



PLANO DE AÇÃO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO ESTADO DE MATO GROSSO

2017
Cuiabá/MT



COORDENAÇÃO:

COORDENADORIA DE REDE DE SERVIÇOS

ELABORAÇÃO:

COORDENADORIA DE REDE DE SERVIÇOS

COORDENADORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

COORDENADORIA DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

CONTRIBUIÇÃO TÉCNICA:

Consultores técnicos da Coordenação Geral de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas

CGAPDC/DAET/SAS/MS



SUMÁRIO

I. APRESENTAÇÃO	5
II. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTADO	7
III. AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	10
3.1. Diagnóstico do Câncer no Estado	10
3.1.1 - Incidência	10
3.1.2 - Mortalidade	12
3.1.3 - Fatores de Risco e Proteção	15
IV. ATENÇÃO PRIMÁRIA	17
4.1. Outros Programas Estratégicos da APS	21
4.1.1 - Núcleo de Apoio à Equipe Saúde da Família - NASF	21
4.1.2 - Academia da Saúde	23
4.1.3 - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção - PMAQ	24
4.1.4 - Educação Permanente	25
4.1.5 - Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT	25
4.1.6. Saúde Bucal - SB	27
V. ATENÇÃO ESPECIALIZADA	29
5.1 - Câncer de Boca	29
5.1.1 - Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs	30
5.1.2 - Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais – CEOPE	32
5.2 - Neoplasia de Mama	33
5.2.1 - Rastreamento/Mamografia	34
5.2.2 - Serviços de Assistência e Diagnóstico	35
5.2.3 - Programa Nacional de Qualidade de Mamografia – PNQM	37
5.2.4 - Mamógrafo Móvel	38
5.3 - Câncer de Colo de Útero	38
5.3.1 - Rastreamento/Citologia Cervical	39
5.3.2 - Ambulatório de Referência de Ginecologia para Câncer de Colo do Útero	43
5.3.3 - HPV – Vacina	45
5.3.4 - Sistema de Informação do Câncer – SISCAN	45
5.3.5 - Centro Formador e Tutoria em Ginecologia / Colposcopia	46
5.4 - Neoplasia de Próstata	46



5.4.1 - Antígeno Prostático Específico – PSA	47
5.5 - Neoplasia de pulmão	48
5.5.1 - Broncoscopia	48
5.6 - Neoplasia Gastrointestinal	49
5.6.1 - Endoscopia Digestiva, Colonoscopia e Retossigmoidoscopia	50
5.7. Outros Procedimentos	51
5.7.1 - Anatomia Patológica	51
5.7.2 - Imunohistoquímica	52
5.7.3 - Ultrassonografias	53
5.7.4 - Tomografia Computadorizada	53
5.7.5 - Ressonância Magnética	54
5.8. Rede de Serviços de Média e Alta Complexidade Oncológica	55
VI. VIGILÂNCIA DO CÂNCER	60
VII. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO	62
VIII. REGULAÇÃO E SISTEMAS LOGÍSTICOS	63
8.1. Componente Regulação	63
8.2. Sistema de transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de saúde	63
8.3. Consórcios Intermunicipais de Saúde	64
8.4. Transporte Sanitário	64
IX. AÇÕES PROPOSTAS E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	65
9.1. Prevenção e Diagnóstico Precoce:	65
9.2. Assistência Ambulatorial e Hospitalar:	65
9.3. Gestão do Sistema:	66
9.4. Propostas:	66
X. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69



I. APRESENTAÇÃO

A importância epidemiológica do câncer e sua magnitude social, as condições de acesso da população à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população.

Em 2006 foi aprovada pela CIB, a “Rede Estadual de Atenção Oncológica - Mato Grosso”, conforme Portaria nº 2.439 - Política Nacional de Atenção Oncológica (8/12/05) que se constituiu no primeiro documento organizador e orientador deste processo.

A metodologia empregada, adequando às recentes portarias ministeriais a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer Portaria nº 874 (16/05/2013), a Portaria nº 189 (31/01/2014) que institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação, a Portaria nº 140 (27/02/2014) que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Portaria GM/MS nº 483 (01/04/2014) que 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.

Após participação na Oficina Nacional de Organização da Rede de Atenção à Saúde para o Controle do Câncer 07, 08 e 09/04/2014, em Brasília foi realizada reunião com os técnicos das Superintendências de Atenção à Saúde, Vigilância Sanitária, Regulação e Regionalização para discussão e planejamento da construção do Plano de Ação Estadual de Oncologia.

Foram visitados os estabelecimentos (representantes da SES, acompanhados pelos representantes das Secretarias Municipais locais e Regionais de Saúde), com aplicação do *check list* e análise de documentos: relatórios de produção SIA e SIH, informações do CNES, dados populacionais e epidemiológicos, parâmetros e relatórios das visitas técnicas, anteriormente realizadas.

Também foram feitas videoconferências com membros do GT e apoiadores do MS para organização da Oficina para Construção do Plano de Ação Estadual de Oncologia - 04 e 05/08/2015, com a participação dos apoiadores do MS, técnicos representantes das Superintendências de

Atenção à Saúde, Vigilância Sanitária, Regulação, Controle e Avaliação e dos Escritórios Regionais de Saúde (Regionalização).

Como produto desta, foram realizadas Oficinas Regionais, com participação dos representantes dos Escritórios Regionais e dos Municípios das áreas de abrangência, com proposição operativa das CIR's, nas 16 regiões de Saúde.

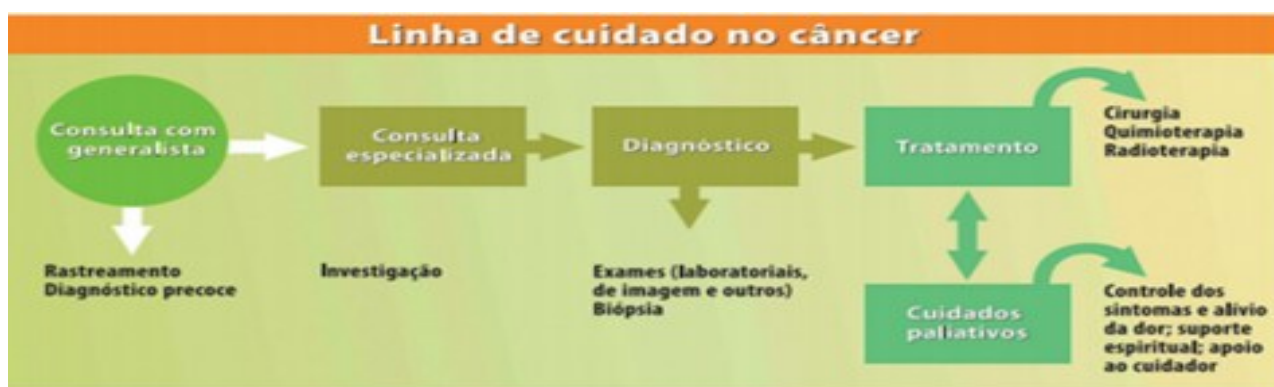
Finalmente, na 2ª Oficina Nacional de Organização da Rede de Atenção à Saúde para o Controle do Câncer – 27 e 28/10/2015 foram discutidos os Planos de Ação dos Estados.

Assim, o Plano de Ação da Atenção Oncológica do Estado de Mato Grosso servirá de base para estruturação das linhas de cuidado, forma essa sugerida para organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

O modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que seja garantido o acesso aos serviços e ao cuidado integral. As pessoas devem ser vistas como sujeitos na singularidade de sua história de vida, nas condições socioculturais, nos anseios e nas expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida.

As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades (Figura 1).

Figura 1 – Linha de Cuidado no Câncer:



Fonte: (INCA, 2012).

A organização da Linha de Cuidado envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base na evidência disponível na literatura científica.

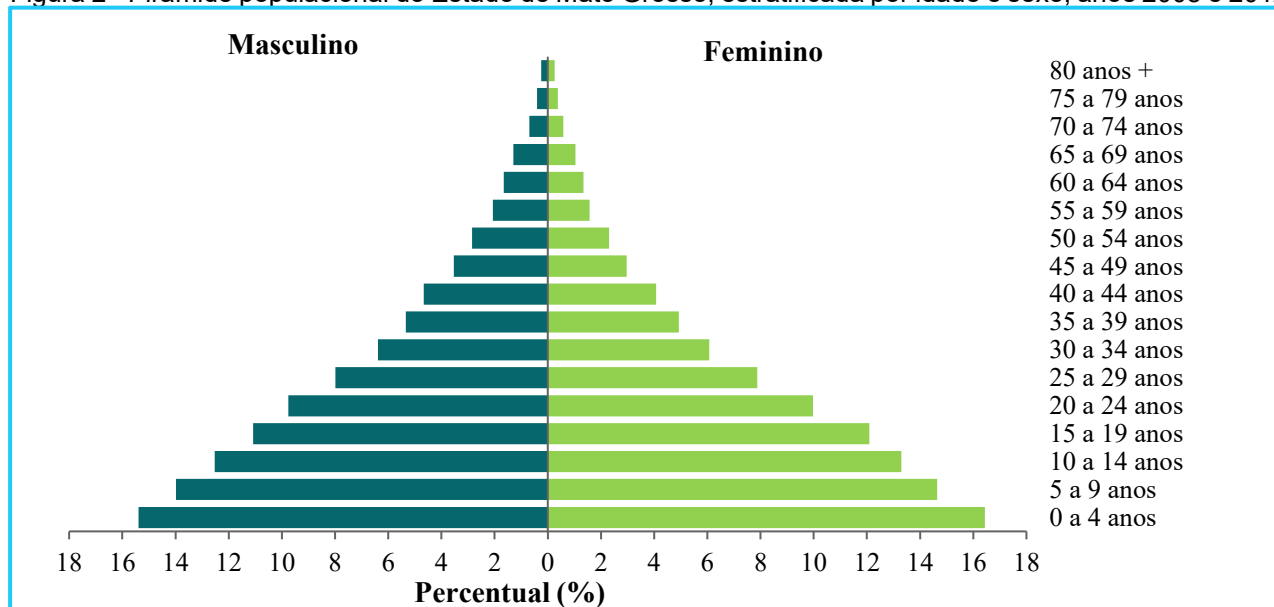
Dentro desta perspectiva a aplicação do conceito de rede aos serviços oncológicos, pressupõe a integração de todos os serviços, públicos e privados, conveniados nos diferentes níveis de complexidade, que estão envolvidos na promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, formando assim a Rede de Atenção Oncológica.

II. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTADO

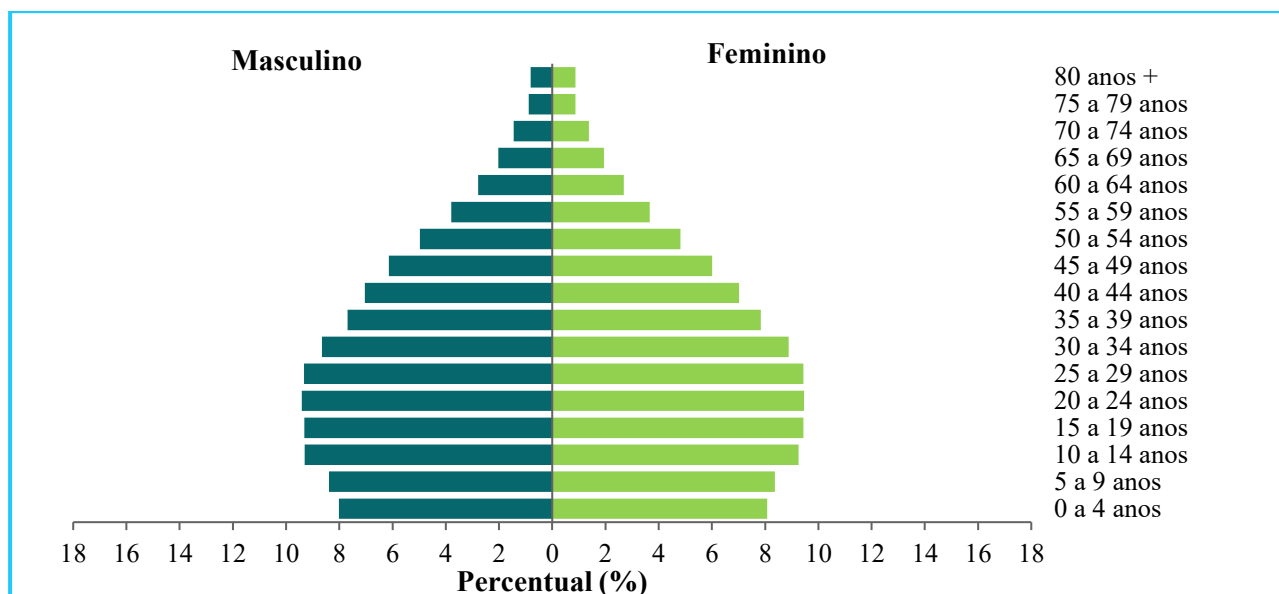
A população estimada para Mato Grosso em 2015 foi de 3.265.486 habitantes, sendo 1.671.102 homens e 1.594.384 mulheres (IBGE/MS/SGEP/DATASUS, 2016).

A pirâmide populacional é um gráfico de barras que mostra a proporção (%) de pessoas nos diversos grupos etários. Tal gráfico tem na sua metade esquerda a população masculina e na sua metade direita a população feminina. Na figura 2 quando comparado o perfil da população existente por faixa etária e sexo nos anos 2008 e 2012 pode-se observar a mudança na estrutura da pirâmide, mostrando que vem nascendo menos e a população existente ficando mais velha.

Figura 2 - Pirâmide populacional do Estado de Mato Grosso, estratificada por idade e sexo, anos 2008 e 2012.



Fonte: IBGE, 2008



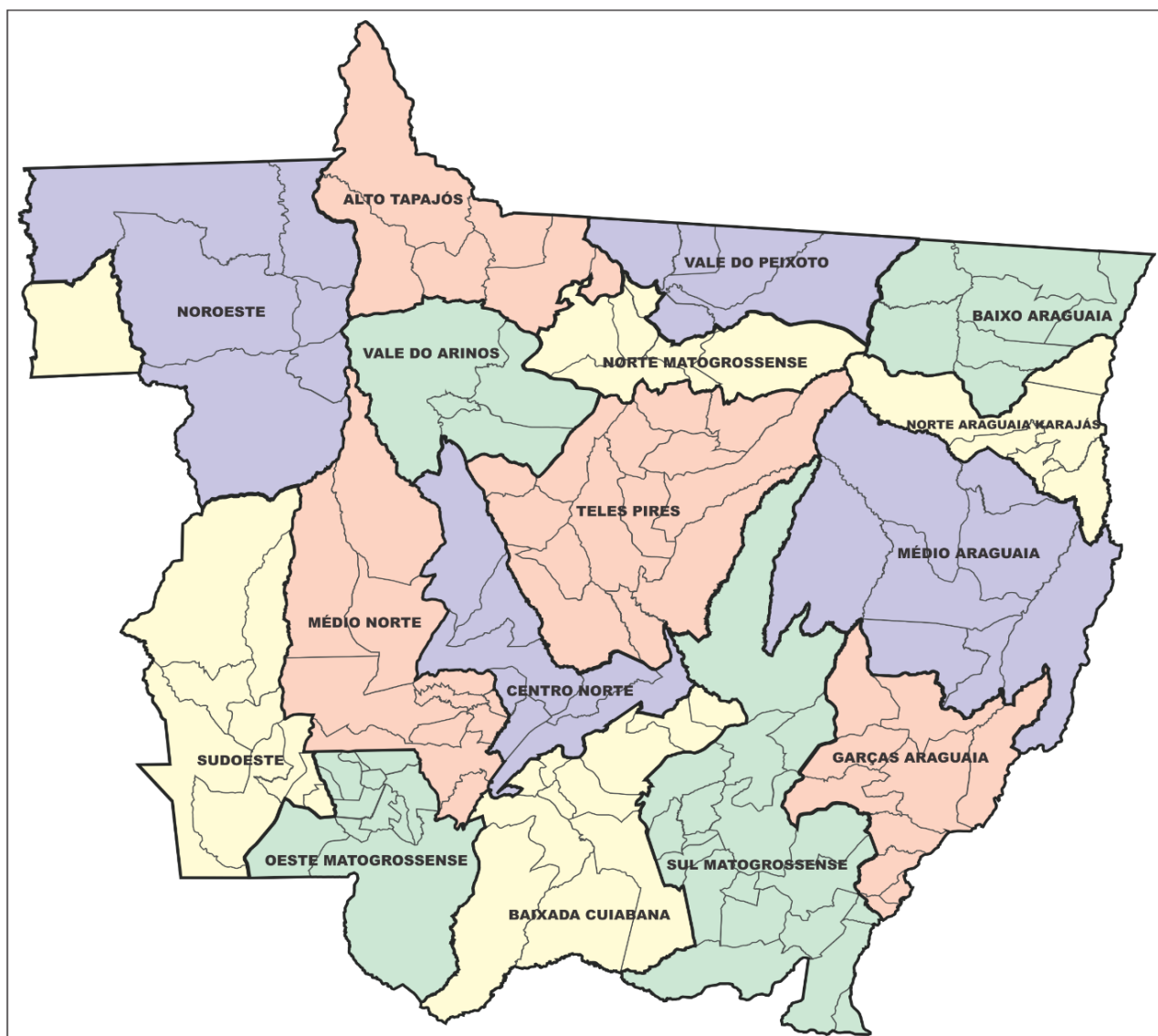
Fonte: IBGE, 2012

Como o envelhecimento da população é considerado um dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, a análise da estrutura etária ao longo dos anos é um dos aspectos fundamentais para prever a tendência do comportamento etário da população estadual - envelhecimento ou juventude, e assim, preparar o sistema de saúde local para atender as necessidades de saúde que estão para surgir.

De acordo com dados de distribuição da população, segundo os grupos de idade, cerca de 80% da população estadual estava concentrada na faixa etária com menos de 50 anos. Entretanto, mesmo apresentando uma população, predominantemente, mais jovem, o câncer aparece como a segunda causa de morte nas estatísticas de mortalidade, não considerado o item XX. *Causas externas de morbidade e mortalidade*, segundo *Capítulos CID-10*, período 2012, DATASUS.

Mato Grosso tem 906.069 km² de área territorial, o que o torna o terceiro mais extenso do país, com diversas regiões inabitadas, interferindo diretamente na taxa de densidade demográfica, que é de 3,3 habitantes por km². Possui 141 municípios distribuídos espacialmente de forma heterogênea em 16 Regiões de Saúde, com muitas diferenças sociais, culturais e econômicas (Figura 3).

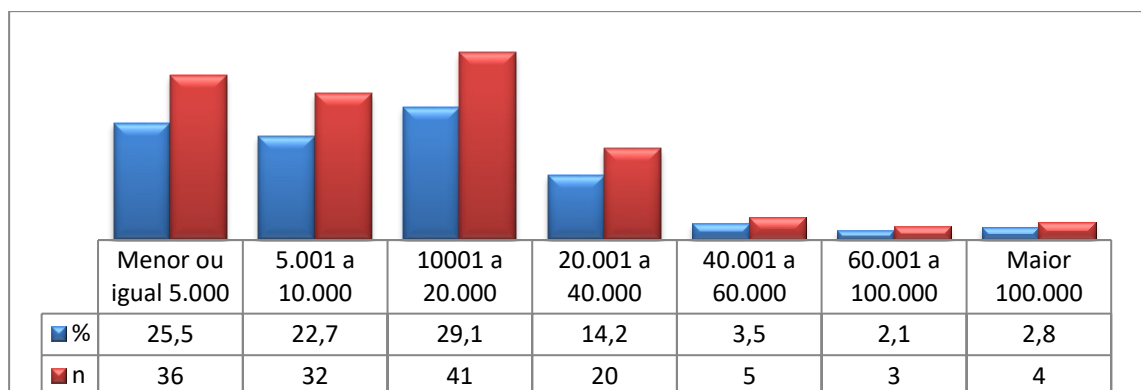
Figura 3 - Distribuição espacial dos municípios de Mato Grosso, conforme Regiões de Saúde.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde/SES, 2014.

Apresenta 04 municípios com população acima de 100 mil habitantes, sendo que a maior concentração está na capital Cuiabá com 580.489 habitantes Estimativa - IBGE/2015. Além disso, 48% dos municípios do Estado têm até 10.000 habitantes e apenas 8% deles têm acima de 40.000 habitantes (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Estratificação dos Municípios por faixa populacional. Mato Grosso, 2013.



Fonte: DATASUS em 28/05/2014 - População referente /TCU

III. AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

3.1. Diagnóstico do Câncer no Estado

3.1.1 - Incidência

Segundo o INCA, em Mato Grosso são esperados 4.770 casos novos de câncer, excluídos os de pele não melanoma, sendo 2.620 casos em homens e 2.150 casos em mulheres. As respectivas taxas de incidência são de 160,86 casos por 100.000 homens e 137,69 casos por 100.000 mulheres (Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil /INCA, 2014).

A tabela 1 apresenta estimativas de incidência para o ano 2014 para o sexo masculino, que permitem identificar as topografias mais frequentes esperadas para o Estado.

Tabela 1: Estimativas de incidência por topografia e sexo masculino, Mato Grosso, 2014.

Localização primária de neoplasia maligna	Casos	Taxa Bruta
Próstata	980	59,97
Traqueia, brônquio e pulmão	210	12,49
Estômago	150	9,42
Cólon e reto	130	7,86
Cavidade oral	120	7,10
Esôfago	110	6,58
Laringe	80	5,16
Bexiga	70	4,19
Leucemias	60	3,49
Sistema Nervoso Central	60	3,64
Linfoma Não Hodgkin	50	3,25
Linfoma de Hodgkin	30	1,58



Localização primária de neoplasia maligna	Casos	Taxa Bruta
Pele melanoma	40	2,25
Outras localizações	530	31,74
Subtotal	2.620	160,86
Pele não Melanoma	2.020	123,84
Todas as Neoplasias	4.640	284,88

Fonte: INCA, 2014

A análise dos casos novos de câncer por gênero e localização primária da neoplasia maligna mostra que as taxas e incidência, excluindo os de pele não melanoma e outras localizações, entre homens são câncer de próstata (59,97 casos por 100 mil) seguido dos cânceres de traqueia/brônquio/pulmão (12,49 casos por 100 mil) e de estômago (9,42 casos por 100 mil).

A tabela 2 apresenta estimativas de incidência para o ano 2014 para o sexo feminino, que permitem identificar as topografias mais frequentes esperadas para o Estado. Dentre as mulheres, em primeiro lugar está o câncer de mama (39,16 por 100 mil) seguido pelo câncer do colo do útero (25,21 por 100 mil) e de cólon e reto (9,07 por 100 mil) (INCA, 2014).

Tabela 2: Estimativas de incidência por topografia e sexo feminino, Mato Grosso, 2014.

Localização primária de neoplasia maligna	Casos	Taxa Bruta
Mama feminina	610	39,16
Colo do útero	390	25,21
Cólon e reto	140	9,07
Traqueia, brônquio e pulmão	100	6,48
Estômago	90	6,02
Ovário	70	4,60
Sistema nervoso central	60	4,07
Corpo do útero	50	3,14
Linfoma não Hodgkin	40	2,47
Leucemias	40	2,89
Cavidade oral	40	2,68
Glândula tireoide	50	3,18
Bexiga	30	1,88
Esôfago	30	2,18
Pele melanoma	20	1,54
Outras localizações	370	23,94
Subtotal	2.150	137,69
Pele não melanoma	1.380	88,50
Todas as Neoplasias	3.530	226,06

Fonte: INCA, 2014

Dessa forma, estimou-se o número de casos novos para esses cânceres mais incidentes por região no estado, de acordo com a população residente, apresentado na tabela 3.

Tabela 3- Número de Casos Novos estimados, por localização primária da neoplasia maligna, dos seis cânceres mais incidentes, por região do Estado de Mato Grosso, 2014.

REGIÕES	Próstata	Mama	Colo de Útero	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Cólon e Reto	Estômago
Alto Tapajós	31,1	19,4	12,4	9,8	8,6	7,6
Baixada Cuiabana	288,7	179,7	114,9	91,3	79,6	70,7
Baixo Araguaia	25,2	15,7	10,0	8,0	6,9	6,2
Centro Norte Matogrossense	32,2	20,1	12,8	10,2	8,9	7,9
Garças Araguaia	36,7	22,9	14,6	11,6	10,1	9,0
Médio Araguaia	25,3	15,8	10,1	8,0	7,0	6,2
Médio Norte Matogrossense	70,8	44,1	28,2	22,4	19,5	17,3
Noroeste Matogrossense	39,9	24,8	15,9	12,6	11,0	9,8
Norte Matogrossense	20,5	12,8	8,2	6,5	5,6	5,0
Norte Araguaia Karajá	8,8	5,5	3,5	2,8	2,4	2,1
Oeste Matogrossense	57,7	35,9	23,0	18,3	15,9	14,1
Sudoeste Matogrossense	34,3	21,3	13,6	10,8	9,4	8,4
Sul Matogrossense	147,7	91,9	58,8	46,7	40,7	36,2
Teles Pires	114,9	71,5	45,7	36,3	31,6	28,1
Vale do Arinos	15,9	9,9	6,3	5,0	4,4	3,9
Vale do Peixoto	30,4	18,9	12,1	9,6	8,4	7,4
Total Geral	980	610	390	310	270	240

Fonte: INCA, 2014 - adaptado

De acordo com INCA (2015), as estimativas permitem conhecer a provável incidência dos principais tipos de câncer num determinado território para planejar ações e programas de controle, além de auxiliar na definição de políticas públicas e alocação de recursos (INCA, 2015).

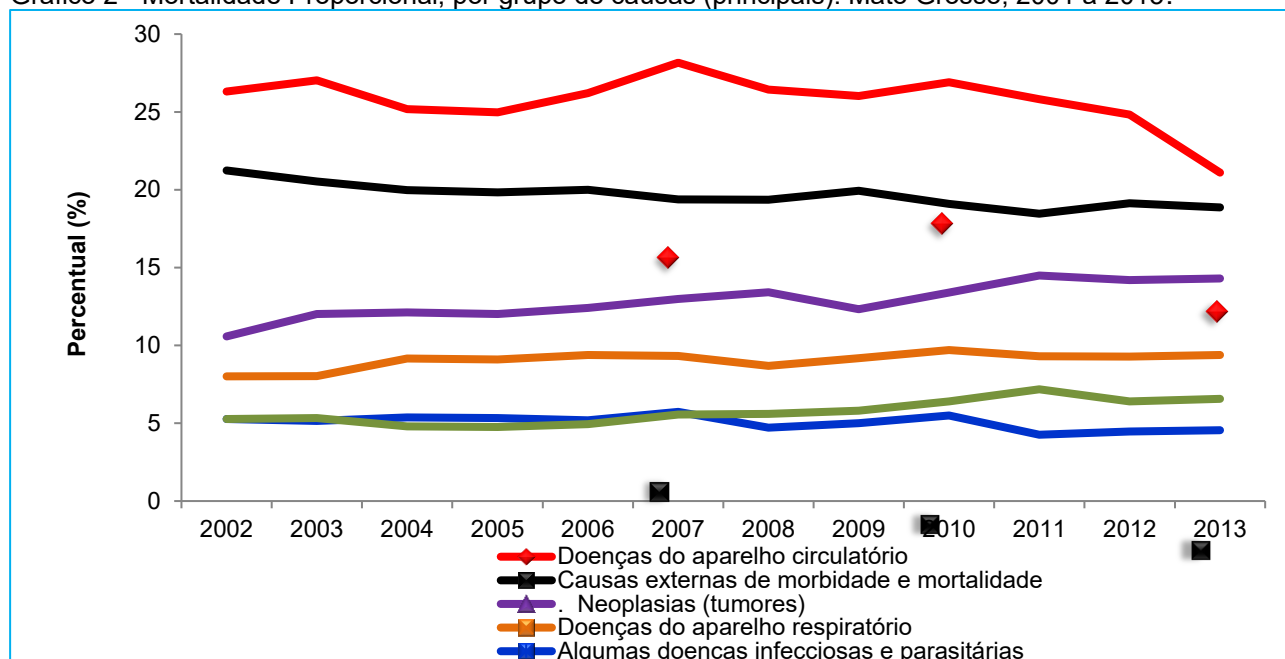
3.1.2 - Mortalidade

O câncer, as doenças cardiovasculares, o diabetes e as causas externas, todas pertencentes ao grupo das doenças crônicas não transmissíveis, representam mais de 50% de óbitos em Mato Grosso e no Brasil.

De acordo com gráfico 2, entre os anos de 2003 a 2013, a mortalidade proporcional por neoplasia aparece em terceiro lugar no estado, em relação ao total de mortes por causas definidas, ficando atrás apenas dos óbitos por doenças do aparelho circulatório e por causas externas.

Evidencia-se um aumento da mortalidade proporcional por câncer passando de 10,79% em 2001, para 14,29% em 2013, podendo ser explicado em parte pelo envelhecimento populacional, melhoria do sistema de notificação e verificação de óbitos e melhoria da oferta de serviços diagnósticos.

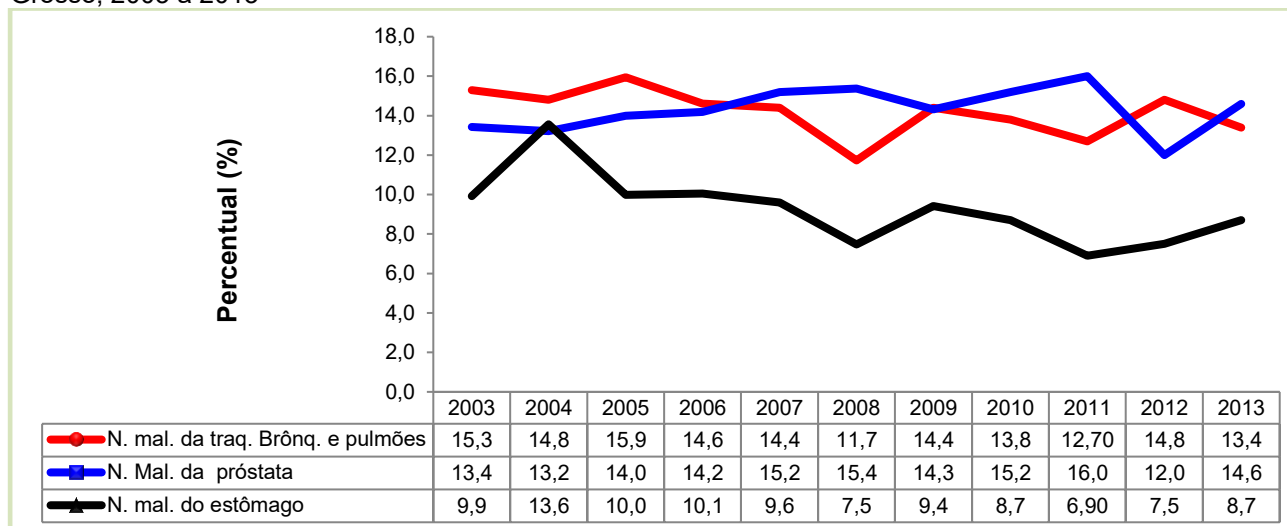
Gráfico 2 - Mortalidade Proporcional, por grupo de causas (principais). Mato Grosso, 2001 a 2013.



Fonte: SES/MT - SIM dados sujeitos a alteração 2013 – Base de dados Janeiro/2015

No gráfico 3 pode-se observar o comportamento das três principais causas de morte por tipo de neoplasias em homens (Traqueia, Brônquio e Pulmão; Próstata e Estômago) no período de 2003 a 2013 no estado de Mato Grosso. Numa análise de tendência da ocorrência destes óbitos, ressalta-se que estes tipos de neoplasias mantêm as taxas altas e constantes.

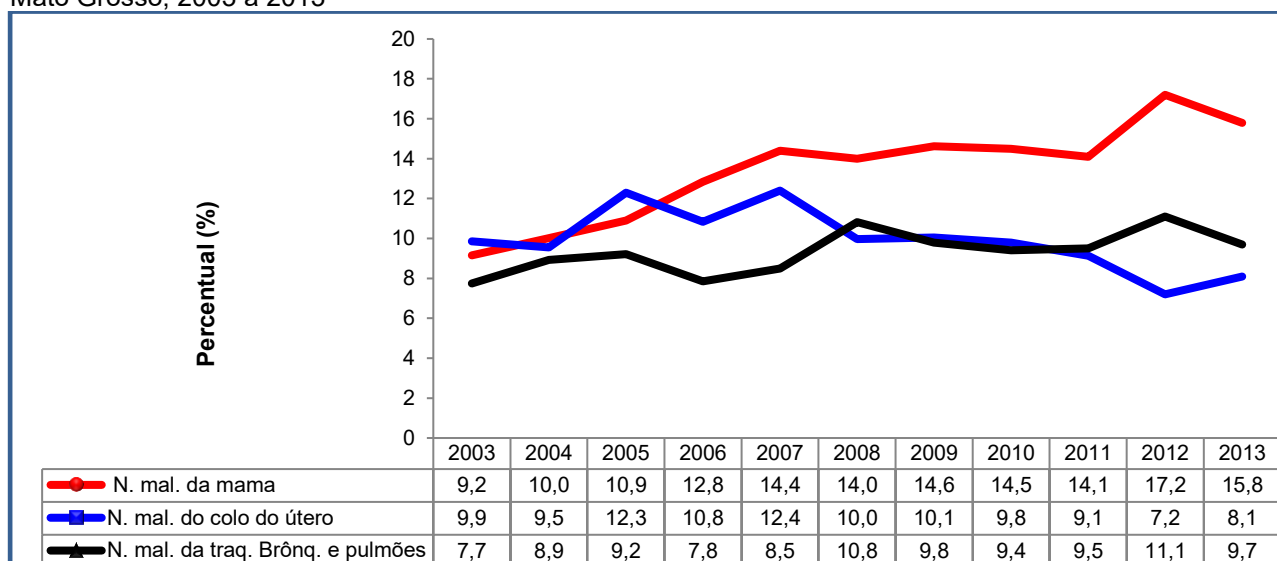
Gráfico 3- Distribuição das três principais causas de morte, segundo os tipos de Neoplasias em homens. Mato Grosso, 2003 a 2013



Fonte: SES/MT - SIM dados sujeitos a alteração 2013 – Base de dados Janeiro/2015

No gráfico 4 pode-se observar o comportamento das três principais causas de morte por tipo de neoplasias em mulheres (Mama; Colo de Útero e Traqueia, Brônquio e Pulmão) no período de 2003 a 2013 no estado de Mato Grosso. Avalia-se, no entanto que as mesmas são passíveis de ações de promoção e prevenção, reforçando que se faz necessário intensificar estas ações nos municípios e ampliar a oferta e o acesso aos serviços, podendo assim contribuir para a reversão do quadro epidemiológico.

Gráfico 4 - Distribuição das três principais causas de morte, segundo os tipos de Neoplasias em mulheres. Mato Grosso, 2003 a 2013



Fonte: SES/MT - SIM dados sujeitos a alteração 2013 – Base de dados Janeiro/2015



A tabela 4 mostra a taxa de mortalidade por câncer por região de saúde no estado e chama a atenção o aumento considerável em todas as regiões demonstrado pela variação percentual do período de 2006 a 2013, com exceção da região Norte Araguaia Karajá que apresentou uma diminuição de mortalidade em 48,04%. O maior aumento foi observado no Vale do Peixoto com uma variação percentual de 67,86, seguido por Garças Araguaia (50,34%), Vale dos Arinos (49,76%) e Médio Norte Matogrossense (47,04%). O estado apresentou uma variação percentual de 28,60 no período.

Tabela 4 - Taxa de mortalidade por câncer por região de saúde (CIR), Mato Grosso, 2006 a 2013.

Regiões de Saúde	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ%
Alto Tapajós	58,78	68,73	50,37	49,68	58,50	51,08	63,66	67,64	15,07
Baixada Cuiabana	67,79	68,94	84,13	76,23	78,33	91,10	90,62	91,70	35,27
Araguaia Xingu	23,77	25,29	35,00	15,15	52,24	29,52	36,62	31,57	32,81
Centro Norte	48,03	52,98	55,78	73,88	66,50	59,65	73,01	58,19	21,15
Garças Araguaia	47,91	49,21	59,12	52,00	56,68	61,44	66,16	72,03	50,34
Médio Araguaia	38,55	47,56	33,59	36,67	53,89	31,22	45,96	42,42	10,04
Médio N. Matogrossense	43,09	48,92	58,78	53,11	49,31	62,61	50,78	63,36	47,04
Noroeste Matogrossense	48,11	41,74	34,72	46,58	52,96	50,31	49,24	43,53	9,52
Norte Araguaia Karajá	43,57	27,02	17,80	17,40	13,98	18,36	13,58	22,64	- 48,04
Norte Matogrossense	54,14	67,55	73,16	67,35	78,09	51,61	32,47	76,75	40,65
Oeste Matogrossense	68,26	60,78	68,73	55,48	83,88	66,36	72,45	75,65	10,83
Sudoeste Matogrossense	46,11	43,47	49,75	44,73	58,74	43,71	49,71	52,42	13,68
Sul Matogrossense	70,68	69,84	73,39	75,06	72,93	79,62	88,52	87,88	24,34
Teles Pires	47,49	48,80	56,54	49,13	49,19	68,60	62,07	62,64	31,90
Vale do Peixoto	47,63	49,08	42,56	38,97	61,57	59,97	50,22	79,95	67,86
Vale dos Arinos	44,68	40,33	61,04	45,99	48,15	61,52	65,26	67,18	49,76
Total	57,86	58,65	65,49	61,03	66,26	70,52	71,61	74,41	28,60

Fonte: MS/SVS/SIM – 2015 / IBGE - Estimativas populacionais / Data de consulta: 10/2015 - Por 100 mil habitantes

3.1.3 - Fatores de Risco e Proteção

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades (WHO, 2011a). Entre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e a inatividade física (WHO, 2011a; SCHMIDT et al., 2011).



Analisando a tabela 5 pode-se verificar pela variação percentual que no período de 2006 a 2013 quase todos os fatores levantados tiveram um crescimento importante aumentando assim o risco de ocorrência de câncer. Cabe destaque que a prevalência dos fatores de risco foi maior para as mulheres do que para os homens. Apenas o fator “fumante” reduziu para ambos os sexos (-27,0%). Fatores que chamam a atenção é a inatividade física (120,2%), seguida da obesidade (86,9%) e o consumo de álcool (54,5%) ocorrido entre as mulheres.

Tabela 5 - Prevalência dos fatores de risco, segundo VIGITEL, 2006-2013, Cuiabá.

Fatores	Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ%
Fumantes	Masc	19,3	17,8	17,4	12,4	15,9	16,5	14,1	15,4	-20,2
	Fem	10,7	10,4	11,0	9,7	9,4	9,6	8,7	6,5	-39,3
	Ambos	14,8	14,0	14,0	11,0	12,5	12,9	11,3	10,8	-27,0
Excesso de Peso	Masc	49,3	55,2	52,1	52,8	53,3	56,1	57,7	59,0	19,7
	Fem	38,6	41,6	45,0	41,7	46,7	46,2	46,3	51,0	32,1
	Ambos	43,7	48,2	48,4	47,0	49,9	51,0	51,8	54,9	25,6
Obesidade	Masc	13,0	15,2	15,3	14,2	18,8	18,6	19,5	21,9	68,5
	Fem	12,2	13,6	13,8	15,6	18,4	17,8	18,9	22,8	86,9
	Ambos	12,6	14,3	14,9	14,9	18,6	18,2	19,2	22,4	77,8
Inatividade Física	Masc	11,9	14,8	19,1	15,0	15,0	15,9	12,9	17,5	47,1
	Fem	11,9	9,6	18,3	16,8	14,3	14,2	14,4	26,2	120,2
	Ambos	11,9	12,1	18,7	15,9	14,7	15,1	13,7	22,1	85,7
Consumo de Álcool	Masc	28,9	31,2	29,5	28,0	31,1	30,4	28,3	31,1	7,6
	Fem	7,7	9,1	9,7	9,8	10,8	10,4	11,9	11,9	54,5
	Ambos	17,9	19,7	19,2	18,5	20,5	20,0	19,8	21,1	17,9

Fonte: VIGITEL, 2006-2013

De acordo com a tabela 6 a prevalência de fatores de proteção aumentou no período de 2006 a 2013. Em Cuiabá, a frequência de adultos de ambos os sexos que consomem regularmente frutas e hortaliças tendeu a crescer de 28,8% para 33,7%. Também aqueles que consomem frutas e hortaliças conforme recomendado, cresceu de 17,8% para 22,1%, no período de 2008 a 2013.

Os indicadores do acesso da população feminina a serviços de diagnóstico precoce de câncer em Cuiabá demonstram que a frequência da realização do exame de mamografia aumentou de 73,7% para 77,2% (mulheres de 50 a 69 anos), enquanto a frequência de realização do exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero não sofreu variação no período de 2008 a 2013 (4,7% e 0,2%, respectivamente).



Tabela 6 - Prevalência de Fatores de proteção, segundo VIGITEL, 2006-2013, Cuiabá.

Fatores	Sexo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ%
Consumo regular de frutas e hortaliças	Masc	20,3	22,0	19,3	23,8	30,3	25,7	26,6
	Fem	36,6	36,3	34,3	38,6	38,5	41,1	12,3
	Ambos	28,8	29,4	27,1	31,5	34,5	33,7	17,0
Consumo conforme recomendado de frutas e hortaliças	Masc	12,0	13,6	12,1	14,5	19,2	17,6	46,7
	Fem	23,1	22,3	20,8	25,5	25,5	26,2	13,4
	Ambos	17,8	18,1	16,7	20,2	22,5	22,1	24,2
Mamografia nos últimos 2 anos (50 a 69 anos)	Fem	73,7	69,0	68,0	71,8	74,6	77,2	4,7
Citologia oncológica nos últimos 03 anos (25 a 64 anos)	Fem	81,4	83,4	81,5	81,0	83,8	81,2	0,2

Fonte: VIGITEL, 2006-2013

IV. ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde - APS vem sendo adotada, na história atual de diversos países, para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de forma adequada às necessidades de suas populações.

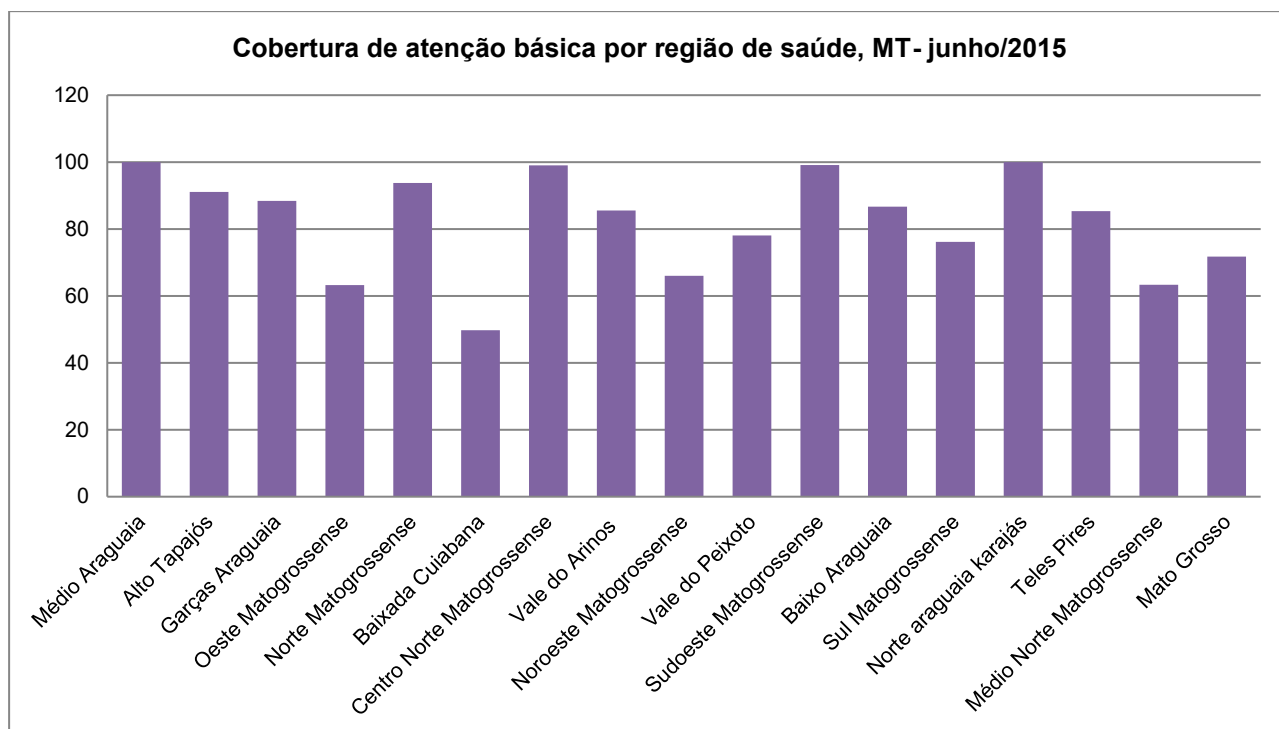
A política nacional de atenção básica define que a atenção primária deve ser estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

Embora não se possa, rigorosamente, comparar a Estratégia Saúde da Família – ESF com os modelos tradicionais de APS, os estudos demonstram, de forma contundente, a superioridade da ESF em relação aos modelos tradicionais (MENDES, 2012).

Em Mato Grosso, apesar de a ESF ser a estratégia prioritária para reorganizar a APS, apresentam-se diferentes modelos de estruturação, mesmo sob o nome genérico de saúde da família, especialmente quando se considera o trabalho médico.

Segundo Eugênio Vilaça (2002), a consolidação da estratégia saúde da família caracteriza-se por uma cobertura populacional acima de 70%.

Gráfico 5 - Cobertura de Atenção Básica por região de saúde. Mato Grosso, junho/2015.



Fonte: COAP/SAS/SES

Mato Grosso apresenta cobertura¹ de Atenção Primária de 71,76% e da Estratégia Saúde da Família 58,80%. A Região de saúde Norte Araguaia/Karajás destaca-se, positivamente, com 100% de cobertura tanto para a Atenção Primária quanto para a estratégia Saúde da Família (Tabela 07).

Tabela 7 - Cobertura de Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, por Região de Saúde. Mato Grosso, junho/2015

Regiões de Saúde	Cobertura AB	Cobertura ESF
Médio Araguaia	100	84,00
Alto Tapajós	91,13	87,95
Garças-Araguaia	88,43	84,38
Oeste Matogrossense	63,21	48,99
Norte Matogrossense	93,76	75,60
Baixada Cuiabana	49,75	34,74
Centro Norte Matogrossense	98,99	81,11
Vale do Arinos	85,54	74,63
Noroeste Matogrossense	65,98	64,63
Vale do Peixoto	78,10	78,10
Sudoeste Matogrossense	99,09	90,41
Regiões de Saúde	Cobertura AB	Cobertura ESF

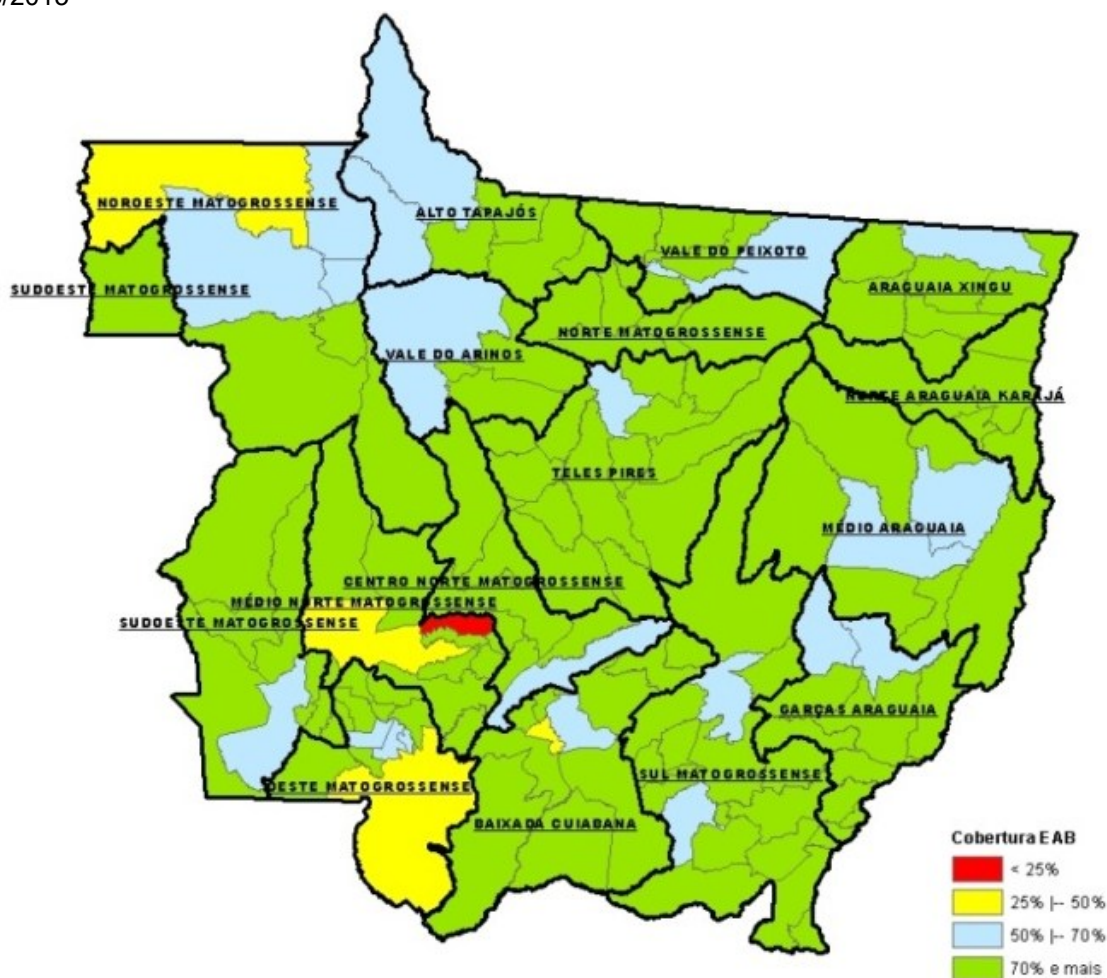
¹Parâmetro de cobertura utilizado na PNAB, IDSUS e COAP, que consideram população de 3.000/hab./equipe, sendo que para equipes organizadas de outras formas, considera-se a carga horária médica na Atenção Básica de 60h/semanais para 3.000 hab.

Araguaia Xingu	86,66	79,72
Sul Matogrossense	76,15	64,22
Norte Araguaia Karajás	100,00	100,00
Teles Pires	85,36	65,88
Médio Norte	63,30	47,91
Mato Grosso	71,76	58,80

Fonte: COAP/SAS/SES-MT (*referência junho/2015) População IBGE (estimativa 2014)

Observando o mapa de cobertura da Atenção Primária no estado, de forma geral predomina as coberturas acima de 70%. Somente um município possui cobertura inferior a 25%, situação esta considerada transitória, haja vista que o mesmo tem população de 3.080 habitantes e sua Atenção Primária corresponde a uma única equipe de saúde da família, temporariamente suspensa (Figura 04).

Figura 4 – Cobertura de equipes de Atenção Básica à Saúde, por municípios e regiões de saúde. Mato Grosso, Junho/2015



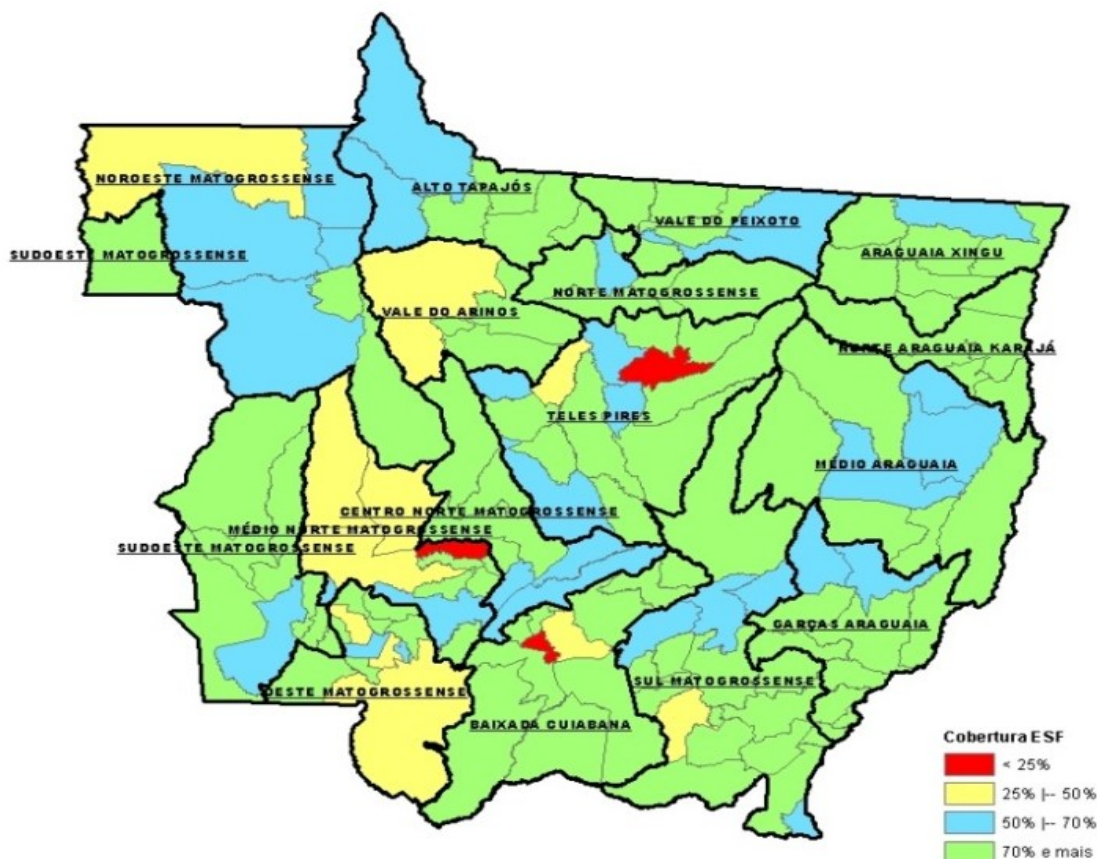
Fonte: COAP/SAS/SES

Analisando as taxas de cobertura da ESF em Mato Grosso observamos que não apontam para uma consolidação homogênea da estratégia, visto que algumas regiões apresentam coberturas abaixo de 70%. (Tabela 07). Esta baixa cobertura regional é fortemente influenciada pelos municípios maiores e sede dos Escritórios Regionais de Saúde, como Cáceres (40,85%), Rondonópolis (58,83%), Sinop (62,61%) e Tangará da Serra (31,96%).

O mapa de cobertura da Estratégia Saúde da Família, em quase todas as regiões, mostra municípios com coberturas inferiores a 50%, com exceção da Norte Araguaia Karajás. Destacam-se a região Noroeste que apresenta vários municípios abaixo desse parâmetro e as regiões do Médio Norte (Nova Marilândia), Teles Pires (Santa Carmem) e Baixada Cuiabana (Várzea Grande) com pelo menos um município com parâmetro inferior a 25% de cobertura (Figura 05).

A região metropolitana da Baixada Cuiabana, com os municípios de maior população do estado e coberturas inferiores a 50%, representa um complicador para expansão de cobertura.

Figura 5 – Cobertura da Estratégia de Saúde da Família, por municípios e regiões de saúde. Mato Grosso, Junho/2015



Fonte: COAP/SAS/SES

De acordo com realidade apresentada, afere-se que o estado ao longo do tempo vem investindo recursos, que não os gastariam se priorizassem a implantação da Saúde da Família, uma vez que estudos demonstram que essa estratégia busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde, a oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços e à redução da mortalidade infantil.

No entanto, cabe lembrar que a APS não deveria se restringir ao serviço em si, mas à relação deste com os outros serviços (nós) da rede de atenção, que dispõem de tecnologia (dura e leve), que possam complementar a atenção brindada pela APS (TANAKA, 2011).

Assim, ampliar a cobertura da estratégia Saúde da Família, garantindo acesso de toda a população às equipes, com apoio técnico e financiamento do governo estadual e federal é uma proposta do Plano Estadual de Saúde. Para isso algumas estratégias gerais estão sendo encaminhadas, como a recomposição dos valores de incentivo fundo a fundo para o co-financiamento estadual da Atenção Primária. Especificamente objetivando ampliação, planejou-se garantir financiamento para readequação, manutenção e ou ampliação das Unidades Básicas de Saúde, independentemente do tamanho da unidade.

4.1. Outros Programas Estratégicos da APS

4.1.1 - Núcleo de Apoio à Equipe Saúde da Família - NASF

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias (Portaria 2488/SAS/MS/2011), ampliando assim a resolutividade e a abrangência das ações.

O NASF foi implantado em Mato Grosso em 2010 e conta atualmente com 60 equipes (eNASF) sendo que: 15 eNASF são do tipo I, com capacidade de apoio matricial para 5 a 9 eSF

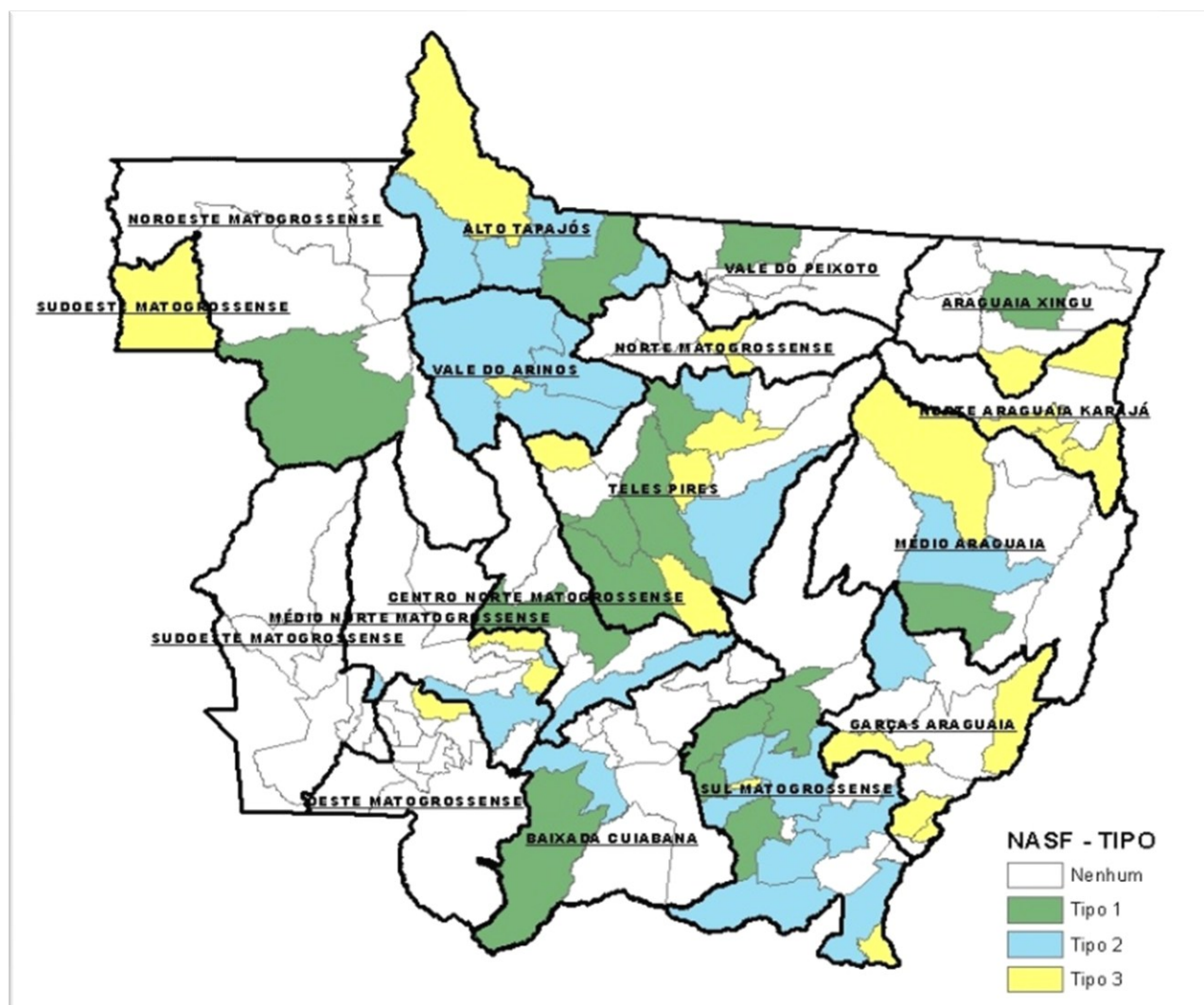
e/ou eAB; 22 eNASF são do tipo II com capacidade para matricular 3 a 4 eSF e/ou eAB, e 23 eNASF do tipo III que comporta entre 1 ou 2 eSF e/ou eAB para matricular (Quadro 1).

Quadro 1- Situação atual da implantação do(s) Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Mato Grosso, set/ 2015.

	Tipo	Nº de Municípios	Credenciado	Implantado
NASF	I	15	24	15
	II	22	24	22
	III	23	33	23
Total		60	81	60

Fonte: DAB/SAS/MS

Figura 6 - Distribuição de equipes de NASF, segundo tipo por município e regiões de saúde. Mato Grosso, setembro/2015



Fonte: DAB/SAS/MS



Embora o MS não tenha definido um teto para implantação dessas equipes por município, geralmente calculado a partir do número de eSF credenciadas, apenas 42,6% (60) dos municípios de Mato Grosso implantaram equipes de NASF. No entanto, o “Histórico de cobertura” do MS, mostra que o estado possui 81 equipes já credenciadas (quadro 1), apontando a possibilidade de ampliação imediata de 21 novas equipes, o que poderá aumentar o escopo de atividades e a capacidade de resolução da AB.

4.1.2 - Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde constitui-se em um equipamento da Atenção Básica para a promoção da saúde e de modos de vida saudável, prevenção de doenças e agravos crônicos não transmissíveis e produção do cuidado.

Os polos foram concebidos como espaços voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros.

O Ministério da Saúde repassa aos municípios incentivo de investimento para a construção de polos e incentivo de custeio para o Programa. Em Mato Grosso, 84 propostas foram habilitadas em 67 municípios, as que já estão construídas totalizam 32 polos distribuídos em 28 municípios. Destes, 21 Polos foram construídos em 18 municípios que estão aptos a receber custeio, no entanto, estas academias atuam desvinculadas das equipes de NASF, são eles: Brasnorte, Campos de Júlio, Castanheira, Gaúcha do Norte, Jangada, Jauru, Juruena, Nova Lacerda, Nova Olímpia, Paranatinga, Ribeirão Cascalheira, Peixoto de Azevedo, Santa Cruz do Xingu, Tapurah, Terra Nova do Norte, Tesouro, 4 polos similares em Cuiabá e São José do Xingu. Tais municípios representam a prioridade para expansão de eNASF visto que já possuem polos de academia da saúde e essas potencializam suas ações e resultados.

Os municípios de: Alto Araguaia, Campo Verde, General Carneiro, Nova Bandeirantes, Novo Horizonte do Norte, Querência, Rosário Oeste, Santa Rita do Trivelato, Sorriso e 2 polos similares em Confresa, somam 11 polos de academia construídos em 10 municípios e atuam de forma integrada com as equipes do NASF.

A implantação desses equipamentos reflete na ampliação de portas de entrada para o SUS e se constituem em estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no



entanto, algumas academias ainda não estão em funcionamento (<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>).

4.1.3 - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção - PMAQ

O PMAQ visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade.

Em Mato Grosso, no 1º ciclo do PMAQ (2011-2012), 228 equipes (38,51 %) participaram do processo em todo o estado. Já no segundo ciclo do programa (2013-2014) o estado participou com 527 equipes de ESF (87,83 %) e 364 equipes de Saúde Bucal - SB (84,45%).

Os resultados da avaliação externa do segundo ciclo, na dimensão “Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS” que considera as características estruturais da UBS, como também a disponibilidade de materiais e insumos para as equipes de AB apontam que mais da metade das equipes avaliadas (55,45%) foram classificadas como mediano ou abaixo da média. Na dimensão “Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho”, que considera aspectos de organização do processo de trabalho com ênfase nos processos implantados, 62,45% (285) das equipes também foram classificadas como mediano ou abaixo da média.

O PMAQ analisou também alguns indicadores do estado, entre eles a “Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo de útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais”, com resultado de 31,96% no segundo ciclo, superando os resultados do país de 26,56%. No entanto, ao se comparar este indicador com o ciclo anterior, o desempenho do estado piorou, pois essas haviam alcançado 37,65% no primeiro ciclo.

De forma geral os resultados do 2º ciclo do PMAQ apontaram a necessidade de maiores investimentos estruturais e de serviços assim como a implementação dos processos de trabalho das equipes, que o próprio PMAQ orienta.

Para o terceiro ciclo do PMAQ, o estado conseguiu adesão de 99,29% (140) dos municípios; 98,87% (175) das equipes de AB sem saúde bucal e 93,75% (470) das equipes de AB com SB, além de 93,78% (60) eNASF.

A adesão quase total dos municípios de Mato Grosso representa o desafio de colocar em prática os apontamentos levantados no segundo ciclo do PMAQ a partir de um trabalho intensivo de monitoramento; apoio institucional com vistas à divulgação e orientação para o aproveitamento de canais disponíveis para financiamento (desses itens); acompanhamento dos resultados da autoavaliação realizada com a AMAQ-AB; monitoramento das autoavaliações realizadas, por meio



dos relatórios com classificação das dimensões e subdimensões; e apoio a construção da matriz de intervenção a partir das necessidades identificadas, de forma a melhorar o padrão de qualidade no atendimento.

4.1.4 - Educação Permanente

O Estado de Mato Grosso possui uma Comissão de Integração Ensino e Serviço Estadual – CIES/MT e dezesseis Comissões de Integração Ensino e Serviço regionais. A composição da CIES/MT se dá através de instituições de Ensino, Serviço, Controle Social e representantes das CIES regionais.

Embora a Coordenadoria de APS integre e participe das decisões como membro da CIES, os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde-PAREPS, que orientam o Plano Estadual de Educação Permanente, são elaborados pela CIR com apoio da CIES regional. Estes têm por base as necessidades/problemas reais de saúde e as práticas cotidianas das equipes multiprofissionais dos municípios, que compõem a região de saúde.

Entre as ações para a Educação Permanente na Atenção Primária, o PES propõe:

- Capacitar todos os profissionais da saúde sobre acolhimento, encaminhamento dos pacientes na atenção básica e urgência e emergência;
- Descentralizar e aumentar a oferta de cursos de aperfeiçoamento aos profissionais de saúde e gestores; cursos técnicos e de qualificação para a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Controle de Endemias;
- Garantir recursos financeiros para a realização de capacitação em humanização em todos os serviços de saúde;
- Capacitar os ACS, ACE, representantes de bairros e sindicatos para conhecer o que é o Conselho Municipal de Saúde, qual é o papel do conselheiro junto a comunidade e o gestor municipal para que ele assuma o papel de multiplicador.

4.1.5 - Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT

Considerando que o tabagismo é o maior fator de risco de câncer, a gestão estadual trabalha no sentido de acatar a Portaria nº 571/GM/MS/2013 que dispõe sobre o atendimento ao tabagista nas unidades de saúde.



O PNCT tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, seguindo um modelo no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas potencializam-se para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco.

No estado, 70 municípios (49,6%) já fizeram adesão ao tratamento por meio do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) e estão oferecendo o serviço. Tais municípios estão distribuídos nas regiões, conforme tabela 8.

Tabela 8 - Percentual de Municípios com adesão ao tratamento do tabagismo, de acordo com as regiões de saúde, MT, 2015.

REGIÕES	Número Municípios	Municípios PNCT	% Municípios PNCT
Alto Tapajós	6	5	83,3%
Baixada Cuiabana	11	2	18,1%
Baixo Araguaia	7	4	57,1%
Centro Norte Matogrossense	8	4	50%
Garças Araguaia	10	6	60%
Médio Araguaia	10	4	40%
Médio Norte Matogrossense	7	7	100%
Noroeste Matogrossense	6	2	33,3%
Norte Matogrossense	6	6	100%
Norte Araguaia Karajás	6	1	16,6%
Oeste Matogrossense	12	2	16,6%
Sudoeste Matogrossense	10	0	0%
Sul Matogrossense	19	13	68,4%
Teles Pires	14	6	42,8%
Vale Do Arinos	4	3	75%
Vale Do Peixoto	5	3	60%
Total Geral	141	70	49,6%

Fonte: PNCT/SES, 2015

Na tabela 8 observa-se que quatro regiões ainda estão com adesão abaixo de 30% dos seus municípios (Sudoeste Matogrossense, Oeste Matogrossense, Norte Matogrossense e Baixada Cuiabana), indicando necessidade de potencializar as ações de promoção a cessação de fumar. Cabe destaque a região Sudoeste Matogrossense que mostra não haver nenhuma adesão.

O tratamento do tabagismo é apenas uma das medidas elencadas na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco que é considerado o primeiro Tratado Internacional de Saúde



Pública da Organização Mundial de Saúde no qual os países se comprometem a adotar medidas de restrição ao consumo de cigarros e outros produtos derivados do tabaco.

O documento foi ratificado e assinado pelo Brasil, representando, portanto, uma política de estado e apresenta medidas para reduzir a epidemia do tabagismo abordando temas como propaganda, patrocínio, preços, impostos, comércio ilegal, proteção contra a exposição à fumaça, regulamentação de produtos do tabaco, tratamento, comércio ilícito, prevenção à iniciação, culturas alternativas, etc.

Algumas estratégias implementadas contribuíram para reduzir a prevalência de tabagismo em todo país. De acordo com o mais recente Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), a parcela da população brasileira fumante acima de 18 anos caiu 28 % nos últimos oito anos.

Em Mato Grosso, a frequência de fumantes apresentou uma queda nos últimos cinco anos. Em 2010 o índice era de 15% e, em 2014 caiu para 6,8%.

Com relação ao ambiente livre do tabaco, em Mato Grosso existe a Lei Estadual nº 9.552/2011 que proíbe o consumo de tabaco e derivados em recintos coletivos fechados, privado ou público.

4.1.6. Saúde Bucal - SB

A saúde bucal no estado de Mato Grosso vem sendo estruturada, principalmente, pela estratégia saúde da família - através das equipes de saúde bucal, pelos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO's, pelos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPDs e pela assistência hospitalar em odontologia, embora haja, em alguns municípios, outros modelos de organização.

A saúde bucal na Atenção Primária à Saúde do estado apresenta cobertura de 55,25%. Já na estratégia Saúde da Família a cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB representa 40,94%.

A tabela 9 e os gráficos 6 e 7 mostram a cobertura de saúde bucal na APS, das equipes de saúde bucal na ESF e a evolução do número de equipes e de cobertura em MT:

Tabela 9 - Cobertura populacional de Saúde Bucal na Atenção Primária, segundo Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2015.

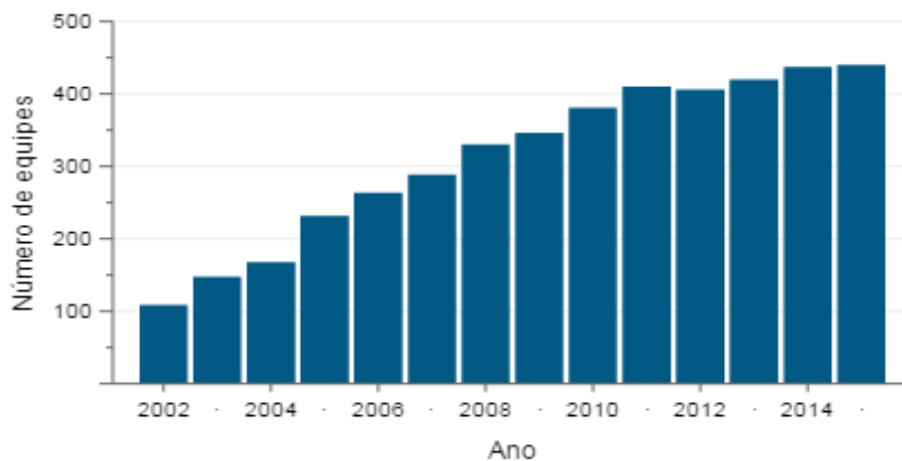
Regiões de Saúde	Cobertura AB*	Cobertura SF**
Médio Araguaia	97,02	73,92

Alto Tapajós	76,23	52,77
Garças Araguaia	95,55	81,90
Oeste Matogrossense	42,98	28,45
Norte Matogrossense	85,61	62,26
Baixada Cuiabana	18,63	9,16
Centro Norte Matogrossense	99,83	71,75
Vale do Arinos	99,03	74,63
Regiões de Saúde	Cobertura AB*	Cobertura SF**
Noroeste Matogrossense	48,47	38,37
Vale do Peixoto	78,10	63,08
Sudoeste Matogrossense	73,12	61,16
Baixo Araguaia	67,94	57,98
Sul Matogrossense	67,93	51,26
Norte Araguaia Karajá	93,21	91,57
Teles Pires	73,92	58,74
Médio Norte Matogrossense	52,23	35,93
Mato Grosso	55,25	40,94

Fonte: *CNES e IBGE (Outubro 2015).

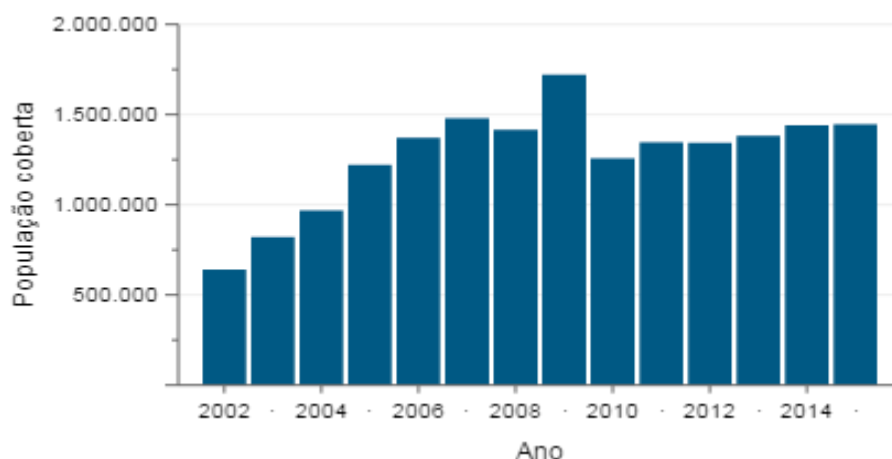
**DAB/SAS/MS (Setembro 2015) – considerando 3.000 habitantes/equipe.

Gráfico 6- Evolução do número de ESB na ESF. Mato Grosso, 2002 – 2014.



Fonte: DAB/SAS/MS

Gráfico 7 - Cobertura populacional das ESB na ESF. Mato Grosso, 2002 – 2014.



Fonte: DAB/SAS/MS

V. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

No estado de Mato Grosso, devido à baixa densidade populacional, ocorre a pactuação de ações e de serviços em âmbito inter-regional com articulação interfederativa, a fim de garantir economia de escala e escopo, em municípios de referência macrorregional. Dessa forma, as regiões formam 5 (cinco) Macrorregiões Assistenciais que são aqui denominadas: Oeste, Centro Norte, Norte, Leste e Sul.

A atenção especializada em oncologia é composta por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica que apoiam e complementam os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde.

Foram escolhidos, para efeito de análise, alguns exames/procedimentos que são considerados os principais para o diagnóstico e seguimento dos tumores com maior incidência.

5.1 - Câncer de Boca

No estado de Mato Grosso são esperados 160 casos novos de Câncer de Cavidade Oral, sendo 120 em homens e 40 em mulheres (INCA, 2014 e 2015).



Estimam-se, para o Mato Grosso, no ano de 2014, 160 casos novos de câncer da cavidade oral, sendo 120 para homens e 40 para mulheres.

A Linha de Cuidado do Câncer de Boca tem a finalidade de assegurar ao usuário acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção do câncer de boca, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno.

5.1.1 - Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs

De acordo com o Ministério da Saúde, o tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de APS e, no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. O estado conta atualmente com 12 (doze) CEOs (Quadro 2).

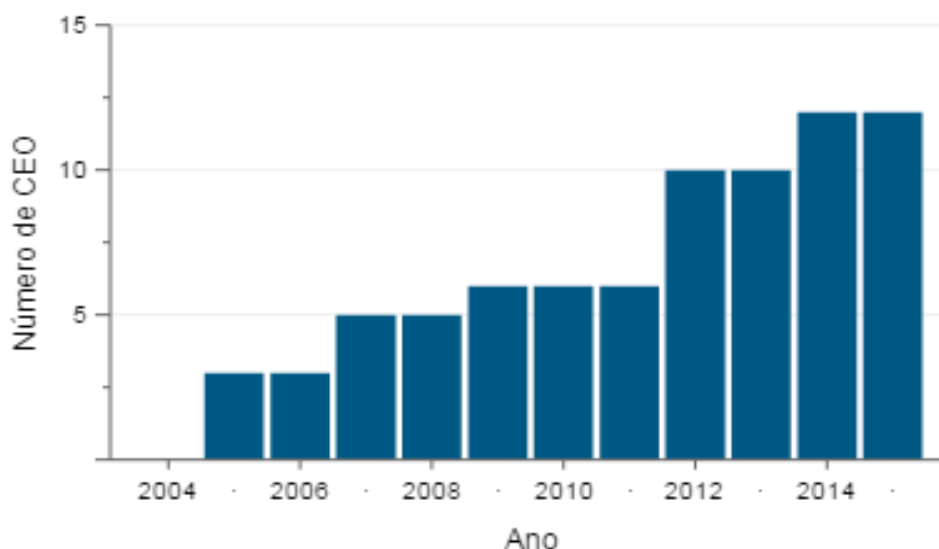
Quadro 2 - Distribuição de CEO's. Mato Grosso, 2015.

Macrorregião	Região	Município	Número de CEO
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	Cuiabá - Pascoal Ramos	3
		Cuiabá - Planalto	3
		Cuiabá - Tijucal	3
		Cuiabá - Jardim Vitória	3
	Estado MT - CEOPE		2
Leste	Médio Araguaia	Água Boa	2
Norte	Teles Pires	Sinop	3
		Sorriso	2
	Vale do Peixoto	Guarantã do Norte	2
Oeste	Oeste Matogrossense	Cáceres	3
	Sudoeste Matogrossense	Pontes e Lacerda	1
Sul	Sul Matogrossense	Primavera do Leste	2
Total			12

Fonte: GESABU/COAP/SAS/SESMT

O gráfico 8 mostra a evolução do número de CEO's no estado e reflete a necessidade de ampliação da Atenção Secundária da Saúde Bucal.

Gráfico 8 - Expansão do número de CEO's. Mato Grosso, 2005 a 2014.



Fonte: DAB/SAS/MS

Dentre os serviços mínimos a serem ofertados pelos CEOs estão: a realização de diagnóstico e detecção do câncer de boca e a cirurgia oral menor de tecidos moles e duros.

Observa-se no quadro 3 que existem unidades de referência nas 5 macrorregiões que realizam procedimentos de biópsia e citologia de câncer de boca, sendo que no ano de 2014, a Região Sul apresentou 51,4% e a Baixada Cuiabana 35,4% do total de procedimentos realizados no estado.

Quadro 3 - Procedimentos de biópsia e citologia de câncer de boca apresentados, por município e região, MT, 2014.

Macrorregião	Região	Município	Unidade	Proced.
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	Cuiabá	Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais	106
			HUniversitário Júlio Muller	468
			Policínica Verdão	15
			Clínica Odontologia Pascoal Ramos	10
			Clínica Odontologia Planalto	11
			Clínica Odontologia Tijucal	01
			Clínica Odontologia Jardim Vitória	03
		Várzea Grande	HMetropolitano	12
		Poconé	Pronto Atendimento	03
Leste	Garças Araguaia	Barra do Garças	Policlínica Santo Antônio	31
			Hospital e Pronto Socorro Municipal	01
	Médio Araguaia	Água Boa	SMSaúde	42
Norte	Norte Matogrossense	Colider	Centro Municipal de Saúde	01
			Hospital Regional de Colider	01



	Teles Pires	Sinop	UPA	14
			CEO	11
		Sorriso	AME	101
			CEO	03
		Nova Mutum	PSF Parque do Sol	02
Oeste	Oeste Matogrossense	Cáceres	Hospital Regional	26
Sul	Sul Matogrossense	Primavera do Leste	CEO	413
			CEM	171
		Rondonópolis	CEADAS	17
			Centro de Referência	245
			CEO	68
TOTAL				1776

Fonte: SIA/DATASUS, 2015

5.1.2 - Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais – CEOPE

Em Mato Grosso, o Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais- CEOPE, criado pela lei nº 8.344/2005 tem como uma de suas competências a prestação de serviço permanente de diagnóstico das lesões bucais e das formas de prevenção das doenças da boca e da face, dentre elas o câncer de lábio e de boca (art. 2, III).

O CEOPE, até pouco tempo, realizava capacitações em municípios polo de saúde, qualificando profissionais da odontologia da região quanto à realização de biópsia, citologia esfoliativa e ao encaminhamento das lâminas e peças para diagnóstico. Estas eram recebidas no CEOPE e encaminhadas ao MT Laboratório, onde eram processadas e analisadas por um patologista bucal. Usuários que não podiam ser biopsiados em seu município de origem eram encaminhados ao CEOPE para a realização do procedimento. Este serviço encontra-se, atualmente, comprometido pela ausência do profissional de patologia bucal no MT Laboratório e de Cirurgião Bucomaxilofacial no CEOPE.

Da mesma forma que para as equipes de Saúde da Família, está contemplada no Plano Estadual de Saúde, a busca pela garantia do acesso de toda a população à cobertura de saúde bucal, através da ampliação das ESB's na ESF. O planejamento utilizado contempla a recomposição dos valores de incentivo fundo a fundo do cofinanciamento estadual para essas equipes. Está previsto também estudo para cofinanciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas e da Odontologia Hospitalar na Atenção Terciária.



5.2 - Neoplasia de Mama

No estado de Mato Grosso são esperados 610 casos novos de Câncer de Mama, ou seja, 39,16 casos em 100.000 mulheres. Conforme o perfil de mortalidade no sexo feminino ficou evidenciado que a principal causa de mortalidade é o câncer de mama.

A Linha de Cuidado do Câncer da Mama tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e serviços qualificados para promover a prevenção do câncer de mama, acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno.

Será organizada a partir das seguintes diretrizes:

a. Prevenção e detecção precoce

- Fortalecer e ampliar o acesso às informações relativas à prevenção do câncer da mama, enfatizando que o controle do peso e da ingestão de álcool, além da amamentação e da prática de atividades físicas, são formas de preveni-lo.
- Alertar médicos e população sobre os riscos associados à terapia de reposição hormonal.
- Fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre a detecção precoce do câncer da mama para todas as mulheres, ressaltando o alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer da mama.
- Realizar o diagnóstico precoce de lesões sugestivas de câncer de mama e encaminhá-las com prioridade para atenção especializada.
- Organizar o rastreamento das mulheres de 50 a 69 anos em áreas cuja elevada ocorrência deste tipo de câncer justifique esta iniciativa.

b. Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM)

- Garantir imagens radiográficas de alto padrão com doses mínimas de radiação.
- Incluir todos os serviços de mamografia no Programa Nacional de Qualidade em Mamografia.

c. Acesso à confirmação diagnóstica

- Definir e pactuar serviços de referência para confirmação diagnóstica dos casos suspeitos.

- Regular o acesso à confirmação diagnóstica, propiciando que casos referenciados pela atenção primária com lesão palpável, ou outros sinais e sintomas suspeitos tenham prioridade.

d. Tratamento adequado e em tempo oportuno

- Definir e pactuar com unidade terciária de referência para tratamento dos casos confirmados.

- Garantir que todas as mulheres, com diagnóstico de câncer de mama confirmado, iniciem seu tratamento o mais breve possível.

- Garantir que toda mulher com câncer da mama tenha seu diagnóstico complementado com a avaliação do receptor de estrogênio e progesterona.

- Permitir que as mulheres com câncer da mama sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada, que inclua médicos (cirurgião, oncologista clínico e radioterapeuta), enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas.

- Garantir que toda mulher com câncer da mama receba cuidados em um ambiente hospitalar que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade.

- Garantir que todo hospital que trate câncer da mama tenha Registro Hospitalar de Câncer em atividade.

- Garantir que toda mulher com câncer da mama tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.

5.2.1 - Rastreamento/Mamografia

O rastreamento mamográfico é o único método de rastreamento que provou ser efetivo. A mamografia de rotina é recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos, com periodicidade bienal embasadas em rastreamento organizado e evidencia científica. Esse método pode reduzir a mortalidade do câncer de mama em 20 a 30% nas mulheres acima de 50 anos, em países de renda alta, quando a cobertura do rastreamento for de 70% (IARC, 2008).

No estado de Mato Grosso, apenas 22,6% dos municípios atingiram a meta estabelecida no SISPACTO para o ano de 2014, apesar de estarem devidamente pactuados com as referências (Quadro 4).

Quadro 4 - Percentual de municípios que atingiram a meta estabelecida no SISPACTO/2014, para mamografias, por região – Mato Grosso.

Macrorregião	Região	Número Municípios	Municípios que atingiram a meta	% Municípios com a Meta Atingida
--------------	--------	-------------------	---------------------------------	----------------------------------



Centro-Norte	Baixada Cuiabana	11	3	27%
	Centro Norte Matogrossense	8	5	71%
	Médio Norte Matogrossense	10	7	70%
	Noroeste Matogrossense	6	1	14%
	Vale Do Arinos	4	3	75%
Leste	Baixo Araguaia	7	0	0
	Garças Araguaia	10	0	0
	Médio Araguaia	7	1	12%
	Norte Araguaia Karajás	6	0	0
Norte	Alto Tapajós	6	0	0
	Norte Matogrossense	6	0	0
	Teles Pires	14	1	7%
	Vale Do Peixoto	5	3	60%
Oeste	Oeste Matogrossense	12	2	16%
	Sudoeste Matogrossense	10	0	0
Sul	Sul Matogrossense	19	6	31%
Total Geral		141	32	22,6%

Fonte: SIA/DATASUS,2015

Para melhoria destes indicadores os serviços devem informar o exame no SISCAN, os gestores devem priorizar, planejar (adequação física e orçamentária - MAC/FAEC) e pactuar o indicador de acordo com os parâmetros/ diretrizes para detecção precoce do câncer de mama e os profissionais devem solicitar os exames para rastreamento dentro da periodicidade.

5.2.2 - Serviços de Assistência e Diagnóstico

Analisando o número de mamógrafos disponibilizados para o SUS (Quadro 5), observa-se que as Regiões Centro-Norte Matogrossense, Vale do Arinos, Vale do Peixoto e Norte Araguaia Karajás não têm mamógrafo, porém considerando a capacidade de produção dos equipamentos (16 exames/dia) constata-se que a quantidade instalada poderia atender a demanda da população-alvo nas macrorregiões, desde que devidamente pactuado entre regiões.

Quadro 5 – Municípios com Ambulatório de Referência para Câncer de Mama e Serviços de Mamografia, segundo regiões de saúde e Macrorregião.

Macrorregião	Região	Referência Ambulatorial	Mamografia
Centro- Norte	Baixada Cuiabana	Cuiabá	Cuiabá 06 serviços
		Várzea Grande	Várzea Grande 01 serviço
	Centro Norte Matogrossense		Referência para Cuiabá
	Médio Norte Matogrossense	Campo Novo Parecis	



		Tangará da Serra	Tangará da Serra 03 Serviços
	Noroeste Matogrossense		Juína 01 serviço
	Vale do Arinos		Referência para Cuiabá
Norte	Teles Pires	Sinop	Sinop 01 serviço
		Sorriso	Sorriso 01 serviço
	Norte Matogrossense		Colíder 01 serviço
	Alto Tapajós		Alta Floresta 01 serviço
	Vale do Peixoto		Referência para Colíder
Leste	Baixo Araguaia		Confresa 01 serviço
	Garças Araguaia		Barra do Garças 01 serviço
	Médio Araguaia		Água Boa 01 serviço
			Querência 01 serviço
	Norte Araguaia Karajás		Referência para Água Boa
Sul	Sul Matogrossense		Campo Verde 01 serviço
		Primavera do Leste	Primavera do Leste 01 serviço
		Rondonópolis	Rondonópolis 01 serviço
Oeste	Oeste Matogrossense	Cáceres	Cáceres 01 serviço
	Sudoeste Matogrossense		Pontes e Lacerda 01 serviço

Fonte: SIA/DATASUS, 2015

Foram realizados, em 2014, 14.908 exames mamográficos na faixa etária de 50 a 69 anos. Percebe-se grande déficit de cobertura, atingindo apenas 35% da meta, já que seriam necessários no mínimo mais 27mil exames/ano (Quadro 6).

Quadro 6 – Procedimentos diagnósticos – Exame Mamografia na faixa etária de 50 a 69 anos, realizados em 2012, 2013 e 2014 - Mato Grosso.

Procedimento Diagnóstico	Necessidade	Produção 2012	Produção 2013	Produção 2014
Mamografia	41.943	12.917	15.274	14.908

Fonte: SIA/DATASUS 2015

De acordo com a quantidade de produção de mamografias apresentadas, 31.583 exames (Quadro 7) e a produção de 2014 (Quadro 6) observa-se que ainda são realizados 16.675 (52,79%) de exames fora da faixa etária preconizada.

Quadro 7 – Procedimento de Mamografia apresentados, por Região e Macrorregião, 2014 - MT

Macrorregião	Região	Quantidade Apresentada
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	21.100
	Médio Norte Matogrossense	1.688
Leste	Garças Araguaia	129
	Médio Araguaia	671



Norte	Alto Tapajós	423
	Norte Matogrossense	351
	Teles Pires	1.931
Oeste	Sudoeste Matogrossense	148
Sul	Sul Matogrossense	5.142
Total		31.583

Fonte: SIA/DATASUS, 2015

5.2.3 - Programa Nacional de Qualidade de Mamografia – PNQM

O PNQM tem por objetivo avaliar o desempenho da prestação dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia, com base em critérios e parâmetros referentes à qualidade da estrutura, do processo, dos resultados, imagem clínica e do laudo. Também estabelece critérios e parâmetros de qualidade para subsidiar o gestor no credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços.

A avaliação e o monitoramento do PNQM serão realizados pela SAS/MS, anualmente, a partir das informações fornecidas e pela ANVISA e pelo INCA/SAS/MS no exercício das atribuições de que trata esta Portaria sendo que a validade da avaliação pela ANVISA é anual e a do INCA trienal.

O programa tem abrangência nacional e se aplica a todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados que realizam mamografia e que sejam vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS).

No estado de Mato Grosso o PNQM vem sendo realizado pelas vigilâncias Estaduais e Municipais desde 2002, realizando in loco avaliações estruturais, equipamento e qualidade da imagem. Na primeira etapa, período de 2014 a 2015 foram avaliados 42 equipamentos de 58 aparelhos existentes, porém 08 desativados, sendo 31 privados e 10 privados credenciados, 09 públicos.

Na segunda etapa os serviços deverão estar inscritos no Serviço de informação da Qualidade da imagem e interpretação diagnóstica – QIID, realizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia com o Instituto José de Alencar – INCA.

Na relação de serviços inscritos estão o HGU (2015), AFIP (2013) e ECOX (2014). Serviços em Avaliação – CADIM – 2014. Serviços avaliados - sem resultados.

Há necessidade dos gestores estaduais e municipais estarem se adequando a portaria do PNQM, visto que o diagnóstico precoce e o tempo de tratamento estão na dependência da qualidade do exame de mamografia, nos serviços públicos e privados credenciados ao SUS.

5.2.4 - Mamógrafo Móvel

Uma complementação do rastreamento através da mamografia é o exame mamográfico realizado por Unidade Móvel de saúde com o objetivo de identificar e rastrear alterações relacionadas ao câncer de mama, em todo território nacional. Com objetivos de aumentar a cobertura mamográfica em todo território nacional, prioritariamente nas mulheres de 50 aos 69 anos e garantir o fornecimento regular do exame mamográfico às mulheres na faixa etária prioritária, elegíveis para o rastreamento do câncer de mama, bienalmente.

Os municípios do estado de Mato Grosso poderão usar mais este recurso para ampliar rastreamento do câncer de mama, dentro dos critérios da portaria, e requisitos solicitados através do SAIPS.

5.3 - Câncer de Colo de Útero

No Estado de Mato Grosso são esperados 390 casos novos de Câncer de Colo de útero, o que corresponde a um risco de 25,21 casos em cada 100 mil mulheres (INCA, 2014/2015).

A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção do câncer do colo do útero, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno.

Será organizada a partir de algumas diretrizes, entre elas:

a. Prevenção e detecção precoce

- Fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre o câncer do colo do útero para todas as mulheres, ressaltando que o câncer do colo do útero é prevenível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem, em muitos anos, o câncer.
- Estruturar os serviços de saúde para rastrear todas as mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos, além de atender todas as mulheres que apresentam sinais de alerta.
- Acompanhar e tratar todas as mulheres positivas, segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2011a).

b. Programa Nacional de Qualidade da Citologia

- Garantir citologias de alto padrão.
- Garantir referência para cito e histopatologia.

c. Acesso à confirmação diagnóstica

- Garantia do acesso ao tratamento adequado da lesão precursora em tempo oportuno.
- Definir e pactuar que a unidade de referência deve realizar todos os procedimentos: colposcopia, biópsia, EZT e utilizar o método “ver e tratar”.
- Implantar centros qualificadores de ginecologistas para atuarem na unidade de referência para diagnóstico e tratamento da lesão precursora.

d. Tratamento adequado e em tempo oportuno

- Definir e pactuar serviços terciários para procedimentos especializados, como conização, quimioterapia e radioterapia.
- Garantir que todas as mulheres iniciem seu tratamento o mais breve possível.
- Permitir que as mulheres com câncer do colo de útero sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada.
- Garantir que toda mulher com câncer do colo de útero receba cuidados em um ambiente hospitalar que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade.
- Garantir que todo hospital que trata câncer do colo do útero tenha Registro Hospitalar de Câncer em atividade.
- Garantir que toda mulher com câncer do colo do útero tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.

5.3.1 - Rastreamento/Citologia Cervical

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero) que deve ser oferecido as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. A rotina recomendada é a repetição do exame a cada 3 anos após 2 exames consecutivos realizados com intervalo de 1 ano. Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de



diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo.

No estado de Mato Grosso, apenas 33,3% dos municípios atingiram a meta estabelecida no SISPACTO para o ano de 2014 (Quadro 8), apesar de estarem devidamente pactuados com as referências.

No quadro 8 pode-se observar as variações no tocante ao alcance da meta entre as regiões.

Quadro 8 – Número e percentual de municípios que atingiram a meta estabelecida no SISPACTO/2014 para exames citopatológicos, por região – Mato Grosso.

Macrorregião	Região	Número Municípios	Municípios que atingiram a meta	% Municípios com a Meta Atingida
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	11	1	9%
	Centro Norte Matogrossense	8	0	0
	Médio Norte Matogrossense	10	8	80%
	Noroeste Matogrossense	6	0	0
	Vale Do Arinos	4	1	25%
Macrorregião	Região	Número Municípios	Municípios que atingiram a meta	% Municípios com a Meta Atingida
Leste	Baixo Araguaia	7	1	14%
	Garças Araguaia	10	0	0
	Médio Araguaia	7	5	62%
	Norte Araguaia Karajá	6	5	83%
Norte	Alto Tapajós	6	1	16%
	Norte Matogrossense	6	4	63%
	Teles Pires	14	14	100%
	Vale Do Peixoto	5	0	0
Oeste	Oeste Matogrossense	12	3	25%
	Sudoeste Matogrossense	10	2	20%
Sul	Sul Matogrossense	19	2	10%
Total Geral		141	47	33,3%

Fonte: SIA/DATASUS, 2014

Para a melhoria do Indicador Razão de exames citopatológicos os gestores devem priorizar, planejar (adequação física e orçamentária - MAC/FAEC) e pactuar o indicador de acordo com os parâmetros/diretrizes para detecção precoce do câncer de colo do útero, realizar os exames na faixa etária e periodicidade preconizada, planejar a aquisição de insumos, socializar a informação do indicador pactuado, organizar a coleta de forma sistematizada, informar os exames no SISCAN, atualizar profissionais nas diretrizes de rastreamento, sensibilizar a comunidade e estabelecer parcerias integradas ao programa.



Com relação à adequabilidade da amostra da citologia cervical, enquanto o Brasil atingiu um resultado de 58%, em Mato Grosso as coletas apresentaram 60% de representatividade da amostra na zona de transformação, em 2012 (INCA, 2013). Para a manutenção da boa qualidade é necessário boa técnica de coleta, preparo adequado da mulher (em suas especificidades), garantia de insumos, formulários padronizados e redução do tempo de envio ao laboratório.

A proporção de amostras consideradas insatisfatórias entre os exames citopatológicos do colo do útero, é um indicador representativo da qualidade da coleta deste exame. Esperam-se, no máximo, cinco por cento (5%) de exames inadequados ou insuficientes para o diagnóstico. Em 2012, no estado, somente 1,1% dos exames foram insatisfatórios, estando dentro dos níveis aceitáveis.

Entretanto, alguns municípios obtiveram resultados acima do desejado, necessitando atenção na qualificação para a realização deste procedimento. As principais causas foram por dessecamento, material acelular, inflamatório e sanguinolento. Os gestores em saúde devem ficar atentos quanto às amostras rejeitadas e insatisfatórias (92% por erro de identificação em 2012), pois a repetição de exames, além de gerar maiores custos, prejudica a adesão das mulheres ao programa de detecção precoce do câncer do colo do útero.

O Monitoramento de Qualidade do Exame Citopatológico do Colo do Útero – QUALICITO define padrões e avalia a qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento do desempenho dos laboratórios públicos e privados credenciados ao SUS.

O estado através da Resolução CIB nº 024/2009 vem acompanhando a qualidade dos exames de citologia cervical pela UMEQ - Unidade de Monitoramento Externo de Qualidade – Tipo II - desde o ano de 2001 dos laboratórios públicos e privados credenciados ao SUS do interior do estado que realizam a primeira leitura (Tipo I). A partir de 2014 todos foram inclusos no monitoramento externo através do SISCOLO. Em 2015 foi iniciado o Monitoramento Externo através do SISCAN.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 2046 – 12/09/2014, 26 laboratórios Tipo I estão habilitados para a realização de exames citopatológicos no estado, sendo que as regiões que não possuem laboratório estão devidamente referenciadas, conforme mostra o quadro 9.

Quadro 9- Laboratórios habilitados para realização de exames citopatológicos conforme município e região de saúde – Mato Grosso, 2014.

Macrorregião	Região	Município	Laboratórios	Referência
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	Cuiabá	10 Tipo I 01 Tipo II	
	Centro Norte Matogrossense	Diamantino	01 Tipo I	



		São José do Rio Claro	01 Tipo I	
	Médio Norte Matogrossense	Nova Olímpia Tangará da Serra	01 Tipo I 01 Tipo I	
	Noroeste Matogrossense	Cotriguaçu	01 Tipo I	
	Vale do Arinos	0	0	Cuiabá
Leste	Baixo Araguaia	0	0	Barra do Garças
	Garças Araguaia	Barra do Garças	02 Tipo I	
	Médio Araguaia	0	0	Barra do Garças
	Norte Araguaia Karajás	0	0	Barra do Garças
Norte	Alto Tapajós	0	0	Cuiabá
	Norte Matogrossense	0	0	Cuiabá
	Teles Pires	Lucas do Rio Verde	01 Tipo I	
	Vale do Peixoto	0	0	Cuiabá
Oeste	Oeste Matogrossense	Cáceres	02 Tipo I	
	Sudoeste Matogrossense	Comodoro	01 Tipo I	
	Sul Matogrossense	Rondonópolis Alto Taquari Primavera do Leste	03 Tipo I 01 Tipo I 01 Tipo I	
Total Geral			26 Tipo I 01 Tipo II	

Fonte: Portaria GM/MS nº 2046 – 12/09/2014

O LACEN/MT Laboratório está habilitado como Unidade de Monitoramento Externo de Qualidade para realização da segunda leitura dos exames citopatológicos dos demais laboratórios públicos e privados.

Para a implementação da melhoria da qualidade do exame, fica evidente a necessidade de monitoramento pelo controle e avaliação do gestor estadual ou municipal quanto a qualidade do laboratório a ser contratado, atendendo assim os requisitos da portaria e Manual de qualidade para a citologia cervical.

A adequação de todas as etapas envolvidas no processo de qualificação laboratorial (da coleta de material a emissão de laudo) tem influência no tempo diagnóstico, correta definição das lesões precursoras do Câncer, amostra satisfatória, laudo com qualidade de acordo com as Diretrizes de Rastreamento para o Câncer do Colo do Útero, e nos indicadores para o SISPACTO.

De uma forma geral os Monitoramentos Interno e Externo precisam ser implementados por todos os laboratórios tipo I. Como o estado possui apenas 02 laboratórios com escala de produção acima de 15.000 lâminas/ano há necessidade de avaliar a produção para melhoria da expertise.

Para a reavaliação anual dos laboratórios pela Vigilância Sanitária, deve ser considerado o processo de trabalho de acordo com o Manual de Qualidade de Citologia Cervical, além da avaliação estrutural e documental.



5.3.2 - Ambulatório de Referência de Ginecologia para Câncer de Colo do Útero

O Ambulatório de Referência de Ginecologia para Câncer de Colo do Útero é o nível de atenção à saúde onde se realizam os exames necessários ao esclarecimento diagnóstico, tais como colposcopia e exame cito e histopatológico, além de procedimentos para tratamento das lesões precursoras do câncer de colo do útero.

No estado de Mato Grosso há referências em 14 regiões de saúde, que realizam total ou parcialmente os procedimentos de diagnósticos para o Câncer do Colo do Útero e duas que são pactuadas com outras regiões.

No quadro 10 podem-se observar os municípios por regiões que possuem ambulatório de referência em ginecologia para diagnóstico de câncer de colo de útero. Observa-se que as Regiões Sudoeste Matogrossense e Norte Araguaia Karajás não possuem Ambulatório de Referência de Ginecologia para Câncer de Colo do Útero, porém constata-se que os serviços instalados nas macrorregiões podem atender a demanda da população-alvo, desde que devidamente pactuado entre regiões.

Quadro 10 – Municípios com Ambulatório de Referência de Ginecologia para Câncer de Colo do Útero, segundo regiões de saúde e Macrorregião.

Macrorregião	Região	Município
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	Cuiabá
		Várzea Grande
	Centro Norte Matogrossense	Diamantino
	Médio Norte Matogrossense	Campo Novo do Parecis
		Tangará da Serra
		Sapezal
	Noroeste Matogrossense	Juína
	Vale do Arinos	Juara
Norte	Teles Pires	Sinop
		Sorriso
	Norte Matogrossense	Colíder
	Alto Tapajós	Alta Floresta
	Vale do Peixoto	Garantã do Norte
		Peixoto de Azevedo
Leste	Baixo Araguaia	Confresa
	Garças Araguaia	Barra do Garças
	Médio Araguaia	Água Boa
		Cocalinho



Sul	Sul Matogrossense	Jaciara
		Primavera do Leste
		Rondonópolis
Oeste	Oeste Matogrossense	Cáceres

Fonte: SIA/DATASUS, 2014

Apenas 2 municípios solicitaram a habilitação como Serviço de Referência para Diagnóstico de Colo de Útero - SRC e como Serviço de referência para Diagnóstico de Câncer de Mama - SDM. Observa-se que os demais municípios encontram dificuldade para atender na íntegra os critérios estabelecidos na Portaria nº 189/GM/MS de 31/01/2014.

Foram realizados, em 2014, 110.128 exames citopatológicos, na faixa etária de 25 a 64 anos, mostrando um grande déficit de cobertura, atingindo apenas 43% da meta, pois seriam necessários no mínimo mais 255.854 exames/ano (Quadro 12). Considerando que foram apresentados 140.331 exames (Quadro 11), observa-se que 30.203 exames (21,5%) foram realizados fora da faixa etária preconizada.

Quadro 11 – Procedimento de exames citopatológicos apresentados, por Região e Macrorregião, 2014 – MT.

Macrorregião	Região	Exames apresentados
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	90.888
	Centro Norte Matogrossense	374
	Médio Norte Matogrossense	12.417
	Noroeste Matogrossense	0
	Vale Do Arinos	0
Leste	Baixo Araguaia	0
	Garças Araguaia	0
	Médio Araguaia	5.831
	Norte Araguaia Karajá	0
Norte	Alto Tapajós	0
	Norte Matogrossense	0
	Teles Pires	2.846
	Vale Do Peixoto	0
Oeste	Oeste Matogrossense	2.583
	Sudoeste Matogrossense	1.552
Sul	Sul Matogrossense	23.840
Total Geral		140.331

Fonte: SIA/DATASUS, 2014

Quadro 12 – Procedimentos diagnósticos – Exame Citopatológico na faixa etária de 25 a 64 anos, realizados em 2012, 2013 e 2014 - Mato Grosso.

Procedimento Diagnóstico	Necessidade	Produção 2012	Produção 2013	Produção 2014
Exame citopatológico	255.854	137.496	139.933	110.128



Fonte: SIA/DATASUS, 2015

5.3.3 - HPV – Vacina

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papiloma vírus Humano), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais. O HPV é um vírus transmitido pelo contato direto com pele ou mucosas infectadas por meio de relação sexual. Também pode ser transmitido da mãe para filho no momento do parto. A vacina protege contra quatro subtipos de HPV.

Em 2015, até o mês de agosto, 40,3 mil adolescentes de 9 a 11 anos tomaram a primeira dose da vacina contra HPV no Estado de Mato Grosso. O quantitativo representa 49,3% do público-alvo formado por 81,7 mil meninas nessa faixa-etária no Estado.

No ano de 2014, quando a vacina foi disponibilizada no SUS, 98,6% do público estimado foi vacinado com a primeira dose, alcançando 79,2 mil meninas de 11 a 13 anos, em Mato Grosso. Entretanto, só 39,7 mil destas meninas procuraram uma unidade de saúde para tomar a segunda dose, o que representa 49,2% do público.

Para o êxito da prevenção do câncer do Colo do Útero através da vacina HPV é necessário de forma direta o monitoramento e avaliação da Secretaria de Educação juntamente com o Programa de saúde da criança e adolescente, DSTs, Programa de saúde da mulher, Programa do Câncer do Colo do Útero e Mama.

5.3.4 - Sistema de Informação do Câncer – SISCAN

Este sistema é a versão em plataforma *web* que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA) implantada em março de 2014.

Esse sistema tem por objetivo, enquanto ferramenta de gestão, esclarecimento jurídico ou de prestação de contas, fortalecendo as ações de controle e prevenção desses cânceres.

Com objetivo de acompanhamento do atendimento de cada paciente gerenciamento do tempo de diagnóstico e início do tratamento de câncer, padronização de laudos: comparação de resultados, avaliação (serviço, programa, rede).

O estado realizou capacitações do SISCAN com todos os prestadores de serviço de laboratório de citopatologia cervical (exceto Hospital Regional de Cáceres) e de radiologia mamária



(públicos e privados credenciados ao SUS), com os 16 escritórios regionais de saúde, com os 5 UNACONS (unidades de alta complexidade).

Os gestores devem estar se mobilizando para investimento complementar na rede de atenção básica e Ambulatórios de Diagnóstico do Câncer do Colo do Útero para melhor informatização das unidades favorecendo as solicitações dos exames de citologia e mamografia, e realizando o Seguimento da mulher.

O seguimento da mulher (Módulo seguimento - SISCAN) deve ser alimentado.

5.3.5 - Centro Formador e Tutoria em Ginecologia / Colposcopia

A necessidade de implantação de um centro formador e tutoria para atualização dos profissionais que realizam o diagnóstico e tratamento do Câncer do Colo do Útero no estado junto a Associação de Genitoscopia, Fiocruz, INCA, SES, e SMS, para dar qualidade no processo e resultado da assistência a mulher. O centro pode estar estabelecido na rede de média ou alta complexidade, para tanto é necessário: ter profissionais especialistas na área de ginecologia/colposcopista, envolvimento da Associação Matogrossense de Ginetoscopia, apoio da Escola de Saúde Pública, realização de um projeto para inserção de tutores e alunos. A importância deste centro de formação é para que os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento do Câncer do colo do útero possam estar atualizados e participativos quanto as condutas e tratamentos diagnósticos de qualidade conforme as Diretrizes para o rastreamento do Câncer de Mama (2015) e Novas Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (Consulta pública 2016).

5.4 - Neoplasia de Próstata

No Estado de Mato Grosso são esperados 980 casos novos de Câncer de Próstata, o que corresponde a um risco de 59,97 casos em cada 100 mil homens, constituindo-se no tumor mais frequente do sexo masculino, a frente de qualquer outro tipo de neoplasia, exceto os tumores não melanóticos de pele (INCA, 2014/2015).

A Linha de Cuidado do Câncer de Próstata tem a finalidade de garantir acesso aos homens com sinais e sintomas urinários na atenção primária de forma que o processo de investigação diagnóstica seja iniciado o mais breve possível. É essencial assegurar a referência para unidades secundárias para confirmação diagnóstica dos casos suspeitos identificados na



atenção primária. Os casos sintomáticos devem ser priorizados com relação aos identificados no eventual rastreamento oportunístico.

A escolha do tratamento mais adequado deve ser individualizada e definida após discutir os riscos e benefícios. Para doença localizada, cirurgia, radioterapia e até mesmo observação vigilante (em algumas situações especiais) podem ser oferecidos. Para doença localmente avançada, radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal tem sido utilizada. Para doença metastática, o tratamento de eleição é a terapia hormonal.

5.4.1 - Antígeno Prostático Específico – PSA

Para a investigação inicial das doenças de próstata indica-se o exame clínico de toque retal e o exame sanguíneo do Antígeno Prostático Específico – PSA. Havendo alterações significativas que levam a suspeita de neoplasia maligna, deverá ser feita biópsia guiada por ultrassom.

O estado, a exemplo do Brasil, não recomenda programas de rastreamento do câncer de próstata.

No quadro 13 observa-se a distribuição de procedimentos realizados por região. Foram realizados em 2014, 75.583 exames para todas as faixas etárias, incluindo os exames repetidos. Tendo em vista que esse exame não é indicado somente para detecção de neoplasia de próstata, há uma dificuldade de definir o percentual de cobertura, uma vez que o sistema de informação não permite estabelecer esta correlação.

Quadro 13 – Procedimento de Antígeno Prostático Específico – PSA apresentados, por Região e Macrorregião, 2014 – MT.

Macrorregião	Região	Nº de Exames apresentados
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	37.635
	Centro Norte Matogrossense	1.504
	Médio Norte Matogrossense	3.056
	Noroeste Matogrossense	1.479
	Vale Do Arinos	245
Leste	Baixo Araguaia	169
	Garças Araguaia	74
	Médio Araguaia	1.476
	Norte Araguaia Karajá	535
Norte	Alto Tapajós	2942
	Norte Matogrossense	553



	Teles Pires	9688
	Vale Do Peixoto	1.714
Oeste	Oeste Matogrossense	1.877
	Sudoeste Matogrossense	626
Sul	Sul Matogrossense	12.010
Total Geral		75.583

Fonte: DW /SIA/DATASUS, 2014

Todas as macrorregiões apresentaram produção, porém as Regiões Leste Matogrossense e Oeste Matogrossense com menor cobertura e concentração de maior número de exames na Região Centro-Norte Matogrossense (Quadro 13).

5.5 - Neoplasia de pulmão

As estimativas de câncer de pulmão são de 210 casos em homens e 100 casos em mulheres, para o Estado de Mato Grosso, em 2014 (INCA, 2014/2015).

A Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão tem a finalidade de assegurar o acesso humanizado e integral às ações e serviços qualificados para promover a prevenção do câncer de pulmão, acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno.

A maneira mais fácil de diagnosticar o câncer de pulmão é através de raio-X do tórax complementado por tomografia computadorizada. A broncoscopia (endoscopia respiratória) deve ser realizada para avaliar a árvore traqueobrônquica e, eventualmente, permitir a biópsia. É fundamental obter um diagnóstico de certeza, seja pela citologia ou patologia.

Uma vez obtida a confirmação da doença, é feito o estadiamento, que avalia o estágio de evolução, ou seja, verifica se a doença está restrita ao pulmão ou disseminada por outros órgãos. O estadiamento é feito através de vários exames de sangue e radiológicos, como dosagens enzimáticas e ultrassonografia, respectivamente.

5.5.1 - Broncoscopia

A broncoscopia é o único método diagnóstico das neoplasias de traqueia, brônquios e pulmões, portanto deve ser ofertado um número de exames, equivalente ao número de casos novos. Constata-se que conforme dados do SIA, realizou-se no ano de 2014, em Mato Grosso, um

total de 229 exames de broncoscopia (Quadro 14), abaixo do necessário, já que este exame é também utilizado para diagnóstico de outras doenças.

Quadro 14 – Procedimento de Broncoscopias apresentados, por Região e Macrorregião, 2014 – MT.

Macrorregião	Região	Nº de Exames apresentados
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	205
	Centro Norte Matogrossense	0
	Médio Norte Matogrossense	0
	Noroeste Matogrossense	0
	Vale Do Arinos	0
Leste	Baixo Araguaia	0
	Garças Araguaia	0
	Médio Araguaia	0
	Norte Araguaia Karajá	0
Norte	Alto Tapajós	0
	Norte Matogrossense	0
	Teles Pires	0
	Vale Do Peixoto	0
Macrorregião	Região	Nº de Exames apresentados
Oeste	Oeste Matogrossense	07
	Sudoeste Matogrossense	0
Sul	Sul Matogrossense	17
Total Geral		229

Fonte: DW/SIA/DATASUS, 2014

As macrorregiões Leste e Norte (Quadro 14) não apresentam oferta de serviço e a Oeste apresenta baixa oferta, considerando-se que a broncoscopia é um exame protocolar para o diagnóstico e a indicação terapêutica, a baixa oferta desse exame gera um agravamento do quadro da doença.

5.6 - Neoplasia Gastrointestinal

Para o ano de 2014, no Estado de Mato Grosso são esperados 650 casos novos de cânceres do aparelho gastrointestinal, sendo 240 casos novos de Câncer de Estômago, 270 casos novos de Câncer de Cólon e Reto e 140 casos novos de Câncer de Esôfago (INCA, 2014/2015).

Para o diagnóstico do Câncer de Estômago são utilizados dois exames: a endoscopia digestiva alta (método mais eficiente), e o exame radiológico contrastado do estômago. Grande parte dos casos é diagnosticada em estágio avançado porque não há sintomas específicos,

principalmente nas fases iniciais. Através da ultrassonografia endoscópica, é possível avaliar o comprometimento da parede gástrica e a propagação das células cancerosas para órgãos próximos e nódulos linfáticos. O tratamento cirúrgico, retirando parte ou todo o estômago, além dos nódulos linfáticos próximos, é a principal alternativa terapêutica e única chance de cura. Para determinar a melhor abordagem cirúrgica, deve-se considerar a localização, tamanho, padrão e extensão da disseminação e tipo histológico do tumor. A radioterapia e a quimioterapia são consideradas tratamentos secundários, que podem determinar melhor resposta da cirurgia.

O câncer colorretal abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. Uma maneira de prevenir o aparecimento dos tumores seria a detecção e a remoção dos pólipos antes de eles se tornarem malignos. Esses tumores podem ser detectados precocemente através de dois exames: pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia. O diagnóstico requer biópsia, feita por aparelho introduzido pelo reto (endoscópio). A cirurgia é o tratamento inicial, retirando a parte do intestino afetada e os nódulos linfáticos (pequenas estruturas que fazem parte do sistema imunológico) próximos à região. Em seguida, a radioterapia, associada ou não à quimioterapia, é utilizada para diminuir a possibilidade de volta do tumor.

O diagnóstico do Câncer de Esôfago é feito através da endoscopia digestiva, de estudos citológicos (das células) e de métodos com colorações especiais. Com o diagnóstico precoce, as chances de cura atingem 98%. Na presença de disfagia (dificuldade de engolir) para alimentos sólidos é recomendado estudo radiológico contrastado e também endoscopia com biópsia ou citologia para confirmação. O tratamento indicado é cirurgia, radioterapia e quimioterapia, de forma isolada ou combinada. Para tumores iniciais pode ser indicada a ressecção endoscópica (retirada do tumor com acesso pela boca, sem necessidade de cortes).

5.6.1 - Endoscopia Digestiva, Colonoscopia e Retossigmoidoscopia

Foram considerados para efeitos de análises os exames de endoscopia digestiva, colonoscopia e retossigmoidoscopia. Estes exames se configuram como métodos diagnósticos das neoplasias do sistema gastrointestinal que estão entre as quatro primeiras causas de mortalidade no homem e na mulher.

Levando-se em consideração a estimativa de câncer de estômago, esôfago, cólon e reto e que estes exames são métodos diagnóstico para estas neoplasias, deverá ser ofertado um



número de exames para diagnóstico equivalente no mínimo ao número de casos, acrescido de outros para seguimento do tratamento. No entanto, constata-se que conforme dados do SIA realizou-se em 2014, no estado, um total de 417 endoscopias, 2611 colonoscopias e 101 retossigmoidoscopias (Quadro 15). Sendo estes também utilizados para diagnóstico de outras doenças, torna-se difícil estimar quantos deles foram realizados na área oncológica.

As macrorregiões Sul e Oeste, não apresentaram oferta de endoscopias. A macrorregião Leste, não apresentou oferta de Colonoscopias e somente as regiões Norte e Oeste apresentaram produção de Retossigmoidoscopias (Quadro 15).

Quadro 15 – Procedimento de Endoscopias, Colonoscopias e Retossigmoidoscopias apresentados, por Região e Macrorregião, 2014 - MT

Macrorregião	Região	Endoscopias	Colonoscopias	Retossigmoidoscopias
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	123	1006	0
	Centro Norte Matogrossense	0	0	0
	Médio Norte Matogrossense	0	0	0
	Noroeste Matogrossense	0	0	0
	Vale Do Arinos	0	0	0
Macrorregião	Região	Endoscopias	Colonoscopias	Retossigmoidoscopias
Leste	Baixo Araguaia	0	0	0
	Garças Araguaia	0	0	0
	Médio Araguaia	02	0	0
	Norte Araguaia Karajá	0	0	0
Norte	Alto Tapajós	0	0	0
	Norte Matogrossense	48	0	0
	Teles Pires	73	373	81
	Vale Do Peixoto	225	0	0
Oeste	Oeste Matogrossense	0	613	20
	Sudoeste Matogrossense	0	0	0
Sul	Sul Matogrossense	0	619	0
Total Geral		417	2611	101

Fonte: DW/SIA/DATASUS, 2014

5.7. Outros Procedimentos

5.7.1 - Anatomia Patológica

Os exames de anatomia patológica apresentam-se como método de diagnóstico de indicação ampla, utilizados para qualquer peça em nível ambulatorial e hospitalar.

A produção de exames de anatomia patológica, em 2014, mostrou-se elevada na Macrorregião Centro-Norte, Região Médio Norte Matogrossense, que pode ser resultado da capacidade instalada dos serviços que são referência para outras regiões (Quadro 16).

Entende-se que as Regiões Norte e Leste deveriam apresentar produção deste exame, devido a existência do UNACON, já que o exame é considerado de importância para estadiamento das neoplasias malignas sendo o parâmetro de 1 (um) exame para cada paciente com câncer.

Quadro 16 – Procedimento de Anatomia Patológica apresentados, por Região e Macrorregião, 2014 - MT

Macrorregião	Região	Exames Apresentados
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	33.060
	Centro Norte Matogrossense	0
	Médio Norte Matogrossense	243
	Noroeste Matogrossense	0
	Vale Do Arinos	0
Leste	Baixo Araguaia	0
	Garças Araguaia	0
	Médio Araguaia	0
	Norte Araguaia Karajá	0
Macrorregião	Região	Exames Apresentados
Norte	Alto Tapajós	0
	Norte Matogrossense	0
	Teles Pires	0
	Vale Do Peixoto	0
Oeste	Oeste Matogrossense	0
	Sudoeste Matogrossense	0
Sul	Sul Matogrossense	1.164
Total Geral		34.467

Fonte:DW/SIA/DATASUS, 2014

5.7.2 - Imunohistoquímica

O poder desta técnica é a observação simultânea da “morfologia do tecido”, permitindo a integração da morfologia e das informações imunoterápicas.

No estado de Mato Grosso esse exame está concentrado na Região da Baixada Cuiabana (Quadro 17) por ser referência para as demais regiões.

Quadro 17 – Procedimento de Exames de Imunohistoquímica apresentados, por Região e Macrorregião, 2014 – MT

Macrorregião	Região	Exames Apresentados
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	3.555

Fonte:DW/SIA/DATASUS, 2014



5.7.3 - Ultrassonografias

O exame de ultrassonografia é um dos métodos de diagnóstico indicado para várias patologias.

No quadro 18 observa-se que foram apresentados 124.987 exames de Ultrassonografias no ano de 2014, por região e macrorregiões, no estado. No entanto, observam-se diferenças na capacidade ou disponibilidade ao SUS dos serviços, especialmente na macrorregião Leste que apresenta baixa produção.

Quadro 18 – Procedimento de Exames de Ultrassonografias apresentados, por Região e Macrorregião, 2014 - MT

Macrorregião	Região	Nº de Exames Apresentados
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	33.640
	Centro Norte Matogrossense	1.666
	Médio Norte Matogrossense	7.388
	Noroeste Matogrossense	2.233
	Vale Do Arinos	1.233
Macrorregião	Região	Nº de Exames Apresentados
Leste	Baixo Araguaia	1.332
	Garças Araguaia	3.253
	Médio Araguaia	2.195
	Norte Araguaia Karajá	243
Norte	Alto Tapajós	3.308
	Norte Matogrossense	1.400
	Teles Pires	19.014
	Vale Do Peixoto	4.925
Oeste	Oeste Matogrossense	7.687
	Sudoeste Matogrossense	2.711
Sul	Sul Matogrossense	32.759
Total Geral		124.987

Fonte: DW/SIA/DATASUS, 2014

Levando-se em consideração que os exames de ultrassonografia são utilizados tanto para o diagnóstico como para a avaliação do tratamento das neoplasias, para o diagnóstico e acompanhamento terapêutico de outras patologias, como também acompanhamento obstétrico, ressalta-se a importância do aumento da oferta desse exame.

5.7.4 - Tomografia Computadorizada

Os procedimentos de tomografia são considerados de alta complexidade/alto custo.

No quadro 19, percebe-se que a oferta dos exames por macro é equitativa, com exceção da macrorregião do Centro-Norte que concentra a referência de alta complexidade. Foram



realizados em Mato Grosso no ano de 2014, um total de 43.128 exames tomográficos para diagnóstico e seguimento das patologias e suas terapêuticas para pacientes.

Levando-se em consideração que os exames de tomografia são utilizados tanto para o diagnóstico como para a avaliação do tratamento das neoplasias, além do acompanhamento terapêutico de várias patologias e que não há estudos que predigam as quantidades necessárias para cada paciente, torna-se difícil identificar-se à cobertura recomendada.

Quadro 19 – Procedimento de Exames de Ultrassonografias apresentados, por Região e Macrorregião, 2014 – MT

Macrorregião	Região	Nº de Exames Apresentados
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	32.688
	Centro Norte Matogrossense	0
	Médio Norte Matogrossense	1.332
	Noroeste Matogrossense	0
	Vale Do Arinos	0
Macrorregião	Região	Nº de Exames Apresentados
Leste	Baixo Araguaia	0
	Garças Araguaia	1.692
	Médio Araguaia	0
	Norte Araguaia Karajá	0
Norte	Alto Tapajós	818
	Norte Matogrossense	104
	Teles Pires	833
	Vale Do Peixoto	0
Oeste	Oeste Matogrossense	3.291
	Sudoeste Matogrossense	0
Sul	Sul Matogrossense	2.334
Total Geral		43.128

Fonte: DW/SIA/DATASUS, 2014

5.7.5 - Ressonância Magnética

Considera-se importante ressaltar que o exame de Alta Complexidade de ressonância é de seguimento para diagnóstico e acompanhamento de tratamento para várias especialidades e não necessariamente oncológicas, e não há um número definido por paciente.

Avaliando a oferta de serviços ao SUS (Quadro 20) não há este tipo de exame nas Macrorregiões Leste e Sul, configurando-se a Macrorregião Centro-Norte como referência para outras regiões do Estado.



Quadro 20 – Procedimento de Exames de Ressonância Magnética apresentados, por Região e Macrorregião, 2014 – MT.

Macrorregião	Região	Exames Apresentados
Centro-Norte	Baixada Cuiabana	13.440
	Centro Norte Matogrossense	0
	Médio Norte Matogrossense	1.139
	Noroeste Matogrossense	0
	Vale Do Arinos	0
Leste	Baixo Araguaia	0
	Garças Araguaia	0
	Médio Araguaia	0
	Norte Araguaia Karajá	0
Norte	Alto Tapajós	0
	Norte Matogrossense	0
	Teles Pires	99
	Vale Do Peixoto	0
Macrorregião	Região	Exames Apresentados
Oeste	Oeste Matogrossense	201
	Sudoeste Matogrossense	0
Sul	Sul Matogrossense	0
Total Geral		14.879

Fonte: DW/SIA/DATASUS, 2014

A melhoria desses indicadores deve passar por melhor redistribuição de equipamentos, recursos humanos habilitados, aumento da oferta e recursos financeiros.

Considerando-se o Parâmetro de necessidade de 30 exames/ 1000 habitantes, observa-se que a produção está muito abaixo da estimativa de necessidades para a população do estado.

5.8. Rede de Serviços de Média e Alta Complexidade Oncológica

De acordo com o critério populacional, o estado de Mato Grosso tem a necessidade de 6 (seis) Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON e 2 (dois) serviços de Oncopediatria e Hematologia (Portaria nº140/GM/MS/2014).

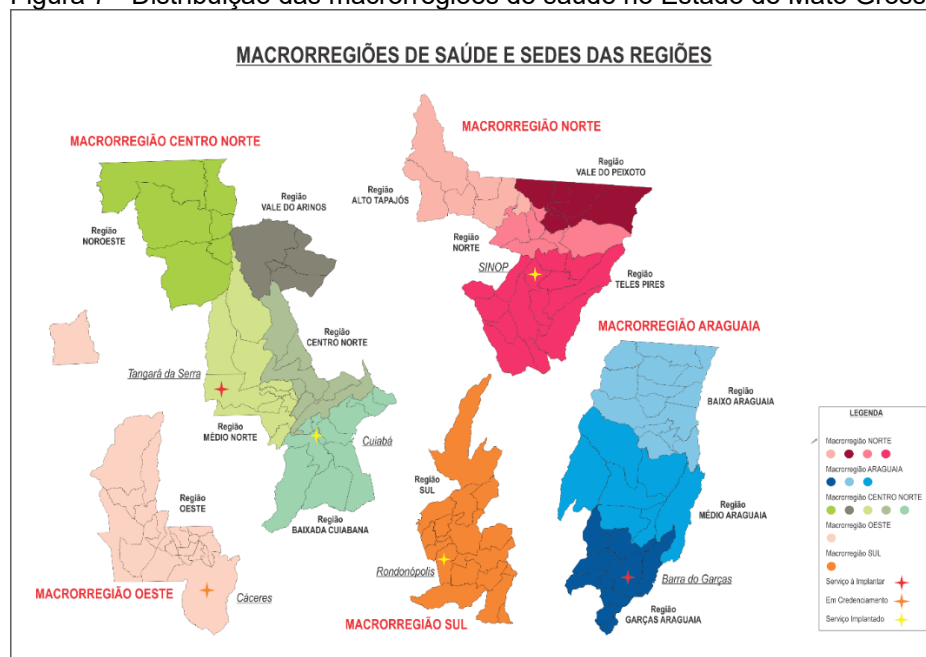
Mato Grosso possui Serviços de Média e Alta Complexidade Oncológica habilitados distribuídos em três municípios e um serviço em processo de habilitação em um município, os quais atendem como referência as regiões e macrorregiões conforme quadro 21.

As Macrorregiões Centro-Norte (3 UNACON), Norte (1 UNACON) e Sul (1 UNACON) possuem serviços habilitados como UNACON, já a Macrorregião Oeste possui um serviço que se encontra em processo de habilitação, mantido desde 2013 com recursos da SES/MT.

A Macrorregião Leste possui 346.149 habitantes e está distante no mínimo de 500 km e no máximo 1.460 km de Cuiabá, tem como sua referência os serviços localizados na Região Centro-Norte. Devido à longa distância, existe a necessidade de implantação de 1 UNACON nessa Macrorregião.

A Região Médio Norte Matogrossense aprovou em CIR a intenção de implantação de 1 UNACON vinculada à construção do Hospital Regional no município de Tangará da Serra. Atualmente, possui como referência os serviços da Região Centro-Norte.

Figura 7 - Distribuição das macrorregiões de saúde no Estado de Mato Grosso



Fonte: PDR 2005/SES

Quadro 21 - Procedimentos oncológicos realizados nas Unidades credenciadas ao SUS/UNACON, por regiões e macrorregiões, MT, 2015.

Macrorregião	Regiões Atendidas	Unidade prestadora de serviço	Procedimentos oncológicos
CENTRO-NORTE	Baixada Cuiabana Centro Norte Matogrossense Médio Norte Matogrossense Noroeste Matogrossense	Hospital Geral Universitário/Associação de Proteção a Maternidade e a Infância Cuiabá	Oncologia Clínica Adulto Serviços de cirurgia: Cancerologia Cirúrgica Cirurgia geral/coloproctologia



	Vale do Arinos Baixo Araguaia Garças Araguaia Médio Araguaia Norte Araguaia Karajás 1.870.335 habitantes		Ginecologia/mastologia Urologia Serviços facultados: Cirurgia de cabeça e Pescoço Neurocirurgia
		Hospital do Câncer de Mato Grosso/Associação Matogrossense de Combate ao Câncer - AMCC	Oncologia Clínica Adulto Oncologia Clínica Pediátrica Serviços de Radioterapia Serviços de Quimioterapia Serviço de Hematologia Serviço de Medicina Nuclear com Iodoterapia Serviços de cirurgia: Cancerologia Cirúrgica Cirurgia geral/coloproctologia Ginecologia/mastologia Urologia Serviços facultados: Cirurgia de cabeça e Pescoço Cirurgia Pediátrica Cirurgia Plástica
		Hospital da Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá	Oncologia Clínica Adulto Oncologia Clínica Pediátrica Serviços de Radioterapia Serviços de Quimioterapia Serviços de cirurgia: Cancerologia Cirúrgica Cirurgia geral/coloproctologia Ginecologia/mastologia Urologia Serviços facultados: Cirurgia de cabeça e Pescoço Cirurgia Pediátrica Cirurgia Plástica Cirurgia Torácica Ortopedia Neurocirurgia
SUL	Sul Matogrossense 492.997 Habitantes	*Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis	Oncologia Clínica Adulto Serviços de cirurgia: Cancerologia Cirúrgica Cirurgia geral/coloproctologia Ginecologia/mastologia Urologia Contemplado Plano de Expansão com Radioterapia com Braquiterapia
NORTE	Alto Tapajós Norte Matogrossense Teles Pires Vale do Peixoto 684.856 habitantes	*Hospital Santo Antonio/Fundação de Saúde Comunitária de Sinop	Oncologia Clínica Adulto Serviços de cirurgia: Cancerologia Cirúrgica Cirurgia geral/coloproctologia Ginecologia/mastologia Urologia Contemplado Plano de Expansão com Radioterapia com Braquiterapia
OESTE	Oeste Matogrossense Sudoeste Matogrossense 492.997 habitantes	**Hospital Regional Dr Antonio Fontes	Oncologia Clínica Adulto Serviços de cirurgia: Cancerologia Cirúrgica Cirurgia geral/coloproctologia Ginecologia/mastologia Urologia

* UNACON contemplado no Plano de Expansão

** UNACON em funcionamento desde 2013 em processo de credenciamento.



No quadro 22 observa-se que os serviços no estado vem apresentando aumento nos procedimentos oncológicos. Porém, em 2014 foram realizadas somente 52,5% das cirurgias oncológicas e 49,5% dos Campos de Radioterapia estimados como necessários. No entanto observa-se um aumento significativo de quimioterapia, ultrapassando em 24,1% do esperado.

Quadro 22 - Quantidade de procedimentos de tratamento realizados pelo Estado do Mato Grosso (2012 – 2014) e a necessidade segundo estimativa de casos novos de câncer:

Procedimento	Necessidade	Produção 2012	Produção 2013	Produção 2014	% produção 2014 sobre o necessário
Cirurgias oncológicas	3.078	825	1.098	1.619	52,5%
Quimioterapias	26.933	25.592	30.382	33.427	49,5%
Campos de radioterapia	215.460	89.379	113.494	106.586	124,1%

Fonte: TabWin, SIH/SUS, 2015

No quadro 23 observa-se que os serviços apresentaram 6.494 quimioterapias acima do esperado no ano de 2014.

Quadro 23 - Quantidade de procedimentos de Quimioterapia por estabelecimento habilitado, 2012 a 2014, MT

Estabelecimento	2012	2013	2014
Santa Casa Rondonópolis	2.688	3.701	4.350
Hospital de Câncer Mato Grosso	8.916	10.617	12.202
Santa casa de Cuiabá	7.036	7.515	7.683
Hospital Geral Universitário	6.324	6.430	6.125
Hospital Santo Antônio	628	2.119	3.082
Total em MT	25.592	30.382	33.442
Quantidade QT sobre o esperado	-1.341	3.449	6.509

Fonte: TabWin, SIH/SUS, 2015

No quadro 24 observa-se que nenhum serviço atingiu o mínimo de Cirurgias Oncológicas estabelecido em Portaria. O Hospital Geral Universitário apresentou a menor produção, realizando menos de 06 procedimentos ao mês.

Quadro 24 - Quantidade de procedimentos de Cirurgias Oncológicas CID- Neoplasias, por estabelecimento habilitado – 2014, MT

Procedimento	Hospital Geral Universitário	Hospital do Câncer de Mato Grosso	Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá	Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis	Hospital Santo Antônio de Sinop
Cabeça e Pescoço	01	81	51	32	45
Cirurgia Torácica	02	04	06	0	01
Colo-proctologia	11	32	16	11	03
Esofago-gastroduodenal e	04	38	45	01	08



vísceras anexas e outros órgãos abdominais					
Ginecologia	10	52	37	05	33
Mastologia	21	62	25	23	58
Ossos e Partes Moles	01	07	24	07	12
Pele e Cirurgia Plástica	08	121	76	06	43
Sistema Linfático	08	23	55	05	13
Urologia	03	125	26	33	19
Total	69	545	361	123	235

Fonte: DW/DATASUS/SIH/2015

Da mesma forma, dos 215.460 campos de radioterapia estimados, os serviços realizaram apenas 49,5% dessa necessidade no ano de 2014, menor que em 2013 que foi de 52,7% (Quadro 25).

Quadro 25 - Quantidade de procedimentos de Radioterapia por estabelecimento habilitado, 2012 a 2014, MT

Estabelecimento	Quantidade Equipamentos	2012	2013	2014
Hospital de Câncer de Mato Grosso	01	69.285	57.0	44.186
Santa Casa de Cuiabá	01	20.094	56.475	62.400
Total em MT	-	89.379	113.494	106.586
% de RT sobre o esperado	-	41,5%	52,7%	49,5%

Fonte: TabWin, SIH/SUS, abril de 2015

O estado do Mato Grosso foi contemplado no Plano de Expansão com a criação de 02 (dois) novos serviços de Radioterapia com Braquiterapia, com a previsão de início de obras e operação mostradas no quadro 26.

Quadro 26 - Unidades contempladas no Plano de Expansão no estado de Mato Grosso, 2015.

Estabelecimento	Previsão Início Obra	Previsão Operação
Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis	30/07/2016	30/11/2017
Hospital Santo Antônio/Fundação de Saúde Comunitária de Sinop	30/10/2016	01/03/2018

Fonte: MS/ Plano de Expansão, 2015.

Para ampliação de oferta de procedimentos relacionados a consultas especializadas e exames diagnósticos e de seguimento, cada estabelecimento de saúde habilitado como UNACON, que tenha como responsabilidade uma população de 500.000 (quinhentos mil) habitantes, exceto o câncer não melanótico de pele, observarão os seguintes parâmetros mínimos mensais.

Quadro 27 – Procedimentos a serem contratualizados, por serviço, por mês e por ano.



Procedimentos	HCâncer	Santa Casa Cuiabá	HGU	Santa Casa Roo	Santo Antônio	*HR Cáceres	Total Mês	Total Ano
Consultas especializadas	500	500	500	500	500	500	2500	36000
Ultrassonografia	640	640	640	640	640	640	3200	46080
Endoscopias	160	160	160	160	160	160	800	11520
Colonoscopia	240	240	240	240	240	240	1200	17280
Anatomia patológica	200	200	200	200	200	200	1000	14400
Cirurgias Oncológicas	650	650	650	650	650	650	-	3900
Quimioterapia	5.300	5.300	5.300	5.300	5.300	5.300	-	31800
Radioterapia (campos)	43.000	43.000	0	0	0	0	-	86000

*Em processo de habilitação

Fonte: Portaria GM/MS 140/2013

Tendo em vista o financiamento insuficiente para média e alta complexidade e a dificuldade dos prestadores habilitados em realizarem os exames para diagnóstico diferencial e estadiamento, observa-se grande dificuldade dos gestores em fazer cumprir a quantidade pactuada. Como proposta, com o objetivo de assegurar o custeio das ações de média e alta complexidade, pode-se implementar o sistema de transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

VI. VIGILÂNCIA DO CÂNCER

O monitoramento continuado da morbimortalidade por câncer são essenciais, uma vez que representam os instrumentos fundamentais para planejamento e o subsidio de decisões político – administrativas que propiciam uma melhor assistência médica, além da prevenção da doença. Assim, torna-se fundamental a existência de Registros de Câncer que são centros de coletas sistemáticos e contínuos e podem ser de base hospitalar (RHC) e/ou de base populacional (RCBP) com informações padronizadas, atualizadas, com boa qualidade, representativas da população e disseminadas de forma oportuna, como um poderoso instrumento para mensurar o impacto do tratamento e o acesso ao sistema de saúde de uma região ou país.

No Brasil, existem 31 RCBP, sendo que 29 encontram-se ativos e 2 foram desativados.

Em Mato Grosso o RCBP foi implantado em 1999, dando início a coleta no ano 2000, denominado na época de Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer (PAV) e está em operação há 15 anos e nesse período não sofreu interrupções em seu funcionamento. A área de cobertura



do registro se restringe a região da Grande Cuiabá. Vale ressaltar que registrar dados de câncer é uma tarefa difícil nos países em desenvolvimento, em face da falta de pessoal e de recursos necessários para tal propósito. Os problemas de identificação de pacientes, abrangência na coleta e definição de casos na população de referência são de difícil solução, e o risco de distorções está sempre presente (INCA, 2010a).

Atualmente está em fase de busca ativo-passiva de casos novos, codificação, digitação e limpeza do banco do ano de 2008 e 2009. O resultado atual é uma série histórica de 08 anos, de 2000 a 2007. Os técnicos do RCBP elaboraram um projeto de atualização dos dados até o ano de 2014, que está em fase de análise e em negociação com Universidade Federal de Mato Grosso para execução do projeto conjunto.

A Portaria N° 140/SAS/MS/2014 estabelece no seu Art. 27, que o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) deve estar implantado e em funcionamento dentro da estrutura do estabelecimento habilitado em Alta Complexidade em Oncologia e, reitera que o mesmo deve enviar, anualmente, as suas bases de dados consolidadas, revisadas e atualizadas, para o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

Em Mato Grosso o RHC está 100% implantado na rede estadual de oncologia, com 6 unidades que enviaram informações relativas ao perfil da assistência realizada nestes hospitais de referência conforme ano de implantação do RHC (Tabela10).

Conforme a tabela 10, apenas 2 registros enviaram a base de dados referente ao ano de 2013, sendo que a defasagem proposta é de dois anos antes do ano vigente.

A SES tem apoiado, assessorado e monitorado todos esses registros hospitalares do estado através da coordenação estadual de RHC/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Vigilância Epidemiológica/ Gerência de Vigilância e Agravos Não Transmissíveis e Óbitos - SVO.

Tabela 10: Evolução dos números de casos novos hospitalares assistidos nos hospitais de referência, Mato Grosso, 2015.

Unidade Hospitalar	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis	0	0	0	0	53	129	63	187	190	309	302
Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso	0	0	0	0	768	1154	1494	1518	1623	1396	1348
Hospital Universitário Júlio Müller	328	361	255	189	235	202	231	219	253	198	0
Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá	0	0	519	286	943	361	395	366	224	81	0
Hospital Geral Universitário	290	329	510	409	702	349	325	315	208	207	0
Hospital Santo Antonio de Sinop	0	0	0	0	0	107	155	176	0	0	0



Total	618	690	1284	884	2701	2302	2663	2781	2498	1882	1348
-------	-----	-----	------	-----	------	------	------	------	------	------	------

Fonte: IRHC-MT/2015.

VII. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Em Mato Grosso faz-se monitoramento de alguns indicadores das ações de detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama, calculados através dos dados disponíveis nos Sistemas de Informação do Controle do Câncer do Colo do útero (SISCOLO) e de mama (SISMAMA). Além disso, são avaliados alguns dos principais indicadores de processo descritos no documento Ficha Técnica de Indicadores Prioritários Relativos às Ações de Controle do Câncer do Colo do Útero e o de Mama. Entretanto, com a implantação do Sistema de Informação de Câncer – SISCAN ocorreu perda das informações devido a ausência de relatórios. Como o SISCAN permite a identificação da mulher, seu pleno funcionamento permitirá monitorar o tempo transcorrido entre o resultado do exame alterado e a confirmação diagnóstica.

O Programa Nacional de Qualidade da Mamografia e o indicador - percentual de mamografias positivas (BI-RADS® categorias 0, 4 e 5 para mamografias de rastreamento e 4 e 5 para mamografias diagnósticas) – utilizado para monitoramento da qualidade dos serviços de mamografia, ainda não está implantado em todos os serviços no estado. Somente é realizado o monitoramento anual da qualidade dos equipamentos pela Vigilância sanitária.

Os indicadores razão entre exames citopatológicos e a população alvo e razão de exames de mamografias e a população alvo são avaliados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e acompanhados anualmente em cada município e região de saúde através do SISPACTO.

Existe dificuldade de monitorar o acesso por falha no processo regulatório, tendo em vista que já estão em produção os módulos Ambulatorial e Internação, porém o módulo APAC ainda está em fase de homologação no Sistema Nacional de Regulação - SISREG.

As UNACONS das Regiões Baixada Cuiabana e Sul Matogrossense são contratualizadas pelos municípios gestores. Esses contratos são monitorados e avaliados mensalmente. A UNACON da Região Teles Pires encontra-se conveniada a SES/MT, com monitoramento semestral. Entretanto, não são avaliados os indicadores específicos de oncologia e sim indicadores gerais de atenção.

VIII. REGULAÇÃO E SISTEMAS LOGÍSTICOS

8.1. Componente Regulação

No Estado de Mato Grosso as Centrais de Regulação Regional foram criadas em 2000 como uma necessidade de instrumentalizar as regionais de saúde e os municípios para efetivação do sistema estadual de referência e contrarreferência, com definição e normatização do fluxo dos usuários na rede do SUS.

As centrais regionais de regulação da assistência foram criadas para viabilizar a integralidade do acesso a serviços básicos e especializados, e propiciaram o mapeamento das estruturas de serviços na região, com vistas à construção das redes de saúde no estado. Com o objetivo de otimizar os recursos, qualificar a prestação de cuidados, integrar os serviços municipais, regionais e estadual, ordenar o fluxo do usuário, auxiliar no monitoramento e na avaliação dos pactos intergestores, promovendo equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde, conforme a atual Política Nacional de Regulação.

Na CER/SUS/Cuiabá com gestão compartilhada entre SES e SMS Cuiabá funciona a Central de Regulação Oncológica que se articula às centrais regionais para regular o acesso às ações e aos serviços especializados de Cuiabá referentes ao cuidado das pessoas com câncer. Autoriza, previamente, os procedimentos. Essa autorização é realizada por equipe de médicos autorizadores, orientados pelos protocolos e visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos de necessidade dos usuários e de disponibilidade da oferta.

O sistema operacional utilizado é o SISREG - Sistema Nacional de Regulação - criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório. No Mato Grosso, os módulos Ambulatorial e Internação já estão em produção, o módulo APAC ainda está em fase de homologação.

Nesse sentido, é fundamental que os fluxos sejam claramente estabelecidos, com classificação de risco e priorização dos casos potencialmente mais graves.

8.2. Sistema de transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de saúde

Entre os instrumentos de planejamento e programação da política estadual de saúde, existe no estado o sistema de transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, com o objetivo de assegurar o custeio das ações da atenção básica e da assistência ambulatorial e hospitalar, dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e das ações de vigilância à saúde.

8.3. Consórcios Intermunicipais de Saúde

Foram criados Consórcios Intermunicipais de Saúde em consonância com a conformação dos sistemas regionais de regulação, como referência regional para atenção de média complexidade ambulatorial e hospitalar, visando suprir a baixa capacidade pública instalada de serviços de saúde dos municípios e regiões.

A estratégia de implantá-los em parceria com os municípios em regiões estratégicas do estado, interiorizando especialidades médicas e exames mais especializados, buscando aumentar a resolutividade das unidades hospitalares públicas, criando referências de atenção secundária no maior número de regiões.

Os recursos são repassados através de convênios diretamente aos consórcios e também através de incentivo financeiro transferido fundo a fundo aos municípios participantes dos consórcios mediante portaria específica.

8.4. Transporte Sanitário

O transporte é um desafio em todas as redes de atenção, e na oncologia não é diferente. Não são poucos os pacientes que interrompem o tratamento por problemas com o transporte, sem condições financeiras para arcar com a condução para uma consulta médica, sessões de radioterapia ou quimioterapia.

A dificuldade em vencer distâncias representa em muitos casos uma barreira a mais para o acesso diagnóstico e terapêutico. No estado de Mato Grosso deverá ser priorizado um projeto para organizar uma rede de transporte sanitário que otimize os recursos e ofereça mais dignidade aos usuários.



IX. AÇÕES PROPOSTAS E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

9.1. Prevenção e Diagnóstico Precoce:

- a. Dificuldade no fluxo de encaminhamento dos casos com suspeita e/ou detectados;
- b. Necessidade de capacitação dos profissionais da rede básica para diagnosticar precocemente o câncer.

9.2. Assistência Ambulatorial e Hospitalar:

- a. Dificuldade do acesso as consultas e exames das especialidades, seja pela falta de ambulatórios no UNACON ou em decorrência do atendimento a ser realizado fora destas Unidades (ex. consórcio), com a consequente demora no diagnóstico e tratamento do paciente. Nestes casos não se constata a integralidade da atenção, imprescindível para atender toda a complexidade do paciente;
- b. Deficiência das metas nos contratos dos serviços que muitas vezes atendem muito acima ou muito aquém da capacidade instalada;
- c. Profissionais sem capacitação específica na área;
- d. Deficiência de serviços de apoio e diagnóstico;
- e. Insuficiência de especialistas habilitados em algumas áreas, ex.: cirurgia de cabeça e pescoço, mastologista, etc.
- f. Insuficiência da capacidade resolutiva dos serviços de cirurgia oncológica - Dificuldade ao acesso, demora na marcação das consultas, demora no planejamento técnico e início do tratamento, deficiência nos serviços de apoio, falta de retorno à referência inicial, etc.
- g. Inspeção da vigilância sanitária nos UNACONS com as não conformidades constatadas.
- h. Insuficiência de serviços de radioterapia.
 - Serviços existentes com capacidade instalada inadequada.
 - Dificuldade ao acesso, demora na marcação das consultas, demora no planejamento técnico e início do tratamento, deficiência nos serviços de apoio, falta de retorno à referência inicial, etc.
- i. Inexistência de serviço de cuidados paliativos, alguns incipientes, despreparados ou desorganizados, falta de área física específica.



- j. Não observância aos critérios da humanização.
- k. RHC (registro hospitalar do câncer) desatualizado na maioria das Unidades habilitadas.
- l. Informações do CNES incompatíveis, na maioria das Unidades habilitadas.
- m. Hospitais com setores desintegrados fisicamente (unidade hospitalar, ambulatório, unidade de quimioterapia), com a consequente falta de integralidade da atenção.

9.3. Gestão do Sistema:

- a. Falta de integração das áreas de controle do câncer no Estado do Mato Grosso:
 - Programas de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, Controle do Tabagismo e outros fatores de risco e da Vigilância do Câncer, com os diversos setores da SES;
- b. Adequação das medidas para a prevenção e detecção precoce para modificar os indicadores de incidência e mortalidade e integrar a atenção;
- c. Falta de capacitação dos profissionais das unidades básicas de saúde, para implementação da assistência domiciliar, incluindo alívio da dor e cuidados paliativos;
- d. Desintegração das áreas de planejamento, programação e contratualização, controle, avaliação e auditoria, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e assistência farmacêutica.

9.4. Propostas:

- a. Organizar o fluxo e qualificar a porta de entrada;
- b. Adequação da assistência dos cânceres de mama e colo do útero, conforme diretrizes 2015/2016;
- c. Priorização dos pacientes com exames com lesões precursoras do câncer do colo do útero;
- d. Efetivar a implantação da regulação regionalizada, para agilizar o agendamento das consultas e diminuir o tempo para o diagnóstico e o início do tratamento, em atenção à lei 12.732/12;
- e. Integrar os estabelecimentos habilitados e as Unidades Básicas/NASFs para agilizar o diagnóstico precoce e cuidados paliativos aos pacientes oncológicos;



- f. Capacitação dos profissionais das Unidades Básicas para acompanhamento dos pacientes oncológicos;
- g. Acompanhamento da adequação dos UNACONS conforme os prazos referidos nos relatórios das inspeções;
- h. Acompanhamento da adequação das não conformidades dos itens estabelecidos na Portaria 140 identificados nas visitas realizadas em conjunto com os técnicos da SMS local, e elencados nos problemas relacionados;
- i. Analisar os serviços prestados ao SUS de acordo com a capacidade instalada e de recursos da unidade em contrato (CNES) e os indicadores de produção dos estabelecimentos habilitados;
- j. Verificar a assistência oncológica dos serviços habilitados articulados com atenção básica;
- k. Readequação da rede de Oncologia de acordo com a realidade atual;
- l. Recomposição dos valores de incentivo fundo a fundo para o cofinanciamento das ações de média complexidade das UNACONS.

Diretrizes	Ações/ Propostas	Metas	Prazos
Prevenção e detecção precoce	Estimular os municípios para implantação de Programas Estratégicos como: NASF e Academia da Saúde	Contínuo	2016
	Integrar os UNACONS, SDM, SRC e as Unidades Básicas/NASFs para agilizar o diagnóstico precoce e cuidados paliativos aos pacientes oncológicos		
	Implantação e implementação da política de promoção da saúde - Fatores de Risco e Proteção		
	Ampliar o acesso às informações relativas à prevenção do câncer, ressaltando o alerta para os primeiros sinais e sintomas e enfatizando o controle dos fatores de risco e estímulo a alguns hábitos como formas de preveni-los: amamentação e prática de atividades físicas.		
	Ampliar cobertura de Vacina HPV em adolescentes	80% 1ª dose 60% 2ª dose	2016
Aumento de Cobertura da População-Alvo	Estimular os municípios na implantação de APS/ESF	% equipes	
Diretrizes	Ações/ Propostas	Metas	Prazos
Cofinanciamento estadual	Recomposição dos valores de incentivo fundo a fundo para o cofinanciamento estadual da Atenção Primária	12 meses	2016
	Proposição de financiamento diferenciado para as ações de rastreamento e incentivo para a organização da gestão		
	Recomposição dos valores de incentivo fundo a fundo para o cofinanciamento das ações de média complexidade nas UNACONS	12 meses	2016



	Prever recursos financeiros para a realização de capacitação em humanização em todos os serviços de saúde		
	Proposição de cofinanciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas e da Odontologia Hospitalar na Atenção Terciária		
Diretrizes	Ações/ Propostas	Metas	Prazos
Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento	Habilitação de serviços de referência em colo do útero (SRC) e mama (SDM)	05 SDM 05 SRC	2016
	Habilitação da UNACON em Cáceres	01 serviço	2016
	Implantação da UNACON em Tangará da Serra e em Barra do Garças	02 serviços	2017 2018
	Implantação de serviços de radioterapia nas UNACONs de Rondonópolis e Sinop	02 serviços	2017 2018
	Contratualização dos UNACONs vinculados ao estado	02 serviços	2016
	Estimular os municípios e/ou regiões na implantação de CEOs	02 serviços	2016
	Credenciamento de serviço de referência para citologia de câncer de boca no Hospital do Câncer	01 serviço	2016
	Definição e pactuação de serviços de referência para confirmação diagnóstica dos casos suspeitos de câncer		2016
Diretrizes	Ações/ Propostas	Metas	Prazos
Regulação	Implementação do SISREG - Sistema Nacional de Regulação em todos os municípios	% dos municípios	2016
	Estabelecer fluxo de regulação para acesso à confirmação diagnóstica, tratamento adequado e em tempo oportuno		2016
	Efetivar a implantação da regulação regionalizada, para agilizar o agendamento das consultas e diminuir o tempo para o diagnóstico e o início do tratamento, em atenção à lei 12.732/12		2016
Transporte sanitário	Organização do Sistema Estadual de Transporte Sanitário		
Garantia da Qualidade	Implantação do Programa de Qualidade em Citopatologia, de acordo com as Portarias Vigentes (Qualicito).	100% dos exames	06/2016
	Implantação de gestão de qualidade dos laboratórios citopatológicos por meio do Monitoramento Interno e Externo de Qualidade e estabelecer uma política de certificação dos laboratórios	100%	2017
	Priorizar a realização dos exames em laboratórios com escala que garanta a expertise profissional e que seja custo-efetiva para implantação de Monitoramento Interno da Qualidade.		2017
	Educação permanente do UMEQ/LACENMT para garantir a qualidade das amostras coletadas	Contínuo	2017
	Estabelecer um controle de qualidade em mamografia, visando garantir imagens radiográficas de alto padrão com doses mínimas de radiação		2017
	Incluir todos os serviços de mamografia no Programa Nacional de Qualidade em Mamografia.	100%	2017



	Divulgar as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero e outros cânceres, visando a garantia de boas práticas clínicas e a padronização de condutas	100%	2016
	Estimular os municípios para adesão ao PMAQ.	Contínuo	2016
Diretrizes	Ações/ Propostas	Metas	Prazos
Fortalecimento do Sistema de Informação	Melhorar os sistemas de informação e vigilância do câncer	Contínuo	2016
	Fortalecer o SISCAN – Sistema de Informação do Câncer para o gerenciamento de todas as ações para o controle do câncer	Contínuo	2016
	Projeto de atualização dos dados de câncer até o ano de 2014, SES/Universidade Federal de Mato Grosso	100%	2016
Desenvolvimento de Capacitações	Desenvolver ações de Educação Permanente em Saúde para qualificação das equipes da Atenção Primária à Saúde para o rastreamento e suspeição	% equipes qualificadas	
	Atualização das condutas clínicas na prevenção e controle do câncer para as equipes da Atenção Primária e Especializadas.		
	Qualificação dos profissionais da APS e Especializadas para coleta em citologia oncológica (relatório da adequabilidade das amostras)	% equipes qualificadas	
	Implantação de um centro formador e tutoria para atualização dos profissionais que realizam o diagnóstico e tratamento do Câncer do Colo do Útero e Mama		
	Promover ações de atualização e orientação dos dentistas para identificação de lesão e coleta de exames		
	Capacitação dos profissionais das Unidades Básicas para acompanhamento dos pacientes oncológicos	% equipes qualificadas	
Diretrizes	Ações/ Propostas	Metas	Prazos
Estratégia de Mobilização Social	Produzir e difundir mensagens sobre detecção precoce do câncer para públicos diversos em diferentes mídias		
	Propor ações articuladas junto à sociedade civil e às instâncias de controle social no SUS com projetos de mobilização social e educação popular.		
Monitoramento e Avaliação	Fortalecimento da gestão regionalizada do Programa Nacional de controle do Câncer para acompanhamento e monitoramento das ações		
	Estabelecer indicadores específicos de oncologia nos contratos/convênios	100% contratos	2016

X. CONSIDERAÇÕES FINAIS



Para a implantação do Plano de Ação da Atenção Oncológica no Estado de Mato Grosso foi adotado como modelo de gestão a constituição de redes regionais. Dentro desta lógica a ser desenvolvida pelo estado, constata-se como desafio assegurar uma melhor integração entre as ações do governo, da sociedade matogrossense organizada, de entidades de ensino e pesquisa e da iniciativa privada.

O Plano vem trazer a oportunidade para discussões regionais quanto a incidência e mortalidade dos cânceres, a necessidade de priorização de ações para o câncer em todos os níveis de atenção, a avaliação da assistência prestada atualmente em todos os níveis de atenção, a avaliação das pactuações e recursos financeiros, as dificuldades nos processos de gestão e as dificuldades de monitoramento e avaliação. Através dos Planos Regionais encaminhados percebe-se a fragilidade de informações, da assistência integral aos cânceres e a falta de priorização das ações na atenção primária e secundária.

A ampliação dessas ações necessita de um trabalho regionalizado para que as devidas adequações da linha de cuidado e rede de serviço e níveis de gestão do câncer sejam estabelecidas para o rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer no estado.

A relação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACONs, descritos neste Plano e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB será encaminhada à Coordenação Geral de Alta Complexidade com as pendências e os prazos para seu equacionamento, e o Ministério emitirá parecer para habilitação das unidades e a publicação do credenciamento.