGUIAR

OTAVIO DE OLIVEIRA GUIMARÃES

DIVULGAÇÃO

LUAN EMÍLIO PASQUALI

Documento elaborado a partir da Nota Técnica “Análise e classificação das regiões do Estado – Mato Grosso do Sul¹”, construído pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Plano diretor de regionalização [livro eletrônico] :
resolução CIB/SES nº545, 06 de dezembro de
2024 / [elaboração Marcia Naomi Santos
Higashijima, André Vinícius Batista de Assis].
-- 1. ed. -- Campo Grande, MS : Escola de Saúde
Pública Dr. Jorge David Nasser (ESP/MS), 2025.
PDF

Bibliografia.
ISBN 978-65-984146-2-7

1. Mato Grosso do Sul - Aspectos de saúde
2. Plano Diretor 3. Saúde pública 4. Serviços
de saúde 5. Sistema Único de Saúde (Brasil)
I. Higashijima, Marcia Naomi Santos. II. Assis,
André Vinícius Batista de.

25-250529

CDD-362.1098171

Índices para catálogo sistemático:

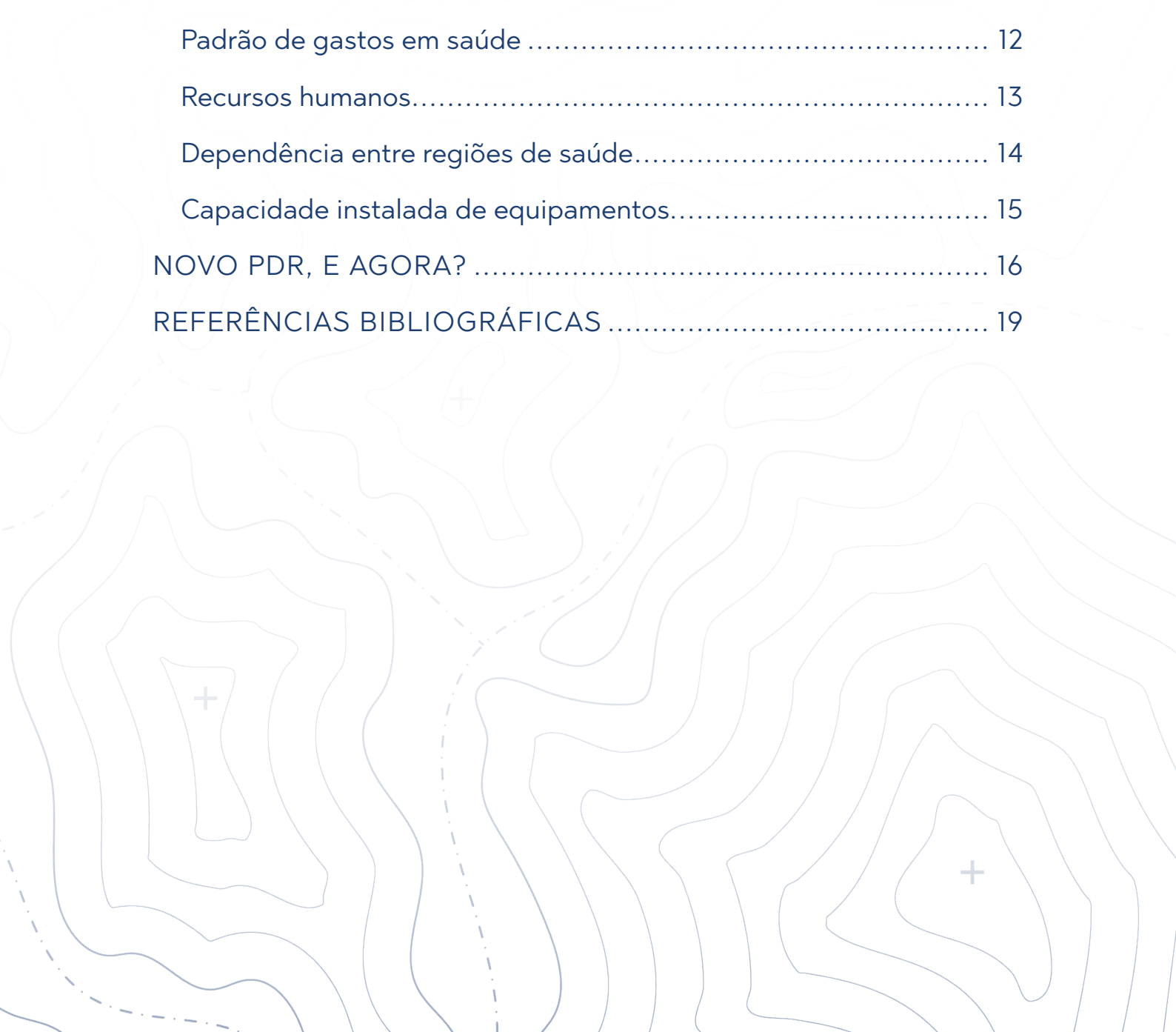
1. Mato Grosso do Sul : Plano Diretor de
Regionalização : Sistema Único de Saúde :
Bem-estar social 362.1098171

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

¹ Acesse o material completo, **[clikando aqui](#)**.

SUMÁRIO

O QUE É O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO?	5
O QUE É REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE?	6
QUAIS SÃO AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?	6
POR QUE O PDR FOI REFORMULADO?	7
QUAIS FORAM AS MUDANÇAS COM O NOVO PDR?	9
Nova configuração das Regiões de Saúde	10
Capacidade de leitos	11
Padrão de gastos em saúde	12
Recursos humanos.....	13
Dependência entre regiões de saúde.....	14
Capacidade instalada de equipamentos.....	15
NOVO PDR, E AGORA?	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19



Olá!

Gestor e Gestora dos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de Mato Grosso do Sul este material visa orientá-lo (a) sobre o novo Plano Diretor de Regionalização (PDR), publicado em dezembro de 2024, após estudo consistente conduzido pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (2024).

O QUE É O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO?

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) estabelece que as secretarias estaduais de saúde devem criar o PDR. Esse plano é feito para garantir que os cidadãos tenham acesso a um conjunto básico de ações e serviços de saúde, o mais próximo possível de suas residências. Além disso, estabelece um compromisso entre os municípios para atender casos que necessitem de referência entre cidades (Trevisan; Junqueira, 2007).

Esse instrumento organiza o processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal. Ele define prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da população e garante que os cidadãos tenham acesso a todos os níveis de cuidado (Preuss, 2018).

O Pacto pela Saúde, publicado na Portaria/GM n. 399/2006, contempla o **Pacto pela Vida**, em Defesa do SUS e de Gestão, atualizando as Normas elaboradas na década de 90 e que não atendiam mais de forma satisfatória o processo de gestão e as condições epidemiológicas da época.

O QUE É REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE?

O Decreto n. 7.508/2011, regula a Lei n. 8.080/1990, definindo que os serviços de saúde devem ser organizados na **Região de Saúde**, em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Assim, região de saúde é:

Um espaço geográfico contínuo formado por grupos de municípios vizinhos, definido com base em identidades culturais, econômicas e sociais, além de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas. O objetivo é integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011).

QUAIS SÃO AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?

Por sua vez, as RAS podem ser entendidas como um conjunto de ações e serviços de saúde organizados em diferentes níveis de complexidade, com o objetivo de garantir um atendimento completo à saúde.

São RAS prioritárias:

Rede **Alyne** (antiga Rede Cegonha);
Rede de Atenção à **Urgência e Emergência** (RUE);
Rede de **Atenção Psicossocial** (RAPS);
Rede de **Cuidados à Pessoa com Deficiência**;
Rede de Atenção à Saúde das **Pessoas com Doenças Crônicas**.

As **Linhas de Cuidado** vão compor as Redes e devem ser capazes de proporcionar um cuidado contínuo aos usuários, composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, pode-se dizer que é o itinerário que o usuário faz dentro de uma rede **organizada** de saúde.

POR QUE O PDR FOI REFORMULADO?

No início, as regiões de saúde foram organizadas principalmente com base em critérios geográficos e administrativos, levando em conta principalmente as grandes distâncias no nosso Estado. Porém, com o transcorrer dos anos, aliado ao novo perfil sociodemográfico, a necessidade do setor Saúde em dar respostas oportunas à população e mediante análise técnica foi sugerido redesenhar essas regiões para **diminuir a dependência** entre elas e **aumentar a autonomia local**, o que poderia melhorar a **equidade no acesso aos serviços de saúde**.

Considerando vários indicadores, como infraestrutura, equipamentos, recursos humanos, entre outros, **foi realizada a classificação das regiões de saúde**. Acompanhe a explicação a seguir.

Os escores das regiões foram classificados em grupos com base em quanto eles se afastam da média. Assim, cada valor regional é colocado em uma escala e recebe uma classificação (A a F) para mostrar sua posição em relação à média estadual. Aqui estão os grupos:

- **Grupo A:** Escores bem acima da média (mais de 2 desvios padrão²).
- **Grupo B:** Escores acima da média (entre 1 e 2 desvios padrão acima).

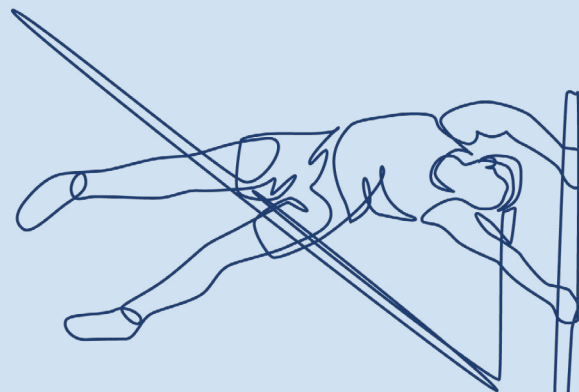
² O desvio padrão é uma medida estatística que indica o quão dispersos estão os valores de um conjunto de dados em relação à média. Ele mostra se os dados estão concentrados próximos à média ou se estão mais espalhados.

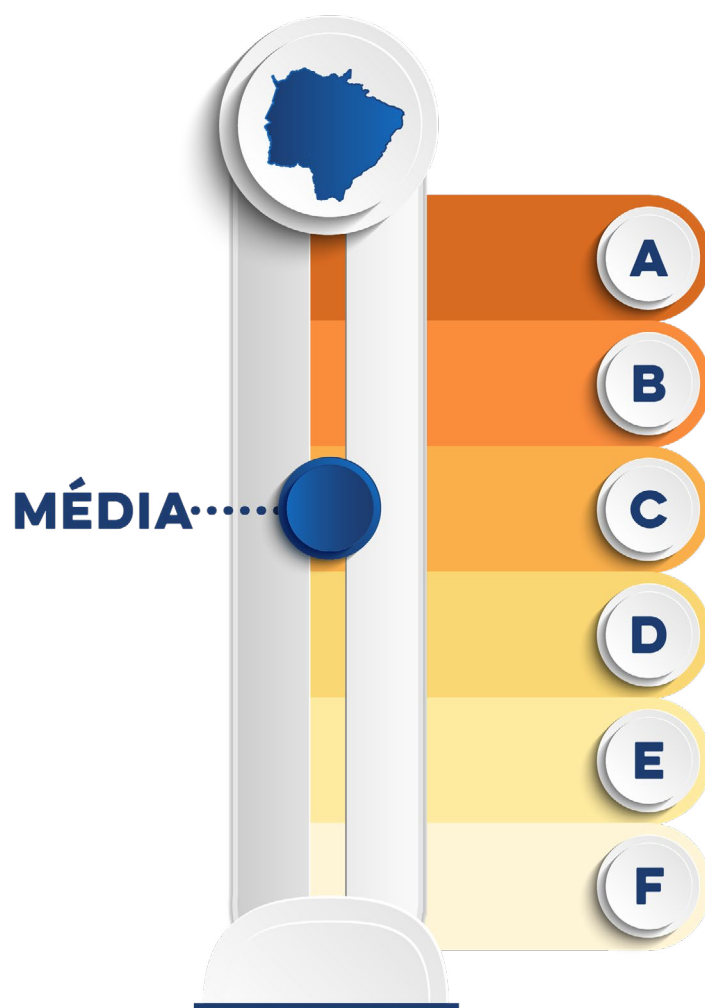
- **Grupo C:** Escores ligeiramente acima da média (entre 0 e 1 desvio padrão acima).
- **Grupo D:** Escores ligeiramente abaixo da média (entre 0 e 1 desvio padrão abaixo).
- **Grupo E:** Escores abaixo da média (entre 1 e 2 desvios padrão abaixo).
- **Grupo F:** Escores bem abaixo da média (mais de 2 desvios padrão abaixo).

Simplificando: quanto mais longe da média para mais (+), mais perto do grupo A; quanto mais longe da média para menos (-), mais perto do grupo F.

Exemplo: Imagine que estamos em uma competição de salto em altura. Cada região é um atleta, e o escore da região representa o quão alto o atleta pode pular. A média é a altura padrão que a maioria dos atletas consegue saltar, e os desvios padrão são as faixas de altura que distinguem os saltos, para mais ou para menos.

A média do salto em altura é de **7 metros**. Pedro saltou 7,2 metros e ficou no grupo **C**. Manoela saltou 8 metros e ficou no grupo **B**. Sandra saltou 9 metros e ficou no grupo **A**. Por sua vez, Vitor saltou 6 metros e ficou no grupo **D**. Jéssica saltou 5,5 metros e ficou no grupo **E**, e Jeferson saltou 4 metros, ficando no grupo **F**.





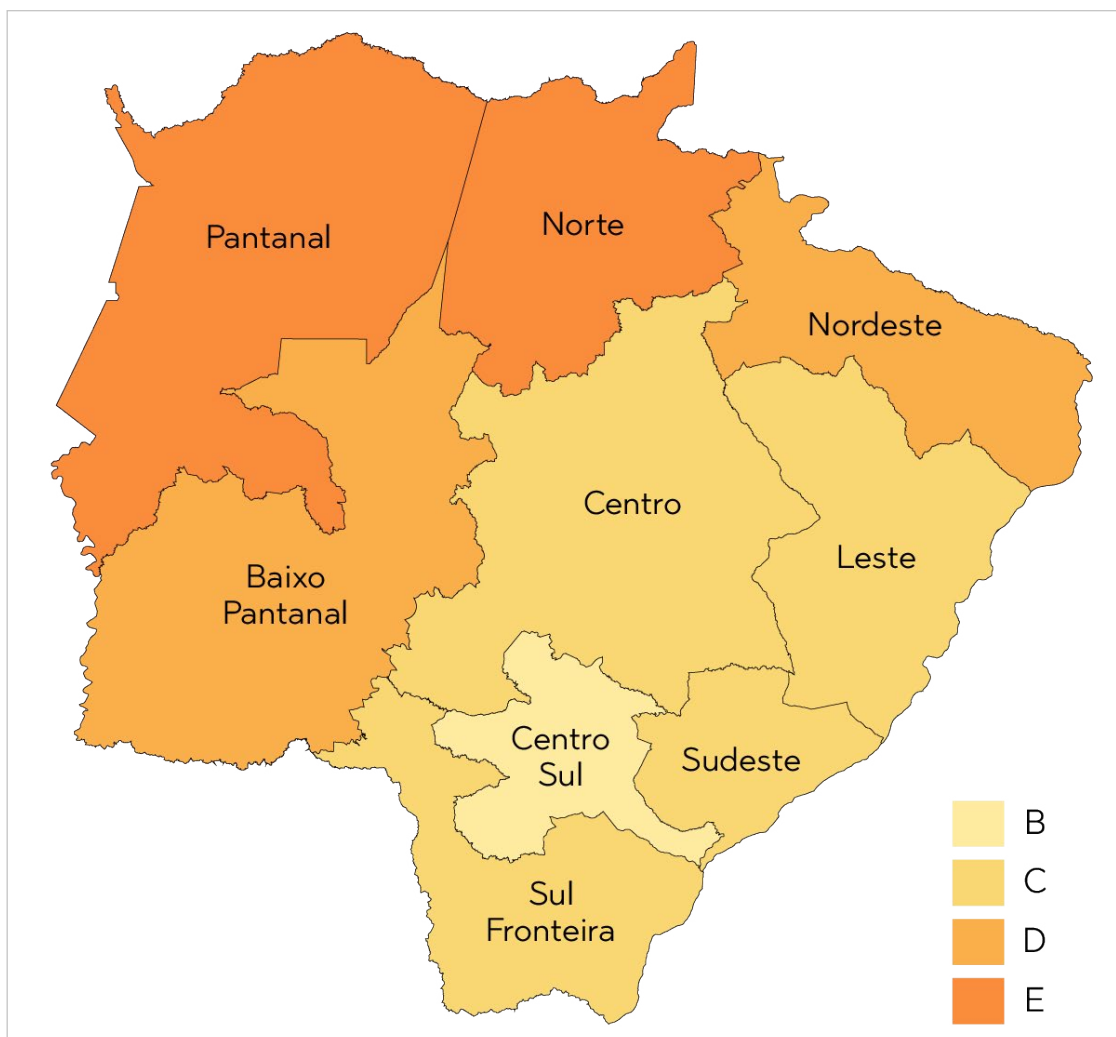
QUAIS FORAM AS MUDANÇAS COM O NOVO PDR?

No processo de redesenho das regiões de saúde foi possível observar melhorias em alguns indicadores importantes, mostrando avanços na organização e integração do sistema. No entanto, ainda existem questões que precisam ser aprofundadas, especialmente considerando as particularidades locais e a necessidade de diálogo contínuo entre os gestores, a fim de que todas as regiões de saúde consigam alcançar ótimos indicadores e a excelência no cuidado em saúde, conforme o conceito presente no Decreto n. 7.508/2011.

NOVA CONFIGURAÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE

- **Impactos positivos:** Alguns municípios como Chapadão do Sul, Paraíso das Águas e Costa Rica, que possuem maior densidade tecnológica, passaram a fazer parte da Região Nordeste. Isso melhorou as condições de saúde nessa região. Agora, na nova configuração, não há mais regiões classificadas no grupo E em termos de necessidades de saúde.
- **Acessibilidade geográfica:** A nova Região Nordeste apresentou uma leve queda na acessibilidade, passando de C para D*. Isso é esperado, pois alguns serviços ainda estão centralizados na capital, Campo Grande, e os usuários continuam se deslocando para lá (Figura 1).

Figura 1 - Acessibilidade geográfica e tecnológica por região de saúde.

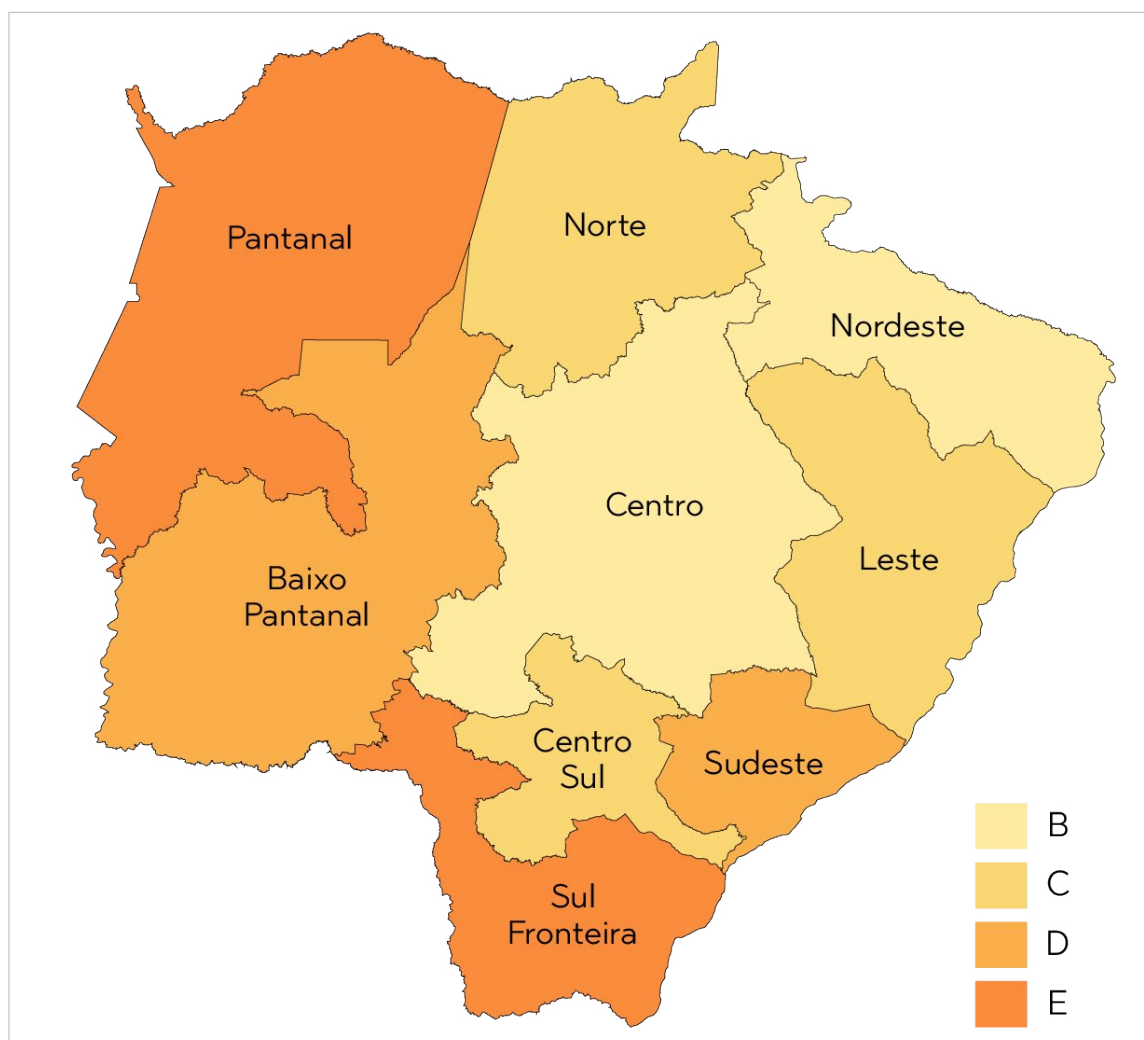


Fonte: Instituto de Estudos para Políticas Públicas, 2024.

CAPACIDADE DE LEITOS

- **Região Sul Fronteira:** A fusão das regiões de Ponta Porã e Naviraí resultou em uma região classificada como E, mantendo as características originais. Essa fusão não alterou a estrutura ou a oferta de leitos, apenas agregou os dados das duas regiões (Figura 2).
- **Região Baixo Pantanal:** A junção de Jardim e Aquidauana melhorou a classificação para D, beneficiando-se da maior capacidade de leitos de Aquidauana (Figura 2).

Figura 2 - Capacidade instalada de leitos por região de saúde.

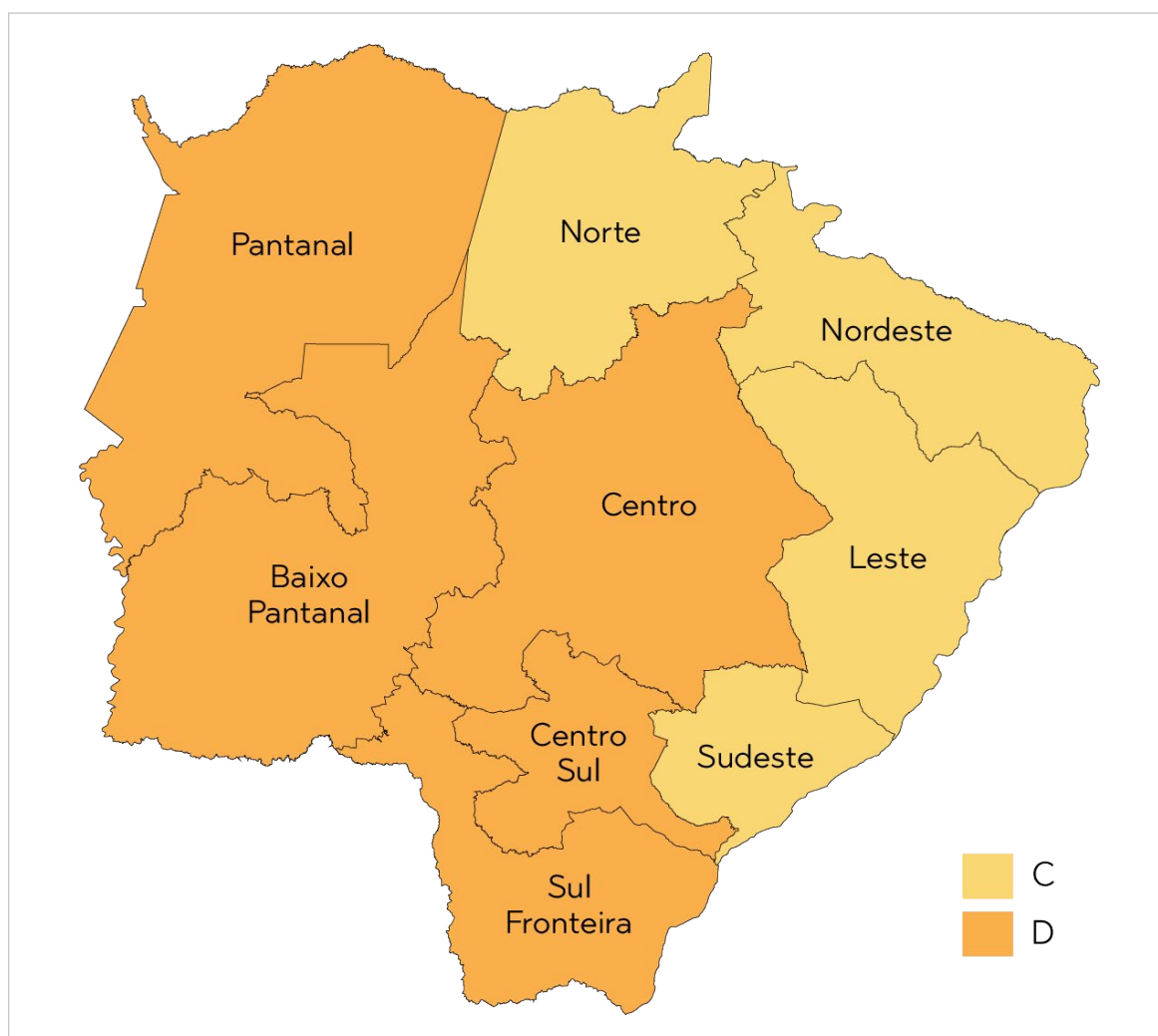


Fonte: Instituto de Estudos para Políticas Públicas, 2024.

PADRÃO DE GASTOS EM SAÚDE

Os gastos em saúde se mantiveram estáveis na maioria das regiões, exceto no Centro, que agora está abaixo da média estadual, no grupo D. Isso pode ser visto como positivo, pois reflete uma descentralização dos municípios de maior gasto, contribuindo para uma distribuição mais equilibrada dos recursos financeiros (Figura 3).

Figura 3 - Apresentação dos gastos em saúde por região de saúde.

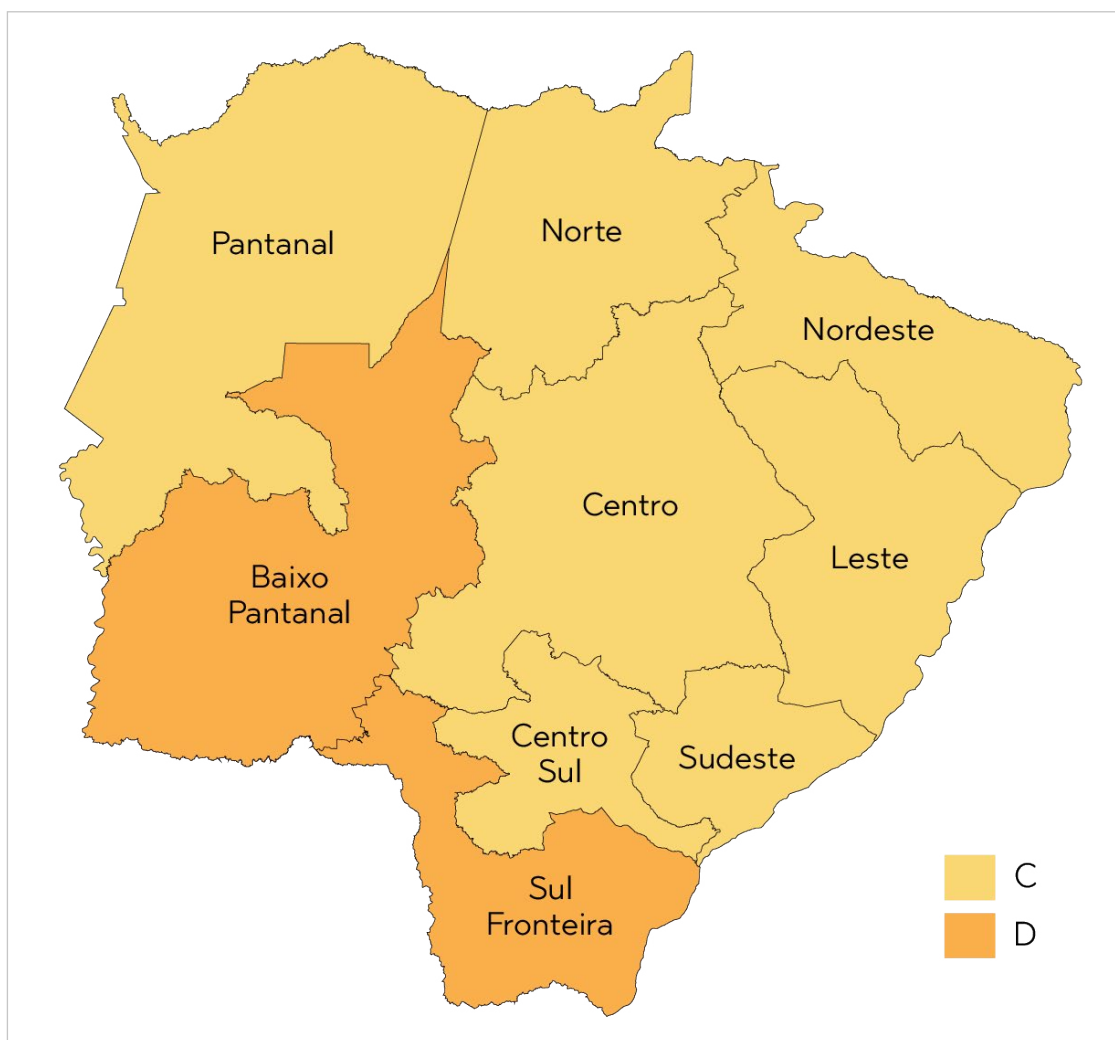


Fonte: Instituto de Estudos para Políticas Públicas, 2024.

RECURSOS HUMANOS

As classificações das regiões quanto aos recursos humanos permaneceram estáveis entre os grupos C e D (Figura 4). Esse resultado se deve à predominância de indicadores municipais, como cobertura de estratégia saúde da família e agentes de saúde, que têm desempenho homogêneo na maioria dos municípios do estado. No entanto, é necessário avaliar mais detalhadamente a cobertura de médicos e enfermeiros por carga horária e habitantes.

Figura 4 - Distribuição da força de trabalho em saúde no Mato Grosso do Sul.

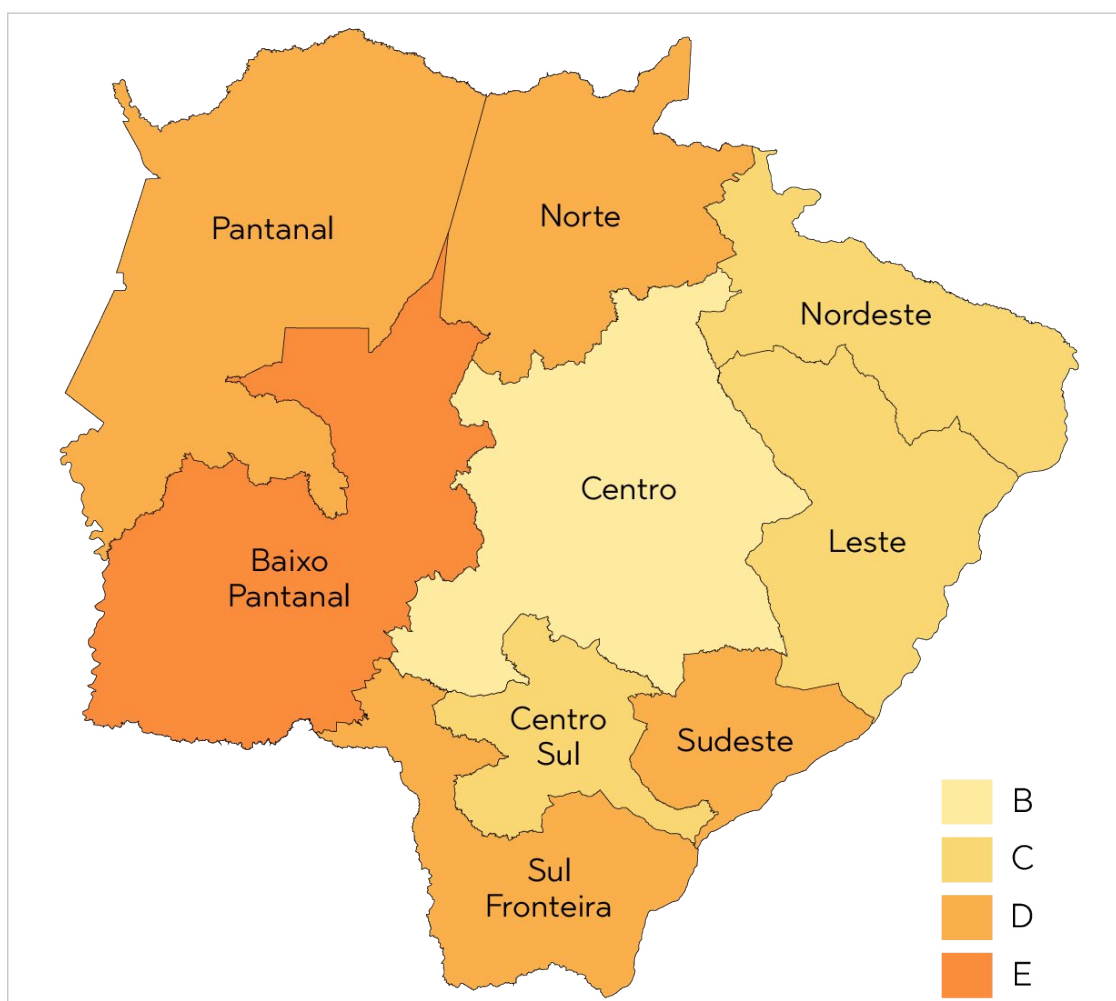


Fonte: Instituto de Estudos para Políticas Públicas, 2024.

DEPENDÊNCIA ENTRE REGIÕES DE SAÚDE

- Dados de 2023 demonstraram que a dependência entre regiões para serviços de média e alta complexidade se manteve semelhante ao cenário anterior. **Espera-se que o redesenho promova maior equilíbrio e eficiência na oferta de serviços, reduzindo as dependências regionais e melhorando a acessibilidade geográfica.**
- A região de Coxim, que antes era classificada como E, avançou para D, indicando maior autonomia. Isso se deve à incorporação de municípios como Figueirão, São Gabriel do Oeste e Rio Negro (Figura 5).
- A nova Região Baixo Pantanal, resultante da fusão de Jardim e Aquidauana, permaneceu no grupo E em termos de dependência.

Figura 5 - Dependência entre regiões de saúde na oferta de serviços.



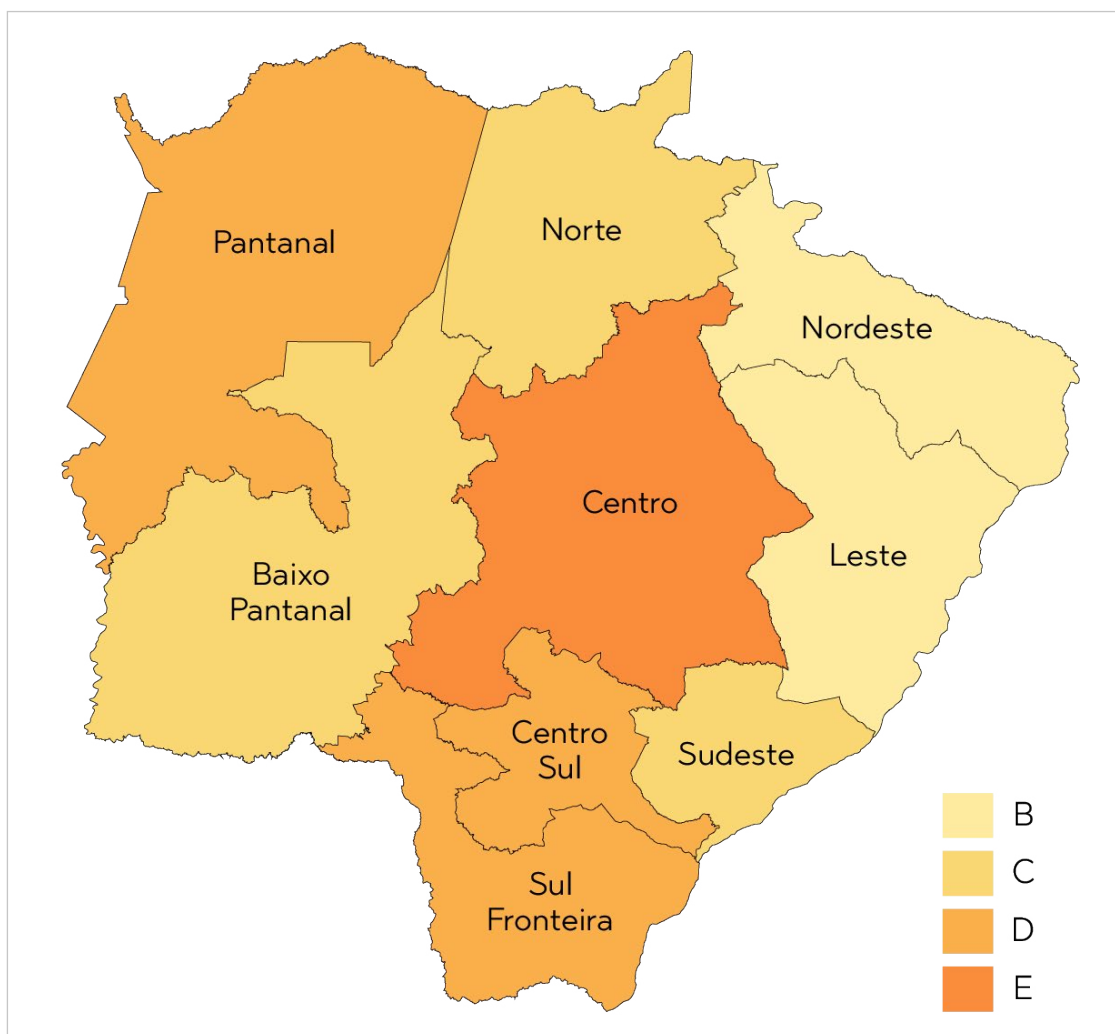
Fonte: Instituto de Estudos para Políticas Públicas, 2024.

CAPACIDADE INSTALADA DE EQUIPAMENTOS

A proporção de equipamentos por 100 mil habitantes pode levar a distorções por causa das diferenças no tamanho da população entre os municípios. Em municípios menores, o valor desse indicador tende a ser mais alto, mesmo que eles tenham menos equipamentos no total. Por outro lado, municípios maiores, como Campo Grande, podem parecer ter menos equipamentos nesse indicador, mesmo que tenham mais em números absolutos (Figura 6).

Isso acontece porque o cálculo é feito dividindo o número de equipamentos pela população. Em municípios grandes, como Campo Grande, a população é muito maior, o que resulta em valores proporcionalmente mais baixos, mesmo que eles tenham mais equipamentos no total.

Figura 6 - Oferta de equipamentos por região de saúde.



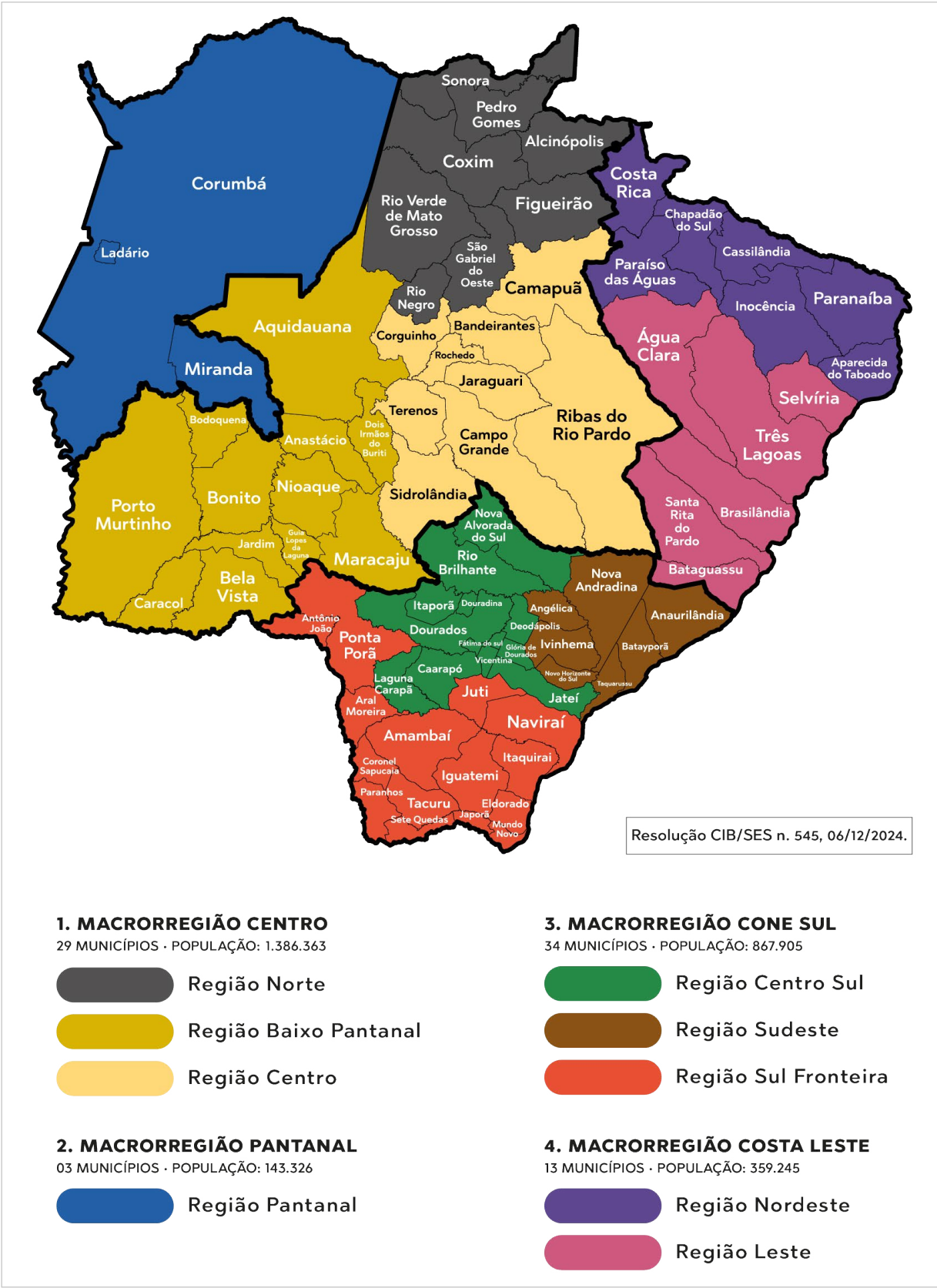
Fonte: Instituto de Estudos para Políticas Públicas, 2024.

NOVO PDR, E AGORA?

O novo PDR traz desafios significativos, mas representa um grande avanço para a atenção integral em saúde da população sul-mato-grossense (Figura 7 e 8). Esta é uma oportunidade única para transformar a realidade da saúde em nossa região. Ao realizarmos o diagnóstico da rede local e regional, definirmos os serviços que atendem às necessidades da população e revisarmos as pactuações, estaremos construindo um sistema de saúde mais eficiente e equitativo.

Gestores, este é o momento de fazer a diferença! Com dedicação e compromisso, podemos garantir que a gestão do sistema de saúde siga e reforce os princípios do SUS, proporcionando um atendimento de qualidade e integral para todos. Vamos trabalhar juntos para criar uma rede de saúde que atenda verdadeiramente às necessidades de nossa população. Juntos, podemos alcançar uma saúde mais justa e acessível para todos os sul-mato-grossenses.

Figura 7 - Mapa das regiões de saúde de Mato Grosso do Sul - 2024.



Fonte: própria.

Figura 8 - Relação dos municípios que compõem as regiões de saúde de Mato Grosso do Sul – 2024.

1. MACRORREGIÃO CENTRO · 29 MUNICÍPIOS · POPULAÇÃO: 1.386.363

1.1 REGIÃO BAIXO PANTANAL		1.2 REGIÃO CENTRO		1.3 REGIÃO NORTE	
MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Anastácio	24.114	1. Bandeirantes	7.940	1. Alcínópolis	4.537
2. Aquidauana	46.803	2. Camapuã	13.583	2. Coxim	32.151
3. Bela Vista	21.613	3. Campo Grande	897.938	3. Figueirão	3.539
4. Bodoquena	8.567	4. Corguinho	4.783	4. Pedro Gomes	6.941
5. Bonito	23.659	5. Jaraguari	7.139	5. Rio Negro	4.841
6. Caracol	5.036	6. Ribas do Rio Pardo	23.150	6. Rio Verde de Mato Grosso	19.818
7. Dois Irmãos do Buriti	11.100	7. Rochedo	5.199	7. São Gabriel do Oeste	29.579
8. Guia Lopes da Laguna	9.940	8. Sidrolândia	47.118	8. Sonora	14.516
9. Jardim	23.981	9. Terenos	17.652	Total	115.922
10. Maracaju	45.047	Total	1.024.502		
11. Nioaque	13.220				
12. Porto Murtinho	12.859				
Total	245.939				

2. MACRORREGIÃO PANTANAL · 03 MUNICÍPIOS · POPULAÇÃO: 143.326

2.1 REGIÃO PANTANAL	
MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Corumbá	96.268
2. Ladário	21.522
3. Miranda	25.536
Total	143.326

3. MACRORREGIÃO CONE SUL · 34 MUNICÍPIOS · POPULAÇÃO: 867.905

3.1 REGIÃO CENTRO SUL		3.2 REGIÃO SUDESTE		3.3 REGIÃO SUL FRONTEIRA	
MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Caarapó	30.612	1. Anaurilândia	7.653	1. Amambaí	39.325
2. Deodápolis	13.663	2. Angélica	10.729	2. Antônio João	9.303
3. Douradina	5.578	3. Batayporã	10.712	3. Aral Moreira	10.748
4. Dourados	243.367	4. Ivinhema	27.821	4. Coronel Sapucaia	14.289
5. Fátima do sul	20.609	5. Nova Andradina	48.563	5. Eldorado	11.386
6. Glória de Dourados	10.444	6. Novo Horizonte do Sul	4.721	6. Iguatemi	13.796
7. Itaporã	24.137	7. Taquarussu	3.625	7. Itaquiraí	19.423
8. Jateí	3.586	Total	113.824	8. Japorã	8.148
9. Laguna Carapã	6.799			9. Juti	6.729
10. Nova Alvorada do Sul	21.822			10. Mundo Novo	19.193
11. Rio Brilhante	37.601			11. Naviraí	50.457
12. Vicentina	6.336			12. Paranhos	12.921
Total	424.554			13. Ponta Porã	92.017
				14. Sete Quedas	10.994
				15. Tacuru	10.808
				Total	329.537

4. MACRORREGIÃO COSTA LESTE · 13 MUNICÍPIOS · POPULAÇÃO: 359.245

4.1 REGIÃO NORDESTE		4.2 REGIÃO LESTE	
MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1. Aparecida do Taboado	27.674	1. Água Clara	16.741
2. Cassilândia	20.988	2. Bataguassu	23.031
3. Chapadão do Sul	30.993	3. Brasilândia	11.579
4. Costa Rica	26.037	4. Santa Rita do Pardo	7.027
5. Inocência	8.404	5. Selvíria	8.142
6. Paraíso das Águas	5.510	6. Três Lagoas	132.152
7. Paranaíba	40.957	Total	198.672
Total	160.563		

POPULAÇÃO DE MATO GROSSO DO SUL: 2.756.839 habitantes.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

Fonte: própria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Diário Oficial da União. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 29 jun. 2011.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. Nota Técnica Análise e classificação das regiões do estado - Mato Grosso do Sul. [S. l.]: IEPS, 2024. Disponível em: <https://www.esp.ms.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/Nota-Tecnica-Classificacao-das-Regioes-MS-1.pdf>.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. Revista Katálisis, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 324–335, 2018.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 893–902, 2007.



SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



GOVERNO DE
**Mato
Grosso
do Sul**